



Forum för Health Policy
c/o Vårdalstiftelsen
Box 3210
103 64 Stockholm

Kontakt: dag.hervieu@healthpolicy.se
Redaktör för Årsrapport 2012–2013: Johan Calltorp, projektledare Forum för Health Policy, johan.calltorp@healthpolicy.se
Kommunikatör: Anna Andersson
Koordinator text: Helena Conning, Care of Conning
Formgivning: Marlene Söder, soderform.se

Innehållsförteckning

sid	
4	Forum för Health Policy – kunskapsutveckling för analys, diskussion och bättre beslut inom hälso- och sjukvården.
8	19 September 2012 Workshop 6 Hälso- och sjukvårdens inverkan på befolkningens hälsa.
26	7 November 2012 Workshop 7 Hur kan team i hälso- och sjukvården fungera bättre?
42	5 mars 2013 Workshop 8 Variationer i hälso- och sjukvården – hur ska vi förstå och åtgärda den?
60	30 maj 2013 Workshop 9 Multisjuka patienter i vården – behov och en effektivare vårdorganisation.

Forum för Health Policy – kunskapsutveckling för analys, diskussion och bättre beslut inom hälso- och sjukvården.

En rad viktiga drivkrafter bidrar till att forma och ombilda hälso- och sjukvården. Den biomedicinska och teknologiska forskningen är kanske den starkaste och viktigaste – den medför ett kontinuerligt flöde av nya medicinska metoder in i vården. Demografin och ålderspyramiden visar att vi blir äldre och mer vårdbehövande. Behov och efterfrågan på vård ökar även pga samhällsförändringar som ändrade attityder till och ökade krav på den skattefinansierade vårdorganisationen. De växande behoven möter sjukvårdsresurser som sannolikt inte kommer att öka, vilket den ekonomiska krisen och globala ekonomiska sambanden visar.

Den svenska hälso- och sjukvården befinner sig i en skärningspunkt mellan dessa krav och förändringsfaktorer. Även om de biomedicinska förändringskrafterna på sikt kan bedömas som de starkaste och mest radikala, med nya behandlingsmetoder som kan leda både till ett längre och ett bättre liv, är interaktionen med det omgivande samhället avgörande för att forma vården som organisatoriskt, ekonomiskt och socialt system. Hur väl vår sjukvård lyckas tillfredsställa de grundläggande behoven för oss som patienter avgörs av alla vårdanställdas ansträngningar, av vårdens kvalitet och vårdsystemets effektivitet.

Svensk vård befinner sig i en spännande utveckling mot en större mångfald och variation – främst inom primärvården. Nya initiativ och potentiella möjligheter till annorlunda lösningar på svåra utmaningar är knutna till bl.a. en mångfald av vårdgivare inom ramen för landstingens finansieringsansvar. Detta i sig ställer krav på en utvecklad styrning och ledning och en kanske annorlunda syn på innehållet och formerna också i det sjukvårdspolitiska beslutsfattandet. Vi behöver helt enkelt vidga diskussionen kring sjukvårdens styrning, ledning och utveckling och aktivt värdera och ta tillvara alternativ, strategier och nya lösningar också inom denna del av vården.

Forum för Health Policy bildades av Vårdalstiftelsen och ett antal aktörer inom olika sektorer av svensk hälso- och sjukvård i januari 2011. Syftet är att stimulera problemlösning och nytt kreativt beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens organisation, styrning och ledning. Utgångspunkten är att de stora utmaningarna som sektorn står inför och den växande mångfalden och internationaliseringen kräver en mobilisering av kompetens, alternativt tänkande, aktivt lärande och jämförelser med omvärlden. På samma sätt som vi talar om den kliniska medicinska delen av hälso- och sjukvården som baserad på kunskap och vetenskap bör vi försöka underbygga beslut som rör vårdens organisation och i tillämplig del även dess politik med kunskap. Den politiska arenan är givetvis suverän i sitt beslutsfattande (eng. politics). Samtidigt kräver kunskapsområdet en större kunskapsunderbyggnad och åskådliggörande av alternativa handlingslinjer för besluten (eng. policy). Kunskaper inte minst från svensk och internationell forskning kring hälso- och sjukvården behöver göras tillgängliga som beslutsunderlag.

Forum för Health Policy strävar efter att göra sådant underlag tillgängligt för beslutsfattare på ett tillgängligt sätt. Vi vill också skapa mötesplatser för en dialog kring denna typ av frågor mellan forskare och beslutsfattare inom politik och administration. Vi vill medvetet öka dialogen och interaktionen mellan dessa grupper, också mellan svensk

sjukvårdspolitisk och administrativ miljö och omvärlden. Förutom att försöka bidra till en idémässig mångfald inom detta område – som underlag för bättre och mer välunderbyggda beslut – vill vi visa på hur intressanta, stimulerande och spännande sjukvårdsfrågorna är från detta perspektiv. Hälso- och sjukvården är minst av allt ett ”problemområde” – det är vårt samhälles kanske mest framgångsrika och därtill intellektuellt och praktiskt mest stimulerande verksamhetsområde! När debatten kring ekonomi, strukturer och styrning av vården tenderar att präglas av missmod borde vi söka ”riva bort den våta filten” och se de möjligheter som finns i dess kunskapsinnehåll.

Forum för Health Policy redovisar i denna årsrapport det som kan sägas vara kärnan i vår verksamhet – resultat från väl förberedda halvdags workshops med internationella experter, svenska forskare och beslutsfattare. De ämnen som redovisas utgår från centrala sjukvårdspolitiska frågor såsom:

- Vad betyder mest för hälsa och livsförlängning – förebyggande eller kurativ medicinsk vård?
- Hur kan team och lagarbete i vården bli mer välfungerande?
- Hur skall vi förstå och agera kring variation och skillnader i vården?
- Hur skall vården för multisjuka bli effektivare och därmed mera mänsklig?

Vi redovisar de svenska förberedda expertunderlagen från varje workshop så som de skrevs vid tidpunkten för workshopen. Varje författare svarar självständigt för innehållet. Författarna representerar olika kompetenser inom Forums svenska nätverk av forskare och sjukvårdsexperter. På Forum för Health Policys hemsida www.healthpolicy.se återfinns de internationella experternas presentationer i form av deras powerpointpresentationer. Där finns också kortare videointervjuer med dem med deras centrala budskap sammanfattade. Allt för att bidra till såväl kunskapsinflöde som stimulans till den svenska diskussionen.

Forum för Health Policys internationella samarbete har under året utvecklats – inte minst den direkta samverkan vi har med ledande motsvarande policyinstitut i Storbritannien (Nuffield Trust), USA (Commonwealth Fund) och European Observatory on Health Policies and Systems i Bryssel. På vår hemsida finns direkta länkar till dessa organisationer och ett antal andra ledande institutioner inom health policy fältet. Vår uppfattning är att det internationella utbytet inom detta område är av stor betydelse för svensk sjukvård i den situation vi befinner oss. Intresset internationellt för de reformer, de utvärderingar och de utvecklingsexperiment svensk sjukvård genomför är också påtagligt.

Kunskapssammanställning och synteser kring aktuella beslutsfrågor inom hälso- och sjukvården utgör Forum för Health Policy's särskilda profil, de goda internationella kontakterna utgör en annan tillgång. Vi anser att kommunikationen och dialogen mellan forskare/expertter och beslutsfattare är särskilt viktig och behöver utvecklas. Ett led i detta är att vi påbörjat en serie av s.k. Policy briefs, vilket är korta (ca 5 sidors) sammanfattande texter kring kunskaperna om en viss policyfrågeställning. Där ingår också hänvisningar till den vetenskapliga litteraturen och viktiga kunskapskällor. Texterna avslutas med förslag till handlande och särskilt viktiga påpekanden för beslutsfattarna.

På liknande sätt som i vår första årsrapport har vi på basen av redovisningarna av våra workshops och diskussionen vid dessa sammanfattat ett antal "goda råd" till svensk sjukvård. Dessa 8 nya goda råd följer på nästa sida.

Vi hoppas att detta sammantaget skall stimulera diskussion, problemlösande och alternativt tänkande bland beslutsfattare och i forskarvärlden!
Välkommen till våra kommande möten och arrangemang – läs mer på vår hemsida!

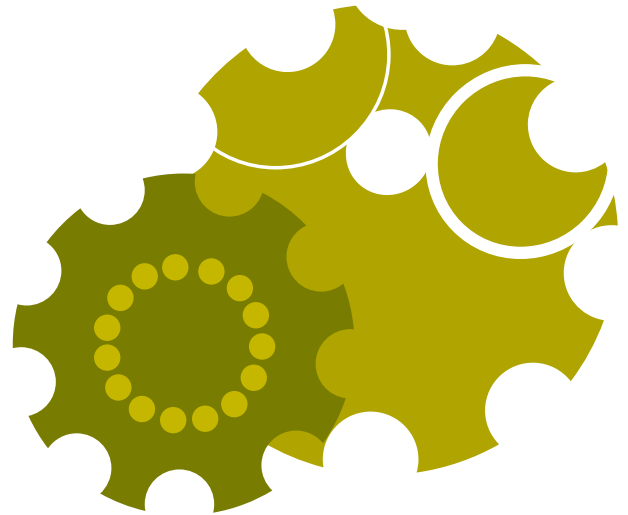
Thorbjörn Larsson, VD Vårdalstiftelsen, Ordförande för Forum för Health Policy.

Johan Calltorp, Professor i hälsopolitik och ledarskap, The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare. Projektledare för Forum för Health Policy.

Richard B. Saltman, Professor of Health Policy and Management, Emory University Atlanta and the European Observatory on Health Policies and Systems. Bitr projektledare för Forum för Health Policy.

Forum för Health Policy fokuserar främst på fyra områden som syftar till att stärka interaktionen mellan beslutsfattare och forskare inom hälso- och sjukvården.

- 1. Workshops för beslutsfattare** – en mötesplats där internationella experter, svenska forskare och beslutsfattare kan föra en dialog på policy-nivå om centrala frågor och viktiga utmaningar för hälso- och sjukvården.
- 2. Fördjupade policystudier** inom nyckelområden som har identifierats i samband med workshops, genom medlemmarna och i forskarnätverket. Syftet är dels att generera eget material till kommande workshops, dels engagera svenska yngre forskare i arbete tillsammans med Forum. Dessa forskningsstudier har ettåriga perspektiv och genomförs med medel från särskilda finansiärer.
- 3. www.healthpolicy.se – en webbplats om "hälso-policy"** som samlar den senaste forskningen nationellt och internationellt. Här finns länkar till några av de viktigaste internationella organisationerna inom området. Via hemsidan kan man också ta del av våra rapporter, redovisning från workshops liksom de forskarnätverk i Sverige som successivt byggs upp.
- 4. Forskarnätverk** – som ska bidra till att bredda och fördjupa debatten i Sverige och ta fram evidensbaserade strukturella och organisatoriska alternativ för framtida politik.



8 viktiga policyåtgärder som kan förbättra den svenska hälso- och sjukvården.

1. Mät åtgärdbar dödlighet

Kunskapsområdena undvikbar sjuklighet och åtgärdbar dödlighet är viktiga och behöver etableras bättre inom hälso- och sjukvården. Mät, värdera och styr med hjälp av dessa faktorer på samma sätt som andra kvalitetsindikatorer i vården.

2. Förebyggande insatser bör integreras i klinisk vård

Förbättrade behandlingsresultat inom stora sjukdomsgrupper kan vinnas genom att koppla samman förebyggande insatser med klinisk vård – utveckla metoder för detta!

3. Team – ställer krav på ledare och medarbetare: teambyggare och teamspelare

Teamarbete är en viktig del i vårdens systematiska förbättringsarbete och utveckling. Detta ställer krav på både ledare och medarbetare att kunna vara såväl teambyggare som teamspelare!

4. Team på rätt sätt och för rätt uppgift

Framgångsfaktorer för teamarbete är att rätt team används på rätt sätt och för rätt uppgift. Vårdens ledare och beslutsfattare måste se detta som en integrerad del i uppdraget att leda vården!

5. Variation – analysera orsaker och åtgärda

Den svenska hälso- och sjukvården har mycket omfattande databaser vilka endast delvis används för utvecklingsarbete. Utveckla både det nationella standardiserade jämförelsearbetet och det lokala behovsstyrda fördjupningsarbetet.

6. Variation – gå från beskrivning till värdering och målstyrning

Dagens Öppna Jämförelser ger nödvändig beskrivande exponering. Utveckla denna genom att värdera resultat och beskriva målvärden som bör uppnås.

7. Multisjuka patienter – öka kunskapen om vårdmönster

Vården har bristfällig kunskap om de komplexa förhållanden som råder för patienter med flera olika sjukdomar. Kunskap som kan förbättra vården finns i vårdens databaser och register, använd den!

8. Multisjuka patienter – bättre samverkan i vårdkedjan

De multisjuka är en växande patientgrupp som innebär stora utmaningar för vårdorganisationen. Samverkan mellan huvudmän, enskilda vårdgivare och kliniker måste byggas på rätt motivationsfaktorer och förbättrad planering och styrning.



Hälso- och sjukvårdens inverkan på befolkningens hälsa.

The shifting balance between public health and curative medical care
in producing health gain.

FÖRFATTARE: Ragnar Westerling, professor i socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

INTERNATIONELL EXPERT: Martin McKee, Professor, London School of Hygiene and The European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Presentationen finns på Forum för Health Policys hemsida www.healthpolicy.se/workshops

Inledning

Det finns en traditionell och välgrundad uppfattning att förebyggande vård – prevention i vid bemärkelse – svarar för den allra största delen av de dramatiska förbättringarna av befolkningens hälsa som vi sett de senaste 100 åren. Ofta har bedömare angett att den kliniska behandlande vården enbart svarat för cirka 10% av hälsovinsterna mätt på gruppnivå. Arvsfaktorerna är avgörande, men lika viktiga är kunskaperna om hälsans bestämningsfaktorer. Det gäller basala traditionella faktorer som rent vatten, sanitet, hygien, vaccinationer till mera komplicerade som kost, nutrition och levnadssätt. En stor del av den kunskap som den medicinska forskningen tar fram används inom andra samhällsområden. Det blir allt mer komplext och också kontroversiellt ju närmare vi kommer människors livsstil, levnadsväl och friheten i det moderna välfärdssamhället.

I takt med den moderna medicinens landvinningar där kurativ (botande) klinisk behandling tycks ha avgörande betydelse för både livsförlängning och funktionsstatus har vi nått en ny situation. Det basala och traditionella preventionsarbetet måste upprätthållas, för att vidmakthålla hälsovinster, och kanske rentav intensifieras. Nya metoder att bedriva hälsoarbete och påverkan på både individers och gruppers beteende måste utvecklas – ofta innehåller de etiska komplikationer. Samtidigt måste vår förståelse för den kliniska kurativa medicinens effekter öka.

Helt ny och aktuell forskning som presenterades vid denna workshop antyder att klinisk kurativ medicin kan förklara så mycket som 50% av hälsovinster i vissa sjukdomsgrupper, framförallt för kroniskt sjuka. En annan viktig forskningsframgång inom folkhälsovetenskapen är begreppet åtgärdbar dödlighet, och framgångsrika sätt att mäta denna, som ett avgörande kvalitetsmått för hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa nya perspektiv och kunskaper får avgörande betydelse för handlingslinjer kring vårdens planering, resursfördelning och väcker också viktiga frågor om bättre kunskaps- och handlingsmässig koppling mellan traditionellt folkhälsoarbete och klinisk medicin. Forskningen antyder att behandlingsområden som hjärtinfarkt, stroke och cancer vunnit särskilt mycket på integrerade strategier av detta slag.

Johan Calltorp, professor, projektledare Forum för Health Policy.

Konkreta förslag från denna workshop:

1. Mät åtgärdbar dödlighet

Kunskapsområdena undvikbar sjuklighet och åtgärdbar dödlighet är viktiga och behöver etableras bättre inom hälso- och sjukvården. Mät, värdera och styr med hjälp av dessa faktorer på samma sätt som andra kvalitetsindikatorer i vården.

2. Förebyggande insatser bör integreras i klinisk vård

Förbättrade behandlingsresultat inom stora sjukdomsgrupper kan vinnas genom att koppla samman förebyggande insatser med klinisk vård – utveckla metoder för detta!

Workshop 6, 19 September 2012

Hälso- och sjukvårdens inverkan på befolkningens hälsa

FÖRFATTARE: Ragnar Westerling, professor i socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

1. Hälsa- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan under debatt

Betydelsen av hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens hälsa har ifrågasatts av flera forskare. Det är framförallt när utvecklingen av folkhälsan följts historiskt och under längre tid som frågan ställts om det snarare är den allmänna välfärdsutvecklingen som spelat roll för förbättringar i folkhälsan. Exempelvis pekade McKeown i slutet av 1970-talet på att dödligheten i tuberkulos minskat sedan mitten av 1800-talet i England och Wales i stort sett oberoende av de medicinska framstegen, såsom upptäckten och införandet av medicinsk behandling med antibiotika och vaccinationer¹. I stället diskuterades att faktorer som ökar motståndskraften mot sjukdomen, såsom näringstillståndet, och miljöfaktorer som kan påverka spridningen av sjukdomen, såsom förekomst av trångboddhet, hygieniska förhållanden etc. haft större inverkan.

Andra forskare har pekat på att förekomsten av olika sjukdomar kan vara konjunkturberoende eller påverkas av stora samhällsförändringar. Exempelvis visade Brenner 1971² hur dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar i en analys från U.S.A, 1900-1967 följde konjunkturen. Hjärt-kärldödligheten ökade i anslutning till ekonomiskt sämre perioder och minskade i samband med mer gynnsam ekonomi. Han diskuterade tänkbara förklaringar och nämnde då olika samhällsfaktorer som kan öka individernas psykosociala stress och därmed risk för hjärt-kärlsjukdomar. Dessa perioder kan även ge sämre ekonomiska förutsättningar för sjukvården, vilket också kan bidra till den ökade dödligheten.

Betydelsen av hälsans sociala bestämningfaktorer har lyfts fram även i senare folkhälsoforskning. Exempelvis har den s.k. Mamot-kommissionen på uppdrag av WHO sammanställt det vetenskapliga stödet för att förbättra de sociala förutsättningarna för en god och jämlikare hälsa³. Tyngdpunkten i deras rapport gäller insatser för att förbättra sociala bakomliggande faktorer som ökar risker att drabbas av sjukdom. Man ser dock hälso- och sjukvårdssystemet som en del av de sociala bestämningfaktorererna och framhåller betydelsen av att hälso- och sjukvården möter de behov som ohälsan i befolkningen lett fram till för att undvika att sjukdomar förblir obehandlade, särskilt hos socialt och ekonomiskt utsatta grupper.

Genom den medicinska utvecklingen har också förutsättningarna att åtgärda olika sjukdomstillstånd förbättrats. För ett flertal sjukdomar kan förloppet påverkas med preventiva och terapeutiska insatser⁴. Nolte pekar på att förbättringarna i hälso- och sjukvårdens förutsättningar att påverka befolkningens hälsa varit särskilt påtagliga från andra hälften av 1900-talet⁵. Sjukdomar som tidigare varit dödliga har blivit behandlingsbara genom medicinska framsteg och nya och mer effektiva sätt att

organisera vården har visat sig effektiva. Dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka förloppet av har också de senaste decennierna minskat kraftigare än dödligheten totalt i yngre åldersgrupper. Denna trend finns rapporterad från ett flertal västländer, däribland Sverige^{6 7}.

Flera forskare har försökt att kvantifiera hur stor betydelsen av hälso- och sjukvården varit för förbättringar i folkhälsan. Bunker analyserade exempelvis 1994 inverkan av 13 olika medicinska behandlingar och 13 medicinskt preventiva insatser och uppskattade att behandlingarna tillsammans svarade för närmare 4 års ökad förväntad livslängd i U.S.A sedan 1950⁸. Motsvarande inverkan för de medicinskt förebyggande insatserna var 1,5 år. Sammantaget svarade hälso- och sjukvården enligt denna analys för cirka hälften av den ökade förväntade livslängden i U.S.A. under denna tid. I ett försök att även beräkna inverkan av medicinska behandlingar på livskvalitet och funktionsförmåga menar Bunker att även livskvaliteten förbättrats under i genomsnitt en femårsperiod per individ⁹.

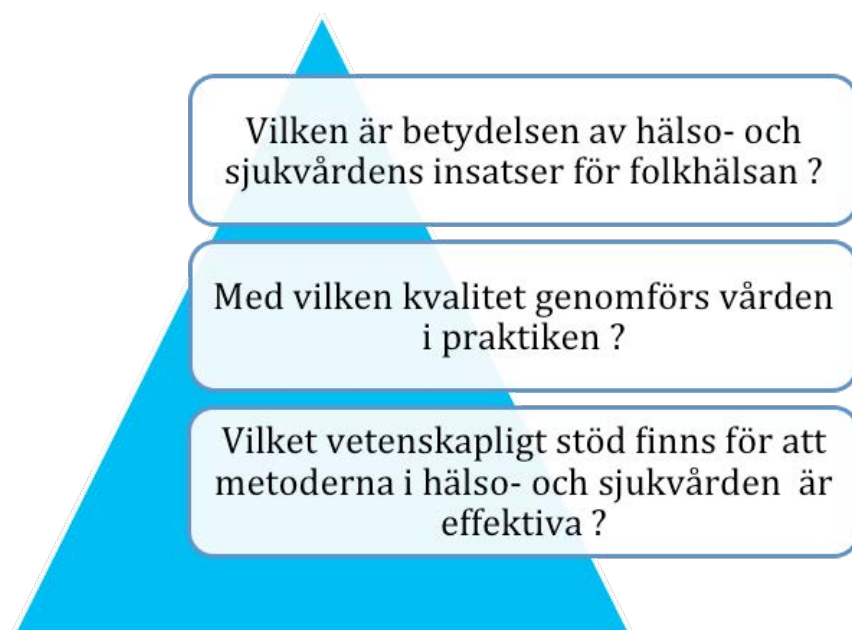
2. Folkhälsoinriktad utvärdering av hälso- och sjukvården

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen lyfter fram en god hälsa i befolkningen som helhet som det centrala målet för hälso- och sjukvården. Dessutom anges att vården skall ges på lika villkor, d.v.s. att det skall vara behoven av vård som avgör vilka som får vård, inte vilka ekonomiska eller sociala förutsättningar man har. Hälso- och sjukvård skall omfatta såväl medicinskt förebyggande som behandlande insatser. Hälso- och sjukvården har alltså ett folkhälsoansvar, något som även gäller för andra sektorer i samhället i och med riksdagens beslut om nationella folkhälsomål. Det som utmärker kraven på hälso- och sjukvården är att insatserna skall vara medicinskt grundade och baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Frågan är då vilken betydelse som dessa medicinska insatser har för befolkningens hälsa i stort.

Det är således angeläget att utvärdera hälso- och sjukvården insatser utifrån ett folkhälso-perspektiv. Hur väl uppnås målen att med medicinska insatser påverka befolkningens hälsa i positiv riktning? Ett första steg i utvärdering bör vara att undersöka om det finns vetenskapligt stöd för att de metoder som används inom hälso- och sjukvården är effektiva (Nivå 1 i figur 1). Detta genomförs ofta genom s.k. kliniska prövningar där resultaten i en behandlingsgrupp jämförs med en kontrollgrupp, vanligen s.k. kliniska randomiserade försök. Dessa prövningar genomförs som regel under så optimala betingelser som möjligt med strikta kriterier vilka som ingår i studien, ett väl strukturerat behandlingsprogram, välinformerad personal och noggrann uppföljning.

När sedan behandlingsmetoderna införs i rutinsjukvården är det inte säkert att förutsättningarna är lika optimala. Det kan exempelvis finnas brister i tillgång till för uppgiften utbildad personal. Det kan också variera vilken patient grupp som får behandlingen respektive hur behandlingen genomförs och följs upp. Kvaliteten i vården kan således variera vilket kan ge skillnader i resultat och att man ej uppnår samma goda resultat som i den kliniska prövningen. Undersökningar av kvaliteten i vården bör därför vara ett andra steg när det gäller att utvärdera betydelsen av olika medicinska insatser (nivå 2 i figur 1).

Även för behandlingar som har ett bra vetenskapligt stöd och genomförs med god kvalitet kan det variera vilken betydelse de får för folkhälsan. Effekten blir större om det är en vanlig sjukdom som skulle kunna ge allvarliga konsekvenser för överlevnad, funktionsförmåga eller livskvalitet om behandlingen ej ges. Det är också av betydelse i vilken utsträckning den nya behandlingen når ut till dem som har behov av den, vilken täckningsgraden är. Om vårdköerna är långa eller tillgängligheten på annat sätt är begränsad kan effekten på befolkningens hälsa bli lägre än vad den kunde ha varit vid en god tillgänglighet. Detta bör beaktas (nivå 3 i figur 1) då hälso- och sjukvårdens insatser skall utvärderas på befolkningsnivå.



Figur 1. Nivåer i folkhälsoinriktad utvärdering av hälso- och sjukvård.

3. Metoden att studera åtgärdbar dödlighet

Dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av, s.k. åtgärdbar dödlighet studeras ofta som en indikator på vårdens resultat och kvalitet. De åtgärdbara dödsorsakerna har klassificerats med avseende på om de är möjliga att påverka med förebyggande eller terapeutiska insatser⁴. En ansamling av dödsfall skall ses som en varningssignal som motiverar en fördjupad undersökning av hälso- och sjukvårdens utformning och kvalitet. Det finns i litteraturen ett flertal exempel på studier som analyserat potentiellt åtgärdbara faktorer som kan ha bidragit till dödsfallen¹⁰. Det kan exempelvis handla om organisatoriska faktorer och kvalitetsproblem i den medicinska handläggningen. Sådana medicinska revisioner av potentiellt åtgärdbara dödsfall bör kunna ge kunskap om hur vårdens kvalitet kan förbättras.

Metoden introducerades i slutet av 1970-talet av en amerikansk forskargrupp ledd av David Rutstein⁴ och har sedan kommit att tillämpas och utvecklats vidare av forskare från flera länder^{6 11}. En forskargrupp inom EU har exempelvis publicerat atlas över regionala skillnader i åtgärdbar dödlighet för ett modifierat urval av dödsorsaker^{12 13}. EU-gruppen utvecklade metoden vidare genom att definiera de dödsorsaker som går att påverka direkt med insatser från sjukvården som sjukvårdsindikatorer och sådana som påverkas av bredare hälsopolitiska insatser som hälsopolitiska indikatorer. Diabetes, astma och magsår är exempel på sjukvårdsindikatorer. Lungcancer och levercirros klassificerades däremot som hälsopolitiska indikatorer då förekomsten av dessa tillstånd i hög utsträckning påverkas av tobaks- respektive alkoholpolitiken i ett land.

Den åtgärdbara dödligheten har kommit att studeras för att följa hälso- och sjukvårdens resultat på befolkningsnivå. Studier över utvecklingen över tid (trenden) i åtgärdbar dödlighet har genomförts i flera länder, däribland i Sverige^{6 7}. Man har då funnit en nedgång i dödligheten som i vissa studier kunnat kopplas till att innovationer introducerats i hälso- och sjukvården. Dessa samband kan stärka valet av dessa dödsorsaker som indikatorer på hälso- och sjukvårdens resultat¹⁴.

Metoden har även använts för internationella jämförelser. Den första av dessa studier publicerades i British Medical Journal 1986¹⁵. Dödstalen för ett urval av de åtgärdbara dödsorsakerna studerades för sex industrialiserade länder som alla kännetecknades av att de genomgått en period med tillväxt inom hälso- och sjukvården under perioden 1950-1980. Charlton och Velez kunde påvisa att dödligheten i de åtgärdbara dödsorsakerna minskat betydligt mer än annan dödlighet i alla de studerade länderna under denna tidsperiod. Författarna menade att de konsistenta resultaten för de åtgärdbara dödsorsaker i de olika länderna talade för att förbättringar inom hälso- och sjukvården bidragit till den snabba nedgången i dödlighet.

Nolte har följt upp utvecklingen för dödstalen under 1990-talet och jämfört de resultaten med de som gällde under 1980-talet. Under 1980-talet bidrog den åtgärdbara dödligheten till att förbättra den förväntade livslängden (räknad från födelsen) i flertalet Europeiska länder¹¹. I många länder kunde det kopplas till minskad barnadödlighet. I några länder bidrog emellertid en reduktion av åtgärdbar dödlighet hos medelålders till en minst lika betydande förbättring av den förväntade livslängden. Detta gällde för Danmark, Holland, Storbritannien, Frankrike och Sverige.

Under 1990-talet hade emellertid den åtgärdbara dödligheten som regel inte samma inverkan på förbättringar av livslängden. Undantagen fanns i södra Europa, där länder som Portugal och Grekland uppvisade en nedgång i åtgärdbar dödlighet som påverkade den förväntade livslängden positivt. Ett generellt mönster förefaller att vara att det framförallt är länder som har höga dödstal i början av en tidsperiod som svarat för de kraftigaste nedgångarna i åtgärdbar dödlighet. Den samlade effekten blir därmed att variationen i åtgärdbar dödlighet minskat mellan länderna i Europa.

Det generella mönstret i de internationella jämförelserna av åtgärdbar dödlighet är således att variationen mellan länder minskat. Det är i linje med de resultat vi kunnat visa inom Sverige, där skillnaderna mellan olika landstingsområden, mellan stad och landsbygd och mellan könen minskat över tid^{16 17}. Det talar för att medicinska framsteg faktiskt kan bidra till att reducera ojämlikhet i hälsa och dödlighet mellan olika befolkningsgrupper¹⁸.

4. Svenska resultat i internationella jämförelser av åtgärdbar dödlighet

Vid en internationell jämförelse har de svenska dödstalerna för åtgärdbara sjukdomar under 1970- och 1980-talen som regel hört till de lägsta inom EU¹⁹. Skillnaderna var också större för de åtgärdbara dödsorsakerna än för dödligheten totalt. De totala dödstalerna var i åldrar under 65 år 15 procent lägre i Sverige än i EU medan motsvarande dödstal för åtgärdbara dödsorsaker vanligen låg mellan 25 och 80 procent lägre i Sverige. De svenska resultaten var således särskilt gynnsamma när jämförelsen genomfördes för sjukdomar som hälso- och sjukvården bör kunna påverka. Även i en internationell jämförelse med data från 1998 var den åtgärdbara dödligheten i Sverige på en internationellt sett låg nivå²⁰.

I en nyligen publicerad internationell jämförelse från år 2003 har Sverige emellertid fått en försämrad placering och har nu en position i mitten av OECD-länderna vad gäller åtgärdbar dödlighet²¹. Utvecklingen i Sverige förefaller att ha stagnerat samtidigt som den åtgärdbara dödligheten fortsätter att minska tydligt i andra länder som tidigare varit på en likartad nivå som Sverige, såsom Canada, Holland och Italien. Det är angeläget att analysera vad som kan förklara denna uteblivna förbättring i åtgärdbar dödlighet i Sverige åren kring millenniumskiftet.

En rimlig förklaring kan vara att de medicinska framsteg som mäts med metoden tillämpats i Sverige tidigare än i många andra länder och att andra länder nu kommit ikapp. Det finns flera exempel på att den svenska hälso- och sjukvården på ett tidigt stadium systematiskt arbetat för att effektiva medicinska metoder skall komma i bruk. Sverige var exempelvis tidigt ute med att införa vårdprogram för flera sjukdomar såsom diabetes²², hypertoni och prevention av stroke²³ och Hodgkin's sjukdom²⁴ som byggde på moderna medicinska principer.

Samtidigt väcks frågan om de ekonomiska problemen i Sverige under 1990-talet kan ha bidragit till att flera länder gått förbi Sverige i resultat vad gäller den åtgärdbara dödligheten. Detta kan dels ha påverkat förutsättningarna för verksamheten inom inom hälso- och sjukvården. Samhällsutvecklingen kan även ha påverkat olika befolkningsgruppers situation. Andelen personer som ej var i arbete ökade påtagligt under 1990-talet i Sverige och våra tidigare studier har visat att det framförallt varit personer utanför arbetsmarknaden som uppvisat höga dödstal för åtgärdbara dödsorsaker i Sverige²⁵. Detta kan ha fått genomslag på resultaten totalt för den åtgärdbara dödligheten i Sverige.

5. Medicinska framstegs betydelse för åtgärdbar dödlighet

I ett aktuellt EU-projekt (Avoidable mortality in the European Union: Towards better indicators for the effectiveness of health systems; Amiehs) har metoden att studera åtgärdbar dödlighet utvecklats vidare²⁶. I EU-projektets första steg har en systematisk genomgång av aktuell vetenskaplig litteratur genomförts som stöd för att uppdatera listan över åtgärdbara dödsorsaker. Syftet med denna review har varit att undersöka vilken evidens som finns för att specifika medicinska innovationer införda efter 1970 kan påverka dödlighetsutfallet. För varje åtgärdbar dödsorsak har en eller flera nyckelinterventioner identifierats. Totalt kom 18 olika innovationer för 14 olika dödsorsaker att studeras. Huvuddelen av dessa innovationer har visat sig vara nya effektiva läkemedel för olika sjukdomar.

I ett andra steg har tidpunkten för införandet av de medicinska nyckelinterventionerna studerats i sju länder, däribland Sverige. Analysen bygger på data från nationella beslut, programdokument, registreringsår för läkemedel, guidelines, vetenskapliga utvärderingar, läkemedelsstatistik, publicerade kliniska prövningar samt uppgifter från nyckelinformanter. Vidare analyseras betydelsen av skiften i klassifikationsrutiner för dödsorsaker i de olika länderna och korrektionsfaktorer utvecklas för att hantera detta²⁷. Empiriska data från de sju länderna används för att undersöka om det finns en koppling i tid mellan införandet av medicinska innovationer och nedgång i dödlighet under perioden 1970-2005.

Totalt sett återfanns fler kopplingar i tid mellan medicinska innovationer och positiva förändringar av trenden i dödlighet än vad som kunde förväntas utifrån slumpen. Det ger ett stöd för konceptet som helhet att dödlighetsutvecklingen kan avspegla den medicinska utvecklingen för åtgärdbara dödsorsaker. Det var emellertid enbart för ett fåtal dödsorsaker som en koppling gick att återfinna i flertalet av de sju länderna. Flera av dessa innovationer hade en preventiv inriktning. Det gällde behandling med beta-blockare för att förebygga återinsjuknande i hjärtinfarkt, blodtrycksbehandling för att förebygga insjuknande i cerebrovasculär sjukdom (slaganfall/stroke), screening (hälsokontroller med cellprover) av livmoderhalscancer samt systematiska program för undersökning av tjocktarmen med s.k. kolonoscopi för upptäckt av tjocktarmscancer hos personer med ökad risk för detta. Dessutom fanns kopplingar mellan introduktionen av bromsmediciner (s.k. antiretrovirala läkemedel) vid HIV/AIDS.

Det kan finnas flera förklaringar till de fall då samband ej gick att påvisa mellan införandet av nya medicinska metoder och dödlighetsutvecklingen. En förklaring kan vara att även om behandlingarna visat sig effektivare än andra metoder i kliniska prövningar så kan skillnaden ändå ha varit begränsad och ej tillräckligt stor för att ge en förändring av trenden i dödlighet. Vidare kan den nya metoden införts i alltför långsam takt i vissa länder för att kunna ge en omsvängning av dödlighetstrenden. Det fanns också i många fall begränsad dokumentation kring den exakta tidpunkten för införande av metoden och dess spridning i respektive land. Kvaliteten i genomförandet kan också ha varierat mellan länderna. Vidare påverkas dödlighetstrenden av flera andra faktorer såsom hur vanligt förekommande sjukdomarna är i respektive land.

Forskargruppen argumenterar således för flera sätt att analysera jämförelser mellan länder i åtgärdbar dödlighet bör användas, exempelvis att jämföra trender och hur snabbt dödligheten minskar efter medicinska innovationer samt att informationssystemen för att följa introduktion och spridning av medicinska innovationer behöver förbättras och standardiseras över Europa²⁸. Vidare diskuterar man att hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan inte enbart kan återföras till specifika medicinska genombrott utan mer till en successiv utveckling av metoder, handläggning och kvalitet.

6. Medicinska framsteg och åtgärdbar dödlighet i Sverige

I jämförelse med de andra EU-länderna i Amiehs-projektet var Sverige särskilt tidigt ute med att införa medicinska innovationer som innefattade en preventiv strategi²⁶. Det gäller exempelvis för mammografi (screening av bröstcancer), screening av

livmoderhalscancer och för blodtrycksbehandling för att förebygga cerebrovaskulär sjukdom (slaganfall/stroke). Redan under 1970-talet utvecklades dessa strategier i Sverige medan de i flera fall dröjde ett eller ett par decennier innan motsvarande utveckling tog fart i andra länder. När det gäller introduktion av nya effektiva läkemedel var annars Sverige som regel ett par år efter de större Europeiska länderna, som England, Frankrike och Nederländerna. Detta gällde både om man utgick från registreringsår för läkemedlen och från de första rapporterna om att läkemedlen kommit till användning i kliniska studier.

Det finns också flera exempel på en positiv utveckling för den åtgärdbara dödligheten i samband med introduktion av nya medicinska metoder. Dödstalen för cerebrovaskulära sjukdomar (stroke/slagnfall) har minskat under hela den studerade tidsperioden 1970 till 2005 i Sverige. För kvinnor accelererade nedgången i dödlighet från mitten av 1970-talet och för män började då en nedåtgående trend i dödstal. Detta sammanföll i tid med att blodtrycksbehandling introducerades i Sverige som ett sätt att förebygga slaganfall. Kliniska försök startade i början av 1970-talet²⁹ och 1979 spreds de preventiva strategierna genom nationella guidelines²³ i vilket ledande svenska forskargrupper medverkade^{29 30}. Vid sidan av behandling av högt blodtryck arbetade man redan vid denna tid med en bredare preventiv ansats som även innefattade samtal om livstilsfaktorer med patienten.

Även under början av 2000-talet har nedgången i dödstal accelererat. Under denna tidsperiod introducerades nya mer intensiva behandlingsstrategier i akutfasen av stroke, såsom blodproppslösande behandling som visat sig effektiv om den sätts in i ett tidigt skede³¹. Utvärderingar pekar emellertid på att denna metod spred sig relativt långsamt³² och bara nådde en begränsad del av patienterna³³, varför det är mer osäkert i vilken utsträckning detta påverkat dödlighetstalen i befolkningen.

Även för hjärtinfarkt har dödstalen minskat under hela perioden från 1970. Nedgången var särskilt snabb under 1980-talet då flera medicinska innovationer introducerades. Från slutet av 1970-talet och början av 1980-talet prövades att behandla patienter som haft hjärtinfarkt med s.k. beta-blockare i syfte att förebygga nya hjärtinfarkter³⁴⁻³⁷. Denna typ av s.k. sekundärpreventiv strategi har fått ett genomslag i hjärtinfarktvården i Sverige från 1980-talet och framåt, vilket bl.a. avspeglas i nationella guidelines³⁸ och introduktionen sammanfaller i tid med övergången till en snabbare nedgång i dödstal.

Det finns även rapporter om förbättrad organisation av hjärtintensivvården vid flera sjukhus från slutet av 1970-talet^{39 40} som kan ha bidragit till den positiva utvecklingen av dödstalen. Vidare talar det faktum att även insjuknandet i hjärtinfarkt minskat att andra faktorer i befolkningen spelat in, såsom minskad rökning och andra livstilsfaktorers utveckling⁴¹.

Inom hjärt-kärlområdet kom under 1980-talet en ny läkemedelsgrupp, s.k. ACE-hämmare som initialt registrerades för behandling av högt blodtryck men som snart visade sig effektiv även vid behandling av hjärtsvikt. Under första hälften av 1980-talet svängde också trenden för dödstalen i hjärtsvikt i positiv riktning. Denna utveckling startade i anslutning till att ACE-hämmare blev tillgängliga i Sverige men något före att systematiska kliniska studier startade i Sverige för behandling av hjärtsvikt⁴²⁻⁴⁵. Då patientgrupperna delvis överlappar kan dock hjärtsviktpatienter fått medicinen även innan dess, men då sannolikt med högt blodtryck som indikation. Det är således rimligt att introduktionen av ACE-hämmare haft en inverkan på nedgången i dödlighet

i hjärtsvikt. Det finns dock flera rapporter som pekar på att spridningen av medicinen varit långsam och att många patienter som borde ha nytta av medicinen ej fått denna utskrivna^{46 47}, vilket kan innebära att betydelsen för folkhälsan blivit mindre än vad som kunde ha varit möjligt.

Inom cancerområdet har nya medicinkombinationer stegvis utvecklats och överlevnaden ökat för många cancerformer. Det är dock mindre vanligt att ett enskilt framsteg inom behandlingen gett genomslag direkt i dödstalen i befolkningen. För testikelcancer minskade dödstalen under både 1970- och 1980-talet. Nedgången var dock kraftigare under 1980-talet vilket sammanföll med introduktion av en ny medicin mot testikelcancer (Cisplatin). Denna medicin visade sig effektiv i kliniska prövningar⁴⁸ och fick en snabb spridning varför det är rimligt att den påverkat resultaten. Antalet dödsfall i testikelcancer är dock relativt få vilket begränsat möjligheten att statistiskt bedöma signifikansen i detta samband.

För Hodgkin's sjukdom utvecklades under 1980-talet nya behandlingsstrategier som byggde på hög-dos behandling med cancermediciner som i vissa fall följdes av benmärgstransplantation. Denna strategi dokumenterades i ett nationellt program som publicerades 1985²⁴. Under denna tidsperiod minskade också dödstalen i Hodgkin's sjukdom kraftigare än tidigare i Sverige. Ett likartat mönster finns även för leukemi hos personer under 45 år, med en kraftigare nedgång i dödlighet under 1980-talet då mer intensiva behandlingar och den medicinska handläggningen utvecklades^{36 49 50 51}

En annan strategi att påverka cancerdödligheten är genom hälsokontroller, s.k. screening som tillämpas allmänt, framförallt för livmoderhalscancer och bröstcancer (mammografi). För båda dessa cancerformer minskade dödstalen under hela perioden 1970-2005. Vad gäller screening av livmoderhalscancer introducerades den redan i slutet av 1960-talet och var nationellt spridd i början av 1970-talet^{52 53}. De minskade dödstalen från denna tid tillskrevs i analyser från 1980-talet den ökade förekomsten av screening⁵⁴. För mammografi baserar sig utvärderingar av deras betydelse för att minska dödligheten på nationella kliniska försök som startade i slutet av 1970-talet och som gett positiva långtidsresultat^{55 56 57}. Introduktionen sammanföll emellertid i tid med att även behandlingsmöjligheterna för bröstcancer förbättrades genom att nya effektiva cancermediciner (Tamoxifen) introducerades 1976^{58 59 60}.

Även för vissa andra dödsorsaker kan man se samband mellan medicinska framsteg och trenderna för den åtgärdbara dödligheten. Effektiva mediciner (Cyklosporin) som dämpar immunreaktionen i samband med njurtransplantation utvecklades under 1980-talet. Vid denna tid hade vi en ökande dödlighet i njursvikt som stannade upp i början av 1990-talet. Detta positiva skifte sammanföll i tid med introduktionen av den nya medicinen för njurtransplanterade patienter^{61 62}. Ett modernare exempel är bromsmediciner (antiretrovirala läkemedel) för HIV och AIDS⁶³ som introducerades under en period med kraftig ökning av dödligheten i slutet av 1980-talet. Under 1990-talet ökade användandet av dessa mediciner och i mitten av 1990-talet vände dödstalen dramatiskt nedåt för denna sjukdom.

Det går således att finna ett antal exempel i Sverige där medicinska framsteg under de senaste decennierna haft ett vetenskapligt stöd i kliniska studier och där introduktionen i tid sammanfaller med en gynnsam utveckling av dödstalen. Detta tyder på att de medicinska framstegen haft betydelse för att minska riskerna att dö i åtgärdbara sjukdomar i befolkningen i stort.

7. Den åtgärdbara sjukdomsördan i befolkningen

Det är viktigt att beakta att den åtgärdbara dödligheten ej avspeglar alla aspekter på den medicinska vårdens resultat. För många sjukdomsgrupper, exempelvis rörelseorganens sjukdomar vore det rimligare att studera förekomsten av åtgärdbara funktionshinder och inverkan på hälsorelaterad livskvalitet. WHO arbetar exempelvis med DALY (funktionsjusterad levnadsår) som ett utmätt på sjukdomsördan för olika sjukdomar som tar hänsyn till både överlevnad och förekomst av funktionsnedsättningar⁶⁴.

I svenska beräkningar medför detta att psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar lyfts fram som betydande sjukdomsgrupper vid sidan av de stora dödsorsaksgrupperna hjärt- kärlsjukdomar och cancersjukdomar. DALY-mättet är dock inte på samma sätt som åtgärdbar dödlighet direkt kopplat till frågan om vad hälso- och sjukvården kan påverka med medicinska insatser.

Hollinghurst och medarbetare har emellertid prövat ut möjligheterna att beräkna den åtgärdbara delen av sjukdomsördan⁶⁵. Den åtgärdbara sjukdomsördan definieras som den del av den totala ördan som bedömts vara åtkomlig för prevention eller behandling. De valde ut sju sjukdomar för vilka det finns en betydande sjukdomsörda i befolkningen och stöd i litteraturen för att det finns effektiv medicinsk behandling eller prevention. Från tidigare listor över åtgärdbara dödsfall inkluderades exempelvis stroke i studien eftersom sjukdomen vid sidan av en risk att avlida kan medföra långvarig funktionsnedsättning. Dessutom tillkommer flera sjukdomar med inverkan särskilt på funktionsförmågan, såsom depression, magsår, höftledsartros och katarakt. I denna studie visade beräkningarna att den största potentialen att minska sjukdomsördan fanns vid behandling av depression men även exempelvis behandling av magsår visade sig ha en betydande potential. Författarna påtalar emellertid flera begränsningar i studien, framförallt svårigheterna att få fram användbara data över exempelvis sjukdomsförekomst och sjukdomsförlopp för denna typ av analyser.

Beräkningar av den åtgärdbara sjukdomsördan kan bli aktuella som underlag för att uppskatta vilka vinster i befolkningens hälsa som skulle kunna åstadkommas med väl utbyggda medicinska insatser. Det finns dock ännu få studier av detta slag och flera metodsteg kvar att utveckla. Generellt gäller dock att vi med bättre analyser av vårdbehovet i befolkningen bör kunna anpassa vårdens utformning för att nå en så god inverkan på befolkningens hälsa som är möjligt med medicinska insatser.

8. Medicinska insatsers inverkan på hälsorelaterad livskvalitet

Den hälsorelaterade livskvaliteten beaktas numera allt mer vid utvärderingar av hur effektiva olika medicinska insatser är. Med hjälp av måttet QUALY (kvalitetsjusterade levnadsår) vägs exempelvis olika behandlingars effekt på överlevnad och livskvalitet samman till ett gemensamt mått. Detta mått har framförallt används för att beräkna kostnadseffektiviteten av olika medicinska insatser baserat på resultat från kliniska prövningar. På det sättet får man information, inte bara om en viss medicinsk behandling är effektiv eller ej utan även om behandlingen kan genomföras till en rimlig kostnad. Detta används exempelvis, vid sidan av etiska överväganden, som underlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Tanken är att det skall underlätta att hushålla med hälso- och sjukvårdens resurser för att uppnå en så god hälsa som är möjligt med medicinska insatser. Socialstyrelsen baserar exempelvis i hög utsträckning sina nationella riktlinjer för god vård för patienter med allvarliga sjukdomar som tar stora samhällsresurser i anspråk på sammanställningar av kostnads- nytto-analyser som använt kvalitetsjusterade levnadsår som utfallsmått.

Nivån på den hälsorelaterade livskvaliteten har även analyserats för olika grupper i befolkningen. Det är framförallt ett av måtten på hälsorelaterad livskvalitet EQ-5D som har använts på detta sätt. Detta mått har utvecklats i samarbete mellan forskare från flera europeiska länder (the EuroQol Group) men har senare fått en bredare spridning⁶⁶. Påverkan på livskvaliteten utvärderas med detta mått utifrån fem olika dimensioner, ”rörlighet”: hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet.

I en svensk befolkningsstudie (Folkhälsoenkät i Stockholms län 1998) återfanns en lägre hälsorelaterad livskvalitet i samband med långvarig sjukdom (EQ-värden mellan 0,66 och 0,79 på en skala mellan 0 och 1 där värdet 1 representerar en god livskvalitet utan hälsorelaterade besvär)⁶⁷. Särskilt låga värden på livskvaliteten hade personer med smärtor i nacke, axlar eller rygg, kärlkramp och psykisk ohälsa medan exempelvis högt blodtryck ej hade samma inverkan. I ett annat svenskt material (ULF-undersökningen 1996-1997) återfanns ytterligare lägre hälsorelaterad livskvalitet i samband med depression (0,38)⁶⁸.

Den hälsorelaterade livskvaliteten mätt med EQ-5D har även använts i nationella uppföljningar av resultaten för vissa patientgrupper. I en studie av 447 patienter som behandlades för depression vid 56 olika vårdcentraler i olika delar av landet följdes dessa personer under sex månader⁶⁹. Medicinsk depressionsbehandling har tidigare i kliniska prövningar visat sig vara effektiv både när det gäller att minska symtomen och att öka den hälsorelaterade livskvaliteten. I den svenska vårdcentralstudien undersöktes vilka resultat som uppnåddes i reguljär vård. Den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrades tydligt under behandlingstiden och var efter sex månader 0,23 poäng högre än vid behandlingens start (EQ-5D-värden från 0,47 till 0,69).

I en nationell utvärdering vid alla kliniker i landet som utför operationer med höftledsplastik följdes patienternas hälsorelaterade livskvalitet upp ett år efter operation⁷⁰. Från att innan operationen ha varit tydligt lägre än för befolkningen i stort förbättrades den hälsorelaterade livskvaliteten till att i stort ligga på samma nivå som för andra personer i motsvarande åldersgrupp. Uttryckt i EQ-5D poäng innebar det en ökning med 0,37 poäng (från 0,41 till 0,78). Även för operationer med höftledplastik kunde man alltså visa betydande effekt på patienternas livskvalitet när operationerna genomförs i rutinsjukvården över landet.

Såväl depression som höftledsartros - som är en vanlig indikation för höftledsplastik - är exempel på stora folksjukdomar med påverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten. Utvärderingarna av resultaten i den rutinmässiga hälso- och sjukvården för behandlingarna av dessa sjukdomar pekar på att hälso- och sjukvårdens insatser haft betydelse för den hälsorelaterade livskvaliteten hos stora patientgrupper⁶⁹
⁷⁰. Vilken betydelse dessa behandlingar har för folkhälsan i stort påverkas även av täckningsgraden, d.v.s. hur stor andel av de som skulle ha behov av dessa behandlingar som får tillgång till detta.

En faktor som vid sidan av spridningen av medicinska metoder inom sjukvården påverkar hur många personer som får tillgång till en behandling är tillgången till hälso- och sjukvård, som i sin tur kan påverkas av hur olika vårdområden prioriterats, vilka vårdköer som uppstått samt vilka mönster som finns när det gäller att söka sjukvård. Flera studier pekar på att det blivit vanligare att avstå från att söka läkare trots att man upplevt behov av läkarkontakt⁷¹. Det är särskilt vanligt att man avstår från att söka hjälp för psykiska och psykosomatiska besvär och en vanlig förklaring är att man inte tror att sjukvården kan vara till hjälp. Andra faktorer är svårigheter att komma fram i vården, ekonomiska begränsningar och språksvårigheter. Det är vanligare inom vissa grupper att avstå från att söka vård. Bland exempelvis arbetslösa, invandrare och ensamstående mödrar rapporterar ca 30-40 % att de avstått från att söka läkare de senaste tre månaderna trots upplevda behov. Detta gäller även när det finns tecken på depression och annan psykisk ohälsa⁷². Hälso- och sjukvårdens bidrag till att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten och funktionsförmågan riskerar således att begränsas av att vården ej utnyttjas optimalt.

9. Implikationer för hälso- och sjukvården

Sammantaget pekar denna genomgång på hälso- och sjukvårdens betydelse när det gäller att nå effekter på befolkningens hälsa. För flera sjukdomsgrupper är det rimligt att hälso- och sjukvårdens insatser bidragit till att minska förekomsten av åtgärdbar dödlighet. Det gäller exempelvis flera hjärt-kärlsjukdomar och cancersjukdomar. För andra sjukdomsgrupper finns studier som pekar på en potential att påverka hälsorelaterad funktionsförmåga och livskvalitet.

De svenska resultaten ger således stöd för de slutsatser som flera internationella forskare framfört att den medicinska utvecklingen de senaste decennierna medfört att hälso- och sjukvården fått en ökad betydelse för befolkningens hälsa⁵.

Samtidigt visar genomgången att det behövs flera typer av data och analyser för att kunna förstå vilken roll hälso- och sjukvården har för specifika sjukdomar i befolkningen. Det behövs studier av såväl evidensen för, kvaliteten i och folkhälsoeffekterna av olika medicinska insatser. För att planera och utvärdera hälso- och sjukvården behövs vidare analyser av vårdbehov, vårdutnyttjande och vårdresultat i befolkningen. Det är angeläget att hälso- och sjukvården har tillgång till medicinskt förankrad folkhälsovetenskaplig kompetens som stöd för policybeslut, planering och utvärdering. Inom EU-området pågår en harmonisering av kompetenskrav och organisatoriska riktlinjer för detta kompetensområde inom hälso- och sjukvården⁷³ och dessa behov har även lyfts fram i översynen av medicinska specialiteter i Sverige⁷⁴.

Grundtanken för detta specialistområde är att medicinsk kompetens behöver kombineras med färdigheter i folkhälsovetenskap, epidemiologi, preventiv medicin samt hälso- och sjukvårdsplanering, beslutsprocess och ekonomi. Betydelsen av tydliga organisatoriska enheter med klara uppdrag och mandat, en tvärprofessionell bemanning inkluderande medicinska specialister inom området samt möjligheter till samverkan med forskningsinstitutioner framhålls vidare i den europeiska diskussionen⁷³. Denna genomgång pekar på tre viktiga utvecklingsområden för hälso- och sjukvården där sådan medicinskt förankrad folkhälsovetenskaplig kompetens är av betydelse:

Säkra tillgången till effektiva medicinska metoder.

Det är viktigt att få ett brett genomslag för effektiva medicinska innovationer. Det är flera steg från att metoderna visat sig effektiva i kliniska prövningar till att de kan ge resultat på befolkningens hälsa. Spridningen inom sjukvården kan av olika skäl gå långsamt och tillgängligheten kan begränsas inte minst p.g.a. bristande kunskaper om behandlings-möjligheter och vård i befolkningen. Införandet av de medicinska metoderna i rutinsjukvården behöver även kvalitetssäkras.

Integrera preventiva strategier i hälso- och sjukvården.

Denna genomgång visar på ett antal exempel där medicinskt preventiva strategier visat sig effektiva. Sverige har också i flera fall varit tidigt ute när det gäller att tillämpa preventiva metoder inom hälso- och sjukvården vilket förefaller ha bidragit till att den svenska sjukvården under flera decennier haft internationellt sett goda resultat, särskilt vad avser åtgärdbar dödlighet.

Tillämpa en helhetssyn på hälso- och sjukvårdens mål och resultat.

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa i befolkningen. Hälso- och sjukvården har en potential att bidra inte bara till att den förväntade livslängden ökar utan även till att funktionsförmågan och den hälsorelaterade livskvaliteten blir god under livet. Detta bör beaktas vid planering, prioritering och utvärdering av hälso- och sjukvårdens insatser för befolkningens hälsa.

Referenser

1. McKeown T. The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis ? Oxford: Blackwell, 1979.
2. Brenner MH. Economic changes and heart disease mortality. *Am J Public Health* 1971;61:606-11.
3. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007;370:1153-63.
4. Rutstein DD, Berenberger W, Chalmers TC, Child G C, Fischmen AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976;294:582-88.
5. Nolte E, McKee M, Evans D, Kaaranikos M. Saving lives? The contribution of health care to population health. In McKee M, Figueras J. *Health Systems: Health, Wealth, Society and Well-being*. Berkshire, England: Open University Press. McGraw-Hill Education, 2011:101-24.
6. Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglu E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health* 1990;44:106 - 11.
7. Westerling R. Trends in "avoidable" mortality in Sweden 1974-85. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:489-93.
8. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller EL. Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Quarterly* 1994;72:225-58.
9. Bunker JP. Medicine matters after all. *J Roy Coll Physicians Lond* 1995;29:103-12.
10. Westerling R. Studies of "avoidable" factors influencing death - a call for explicit criteria. *Quality in Health Care* 1996;5:159-65.
11. Nolte E, McKee M. Does health care save lives ? Avoidable mortality revisited London: The Nuffield Trust, 2004.
12. Holland W W (Ed), European Community Atlas of Avoidable Death. Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 3. Oxford 1988.
13. Holland W W (Ed). European Community Atlas of "Avoidable death". Second edition. Volume one. Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 6. : Oxford Medical Publications 1991.
14. Mackenbach JP, Kunst AE, Looman CW, Habbema JD, van der Maas PJ. Regional differences in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands: a comparison of four time periods. *J Epidemiol Community Health* 1988;42:325 - 32.
15. Charlton JRH, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292:295 - 300.
16. Westerling R. Decreasing gender differences in avoidable mortality in Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31:342-49.
17. Westerling R. Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälso-politiska uppföljningen - en undersökning av regionala skillnader i Sverige 1989-2003. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
18. Westerling R. Kan hälso- och sjukvården bidra till en jämlikare hälsa ? . *Socialmedicinsk tidskrift* 2001;78:231-37.
19. Westerling R, Smedby B. The European Community 'Avoidable death indicators' in Sweden 1974-1985. *Int J Epidemiol* 1992;21:502-10.
20. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129.
21. Nolte E, McKee. Measuring the health of nations; updating an earlier analysis. *Health Affairs* 2008;27:58-71.
22. Underlag till vårdprogram för diabetes (In Swedish: A program foundation for diabetes care). Stockholm: Socialstyrelsens vårdprogramnämnd. National Board of Health and Welfare, 1977.
23. Underlag till vårdprogram för högt blodtryck (In Swedish: A program foundation for hypertension care). Stockholm: Socialstyrelsens vårdprogramnämnd. National Board of Health and Welfare, 1979.
24. Glimelius B, Enblad G, Kälkner M, Gustavsson A, Jakobsson M, Branehög I, Lenner P, Björkholm M. Treatment of Hodgkin's disease: The Swedish national care programme experiences. *Leukemia and Lymphoma* 1996;21:71-78.
25. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in "avoidable" mortality in Sweden 1986-1990. *Int J Epidemiol* 1996;25:560-67.

26. Plug I, Hoffmann R, Mackenbach J (eds). AMIEHS. Avoidable mortality in the European Union: towards better indicators for the effectiveness of health systems. Final report. . Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus MC, 2011. (<http://amiehs.lshtm.ac.uk/>) (Available 2012-05-24)
27. Rey G, Aouba A, Pavillon G, Hoffman R, Plug I, Westerling R, Jouglà E, Mackenbach J. Cause-specific mortality time series analysis: a general method to detect and correct for abrupt data production changes. *Popul Health Metr* 2011;9(Sep 19):52.
28. Mackenbach JP, Hoffman R, Khoshaba B, Plug I, Rey G, Westerling R, Pärna K, Jouglà E, Alfonso J, Looman CWN, McKee M. Using 'amenable mortality' as indicator of health care effectiveness in international comparisons: results of a validation study. *J Epidemiol Community Health* 2012 (In press).
29. Wilhelmssen L, Berglund G, Sannerstedt R, Hansson L, Andersson O, Sievertsson R, Wikstrand J. Effect of treatment of hypertension in the primary preventive trial, Göteborg, Sweden. *Br J Clin Pharmacology* 1979;7:Suppl 2:261S-65S.
30. Berglund G. Experiences from hypertension trials--effects on stroke and coronary heart disease. . *Drugs* 1988;36:Suppl 3:5-8.
31. Wahlgren NG, Terent A, Norrving B, Lindqvist M, Svendsen P, Rådberg J, Hårdemark HG. Thrombolysis changes the care of stroke. (In Swedish). *Läkartidningen* 1998 95:3202-11.
32. Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A, Ford GA, Grond M, Hacke W, Hennerici MG, Kaste M, Kuelkens S, Larrue V, Lees KR, Roine RO, Soenne L, Toni D, Vanhooren G; SITS-MOST investigators. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study *Lancet* 2007;369:275-82.
33. Eriksson M, Jonsson F, Appelros P, Asberg KH, Norrving B, Stegmayr B, Terent A, Asplund K; Riks-Stroke Collaboration. Dissemination of thrombolysis for acute ischemic stroke across a nation: experiences from the Swedish stroke register, 2003 to 2008. *Stroke* 2010;41:1115-22.
34. Hjalmarson Å, Herlitz J, Málek I, Rydén L, Vedin A, Waldenström A, Wedel H, Elmfeldt D, Holmberg S, Nyberg G, Swedberg K, Waagstein F, Waldenström J, Wilhelmssen L, Wilhelmsson C. Effect on mortality of Metoprolol in acute myocardial infarction. *The Lancet* 1981;318:823-27.
35. Werkö L. Mortality in the Stockholm heart disease secondary prevention study. *J Intern Med* 1989;225:427-8.
36. Olsson G, Levin LA, Rehnqvist N. Economic consequences of postinfarction prophylaxis with beta blockers: cost effectiveness of metoprolol. *BMJ (Clin Res Ed)* 1987;294:339-42.
37. Herlitz J, Waagstein F, Lindqvist J, Swedberg K, Hjalmarson A. Effect of metoprolol on the prognosis for patients with suspected acute myocardial infarction and indirect signs of congestive heart failure (a subgroup analysis of the Göteborg Metoprolol Trial). *Am J Cardiol* 1997;40J:44J.
38. Nationella riktlinjer för kranskärslsjukvård (National guidelines for coronary care). Stockholm: National Board of Health and Welfare, 1998.
39. Nordlander R, Nyquist O. Patients treated in a coronary care unit without acute myocardial infarction: identification of high risk subgroup for subsequent myocardial infarction and/or cardiovascular death. *Br Heart J* 1979;41:647-53.
40. Henning R, Lundman T. Swedish Co-operative CCU Study. A study of 2008 patients with acute myocardial infarction from 12 Swedish hospitals with coronary care unit. Part I. A description of the early stage. Part II. The short-term prognosis. . *Acta Med Scand Suppl.* 1975;586:1-64.
41. Folkhälsorapport 2005 (In Swedish; Public Health Report 2005). National Board of Health and Welfare. Stockholm 2005.
42. Latini R, Maggioni AP, Flather M, Sleight P, Tognoni G. ACE inhibitor use in patients with myocardial infarction. Summary of evidence from clinical trials. *Circulation* 1995;92:3132-7.
43. The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med* 1987;316:1429-35.
44. Swedberg K, Kjeksus J. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure: results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *Am J Cardiol* 1988;62:60A-66A.

45. Swedberg K, Pfeffer M, Granger C, Held P, McMurray J, Ohlin G, Olofsson B, Ostergren J, Yusuf S. Candesartan in heart failure--assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM): rationale and design. ChARM-Programme Investigators. *J Card Fail.* 1999;5:276-82.
46. Mejhert M, Holmgren J, Wändell P, Persson H, Edner M. Diagnostic tests, treatment and follow-up in heart failure patients--is there a gender bias in the coherence to guidelines? *Eur J Heart Fail* 1999;1(407-10).
47. Agvall B, Dahlström U. Patients in primary health care diagnosed and treated as heart failure, with special reference to gender differences. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:14-9.
48. Aass N, Klepp O, Cavallin-Stahl E, Dahl O, Wicklund H, Unsgaard B, Baldetorp L, Ahlstrom S, Fossa SD. Prognostic factors in unselected patients with nonseminomatous metastatic testicular cancer: a multicenter experience. *Journal of Clinical Oncology* 1991;9:818-26.
49. Ringdén O, Bolme P, Lönnqvist B, Gustafsson G, Kreuger A. Allogeneic bone marrow transplantation versus chemotherapy in children with acute leukemia in Sweden. *Pediatr Hematol Oncol* 1989;6:137-44.
50. Tollemar J, Ringdén O, Bäckman L, Janossy G, Lönnqvist B, Markling L, Philstedt P, Sundberg B. Results of four different protocols for prophylaxis against graft-versus-host disease. *Transplant Proc* 1989;21:3008-10.
51. Lie SO, Gustafsson G. Progress in the treatment of childhood leukaemias. *Ann Med* 1992;24:319-23.
52. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries *Br J Cancer* 2004;91:935-41.
53. Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. *European Journal of Cancer* 2000;2260-65.
54. Wall S, Rosén M, Nyström L. The Swedish mortality pattern: a basis for health planning? *Int J Epidemiol* 1985(14):285-92.
55. Tabár L, Gad A. Screening for breast cancer: the Swedish trial. *Radiology.* 1981;138(1):219-22.
56. Tabár L, Fagerberg CJ, Gad A, Baldetorp L, Holmberg LH, Gröntoft O, Ljungquist U, Lundström B, Månson JC, Eklund G, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet.* 1985;1(8433)(Apr 13):829-32.
57. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002;359:909-19.
58. <http://www.lakemedelsverket.se/>.
59. Rutqvist LE, Cedermark B, Glas U, Johansson H, Nordenskjöld B, Skoog L, Somell A, Theve T, Friberg S, Askergrén J. The Stockholm trial on adjuvant tamoxifen in early breast cancer. Correlation between estrogen receptor level and treatment effect. *Breast Cancer Res Treat.* 1987 . 1987;Dec;10(3):255-66.
60. Rutqvist LE, Cedermark B, Fornander T, Glas U, Johansson H, Nordenskjöld B, Rotstein S, Skoog L, Somell A, Theve T, et al. The relationship between hormone receptor content and the effect of adjuvant tamoxifen in operable breast cancer. *J Clin Oncol.* 1989;Oct;7(10):1474-84.
61. Lundgren G, Groth CG, Albrechtsen D, Brynner H, Flatmark A, Frödin L, Gäbel H, Husberg B, Klintmalm G, Maurer W, et al. HLA-matching and pretransplant blood transfusions in cadaveric renal transplantation--a changing picture with cyclosporin. *Lancet* 1986;2:66-9.
62. Persson H, Andersson C, Lundgren C, Albrechtsen D, Gäbel H, Frödin L, Fehrman I, Flatmark A, Brynner H. Improved renal graft function in triple-drug treatment with low-dose cyclosporine. *Transplant Proc* 1987;19:3586-8.
63. Double blind dose-response study of zidovudine in AIDS and advanced HIV infection. Nordic Medical Research Councils' HIV Therapy Group *BMJ.* 1992 1992;304:13-7.
64. Allebeck P, Agardh E, Moradi T. Riskfaktorers bidrag till DALYs,- En jämförelse av sjukdomsboran utifrån WHO-data och nya svenska data *Socialmedicinsk tidskrift* 2008;85:271-317.
65. Hollinghurst S, Bevan G, Bowie C. Estimating the "avoidable" burden of disease by Disability Adjusted Life Years (DALYs). *Health Care Manag Sci.* 2000;3(1):9-21.
66. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001;;33(5):337-43.

67. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2001;10(7)::621-35.
68. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001;55(1):51-69.
69. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, Jönsson B. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health* 2007;10(2):153-60.
70. Rolfson O, Kärrholm J, Dahlberg LE, Garellick G. Patient-reported outcomes in the Swedish Hip Arthroplasty Register: results of a nationwide prospective observational study. *Bone Joint Surg Br* 2011;93(7):867-75.
71. Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care - lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004;68(3):333-44.
72. Åhs A, Burell G, Westerling R. Care or not care-that is the question: predictors of healthcare utilisation in relation to employment status. *Int J Behav Med* 2012;19(1):29-38.
73. Westerling R. The harmonisation of the medical speciality in Public Health in the EU countries. - a challenge for the profession. *Eur J Public Health* 2009;19(3):230-2.
74. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.



Hur kan team i hälso- och sjukvården fungera bättre?

How can health care teams work more effectively?

FÖRFATTARE: David Bergman MD PhD, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet. Ulrika von Thiele Schwarz, Docent, Leg Psykolog, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet samt Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

INTERNATIONELL EXPERT: Professor Louise Lemieux-Charles Ph.D, University of Toronto, Kanada.

Presentationen finns på Forum för Health Policys hemsida www.healthpolicy.se/workshops

Inledning

Dagens hälso- och sjukvård är för de allra flesta patienter och sjukdomstillstånd komplex, kunskaps- och teknikintensiv och inbegriper insatser av många olika professioner och specialkompetenser. Det som tidigare kunde utgöra en avgränsad relation mellan en läkare och hennes/hans patient utgör idag i de allra flesta fall ett avancerat lagarbete. Samtidigt är ofta hälso- och sjukvårdens olika professioner utbildade och fostrade i en praktik, teknik och etik som är fokuserad på det enskilda patientmötet, den individuella behandlingen, det unika. Detta utgör grundläggande värden som måste prägla dagens och framtidens sjukvård. Samtidigt är det ofrånkomligt att nya förutsättningar och förhållanden måste beaktas när såväl grupper som individers arbete inom vården struktureras. Behovet av ett mera utvecklat lagarbete är en realitet och tvingande nödvändighet för en både säkrare, effektivare och för alla aktörer mera tillfredsställande vård.

Denna workshop avhandlade den kunskap som finns om team i sjukvården. Även om team-arbete ofta ses som något självklart – och kanske i första hand frågan om att åstadkomma en god stämning och goda relationer – finns det specifika kunskaper om förutsättningar för att få till stånd effektivt teamarbete. Team är något som skall organiseras för bestämda syften och uppgifter. Kompetens och kunskapsbehov bland teamets olika medlemmar är avgörande faktorer för teamets framgång. Ledarskapet för – men lika mycket medarbetarskapet i – teamet ställer krav på individerna. Motivationsfaktorer för teamet som helhet och de enskilda individerna är viktiga att beakta för en framgångsrik teamfunktion. Teamfrågorna berör alltså i högsta grad sjukvårdens ledningsfunktioner, uppdragsgivare och beställare. En god teamfunktion utgör en betydande utmaning inte minst för vårdens professioner!

Johan Calltorp, professor, projektledare Forum för Health Policy.

Konkreta förslag från denna workshop:

- 3. Team – ställer krav på ledare och medarbetare: teambyggare och teamspelare**
Teamarbete är en viktig del i vårdens systematiska förbättringsarbete och utveckling. Detta ställer krav på både ledare och medarbetare att kunna vara såväl teambyggare som teamspelare!
- 4. Team på rätt sätt och för rätt uppgift**
Framgångsfaktorer för teamarbete är att rätt team används på rätt sätt och för rätt uppgift. Vårdens ledare och beslutsfattare måste se detta som en integrerad del i uppdraget att leda vården!

Workshop 7, 7 November 2012

Ledarskap och teamkompetens i hälso- och sjukvården.

FÖRFATTARE: David Bergman MD PhD, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet. Ulrika von Thiele Schwarz, Docent, Leg Psykolog, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet samt Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

I hälso- och sjukvårdslitteraturen råder det sedan en tid närmast konsensus om att teamarbete är bra för verksamheten. Inte minst verkar bra teamarbete förbättra patientsäkerhet och prestation (Neily et al., 2010). Vidare anses multiprofessionella team kunna ge en större helhetssyn på patienten, bättre kliniska resultat och positiva patientutvärderingar av vårdkvalitet (Wagner, 2000; Bower et al, 2003). Hur teamarbete inom hälso- och sjukvården förhåller sig till arbetsmiljö och hälsa utifrån ett arbetstagarperspektiv vet vi däremot betydligt mindre om. Ytterligare en fråga är hur mångprofessionella team (vårdteam) fungerar sett från de olika yrkesgruppernas perspektiv.

Det är inte bara i forskning som teamarbete allt oftare framhålls som en ändamålsenlig lösning på många olika problem i hälso- och sjukvården. Teamarbete har också fått genomslag på policy-nivån. Ett exempel är England, där myndigheterna har rekommenderat teamarbete inom hälso- och sjukvården. Där argumenteras för att multiprofessionella team är nödvändiga när både vårdorganisationer och deras verksamheter blir allt mer komplexa, med ökad specialisering och fler kroniskt och multisyka patienter. Teamarbete mellan olika professioner och kompetenser ses som en nödvändighet för att kunna leverera adekvat vård till patienter (Molleman och Broekhuis, 2010).

Även i Sverige finns det en önskan om att hälso- och sjukvårdsorganisationer i ökad grad ska organisera sitt arbete utifrån ett teamperspektiv. Under senare år har teamarbete också blivit ett vanligare inslag i många vårdorganisationer. I Sverige kan detta bland annat ses som en följd av den "lean-våg" som sveper över svensk hälso- och sjukvård. Idag sägs nio av tio sjukhus i Sverige arbeta utifrån lean. Denna managementstrategi är ett exempel på en metod som fått praktiskt genomslag snabbare än vad forskningen kunnat visa dess effektivitet. Två typer av teamarbete är centrala i lean. Speciella lean-team är ofta drivande i lean-arbetet, och multiprofessionella arbetsgrupper blir ofta en lämplig åtgärd när man ser över processerna i organisationen. Samtidigt är förhållandet mellan lean och teamarbete inte okomplicerat. I en pågående studie vid Karolinska Institutet, Medical Management Center har man till exempel visat att lean var mest framgångsrikt på en avdelning där det redan fanns en välfungerande arbetsgrupp, medan lean-initiativ inte blev bestående på avdelningar där gruppen inte fungerade särskilt väl. Med andra ord skulle teamarbete kunna vara en förutsättning för att lyckas med andra struktur- och processförbättringar, lika gärna som att lean påverkar teamarbete positivt (Ulhasan, Westerlund, Thor, & von Thiele Schwarz, 2012).

Trots de positiva vindarna för teamarbete i dagsläget är det inte så vanligt att det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i vårdteam. Det finns troligen flera förklaringar till en detta. En är hur vården är organiserad, med omvårdnadspersonal och läkare tillhörande olika organisatoriska enheter. En del av utmaningarna i att åstadkomma teamarbete kan förstås utifrån detta generella sätt att organisera arbete. En annan, relaterad, anledning kan vara att läkare, sköterskor och annan personal inom hälso- och sjukvården, både via utbildning och praxis, kännetecknas av professionella subkulturer som har svårt att finna varandra i ett gemensamt språk, i gemensamma värderingar och prioriteringar. Detta trots ihärdiga försök att göra vården process- och teamorienterad. Ibland kan det också finnas målkonflikter, som när omvårdnads-prioriteringar kolliderar med medicinska prioriteringar. Professionerna utgör alltså starka grupper i sig. Socialpsykologiskt är det inte förvånande att en bieffekt av starka professionsgrupper kan vara ett vi- och dem tänk, som kan försvåra tvärprofessionella grupperingar.

En angränsande förklaring till att teamarbete inte är så vanligt i praktiken är att sjukvården till stor del utmärks av professionell praktik. Team består inte bara av olika professioner. Professionerna är dessutom sådana som är präglade av en hög grad av autonomi, snabbt rationellt beslutsfattande baserade på vetenskaplig evidens och med en hög grad av personligt ansvar. Teamarbete kan upplevas vara svårförenligt med detta. Därtill är fokus för vårdpersonal sällan på teamarbete, utan på det egna professionsutövandet. Så har till exempel läkarna, till största delen, fokus på patient, diagnos och den medicinska processen och i mindre utsträckning på multiprofessionellt samarbete (Kjeldmand, 2006). Sammantaget kan man konstatera att teamarbete har stort stöd i forskning och det finns en samsyn kring värdet av teamarbete hos många av vårdens aktörer. Samtidigt finns det omständigheter kring hur sjukvården är organiserad och sjukvårdsprofessionernas utbildning som utmanar möjligheterna att införa teamarbete i praktiken. Därtill ska läggas att komplexa förändringar alltid är svåra och krävande att genomföra. Det ställer särskilda krav inte minst på ledare och beslutsfattare i uthållighet och förmåga att leda utvecklingsarbeten som blir bestående över tid.

Vad är ett team?

Team kan betyda många olika saker. De kan ha olika inriktning och således vara till exempel arbetsteam, parallella team, projektteam eller ledningsteam. De kan vara bestående över tid, och på så sätt närmast likna en arbetsgrupp, eller variera från arbetspass till arbetspass (ofta kallade "crew"), eller från uppgift till uppgift (t ex förbättringsteam). Inom hälso- och sjukvården innebär det att vad som menas med team skiljer sig mycket beroende på verksamhet, till exempel mellan dygnet-runt verksamhet utan fasta läkare som på akutmottagning, mottagningar, rehab-instanser och t ex primärvårdsenheter. De kan också bestå av olika många personer, och olika funktioner, och med olika grad av ömsesidigt beroende. Den enda begränsningen är väl egentligen att ett team måste bestå av minst två personer (utifrån definitionen av grupper), och att personerna ska ha en sådan interaktion att varje person påverkar, och påverkas, av de andra i gruppen. Ett team kan därför definieras som en samling individer som är beroende av varandra i sina uppgifter, som delar ansvar för utfall, som ser varandra och som ses av andra som en social enhet i ett eller flera större sociala system.

Team och grupper utveckling

Det finns omfattande forskning över hur team och grupper utvecklas. En av de mest använda teorierna när det gäller att beskriva hur grupper utvecklar en större prestationsförmåga har formulerats av Bruce W. Tuckman (1977). Enligt denna teori genomgår alla grupper vissa faser, som i det närmaste är naturgivna. Genom dessa faser utvecklar gruppen gradvis sin prestationspotential. Faserna brukar betecknas som orienteringsfas (forming), utforskningsfas (storming), normfas (norming) och arbetsfas (performing). Modellen är dock rent deskriptiv och har kritiserats bl.a. för att inte vara applicerbar på t ex operativa ledningsgrupper eller arbetsgrupper (Sjövold, 2011). Enligt Joseph McGrath (1991) är det tid och inte sekventialitet som är det viktiga för grupper utveckling och den tid som gruppen förfogar över för att lösa en uppgift påverkar vilka faser gruppen genomgår. William Schutz (1958) utvecklade FIRO-teorin (Fundamental Interpersonal Relation Orientation) för grupper utveckling som bygger på antagandet att det finns grundläggande behov som måste tillfredställas för att medlemmarna i en grupp ska fungera som ett välfungerande team. Detta är således också en sekventiell utvecklingssyn och Schutz pekar på att olika relationella behov hos de enskilda medlemmarna har betydelse för gruppens totala prestation och att man behöver ta hänsyn till detta för att förstå hur grupper utvecklas. I hälso- och sjukvården kompliceras förståelsen av hur grupper och team utvecklas av att grupperna oftast är föränderliga. Frågan blir då om en grupp är en grupp även om gruppens medlemmar skiftar. Det finns förstås inget enkelt svar på den frågan. En viktig faktor är hur stabila de olika rollerna i gruppen är. Huruvida personerna i teamet är desamma över tid utgör tillsammans med hur varierande de olika rollerna i teamet är en del av det som man behöver ta hänsyn till när man inför teamarbete i hälso- och sjukvården.

Utvärderingar av team

Inom akut- och intensivvård betonas vikten av teamarbete ofta, i synnerhet ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Kommunikationen och samordningen mellan olika professioner har varit i fokus. Inspirationen har hämtats från flygbranschens framgångsrika säkerhetsarbete. De har under lång tid arbetat med så kallad Crew Resource Management (CRM). Med utgångspunkt i CRM har teamarbete inom akutsjukvård i princip blivit likställt med team-träning. Med andra ord har man strävat efter att utveckla teamarbete genom att låta medarbetarna genomgå olika typer av utbildning och träning. Träning är ofta färdighetsbaserad och man använder emellanåt simulering som metod för att göra träningen verklighetsnära. Teamträning har i studier visat sig leda till bättre kunskaper i team-relaterade frågor, ändrade attityder till teamarbete och ökade färdigheter (Weaver et al., 2010). Samtidigt visar många studier på svårigheterna i att åstadkomma bestående förändring i klinisk praxis med hjälp av utbildning, även i de fall när utbildningen är omfattande och når alla professioner i teamet. I en svensk studie från medicinkliniken vid akademiska sjukhuset i Uppsala valde man istället ett annat angreppssätt för att införa teamarbete (Mazzocato, Hvitfeldt Forsberg, & von Thiele Schwarz, 2011). Man utgick ifrån att bristen på teamarbete inte berodde på bristande kompetens eller färdigheter hos personalen, utan på att organiseringen av arbetet inte möjliggjorde teamarbete. Därmed lades fokus på att göra förändringar i hur arbetet var organiserat, och hur arbetsprocesserna var uppbyggda. De viktigaste förändringarna var att personalen för varje skift skulle delas in i team (bestående av en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska), och att teamet skulle vara ansvariga för ett begränsat antal

patienter, som de skulle handlägga tillsammans från ankomst till utskrivning (hem eller till avdelning). Arbetet organiserades därför utifrån patienterna, istället utifrån arbetsuppgifter. Projektet utvärderas vetenskapligt i forskningsprojektet TEPPP (Införande av Teamarbete vid en akutmottagning med fokus på Effektivitet, Patientsäkerhet samt Patient- och Personalnöjdhet, www.teppp.se). Preliminära resultat från utvärderingen visar att patienterna var de som tjänade allra mest på införandet av teamarbetet. Vid mätningarna efter att teamarbete infördes (som gjordes vid två tillfällen, direkt efter och efter ett år) skattade patienterna betydligt färre områden som av bristande kvalitet, och i princip samtliga 21 kvalitetsområden som undersöktes förbättrades (Muntlin Athlin, Farrokhnia, & von Thiele Schwarz, 2013). Man fann också små men signifikanta effekter på ledtider (total vistelsetid på akuten) (Muntlin Athlin, von Thiele Schwarz, & Farrokhnia, 2013). Intervjuer med personalen visade också att de upplevde en stor skillnad i sitt arbete. Teamarbetet upplevdes ha lett till en rad positiva effekter, bland annat ökat kunskapsutbyte mellan professionerna, lugnare tempo och färre överrapporteringar. De rapporterade också en ökad tillfredsställelse över att kunna följa hela patientförloppet, och att kunna lägga mer tid på patienten än på att leta efter kollegor. Samtidigt är det viktigt att poängtera att personalen upplevde själva förändringen som krävande. Det krävdes stor uthållighet och kontinuerliga justeringar i arbetssättet för att de positiva effekterna skulle kunna åstadkommas. Ledarna var centrala i det arbetet.

En liknande utvärdering av omorganisering till multiprofessionella team har gjorts på en vårdcentral i Sölvesborg, i Landstinget Blekinge. Också den pekade på att omorganiseringen haft flera positiva effekter (Erlingsdóttir, 2010). Bakgrunden till förändringarna var en önskan om att uppnå bättre tillgänglighet för patienter, motverka ”stuprörsorganisering”, förbättra den interna och externa kommunikationen, förbättra arbetsklimatet, uppnå högre arbetstillfredsställelse och känsla av effektivitet. Omorganiseringen visade sig ha positiva effekter inom alla nämnda problemområden men även i andra aspekter som exempelvis att organisationen blev mer överskådlig, hierarkin mindre uttalad, man uppnådde bättre delegering av arbetsuppgifter, fick en bättre helhetssyn på patienten, en ökad förståelse mellan de olika yrkeskategorierna, kände en ökad trygghet i sitt arbete och fick en större flexibilitet i det löpande patientarbetet.

Teamarbete som organisering av verksamhet

Ibland ses team som en begränsad intervention för att påverka en specifik aspekt av utförandet av vården. Vid andra tillfällen är teamarbete istället en del av ett mer genomgripande sätt att omorganisera vården. Vid det första alternativet är kortare utbildningar eller rutinförändringar tillräckliga för att teamarbete ska kunna införas. Vid det andra exemplet, däremot, innebär införandet av teamarbete betydligt mer genomgripande förändringar. I dessa fall är det otillräckligt att se teamarbete som något som kan följa av utbildningar av teamets medlemmar eller förändringar av rutindokument. Istället kan teamarbete i princip likställas med annan organisationsförändring- och utveckling. Det får effekter för alla nivåer som är involverade i införande av teamarbete. Av beslutsfattare krävs en förståelse för att komplexa förändringar tar tid och att effekterna kommer med fördröjning. Det krävs också kunskap om att komplexa förändringar leder till påfrestningar på personalgruppen initialt, vilket kan få till följd att de initiala uppföljningarna till

och med visar på negativa resultat. Det krävs också resurser för att ledare och andra nyckelpersoner i förändring ska kunna bedriva ett dagligt, vardagsnära uppföljnings- och förankringsarbete. Allt detta visar på att beslutsfattare behöver ha uthållighet och ett långsiktigt perspektiv när de investerar i teamarbete.

Ledarskapet är centralt för att lyckas med komplexa förändringar, inklusive införandet av team. Studier har visat att förbättringsprojekt inom hälso- och sjukvården inte kan genomföras utan ett engagerat kliniskt ledarskap. Det är också av största vikt att det finns en röd tråd genom organisationen där de olika chefsnivåerna, som skapar en tydlig känsla av delad riktning: Att det inte råder något tvivel om att alla i ledande ställning drar åt samma håll. Införande av teamarbete, liksom vid alla förändringar i organisationen, innebär beteendeförändringar. Personalen som ska börja arbeta i team ska, i olika utsträckning, göra sitt arbete på ett annat sätt. Vid införande av teamarbete behövs därför kunskap om beteendeförändring. En av de allra mest centrala aspekterna är kunskap om vad som motiverar till förändring. Det är vanligt att man lägger sitt krut på att informera och instruera, utbilda och skapa policy- och rutindokument. Dessa är användbara – och nödvändiga – för att personalen ska veta vad som ska göras. Det är däremot inte tillräckligt. Det är inte heller speciellt väl lämpat för att göra förändringen bestående över tid. För detta krävs istället att man fokuserar på vad det nya arbetssättet får för omedelbara följder för de som utför det. Från grundläggande teorier om mänskligt beteende och motivation vet vi att vi är mer benägna att göra något om det följs av ändamålsenliga konsekvenser: att det blir lättare, trevligare, smidigare med det nya arbetssättet än det gamla. Vid förändringar krävs därför att man noggrant observerar och justerar arbetssättet och miljön så att teamarbete underlättas. I studien om teamarbete vid en akutmottagning ovan rörde detta till exempel att placera datorer på rätt ställe, justera scheman så att de matchade och styra om rumsfördelningen. Utöver det var man noggrann med att ge personalen möjligheter att se effekterna av sitt arbete, till exempel genom att dra ut listor som visade hur många patienter man handlagt. Sedan tillkommer naturligt, förstärkande konsekvenser som till exempel positiv återkoppling från patienter och att arbetet upplevs flyta på bättre.

För att främja teamarbete inom hälso- och sjukvården är således innovativa och omfattande insatser nödvändiga, inkluderande såväl utbildningsinsatser riktade till individer, som organisationsförändringar. Det är också avgörande att alla professioner som ska medverka i teamet har möjlighet att delta i planering och införande. På så vis säkerställs att teamarbetet får en utformning som motiverar fortsatt engagemang i teamarbetet. Om professionernas uppgifter blir lättare och smidigare att lösa genom teamarbete än utan ökar det sannolikheten för att teamarbetet ska bli bestående. Om teamarbetet planeras som ett långsiktigt åtagande att förbättra arbetssätt och organiseringen av arbetet ökar sannolikheten för att det blir bestående på sikt. Detta kräver alltså en lång beslutshorisont för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, vilket kan vara en utmaning i en politiskt styrd organisation.

Läkarens roll i team

Kvarnström och Cedersund (2005) visar i en studie av multiprofessionella team i vårdorganisationer att läkare upplever ökad trygghet och gemenskap av införandet av team. I undersökningen av införandet av teamarbete på vårdcentralen i Sölvesborg

visade det sig, i linje med detta, att läkarna var en av de yrkeskategorier som ansågs sig ha fått mest fördelar av teamarbetet. Detta trots att några av läkarna initialt var tveksamma inför förändringen, eller trodde åtminstone inte att den skulle ha så stora konsekvenser för dem själva. I TEPPP-studien, där teamarbete infördes i akutsjukvård, var däremot fördelarna med teamarbetet istället uttalat för sköterskorna. De framhöll en ökad delaktighet i patienthandläggningen som särskilt värdefullt. De beskrev också att de kunde göra patienterna mer delaktiga när de jobbade närmare läkaren, genom att de visste mer om planen för patienten. En möjlig förklaring till skillnaderna mellan de båda studierna kan vara att teamarbete ser så olika ut i olika sammanhang. Olika bevekelsegrunder för att införa teamarbete kan medföra att konsekvenserna av teamarbete därför ser olika ut i olika kontexter.

Anders Hansson har i sin avhandling ”Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete” (2008) undersökt distriktsläkares och läkarstudenters attityd till samarbete i multiprofessionella team. Hans slutsats är att det är viktigt att ta hänsyn till läkares uppfattning om den egna yrkesrollen för att få dem att engagera sig i teamarbetet. Han visar också att läkare gärna vill se och förstå fördelarna innan de väljer sådana organisationsformer. Att medarbetare har förstått syftet med en förändring för att engagera sig i den beskrivs frekvent inom implementeringslitteraturen. I införandet av multiprofessionellt teamarbete är det alltså centralt att syftet med teamarbete förtydligas och förankras bland medarbetarna. På grund av den snabba kunskapsstillväxten inom medicin tvingas läkare till en ökad grad av specialisering. En effekt av detta är att läkare behöver söka kunskap hos andra för att kunna bedöma helheten. Läkarna har blivit alltmer beroende av att arbeta i team med andra läkare och personal med annan kompetens om t.ex. sociala och psykologiska frågor. Trots detta formas läkare fortfarande i hög utsträckning till en roll där de förväntar av sig själva att klara alla svåra situationer på egen hand (Lehto, Norlin Mistander, & Landstingsförbundet, 2001). Ohrling & Lockowandt (2012) menar vidare att det krävs en ökad förståelse av organisatoriska processer, kunskap om team och grupper och ledarskap bland läkare för att bemöta de nya krav som bland annat ökad komplexitet ställer på vårdorganisationerna. De menar att vi ser en utveckling från exklusiva kliniska beslut till standardisering, protokoll och riktlinjer. Läkares roll handlar då allt mer om att leda och övervaka vårdprocesser som är multidisciplinära och multiprofessionella. Sammantaget pekar detta mot en stor förändring i läkares uppgift, som inverkar på den traditionella professionsidentiteten, där läkares autonoma beslutsfattande är i centrum.

En longitudinell studie om läkares ledarskap visade att den professionella kollegialiteten bland specialistläkare har skapat ett ledarskap bland vissa läkare som är mer demokratiskt, delaktigt och ibland delat, i synnerhet inom den högspecialiserade vården där läkare har nära samarbete med förhållandevis självständiga, icke-medicinska yrkesgrupper. Där kan ett delat ledarskap omfatta fler än läkarna. Det demokratiska ledarskapet kan förstärkas av en måttlig konkurrens inom vissa läkargrupper, medan i de fall där det finns en intensiv professionell konkurrens så främjar detta ett personcentrerat och ibland rentav karismatiskt ledarskap (Levy, 2003).

Hierarkier och genusaspekter

En studie bland svenska läkare påvisade en tydlig hierarki inom läkargruppen. Den påverkade flera aspekter av läkarnas roll, sjukvårdsorganisationen och den psykosociala arbetsmiljön (Bergman, Stotzer, Wahlstrom, & Sandahl, 2009). Hierarkier kan vara nödvändiga för att skydda både patienter och anställda genom att skapa en känsla av trygghet och struktur som är avgörande för att de anställda ska kunna fungera tillfredställande i hälso- och sjukvården. Å andra sidan kan auktoritära hierarkier försvåra en del aspekter av interaktionen med patienter, så som empati och känslomässig förståelse. Det kan även försvåra lärande och utveckling av s k förtroenhetskunskap (Hoveliuss & Johansson, 2004).

Hälso- och sjukvården är en kvinnodominerad bransch. Medan män traditionellt sett varit överrepresenterade bland läkarna i Sverige har kvinnorna varit i majoritet i andra vårdyrken. De kvinnodominerade vårdyrkena har på olika sätt varit underställda det mansdominerade läkaryrket. Det har med andra ord funnits en genus- och maktrelation mellan yrkena (Öhman, 2009). Detta kan till exempel ta sig uttryck i att vårdvetenskaplig kompetens (omvårdnad, sjukgymnastik, arbetsterapi etc) ses som underordnad den medicinska. Kvinnor är också underrepresenterade på ledande positioner (Kvaerner, 1999). Även om det på senare år har skett ett skifte så att kvinnor nu är i majoritet på läkarutbildningarna så består den manliga maktdominansen och hierarkin i stor utsträckning ännu. Snedfördelningen mellan könen gör att könsmaktsaspekter kan behöva vägas in för förståelsen av dynamiken på arbetsplatser inom vården. En studie av dialoggrupper för läkare visar att denna typ av handledda gruppsamtal kan vara ett sätt att minska hierarkier i vården och att synliggöra genusaspekter och rådande könsmaktsordning (Bergman, Stotzer et al, 2009). En intervention i form av utvecklingsgrupper bidrog till att minska den informella hierarkin, synliggjorde genusaspekter i organisationen och understödde läkarnas lärande och utveckling i sin roll som ledare (Bergman et al., 2009). Handledda utvecklingsgrupper skulle kunna vara ett sätt att underlätta utvecklingen av organisationer från traditionellt hierarkiska till modernare organisationer som är mer anpassade för dagens samhälle (Bergman, 2009).

Ledarskap i hälso- och sjukvården

De professionella har en central roll i hälso- och sjukvården: för utvecklingen av organisationen, för en väl fungerande arbetsmiljö, för god vårdkvalitet och inte minst ur perspektivet av patientsäkerhet. Detta gäller även för de som inte har en formell chefsroll. Läkare hamnar genom sitt behandlingsansvar hela tiden i situationer där de förväntas ta ledningen. På liknande sätt har sjuksköterskorna ett ledande uppdrag i omvårdnadsarbetet, ofta som arbetsledare för undersköterskor och vårdbiträden. I socialstyrelsens rekommendationer för legitimerade sjuksköterskors yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt (2005) är ledarskap ett av tre huvudområden. Sjuksköterske- och läkarutbildningarna är trots detta fortfarande nästan uteslutande inriktade på att lära blivande läkare och sjuksköterskor ämnesspecifika kunskaper. En mycket begränsad del av utbildningen ägnas åt beteendevetenskap, psykologi och kunskaper om ledarskap och organisation. Detta är en stor skillnad mot till exempel ekonom- och ingenjörutbildningar, som är rekryteringsbasen för chefer i det privata näringslivet, där management, ekonomi och ledarskap ingår som självklara element. Läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper med ledarroller i vården har istället förväntats skaffa sig denna typ av kunskap på egen hand. Enligt färsk

undersökningar sjunker intresset för chefskap från läkarstudenter till AT-läkare och är ännu lägre bland ST-läkare. En orsak kan vara att utbildningen inte givit tillräckliga färdigheter i ledarskap (Läkarförbundet, 2009). En annan orsak är läkares tydliga professionsidentitet. Denna bidrar till svårigheterna att rekrytera läkare till chefspositioner, vilket förstärks av att chefsrollen blir alltmer administrativt inriktad. Detta gör steget för en individuell läkare till en chefspost ännu längre (Öfverström, 2008). Att vara ledare inom hälso- och sjukvården innebär också att vara ledare för personer som har autonoma roller med stora befogenheter att styra sitt eget kliniska arbete. Detta "distribuerade" ledarskap innebär mindre kontroll för cheferna. Samtidigt visar en svensk studie att chefssjuksköterskornas underordnade föredrog ett mer tydligt uttryckt ledarskap än vad cheferna utövade (Sellgren, Ekvall, & Tomson, 2006). Dessa dubbla, delvis motstridiga krav i ledarrollen är en del av orsaken till att bland annat chefssjuksköterskor ofta har en belastande arbetssituation. Att ledarna dessutom ofta har otillräckligt psykologiskt stöd gör att deras behov av stöd, till exempel i form av ledarskapsutveckling, är stort.

Att vara ledare i en krympande ekonomi är utmanande i sig. Att vara ledare inom hälso- och sjukvården är dessutom mer komplext än att vara ledare i det privata näringslivet. Det har bland annat att göra med de ibland motstridiga förväntningar, olika utgångspunkter och perspektiv som finns hos de tre olika huvudaktörerna i sjukvården; politiker, chefer och professionella (Tollgerdt-Andersson, 1995). Politikens övergripande prioriteringar ska omsättas i praktiken av chefer på olika nivåer som behöver se till helheten för personalen och patienterna. Patienterna har rätt till god vård samtidigt som personalen måste skyddas från en alltför hög arbetsbelastning. Till detta kommer att patienter på intet sätt är, eller bör vara, en passiv mottagare av vård. I vård och omsorg handlar det om en ömsesidig dynamisk process där patienterna ska kunna vara delaktiga, samtidigt som personalen ska fatta beslut utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Personalen och patienten är inte alltid överens om vad som är rätt. Man kan t.o.m. tvingas agera mot patientens vilja. Ibland kan man inte hjälpa. Många arbetsuppgifter har moraliska konsekvenser och väcker existentiella frågor om makt, liv, död, skuld och ansvar. Personalen får leva med känslor av otillräcklighet och ångest. Ledarnas uppgift blir att balansera olika intressen, krav och behov, där det finns en enorm spridning i utgångspunkterna för de olika aktörerna. De ska verkställa politiska prioriteringar, som förändras med de politiska valcyklerna, samtidigt som de ska möjliggöra för personalen att möta varje patient utifrån dennes behov. De ska också skapa en långsiktig, kontinuerlig utveckling av verksamheten samtidigt som förändringar i det politiska landskapet kan innebära mer eller mindre plötsliga svängningar i prioriteringar. För politiker och policymakare är just hälso- och sjukvårdens behov av långsiktighet och uthållighet i förbättringsarbete en av de stora utmaningarna. Det är inte svårt att förstå att många ledare känner sig otillräckliga och inkompetenta i denna sammansatta värld.

Utveckling av ledarskap och teamkompetens

Ledarskap tycks vara en arbetsmiljöfaktor som verkligen har betydelse för medarbetares hälsa och trivsel liksom sannolikt för kvalitet och produktivitet (Fransson Sellgren, 2007; Nyberg, 2009). Det finns därför stora incitament, inte minst ekonomiska, att utveckla och förbättra chefers ledarskap och teamkompetens. Det är en anledning till att arbetsgivare årligen investerar avsevärda summor på ledarskapsutbildningar. Mot den bakgrunden är det anmärkningsvärt att endast ett fåtal vetenskapliga studier

kan visa vilka effekter ledarskapsinterventioner egentligen har på anställda och organisationer.

Chefer inom hälso- och sjukvården behöver stöd och handledning för att hantera sina olika ledarroller och för att kunna hantera intressekonflikter konstruktivt. Hälso- och sjukvårdens kultur, organisation och styrsystem försvårar i vissa avseenden för chefer att handla värderationellt i linje med sin etiska kompetens (Falkenström, 2012). Teorier eller modeller för att förstå har inget större värde i detta sammanhang, om de inte kan tillämpas i samband med vardagliga dilemman man möter i arbetet som chef/ledare. En nyckelfaktor är att cheferna har integrerat rollen och teorin i sin person så att de kan utöva ledarskapet på ett konstruktivt sätt. Att ta en roll innebär att man kan formulera eller upptäcka en reglerande princip i sitt eget inre, som gör det möjligt att handskas med kraven som uppstår i situationen. Kompetens i ledarrollen handlar mer om s.k. förtrogenhetskunskap än om abstrakt teori. Med andra ord utveckla ledarskapskompetens genom att teori integreras i ledarrollen. Detta sker genom ett lärande baserat på erfarenheter i praktiken (Sandahl, Falkenström, & von Knorring, 2010). Ledarskap är en kompetens i sig, som behöver utvecklas metodiskt. Det saknas dock i många fall utvärderingar som kan visa vilka former av ledarskapsutveckling som i praktiken fungerar.

Tidigare studier visar på en mycket stor variation i effektstorlek mellan olika utvecklingsprogram. En del visar på goda resultat medan andra är tydliga misslyckanden (Collins & Holton, 2004). Framförallt saknas studier av organisatoriska effekter (produktivitet, samarbete, kvalitet, hälsa m.m.) av ledarskapsutveckling, inte minst inom hälso- och sjukvården.

Ett grundläggande problem i många ledarskapsutbildningar är att de ofta sker utanför de organisatoriska sammanhang som cheferna arbetar i, vilket medför att den praktiska nyttan riskerar bli ringa även om utbildningarna i sig är väl genomförda (Day 2001). Detta, i kombination med att chefer ofta uppger sig sakna tid för reflektion och tillfällen till erfarenhetsutbyte med kolleger gör att mer verksamhetsnära modeller för utveckling av ledarskap och teamkompetens behöver utvecklas.

De positiva erfarenheter som finns från Stockholmsmetoden där chefer träffas gruppvis med en samtalsledare regelbundet under ett år, visar att denna form av intervention ger ökad kunskap om organisationen som återkopplas till organisationen (Sandahl 2010). En slutsats av den begränsade interventionsforskning som finns är att utvecklingsprogram bör vara direkt kopplade till vardagliga dilemman och problem som uppstår i ledarrollen, samt organiserade i form av kontinuerligt erfarenhetsutbyte med kolleger (Jackson & Parry, 2008; Takao et al., 2006). I två svenska studier av dialoggrupper för läkare, som byggde på en sådan modell, fann man positiva effekter på deltagarnas psykosociala arbetsmiljö och ledarskap (Bergman et al, 2007, Bergman et al. 2009).

Två olika tillvägagångssätt för ledarskapsutveckling som är vanliga i den svenska hälso- och sjukvården utvärderades i en avhandling som visar att både intensivkurser och ledarskapsutvecklingsgrupper som pågår under längre tid kan vara verksamma metoder för ledarskapsutveckling i sjukvården. Resultaten tyder på att de båda interventionerna stärker olika aspekter av ledarskapet och kompletterar varandra, även om innehåll och

metod skiljer sig avsevärt mellan tillvägagångssätten. Handledda utvecklingsgrupper som pågår under längre tid kan ge chefer struktur och stöd att utvecklas i ledarrollen inom organisationen och underlätta uppbyggandet av en lärande organisation (Bergman, 2009). Vidare tyder resultaten på att det är verksamt att erbjuda en upplevelsebaserad intensivkurs i ledarskap till läkarstudenter för att öka deltagarnas öppenhet i rollen, för att stödja lärande av gruppdynamik och för att underlätta fortsatt ledarskapsutveckling. På de svenska läkarutbildningarna finns numera kortare intensivkurser med inriktning mot ledarskap och teamkompetens. En utvärdering av en sådan intensivkurs visade att de läkarstudenter som kunde förväntas vara minst intresserade av att frivilligt välja att delta i denna typ av kurs tycktes vara de som lärde sig mest (Bergman, Savage, Wahlstrom, & Sandahl, 2008).

En av de vanligast använda kurserna för utveckling av ledarskap och teamkompetens inom den svenska sjukvården är kursen UGL (Utveckling av Grupp och Ledarskap) som utgår ifrån FIRO-teorin (Schutz, 1958) och Susan Wheelans teori om effektiva team (Wheelan, 2005). En utvärdering visade att denna intensivkurs för chefer stödjer lärande om gruppdynamik, grupperns utveckling, kommunikation, och ökar självmedvetenheten och stärker deltagarna i deras ledarroll. Dock verkade effekten av en intensivkurs för chefer vara tidsbegränsad. En rimlig slutsats utifrån resultaten är att intensivkurser i ledarskap bör följas av någon form av mer processinriktat program som t ex utvecklingsgrupper för att ge möjlighet för deltagarna att integrera kunskaperna från intensivkursen i det dagliga arbetet, för att applicera kunskaperna i den egna organisationens kontext och för att ge möjlighet till fortsatt ledarskapsutveckling (Bergman, 2009).

Implikationer för politik och policy

Under de senaste decennierna har sättet att organisera och leda sjukvård genomgått stora förändringar. Bland annat har förbättrade behandlingsmetoder och stora medicintekniska framsteg lett till behov av att effektivare administrera alltmer komplexa vårdprocesser och patientflöden, prioritera utifrån begränsade resurser, samt säkra kvalitet och vård på lika villkor för befolkningen. Politiker, chefer och professionella har alla olika utgångspunkter och olika möjligheter att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården. Politikerna står för de övergripande besluten och fördelningen av resurserna. Genom de demokratiska valen tillgodoses att den politiska styrningen sker i enlighet med medborgarnas önskemål. Det är också medborgarna som i slutändan tillhandahåller de resurser som ska fördelas. För att ge politikerna goda underlag för övergripande beslut krävs en kontinuerlig dialog med de chefer som leder verksamheterna. Cheferna, i sin tur, behöver stå i dialog med medarbetarna, som är de som har mest praktisk kännedom om hur vården bedrivs – och kan utvecklas. En vision är att de professionellas verksamhet underlättas av chefers och politikers beslut i syfte att tillvarata resurserna på mest kostnadseffektiva sätt på såväl kort som lång sikt. Politikernas uppgift blir att ta ut riktningen. Både politiker och chefer har också i uppgift att skapa förutsättning för medarbetare att på bästa möjliga sätt lösa sitt uppdrag. Utvecklingen mot förbättrat teamarbete bör därmed inte detaljstyras från politiker i form av specifika policyer utan förankras och drivs av chefer genom en kontinuerlig dialog med de professionella.

Vad krävs för att föra utvecklingen av teamkompetens och ledarskap framåt?

- Hälso- och sjukvården behöver organiseras så att teamarbete – och annan organisationsutveckling och förbättringsarbeten som kräver samverkan – främjas
- Teamarbete innebär organisationsutveckling. Ledare inom hälso- och sjukvården behöver kompetensutveckling och stöd i att bedriva förbättringsarbete
- Effekter av teamarbete behöver studeras vetenskapligt. I dagsläget vet vi för lite om hur olika sätt att organisera arbete på, och olika typer av teamarbete, påverkar arbetsmiljö, effektivitet, vårdkvalitet och patientsäkerhet
- Verksamhetsnära modeller för utveckling av ledarskap och teamkompetens behöver utvecklas
- För att främja teamarbete inom hälso- och sjukvården är innovativa och omfattande insatser nödvändiga, såväl utbildningsinsatser riktade till individer som utveckling av organisationen
- Ledarskap är en kompetens i sig som behöver utvecklas metodiskt. Det saknas dock i många fall utvärderingar som kan visa vilka former av ledarskapsutveckling som i praktiken fungerar. En praktisk implikation av Bergmans avhandling är att kombinera modeller för team- och ledarskapsutveckling. Intensivkurser i ledarskap bör erbjudas till nuvarande och framtida ledare i sjukvården som ett första steg. Dessa bör sedan följas av utvecklingsgrupper som pågår över längre tid för att fortsatt understödja ledarkompetens i det dagliga arbetet och utveckling av en lärande organisation.
- Inte ens kombinerade ledarutvecklingsprogram är tillräckliga för att förändra organisationer mot ett modernare paradigm i vilket vårdens ledare utvecklar sin kompetens i teamarbete, systemtänkande och ledarskap. Ledarskapsprogram bör implementeras i en kontext tillsammans med bredare organisationsövergripande satsningar för kontinuerlig verksamhetsutveckling.

Referenser

- Bergman, D. (2009). LEADERSHIP DEVELOPMENT: A comparative evaluation of short-term and long-term programmes in Swedish health care. Karolinska Institutet, Stockholm,. Retrieved from <http://diss.kib.ki.se/2009/978-91-7409-310-0/>
- Bergman, D., B. Arnetz, et al. (2007). "Effects of dialogue groups on physicians' work environment." *Journal of Health Organization and Management* 21(1): 27-38.
- Bergman, D., S. Fransson-Sellgren, et al. (2009). "Healthcare leadership: impact of short-term intensive and long-term less intensive training programmes." *Leadership in Health Services* 22(2): 161-175.
- Bergman, D., Savage, C., Wahlstrom, R., & Sandahl, C. (2008). Teaching group dynamics - do we know what we are doing? An approach to evaluation. *Medical Teacher*, 30(1), 55-61.
- Bergman, D., Stotzer, E., Wahlstrom, R., & Sandahl, C. (2009). Learning from dialogue groups--physicians' perceptions of role. *J Health Organ Manag*, 23(2), 225-239.
- Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. och B. Sibbald, (2003) "Team structure, team climate and quality of care in primary care: an observational study", *Qual Saf Helth Care*, 2003;12: 273-279.
- Chang, W.-Y., Ma, J.-C., Chiu, H.-T., Lin, K.-C., & Lee, P.-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1946-1955.
- Collins, D.B. & Holton, E.F. (2004). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982-2001. *Human Resource Development Quarterly*, 15, 217-248.
- Czarniawska, B. (2007) *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Liber AB.
- Davies, J. M. (2005). Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49, 898-901.
- Day, D. V. (2001). "Leadership development: A review in context." *Leadership Quarterly* 11: 581-613.
- Drinka, T. J. (1993) "Interdisciplinary geriatric teams: Approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork", *Educational Gerontology*, 20, 87-103.
- Elingsdóttir, G. (2010), *Utvärdering av förändring till teambaserat arbetssätt*, Rapport: ISSN 1650-9773 Publication 34, Media-Tryck, Lund.
- Falkenström, E. (2012). Verksamhetschefens etiska kompetens - Om identifiering och hantering av intressekonflikter i hälso- och sjukvården. Stockholms Universitet, Stockholm.
- Flin, R. H., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end a guide to non-technical skills*. Aldershot, England: Ashgate.
- Forse, A. R., Bramble, J. D., & McQuillan, R. (2010). Team training can improve operating room performance. *Surgery*, 150, 771-778.
- Fransson Sellgren, S. (2007). *Nursing management at a Swedish University hospital : leadership and staff turnover*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1991). *A users' s guide to the general health questionnaire*. Berkshire: Nfer-Nelson.
- Hovellius, B., & Johansson, E. E. (2004). *Body and gender in medicine. (Kropp och genus i medicinen)* (In Swedish). Lund: Studentlitteratur.
- Jackson, B. and K. Parry (2008). *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about studying leadership*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Kalisch, B. J., Lee, H., & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18, 938-947.
- Kjeldmand, D. (2006). *The doctor, the task and the group : Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis : Univ.-bibl. distributör.
- Kvaerner, K. J., Aasland, O. G. & Botten, G. S. (1999) Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ*, 318, 91-4.
- Kvarnström, S. & E. Cedersund (2006) Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams in *Journal of Advanced Nursing*, 52 (2), 244-252

- Lehto, A., Norlin Mistander, C., & Landstingsförbundet. (2001). Unga manliga läkare : projektbeskrivning och utvärdering. Stockholm: Landstingsförb.
- Levay, C. (2003). Medicinsk specialisering och läkares ledarskap: En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens. Uppsala Universitet, Uppsala.
- Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *J Nurs Manag*, 14(4), 300-309.
- Lindström, K., Elo, A-L, Skogstad, A, Dallner, M, Gamarale, F., Hottinen, V., Knardahl, S. & Örhede, E. (2000). Users's guide for the QPSNordic. General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work. Tema Nord 2000:603. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Läkarförbundet. (2009). SYLF:s AT-ranking (pp. 1-36).
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151.
- Mazzocato, P., Hvitfeldt Forsberg, H., & von Thiele Schwarz, U. (2011). Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 70.
- McGrath, J. E. (1991). Time, Interaction and Performance (TIP) A theory of groups. *Small Group Research*, 147-174.
- Mehan, P., Lamb, J., Saltzman, L. & O'Carroll, P. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am. J. Psychiatry*, 149:41-44.
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R. och J. Jaspers, (2010), "Consequences of Participating in Multidisciplinary Medical Team Meetings for Surgical, Nonsurgical and Supporting Specialities", *Medical Care Research and Review*, Vol. 67, No. 2, 173-193.
- Muntlin Athlin, A Farrokhnia N, von Thiele Schwarz U.,(2013) Teamwork – a way to improve patients' perceptions of the quality of care in an emergency department: A quasi-experimental intervention study. Submitted manuscript.
- Muntlin Athlin, A von Thiele Schwarz U, Farrokhnia N.,(2013) Teamwork improves: a longitudinal study of effects on lead times and patient flow in an emergency department": A quasi-experimental intervention study. Submitted manuscript.
- Neily, J., Mills, P. D., Young-Xu, Y., Carney, B. T., West, P., Berger, D. H. et al. (2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 304, 1693-1700.
- Nyberg, A. (2009). The impact of Managerial Leadership on stress and health among employees. Stockholm, Karolinska institutet. (Doctoral Dissertation).
- Ohrling M, Lockowandt U. Den moderna tiden kräver en förändrad läkarutbildning. *Läkartidningen*. 2012;109(9-10):462-3.
- Pettigrew AM, Whipp R. *Managing Change for Competitive Success*. Oxford: Blackwell, 1991.
- Sandahl, C. (2010). Kollegialt erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling för chefer. I J. Näslund & M-L. Ögren (red). *Handledning för personer i hjälparyrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandahl, C., J. Edenius, Gustafsson, H. & Wahlström, T. (2007). Självförtroende och handlingskraft genom stockholmmodellen för ledarutveckling, Stockholm, Karolinska Institutet.
- Sandahl, C., Falkenström, E., & von Knorring, M. (2010). Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet.: *Natur & Kultur*.
- Schutz, W. (Ed.). (1958). *FIRO: A Three Dimensional Theory of Interpersonal Behavior*. New York: Rinehart.
- Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *J Nurs Manag*, 14(5), 348-355.
- Sjövold, E. (2011). *Teamet: Utveckling, effektivitet och förändring i grupper (1:2 ed.)*. Oslo: Liber.

- Takao, S., A. Tsutsumi, et al. (2006). "Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial." *J Occup Health* 48(6): 494-503.
- Tollgerdt-Andersson, I. (1995). *Manager in county councils: leadership i political organizations. (Chef i landsting : ledarskap i politiskt styrda organisationer)*(In Swedish). Stockholm: Swedish County Council.
- Tuckman, B. W. (1977). Stages of group development revisited. *Group and Organisational Studies*, 2, 419-427.
- Ul Hassan, W., Westerlund, H., Thor, J., & von Thiele Schwarz, U. (2012) *Lean and Teamwork: A Longitudinal study of the relationship between Lean and Teamwork in a Hospital Setting. Manuscript in preparation.*
- Wagner, E. H. (2000) "The role of patient care teams in chronic disease management", *British Medical Journal*, 320, 567-572.
- Weaver, S. J., Lyons, R., DiazGranados, D., Rosen, M. A., Salas, E., Oglesby, J., . . . King, H. B. (2010). The anatomy of health care team training and the state of practice: a critical review. *Acad Med*, 85(11), 1746-1760.
- Wheelan, S. A. (2005). *Creating effective teams : a guide for members and leaders* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wheelan, S. A., Burchill Christian.N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12, 527-534.
- Öfverström, H. (2008). *Steget till chefskap - Om läkare som verksamhetschefer.* (Göteborgs Universitet), Göteborg.
- Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap.* Stockholm: Högskoleverket.



Variation i hälso- och sjukvården – hur ska vi förstå och åtgärda den?

Variation in health care – interpretation and policy action.

FÖRFATTARE: Fredrik Westander, hälso- och sjukvårdskonsult, som har medverkat i det nationella arbetet kring Öppna Jämförelser.

INTERNATIONELL EXPERT: Elliott S. Fischer, MD PhD. James W. Squires Professor, Director The Dartmouth Institute, Lebanon, New Hampshire.

Presentationen finns på Forum för Health Policys hemsida www.healthpolicy.se/workshops

Inledning

Variation utgör något av en grundförutsättning för hälso- och sjukvården och är samtidigt en av dess största utmaningar. Den biologiska variationen finns i grunden men också den mångfald som olikheter i levnadsförhållanden och andra sociala villkor för en god hälsa innebär. Risk-begreppet är centralt vid konstruktion av sjukvårdssystem och finansieringsprinciper – vi vet inte när, om eller hur var och en av oss drabbas av ohälsa. Kravet på att hälso- och sjukvården skall utverka utjämnande på sådana faktorer är stort. En god hälsa på lika villkor är en portalparagraf i vår hälso- och sjukvårdslag. Lika och rättvis behandling är ett rättesnöre för god etik i vården.

Intresset för variation i vården har ökat starkt de senaste decennierna. Det gäller både den ”naturliga” som bör åtgärdas och motverkas via vårdens insatser och den felaktiga eller ”onaturliga” som vården ofta själv åstadkommer via felaktiga indikationer, under- eller överbehandling. Den internationella specifika forskningen kring variation inom vården utgör numera ett växande kunskaps- och tillämpningsområde – inte minst stimulerat av ökande jämförelser mellan olika länders sjukvårdssystem och deras prestationer. Vi får en alltmer utvecklad kunskap om de fenomen som variationerna speglar – och vilka åtgärder som är önskvärda och nödvändiga för att minska felaktig eller orättfärdig variation. Sett på detta sätt är studier av variation en spännande utgångspunkt för att bättre förstå hälso- och sjukvårdens funktionssätt och den intressanta mötesplatsen mellan vårdorganisation, styrning/ledning/utvärdering av vården och klinisk medicinsk praxis.

Svensk sjukvård har starka traditioner i att mäta resultat såväl på gruppnivå som för enskilda individer. Den omfattande och av den medicinska professionen drivna uppbyggnaden av medicinska kvalitetsregister utgör en viktig källa för att kartlägga variation liksom de traditionellt etablerade administrativa databaserna. Satsningarna på att exponera, tillgängliggöra samt förstå variation via t.ex. Öppna jämförelser i Socialstyrelsens och sjukvårdshuvudmännens (SKLs) regi utgör nya och spännande moment i det som numera ofta kallas kunskaps- eller kvalitetsstyrd hälso- och sjukvård. Denna workshop kopplade samman den specifika svenska utvecklingen med ledande internationell forskning inom detta område.

Johan Calltorp, professor, projektledare Forum för Health Policy.

Konkreta förslag från denna workshop:

5. Variation – analysera orsaker och åtgärda

Den svenska hälso- och sjukvården har mycket omfattande databaser vilka endast delvis används för utvecklingsarbete. Utveckla både det nationella standardiserade jämförelsearbetet och det lokala behovsstyrda fördjupningsarbetet.

6. Variation – gå från beskrivning till värdering och målstyrning

Dagens Öppna Jämförelser ger nödvändig beskrivande exponering. Utveckla denna genom att värdera resultat och beskriva målvärden som bör uppnås.

Workshop 8, 5 mars 2013

Variationer i hälso- och sjukvården och Öppna jämförelser ur ett nationellt policyperspektiv – vad bör göras?

FÖRFATTARE: Fredrik Westander, hälso- och sjukvårdskonsult, som har medverkat i det nationella arbetet kring Öppna Jämförelser.

Innehållsförteckning

1. Inledning – uppsatsens perspektiv och innehåll

2. Öppna kvalitetsjämförelser i Sverige – karakteristik

- Nationella kvalitetsregisters årsrapporter
- Socialstyrelsens nationella utvärderingar – riktlinjeområden
- SKL:s tematiska publicering av kvalitetsdata
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

3. Vunna erfarenheter – om framgångar och stickspår

- Kvalitetsjämförelserna ger bättre förutsättningar för meningsfull styrning och diskussion
- Övertro och tveksam användning av kvalitetsjämförelser
- Viljan att utse den bäste är improduktiv
- Patientens val av vårdgivare är en svag mekanism för kvalitetsförbättring

4. Vad bör göras – utvecklingsalternativ att överväga

- Vägval att göra – stöd för förbättring bör skiljas från vårdsystemsutvärdering
- Aktivare nationell värdering av resultaten – mer signal, mindre brus
- Erbjuda aktiv värdering av enskilda landstings resultat – fördjupning
- Mer fokus på effektivitet, inte bara på kvalitet och mått på underanvändning
- Avskaffa indikatorsetet i Öppna Jämförelser – bygg nya!

Till läsaren

Jag har från början varit med i det praktiska arbetet med att årligen producera rapporten *Öppna Jämförelser*, i regi av Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Den första rapporten kom 2006, fick mestadels positiv kritik och rapporten blev under de följande åren förmodligen bland de mest uppmärksammade som Socialstyrelsen och SKL publicerade. Nu är rapporten en institution för landstingens uppföljningsansvariga och för andra som arbetar med registerbaserad uppföljning, ett ganska självklart underlag i diskussioner om kvalitet i hälso- och sjukvården.

Det finns en paradox att notera. Då, under förarbetet 2005, var det ingen som ville införa ett nationellt program för öppna kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården. Inte så att det fanns ett aktivt motstånd – det fanns det inte. Förslaget hade fäste hos enskilda individer inom SKL och Socialstyrelsen, men vare sig Socialdepartementet, landstingens förtroendevalda, landstings- eller hälso- och sjukvårdsdirektörer hade uttryckligen efterfrågat ett material som beskrev hälso- och sjukvårdens kvalitet på ett överblickbart sätt.

Paradoxen ligger i att det fanns ett uppenbart behov, men som inte explicit formulerats. Det krävdes att innovationen materialiserades för att behovet skulle ”upptäckas”. Detta är värt att ha i åtanke i diskussion om *Öppna jämförelser*s framtida utveckling och näraliggande nationella policyfrågor. Vilka är de viktiga behov som inte tillgodoses idag?

Denna uppsats är en betraktelse i frågan om kvalitetsjämförelser som del i ett nationellt system till stöd för styrning och utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. Dels utifrån erfarenheter från *Öppna jämförelser*, dels i det än vidare perspektivet om variationer i sjukvården. Jag skall vara konstruktiv – vilka innovationer borde vi nu överväga?

Det är i hög grad en personlig kommentar. Jag har inte intervjuat olika personer eller gjort litteraturstudier. Läsaren bör även veta att jag ännu 2013 arbetar praktiskt åt SKL och Socialstyrelsen med *Öppna jämförelser*, så det är minst av allt någon utomståendes kommentar.

Sysslebäck 26 februari (språklig revidering 11 mars)

Fredrik Westander
Hälso- och sjukvårdskonsult

1. Inledning – uppsatsens perspektiv och innehåll

Resursanvändning, vårdkonsumtion och kvalitet – vad man än mäter, så hittar man geografisk variation i hälso- och sjukvårdssystem. Vårdsystemens konstruktion kan påverka, men i princip gäller detta oavsett om systemet är statligt organiserat eller som i Sverige baseras på 21 ganska självständiga hälso- och sjukvårdshuvudmän.

En del variation är skenbar variation, där den uppmätta variationen beror på att vi inte har tillräcklig kunskap om det vi vill beskriva, till exempel relationen mellan antal behandlingar och sjukvårdsbehovet i en viss befolkning, jämfört med i en annan.

Skenbar variation är informationsbrus, medan reell variation i hur vården bedrivs och till vilken kvalitet kan vara en källa till lärande. Rätt använd kan variation därmed bidra till att göra hälso- och sjukvården bättre. Detta är variationens positiva sida.

I media och i allmänhetens ögon är ”skillnader i sjukvården” oftare ett uttryck för att sjukvården brister i likvärdighet. Kvalitetsvariation ses därför som illegitim, i alla fall om den är bestående och inte är en nödvändig förutsättning för den medicinska kunskapsutvecklingen.

Studier av variation genom jämförelser mellan enheter och lokala vårdssystem i hälso- och sjukvården är under alla omständigheter ett viktigt instrument i hälso- och sjukvårdens styrning, både i Sverige och i andra länder. Sedan i alla fall mitten på 2000-talet har olika nationella initiativ understött publicering av kvalitetsjämförelser mellan landsting och mellan sjukhus.

Jag skall här beskriva och diskutera positiva och negativa erfarenheter av denna utveckling, med ytligt sett visst fokus på den mest publika rapporten, Öppna jämförelser. Men egentligen är det fenomenet i stort, publicering av kvalitets- och andra jämförelser som nationellt policyinstrument, jag vill diskutera. I den senare delen av uppsatsen antingen pekar jag på vägval som borde göras, beskriver utmaningar att hantera och ger förslag på möjliga lösningar, så konkret som möjligt. Jag är mer intresserad av frågan *Vad bör göras?* än av frågan *Hur har det gått?* – även om de ju hänger ihop.

Innehållet är detta. I nästa avsnitt, avsnitt två, beskriver jag helt kort hur den nationella arenan för kvalitetsjämförelser ser ut, vem som gör vad och med vilken ambition. En poäng med detta avsnitt är att ge en karakteristik av de jämförelser som publiceras och visa hur de hänger ihop, inte minst med Öppna jämförelser.

I det tredje avsnittet diskuterar jag några av erfarenheterna från de senaste åren, bland annat utifrån de utvärderingar av Öppna jämförelser som gjorts, men också utifrån offentlig debatt och diskussion med landstingsföreträdare. Även om vi inte med säkerhet kan besvara frågan om nyttan med att publicera kvalitetsjämförelser, så kan en kritisk diskussion om bra och dåliga svenska erfarenheter vara ett stöd för ambitionen att öka nyttan.

Avslutningsvis ger jag i det fjärde avsnittet ett par förslag om hur det nationella arbetet med kvalitetsjämförelser kan utvecklas. Frågan blir då vidare än den om hur själva publiceringen av kvalitetsdata skall se ut. Publiceringen av jämförelser är egentligen bara startpunkten i en mer kvalificerad värdering av kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, och för förbättringar grundade på en sådan värdering.

2. Öppna kvalitetsjämförelser i Sverige – karakteristik

Här en kort översikt av de viktigaste återkommande typerna av publiceringar av kvalitetsdata i svensk sjukvård, med olika karaktär, målgrupper och grundade i olika organisatoriska och policymässiga sammanhang. Syftet är att peka på bredden i de senaste årens utveckling – öppen redovisning av kvalitetsdata är betydligt mer än rapporten Öppna jämförelser.

Det finns ytterligare webb-platser och mer eller mindre återkommande publiceringar än de som nedan nämns: Cancerfondens årliga rapport, Hjärt- och lungfondens årliga hjärtsjukvårdsrapport, publiceringshemsidan OmVård, och olika jämförelser från det privata företaget Consumer Powerhouse, för att nämna några.

Nationella kvalitetsregisters årsrapporter

Varje *nationellt kvalitetsregister* ger ut en årsrapport, nästan utan undantag främst riktad till de enheter som rapporterar data till registret. De senaste åren har det blivit vanligare att årsrapporterna inte bara visar intressanta beskrivande data, utan även formulerar kvalitetsindikatorer, explicit ägnade öppen redovisning. Detta gäller till exempel demensregistret, Riks-Stroke, RIKS-HIA, intensivvårdsregistret, diabetesregistret och höftprotesregistret, men även flera mindre register. Flera register anger även målnivåer för utvalda kvalitetsindikatorer.

I den nu pågående statliga satsningen på nationella kvalitetsregister är deltagande i öppen resultatredovisning ett uttalat mål. Detta kommer att öka antalet kvalitetsregister som vill visa sina kvalitetsindikatorer för en bredare publik, utöver som nu förekommer i Öppna jämförelser. En mera lättillgänglig form än årsrapporterna kommer att behöva skapas.

Socialstyrelsens nationella utvärderingar – riktlinjeområden. Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller numera alltid även indikatorer för uppföljning, utöver rekommendationer och prioritetsgradering av vårdåtgärder. För varje nationell riktlinje sammanställer Socialstyrelsen även en indikatorbaserad rapport, en nationell utvärdering, som med registerdata följer upp riktlinjen, jämför resultat för landstingen och för sjukhusen.

Sådana nationella utvärderingar har hittills publicerats för bland annat diabetes, psykiatrisk sjukvård, hjärtsjukvård och stroke. De vänder sig till landstingsledningar och till verksamhetsansvariga. Dessa rapporter är snarlika Öppna jämförelser, men innehåller typiskt betydligt flera indikatorer än vad som kan visas där. Man ger en bredare och därmed mera rättvisande av resultaten inom ett sjukdomsområde.

Socialstyrelsens nationella utvärderingar har därtill en principiellt sett spännande ambition, som något skiljer dessa rapporter från Öppna jämförelser: Man försöker värdera de samlade resultaten och utifrån denna bild ange för landstingen de områden där glappet mellan riktlinjernas rekommendationer och den faktiskt bedrivna sjukvården är som störst. Vilka är de stora problemen, de som landstingen framförallt borde ha fokus på?

En olöst fråga är hur ofta data för kvalitetsindikatorerna i en nationell utvärdering skall uppdateras. Landstingen vill ha tillgång till minst årliga uppdateringar för att följa sina resultat över tid. För de indikatorer där ett kvalitetsregister är källan, kan uppgiften hämtas från registrets årsrapport. Men annars är det bara Socialstyrelsen som kan ta fram dessa data. Någon rutin för att årligen uppdatera dessa data har inte skapats.

SKL:s tematiska publicering av kvalitetsdata

Utan att det formellt är fråga om register- och heller oftast inte individdata, så svarar SKL för flera stora tematiska publiceringar av kvalitets- och kostnadsdata, som grundas på datainsamlingar som landstingen överenskommit om. Det gäller förekomst av vårdrelaterade infektioner och efterlevnad av kläd- och hygienregler; väntetider till läkarbesök och behandling i primärvård och i specialiserad vård; patienterfarenheter via Nationell Patientenkät och befolkningsenkäten Vårdbarometern; Kostnad Per Patient – databasen och, som det senaste men sannolikt inte sista exemplet, uppgifter om överbeläggningar och utlokalisering av patienter till annan vårdplats. Överbeläggningstal har ännu inte publicerats på nationell nivå, men det kommer sannolikt att ske under 2013.

Data/kvalitetsmått från dessa insamlingar publiceras på olika vis och med olika frekvens, ofta främst genom webb-presentationer och med stöd av korta, skriftliga rapporter. Kvalitetsindikatorer baserade på dessa insamlingar ingår i Öppna jämförelser, och data förekommer på flera hemsidor och i olika publikationer.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Den årliga rapporten Öppna jämförelser är den mest uppmärksammade, och vänder sig främst till landstingsledning, men i viss mån även till media och till den intresserade allmänheten. Över tid har nog en viss förskjutning skett i riktning mot målgruppen landstingsledning, enligt min uppfattning. Många indikatorer hämtas från andra källor men får en ökad status när de publiceras i Öppna jämförelser, som ses som ett nationellt sanktionerat set av kvalitetsindikatorer. Ett antal viktiga kvalitetsindikatorer som baseras på hälsodataregister publiceras återkommande enbart i denna rapport.

”Öppna jämförelser” är mer än bara den tryckta rapporten. Via en grupp kontaktpersoner med mandat från landstings- eller sjukvårdsledning har en arena skapats där landstingen kan ge synpunkter på olika nationella arbeten, även de som sker vid Socialstyrelsen. Vidare har genom åren landstingen på seminarier och workshops kunnat utbyta erfarenheter från hur man arbetar med data från de öppna jämförelserna i sin uppföljning. Allt det där är värdefullt.

Själva rapporten kan ganska enkelt karakteriseras: Den är beskrivande. Tillsammans med bilagor består den av ett omfattande material av kvalitets- och andra jämförelser som överlämnas åt landstingen, som ett stöd för deras styrning. Inga eller få skarpa eller värderande slutsatser dras, vare sig om landstingen eller om olika sjukhusen.

Öppna jämförelser är i realiteten mera av en service- och stödfunktion för landstingen, än en utvärdering av dem – även om kvalitetsjämförelser alltid innehåller ett underförstått värderande element. Som nationell sjukvårdspolicy är ambitionen ”mjuk”. Landsting eller sjukhus har till exempel aldrig ålagts eller förväntats redovisa vilka kvalitetsförbättringar man åstadkommit.

Arbetets bedrivande har genom året svarat mot denna ambition. Arbetsgrupp och styrgrupp utgör tillsammans en slags redaktionsgrupp för att åstadkomma det urval av kvalitetsindikatorer som skall visas. En redaktionsgrupp med uppgiften att efter dialog med sakkunniga publicera data om hälso- och sjukvårdens kvalitet – så enkelt kan nog kärnfunktionen beskrivas. Organisationen är riggad för att göra precis det den gör, men inget annat.

Vackert så – hur skall man se på erfarenheterna av detta?

3. Vunna erfarenheter – om framgångar och stickspår

Kvalitetsjämförelserna ger bättre förutsättningar för meningsfull styrning och diskussion

I de utvärderingar av Öppna jämförelser som gjorts återkommer ett tema: Jämförelserna och den status rapporten fått, har bidragit till att frågor om medicinska resultat och kvalitet nått landstingsledningarna på ett mera explicit sätt än tidigare. Den tidigare frånvaron av medicinska kvalitetsmått gjorde att ekonomiska resultat och möjligen väntetider dominerade.

Alla landsting har någon form av återkommande procedur där man samlar in kommentarer och bedömningar från medicinskt sakkunniga eller verksamhetschefer och förhåller sig till resultaten. Ibland med en noggrannhet som gränsar till det petnoga, ett tecken på hur seriöst man tar detta.

Vidgar man perspektivet, så att det inkluderar alla offentligt publicerade kvalitetsjämförelser som nu förekommer, är bilden tydlig: Landstingen har nu betydligt bättre förutsättningar att styra sin sjukvård och föra meningsfulla dialoger om framgångar och problem med de verksamhetsansvariga. Om man till detta lägger forskningsbidraget från kvalitetsregister och alla direkta bidrag till verksamhetsförbättring, så är det mycket som talar för att vinsterna uppväger den tidsåtgång som registeraktiviteten kräver. Vi, eller medborgarna, borde ju heller inte acceptera en sjukvård som inte strävar efter att följa sin kvalitet, även med formaliserade metoder.

För de flesta mått som mäts (i ÖJ; där har vi räknat på detta) uppvisas förbättringar över tid. Detta är ju vad man bör förvänta sig. Kostnaderna per invånare ökar något varje år och den medicinska kunskapsutvecklingen ökar möjligheterna att nå högre kvalitet.

Däremot tror jag inte det är meningsfullt att försöka besvara frågan om förbättringarna *direkt* kan härledas till publicering av kvalitetsjämförelser. Det finns akademiska studier och litteraturoversikter om detta, men det troliga svaret är väl av *common sense* – natur: Ja, i en vårdmiljö där man har god legitimitet för de mätningar man gör och publicerar jämförelser på ett ansvarsfullt sätt – där är det väl troligt att detta bidrar till förbättringar av sjukvården. I en annan vårdmiljö, där olika förutsättningar inte är uppfyllda, blir resultaten troligen sämre.

Den stora frågan ligger inte om man skall publicera kvalitetsjämförelser eller inte, utan hur en nationell modell för kvalitetsmätning och publicering av data skall utformas för att ge bästa möjliga utbyte. Här borde vi nu ha en kritisk diskussion, söka efter svagheter i den rådande svenska modellen och driva fram förändringar av den.

Övertro och tveksam användning av kvalitetsjämförelser

Omvärldens övertro på formaliserad kvalitetsmätning är ett problem. Arbetar man praktiskt med kvalitetsmätning blir man snabbt betungande medveten om olika problem. Först fenomenet med lyktstolpens ljuskägla. Vi kan bara mäta det vi har data om. Indikatorer kan utformas på olika vis för att spegla samma kvalitetsaspekt. Valen görs ofta utifrån datatillgång. Det finns felkällor – ojämn täckningsgrad, kompletthet i registreringen, tolkning av begrepp som ”komplikation”, olika casemix eller sjukdomsgrad. Slutligen görs olika val i presentationen av data, från banala frågor om diagramskalor till mera komplexa.

Inget att gnälla om – såhär är det. I det praktiska arbetet hanterar vi dessa problem så ärligt vi kan, med reservationer i kommenterande text framförallt. Men frågan är hur långt detta räcker.

Läsaren tittar framförallt på diagrammen, som vi vill skall vara så slagkraftiga som möjligt, och på sin höjd snabbläser texten. Det är nästan omöjligt, ens för den flitige lekmannen, att kunna hantera komplexa frågor om datakvalitet och om en indikators utformning. Om läsaren bara är utrustad med en allmänt skeptisk attityd så är mycket vunnet. Men därtill måste vi erkänna att vi är beroende av sakkunnigas vägledning vid tolkning.

För egen del har fem–sex års arbete med denna typ av problem lett till att jag betraktar sjukvårdsdata med betydligt större skepsis än tidigare. Inte bara sjukvårdsdata, förresten, utan även andra faktauppgifter som driver och driver runt i samhällsdebatten.

Frågan är hur stort detta problem är för sjukvårdens kvalitetsjämförelser. Blir politiker och patienter missledda av drastiska mediatolkningar av kvalitetskillnader? Blir verksamhetschefer och medicinskt ansvariga cyniska av vetskapen om att de kan hängas ut på ibland nyckfylla grunder, och börjar vårda sina registerresultat, börjar slira i rapporteringen?

Jag skall ge två exempel på tveksam användning av kvalitetsjämförelser, av lite olika slag. Det första handlar om hjärtinfarktvard och medialogikens krav på dramatik. Hjärtinfarktvardens utveckling är en hejdundrande succé, med några decenniers perspektiv. Vare sig man mäter resultatmått som död efter infarkt eller processmått,

så har stora förbättringar skett och skillnader mellan sjukhus ofta minskat. Men Hjärt-Lungfonden gjorde 2012 i en rapport om hjärtsjukvård istället ett huvudnummer av att tid från symtom till behandling varierade mellan landsting. Media hängde på, i en ganska dramatisk rapportering. Data redovisades korrekt, men gav ändå en på det hela taget skev bild av ojämn kvalitet i hjärtsjukvården. Några medborgare oroades säkert, på ganska lösa grunder.

Varför blev det så här? Jag tror svaret är enkelt. Mediagenomslaget blir bättre om nyheten är dramatisk och negativ – ”orättvis vård... stora skillnader mellan landstingen”. Jag vet inte, men utesluter inte att publicering av kvalitetsjämförelser faktiskt kan ha bidragit till att allmänheten tror att kvalitetsskillnaderna är större och allvarliga än de är.

Ett andra exempel är att vissa landsting använder kvalitetsmål som del i den ekonomiska ersättningen till sjukhus och kliniker, och även till vårdcentraler i primärvården. Man kan misstänka att Öppna jämförelser, formellt uppbackat av Socialstyrelsen och SKL, bidragit till detta. Kvalitetsindikatorerna har så att säga *de facto* auktoriserats för all användning, även om detta aldrig varit avsikten med jämförelserna.

Frågan om att använda ekonomiska incitament för att få vårdgivarna att ge vård av god kvalitet i är en del i en betydligt större debatt. Men några meningar om detta kan vara på sin plats, i och med att jag och mina kollegor i någon mening är ”medskyldiga”. Jag är kritisk till denna användning, av flera skäl. Inte många indikatorer håller för sådan skarp användning, ens om de prioriterats fram med stor eftertänksamhet. För det andra urvalsproblemet – det blir som regel någon enstaka aspekt av vårdkvalitet som kan belönas, där det råkar finnas data. I realiteten kanske de svårare kvalitetsbristerna är helt andra. För det tredje finns det risk att registerdata korrumpas med ekonomiska motiv. Observera att det inte behöver vara frågan om förslaget fusk och bedrägeri, utan det kan räcka med mindre glidningar i registreringsbeteendet.

Men de viktigaste argumenten är två andra. Samhällets kontrakt med vårdprofessionerna (och med lärarkåren och andra professioner) har som sin grundbult en förväntan om kvalitet, att denna strävan skall ligga inbyggd i själva yrkesrollen. Detta är den vardagliga, språkliga innebörden av att vara professionell. När medborgarnas företrädare omformulerar detta kontrakt och belönar viss styckevis kvalitet med pengar, skiftar underförstått förväntningarna på professionerna. Kontraktet trivialiseras.

Vilket problem skall *pay-for-performance* lösa i den svenska hälso- och sjukvården? Idén om kvalitetsbaserad ersättning har sin grund i det amerikanska vårdssystemet, där kombinationen av ekonomisk konkurrens, intäktsmaximering och volymbaserade ersättningsmodeller misstänkts ha lett till överanvändning av diagnostik och behandling. Visst, om det medicinska beslutsfattandet redan är ”korrumpert” av dåliga ersättningssystem, då kanske kvalitetsbaserad ersättning är ett bättre alternativ. Men i Sverige?

Att utse den bäste är kanske lockande – men nog mest improduktivt

”Vilket landsting är bäst, och vilket sjukhus?” Att frågorna dyker upp när kvalitetsjämförelser publiceras är kanske naturligt. Särskilt nu när vi har ganska mycket kvalitetsdata att använda i en analys. Det finns ju även argument för att en årlig ranking, där man utser bästa sjukhus och bästa landsting, skulle fungera som en uppmuntran, sporra till förbättring. Vi har inte någon officiell sådan ranking i Sverige, däremot flera halvofficiella. Några kvalitetsregister har, explicit eller implicit, en slags rankingmodeller för den mera avgränsade vård varje register representerar.

Bland de halvofficiella ingår det index som SKL varje år har brukat göra av resultaten i Öppna jämförelser, dels för helheten, dels för olika delområden. SKL-indexet är tillgängligt, men har egentligen inte publicerats som en fullfjädrad rapport. Eftersom allt material från Öppna jämförelser är tillgängligt i Excel, så är det ganska lätt att sätta ihop en ranking. Detta gjorde organisationen Consumer Power House för några år sedan, och alldeles nyligen korade tidningen Dagens Medicin bästa sjukhus, på basis av bland annat *Öppna jämförelser*s indikatorer.

Jag menar nog att detta mest är jippon, och jag skulle själv ogärna lägga tid på att konstruera totalindex för att kunna utse bästa landsting. Förhoppningsvis är det ingen som tror på dessa rankingar (att de verkligen hittar den säkerställt bäste), och då är det väl ingen större skada skedd. Men blir det för mycket och för prestigefullt, så kan det göra att kvalitetsmätningar i allmänhet solkas ned.

Ju flera rankingar och utmärkelser som publiceras, ju tydligare skulle det godtyckliga i dem åskådliggöras. Karlskoga lasarett förärades nyligen utmärkelsen Svensk Kvalitet med en flott motivering, som jag inte tänker ifrågasätta. De arbetar säkert bra. Men i Dagens Medicins ranking var Karlskoga inte omnämnt i någon av de underklasser för vilka utmärkelser gavs.

I England har funnits exempel på att snarlika indikatorer på sjukhusdödlighet gav tämligen olikartade resultat för sjukhus. Detta ger stöd för tanken att uppmätta kvalitetsutfall skall ses som högst provisoriska sanningar, eller att de är just indikatorer på något, inget annat.

Jag skall inte gå in på de metodproblem som gör rättvisande rankingar så svåra att göra. Men det finns en bakomliggande frågeställning som är intressant. Det finns ett analytiskt motiv till att klarlägga vilka de bästa landstingen och sjukhusen är: När vi vet vilka som är bäst, kan vi nämligen försöka hitta förklaringar till att de lyckas. Vilka är framgångsfaktorerna? Hur har landstings- och sjukhusledningar arbetat för att nå sina goda resultat?

Detta är legitima frågeställningar, men jag tror att de bäst besvaras på disaggregerad nivå: Det är kvaliteten i diabetes-, njur- eller hjärtinfarktvård som skall förklaras. Det är på denna nivå man kan förklara framgångar och misslyckanden. Om strokesjukvården i ett landsting är bra, finns det egentligen inget skäl att tro att även hjärtinfarktvården är bra. Om ett sjukhus i ett landsting lyckas bra, betyder inte det att andra sjukhus i samma landsting bör förväntas ha bra resultat. Politisk ledning, landstings- och sjukvårdsdirektör i all ära, men analyser av framgång bör ta sikte på de lokalt ansvariga och de vårdteam som möter patienterna.

Att utse bästa landsting och sjukhus är ett spektakulärt svar på en felställd fråga – ett stickspår.

Patientens val av vårdgivare är en svag mekanism för kvalitetsförbättringar

I den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten är kravet på patientens valfrihet, i meningen rätten att välja vårdgivare, sedan länge märkligt dominerande. Kring just denna rättighet snurrar den mesta av debatten om patientinflytande över sjukvården. Detta är märkligt, därför att det i de allra flesta vårdssituationer finns annat som är viktigt för patienten: Hur väl är sjukdomen förstådd, avseende effekter på hälsa och funktionsförmåga? Vilka är behandlingsalternativen och deras för- och nackdelar?

Visst kan rätten att välja bort en vårdgivare vara ett stöd för en patient och ge trygghet, men varför denna intensiva fokusering? Jo, det hänger ihop med den just nu lika dominerande sjukvårdspolitiska tanken att sjukvårdssystemet (i alla fall vissa delar av det) skall vara organiserat så att det liknar en marknad. Patientens (konsumentens) beslut får ekonomiska konsekvenser för vårdgivaren (producenten) och blir därmed den faktor som driver sjukvårdsmarknaden.

Avsaknaden av information om medicinsk kvalitet som patienterna kan grunda sina val på, blir då ett stort problem. Öppna kvalitetsjämförelser bör enligt detta synsätt därför utformas så patienter kan använda denna information för att välja vårdgivare. Öppna jämförelser har inte haft detta som syfte, men frågan om information som stöd för patienters val av vårdgivare är näraliggande – det mesta och den bästa kvalitetsinformationen är ju den som där visas.

I alla fall två aspekter menar jag är relevanta för denna fråga. Den första har med korrekthets- och förenklingskrav att göra. Om Socialstyrelsen eller SKL skulle publicera kvalitetsdata riktade till den väljande patienten med syftet att klargöra vilken vårdcentral eller klinik som ger bästa vården, så bör kravet på att informationen är korrekt vara högt satt. Eller så får man vara ärlig och öppet redovisa vilka svagheter kvalitetsjämförelserna har, vilka felkällorna är. Det senare gör det svårare att leva upp till förenklingskravet. En kritisk genomgång av de vårdkvalitetsjämförelser som explicit riktar sig till allmänheten skulle förmodligen hitta en hel del brister i detta avseende.

En helt annan aspekt är denna: Hur troligt är det att välinformerade patienter som aktivt väljer och väljer bort vårdgivare kan bli en stark mekanism för att driva kvalitetsförbättring? Den mekanism vi idag vill utnyttja bygger på att vårdgivare tar intryck av jämförelserna, lär sig av andra och förbättrar sig. Den professionella stoltheten gör att ingen vill ha sämre resultat än de som är möjliga, oavsett vilka val patienter gör.

Såvitt jag förstått ger internationella erfarenheter i nuläget inte stöd för tanken att publicering av kvalitetsdata skulle driva patienters val av vårdgivare. Rätten att välja vårdgivare är en sak, mekanismerna bakom kvalitetsförbättringar en annan. Den stora faran ligger förmodligen i att kvalitetsinformation förenklas för mycket; vilket kan gå ut över vårdgivarnas respekt för kvalitetsmätningar.

4. Vad bör göras – utvecklingsalternativ att överväga

Det finns flera olika utvecklingsalternativ att överväga, när det gäller framtida publicering av kvalitetsjämförelser i Sverige. Nedan nämner jag några sådana och ger förslag. Något är komplext och övergripande, andra snarast avgränsade exempel. Jag lägger ingen stor energi på att diskutera organisatoriska frågor, frågor om SKLs och olika statliga myndigheters framtida roll dessa sammanhang, även om de är viktiga.

Läsaren bör notera att förslagen handlar om uppföljning och styrning med hjälp av registerbaserad kvalitetsdata. Det finns många komplexa kvalitetsproblem som inte kan beskrivas med hjälp av vårdregister. Detta hör till bilden och skall inte glömmas. Vi måste ha kapacitet att upptäcka även sådana kvalitetsbrister.

Vägval att göra – stöd för förbättring bör skiljas från vårdsystemsutvärdering

Det kan göras en åtskillnad mellan kvalitetsmätning som syftar till att vara stöd för förbättring (*improvement*) och sådan som syftar till att vara stöd för utvärdering (*judgment*). I det första fallet sätts fokus på enhetens egen utveckling över tid. I det andra fallet är det centrala jämförelsen mellan enheter eller resultatet för ett helt vårdsystem, jämfört med andra.

Skillnaderna mellan perspektiven är inte alltid glasklara, och effekterna behöver inte vara dramatiska. Men det faktum att *Öppna jämförelser* har haft båda dessa syften samtidigt, har gett upphov till en del nackdelar.

Urvalet av indikatorer påverkas. I Öppna jämförelser redovisas vissa indikatorer mest därför att de brukar ingå i internationella jämförelser av sjukvård (neonatal dödlighet, till exempel). Andel strokeenhetsvårdade är ett annat exempel – här är resultaten för de flesta sjukhus nu så bra att vi inte behöver uppmärksamma denna indikator på samma vis. Hade vi i urvalet aktivt valt indikatorer som pekar på kvalitetsbrister, så hade urvalet varit annorlunda.

Ett annat exempel: En indikator där 25 procent av sjukhusen inte rapporterar data fungera inte bra som en nationell indikator vid jämförelser mellan landsting, men för de rapporterade sjukhusen är den viktig och bör kunna visas i offentlig kvalitetsredovisning.

Vid jämförelser mellan sjukhus blir frågor om patienters sjukdomsgrad, ojämn datakvalitet och statistisk säkerhet (= långa mätperioder) viktiga. Redovisningarna blir mera komplexa och de redovisade måtten ibland svåra att förstå. När sjukhus följer sin egen utveckling över tid, har man ofta bättre koll på de faktorer som kan påverka utfallet.

Om fokus sätts på kvalitetsförbättringar så kommer detta att driva fram kvalitetsindikatorer som är lätta att använda, mer av vårdprocessmått och snabba indikatorer, som man kan påverka och avläsa effekter av handlingar på. Visst – kvalitetsuppföljning i sjukvården måste utformas så att den är relevant för sjukdomstillståndet och behandlingen. Femårsöverlevnad vid cancer är därför ett relevant mått, även om det är trögrörligt. Men en indikators praktiska nytta och användbarhet är en viktig faktor.

En sätt att hantera perspektiven förbättra respektive utvärdera är att göra en tydligare åtskillnad mellan dem. Å ena sidan: Mera frekvent redovisning av ”snabba” processmått, på områden där förbättringsbehoven är stora. Redovisning av förbättringstakt blir lika viktigt som jämförelser med andras resultat. Redovisning på sjukhusnivå blir viktigare än landstingsredovisning. Å andra sidan: Jämförelser av representativa resultatmått på övergripande vårdsystems nivå.

Aktivare nationell värdering av resultaten – mer signal, mindre brus

Respektive landsting har ansvaret för att organisera sin hälso- och sjukvård på bästa vis. Det är därför naturligt att det i första hand är landstingen som skall tolka, värdera och använda både nationellt producerade kvalitetsjämförelser och annat kunskapsunderlag och rekommendationer, som till exempel nationella riktlinjer. Med ansvar följer både plikter och befogenheter. Detta är den huvudide som legat till grund för Öppna jämförelser.

Å andra sidan kan man ge flera argument för en ökad nationell roll i tolkning av enskilda resultat och även i värdering av enskilda landsting. Det skulle vara arbetsbesparande för landstingen, göra den egna tolkningen enklare. Under- eller överanvänds läkemedlet X? Är Y ett verkligt kvalitetsproblem eller ett skenbart? Vad beror den stora variationen i dödlighet efter stroke på – vilken påverkan har vårdprocessen på sjukhuset? Att analysera och besvara frågor som dessa är arbetskrävande. Landstingen skulle dra nytta av sådana fördjupningar.

Men det finns även ett principiellt argument. Hälso- och sjukvårdspolitik och -styrning är inte bara landstingsbaserad, utan är även nationell. Om vi nu har allt mera och allt bättre registerbaserad kvalitetsinformation, så borde väl en nationell aktör förhålla sig till detta, även om det inte finns formella nationella riktlinjer för allt? Av alla de data som visas i Öppna jämförelser – vilka är de tyder på allvarliga kvalitetsproblem och som landstingen därför borde koncentrera sig på?

Ett steg på vägen är att redovisa målnivåer, på de kvalitetsindikatorer där det finns. Det kan vara målnivåer som anges av kvalitetsregisters styrgrupper eller sådana som har grund i nationella riktlinjer. Då kan resultaten tolkas lättare – när man målnivåerna eller ej? Detta är nog en realistisk framkomstväg, framförallt för processmått.

Ett än mera radikalt grepp vore om SKL/staten, bland annat utifrån Öppna jämförelser, bestämde sig för att peka ut ett antal viktiga kvalitetsproblem. Dessa skulle ses som högt prioriterade kvalitetsbrister, gärna uppbackade med hälsoekonomiska analyser så att även breda hälsovinster speglas. Det är säkert en fördel om listan inte var för kort, så att landstingen själva har handlingsfrihet och så att vi slipper ensidig fokusering på ett litet urval av specifika problem.

Vi har idag en slags *de facto* prioritering av kvalitetsproblem, genom att staten på vissa områden fördelar pengar till landstingen efter vilka resultat som nås: Kömiljarden, som ekonomiskt backar upp vårdgarantins tillgänglighetskrav. Äldre- och andra satsningar, som ekonomiskt gynnar landsting som når vissa mål när det gäller deltagande i ett specifikt kvalitetsregister eller når vissa mål när det gäller återinskrivningar, undvikbar

slutenvård eller specifika läkemedelsindikatorer.

Jag skall inte ifrågasätta syftet bakom dessa prestationsersatta satsningar på nationellt prioriterade utvecklingsområden. Men jag tror att det skulle gå att göra mycket bättre än det idag görs. Det finns ett engelskt uttryck som fångar ambitionen bra; det gäller att identifiera ett antal *high impact changes*. Det kan göras nationellt – sen är det upp till landstingen att genomföra dem.

Erbjuda aktiv värdering av enskilda landstings resultat – fördjupning

Om man lägger ihop de kvalitetsindikatorer som används i Öppna jämförelser, i Socialstyrelsens uppföljningar av riktlinjer och de ytterligare kvalitetsmått som nationella kvalitetsregister publicerar, så är vi uppe i väl över 200 indikatorer, med vars hjälp ett landsting kan jämföra sig med andra. Om man till detta lägger andra relevanta jämförelsetal (vårdkonsumtion, kostnadsdata, medelvårdtider, val mellan likvärdiga läkemedel etc), så ökar antalet ytterligare. Poängen är denna: Vi har i princip tillgång till stora mängder potentiellt meningsfull information om kvalitet och effektivitet.

Landstingen har olika kapacitet att hantera och värdera dessa kunskapsunderlag. Självklart finns det verksamhetsansvariga som behärskar det egna vårdområdet, men då och då kan en landstingsledning vilja ha en extern, auktoritativ bedömning av det egna sjukvårdssystemet.

Idag, när olika konsultföretag gör olika granskningar och genomlysningar av landsting, så används även denna typ av data. Mitt intryck är det sker styckevis och delat, främst eftersom det inte finns så många personer som har rätt överblick eller vana att tolka kvalitetsindikatorer, värdera datakvalitet etc. Detta är tämligen specialiserad kompetens.

Jag tror att landsting skulle dra nytta av en nationell organisation som erbjöd dem fördjupade bedömningar av sina resultat, för hela eller delar av sin sjukvård. En slags extern granskning, som stöd för det egna arbetet. Även om registerbaserade kvalitetsjämförelser är startpunkten för en sådan analys, så måste kunskapsunderlaget vara bredare, kunna bestå även av till exempel intervjuer med ansvariga chefer eller medicinskt ansvariga.

Initiativ i denna riktning har funnits. SPRI hade på sin tid ett program man kallade *OrganisationsGranskning*, för sjukhus och för primärvård. I början på 90-talet besökte Socialstyrelsen landstingen och förevisade data från hälsodataregister, under projektnamnet *Aktiv uppföljning*. SoS-projektet blev inget bestående, och kunskapsunderlaget var magert – jämfört med vad vi nu skulle kunna visa upp.

En kompetent konsultorganisation, bemannad även med medicinsk kompetens, skulle kunna värdera och utmana landsting på ett konstruktivt sätt. Den kan vara driven av SKL, baserad på statliga myndigheter eller enligt någon annan lösning. Arbetet kan ju även utformas som en rent kommersiellt tjänst. Lite förvånande är det väl att inget av de större konsultbolagen byggt en ambitiös utvärderingsprodukt runt den nu stora tillgången på kvalitetsdata?

Många landsting skulle förmodligen välkomna denna typ av extern granskning. Blir den auktoritativt utförd skulle den bli en naturlig del i ett landstings kvalitetsförbättringsarbete; då finns det säkert även en betalningsvilja. Huvudsyftet ur ett nationellt policyperspektiv skulle vara att öka nyttan med och skärpan i de formaliserade kvalitetsmätningar som vi nu har tillgång till, men som vi saknade för 15 år sedan.

Mer fokus på effektivitet, inte bara på kvalitet och mått på underanvändning

För tjugo år sedan hette det ofta i sjukvårdsdebatten att vi bara hade tillgång till data om kostnader och budgetutfall, men inget om sjukvårdens kvalitet. Studerar man de indikatorer som ingår i Öppna jämförelser är förhållandet det omvända. Antalet indikatorer som explicit speglar produktivitet, kostnadsvariation eller ekonomiska aspekter av variationer i medicinsk praxis är litet. Detta har varit ett medvetet val, med syftet att lyfta fram det som var nytt, nämligen jämförelser av medicinsk kvalitet.

Det finns, tror jag, även en slagsida åt indikatorer som speglar underanvändning, jämfört med indikatorer som speglar överanvändning. Detta är troligen en effekt av att nationella riktlinjer ofta har fokus på åtgärder med god nytta som används för lite. (I ärlighetens namn – riktlinjer har numera även exempel på åtgärder som inte skall utföras, eller bara väljas i andra hand)

Det är även en effekt av att till exempel kvalitetsregister fått föreslå indikatorer; har man fokus på medicinsk kvalitet så blir det lätt så att det uppfattas som mera intressant och viktigare än att spegla variation i resursanvändning. Varje kvalitetsregister är för övrigt också i viss mån en (legitim) försvarare av den egna patientgruppens vård; då är det lätt att ta sikte på ”riktiga” kvalitetsbrister, där nyttiga behandlingar underanvänds.

Det finns flera skäl till att den nationell registerbaserad uppföljning även bör omfatta mått som sätter sökarmåttet på effektiv resursanvändning, även med helt konventionella mått. I kvalitetsdebatten hävdas ibland att hög ”kvalitet” är identiskt med eller leder till ”effektivitet”. Även om kvalitetsbristkostnader är ett fruktbart begrepp, så tycker jag att ett sådant synsätt är för begränsat.

Istället för att gå in i begreppsexercis (vad är ”kvalitet” respektive ”effektivitet”?) så menar jag helt enkelt att nationella uppföljningsmått/-indikatorer borde tas fram för:

- *Kostnad per prestation:* SKL:s KPP-databas (Kostnad Per Patient) innehåller kostnadsuppgifter som bör förevisas och diskuteras, för de vanligaste eller mest kostnadskrävande tillstånden. Inga data är ”hemliga”; men det har ännu inte etablerats en riktigt bra form för publicering av dessa data. Kostnadsvariationen är kanske inte dramatisk, men ändå värd att studera. Redovisningen är frivillig, men även de privata sjukhusen och klinikerna bör i framtiden kunna övertygas om att publicera uppgifter om sina självkostnader.
- *Vårdkonsumtion eller behandlingsfrekvens för landstingens befolkningar:* Tillgången på tillförlitliga data varierar, trots att rapportering till hälsodataregistren är obligatorisk. Problemet vid tolkning av vårdkonsumtionsdata gör att man sällan kan dra skarpa slutsatser om förekomst av över- eller underkonsumtion, men även enkla presentationer kan vara stöd för reflektion om praxisvariation. Variationen är ofta ganska stor, även för etablerade behandlingar som ledprotesoperationer.

Variationerna kan vara påtagligt stora för mindre vanliga behandlingar, eller där behandlingsalternativen är flera eller indikationerna oklara. Det räcker inte att bara publicera vårdkonsumtionsdata, utan här måste vi lära oss mera om hur över- eller underanvändning skall kunna spåras och hur behandlingsfrekvenser (indikationer) bäst förändras.

- *Medelvårdtider, återinskrivningar och dagkirurgiandelar:* Trots att till exempel medelvårdtider i slutenvård verkligen är konventionella, vårdadministrativa data så har vi ingen genomtänkt presentation av sådana jämförelsetal för sjukhus. Även här är variationen inte sällan riktigt stor, och även om det inte finns ett "rätt" antal vårddygn vid till exempel proteskirurgi, så måste vi lära oss av denna variation.
- *Val av behandling vid likvärdiga alternativ, men olika kostnad:* Framförallt för läkemedel är det möjligt att med måttlig ansträngning ta fram dessa data, eftersom vi har ett komplett register över förskrivna och uttagna läkemedel. De flesta landsting har någon form av råd eller klok lista som man uppmanar förskrivarna att följa – välj i första hand läkemedlet x framför y. Det är fullt möjligt att göra nationella indikatorer för uppföljning av detta.
- *Behandling/diagnostik med oklar nytta:* I Öppna jämförelser visas frekvensen atroskopier i knäled per landsting. Denna indikator speglar förekomsten av en behandling med oklar nytta. I nationella riktlinjer brukar anges några sådana, som sätts upp på en "icke-göra" lista. Vi borde arbeta mera systematiskt för att belysa detta. Internationellt, framförallt i USA, är det ett växande intresse för att minska den "onödiga" sjukvården, med kampanjer som den läkarledda *Choosing Wisely* och den kommande internationella BMJ-konferensen *Preventing Overdiagnosis*.
- *Läsaren ser poängen:* Detta är som regel inga explicita kvalitetsindikatorer och är därför inte framträdande i Öppna jämförelser. Men bättre sammanställning av tillgängliga sådana data kan vara mycket nyttiga för landstingen, inte minst i ett läge med troligen ökande knapphet, både för den totala sjukvårdsekonomin och avseende vårdplatskapacitet.

Avskaffa det nationella indikatorsetet Öppna jämförelser – bygg nya

Det är förståeligt, men även en slags nackdel, att rapporten *Öppna Jämförelser* och den kvalitet som där redovisas, har blivit så pass normgivande för landstingens uppföljning. Visst, den visar ett bra urval av kvalitetsindikatorer, med syftet att spegla så stor del av sjukvårdssystemet som det bara går. Men det är ett urval och landstingen borde förhålla sig även till andra nationellt tillgängliga kvalitetsmått.

För fem år sedan var jag övertygad om att det var viktigt med ett ganska fixt indikatorset som hade status av att vara "nationellt". Nu är jag mindre säker på detta. De närmaste åren kommer Socialstyrelsen, SKL och nationella kvalitetsregister att kunna presentera ännu flera kvalitetsindikatorer och andra nyttiga mått. "Indikatorlagret" kommer att växa, även om indikatorer även försvinner när de inte längre är relevanta.

Uppgiften bör då bli att göra detta breda nationella indikatorlager tillgängligt i flexibla webb-lösningar, där man kan välja och utforma olika indikator/informationspaket,

beroende på vad man söker efter: Övergripande mått med relevans för landsting/ befolkningsområden, sjukhusrelevanta indikatorer för avgränsade sjukdomstillstånd, sådana som enbart speglar kostnadseffektivitet eller patientrapporterade resultat av behandling etc.

Det lär även i framtiden finnas behov av skriftliga rapporter från SKL och SoS, som sätter fingret på väsentliga problemställningar för landstingen och hälso- och sjukvården, men jag tror det skall vara flera olika, inte en jättelik indikatorkatalog med ambition att spegla allt. Men innan konceptet Öppna jämförelser i dagens skepnad överges, vore det bra om alternativen tagit något tydligare form.

Sverige är ett litet land och vi har goda förutsättningar att stödja en kunskapsutveckling baserad på vårdregisterdata, så att dessa blir så nyttiga för landstingen och andra användare i hälso- och sjukvården, att det med råge väger upp registreringsbördan. Allt kan bli bättre och kraven på praktisk nytta måste ställas högt.



Multisjuka patienter i vården – behov och en effektivare vårdorganisation.

Tackling the finance and practical challenges of caring for an aging multi-morbid population.

FÖRFATTARE: Ulf-Johan Olson, konsult, Utvecklingspartner AB.

Joachim Werr Med Dr, leg läk Karolinska Institutet och Health Navigator AB.

INTERNATIONELL EXPERT: Ran Balicer MD, PhD, MPH, Director of Health Policy and Planning, Clalit Health, Israel.

Presentationen finns på Forum för Health Policys hemsida www.healthpolicy.se/workshops

Inledning

En liten del av patienterna använder en stor del av vårdens resurser – cirka 1 % av patienterna står för 30 % av vårdkostnaderna. Detta beror delvis på att många kroniskt sjuka har flera sjukdomar och att detta ökar med åldern – men det finns också yngre storkonsumenter av vård och patienter med ”udda” diagnoser. Vad vi vet är att multisjuka patienter ofta inte får en optimal behandling. Det finns för lite kunskap om hur sjukdom, olika behandlingsformer och terapier samverkar eller motverkar varandra. När vårdprogram och konkret behandling utformas tar man sällan hänsyn till multisjuklighet. De rent organisatoriska bristerna handlar om hur vårdflöden och samband mellan vårdens olika delar, olika specialister, öppen/sluten vård utformas. En stor utmaning, speciellt för den vården som rör multisjuka äldre, hänger samman med det delade huvudmannskapet mellan landsting och kommuner (för mer info se workshop kring vårdkedjan för multisjuka äldre i maj 2012 – årsrapport 1).

Vid denna workshop redovisades en annan viktig väg och utveckling – att gräva fram konkret användbar kunskap kring de multisjuka ur vårdens register och databaser. Det går att mobilisera sådan kunskap och det är en nödvändighet för att kunna effektivisera och utveckla vården. En rad konkreta exempel gavs från Clalits vårdssystem i Israel med 4 miljoner patienters vårduppgifter i en fullständig digital databas (se Ran Balicers presentation på Forums hemsida). Exempelen täcker strategier inom såväl prevention som olika kliniska behandlingar, riskbedömning och selektion av patienter utifrån störst tänkbar nytta av behandlingen. Man anar här framtidens mera avancerade kunskapsstyrda vård där kvalitetsregister och databaser verkligen analyseras på kliniskt relevanta uppgifter och länkas konkret till behandlingsstrategier. Sverige har, som ofta framhålls, kanske större möjligheter än de flesta andra länder till sådan utveckling tack vare både våra unika kvalitetsregister men också våra administrativa databaser och befolkningsregister. Det tycks vara länken mellan analys, tolkning och formande av strategier för klinisk och organisatorisk handling vilket är den svaga punkten.

Exempel på det som sker av spjutspetsutveckling gavs i de följande svenska presentationerna kring analys av högkonsumenter deras vårdmönster och behovsbild samt försök att bygga intervention. Flera sådana lovande kliniska försök finns i Sverige.

Johan Calltorp, professor, projektledare Forum för Health Policy.

Konkreta förslag från denna workshop:

7. Multisjuka patienter - öka kunskapen om vårdmönster

Vården har bristfällig kunskap om de komplexa förhållanden som råder för patienter med flera olika sjukdomar. Kunskap som kan förbättra vården finns i vårdens databaser och register, använd den!

8. Multisjuka patienter – bättre samverkan i vårdkedjan

De multisjuka är en växande patientgrupp som innebär stora utmaningar för vårdorganisationen. Samverkan mellan huvudmän, enskilda vårdgivare och kliniker måste byggas på rätt motivationsfaktorer och förbättrad planering och styrning.

Workshop 9, 30 maj 2013

Resurser och vårdflöden i vården av de mest sjuka äldre – hinder och möjligheter

FÖRFATTARE: Ulf-Johan Olson, Utvecklingspartner i Stockholm AB.

Innehållsförteckning

Bakgrund	63
Före och efter Ädelreformen	
De mest sjuka äldre	
Förutsättningar och resurser	
Några exempel från geriatriken och andra verksamheter	67
Direktintag från ambulans och akutmottagning	
Vad är en geriatrisk patient inom Stockholms läns landsting?	
Vårdplatsutnyttjande och vårdflöden	
Beslutsstöd för hemsjukvården i Örebro	
Integrerad vård	
Vad göra?	71
Kvarboendeprincipen	
Platser i särskilt boende och vårdplatser	
Vårdflöden	
Vårdens och omsorgens räckvidd	
Ersättningssystem och incitament	
Nya vindar i UK?	
Större tilltro till huvudmännen och vårdens professioner	
Realistiska tidsramar	
Projekt kontra löpande verksamhet	
Vilket samhälle får vi när en fjärdedel av befolkningen är över 65 år?	
Källor	76

Bakgrund

Före och efter Ädelreformen

Livet efter 65 år erbjuder både möjligheter och svårigheter. Många av fördelarna försvinner dock snabbt vid sviktande hälsa och allvarlig kronisk sjukdom. Innan Ädelreformen 1992 hade de långvårds(medicinska)klinikerna det medicinska ansvaret för många av de mest sjuka äldre. Långvårdsmedicinen hade uppdraget att sköta dessa kliniker, som antingen var en del av akutsjukhuset eller, som i bl a SLL, var kopplade till de stora sjukhemmen/annexsjukhusen. Även internmedicin, primärvården och specialiserad öppenvård arbetade naturligtvis också med denna patientgrupp.

På långvårdsklinikerna kunde patienter med kroniska sjukdomar vårdas under lång tid, inte sällan för återstoden av livet. Vanliga diagnosgrupper var demenssjukdomar, tillstånd efter stroke, ortopediska och reumatiska sjukdomar, samt tumörsjukdomar.

Patienterna fick ett bra medicinskt omhändertagande, men mycket kritik riktades mot att vården skedde i sjukhusmiljö och de långa vårdtiderna. I början av 1980-talet utvecklades rehabiliteringsfunktionerna, och en del patienter kunde skrivas hem eller gå till lättare kommunala boenden, som ålderdomshem eller serviceboende. Ungefär samtidigt startades på många håll sjukhusansluten hemsjukvård som utgick från långvårdsklinikerna.

I samband med Ädelreformen infördes begreppet särskilt boende. Det innefattade sjukhem, ålderdomshem, serviceboende mm. De två sistnämnda är i praktiken utvecklade och det som tidigare hette sjukhem kallas idag "vård- och omsorgsboende". Termen särskilt boende lever dock kvar.

De mest sjuka äldre

Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre är – "personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom". Gruppen omfattar cirka 300 000 personer och har antingen 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, bor i särskilt boende och/eller har omfattande sjukvårdsinsatser.

Socialstyrelsen anser att vården och omsorgen i många avseenden inte är anpassad för att möta de mest sjuka äldres behov. Man har identifierat följande brister:

- Bristfällig läkemedelsbehandling
- Samordningsproblem mellan och inom regioner/landsting och kommuner
- Primärvården tar inte tillräckligt med ansvar för gruppen och deras roll är otydlig
- Kompetens- och kvalitetsbrister

Förutsättningar och resurser

År 2011 var 19 procent av befolkningen 65 år eller äldre. SCB räknar med att denna andel kommer att stiga till 25 procent fram till 2060. Dagens cirka en halv miljon personer r 80 kommer att ha ökat till 1.1 miljon 2060. Befolkningsutvecklingen innebär inte bara en ökad sjukdoms- och omsorgsbörda för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst/äldreomsorg, utan också att den arbetande delen av befolkningen minskar och därför får en ökad försörjningsbörda.

Sjukvården är i stora delar uppbyggd på att människor får sin behandling, blir bra och åker hem. Så är det naturligtvis ganska ofta, men allt oftare handlar det om att behandla kroniska sjukdomar. De medicinska framstegen handlar sällan om bot, utan mer om att med läkemedel och andra insatser hålla personen så besvärsfri som möjligt och minska betydelsen av olika funktionshinder.

Den 1 januari 1992 genomfördes Ädelreformen, vilket bl a innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och funktionshindrade. I Socialtjänstlagen infördes en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för människor med behov av särskilt stöd. De mer specialiserade utrednings-, rehabiliterings- och behandlingsfunktionerna stannade kvar inom landstingen. Samtidigt ändrades den medicinska specialitetens namn från långvårdsmedicin till geriatrik. I samband med Ädel tog kommunerna över cirka 31 000 långvårdplatser från sjukhusen.

I slutet av 1960-talet fanns det mer än 120 000 vårdplatser vid svenska sjukhus. Vid tiden strax efter Ädelreformen, hade de sjunkit till cirka 50 000. Därefter har nedgången fortsatt. Under perioden 1999–2008 minskade det totala antalet vårdplatser i Sverige med 6 893 platser (21 %) till cirka 25 860. Mellan 2007 och 2011 minskade antalet vårdplatser med drygt 600. Den största minskningen skedde inom geriatrisk vård, där antalet vårdplatser minskade med cirka 250 under tidsperioden.

Enligt Socialstyrelsen har andelen äldre som får kommunal omsorg minskat något de senaste åren. Färre bor permanent i särskilt boende eller i korttidsboende eller får geriatrisk vård. Däremot får fler omfattande hemtjänst och för de äldsta ökar sjukhusvården något.

Antalet platser i särskilt boende har minskat snabbt under flera år. Så sent som 2002 fanns 115 500 platser och 2009 95 400. 2011 hade de krympt till 90 900. Ålderdomshem och servicehus finns knappast längre och de som idag bor i vård- och omsorgsboenden, tidigare benämnda sjukhem, är påtagligt sjukare än tidigare.

Skälen till den stora minskningen av vårdplatser och den ökande öppenvården är många:

- Stora medicinska framsteg och bättre resultat.
- Den stora ökningen av dagkirurgiska ingrepp och annan specialiserad öppenvård. För de äldre har skonsammare anestesi och operationsmetoder varit särskilt viktiga.
- Generellt kortare vårdtider.
- Nya attityder – Patienter ska bara vårdas i slutenvård om det behövs och när de medicinska teknologierna finns. Opererade patienter ska snabbt upp på benen, liksom de som drabbats av stroke. Det är inte sjukhussängen som botar.
- Stor ökning av antalet läkare och sjuksköterskor.

Socialstyrelsens patientregister redovisar en svag minskning i antalet slutenvårdstillfällen mellan 1987 och 2011. Samtidigt ökade befolkningen med cirka 800 000 personer under samma period. Den stora produktionsökningen finns i antalet öppenvårdstillfällen (besök och insatser i specialiserad vård och i primärvård).

Vård och omsorg påverkas både av det ekonomiska läget och av politiska ambitioner och prioriteringar. I Sverige gjordes betydande nerdragningar i offentlig verksamhet

1993-96 och några år i början av 2000-talet. Detta påverkade främst antalet vårdplat-ser. Totalt sett har dock resurserna till hälso- och sjukvården ökat de senaste decennierna. Antalet läkare ökade t ex från 24 500 år 1993 till 33 500 år 2010. Antalet sjuksköterskor ökade från 77 000 till 103 770 under samma period. I stora delar av Europa är den nuvarande ekonomiska krisen påtaglig och leder till åtstramningar inom många områden, hälso- och sjukvård och socialtjänst inkluderade. Sverige har hittills klarat sig bättre, men kan återigen hamna i en åtstramningssituation.

Hur ser då hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens situation ut och hur påverkar den möjligheterna att möta utmaningarna?

- Sjunkande antal vårdplatser och kortare medelvårdtider.
- Sjunkande antal platser inom särskilt boende.
- Kundval inom socialtjänsten och vårdval inom primärvården har givit en större organisatorisk mångfald/splittring och minskade områdesansvar.
- Förändrade ersättningsystem och incitament (för det som är lätt att mäta) och med betoning av tillgänglighet, men även för vissa åtgärder/resultat.
- Otillräcklig koordination mellan vårdnivåer och vårdgivare, inkl av elektronisk journaldokumentation.
- Frustrerade professioner. Det gäller t ex överbeläggningar och administrativa krav på redovisning av aktiviteter och resultat, krav på sjuksköterskor att arbeta varannan helg i stället för var tredje etc.
- En osäker ekonomisk situation, men också en obalans mellan ambitioner och möjligheterna att finansiera deras omsättning i praktiken.

Utvecklingen med färre vårdplatser och fler överbeläggningar inom hälso- och sjukvården liksom kortare medelvårdtider har ställt större krav på den kommunala äldreomsorgen. De färre platserna inom särskilt boende innebär att de som beviljas plats är betydligt sjukare/mer funktionshindrade än tidigare. Det innebär även att hemtjänsten, hemsjukvården och den sjukhusanknutna hemsjukvården, har fått ta hand om allt sjukare personer. En konsekvens av utvecklingen är sannolikt att även anhöriga tvingats ta ett större ansvar, inte minst mot bakgrund av den administrativt mer komplicerade situationen med vårdval, många utförare och begränsad vårdsamordning.

Medelboendetiden på särskilt boende har sannolikt samma utveckling som medelvårdtiden på sjukhus och inom geriatriken - den minskar. Eftersom de personer som beviljas ett vård- och omsorgsboende idag är betydligt sjukare än tidigare kommer de också att dö inom kortare tid. Detta motverkar effekterna av antalet sängplatser, precis på samma sätt som minskade medelvårdtider gör fler vårdtillfällen möjliga inom hälso- och sjukvården.

Förutom att överbeläggningar påverkar patientsäkerheten negativt, liksom patienternas komfort och omhändertagande, har de en mycket negativ påverkan på vårdpersonalen som känner att de inte kan ge patienterna det omhändertagande de borde få. Det leder ofta till stressreaktioner och tillsammans med förändrade scheman bidrar det inte sällan till personalomsättning.

Landstingen har under många år velat höja den ekonomiska medvetenheten hos framför allt läkarna, vars beslut är de som mest påverkar sjukvårdskostnaderna. Det

större inslaget av resultatstyrning i sjukvården indikerar att denna ambition möjligen har lyckats över hövan. Ett exempel på detta är den pågående debatten kring Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter under vintern 2013. I denna beskrivs bl a att läkare har tubbats att bli affärsmässiga och att läkaretiken har påverkats negativt.

Mångfaldens och den fria etableringens andra sida är den organisatoriska splittring som uppstår. Sedan länge har det handlat om kommunens insatser i förhållande till sjukhusens och primärvården. Det nya är den snabba tillväxten av nya aktörer inom såväl primärvård som äldreomsorg, som har blivit effekten av LOV i flera län. Den fria etableringen har ofta inneburit att tidigare områdesansvar har upphört. Andra konsekvenser av förändringarna är att samverkan försvårats både på grund av att antalet aktörer har ökat och att de är spridda över större geografiska områden. Detta får effekter på många olika plan. Det påverkar bl a möjligheterna att skapa en integrerad vård, den samordnade vårdplaneringen, möjligheterna att skapa och överenskomma gemensamma rutiner samt, för att vara mycket konkret, möjligheten att rationellt planera enskilda vårdbiträdens turer.

Den äldre och sköra patientens val av vård- eller omsorgsgivare blir i många fall ett problem snarare än en tillgång. När kommunens biståndsbedömare fattat biståndsbeslutet, ska en vårdgivare/utförare väljas. Valet kompliceras av att biståndsbedömarna ser sig förhindrade att ge förslag eller rekommendationer, eftersom man tycks värna konkurrensneutraliteten mer än att stödja den äldre och de anhöriga att hitta en bra lösning.

Primärvården är 1:a linjens sjukvård för de sjuka äldre, liksom för den övriga befolkningen. De tidigare visionerna om primärvården som navet i hälso- och sjukvården ligger idag ännu längre bort än då denna vision formulerades. Från såväl sjukhus som företrädare för den kommunala vården och omsorgen luftas ofta kritik mot primärvården, som inte uppfattas vara tillräckligt delaktiga i, eller tar initiativ till, samordnad vårdplanering. På mindre orter tycks vården vara mer integrerad, men primärvården har inte sällan stora rekryteringssvårigheter. På större orter är läkartätheten betydligt större, men å andra sidan blir vården mindre integrerad, främst beroende på mångfalden av utförare inom såväl primärvård som den kommunalt finansierade omsorgen, men också därför att husläkarmottagningar tenderar att fokusera på just mottagningsrollen.

Sammanfattningsvis är den stödjande institutionella strukturen för vård och omsorg både mångfacetterad och stadd i förändring. Såväl bristen på vårdplatser/-boende och ändamålsenliga vårdflöden som samordnade och förutseende insatser är ett problem. Enskilda vårdgivare och professionella kan göra goda insatser, men om insatserna inte koordineras utifrån en övergripande idé om vad som ska åstadkommas, inklusive gemensamma prioriteringar och rutiner för arbetet, blir resultatet inte vad det skulle kunna vara.

Kontinuitet i vård och omsorg och god vägledning skapar trygghet för äldre och sköra personer. De är nyckelord för att utveckla vården och omsorgen om denna behovsgrupp. Det medicinska omhändertagandet och förmågan att skapa smidiga vård-processer kan inte ses isolerade från det psykosociala omhändertagandet. För sjuka och sköra människor, som befinner sig i livets sista fas, är vanlig mänsklighet en dygd och en öppenhet för de svåra frågorna nödvändig.

Några exempel från geriatriken och andra verksamheter

Direktintag från ambulans och akutmottagning

Stockholms läns landsting har under flera år strävat efter att öka direktintaget till geriatriken, såväl från hemmet/ambulansen som från akutmottagningen (AKM). Forskning visar att detta höjer vårdkvaliteten och minskar mortaliteten för patienterna. Prehospitalt centrum i har, tillsammans med några av de geriatriska klinikerna, utvecklat ett beslutsstöd för ambulanspersonalen, i syfte att avgöra om patienten kan köras direkt till en geriatrisk klinik. Systemet har nu implementerats för alla geriatriska kliniker, vilket påtagligt har ökat direktinläggningarna från ambulansen.

År 2012 skapades 58 procent av geriatrikens vårdtillfällen i SLL genom direktinläggningar, medan övriga patienter remitterades från sjukhusens vårdavdelningar för vidare rehabilitering. Av direktinläggningarna kom 18 procent från hemmet/ambulansen och 38 procent från AKM. Direktinläggningarna har ökat under flera år, men andelen direktinläggningar från hemmet/ambulansen har stagnerat det sista två åren. Detta trots ett ökat direktintag av de som triagerats av ambulanspersonalen och att landstinget ger ekonomiska incitament till de geriatriska klinikerna för att öka direkt-intaget.

Utvecklingen har inneburit att sjukhusens vårdavdelningar har avlastats patienter som inte behöver deras specialiserade resurser och när bedömningar har kunnat göras i ambulansen har även AKM avlastats. De successivt ökande direktinskrivningarna har inneburit att det blivit svårare för sjukhusens vårdavdelningar att remittera till geriatriken. Antalet avslagna remisser vårdavdelningarna varierade från 26 till 46 procent bland 5 undersökta kliniker 2010. Avslagen på akutremisserna var väsentligt lägre. Utfallet speglar de totalt sett få vårdplatserna, de högre trösklarna för patienterna som kommer från vårdavdelningarna och de ökande direktinskrivningarna.

Vad är en geriatrisk patient inom Stockholms läns landsting?

Geriatrisk slutenvård är tillgänglig för:

- person > 65 år som är biologiskt åldrad,
 - som är nära sin funktionella sviktgräns och
 - som är folkbokförd i ansvarsområdet och
 - som är beroende av andra för att klara sitt dagliga liv eller har flera samtidiga hälsoproblem, behandlingsinsatser och vårdgivare
- Vid intag från sjukhusens vårdavdelningar ska personen ha en förväntad vårdtid på minst 4 dygn och en potential att tillgodogöra sig rehabilitering alternativt behöva symtomlindring i livets slutskede.
- Vid direktintag är kriterierna (1) recidiv eller försämring av kronisk sjukdom; (2) nytillkomna funktionshinder eller smärta som bottnar i ortopedisk diagnos; (3) tillkomna sjukdomstillstånd som kräver slutenvård, men inte akutsjukhusets resurser och (4) symtomlindring i livets slutskede.

För närvarande sker ett arbete inom Hälso- och sjukvårdskansliet med att utveckla kriterierna.

Vårdplatsutnyttjande och vårdflöden

Från 2001 till 2012 har medelvårdtiden inom geriatriken i SLL sjunkit från drygt 17 dagar till 10,4. Under samma tidsperiod har antalet geriatriska slutenvårdstillfällen ökat med 30 procent. Den ökade omsättningen av patienter leder till fler samordnade vårdplaneringar tillsammans med patienten och övriga intressenter.

Utflödet från sjukhusen och geriatriken är starkt beroende av tillgången till vårdboenden och insatser från hemtjänst, hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet. Det är också beroende av primärvårdens förmåga och insatser för att stödja patienterna. Den successiva övergången av hemsjukvården till kommunerna och att systemet med primärvårdskonsulter har upphört i de flesta landsting, gör det inte lättare för primärvården att vara den sammanhållande länken i vården av de mest sjuka äldre. Så länge hemsjukvården fanns inom vårdcentralen hade distriktssköterskan en nyckelroll i samordningen.

Geriatriskens beläggning av vårdplatser är mycket varierande under året och följer samma säsongsmönster som för akutsjukhusen. De gemensamma säsongsvariationerna leder till att sjukhusen i mindre grad remitterar till geriatriken under lågsäsong och i väsentligt högre grad under högsäsong. Svårigheterna har tvingat såväl sjukhusen som geriatriken till en större flexibilitet när det gäller att öppna och stänga vårdplatser. Samtidigt som vårdgivare/utförare agerar för att få till stånd en god vård och omsorg för patienter och brukare, agerar de enligt regelverken för att optimera sina intäkter och minska sina kostnader.

Inom SLL minskade antalet vårdplatser inom geriatriken kraftigt under 2000-talets första decennium. De har ökat marginellt på senare år och en större ökning är planerad. Nuvarande antal vårdplatser påverkar inte bara geriatrikens förmåga att nå sina mål, utan får betydande effekter även på akutsjukhusens vårdavdelningar. Under högsäsongens 7-8 månader blir patientflödena trögare och leder till överbeläggningar och avslagna remisser, men under lågsäsongen innebär det ett mindre optimalt resursutnyttjande.

Innan vårdgarantin fick en skarp tillämpning i landstingen kunde sjukhusen parera de naturliga säsongsvariationerna i den akuta vården genom att producera mindre elektiv vård under den tid då det akuta vårdflödet var som störst och mer då det sjönk. Denna möjlighet finns inte på samma sätt med dagens prioriteringar. Styrning i Stockholms län syftar bl a till att en större del av den elektiva vården ska kunna produceras utanför akutsjukhusen. Detta minskar det elektiva trycket på akutsjukhusen under högsäsong, men samtidigt drar det undan arbete och intäkter under lågsäsongen. Utvecklingen innebär risk för att akutsjukhusen blir mindre kostnadseffektiva, eftersom den akuta verksamheten kräver en grundbemanning som är långt större än som kommer till användning för endast akuta insatser.

Beslutsstöd för hemsjukvården i Örebro

Projekt ViSam är en pågående försök i SKL:s satsning på ett bättre liv för de mest sjuka äldre. I projektet skapas en länsövergripande samverkan för vårdplanering och informationsöverföring. Bl a har ett beslutsstöd tagits fram för bedömningen av patienter som plötsligt försämras i sitt hem. Alla sjuksköterskor inom hemsjukvården använder beslutsstödet oavsett var patienten bor (i södra länsdelen).

Efter några frågor, observationer och mätningar av vissa vitalparametrar väljer sjuksköterskan en av tre vägar:

- patienten stannar i hemmet,
- patienten stannar i hemmet men en distriktsläkare kontaktas för ytterligare bedömning,
- patienten skickas till AKM för bedömning där.

Syftet är inte att minska flödet till AKM, utan att patienten ska vårdas på rätt vårdnivå. Tanken är att även ambulanssjuksköterskor och primärvårdens sjuksköterskor ska följa beslutsstödet inriktning, men så långt har arbetet ännu inte nått.

Under den första testperioden lades 78 procent av de patienter som skickades till AKM in på sjukhuset. Motsvarande andel innan beslutsstödet var 68 procent. Dessutom halverades risken för oplanerad återinläggning. Resultaten visar också positiva effekter av att olika yrkeskategoriers kompetens användes bättre - tryggare personal och patienter/anhöriga.

I många fall kan sålunda hemsjukvården göra bedömningar av potentiellt akuta tillstånd redan på hemmaplan. Om inte detta sker behöver bedömningen göras av ambulanspersonalen eller i nästa steg på AKM.

Integrerad vård

Integrerad vård syftar till att ge en god vård präglad av kontinuitet och trygghet genom horisontell och/eller vertikal integration. Den är därför lämplig för vården av de mest sjuka äldre och kronisk sjukdom i allmänhet.

Integrerad vård har, liksom den nära familjemedlemmen närsjukvård, ingen tydlig och gemensam definition. WHO:s beskrivning är mycket bred: "Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency".

Integrerad vård har både funktionella och organisatoriska aspekter.

- Funktionellt: Samverkan för patientens och det gemensamma bästa som bygger på frivilliga överenskommelser mellan professionella, resultatenheter, vårdgivare och huvudmän.
- Organisatoriskt: Sammanslagning av verksamheter i syfte att skapa en integrerad vård och motverka
 - . nuvarande stuprörseffekter,
 - . att chefer och medarbetare i första hand ser till den egna verksamhetens processer och ekonomin, särskilt när man är under ekonomiskt press,
 - . starka organisationskulturer som i första hand ser till de egna insatserna.

I Sverige har ett antal projekt drivits med integrerad vård som mål eller medel. En del av dessa har finansierats av huvudmännen, andra av staten. I överenskommelsen från 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en treårig satsning på försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 19 projekt fick projektmedel. Projekten handlar bl.a. om organisatoriska lösningar – äldrelots, mobila team, samlokaliserade verksamheter liksom ett antal projekt som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocessen.

I överenskommelsen för 2013 mellan SKL och regeringen finns ett krav att det i varje län ska finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan för en sammanhållen vård och omsorg av de mest sjuka äldre. Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre för 2013. Regeringen satsar 72 Mkr för särskilda utvecklingsledare för att arbeta med de planer som tas fram.

Den mest radikala versionen av integrerad vård i Sverige skapades genom TioHundra AB i Norrtälje 2006. Det unika ligger i att hälso- och sjukvården och kommunens äldreomsorg, habilitering och socialpsykiatri har lagts i samma organisation. En gemensam nämnd och bolaget skulle ge en mer integrerad vård och omsorg.

TioHundra hade stort fokus på att förbättra vårdprocesser, bl a de som var relevanta för äldre personer med komplexa behov. T ex

- Antalet journalsystem har minskat från elva till två.
- Införande av "disease management" - (ofta sjuksköterskeledda) vårdprogram för olika kroniska sjukdomar. Särskilda åtgärdsprogram riktas mot högriskpatienter och "storkonsumenter" av vård och omsorg.
- "Utslussningsvård" av multisjuka äldre.
- "Utlokaliserade" specialisttjänster till primärvården.

Den integrering av ekonomi och verksamheter som skett inom TioHundra har avlägsnat hinder och felaktiga incitament, vilket har främjat klinisk integration och samverkan mellan professionerna.

Förutsättningarna förändrades när LOV antogs av riksdagen. Det innebar att den tidigare konkurrensutsättningen av vissa uppdrag nu ersattes med kundval inom äldreomsorgen år 2009 och vårdval inom primärvården år 2010. Följden blev att TioHundra utvecklades från en integrerad vårdorganisation till en av flera aktörer på en lokal sjukvårdsmarknad – dock med en dominerande ställning.

Intressant är att Stockholms läns landsting härbärgerat de två mest radikalt utformade och olika styrsystemen inom hälso- och sjukvården. TioHundra har fått förlängt mandat till 2015. Samtidigt har landstinget tydligt tagit ställning för mångfaldsalternativet och planerar att köpa vårdtjänster för att kompensera för några av systembristerna.

Precis som i Sverige (eller tvärt om) har Dep. of Health i UK genom bidrag till olika projekt stimulerat utvecklingen av integrated care, särskilt med betoning på samverkan mellan NHS (sjukhus och GP) och local authorities (socialtjänst). 16 av dessa projekt har utvärderats under ledning av RAND Europe.

I RAND:s sammanfattande iakttagelser och slutsatser nämns bl a de relativt begränsade effekterna och att personalen ofta var mer nöjda än patienterna. Den planerade sjukhusanvändningen minskade, men den oplanerade ökade. Utvärderingen betonar komplexiteten i och de utmaningar som finns i att koordinera vård och omsorg över huvudman- och vårdgivargränser och vikten av att hålla fast vid patientperspektivet.

Integrerad vård eller närsjukvård är sannolikt en lösning på flera problem som kan härledas till bristande kontinuitet, organisatorisk splittring och ett snävt fokus på den egna verksamhetens tjänster, produktion och resultat. Det finns dock inga färdiga

modeller och ingen färdig design för detta. Det handlar fortfarande om att upptäcka. De konserverande krafterna är dock avsevärda, särskilt i ett ekonomiskt klimat som präglas av åtstramningar. Utmaningen är egentligen mer organisatorisk, ekonomisk och kulturell än att skapa integrerade vårdprocesser.

Vad göra?

Det finns alltid förbättringsmöjligheter även i de bäst fungerande verksamheterna. Här ska några centrala teman beröras som är av betydelse för vården av och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Kvarboendeprincipen

I ett samhälle med en allt större andel äldre behöver tillämpningen av kvarboendeprincipen förtydligas. Hemtjänst, hemsjukvård och avancerad sjukvård i det egna hemmet är positivt för många, men långtifrån alla. Inte minst ensamhushållen behöver alternativ.

Möjligheten till andra boenden genom äldreomsorgen är dock begränsade. Kommunala serviceboenden och ålderdomshem är i stort sett avvecklade, medan seniorboenden från 55+/60+/65+ tycks ha ökat. Aktörer är bl a Blomsterfonden, bostadsföretag och bostadsrättsföreningar. Här gäller endast ålderskriteriet och att det inte finns hemmavarande barn. När seniorboendet innebär medlemskap i en bostadsrättsförening krävs dessutom att den äldre har en god ekonomi.

Trygghetsboende utgör en annan kategori. Förutom gemensamhetslokaler ska bl a finnas tillgång till personal. En person i hushållet ska ha fyllt 70 år. Dessa finns också som både hyresrätter och bostadsrätter. Till och med dec 2014 finns ett statligt stöd för byggande av trygghetsbostäder.

Staten borde stimulera bygganden av såväl seniorboenden som trygghetsboenden, vilka båda är goda alternativ för många äldre. Sådana välplanerade och attraktiva bostäder underlättar även för nuvarande och framtida hjälpinsatser och frigör samtidigt väsentligt större bostadsytor.

Platser i särskilt boende och vårdplatser

I dagsläget behövs fler platser både när det gäller vård- och omsorgsboende och inom geriatriken. I vissa fall behövs de för att klara av topparna i nuvarande säsongsvariationer, i andra för att förstärka verksamheten under hela året.

Mot bakgrund av det ökande antalet - och den ökande andelen - äldre i befolkningen, de allt fler kroniska sjukdomar som sjukvården lyckas hålla i schack och svårigheterna att hantera allt fler patienter med många sjukdomar står bl a följande grundläggande strategier till buds:

- Fler och/eller framför allt mer flexibla vårdplatser
- Tydligare policy kring de olika vårdnivåernas/vårdgivarnas ansvar för de mest sjuka äldre patienterna
- Bättre samordning av vårdinsatser mellan olika vårdnivåer och vårdgivare så att de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatserna används i de geriatriska vårdprocesserna eller vårdflätorna.

En kritisk fråga är i vilken utsträckning som trycket på vårdplatser kan minskas genom andra åtgärder, t ex att klara mer i öppenvård, inom hemsjukvården, inom vård- och omsorgsboenden, bättre samordning av insatser och framför allt mer proaktiva insatser. Detta är avhängigt lokala förhållanden, resurser och traditioner, varför analyserna behöver göras på läns- eller i vissa fall på kommunnivå.

När det gäller de olika vårdnivåernas ansvar handlar det framför allt om det ansvar som primärvården har, men som tycks vara svårt att leva upp till. Det handlar också om hemsjukvården som är en nyckelresurs i vården av kvarboende äldre sjuka personer, liksom olika former av avancerad sjukvård i hemmet.

Olika typer av vårdlotsar har prövats i olika landsting för att stödja patienten att orientera sig i vård- och omsorgssystemet. Inom vissa specialiteter finns kontaktsjuksköterskor och andra med liknande uppgifter. Det bör vara ett tydligt policykrav på vårdgivarna att prioritera och organisera samordningen inom ramen för existerande system, utifrån både patienternas behov och verksamheternas krav på smidiga flöden. Rådgivning och stöd till patienterna ingår i detta, liksom det alltid har gjort inom hälso- och sjukvården.

Vårdflöden

För att en sjuk och funktionshindrad person ska få vård och omsorg på rätt nivå krävs inte bara rätt insatser utan också effektiva flöden. D v s att de som kommer till AKM verkligen behöver komma dit, att bedömning antingen kan ske hemma hos patienten eller i ambulansen, att direktinskrivningar på geriatriken sker i större grad, att sjukhusets olika kliniker har tillgång till geriatrikens platser för de patienter som behöver ytterligare rehabilitering innan hemgång, att hemsjukvård och hemtjänst kan ta vid efter en vårdepisod och att det finns platser på vård- och omsorgsboende (permanent eller för kortare tid) för personer som behöver det och, kanske viktigast, att de olika insatserna samordnas.

Vårdgivare tenderar att primärt optimera sina egna flöden. Detta kan ske med stöd av Lean eller andra utgångspunkter. Detta är gott och väl, men om inte detta sker i samförstånd eller samverkan med berörda vårdgrannar, finns stor risk att de interna prioriteringarna inte matchar övriga aktörers förväntningar och/eller kapacitet.

På landstingsnivå bör det finnas funktioner som

- kan analysera flödet av patienter mellan vårdgivare/-nivåer,
- kan analysera orsakerna till dessa, inklusive hur de påverkas av gällande policy (styr- och ersättningssystem)
- kan driva utvecklingsprocesser mellan vårdgivare och/eller vårdnivåer.

Ett ändamålsenligt analysarbete ger stora möjligheter att arbeta proaktivt med förbättringar av såväl patientens vård och omsorg som vårdflöden och samverkan.

Vårdens och omsorgens räckvidd

Det är många aktörer som ska skapa god vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Samtidigt ska deras insatser vara samordnade, vårdprocesserna smidiga och insatserna ändamålsenliga.

Primärvården får ofta kritik för att deras handläggning av denna patientgrupp inte är tillräckligt proaktiv. De äldre patienterna blir en del av mottagningssystemet, utom i de fall hemsjukvården fortfarande är kvar i landstingets/primärvårdens regi.

För *vårdcentralers och husläkarmottagningar* behövs ofta ett mer systematiskt omhändertagande av denna patientgrupp, som även innefattar samordning med andra vårdgivare/vårdnivåer. Många vårdcentraler har framgångsrikt arbetat med sjuksköterskeledda specialmottagningar för olika sjukdomar. Kanske är det nu dags för specialiserade äldremottagningar inom vårdcentralen? Uppgiften för dessa skulle även kunna stå vara samordning med vårdgrannar. Detta kräver ett nära samarbete mellan läkare och distriktssköterska och kanske även med konsultgeriatriker.

Geriatriken bedriver huvudsakligen slutenvård, viss dagrehabilitering och minnesmottagning. För att bättre tillgodose patientbehoven och få ett bättre resursutnyttjande av personalen borde geriatriken öka sin specialiserade öppenvårdsrehabilitering och ta emot fler patienter för specialistbedömningar. Det skulle avlasta primärvården och i viss mån olika sjukhuskliniker. Ytterligare en möjlighet är att geriatriska kliniker också blir kunskapscentrum med utvecklingsuppgifter och med ett väsentligt större och tydligare konsultationsansvar gentemot framför allt primärvården men också mot andra sjukhuskliniker. Även aktörerna inom den kommunalt finansierade äldreomsorgen skulle kunna inkluderas.

Ersättningssystem och incitament

Det är uppenbart att vårdgarantin och bonus/vite för tillgänglighet har inneburit bättre tillgänglighet för stora patientgrupper och förändringar av vårdgivarnas arbetsprocesser och resursutnyttjande. Samma tydliga policy och incitament finns inte för det som inte mäts, t ex kontinuitet och trygghet i vården. Detta innebär att vården för de kroniskt sjuka och de mest sjuka äldre riskerar att nedprioriteras genom den efterfrågan som finns från tillfälligt sjuka och yngre patienter. SKL kommer att utreda hur dessa undanträngningseffekter ser ut, framför allt för de kroniskt sjuka patienterna.

När enskilda incitament införs i ett system som i övrigt styrs av övergripande mål, i huvudsak global ersättning (budget, avräkning mot DRG, kapitation etc) och yrkesetiska idéer, får dessa ofta en mycket stark styreffekt. En annan intressant effekt är att de tycks skapa förväntningar på att även andra aspekter av arbetet ska "ersättas" i särskild ordning. Detta är i praktiken ett sätt att försöka krympa uppdraget. Fokus förskjuts delvis från vad som skapar god vård för patienterna till vad som skapar resurser för verksamheten.

Vård och omsorg ska primärt vara kunskapsdriven. Det gäller oavsett om det är fråga om interventioner eller processer. Uppdraget till vården och omsorgen innebär redan idag krav på smidig samverkan. Det som kan tydliggöras är att given ersättning ska täcka arbetet för detta. I vård och omsorg är ofta uppföljning det bästa instrumentet för såväl styrning som förbättringsarbete.

Ett viktigt argument mot resultatbonus är att de verksamheter som har de största utvecklingsbehoven får mindre resurser. Detta drabbar i slutändan patienterna och bidrar inte till en jämlik vård. Vården är inte en marknad där de som har sämre resultat slås ut och ersätts med nya bättre aktörer. Det är inte ens en kvasimarknad. Slutsatsen är därför att ständiga förbättringar är den viktigaste metoden för att åstadkomma god

vård till patienterna och för utveckling av verksamheten.

Hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete drivs framför allt av ny kunskap och av uppföljning, bl a genom kvalitetsregister. Utöver detta har vården och omsorgen ofta väl utvecklade avvikelsehanteringssystem för att kunna fånga upp och rätta till fel.

Det ligger i sakens natur att varje vårdgivare strävar efter att tillförsäkra verksamheten de resurser den behöver för att bedriva verksamheten, men när ekonomiska incitament införs för enskilda delar tycks dessa tendenser förstärkas. De tycks också bidra till att snäva in tolkningen av uppdraget och de undergräver medarbetarnas naturliga drivkrafter – önskan att vara till nytta för patienterna och att göra ett bra arbete.

Nya vindar i UK?

Jeremy Hunt, hälsominister i UK, kommenterade nyligen i en intervju att sjukhusen har betalats för operationsvolymerna snarare än för att tänka på vad som händer när den äldre damen, som just fått sin höftoperation, kommer hem. När det gäller de ”kvalitetstetsersättningar”, som idag är vanliga inom den svenska primärvården, sade Hunt: ”If you make a GP’s financial reward the number of aspirins they give to patients, you de-professionalise them because you’re saying you’re not going to trust their clinical judgement. You also make it impossible for the GP to treat the person rather than the condition”. Vidare att “GPs have been incentivised to fulfil tickbox exercises proving they have assessed their patients for certain conditions – rather than looking at their care in the round”.

Detta är intressanta tankegångar från ett land som varit föregångarna då det gäller att styra sjukvårdens kvalitet med relativt detaljerade krav, instruktioner och incitament.

Större tilltro till huvudmännen och vårdens professioner

Socialdepartementets ambitiösa och i dagsläget detaljerade nationella styrning säger indirekt att tilltron till huvudmännens och professionernas förmåga är begränsad. Så har också många huvudmän och professionsföreträdare uppfattat det. Nationell styrning av arbetet med de mest sjuka äldre, som inte är lagstiftning och reglering, bör i första hand innebära att skapa visioner, stödja och utveckla grundläggande strukturer (som nu sker inom kunskapsstyrningsområdet) samt att stödja utvecklingsarbete inom prioriterade områden.

När det gäller lagstiftning kan en annan värdering behöva göras kring avvägningen av personlig integritet och ett enklare informationsutbyte mellan de vårdgivare som är engagerade i vården och omsorgen av äldre (och andra) personer. I övrigt är det huvudmännen som har ansvaret för att utforma kunskapsbaserade och smidiga vårdprocesser.

En annan fråga som bör aktualiseras för lagstiftning är kommunernas storlek. Mindre kommuner har idag begränsade möjligheter att leva upp till de växande kraven inom omsorgsområdet (och flera andra kommunala ansvarsområden). De är för små för att ha kritisk massa av kompetens och deras egna resurser för att stödja utvecklingsprojekt är i många fall ytterst begränsade.

I grunden behövs en förbättrad kunskapsstyrning, men också en större tilltro till pro-fessionernas kliniska omdöme. En rekommendation gäller alltid på gruppnivå och insatsen måste alltid anpassas till den enskilde patienten. Det gäller i ännu högre grad för de mest sjuka äldre. Det görs få kliniska prövningar på äldre patienter, vilket innebär att rekommendationer som berör de mest sjuka äldre alltid måste ses genom många linser innan de blir användbara. De viktigaste linserna är samsjuklighet, förändrad metabolism och nedbrytningsförmåga av läkemedel, individuella skillnader etc. Till detta kommer givetvis patientens önskemål. Att använda bästa tillgängliga kunskap är inte samma sak som att genom en hård behandlingsregim uppnå angivna idealvärden för t ex HbA1c eller blodtryck. Detta kan innebära fara för hypo-glykemi, svimningar och fallskador, risker som för många sjuka äldre är mer näraliggande än de riskfaktorer som behandlingen syftar till att minska. Skulle ekonomiska incitament knytas till ovanstående typ av indikatorer ökar riskerna för patienterna ytterligare, inklusive risken för att läkarna inte ser den enskilde patientens förutsättningar och behov.

Realistiska tidsramar

Ett skäl till dagens ofta detaljerade nationella styrning av vård och omsorg är uttryck för en (orealistisk?) önskan om snabba resultat. De förändringar som kommer att krävas för att hantera vårdens och omsorgens olika utmaningar kan inte kommenderas fram. De växer fram som en effekt av kloka nationella beslut som ger bättre förutsättningar för de som ska göra arbetet. I övrigt är all utveckling lokal och utan lokal uppföljning, eldsjälars, processledare, samarbete och systematiskt förbättringsarbete kommer inte mycket att ske. Sådant ger inte resultat över en natt, i alla delar av landet.

Projekt kontra löpande verksamhet

Kommuner och landsting dopas idag med nationella projektmedel och resultatbonusar inom fler områden än de mest sjuka äldre. Vad dessa satsningar har gett kommer att belysas i olika kommande utvärderingar.

Vad som redan nu kan sägas är att steget från projektfinansiering till att den löpande verksamheten ska stå för nya kostnader är långt. Det är betydligt lättare att prioritera en metod eller ett arbetssätt som finansieras externt, än om den ska tävla med alla verksamhetens övriga mål, aktiviteter och kostnader. Huvudmännen har ansvaret för verksamheten och behöver göra avvägningar av många olika slag. Verksamhetsmål och krav måste alltid balansera mot de tillgängliga ekonomiska resurserna.

Vilket samhälle får vi när en fjärdedel av befolkningen är över 65 år?

Det finns två grupper som inte förväntas arbeta i dagens samhälle. Barn/ungdomar och pensionärer. Förväntningarna på de förstnämnda är att det ska gå i skola och utbildas sig. Vilka förväntningarna är på de äldre är mer oklart. Trots alla sjukdomar och kroppsligt och andligt slitage, är den äldre populationen som helhet ganska frisk. Det är dock inte denna PM:s sak att svara på detta.

Några politiska trevare finns om ett längre arbetsliv och högre pensionsålder, eftersom det behövs fler "arbetade timmar" för att finansiera de offentliga åtagandena på nuvarande nivåer. Annars är det ganska tunnsått med idéer och bilder av livet efter arbetslivet. Kanske det beror på dödens närhet. Detta faktum, som tidigare var ständigt

närvarande under alla livets skeden, men som nu oftast har reserverats för ålderdomen som livets slutpunkt. Kanske är tidigare föreställningar om pensionsåldern som den långa ledigheten fortfarande levande, då mycket av det som tidigare har försumrats kan förverkligas. Det tar ofta decennier för sådana idéer att växa fram och förändras. Än så länge finns sålunda mest privata berättelser och idéer om detta, och förutom de olika religionernas idévärld och tankar om försoning med livet, finns ingen sekulär berättelse om ålderdomens mening med stor genklang i befolkningen.

Vården och omsorgen behöver för sin del se det pågående skiftet med ett samhälle bestående av en allt större andel äldre och fler mycket gamla personer. Dessutom har idag cirka en fjärdedel av befolkningen en kronisk sjukdom. De behöver långsiktiga vårdplaner för att hålla symtom och andra konsekvenser av sjukdomen i schack. Vårdens logik kan inte främst byggas kring de tillstånd som botas på några dagar och sen är det klart. I framtiden måste vården och omsorgen formas utifrån de nya förutsättningarna, d v s lägga mycket större vikt vid kontinuitet, samordning, kontinuerlig uppföljning etc.

Källor

- De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen, oktober 2011.
- Demografiska rapporter 2012:2. Sveriges framtida befolkning 2012-2060. SCB, 2012.
- Does integrated care deliver the benefits expected? Findings from 16 integrated care pilot initiatives in England. RAND Europe, 2013.
- En samlad vårdprocess för kroniskt sjuka. Göran Stenberg. Kunskapsunderlag vid workshop. Health Policy Forum, 2012-05-23.
- Från sjukhussäng till ehälsa. SKL, 2010.
- Från två till tiohundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall. Medical Management Centrum (MMC). November 2011.
- Health Secretary Jeremy Hunt goes on the wards to make a hands-on diagnosis of the NHS. Intervju i The Independent, 2013-05-12.
- Making integrated care happen at scale and pace. Chris Ham, Nicola Walsh. The Kings Fund, March 2013.
- Patientflöden I geriatriken – med fokus på akutsjukhusen och de geriatriska klinikerna. Ulf-Johan Olson, Dag Ström och Bo Andersson. BDO, 2012-01-24.
- Patientens pris? Maciej Zaremba, Weyler förlag, 2013. Innehåller artiklarna som publicerades i DN 2013.
- Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringskansliet/SKL, december 2012.
- Tillgång på vårdplatser. Socialstyrelsen, 2010.
- Tillgång på: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010. Socialstyrelsen, 2012.
- Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2013. Socialstyrelsen, 2013.
- The Use of a Prehospital Decision System in the Emergency Medical Service. Veronica Vicente. Karolinska Institutet, 2013.

Case – och disease management. Aktiv hälsostyrning i Sverige.

Joachim Werr, leg. läk., Med. Dr., VD Health Navigator.

Bakgrund

Sverige, liksom andra länder, strävar ständigt efter att styra befolkningens konsumtion av hälso- och sjukvård till planerad, proaktiv öppenvård för att på så sätt förebygga en del av den mest kostsamma vårdformen; oplanerad, akut slutenvård. Lyckas man med detta kan både den patientupplevda- och medicinska kvaliteten och effektiviteten (hälsa/insatta resurser) öka. Ser man på nuvarande utfall och trenden av befolkningens vårdkonsumtion går det dock fortfarande inte åt rätt håll. Besöken till akutmottagningar ökar mest av alla besöksformer och en relativt hög andel av utskrivna patienter är oplanerat, akut, återinskrivna inom 30 dagar. Jämfört med t.ex. Kaiser Permanente som, liksom landstingen, representerar ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem, har Sverige och många andra länder fortfarande relativt hög andel oplanerad, akut sjukhusvård och en aktuell direkt jämförelse mellan ett nordiskt grannland, Danmark och Kaiser visar var de största skillnaderna finns (Schjøtz et al, 2011).

I Sverige har det under de senaste åren startat en rad initiativ för att genom fokuserade, vårdkoordinerande, patientmotiverande, ofta icke-medicinska interventioner, försöka adressera utmaningen. Sådana försök i mycket stor omfattning har även tidigare gjorts inom NHS, Medicare i USA, (Pejkes et al 2009) och andra hälso- och sjukvårdssystem. De publicerade resultaten tyder på att hälsoekonomiska målsättningar av strukturerad vårdkoordination kräver ett starkt fokus på att identifiera rätt målgrupper för vilka sådana interventioner kan göra nytta och ett mycket tydligt innehåll och management/styrning och ledning av själva interventionen. Framgångsrika studier visar att vinsterna kan vara betydande både i form av frigjorda resurser främst inom slutenvården men också ökad livskvalitet och i några studier även ökad överlevnad hos de patienter som erhåller olika former av strukturerad vårdkoordination. Så kallade ”Triple Aim” effekter i form av ökad hälsa, livskvalitet och förbättrad hälsoekonomi har visats i studierna från Wennberg et al, 2010 och Inglis et al, 2011.

Case- och disease management/aktiv hälsostyrning – ett försök att bättre styra mot planerad vård

I landstingen står ca 1 procent av befolkningen för 50 procent av den samlade förbrukningen av slutenvårdsdygn under ett år. Utifrån insikten om sjukvårdsinsatsernas koncentration kring relativt små målgrupper och den ovan beskrivna internationella resultaten av case- och disease management har en rad landsting börjat pröva att utvärdera sådana modeller och koncept. I korthet fokuserar koncepten på att minska patienternas behov av kostsam oplanerad vård genom att stärka patienten och skapa bättre koordination och proaktivitet i patientens ordinarie vårdkedja. I dagsläget utvärderar fem landsting genom tolv strikt randomiserade, prospektiva studier case management modeller för patienter med hög besöksfrekvens på akutmottagningar (s.k. mångbesökare), barn med obstruktiva besvär, samt för patienter med hjärtsvikt eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Ett program för patienter med psykisk

ohälsa är under utveckling liksom flera andra program för ytterligare målgrupper. Det bör betonas att case management som utvärderas här ska ses som en icke medicinsk intervention som ska vara temporär (under några månader till ett år) och ett komplement till den ordinarie vården.

Preliminära resultat

Preliminära resultatet av forsknings- och utvecklingsarbetet kring case – och disease management/aktiv hälsostyrning visar att man avsevärt kan förbättra omhändertagandet av vissa målgrupper med omfattande behov av hälso- och sjukvård genom sådana ansatser anpassad till Svenska förhållanden (Reinius et al). Arbetet har också visat att det i viss mån går att identifiera vilka patientmålgrupper som har den största andelen vård som går att förebygga och undvika genom strukturerad case – och disease management/aktiv hälsostyrning (Stäck et al 2012). Patienterna som erhåller en strukturerad case management intervention upplever en ökad livskvalitet, att vården blir enklare och säkrare samt en större trygghet och möjlighet att ta hand om sig själva. Patienternas vårdbehov minskar (jämfört med en randomiserad kontrollgrupp), vilket i slutändan kan resultera i betydande besparingar för vården.

Diskussion

Implikationerna av resultaten är att en andel av den oplanerade akutvården för patientmålgrupper med omfattande vårdbehov är förebyggbar med strukturerade vårdkoordinerande interventioner och att det finns förutsättningar för case- och disease management/aktiv hälsostyrning strategier i Sverige.

Förutsättningarna för att i Sverige arbeta med case- och disease management/aktiv hälsostyrning är mycket goda på grund av det sammanhållna sjukvårdssystemet och tillgången till detaljerade och i det närmaste kompletta data från sjukvården. De erfarenheter och den kompetens som nu byggs upp i flera landsting är till stora delar unik såtillvida att vi väljer att med stringent vetenskaplig metod studera effekterna av en ny modell under samtidig bred tillämpning.

Erfarenheterna så här långt är att det samtidigt är förknippat med en hel del utmaningar att uppnå positiva effekter med detta angreppssätt. Det är bl.a. komplext att korrekt, och i tid, identifiera personer som har en hög och förebyggbar risk för akut, oplanerad vård pga. hög patientomsättning i målgruppen. De som konsumerar mest undvikbar akutvård under ett år återfinns i begränsad omfattning i samma grupp nästa år. Vi har också sett att akuta, oplanerade vårdkontakter hos en patient oftast är hopade till några månader, vilket påtalar behovet av en mycket dynamisk modell som snabbt förmår att identifiera de patienter som behöver stöd och där det finns en undvikbar komponent i den framtida vården. Att få fram ett robust beslutsstöd för selektion av rätt patient som kan ha nytta av interventionen samt interventionens innehåll och intensitet efter patientens snabbt föränderliga behov har också visat sig vara utmanande.

Erfarenheterna så här långt är att det med case- och disease management/aktiv hälsostyrning går att förebygga en del av akut och oplanerad vård genom riktade preventiva åtgärder till patienter med den högsta risken för återkommande akutvård. Resultaten är så här långt lovande såväl ur ett kvalitets- som ett resurs-

effektivitetsperspektiv. Våra viktigaste framgångsfaktorer är a) en standardiserad och korrekt riskbedömning i rätt tid, så att rätt patienter hittas; b) den standardiserade metodiken och beslutsstöden för utförandet av interventionen; och c) den kontinuerliga utvärderingen, som hela tiden återrapporteras till vårdcoacherna/vårdlotsarna och kan följas på systemnivå.

Det kan vara svårt för enskilda aktörer i patienters vårdkedja att överblicka patientens alla kontakter, en viktig komponent för att proaktivt kunna investera i förebyggande vård och därmed undvika onödiga akuta inläggningar. Interventionen är resurskrävande och sannolikt kostnadseffektiv endast för selekterade grupper av patienter med en hög risk för undvikbar akut slutenvård. Dessa faktorer kan tala för att centralisera arbetet och leverera en fokuserad intervention centralt inom landsting.

För rollen som finansiär och beställare av sjukvård ser vi att case- och disease management/aktiv hälsostyrning är en viktig komponent för att möta vårdens framtida resurs- och kvalitetsutmaningar. Vår intention är därför att fortsätta utvecklingen av case- och disease management/aktiv hälsostyrning, för att skapa en säkrare identifiering av de patientgrupper som har störst nytta av insatserna och för att förbättra interventionen. Våra erfarenheter kan förhoppningsvis ligga till grund för att även fler patienter med stora vårdbehov kan få hjälp att ersätta akuta och oplanerade vårdepisoder med planerade, förebyggande insatser som förmår att både öka patienternas livskvalitet samt de medicinska resultaten och minska den sammanlagda resursinsatsen.

Referenser

Iglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, Stewart S, Cleland JGF, Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure (Review). The Cochrane Library, 2001, Issue 6,

Peikes D; Chen A; Schore J; et al. Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Expenditure among Medicare Beneficiaries: 15 Randomized Trials. *JAMA*. 2009;301(6):603-618 (doi:10.1001/jama.2009.126)

Schiøtz M, Price M, Frølich A, Søgaard J, Kristensen JK, Krasnik A, Ross MN, Diderichsen F, Hsu J. Something is amiss in Denmark: A comparison of preventable hospitalizations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Healthcare System and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research*, 2011; 11:347 (p 1–10).

Stäck P, Forsberg B, Högberg M, Werr J, Edgren G, Risken för akut återinläggning kan förutsägas. *Läkartidningen* nr 48, Volym 209, 2012, pp 2211–2215

Wennberg DE, Marr A, Lang L, O'Malley S, Bennett G, A Randomized Trial of a Telephone Care-Management Strategy. *The New England Journal of Medicine*, 363, 13, September 23, 2010, 1245–55

Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Ohlen G, Edgren G. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2012. Epub 2012/09/11.

Forum för Health Policy

– kunskapsutveckling för analys och goda beslut inom hälso- och sjukvården.

Forum för Health Policy vill stimulera problemlösning och nytt kreativt tänkande kring hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning. Vi strävar efter att både ta fram kunskapsunderlag från forskningen och göra det tillgängligt för vårdens beslutsfattare. Vi söker också aktivt stimulera en dialog mellan vårdens viktigaste aktörer.

Forum är nu inne på sitt tredje verksamhetsår och redovisar i denna rapport resultat från fyra workshops med internationella experter, svenska forskare och beslutsfattare. Rapporten sammanfattas med 8 förslag på angelägna policyåtgärder. De ämnen som redovisas utgår från centrala sjukvårdspolitiska frågor såsom:

- Vad betyder mest – förebyggande eller kurativ medicinsk vård?
- Vad vet vi om teamarbete i vården?
- Hur skall vi förstå och agera kring variationer och skillnader i vården?
- Hur skall vården av multisjuka bli effektivare och därmed mera mänsklig?

Vill Du veta mera om Forum för Health Policy och delta i dialogen? Läs på www.healthpolicy.se.