



Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst?

Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv

Peter Daneryd

Forum för Health Policy

Forum för Health Policy (FHP) är en politiskt oberoende förening som verkar för ett kunskapsbaserat beslutsfattande inom de stora områden för långsiktiga utmaningar som Sverige står inför inom hälso- och sjukvården samt omsorgerna. FHP ska bland annat stimulera till problemlösning och kreativt beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning. Plattformen har skapats genom att definiera policyrelevanta frågor, använda expertkunskap samt föreslå alternativa lösningar. Metoderna för arbetet har varit att göra kunskapsfronten inom forskning tillgänglig för beslutsfattare och skapa arenor för dialog och kunskapsutbyte. Verktygen för detta har varit kunskapsöversikter, workshops, seminarier samt frukostmöten.

Forum för Health Policy har femton medlemsorganisationer från hälsa, vård och omsorg samt Life Science. LIF – de forskande läkemedelsföretagen är en av de medlemmar som tillsammans med projektledningen för FHP och externa experter genomför fördjupningsprojekt inom aktuella policyrelevanta områden.

Föreliggande rapport "Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst? Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv", skriven av Peter Daneryd, MD PhD och projektledare på FHP, sammanfattar ett sådant projekt och vi hoppas att Du finner den intressant och användbar.

www.healthpolicy.se

Förord

Denna rapport är en debattskrift som har tillkommit på initiativ av Forum för Health Policy i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen. Den ingår i ett projekt om totalt fem rapporter vilka tar upp olika aspekter på kvalitet i svensk hälso- och sjukvård, omsorg samt forskning. Projektet har letts av Peter Daneryd, MD PhD, och inledningsvis har Josefin Lundgren, PhD, varit koordinator.

Rapporten lyfter fram betydelsen av internationella jämförelser som en viktig del i en ökande internationalisering och visar de resultat som ofta används för att göra kvantitativa jämförelser mellan hälso- och sjukvård och omsorg i Sverige och den i andra länder, men som även ligger till grund för slutsatser om kvalitet. Sverige hävdar sig generellt sett väl avseende medicinska resultat, förutom inom delar av patientsäkerhetsområdet. Däremot är resultaten från mätningar av patientbemötande liksom effektivitet sämre och placerar oss långt ner i internationell rangordning. Dessutom framstår vi i särklass vad gäller ett lågt antal vårdplatser och korta vårdtider.

Eftersom dessa data och slutsatser ofta används mer eller mindre lösryckta ur ett större sammanhang, är det viktigt att anlägga ett systemperspektiv för att kunna göra hållbara och användbara jämförelser. Speciellt viktigt är detta när svenska beslutsfattare vill studera framgångsexempel från den internationella arenan för att sedan implementera kunskapen på hemmaplan.

Stockholm juni 2015

Thorbjörn Larsson
Ordförande

Peter Daneryd
Projektledare

Forum för Health Policy

Innehåll

Sammanfattning	5
Att jämföra hälso- och sjukvård	7
Vårdkvalitet	12
Aktivitetsmått i hälso- och sjukvården	16
Väntetider	19
Äldreomsorg och långtidsvård	22
Personalförsörjning	25
Finansiering	28
Jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem	32
Vägen framåt: resan är halva målet	39
Referenser	41

Sammanfattning

Forskarsamhällets jämförelser inom medicin och omvårdnad har enligt definition alltid varit internationella. Hälso- och sjukvårdsfrågorna genomgår också en ökande internationalisering och därmed ett ökat behov av att jämföra, men detta förutsätter rätt metoder och verktyg samt förståelse för helheten. Svenska beslutfattare lägger mycket tid och pengar på att göra internationella studiebesök, och rapporter om svensk vård i internationell jämförelse brukar uppmärksammas i massmedia.

De data som främst används för internationella jämförelser är från OECDs databaser och publikationer, vilka visserligen är behäftade med en rad begränsningar, men de bygger huvudsakligen på medlemsländernas egna databaser. Hårtill finns ett antal rapporter från olika samarbetsorgan och institutioner, vilka beskriver och analyserar samt jämför hälso- och sjukvårdssystem i vidare perspektiv. I samtliga dessa sammanhang används medicinska resultatmått, processmått samt strukturmått.

Svensk hälso- och sjukvård och relaterade delar av omsorgen håller överlag god kvalitet vad gäller medicinska resultat samt överlevnadstal efter genomgången sjukdom. Däremot är flera av resultaten för patientsäkerhet sämre, liksom mått på kvalitet i mötet mellan läkare och patient. Resursmåten visar att Sverige ligger långt ned på listan avseende antal sjukhussängar samtidigt vi överlag har korta vårdtider. Vi har ett bra totalt antal läkare och sjuksköterskor, men relativt få läkarkonsultationer och stor administrativ insats från de vårdprofessionella.

Processmått återspeglar processer, men eftersom olika nationella och internationella aktörer identifierar, definierar och utvecklar vårdprocesser olika, så får man nöja sig med lösryckta processmått. Eftersom processorientering är en viktig framgångsfaktor i internationella sammanhang, är det viktigt att Sverige verkligen kommer igång med detta arbete och kan vidareutveckla sitt lärande av framgångsrika organisationer.

Vår äldreomsorg och långtidsvård visar att vi nu har en relativt stor andel äldre personer, men att många andra länder kommer att komma ikapp framöver.

Vi är i förgrunden vad gäller institutionalisering av äldreomsorg liksom andel av befolkningen som arbetar inom denna sektor. Det innebär att vi samtidigt har en relativt liten andel informella vårdgivare för äldre och dessa är till dominerande del kvinnor.

Redovisningen av resultaten för alla dessa mått ger var för sig ett begränsat värde för att bygga förklaringsmodeller kring hur vården och omsorgen löser sina utmaningar. Det är först när flera resultat används tillsammans som man får en helhetsbild vilken beskriver ett hälso- och sjukvårdssystem. Dessa mer omfattande beskrivningar och analyser är förutsättningar för att verkligen kunna jämföra olika system för ökad förståelse och lärande. För hälso- och sjukvårdens beslutfattare kan denna kunskap öka förutsättningarna för en balanserad ledning och styrning genom en sammanvägning av perspektiven patient, process, medarbetare och ekonomi.

Svaret på huvudfrågan för denna rapport är att Sverige måste jämföra sig på den internationella arenan för att förstå varför den svenska hälso- och sjukvården överlag har många bra medicinska resultat trots en rad indikationer på brister i effektivitet, patientsäkerhet och resurstillgång. Kunskap från sådan jämförelse kan inspirera till att utveckla ledningen och styrningen av den svenska hälso- och sjukvården mot ännu bättre vård till rimlig kostnad.

Rekommendationer till beslutsfattare inom den svenska hälso- och sjukvården samt omsorgen

- Stimulera till internationalisering och internationella jämförelser av resultat,
- Stimulera till fördjupat och systematiskt lärande för ökad kunskap om de bästa hälso- och sjukvårdssystemen,
- Använd kunskapen om dessa förebilder som underlag för faktabaserat beslutsfattande för att utveckla vården och omsorgen till rimlig kostnad,
- Utveckla internationella jämförelser till ett kunskapsområde på det sätt som kunskapen har utvecklats kring Öppna Jämförelser sedan 2006,
- Genomför prioriterade satsningar inom vissa centrala områden i den svenska hälso- och sjukvården där vi redan nu vet att vi ligger sämre till i internationell jämförelse, som exempelvis inom patientsäkerhet och bemötande av patienter samt administrativ börda för de vårdprofessionella.

Att jämföra hälso- och sjukvård

Behovet av internationella jämförelser av vårdresultat

Hälso- och sjukvårdsfrågor blir i ökande utsträckning internationella och det blir därmed alltmer naturligt att jämföra hur olika organisationer presterar avseende vårdens kvalitet och kostnad, liksom hur olika vårdssystem är uppbyggda och fungerar samt vilka resurser som finns. Svenska beslutsfattare tittar i ökande utsträckning på resultaten från framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationer i västvärlden, och dessa exempel kan sedan tjäna som underlag för och inspiration till utvecklingsinsatser inom Sverige.

Tidigare har sådana jämförelser ofta fokuserats mot hälso- och sjukvårdssystem vilka på olika sätt liknar det svenska, exempelvis de nordiska länderna, Storbritannien och Nederländerna. Framgångsfaktorer kan då lättare värderas i ett systemperspektiv. Men det finns talrika framgångsexempel även i andra hälso- och sjukvårdssystem.

Att direkt översätta andra länders resultat till svenska förhållanden är dock vanskligt. Hälso- och sjukvården är en av de mest komplexa kunskapsorganisationerna i det moderna samhället, och det finns en lång rad av såväl likheter som olikheter mellan olika länder och olika vårdssystem.

En speciell utmaning är att den svenska hälso- och sjukvården genom sin decentralisering uppvisar en mångfald av olika arbetssätt och resultat, och därför kan det finnas svårigheter att definiera det "typiskt svenska" när man ska göra internationell jämförelse. Med de senaste årens ökande nationella benchmarking inom Sverige ser vi stora nationella skillnader både i vårdkvalitet och i kostnad.

En annan utmaning är det faktum att framgång (liksom motgång) avseende vårdresultat till stor del är kontextuell. För att vägleda vid mer omfattande jämförelser behövs därför systematiska beskrivningar och analyser av det hälso- och sjukvårdssystem som man jämför sig med. Vårdens resultat och kostnader

behöver alltså ställas mot samhällets makroperspektiv, men även meso- och mikro- perspektiv för att ge en bild för förståelse av ledning och styrning samt resursmässiga förutsättningar.

Vad studera och enligt vilken indelningsgrund?

Den svenska hälso- och sjukvårdens stora databaser ger goda möjligheter till att Big Data även blir Fast Data och det är en förutsättning för att vårdens resultat ska kunna användas för faktabaserat beslutsfattande för att utveckla, leda och styra i realtid.

Således behöver man för en helhetsbild studera hälso- och sjukvårdens:

- Generella resultat, både medicinska resultat och processmått
- Specifika resultat för diagnoser och diagnosgrupper, vilket område gränsar till FoU
- Struktur och funktion
- Resurs
- Ledning och styrning
- Change management
- Mikro-, meso- och makronivå

I nationella och internationella redovisningar av hälso- och sjukvårdens resultat finns oftast en blandning av indikatorer som är medicinska resultatmått, processmått och strukturmått. Vilket mått som är viktigast styrs av sammanhanget där indikatorn ska användas och av vem (Mant 2001, Arah 2003, Kiivet 2013). Generellt sett gäller att medicinska resultatmått återspeglar ett bredare perspektiv med samspel av en rad faktorer inom och utanför hälso- och sjukvården, och är därmed inte direkta mått på vårdkvalitet. Processmått återspeglar i allmänhet ett smalare perspektiv, och dessa mått är ofta bättre för verkliga jämförelser av hälso- och sjukvård under förutsättning att

man har kunskap om olika orsaker till variationer i resultat. Sådana variationer kan bero på patientgruppernas sammansättning, hur data har samlats in, slumpvariation samt verkliga variationer i resultat. Generellt sett är processmått mer känsliga indikatorer för att visa skillnader i vårdkvalitet och lättare att tolka, men förutsätter att man har säkerställt en koppling till det medicinska resultatet. Ett medicinskt resultatmått har ett självklart värde i sig självt, men återspeglar en rad faktorer i vårdprocessen vilka inte alltid mäts eller kan mätas, exempelvis tekniska färdigheter hos en operatör. En fördel med medicinska resultatmått är att de ofta går att få fram från vårdens informationssystem, men rätt tolkning förutsätter statistiskt bearbetning av data för att undvika felaktiga slutsatser (Mant 2001).

Några principiellt olika sätt att jämföra

Vårdresultat i medicinsk forskning

Att jämföra mer eller mindre avgränsade vårdresultat är en viktig och självklar del av det internationella respektive nationella medicinska forskarsamhällets vardag, och här finns en omfattande kunskap om vilka insatser som leder till olika resultat. I ökande utsträckning introduceras i många kliniska forskningssammanhang även hälsoekonomiska perspektiv. Så fort jämförelserna vidgas till att omfatta mer än den för vetenskapssamhället så självklara jämförelsen av enskilda parametrar i kontrollerade studiesammanhang och utan hänsyn tagen till omgivande sjukvårdssystem, kontexten, blir det hela alltmer komplicerat.

Nationella kvalitetsregister

De svenska kvalitetsregistren har benämnts en "guldgruva" av information och rapporten från översynen 2010, har citerats flitigt (Rosén 2010). Sverige anges vara det land i världen som kommit längst med sina kvalitetsregister. Redan i förordet lyfts fram betydelsen av att Sverige bibehåller sin konkurrenskraft genom effektiva uppföljningssystem och har en klinisk forskning av högsta internationella standard. Vi har unika förutsättningar att hävda oss genom personnummer, heltäckande befolknings- och hälsodataregister samt nationella kvalitetsregister av hög kvalitet. Därmed har vi unika förutsättningar att följa upp patienterna, utveckla vården samt bedriva forskning. Utredningen identifierar en rad

problem, och därmed blir även förteckningen över förslag till åtgärder lång. Utredningens slutsatser har tyngdpunkt mot att förbättra vården för patienterna och att stärka klinisk forskning. En central och återkommande slutsats är att Sverige behöver satsa för att behålla ett försprång i internationell jämförelse, men användningen av registren är i huvudsak nationell.

Utredningens resultat omsattes i en överenskommelse mellan SKL och staten om utvecklingsarbete 2012-2016, i vilken internationella jämförelser finns med. En lägesbeskrivning visar att arbetet följer plan (SKL 2014).

Kvalitativa beskrivningar

Internationella rapporter från en rad nationella organ liksom internationella samarbetsorgan innehåller ofta kvalitativa jämförelser vilka grundar sig på och knyter an till direkta resultat av vård eller ekonomi, eller av sammansatta värden och då oftast avseende resultat ställda i relation till resursåtgång. Vanligtvis jämförs ett antal länder vilka är jämförbara i viktiga avseenden, men vissa rapporter fokuserar istället på djupare analys av enstaka länder.

Kvantitativa resultatredovisningar

Vanligtvis redovisas resultat ur internationella databaser, vilka bygger på nationella databaser. Den vanligaste källan för jämförande material är OECDs databaser, vilka ger underlag både till årliga övergripande sammanställningar och till mer riktade rapporter inom olika områden (OECD 2013, OECD 2014).

Via dessa databaser och rapporter får man en god överblick över hur Sverige för närvarande placerar sig avseende resurser, resultat, struktur och kostnad i jämförelse med andra länder. Ofta får man dessutom en god överblick över utvecklingen över tid. Data anses validerade genom att de ursprungligen kommer från respektive OECD-land och användningen för internationella jämförelser är väl etablerad. Resultaten finns ofta också beskrivna och analyserade i separata fördjupande rapporter.

Nackdelar är att det finns en eftersläpning i inrapportering och bearbetning av data, vilket innebär att i många tabeller anges ett årtal eller det närmast liggande årtalet. I många jämförelser finns inte uppgifter för alla OECD-länder och i

en del jämförelser finns ytterligare några länder medtagna. Detta understryker vikten av att inte se lösryckta resultatredovisningar för sig, utan att alltid se till helheten och att kombinera med att läsa fördjupningsrapporterna. Sammanfattningsvis behöver man anstränga sig en del för att veta att man jämför samma saker, och man får ofta nöja sig med att det är svårt att få en tillräckligt detaljerad bild.

Eftersom den översiktliga dataredovisningen innehåller talrika länkar till utdata, går det att inom vissa ramar göra egna uppställningar och beräkningar. Det går även att ta fram underlag för att beskriva och analysera trender över tid. I den svenska debatten förekommer exempelvis att man gör kvoter mellan antal vårdpersonal och andra mått. Sådana beräkningar ger möjlighet till nya perspektiv, men slutsatser från sådana beräkningar måste ske med försiktighet, mot bakgrund av de begränsningar som anges ovan.

Att jämföra hälso- och sjukvårdssystem

Det finns en ökande medvetenhet om betydelsen av att jämföra olika hälso- och sjukvårdssystem i både vidare och djupare bemärkelse för att få mer kunskap om vilka resultat man kan få under givna omständigheter i ett sådant system. I denna rapport ges några exempel på sådana initiativ för att flytta fram positionerna i dessa komplexa frågor.

Svenska beslutsfattare och andra nyckelpersoner lägger en hel del tid och pengar på att göra studiebesök hos framgångsrika organisationer inom hälso- och sjukvård samt omsorg på den internationella arenan. Ansatsen är viktig och berömvärd, men frågan är hur hög verkningsgraden blir när man försöker implementera lösryckta idéer från internationella framgångsexempel på sin svenska hemmaplan. En sådan ambition förutsätter både djupare kunskap om det större sammanhang ur vilket man hämtat sitt exempel och om det motsvarande sammanhanget i den svenska hälso- och sjukvården.

Nationella jämförelser av vårdresultat

Eftersom Sverige är ett relativt litet land, har olika former av resultatjämförelser alltid varit naturliga och legat inom räckhåll. Tillkomsten av och sedan utvecklingen av kvalitetsregister har starkt bidragit till benchmarking och sedan 2006 finns dessutom

Öppna Jämförelser (ÖJ) inom en rad områden, vilket innebär att versionen för 2014 är den nionde i ordningen (SKL 2015). ÖJ är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen och med delat ansvar.

Huvudsyftet för ÖJ är att bidra till ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Genom att belysa goda resultat och mindre goda resultat ska landstingen spurras till ett ökat lärande som bidrar till fördjupade analyser och uppföljningar för att uppnå bättre resultat. Ett annat syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn och ge underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården och därmed förbättra förutsättningarna för ansvarsutkrävande. Öppna jämförelser är ett (av flera) kunskapsunderlag som kan användas av olika aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå för att stödja utförare inom vården i arbetet med att främja en god vård och bättre hälsa i mötet med den enskilda individen.

Ytterligare ett syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst avseende resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. När vårddata används aktivt i öppet publicerade jämförelser, ökar kraven på att data ska vara aktuella och korrekta samt med en god täckningsgrad.

Öppna Jämförelser i Sverige har ambitionen att spegla hela hälso- och sjukvårdssystemet, men har inte syftet att stödja patientens val av vårdgivare. Målet är huvudsakligen att jämföra på landstingsnivå och i vissa avseenden sjukhusnivå och att spegla en utveckling över tid. Man använder sig av 186 indikatorer vilka dels är övergripande inom fem huvudområden och dels områdesvisa inom 13 områden. Av indikatorerna är 15 stycken relaterade till kostnader, 10 stycken avser patientens rapporterade upplevelse av vården, 19 avser tillgänglighet och resten avser medicinska vårdresultat. Merparten av indikatorerna definieras som processindikatorer eller resultatindikatorer, och ytterst få är strukturindikatorer.

Ansvariga för att leverera data till Öppna Jämförelser är dels Socialstyrelsen och SKL, vilka förfogar över de stora nationella databaserna, och dels de nationella kvalitetsregistren. I ÖJ uppmärksammas att man fortfarande saknar användbara datakällor inom viktiga områden som primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården samt hjälpmedel.

I sammanfattande resultatbeskrivningar anges ofta att det sker en förbättring över tid avseende de flesta indikatorer, men en återkommande kommentar är att det finns skillnader och variationer mellan landstingen, men även variation inom landstingen. Viss variation kan förklaras av skillnader i sammansättning av patientgrupper, befolkningsunderlag liksom i inrapporteringen.

Flera av de tillgänglighetsmått som är lagstiftade genom den så kallade vårdgarantin uppvisar stor variation och sammantaget med variationer i vårdresultat finns ett underlag för att ifrågasätta hur jämlig den svenska hälso- och sjukvården egentligen är.

Exempel på förhållanden som uppmärksammas i ÖJ

- Cancersjukvården uppvisar stora variationer både i väntetid och i vårdresultat, trots att det är ett prioriterat område för nationell samordning med en nationell strategi och satsningar på kunskapsstyrning.
 - Hjärtsjukvården står sig väl i internationell jämförelse men exempelvis 30-dagarsöverlevnaden efter hjärtstopp uppvisar en nästan fyrfaldig skillnad mellan bästa och sämsta landsting.
 - Strokesjukvården utvecklas och 78 % patienterna vårdas direkt på strokeenhet efter det akuta mottagandet, med spridning från 34 % för sämsta landsting till 93 %, för bästa men cirka 40 % av patienterna anser att deras behov inte har tillgodosetts.
 - Diabetes är en folksjukdom och trots väl utvecklade nationella riktlinjer och ett väl utvecklat kvalitetsregister med en hög täckningsgrad, så är måluppfyllelsen för dessa patienter i primärvården (där de flesta får sin huvudsakliga behandling) endast 50 %, med en spridning 37-55 %.
 - Benskörhetsfraktur hos kvinnor bör leda till medicinsk behandling i 60-70 %, men endast 15 % av patienterna får sådan behandling, med en spridning från cirka 9 % hos sämsta landsting och till 22 % för bästa.
- Antalet allvarigare bristningsskador vid förlösning är relativt stabil från år till år, men de relativt stora variationerna (4.5–7.3 %) mellan sjukhus och landsting talar för att många av dessa skador skulle kunna undvikas.
 - Patienternas eget upplevande av vården uppges spegla både vårdens faktiska kvalitet och den aktuella debatten, och i akutsjukvården anger de flesta patienter att de är respektfullt bemötta, men cirka 25 % är inte nöjda med den information de har fått.

Nationella jämförelser i ett internationellt perspektiv

Ett ökande antal forskningsrapporter talar för att jämförelser kan leda till bättre spridning av positiva resultat och förbättringsprojekt i ett nationellt perspektiv (Robert 2011). Jämförelser av vårdkvalitet och vissa kvantitativa mått som väntetider och liknande är alltmer vanliga i nationella perspektiv, liksom att det tillkommer initiativ för att samtidigt mäta kostnader.

Detta stämmer även med den bild som förmedlas kring användningen av Öppna Jämförelser (ÖJ), även om många hävdar att dessa lämpar sig bäst för longitudinell jämförelse över tid. En fördel är dock att Sveriges relativa storlek gör att de flesta beslutsfattare inom hälso- och sjukvården har en uppfattning även om andra landsting och en bild av vad som ger framgång respektive motgång.

Andra mer storskaliga projekt för jämförelser finns exempelvis i USA, där underlaget för jämförelse blir stort på kortare tid och borde på så sätt kunna återspegla förändringar. Två lagar för hälso- och sjukvårdsreform bildar tillsammans Affordable Care Act, vilken har en "trepartsmålsättning" genom att förbättra vårdupplevelsen för den enskilda patienten, ge förbättrad hälsa för populationer samt att minska sjukvårdskostnaden per capita. Målsättningen är att skapa en utveckling från dagens volymbaserade ersättningsystem för vårdepisod (fee-for-service) och till en koordinerad modell som ger vård av hög kvalitet och till lägre kostnad samt för ett vårdförlopp. Reformen bygger på skapandet av Accountable Care Organizations (ACO), vilket innebär att primärvårdsläkare, specialister samt sjukhus samarbetar för att uppnå målen. Grundkraven är att ACO ska vara läkarledda, primärvårds-fokuserade samt patient-centrerade. ACO kan vara antingen existerande vårdorganisationer eller nystartade samarbetsformer och öppen redovisning av kvalitet och kostnader

berättar till deltagande i "Shared Savings Program", där Medicare belönar ACO genom andel i vinsten av denna effektivisering.

(källa: www.accountablecareofacts.org)

Flera andra länder har infört eller är på väg att införa liknande system, exempelvis Storbritannien, och likheter och olikheter med det amerikanska systemet finns beskrivna i en nyligen publicerad rapport (Shortell 2014).

High Value Healthcare Collaborative (HVHC) är ett konsortium i USA bestående av 17 av de främsta vårdorganisationerna samt The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Tillsammans omfattas 70 miljoner invånare över hela USA och uppdraget är att förbättra hälso- och sjukvårdens värde, definierat som kvalitet och kostnadsutfall, över tid och på ett uthålligt sätt så att detta kan tjäna som modell för en nationell sjukvårdsreform. Genom ett nätverk för lärande ska man identifiera och påskynda spridning och implementering av best practice och innovationer. Istället för att bygga parallella processer i parallella organisationer för redovisning, samlar man data direkt till en gemensam pool i centrala datalager i en robust infrastruktur för bearbetning och redovisning. Fokus är i dagsläget mot höft- och knäkirurgi, diabetes samt sepsis. Fortsatt arbete med ryggkirurgi samt hjärtsvikt är förberett.

(källa: www.highvaluehealthcare.org)

Vårdkvalitet

Under denna rubrik har OECD i sina årliga rapporter samlat och kommenterat ett antal nyckeltal vilka man motiverar på olika sätt (OECD 2013, OECD 2014). Forskarsamhället reagerar ibland på detta sätt att titta på mer eller mindre lösryckta kvalitetsvariabler, men det är först när man ser helheten av de kvalitetsmått som används som man närmar sig en systemjämförelse. Urvalet av kvalitetsvariabler är ur OECDs perspektiv sådana som finns tillgängliga från en merpart eller samtliga länder och med en relativt god täckningsgrad.

Kommentarer till vårdkvalitetsvariablerna

- Astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (COPD) samt diabetes är kroniska sjukdomar med stor spridning men med evidensbaserade och etablerade riktlinjer för behandling och uppföljning. Internationellt sett finns en mycket stor spridning på 8-16 gånger mellan bästa och sämsta nation. Sverige klarar sig relativt bäst avseende astma, medan resultatet för de andra två diagnoserna ligger närmare genomsnittet.
- Eftersom det finns en klar korrelation mellan antibiotikaförskrivning och utveckling av resistens mot antibiotika i samhället är det viktigt att denna kunskap tillämpas. För den generella antibiotikaförskrivningen finns en drygt 4-faldig skillnad i den internationella jämförelsen och gällande förskrivningen av bredspektrumantibiotika är skillnaden mellan bäst och sämst nästan 10-faldig. Sverige och övriga nordiska länder utmärker sig genom bra placering för båda variabler.
- Dödlighet inom 30-dagar efter akut hjärtinfarkt (AMI) eller stroke har förbättrats i de flesta länder i ett perspektiv av 40 år. För de flesta länder följs resultaten åt för akut hjärtinfarkt och stroke. Anmärkningsvärt många länder uppvisar stora spridningsmått, inklusive Sverige, vilket kan vara ett uttryck för brister i enhetligt arbetssätt och/eller rapportering.
- OECD-måtten för patientsäkerhet är fem stycken och återspeglar inte nödvändigtvis faktiska förhållanden. Det kan tvärtom vara så, att Sveriges sämre placering för dessa mått kan återspegla att vårt land har kommit längre med att bygga patientsäkerhetskulturer och därmed är bättre på att rapportera vårdskador, men utmaningen är att veta om det verkligen förhåller sig så.
- Oplanerade återinläggningar för patienter med schizofreni respektive bipolär sjukdom visar en 4-faldig spridning mellan högsta och lägsta värde. De flesta OECD-länder anges röra sig mot ökade inslag av öppenvård i behandlingen av dessa patientgrupper med ökad insats från multidisciplinära team. De kvalitetsmått som redovisas anges indikera brist på korrekt öppenvårdsbehandling av psykiatriska tillstånd. Sverige ligger över respektive klart över genomsnittet för dessa mått.
- Överlevnadsmåtten för vissa cancersjukdomar (bröst-, kolorektal- och cervixcancer) har tidigare ofta placerat Sverige i topp, men man ser nu en utveckling där flera länder inom OECD-gruppen successivt satsar på och förbättrar sin cancervård så, att man kommer ikapp.
- Måtten på täckningsgrad för vaccination av barn mot difteri, stelkramp och kikhosta respektive mässlingen, visar att Sverige ligger klart över genomsnittet men inte i topp bland jämförda länder. Liknande gäller för influensa-vaccination till medborgare äldre än 65 år.
- Sist i raden av indikatorer kommer patientens tillfredsställelse med läkarens insats i öppen vård. Visserligen är endast strax under hälften av OECD-länderna studerade, men för alla fyra resultatvariabler hamnar Sverige sist. I förklaringen kring dessa variabler beskrivs bland annat att olika länder arbetat på olika sätt och olika länge med att värdera patientens upplevelse. En del av de länder som arbetat med PROM (Patient Reported Outcome Measurement) under ett antal år noterar att patienter tenderar att bli mer nöjda över tid. De länder som klarar sig bra har ofta goda resultat för samtliga parametrar. Insamlingen av data skiljer sig något mellan de undersökta länderna och OECD betonar att ytterligare arbete är nödvändigt för att säkerställa jämförbarheten mellan länder.

Tabell 1

Quality of Care enligt OECD 2013 (avser år 2011 eller närmaste år) och OECD Europe 2014 (avser år 2012 eller närmaste år)

Quality of Care	OECD 2013 Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder	OECD 2014 Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder
Undvikbara sjukhusinläggningar pga astma (ålders- och könsstandardiserade, antal/100 000 invånare)	7/26	4/21
Undvikbara Chronic Obstructive Pumonary Disease (COPD)- sjukhusinläggningar (ålders- och könsstandardiserade, antal/100 000 invånare)	13/26	9/21
Undvikbara sjukhusinläggningar pga diabetes (ålders- och könsstandardiserade, antal/100 000 invånare)	10/22	5/15
Totala volymer antibiotikaförskrivning	4/29	6/27
Cefalosporiner och kinoloner i förhållande till all förskrivna antibiotika (%)	4/25	3/27
Mortalitet inom 30 dagar efter hjärtinfarkt (ålders- och könsstandardiserad, antal/100 inlagda (%))	4/32	2/21
Dödlighet inom 30 dagar efter inläggning pga stroke (%)	9/31	4/20
Postoperativ lungemboli eller djup ventrombos (antal/100 000 sjukhusutskrivningar)	15/20	9/13
Postoperativ sepsis hos vuxna (antal/100 000 sjukhusutskrivningar)	19/20	12/13
Kvarglömt främmande föremål efter ingrepp (antal/100 000 sjukhusutskrivningar)	11/20	19/21
Förlossningsskada vaginal förlossning med instrument (antal/100 förlossningar)	19/21	NA
Förlossningsskada vaginal förlossning utan instrument (antal/100 förlossningar)	20/21	NA
Oplanerade återinläggningar hos patienter med schizofreni (ålders- och könsstandardiserade, antal/100 patienter)	16/20	NA
Oplanerade återinläggningar hos patienter med bipolär sjukdom (ålders- och könsstandardiserade, antal/100 patienter)	19/20	NA
Screening för cervixcancer, andel av alla kvinnor ålder 20-69 år (%)	4/32	4/25
Relativ femårs-överlevnad vid cervixcancer (ålders-standardiserad överlevnad, %)	7/22	2/15
Mortalitet cervixcancer (åldersstandardiserad, antal/100 000 kvinnor)	17/34	11/28
Relativ femårs-överlevnad vid bröstcancer (åldersstandardiserad överlevnad, %)	7/22	1/15
Mortalitet bröstcancer (åldersstandardiserad, antal/100 000 kvinnor)	11/36	3/28
Relativ femårsöverlevnad i colorectal cancer (ålderstandardiserad överlevnad, %)	11/21	3/15

Mortalitet colorectal cancer (åldersstandardiserad, antal/100 000 invånare)	13/36	9/28
Vaccination mot difteri, stelkramp, kikhosta före ett års ålder (%)	12/34	13/28
Vaccination mot mässling (%)	15/34	11/28
Influensavaccination till personer över 65 år (%)	10/32	4/21
Ordinarie läkare spenderar tillräcklig tid med patienten vid konsultation (åldersstandardiserad, antal/100 patienter)	14/14	NA
Ordinarie läkare ger förståeliga förklaringar (åldersstandardiserat, antal/100 patienter)	14/14	NA
Ordinarie läkare ger möjlighet att ställa frågor eller påtala oro (antal/100 patienter)	13/13	NA
Ordinarie läkare involverar patienten i beslut om vård och behandling (antal/100 patienter)	13/13	NA

Diskussion vårdkvalitet

Denna typ av resultatredovisning är lätt att kritisera på det sätt som skedde när Öppna Jämförelser (ÖJ) kom ut första gången 2006, men inte desto mindre är det den huvudsakliga källan till internationella jämförelser. Nu har Öppna Jämförelser en etablerad plats bland vårdens och omsorgens beslutsfattare, både för benchmarking och för det longitudinella perspektivet.

Redovisning av medicinska resultat är ofta till svensk fördel, men vi ser även att vi behöver förbättra patientsäkerheten och bemötandet. Eller rättare sagt behöver Sverige i ett första steg fördjupa kunskapen om innehållet dessa variabler och ställa i relation till de länder som klarar sig bättre i jämförelserna. Sedan åtta år genomförs punktprevalensmätningar (PPM) årligen på alla akutsjukhus i Sverige avseende bland annat vårdrelaterade infektioner (VRI). Efter den senaste mätningen i år konstateras att "resultaten från vårens punktprevalensmätning ligger stabilt" (SKL 2015). Visserligen noteras en förbättring sedan mätningarna började 2008, men fortfarande drabbas 8.9 % av alla patienter på de svenska akutsjukhusen av VRI. Detta är en faktor som gör det svårt att avfärda en internationell jämförelse som talar för att Sverige har en utvecklingspotential på inom området patientsäkerhet.

Jumboplatsen avseende resultaten för bemötande av patienter bör inte ses isolerad utan istället i en helhet av resurser och indikationer på ineffektiva administrativa processer i den svenska hälso- och sjukvården, vilka påtalas i följande avsnitt i denna rapport.

Resultatredovisningen från OECD bör av svenska beslutsfattare inom hälso- och sjukvården användas som en översikt på liknande sätt som vi använder ÖJ, vilken kan tjäna som vägledning för att gå vidare med att fördjupa beskrivning och analys inom vissa angelägna områden. Vid litteratursökning bland den vetenskapliga litteraturen för de diagnoser och diagnosgrupper som finns med i ÖJ framkommer visserligen ett stort antal internationella jämförelser, men de är oftast avgränsade till någon enskild diagnos eller diagnosgrupp samt inom ett begränsat antal länder. Det finns därför egentligen inte något övergripande alternativ till resultatredovisningarna från OECD. Dessa alternativ behöver skapas genom initiativ från svenska beslutsfattare inom hälso- och sjukvård samt omsorg.

Aktivitetsmått i hälso- och sjukvården

Under detta avsnitt har man i OECD-redovisningarna samlat en rad viktiga jämförelsetal, med ett förhållandevis stort inslag av processmått, medan övriga delar av OECD-jämförelserna innehåller relativt mer av resultatmått (OECD 2013, OECD 2014). Processmått kan i dessa jämförelser tjäna som underlag för frågor om hur man arbetar för att uppnå sina resultat. Därmed närmar man sig med nödvändighet kvalitativa jämförelser.

Kommentarer till aktivitetsvariablerna

- Sverige uppvisar ett relativt lågt antal läkarkonsultationer i absolut och relativ bemärkelse, vilket av OECD förklaras med att sjuksköterskorna spelar en relativt viktig roll i vården, och speciellt i primärvården.
 - Ett kompletterande mått är vad vården kostar för hushållen liksom påverkan av inkomstnivå på vård enligt behov, där Sverige ligger över genomsnittet för vårdkostnad och samtidigt har en relativt hög andel otillfredsställda behov av medicinsk undersökning beroende på inkomstnivå.
 - För ett antal mått på medicinsk teknologi och dess användning finns Sverige inte med i de internationella jämförelserna (främst magnetkamera och datortomografi).
 - Sverige utmärker sig med relativt få sjukhus-sängar och relativt korta vårdtider i jämförelse.
 - Inom OECD-länderna utgör cirkulationsorganens sjukdomar 12 % av all sjukhusvård och cancersjukdomar 8 % av all sjukhusvård, och Sverige ligger nära detta genomsnitt.
- Generellt inom OECD gäller att vårdproduktionen för dessa sjukdomsgrupper inte alltid återspeglar sjukligheten, d v s det faktiska behovet, och en hög vårdproduktion är inte alltid kopplad till goda resultat avseende överlevnad med mera. I kommentarerna anges dessutom att offentliga och privata vårdgivare rapporterar i olika utsträckning.
 - Frekvensen av kejsarsnitt är låg i samtliga nordiska länder, och i ett läge där frekvensen ökat i de flesta OECD-länder under den senaste 10-årsperioden, har de nordiska länderna istället uppvisat en minskning på senare år. Inom OECD-länderna finns ofta stora olikheter i frekvens inom ett och samma land.
 - Andelen kataraktkirurgi som utförs i dagsjukvård är hög i samtliga nordiska länder, och det är ett övergripande processmått för det som på många håll är ett framgångsrikt processarbete.

Tabell 2

Health Care Activities enligt OECD 2013 (avser år 2011 eller närmaste år) och OECD Europe 2014 (avser år 2012 eller närmaste år)

Health Care Activities	OECD 2013 Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder	OECD 2014 Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder
Läkarkonsultationer (antal/capita)	29/32	23/25
Uppskattat antal konsultationer (antal/läkare)	32/32	24/24
Direkta utgifter för hälso- och sjukvård för hushållen som andel av total konsumtion (%)	9/34	8/28
Otillfredsställda behov av medicinsk undersökning beroende på inkomstnivå (%)	20/24	23/28
Sjukhussängar (antal/1000 invånare)	18/25	28/28
Utskrivningar (antal efter vårdtid minst 1 dygn/1000 invånare)	17/34	17/28
Utskrivningar för cirkulationssjukdomar (antal med vårdtid minst 1 dygn/1000 invånare)	11/34	14/28
Utskrivningar för cancersjukdomar (antal med vårdtid minst ett dygn/1000 invånare)	17/34	17/28
Genomsnittlig vårdtid (dagar)	29/33	27/28
Genomsnittlig vårdtid efter förlossning (dagar)	23/32	24/27
Genomsnittlig vårdtid pga hjärtinfarkt (dagar)	29/33	26/28
Revaskularisering av koronarkärl (antal/100 000 invånare)	17/29	17/29
Höftprotesoperationer (antal/100 000 invånare)	5/32	3/27
Knäprotesoperationer (antal/100 000 invånare)	13/29	8/24
Kejsarsnitt (antal/100 levande födda)	29/32	
Andel kataraktoperationer utförda i dagkirurgi (%)	7/17	6/20
Konsumtion av medicin mot förhöjt blodtryck	10/22	10/18
Konsumtion av medicin mot förhöjt kolesterol	18/23	14/18
Konsumtion av diabetesmedicin	18/23	16/18
Konsumtion av antidepressiv medicin	5/18	3/18

Diskussion aktivitetsmått

Flera av dessa mått har var för sig endast ett begränsat värde, men helheten ger användbar överblick. Indikationerna på ojämlikhet i vården behöver utforskas i ljuset av denna internationella jämförelse och speciellt då Sverige är ett av några få länder som uppvisar ökande inkomstklyftor de senaste två decennierna. Ojämlikheter i vården har ju varit ett allt tydligare prioriterat område i Sverige sedan Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2005:12 (senare ersatt av SOSFS 2011:9).

I dessa två föreskrifter är ordet process genomgående återkommande och vården har det tydliga uppdraget att utveckla sina processer. Nu tio år senare är det fortfarande mycket vanligt att processorienteringen i svenska landsting och regioner är vag och föga utvecklad, varför processmått under avsnittet Aktivitetsmått är svåra att sätta i ett konkret sammanhang för verklig internationell jämförelse.

Mått på läkares insatser i form av konsultationer har rönt uppmärksamhet, eftersom de som isolerade företeelser kan uppfattas vara tecken på låg produktivitet. Relativt korta vårdtider och få sjukhussängar kan indikera behov av ökat antal konsultationer i öppen vård, och Sverige borde därför ha ett betydligt högre antal konsultationer. Om så inte är fallet bör vi ha ett relativt större antal komplikationer och eller oplanerade återinläggningar än i jämförbara hälso- och sjukvårdssystem, något som åtminstone delvis kan styrkas med de resultat som redovisas i föregående avsnitt.

Inom den svenska läkarkåren liksom i hälso- och sjukvården i stort finns ett ökande fokus mot innehållet i läkarnas arbetsdag, och frågan har varit föremål för flera utredningar och studier. Ett exempel är hur man för att få ett objektiva mått på tid spenderad på olika arbetsuppgifter gjorde en tidsstudie där läkare under specialistutbildning i kirurgi på två sjukhus i Sverige och två sjukhus i England jämfördes. I England användes relativt mer tid till patientarbete än i Sverige, men eftersom arbetsdagen var längre så var den tidsmässiga skillnaden i absoluta tal påtaglig med dubbelt så många timmar med patientarbete i England än i Sverige. De administrativa uppgifterna var fler i Sverige, och tiden i operationssalen var dubbelt så lång i England (Edvardsson 2014).

Helhetsbilden av dessa och liknande variabler kan ge överblick över produktivitet och effektivitet, men då behöver betydligt fler parametrar vägas in. Inget av de resultat som redovisas i absolut eller relativ bemärkelse har kommit på kort tid, utan trenderna har funnits under många år (Anell 2012a, Anell 2012b).

Väntetider

Bakgrund Sverige

Genom Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12, senare ersatt med SOSFS 2011:9) utvecklades på flera sätt de tidigare föreskrifterna vilka mer inriktades mot kvalitetssystem. Det framgick tydligt att ledningssystemet ska omfatta alla delar av verksamheten och att ansvarsfördelningen ska vara tydlig. En vägledning skrevs separat för föreskriften 2005, "God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården", vilken bland annat syftade till att koppla ihop nationell och internationell erfarenhet av kvalitetsarbete med den nya forskriften. Utgående från skriftens sex kvalitetsområden tillkom ett stort antal utvecklingsprojekt runtom i landet och med en successiv målstyrning. Tre av dessa kvalitetsområden har indirekt koppling till väntetidsfrågan och följande har en mer direkt koppling till väntetidsfrågan: jämlik hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid samt effektiv hälso- och sjukvård. Genomgående i föreskrifterna var också ett tydligare krav än tidigare på att verksamheterna skulle arbeta med att utveckla sina processer. De flesta av måtten på väntetider är processmått, även om man i vardagligt tal i hälso- och sjukvården samt omsorgen fortlöpande växlar mellan begreppen vårdkedja, flöde och process.

Efter 2005 har mycket hänt med redovisning av väntetider genom vårdgarantin, Öppna Jämförelser, Kömiljarden och en rad andra projekt i regioner och landsting. Diverse incitamentstrukturer har skapats och många väntetider har förbättrats, men långt ifrån alla.

Jämförelse med OECD-länderna

De flesta OECD-länderna har väntetider inom primärvård, öppen specialistvård, akutsjukvård, cancervård och elektiv vård (Siciliani 2013). Senaste decennierna har många länder börjat med väntetidsgaranti, men förstärkning är dock nödvändig för att säkerställa att garantin ska fungera i praktiken. Sådan kan vara antingen att

man sätter tydliga mål och gör vårdgivaren ansvarig, eller att man ger patienten möjlighet att fritt välja vårdgivare, även inom den privata sektorn. Att endast skjuta till medel för att reducera väntetiden har inte varit framgångsrikt. Generellt sett är det framgångsrikt att kombinera tillräckligt vårdutbud, ekonomiska belöningssystem för alla involverade samt begränsad budgettätstramning för sjukhusen. Prioriteringsinstrument kan vara tilltalande, men svåra att implementera.

Grundförutsättningar för att förbättra väntetider är att mäta tiden systematiskt och kommunicera. De flesta länder inom OECD mäter olika, men det finns ett ökande intresse för att mäta väntetider på liknande sätt för att kunna jämföra.

Den mesta informationen inom OECD kommer från administrativa databaser i länder där väntetider i vården är viktiga policyfrågor:

- Trenden är mot att mäta patientens väntetid istället för antal väntande samt att mäta patientens hela resa genom vården, med början i primärvården.
- Vanliga mått från de administrativa databaserna är "inpatient waiting time" (från tidpunkt när specialist sätter patient på lista till behandling) samt "referral-to-treatment waiting time" (från tidpunkt för allmänläkarens remiss till behandling)
- Data som rapporteras är oftast genomsnittlig väntetid, väntetid i percentiler av distributionen (50 d v s median, 80 samt 90) samt antal patienter som väntat längre än ett tröskelvärde.
- Väntetider rapporteras huvudsakligen för specifika åtgärder (exempelvis operativa ingrepp), per specialitet (ortopedi, oftalmologi osv), för diagnostisk åtgärd eller som ett totalt mått inräknande alla elektiva patienter.

Jämförelse mellan länderna

- Sammanställningen 2013 omfattar knäprotes-operation, höftprotes-operation, katarakt-operation, hysterectomi, prostata-tectomi, cholecystectomi, ljumsbråck, coronary by-pass-operation (CABG) samt PTCA.
- För Sverige redovisas endast data för knäprotes, höftprotes, katarakt samt CABG, och dessa resultat är bland de bästa.
- Sverige är inte omnämnt i den samlade helhetsbedömningen, där Danmark och Nederländerna lyfts fram som främsta exempel på kortade väntetider.
- Den samlade bilden är att väntetiderna generellt är stabila över tid i de jämförda länderna och för de åtgärder som jämförs.
- Länder som lyfts fram för att ha reducerat sina väntetider från utgångsvärde på relativt höga nivåer är Storbritannien och Finland.

Försvårade faktorer för jämförelse

- Länderna rapporterar fortfarande olika mått och olika grad av fullständighet.
- Medelvärde respektive median avviker ofta påtagligt från varandra på grund av en skevt positiv snedfördelning eftersom ett antal patienter väntat mycket länge.
- Det råder ofta geografiska och andra olikheter inom ett land.
- De olika diagnoserna har olika grad av inbördes prioritering i de olika länderna, vilket försvårar jämförelse.
- Efter de senaste årens ekonomiska kris uppvisar flera länder en viss ökning av väntetider.

Ur ett vårdperspektiv har väntetid en betydelse. Den säkerställer att dyra resurser används med full kapacitet, men ställer krav på hantering av balansen mellan de akuta respektive elektiva behoven. Väntande patienter säkerställer att man inte har överkapacitet, men kostar å andra sidan resurs för att administrera.

Långa väntetider återfinns oftast i länder som kombinerar allmän sjukförsäkring med låg eller

ingen patientavgift, och samtidigt gör åtstramningar i kapacitet. Länder utan väntetider tenderar vara de som spenderar mer pengar på hälso- och sjukvård och har en högre sjukhuskapacitet. Negativt samband mellan väntetider och tillgång på sjukhussängar finns liksom mellan väntetider och pengar som spenderas på hälso- och sjukvård per capita. Däremot finns inte ett exklusivt samband mellan väntetider och tillgång till vård, dvs resursfrågan. I länder där väntetider inte är en stor policyfråga spenderar man ofta mer pengar på hälso- och sjukvården, men förvånande är att man ofta har färre doktorer än genomsnittet.

Det finns matematiska modeller som används för att sätta väntetider i relation till olika faktorer, men generellt sett är detta område svårt eftersom multifaktoriella samband föreligger och det är svårt att utvärdera vilka faktorer och åtgärder som har verkligt genomslag.

Det finns en del bevis för att väntetider kan försämra vårdresultat, främst för de mer akuta tillstånden. Däremot varierar betydelsen för de mer kroniska tillstånden.

Väntetider kan resultera i ojämlik vård

- Flera internationella studier visar att patienter med högre inkomst och/eller högre utbildning tenderar att vänta kortare tid i offentligt finansierad vård.
- Det är vanligare med längre väntetider bland patienter med lägre socioekonomisk status.
- De nordiska länderna har samtliga nivåer för ojämlikheter i disponibel inkomst, vilka ligger under genomsnittet, men Sverige är ett av de tre länder inom OECD som uppvisar den högsta ökningen i inkomstskillnader sedan 1980-talet.

Diskussion väntetider

Att de svenska väntetiderna endast i begränsad utsträckning finns i den internationella redovisningen är förvånande, dels med tanke på våra goda förutsättningar att använda olika databaser, och dels med tanke på att Sverige har satsat så mycket under ett antal år för att förkorta väntetiderna. Sverige har goda resultat för de få diagnoser som redovisas, men borde teoretiskt sett (?) ha mycket goda möjligheter att bättre synas i helheten på denna internationella arena.

Socialstyrelsens lärandeperspektiv vilket lyfts fram i God Vård-dokumentet, d v s att koppla samman nationell och internationell erfarenhet, talar tydligt för att internationella jämförelser är viktiga på detta område. Olika åtgärder i olika hälso- och sjukvårdssystem leder till olika resultat, och komplexiteten ger ett mycket stort antal möjligheter till framgång och utebliven sådan. Eftersom Sverige fortfarande har så stor variation i vissa väntetider, borde vi synas tydligare i detta arbete. Stor variation i väntetider indikerar ojämlik tillgång till vård och leder därmed till ojämlik vård.

De ökande inkomstklyftorna i vårt land i internationell jämförelse och den internationella kunskapen om att olika socioekonomisk status kan leda till olikheter i väntetider, bör uppmärksammas främst mot bakgrund av de svenska satsningarna på väntetidsområdet (Siciliani 2013). Även om väntetider i många avseende beror på komplexa orsakssamband, måste hälso- och sjukvårdens beslutsfattare hantera de kända sambanden. Utvecklingen av inkomstklyftor är en fråga för sig, men de möjliga effekterna på väntetider i vården inom ett solidariskt finansierat vårdssystem, borde i högsta grad vara prioriterade hälso- och sjukvårdspolitiska frågor. Utmaningen är att skapa uppmärksamhet kring denna fråga så, att kunskapen ökar bland vårdens chefer och medarbetare.

Äldreomsorg och långtidsvård

Inom detta område står de flesta av OECD-länderna inför liknande och stora utmaningar nu och under många år framöver, och därför är internationella jämförelser viktiga. De demografiska trenderna beror dels på en ökad medellivslängd, och dels på ett minskat antal födselar. Den åldrande befolkningen är ett fenomen som i betydande utsträckning kommer att påverka de flesta OECD-länderna, och utvecklingen beskrivs speciellt snabb inom EU (OECD 2013, OECD 2014).

- I analogi med denna resurssituation har vi den näst högsta kostnaden för äldreomsorg uttryckt som andel av BNP, men samtidigt en låg årlig tillväxt.

Kommentarer till variablerna för äldreomsorg och långtidsvård

- Ökningen av andel äldre än 65 år beskrivs som snabb, men ökningen av andelen äldre än 80 år beskrivs som ännu snabbare. Sverige har idag en relativt stor andel av äldre än 80 år, men andra länder beräknas komma ikapp de närmaste decennierna. Det omvända gäller för åldersintervallet 65-80 framöver.
- Hälsostatus är en viktig faktor för att förutsäga ett framtida behov av äldreomsorg, och Sverige placerar sig relativt högt liksom för antal friska år efter 65 års ålder. Detta mått är relativt nytt i OECD-jämförelserna, varför det finns endast begränsat antal longitudinella uppföljningar.
- Sverige har en relativt hög prevalens av demenssjukdom.
- En relativt stor andel av den svenska befolkningen över 65 år får äldreomsorg, men andelen informella vårdgivare är relativt lågt.
- Sverige har den högsta siffran för andel anställda i äldreomsorg av den totala befolkningen och det näst högsta antalet vårdplatser på sjukhus och andra institutioner bland jämförda länder. Däremot uppvisar vårt land den största nettoreduktionen av vårdplatser under millenniets första decennium.

Tabell 3

Ageing and Long-term Care enligt OECD 2013 (avser år 2011 eller närmaste år).
Motsvarande redovisning för 2014 inte tillgänglig (april 2015).

Ageing and Long-term Care	Värde för Sverige	OECD medelvärde	Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder
Andel av befolkningen äldre än 65 år 2010 (%)	18	15	22/34
Andel av befolkningen äldre än 65 år 2050 (%)	25	27	6/34
Andel av befolkningen äldre än 80 år 2010 (%)	5	4	8/33
Andel av befolkningen äldre än 80 år 2050 (%)	10	10	18/33
Förväntad återstående livslängd vid 65 års ålder (år)	Kvinnor 21.3 Män 18.2	Kvinnor 20.9 Män 17.6	Kvinnor 17/34 Män 12/34
Friska år efter 65 års ålder (år)	15	9.5	2/24
Självrapporterad god hälsa över 65 års ålder (% av total befolkning)	63	42	7/34
Begränsningar i dagliga aktiviteter i ålder 65-74 år (% av total befolkning över 65 år)	20	29	2/25
Begränsningar i dagliga aktiviteter i ålder över 74 år (% av total befolkning)	32	59	3/25
Prevalens av demens i befolkningen över 60 år (% av total befolkning över 60 år)	6.4	5.6	28/34
Befolkning över 65 års ålder som får äldreomsorg på institution eller i hemmet (%)	14.5	12.7	7/21
Andel äldre vårdtagare som får vård i hemmet (% av totala antalet mottagare)	69.9	63.6	3/12
Befolkning över 50 år som är informella vårdgivare (%)	12.3	15.6	16/18
Andel kvinnor av alla informella vårdgivare	63.8	62.3	8/17
Frekvens vård som ges av informella vårdgivare dagligen (%)	42	66	16/16
Frekvens vård som ges av informella vårdgivare varje vecka (%)	58	34	1/16
Arbetande i långtidsvård för befolkning över 65 års ålder som andel av befolkningen (avser institution + hem, %)	12.2	6.8	1/15
Totala antalet vårdplatser för långtidsvård på institutioner och på sjukhus (antal/1000 invånare över 65 år)	73.4	49.1	2/20
Förändring av antal vårdplatser för långtidsvård på institutioner och på sjukhus 2000-2011 (%)	-5.2	+3.3	18/18
Kostnad för offentligt finansierad långtidsvård som andel av BNP (%)	3.6	1.6	2/11
Årlig tillväxt i kostnader för offentligt finansierad långtidsvård 2005-2011 (%)	2.2	4.8	20/22

Diskussion jämförelse äldreomsorg och långtidsvård

Dessa områden kommer antagligen att få stor betydelse avseende internationella jämförelser framöver. Med tanke på att utmaningarna i grund och botten är desamma för alla länder, är det anmärkningsvärt att skillnader mellan länder och spridningar inom länder är så stora. Självklart återspeglar resultatet skillnader mellan kulturer, levnadsstandard, medicinska traditioner, prioriteringar, med mera. Men bland de äldre finns speciella grupper med stora vårdbehov vilka kan vara svåra att tillgodose, de så kallade mest sjuka äldre eller multi-sjuka äldre.

Sverige har de senaste åren gjort stora satsningar på att utveckla äldreomsorgen i landet, och det har kommit att bli ett prioriterat område för SKL, Socialstyrelsen och en rad andra aktörer. Genom systematisk redovisning av uppnådda resultat har Sverige goda möjligheter att synas i internationella sammanhang av jämförelser, där man söker efter best practice.

En viktig skillnad mellan svensk äldreomsorg och den i andra länder är en relativt hög grad av institutionalisering, även om antalet vårdplatser minskar över tid. I OECD-rapporterna betonar man att det finns en rad olika sätt att definiera vissa begrepp, däribland vårdplats. Sverige är ett av några få länder bland de jämförda där man inte tydligt kan särskilja om vårdgivaren arbetar hos brukaren i hemmet eller på institution. Eftersom de äldres behov av hälso- och sjukvård och omsorg kan ske antingen i hemmet eller på institution, är det extra viktigt att en sammanvägd jämförelse görs av epidemiologiska mått, medicinska vårdresultat, processmått samt strukturmått.

Personalförsörjning

Läkare

Över hela OECD finns en ojämn fördelning av doktorer, dels till geografiska områden med gles befolkning och dels till områden med socioekonomiskt sämre situation (OECD 2013, OECD 2014). En mångfald av policier används för att få till stånd en bättre fördelning, men det är metodologiskt svårt att utvärdera vilken åtgärd i en mångfald av åtgärder som leder till vilket resultat. Inte minst gäller detta för att beräkna kostnadseffektivitet av insatta åtgärder. Komplexiteten gör att framgång ofta är kontextuell, men generellt sett gäller att snedfördelning ofta består över tid trots en rad insatser (Ono 2013, Ono 2014).

Orsakerna till ojämn fördelning är många och beror på faktorer i samhället i stort och i hälso- och sjukvården samt hos den enskilda/e läkaren. Det innebär att de åtgärder som sätts in måste beakta en rad faktorer: patienternas behov, demografiska faktorer både i populationen och i läkarkåren, hälso- och sjukvårdssystemets karakteristika, ekonomiska situationen samt den övergripande reformsituationen. Vanligaste mått att uttrycka läkartäthet är antal läkare/1000 invånare.

Ojämn fördelning av läkare leder lätt till ojämlig tillgång till vård genom att avstånd till vård ökar och detta är den vanligaste enskilda orsaken till att personer över 65 år inte får sina vårdbehov tillgodosedda (OECD analysis EU-SILC 2011).

Den svenska läkartätheten i ett regionalt perspektiv visar att vi ligger strax under hälften av det genomsnittliga värdet. Om man uttrycker läkarfördelning som kvot mellan läkare huvudsakligen verksamma i glesbygd och dem som huvudsakligen är verksamma i tätort, så är den svenska kvoten cirka 0,8, vilket är lägre än för våra nordiska grannländer. Sverige och Norge är ju bland de glesast befolkade länderna i hela OECD.

Faktorer som har betydelse för läkarförsörjning inom OECD-länderna

- Möjligheten till att arbeta både offentligt och med privat verksamhet parallellt är ett effektivt styrmedel. I Sverige och cirka 30 % av OECD-länderna är läkare generellt sett inte tillåtna att vara verksamma i dubbla verksamheter.
- Läkarutbildningen kan vara ytterligare ett styrmedel och cirka hälften av länderna, däribland Sverige har intag till läkarutbildning som huvudsaklig reglering, medan andra länder även styr med intag till specialistutbildning. Vissa länder, exempelvis Norge, tillämpar dessutom regional kvotering vid intagningen till utbildningen.
- Motivationsfaktorer för att förändra fördelningen av läkare kan vara både lönerelaterade och icke lönerelaterade, och cirka 2/3 av länderna anger att man har system med motivationsfaktorer (inklusive Sverige). De lönerelaterade dominerar för att få bättre geografisk fördelning.
- Ungefär 2/3 av länderna kan styra etablering av mottagningsverksamhet geografiskt, liksom Sverige.
- Nya driftsformer för att skapa komplement till läkarverksamhet sker i cirka hälften av länderna, inklusive Sverige.

Sjuksköterskor

Många länder inom OECD rapporterar brist på sjuksköterskor, och spridningen i normerade antal varierar stort och mer än för läkare (OECD 2014, OECD 2015). Det finns många försvårande faktorer vid jämförelse. En viktig sådan är att många länder successivt utvecklar alltmer kvalificerade roller för sjuksköterskor i gränsytan inte bara till läkarens roll, utan även förändrad sådan i förhållande till andra vårdprofessioner. Det innebär exempelvis att kvoter mellan sjuksköterskor i olika discipliner kan vara av värde att studera. Barnmorskor räknas normalt sett inte in i statistiken för sjuksköterskor.

Tabell 4

Health Workforce enligt OECD 2013 (avser år 2011 eller närmaste år) och OECD Europe 2014 (avser år 2012 eller närmaste år)

Health Workforce	OECD 2013 Rangordning relativt bästa värde/totalt antal jämförda länder	OECD 2014 Rangordning relativt bästa värde/totalt antal jämförda länder
Antal läkare (antal/1000 invånare)	6/34	6/28
Andel läkare > 55 år (%)	18/32	NA
Andel kvinnliga läkare (%)	11/28	NA
Antal gynekologer och obstetriker (antal/100 000 kvinnor)	14/34	NA
Antal barnmorskor (antal/100 000 kvinnor)	2/32	NA
Antal psykiatriker (antal/100 000 invånare)	4/34	NA
Antal mentalsjuksköterskor (antal/100 000 invånare)	10/26	NA
Sjuksköterskor (antal/1000 invånare)	11/34	7/28
Kvot sjuksköterskor/läkare	19/34	10/28

Strategier för planering och dimensionering

Planering syftar till att skapa balans mellan tillgång och efterfrågan, både på kort och på lång sikt. Mot bakgrund av tidsperspektiv och kostnad för att utbilda främst läkare, men även övriga vårdprofessionella, finns behov av rätt verktyg och metoder för planering. Dessa ska beakta såväl kravställande på utbildningsprogram som olika möjliga omorganisationer och utvecklingstrender.

OECD publicerade föregående år en omfattande översikt över 26 planeringsmodeller från 18 länder som valt att vara med, men tyvärr fanns inte Sverige med (Ono 2013). Detta är en brist eftersom rapporten beskriver och analyserar en rad olika modeller från många olika hälso- och sjukvårdssystem, och den svenska hälso- och sjukvården visar successivt upp allt fler likheter med de system som har ökande inslag av mångfald och konkurrensutsättning.

Ur rapportens slutsatser och rekommendationer framkommer att planering för personalförsörjning inom hälso- och sjukvården inte är en exakt vetenskap och måste behöva uppdateras regelbundet. Bra kartläggning är nödvändig och den ska vila på bra data. Eftersom anställning i hälso- och sjukvården visat sig vara betydligt mindre direkt konjunkturkänslig än i andra branscher och det ofta finns en eftersläpning med nedskärningar till följd av ekonomisk kris, behöver flexibilitet föreligga i utbildningssystemen. Planeringsarbete tenderar att fokusera mot de nyutbildade vilka rekryteras till hälso- och sjukvården, men man behöver även fokusera mot pensionsavgångar, i synnerhet mot bakgrund av komplicerade mönster för pensionering på grund av det faktum att många fortsätter att arbeta efter ordinarie pensionsålder. Den ökande komplexiteten och behovet av nya tvärprofessionella och tvärdisciplinära arbetsformer, ställer krav på utveckling från endast uniprofessionell planering till att även omfatta multiprofessionell planering. Slutligen betonas vikten av att den geografiska fördelningen av vårdprofessionella beaktas vid planering.

Diskussion personalförsörjning

Med de mått som redovisas har Sverige en personalförsörjning som ligger över eller mycket över genomsnittet för redovisade länder. Samtidigt vet vi att den nationella diskussionen präglas av bristen på sjuksköterskor och läkare inom flera discipliner och geografiska områden. Flera av de länder inom OECD som har lägre bemanningstal än Sverige påtalar inte en brist (Ono 2014).

Socialstyrelsen har under många år gjort prognosarbete för läkare och sjuksköterskor. Vid en genomgång av samtliga svenska landsting och regioner inför denna rapport finner man att de flesta påtalar personalbrist inom vissa verksamheter liksom behov av åtgärder i sina verksamhetsplaner inför 2014 och 2015, men strategier kan vara svåra att få fram, trots att sjukvårdshuvudmännen ofta åberopar kompetensförsörjningsplaner. I årsredovisningarna för 2014 bekräftas ofta bristsituationerna liksom vilken påverkan de haft för verksamheterna och deras resultat. Föreliggande rapport skulle enligt planeringen innehålla en sammanställning över regionernas och landstingens kompetensförsörjningsplaner, men det har bara gått att få tag på ett fåtal. Det är alltså oklart i vilken utsträckning man arbetar aktivt med kompetensförsörjningsplaner för att möta behov av flexibilitet i utbildningssystemet, flexibilitet i pensionsavgångar, nya multiprofessionella arbetsformer, mångfald av arbetsgivare, geografisk snedfördelning samt absoluta och relativa bristsituationer. Eftersom de svenska landsting och regionerna står inför liknande och mycket stora utmaningar avseende personalförsörjning, skulle det vara intressant att göra en samlad jämförelse med andra länder.

Finansiering

Jämförelse inom OECD

Den globala ekonomiska krisen slår igenom i alla beskrivningar och analyser som avser internationella jämförelser inom detta område. I flera länder fortsatte ökningen av utgifterna de första 1-2 åren efter krisens början, men sedan blev genomslaget tydligt för de flesta OECD-länderna cirka 2 år efter krisens början och har sedan hållit i sig genom minskning av utgifterna efter många år av ökning (OECD 2013, Morgan 2014). Den inbördes rangordningen mellan länder har i flera avseenden ändrats, dels beroende på den ekonomiska krisens olika påverkan på samhällsekonomin och dels beroende på balansen mellan olika finansieringsformer. Den genomsnittliga tillväxten av finansiering av hälso- och sjukvården var under år 2010 nära noll och 2012 1.4 %, jämfört med en årlig tillväxt på 4-5 % det närmast föregående decenniet. Det är huvudsakligen den offentliga hälso- och sjukvården som drabbats och genomslaget blir då påtagligt eftersom den utgör cirka ¾ av all sjukvård inom OECD, men allt talar för att även den privata delen har drabbats påtagligt. En lång rad olika policy-instrument har använts inom OECD för att mildra effekterna av den ekonomiska krisen på hälso- och sjukvården och huvudsakligen genom att justera ekonomiska resurserna, påverka efterfrågan genom att förändra utbudet samt att kontrollera kostnad och effektivitet för att utföra vård. Åtgärderna har det gemensamt att det är svårt att få en entydig bild av framgångsfaktorer, eftersom olika åtgärder vidtas i olika hälso- och sjukvårdssystem. Gemensamt är även det faktum att nedskärningar genomförts i ett läge där behov och efterfrågan tenderat att öka (WHO 2013). Därför kan åtgärderna förfela sitt syfte att påverka områden med ineffektivitet och istället introducera nya områden av ineffektivitet.

Begränsningar i data från OECD är främst att få länder ger detaljerad information avseende de finansiella resurserna och kostnadsstrukturerna. Dessutom finns både överskattningar och underskattningar bland medlemsländerna.

Sverige ligger strax över genomsnittet avseende kostnad för sjukvård per capita men hade en relativt sett bättre tillväxt i internationell jämförelse under decenniet innan krisen. Andelen av BNP som går till sjukvård är i stort sett genomsnittlig, men den andel av den samlade utgiften som går till öppenvård, slutenvård samt långtidsvård är bland den största (i motsatsförhållande till kostnad för medicinsk utrustning och liknande). Utgifterna för läkemedel är som ett genomsnitt inom OECD den tredje största utgiftsposten, och Sverige hade en i stort sett genomsnittlig utgiftsutveckling under seklets första decennium. I den senaste jämförelsen av absoluta tal ligger Sverige dock en bit under genomsnittet, oavsett om utgiften uttrycks per capita eller som andel av BNP.

I merparten av alla OECD-länder är offentliga sektorn huvudsaklig finansiär av hälso- och sjukvården, och Sverige är ett av de länder som har högst andel sådan finansiering. Under seklets första decennium minskade de svenska vårdtagarnas egenavgift till vården i relativ bemärkelse.

Tabell 5

Health Expenditure and Financing enligt OECD 2013 (avser år 2011 eller närmaste år) och OECD Europe 2014 (avser år 2012 eller närmaste år)

Health Expenditure and Financing	OECD 2013 Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder	OECD 2014 Rangordning i förhållande till bästa värde /totalt antal jämförda länder
Sjukvårdskostnad per capita (USD)	12/34	8/28
Årlig kostnadsökning för sjukvård per capita under en tioårsperiod	8/32	7/28
Hälso- och sjukvårdens kostnad som andel av BNP (%)	13/34	7/28
Kostnad för öppenvård, slutenvård och långtidsvård som andel av totala utgifter (%)	3/27	3/23
Läkemedelskostnader per capita (USD)	19/31	17/25
Läkemedelskostnader som andel av BNP (%)	25/31	22/25
Årlig kostnadsökning för läkemedel per capita under en tioårsperiod	17/29	11/24
Förändring av egenutgifter som andel av den totala sjukvårdskostnaden under en tioårsperiod	24/33	13/26
Kostnad för hälso- och sjukvård som andel av offentliga sektorns totala kostnader (%)	9/34	8/28

Utveckling av vårdens finansiering

I ett historiskt perspektiv har de främsta drivkrafterna bakom ökningen av utgifter för hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen varit ökning av folkmängd, förbättring av nationellt välbefinnande, ökning av kostnader för att leverera vård samt medicinsk och medicinteknisk utveckling. Den demografiska utvecklingen med en allt äldre befolkning lyfts ofta fram som kostnadsdrivare *per se*, men mycket talar för att detta synsätt behöver omprövas för att i planeringen ta höjd för de faktorer som verkligen driver kostnadsutvecklingen. En ökning av förväntad överlevnad skjuter endast fram behovet av de mer omfattande och dyra insatserna från hälso- och sjukvården.

I ett perspektiv av 50 år har de flesta av OECD-länderna ökat sina utgifter för hälso- och sjukvården 2-3 gånger. En rad nationella rapporter från olika länder talar för att fortsatt ökning med dubbling eller mer kommer att bli aktuell fram till år 2050. Ökningen av utgifterna är både i absoluta termer och i relativa termer med en direkt och indirekt påverkan på en rad andra samhällsutgifter. Detta ställer stora krav på att de centrala frågorna inom health policy kan adresseras på rätt sätt, för att skapa förståelse för konsekvenser av ökade utgifter men även olika möjligheter att möta behoven. I Sverige och andra länder med huvudsakligen skattefinansierat system måste prognosarbetet vara robust för att säkerställa en hållbar ekonomisk utveckling. Samtidigt ger detta system sannolikt större möjligheter till kontrollerad utveckling av utgifterna jämfört med många av de länder som har en diversifiering av former för finansiering och drift.

En beskrivning och analys av de prognosmetoder som används inom OECD för att ge fakta till beslutsfattare, visar att de policyfrågor som ska adresseras styr valet av metod liksom specifikationskrav på metoden (Astolfi 2012). Modellerna kan vara antingen prediktiva eller policy-orienterade. Prediktiv träffsäkerhet är ofta tillräckligt god i ett kortare tidsperspektiv, men möjligheten att påverka utvecklingen för hälso- och sjukvården är mindre. De policy-orienterade modellerna syftar till ge underlag för reformer och kunskap om vad de leder till, och har större betydelse i ett medellångt eller långt tidsperspektiv. Beroende på graden av aggregering och detaljeringsgraden särskiljer

man på mikro-baserad, komponent-baserad samt makro-baserad modell. Ingen modell kan anses vara överlägsen den andra, under förutsättning att rätt modell används för att möta behovsbilden. Samtliga modeller tar på något sätt hänsyn till demografisk utveckling, men de faktorer som är svårast att hantera och prognostisera är betydelsen av teknisk innovation samt beteendet hos dem som söker hälso- och sjukvård. I en internationell översikt är Sverige ett av de länder som arbetar med mikro-simuleringsmodell (SESIM) vilken med hjälp av trender inom demografi, hälsa, sjuklighet och dödlighet beskriver olika scenario och prognostiserar framtida behov av hälso- och sjukvård samt äldreomsorg (Astolfi 2012, Socialdepartementet 2010). Faktorer som driver utvecklingen av kostnaderna för hälso- och sjukvården finns såväl på efterfrågesidan (exempelvis åldrande, befolkningens hälsosituation, inkomstökning, vårdtagarnas beteende) som på utbudssidan (exempelvis teknologisk utveckling, förändringar i behandlingsrutiner, produktivitet, kostnad för att bedriva vård).

I ett nationellt perspektiv ger resultatet en viktig vägledning för beslutsfattare, men det är viktigt att man i regioner och landsting gör motsvarande prognosarbete med simulering med tanke på de variationer som finns. Skillnad mellan landsting och regioner avseende kostnad för hälso- och sjukvård kan vara upp till 20 % räknat i kostnad per capita och skillnader i DRG-kostnad kan vara 30% (Socialdepartementet 2012). Liknande skillnader föreligger i kostnader för äldreomsorg och vi vet från Öppna Jämförelser att det finns stora geografiska skillnader i tillgänglighet till vård liksom vårdresultat (ÖJ 2014).

Diskussion finansiering

I ett internationellt perspektiv finns en stor spännvidd avseende olika hälso- och sjukvårdssystem och stora skillnader i faktiska kostnader. Tabellerna från OECD ger sannolikt endast begränsad vägledning för den svenska vårdens beslutsfattare, så länge man inte väger in vilken resurs som skapas för pengarna liksom vilken vård som levereras. Tillgängliga redovisningar talar dock för att svensk hälso- och sjukvård kostar relativt mindre och vi har en relativt låg ökningstakt.

Vid försök till fördjupad jämförelse är det ytterst svårt att i litteraturen hitta relevanta kostnadsjämförelser mellan länder för olika åtgärder och behandlingar. De uppgifter som finns vilar på olika beräkningsgrund. Även en rättvisande nationell jämförelse är svår eftersom den svenska KPP-databasen (kostnad per patient) varken har nationell täckning eller omfattar alla diagnoser. Ett ökande arbete i regioner och landsting med kostnad för vårdepisoder liksom med värdebaserade ersättningsmodeller, kan eventuellt flytta fram positionerna inom området – om alla räknar på samma sätt.

Den senaste tidens diskussioner om vinster i välfärden får lätt slagsida när man inte har en samtidig redovisning av vårdresultat och kostnad. För att ge beslutfattare kunskapsunderlag behöver Sverige i större utsträckning söka nya vägar att även jämföra sig med hälso- och sjukvårdssystem med större inslag av marknadsekonomi, för att på det sättet lyfta sig över det principiella tyckande som hittills präglat debatten.

Jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem

Sverige jämför vårdresultat i systemperspektiv

Det finns ett antal exempel på initiativ till att svenska vårdresultat ingår i internationella jämförelser och med anläggande av ett systemperspektiv. Så fort jämförelserna vidgas till att omfatta mer än den för vetenskapssamhället så självklara jämförelsen av enskilda parametrar i kontrollerade studiesammahang och utan hänsyn tagen till omgivande sjukvårdssystem, tenderar dessa jämförelser att bli komplicerade. Därför behövs en systematisk beskrivning och analys av vårdens resurser och resultat ställda i ett perspektiv av ledning och styrning samt stödfunktioner.

Rapporten "Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård"

Denna rapport (Calltorp 2009) är en fördjupande uppföljning av en tidigare utredning med fokus på Sverige och med internationella lärdomar (Calltorp 2006). Den första rapporten konstaterade ett behov att Sverige går mot en mer kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling vilken bygger på fem grundläggande komponenter:

- Kunskapssökande ledare,
- En stark, bred och relevant forskning,
- Effektiva mötesplatser mellan forskning och praktik,
- En bra, kunskapsbaserad utbildning,
- En bra, kunskapsbaserad fortbildning.

Den uppföljande rapporten bygger på fördjupade studier i Sverige samt bland ett antal framgångsrika hälso- och sjukvårdssystem i Västeuropa och i USA. Slutsatserna är att det finns ett stort behov av förbättringar inom samtliga de områden som påtalats i den första rapporten och ett antal förslag på åtgärder lämnas. Rapporten bygger på synsättet att hälso- och sjukvården är samhällets mest

komplexa kunskapsorganisation och att de som leder den måste hantera en rad nya kunskapsområden och discipliner för att säkerställa den helhetssyn med tvärdisciplinär organisering vilken är nödvändig. De svenska organisationer som återkommande lyfts fram i rapporten som exempel på framgångsrikt systematiskt utvecklingsarbete på mikro- och meso-nivå är främst Jönköpings läns landsting samt Östergötlands läns landsting.

I rapporten konstateras att framgångsrika organisationer sätter *patientgruppsrelaterade huvudprocesser* i förgrunden. Patienternas behov samt vårdens resultat i termer av hälsovinster är i centrum för ledningsarbetet. Även personalen och dess olika kompetenser är i förgrunden i ledningsarbetet. Processorientering gör det möjligt att säkerställa starkt patientfokus. Indelningsgrunden för huvudprocesserna kan vara pragmatiska men bygger ofta på stora volymer, stora resursinsatser, vetenskaplig utveckling, behov av att definiera och förbättra flöden och ansvarsfördelning, samt att indelningen är medicinskt meningsfull. Utredningen konstaterar att ledningspraxis i Sverige fortfarande innebär att den traditionella personalorienterade indelningsgrunden är överordnad och att endast ett begränsat arbete med vårdens processer pågår.

En annan framgångsfaktor var att *kostnader relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser* kunde följas. Det är endast när man ställer hälsovinster i relation till kostnader som man verkligen kan värdera hälso- och sjukvårdens effektivitet. Utredningen konstaterar att ledningspraxis är ett mångårigt utvecklingsarbete med vårdens databaser, men att ett påtagligt utvecklingsbehov föreligger. Irrelevanta gränsdragningar mellan öppen och sluten vård liksom det faktum att primärvården endast finns med i begränsad utsträckning lyfts fram. Dessutom möjliggör inte databaserna fortlöpande avläsning.

Den tredje framgångsfaktorn var att genomföra *hälsobeskrivningar och behovsanalyser relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser*. Härtill kommer att beräkna behov av insatser liksom den resursåtgång som är nödvändig, samt vilka medicinska metoder som står till buds och kostnaden för att använda dessa. Slutligen lyfts målformulering fram och med ett beaktande även av sociala och politiska värderingar. Rapporten konstaterade att merparten av landsting gör övergripande analyser av hälsoläget, och cirka 2/3 går vidare mot fördjupade behovsanalyser. Få huvudmän ansåg dock att analyserna gav ett större genomslag i strukturbeslut eller beslut om resursallokering. Cirka hälften av huvudmännen redovisade dock ambitioner för att öka kopplingen mellan behovsanalyser och beslut.

Nästa framgångsfaktor var att *aktivt bevaka kunskapsläget inom medicin och omvårdnad och omsätta denna kunskap i förbättring av de vårdprocesser* man identifierat. Observandum är att agendan inte styrs av tongivande institutioner utan av eget intresse att förbättra processerna. Ledningspraxis i Sverige beskrivs som ett ökat intresse för aktiv bevakning av kunskapsläget, men frågor reses om samordningen av den nationella kunskapsstyrningen, huvudmännens förmåga att delta i prioriteringsbeslut liksom förmåga att dra nytta av de nationella kunskapsunderlagen. Inom läkemedelsområdet påtalas behovet av ett kunskapsbaserat ledningsarbete. Merparten av de svenska huvudmännen angav att de krav som ställs är begränsade till ekonomiska resultat samt vissa servicekvaliteter, men att utvecklingen gick mot att inkludera även funktionsförbättringar. Många påpekade att SKL's arbete med Öppna Jämförelser betytt mycket för utvecklingen.

Att *verksamheten stöds av integrerade IT-baserade journalsystem* var nästa framgångsfaktor. Systemen innebär samtidigt dokumentation, datahantering samt kliniskt beslutstöd. De internationella organisationer vilka är framgångsrika har drivit mångåriga utvecklingsprojekt och satsar betydande resurser. Utvecklingen av Nationell Patientöversikt liksom utvecklingen av 1177.se lyftes fram som viktiga utvecklingsprojekt i Sverige, men samtidigt betonades den komplicerade utvecklingsmiljön med ett stort antal huvudmän och ett antal olika IT-baserade journalsystem, vilken kan leda till långsamt införande och det faktum att lösningarna är omoderna när de väl är på plats.

Även *regelbunden resultatåterföring till individuella medarbetare och grupper* lyfts fram som en framgångsfaktor. Resultaten återförs till alla nivåer i organisationen och relateras till mål och krav vilka är öppet definierade. IT-baserade journalsystem med strukturerad adekvat information är vid sidan av ekonomisystemet den viktigaste informationskällan. Data samlas i vård-datalager och kan användas med hjälp av effektiva stödsystem. Utredningen konstaterar att återföring inte är ledningsrutin hos någon huvudman. Rutiner för att återföra data om läkemedelsförskrivning, sjukskrivningspraxis och väntetider finns dock på många håll. I övrigt beror dock aktivitetsgraden av engagemanget hos enskilda ledare ute i vårdorganisationerna. Flera huvudmän uttryckte utvecklingsambitioner, men då främst mot tekniska lösningar och inte analyskompetens. En möjlig förklaring är att politikerna inte kan hantera dessa viktiga resultatdimensioner, och därmed inte ställer krav på tjänstemännen.

Framgångsrika organisationer har verksamheter som *får metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete* och detta sker i samspel mellan medarbetarna i mikrosystemet och ledarna. Dessa organisationer har byggt upp infrastruktur med utbildningsaktiviteter och stödfunktioner. Vid tidpunkten för utredningen hade cirka en tredjedel av Sveriges sjukvårdshuvudmän etablerade metodstöd för förbättringsarbete och cirka en tredjedel hade planering på gång. En beskrivning av ledningspraxis i Sverige påtalar det ofta svaga deltagandet från ledningen i den process som bestämmer vilka förbättringar som är mest angelägna. Ledningens konkreta deltagande i arbetet visar att man förstår metoderna liksom deras betydelse för produktionsprocesserna.

Patienternas tillgång till sin journal på nätet överraskade något som framgångsfaktor vid tidpunkten för utredningen. Positiva effekter av sådan tillgång var stärkandet av patientens ställning, möjlig ökning av egenvårdsinsatserna, resursbesparing samt bieffekten att journalens kvalitet och stringens skärps. Ledningspraxis i Sverige vid tidpunkten för utredningen visade en svag utveckling och gällande lagstiftning angavs som ett hinder. Under de år som gått sedan utredningen genomfördes verkar utvecklingen har kommit igång i Sverige, även om vi har långt kvar till att vara jämsides med framgångsrika organisationer i Västeuropa och USA.

Den sista av framgångsfaktorerna angavs vara att *forskningskompetens används systematiskt för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet*. Studiens utgångspunkt är att hälso- och sjukvården har karaktären av kunskapsorganisation. I ett internationellt perspektiv används forskningskompetens på ett medvetet sätt för att utveckla vårdprocesser och organisation inklusive strategier och redskap för ledning och styrning. Av avgörande betydelse är att ledningen ser, uppfattar och strategiskt använder sig av forskningskompetens för utvecklingen. Rapporten lyfter fram Jönköping och Östergötland som främsta exempel på systematiskt och långsiktigt samarbete mellan forskare och praktiker för utveckling av ledning och styrning. Några huvudmän angavs utnyttja forskningskompetens vid vissa avgränsade projekt eller som merit vid rekrytering. I övrigt angavs forskningskompetens användas mycket lite eller inte alls.

Rapportens avslutande del avhandlar hinder och möjligheter i vårt land

- Tydligare ansvarsförhållanden mellan hälso- och sjukvårdspersonal, verksamhetschef och vårdgivare skulle underlätta
- Målstyrning och uppföljning behöver förbättras
- Den politiska styrningen behöver förändras med utveckling från gamla inadekvata arbetsformer till nya, vilka gör att man kan hantera även de komplexa, svåra och kontroversiella frågorna
- Tjänstemannaorganisationen behöver utveckla sina arbetssätt för en ökad professionalisering i mellanled mellan de vårdprofessionella och politikerna
- Ett förbättrat samspel med verksamhetschefer och vårdprofessionella genom patient- eller behovsgrupprelaterade processer med tydlig resultatriktning behöver säkerställas
- Samarbete i större regioner i tydlig nätverksform eller genom att skapa regionnivå ger förbättrade möjligheter att utveckla ledningsarbetet
- Utvecklingsenheter etableras på regionnivå för att ta sig an de utmaningar som utredningen pekar mot för att utveckla strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård.

Exempel på en konkret jämförelse mellan svensk hälso- och sjukvård och en framgångsrik vårdorganisation: Intermountain Healthcare, Utah, USA

Efter föregående rapport påbörjade framlidne professor Johan Calltorp ett fortsatt fördjupningsarbete för att studera flera framgångsrika vårdorganisationer i USA, ett land med en paradoxal spridning från mycket framstående vårdorganisationer och till mindre bra sjukvård. Parallellt med detta arbete bestämde SKL att hälso- och sjukvårdsorganisationen Intermountain Healthcare i delstaten Utah (främst Salt Lake City), skulle vara en av några få internationella förebilder för Sverige. Ett riktat fördjupningsarbete har resulterat i ytterligare en rapport som beskriver och analyserar organisationen (Daneryd 2014). Den kommer att följas av ytterligare rapport under 2015, vilken jämför kvalitetsindikatorer för 10 diagnoser i de båda hälso- och sjukvårdssystemen. Organisationens roll som förebild för det svenska nationella arbetet med kunskapsstyrning finns även beskriven i en nyligen utkommen masteruppsats (Kialt 2014). Eftersom framgång ofta är kontextuell, behövs en djupare förståelse genom systematisk beskrivning och analys av det vårdssystem man möter i en jämförelse, för att säkerställa att positiva exempel ska få genomslag vid implementering inom den svenska hälso- och sjukvårdens förbättringsområden.

Intermountain Healthcare har varit ett vårdssystem i snart 40 år och har under mer än 25 år byggt en organisationskultur med stark värdegrund och ständiga förbättringar och som plattform.

Utmärkande för Intermountain Healthcare

- Det är ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem sedan snart 40 år och inom ett avgränsat geografiskt område, d v s organisationen är både försäkringsorganisation och vårdgivare inom primärvård och sjukhusvård.
- Vårdkoncernen är verksam i det speciella marknadstänkande och den ekonomistyrning som präglar USA, men har trots detta en väl utvecklad balanserad styrning för de olika perspektiven i vården. Resultatet är vård av hög kvalitet och till en lägre kostnad än de flesta andra hälso- och sjukvårdssystem.
- Processperspektivet finns med som en central organisatorisk idé genom de kliniska huvudprocesserna, vilka leds och utvecklas av tvärprofessionella team. Motsvarande finns även för vårdens stödprocesser, och samtliga processer är tydligt målstyrda.
- Fyra principer kan anses vara vägledande för arbetet i hela vårdsystemet och ledningen strävar efter att konkretisera dessa tydligt genom arbetsätt vilka stödjer principerna: patientfokus/kundfokus, ständig förbättring, EBM/M samt systemsyn.
- Patientfokus och kundfokus är centrala begrepp för den systematiska kvalitetsutveckling som genomsyrar hela denna vårdorganisation genom processorientering sedan många år. Begreppen är komplementära, och organisationens patientfokus rymmer både patientcentrering och personcentrering.
- Kundfokus är dels mot alla intressenter internt i organisationen, främst i de så kallade stödprocesserna, men även en rad intressenter utanför organisationen. Ett mål är att vara en tydlig förebild som en framstående samhällsaktör.
- Den tillämpade vårdideologin vilken bygger på processorientering sedan 1980-talet, ger förklaringsmodellen att patienten hela tiden befinner sig i en matrisstruktur och är huvudrollsinnehavare i båda dessa två dimensioner, vilka följs upp och redovisas.
- Processorienteringen omfattar nu merparten av all vård och alla stödfunktioner i organisationen genom definierade processer uppdelade i fyra huvudgrupper.
- Vårdprocesserna samlas i elva huvudprocesser med liknande organisation och infrastruktur för ledning och utveckling. Den operativa ledningen och styrningen är genom delat ledarskap mellan läkare och sköterska och ett tvärprofessionellt samarbete i team präglar arbetet på samtliga nivåer i hela organisationen.
- Mätning och målstyrning av all vård både i processerna och i klinikstrukturen är centrala framgångsfaktorer, liksom att analysera och återkoppla alla resultat till organisationen. Samtidig mätning av både vårdresultat och ekonomiska resultat ger en samordning mellan verksamhets-/kvalitetsstyrning och ekonomistyrning, vilken leder till en naturlig närhet mellan dessa båda styrningsperspektiv.
- Board Goals är de övergripande mål för organisationen vilka ledningen varje år sätter upp och som finns på samtliga nivåer i organisationen.
- Ständig förbättring bygger på ett rigoröst systematiskt arbete enligt principerna i PDCA, vilket minimerar riskerna vid införande av nya metoder och vårdprocesserna är plattformen för förbättringskulturen.
- Organisationen har en central kvalitetsavdelning (Institute for Healthcare Delivery Research) som stöd och samtliga chefer ska ha genomgått ett väl etablerat ledarskapsprogram för förändringsledning, Advanced Training Program (ATP).
- Organisationen har en lång tradition av att använda IT och IS i vården och har en väl fungerande teknisk infrastruktur.
- EBM/M, evidensbaserad medicin och management, är grundläggande. Den starka patientfokuserade värdegrunden leder till att inget lämnas åt slumpen, och oavsett vilken typ av ny kunskap som tillförs, ska införandet testas rigoröst och effekter på vårdkvalitet och kostnad redovisas.
- Systemsyn präglar organisationens samtliga övergripande strategier, och centrala värden i dessa ger ett långsiktigt perspektiv inte bara på vårdsystemet utan även dess samspel med omgivningen.

Lärande från Intermountain Healthcare ger principiella möjligheter för Sverige

- Kvalitetsutveckling som bygger på generella managementprinciper om processorientering med fokus mot värdeskapande för patienten är fullt möjlig att omsätta i vårdpraktik.
- Systematiskt utvecklingsarbete med vårdprocesser som grund ger förutsättningar för standardisering av det som går att standardisera och frigör därmed utrymme för det som är svårare att standardisera.
- Verksamhetsstyrning av IS- och IT-utvecklingen med ett processperspektiv är fullt möjlig och ger då omfattande möjligheter till beslutstöd, men förutsätter långt tidsperspektiv och investeringar.
- Kvalitetsstyrning är det yttersta målet för kunskapsstyrning, men förutsätter en nära samordning med ekonomistyrningen. En fakta-baserad helhetssyn leder till en sammanhållen balanserad styrning på alla organisatoriska nivåer.
- Väl utvecklad involvering av patient och närstående med både patientcentrering och personcentrering, kan med fördel ske inom ramen för generella principer för management.
- Alla chefer och ledare ska behärska förändringsledning och främja tvärprofessionellt och tvärdisciplinärt samarbete.

Quaser-projektet

Benämningen på detta pågående EU-finansierade projekt är en förkortning för "Quality and Safety in Europe by Research", vilket syftar till att studera hur hälso- och sjukvården implementerar, sprider och vidmakthåller kvalitetsförbättringar (Robert 2011). Arbetet är fokuserat mot den komplexa miljö som större sjukhus utgör och ska inte bara beskriva och analysera framgångsfaktorer, utan även svårigheter och hur man övervinner dessa. Det övergripande syftet är att utforska sambanden mellan organisatoriska och kulturella karakteristika för sjukhus och hur dessa påverkar kvaliteten på vården. Resultaten av denna studie ska hjälpa beslutsfattare och ledare att göra det möjligt att skapa och vidmakthålla vård av hög kvalitet. Man vill skapa två typer av verktyg som stöd för beslutsfattare, ett för högre chefer och ledare på sjukhus och ett för finansiärer av sjukvård.

Fem europeiska länder (England, Nederländerna, Norge, Portugal, Sverige) deltar i projektet och man ska djupstudera mikro-, meso- och makro-nivåerna avseende effektivitet i kliniska arbetet, patientsäkerhet och patientens upplevande. Kvalitet ska konceptualiseras utifrån ett humant, socialt, tekniskt och organisatoriskt sammanhang. Tyngdpunkten ska ligga i translationell forskning vilken är evidensbaserad och strävar mot att ge både strategiska och operationella råd till beslutsfattare i Europa. Studien bygger på en kombination av kvalitativ och kvantitativ forskning.

Studieprotokollet utgår från antagandet att framtida forskning behöver vidga begreppet förbättring för att inkludera både kritiska organisatoriska och kulturella processer. Man strävar efter att definiera organisatoriska och kulturella karakteristika associerade med bättre vårdkvalitet i bred bemärkelse vilka inkluderar alla aspekter på ett sjukhus vilka har påverkan på klinisk effektivitet, patientsäkerhet och/eller patientens upplevande.

Man beskriver att de centrala utmaningarna för chefer och ledare är kulturella, utbildningsmässiga, emotionella, strukturella, politiska och fysiska/teknologiska (Burnett 2013). Tillgängliga resultat visar på stora olikheter mellan olika hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Det finns en påtaglig kulturell skillnad i begreppet kvalitet mellan de vårdprofessionella och administratörer. Det finns en påtaglig skillnad mellan de två ytterligheterna i organisationer som direkt accepterar kvalitetsbegrepp från toppen respektive de som aktivt arbetar med innehåll och förståelse. I den sistnämnda gruppen blir kvalitet en självklarhet bland dem som möter patienten i det dagliga arbetet.

De organisationer som arbetar aktivt med sina kvalitetsbegrepp ser utvecklingen som ett lärande och säkerställer tvärdisciplinära forum för reflektion. Hanteringen av de emotionella utmaningarna innebär både att förmedla en djupare förståelse kring kvalitet i vården, men även att exempelvis fira framgångar. En stor uppgift i ledarskapet för att hantera de strukturella utmaningarna är att hantera infrastrukturen för kvalitetsarbete med organisationens mål och utmaningar. I studiearbetet har man funnit att många administratörer uteslutande fokuserar på att etablera strukturer och system för kvalitetssäkring,

och i mindre utsträckning arbetar med själva kvalitetsförbättringen. I samtliga de studerade länderna har ledningspersoner att brottas med tryck från regeringar, myndigheter och professionella grupper. Innehållet i denna utmaning varierar mellan de olika länderna, och Nederländerna ska inom ramen för ett marknadsbaserat system hantera krav från olika finansiärer, vilket kan jämföras med Portugal som måste säkerställa kvalitetsförbättring samtidigt som man har en budgetminskning på mer än 10 %.

Resultatsammanställningarna från Quaser-studien kommer att leda till ett antal publikationer framöver. Visserligen är utmaningarna i huvudsak desamma för beslutsfattare i de länder som studeras, men olikheterna mellan de olika hälso- och sjukvårdssystemen är så stora att nästa utmaning blir hur man ska formulera råd till beslutsfattare.

Internationell jämförelse av cancersjukvård

År 2009 påbörjade SKL medverkan i ett partnerskap mellan sju länder med liknande hälso- och sjukvårdssystem för benchmarking, International Cancer Benchmarking Partnership, på initiativ av Department of Health i England. Målet var att kartlägga skillnader i canceröverlevnad och finna orsaker till dessa (SKL 2013). Arbetet involverade såväl kliniker som akademiker och tjänstemannaledning. Det svenska deltagandet var inom ramen för den Nationella Cancerstrategin och lärandet från andra länder skulle ligga till grund för det svenska förbättringsarbetet. Deltagande länder var Storbritannien, Kanada, Australien samt Sverige, Norge och Danmark och de fem diagnoser som skulle studeras var bröst-, lung-, tjocktarms-, ändtarms- och äggstockscancer. Från Sverige deltog Stockholm-Gotland och Uppsala-Örebro eftersom deras kvalitetsregisterdata angavs kompletta för den aktuella tidsperioden. En organisation med representanter från samtliga länder skapades.

Fem moduler planerades: epidemiologiska grunddata, intervjuer med allmänheten, intervjuer och enkäter till primärvården, kartläggning av ledtider samt behandlingsregimer och komorbiditet.

I SKL-rapporten angavs att arbetet fick tidsförskjutningar pga svårigheter att få fram jämförande material och dessutom fanns finansieringsproblem. Omfattande kompletteringar

och bearbetningar har varit nödvändiga för att få materialen jämförbara. Tidsförskjutningar ledde i sin tur till högre kostnader och därav ytterligare förseningar, varför de vetenskapliga publikationerna beräknas färdiga först mot slutet av innevarande år.

De resultat som lyfts fram i SKL-rapporten är att Sverige hävdar sig väl avseende överlevnad, och störst skillnad mellan länderna förelåg först året efter diagnos och för de patienter som var äldre än 65 år. För bröst-, kolorektal- och lungcancer har de svenska patienterna en relativt gynnsam utbredning av sjukdomen vid diagnos vilket innebär att tumörerna är bättre tillgängliga för behandling.

Svenska patienter har relativt sett något sämre kunskap om symtom vid cancer, men bedömer det lättare att söka läkarkontakt vid symtom. Analys av svenskarnas kunskaper om riskfaktorer visar att man känner till vissa, medan andra är mindre väl kända, samt att kunskapen är sämre vid lägre utbildningsnivå och hos personer äldre än 50 år.

Enkätstudien riktad till primärvårdsläkare fick ett mycket lågt deltagande i samtliga länder. Analysen visade att svensk primärvård utmärker sig genom längre läkarbesök, god tillgänglighet till skiktröntgen och magnetkamera, men sämre tillgänglighet till endoskopiska undersökningar.

Avslutningsvis summeras erfarenheterna inom SKL mot bakgrund av att Sveriges medverkan var inriktad mot förbättring av cancer vården genom konkret benchmarking, medan övriga deltagande länders utgångspunkt var mot produktion av vetenskapliga publikationer. Projektet bekräftade att Sverige i internationell jämförelse har tillgång till registerdata av unik omfattning och kvalitet, men registerjämförelse mellan olika länder är ett komplicerat område.

Inom Svensk Kirurgisk förening har man under åren gjort många jämförelser med sjukvård i andra länder. Cancersjukvården belystes i ett internationellt perspektiv inför valet förra året (Svensk Kirurgi 2014). Man konstaterar att svensk cancer vård generellt sett har goda resultat i internationell jämförelse, men att många länder kommit längre med att inrätta en ändamålsenlig nivåstruktur där färre kirurger opererar ett relativt sett större antal patienter per år, vilket för många diagnoser leder till bättre resultat. Samtidigt påtalas att den svenska cancerstrategin med en ökad samverkan mellan våra sex Regionala Cancercentra är en utmaning mot

den rådande klinikorganisationen inom kirurgin i Sverige. Hälso- och sjukvårdens organisation med långtgående självstyre i landstingen ska balanseras mot ökade krav på samarbete och samordning över gränser.

Diskussion jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem

I detta avsnitt har sammanfattats några olika typer av jämförelser mellan svensk hälso- och sjukvård och andra system, vilka har det gemensamt att de syftar till att skapa djupare förståelse för de data som kan användas för att jämföra vårdresultat och kostnader. Denna typ av jämförelser är nödvändiga komplement till exempelvis de resultatjämförelser som kommer ur OECD-databaserna, eftersom komplexiteten i hälso- och sjukvården gör att kontexterna är så olika. Det är viktigt att olika svenska aktörer ser ett värde i att utveckla jämförelser både så att de ger ett robust kunskapsunderlag till vårdens beslutsfattare och vetenskapliga publikationer av hög kvalitet.

Processororientering är en tydlig framgångsfaktor för hälso- och sjukvårdsorganisationer vilka används som förebilder på den internationella arenan. Utvecklingen omfattar då inte endast de egentliga vårdprocesserna, utan även processer för ledning och styrning samt stödprocesser. Arbetet genomsyrar organisationerna och det finns en infrastruktur som stödjer arbetet. Svensk hälso- och sjukvård har, trots uppdragen från Socialstyrelsen och SKL, fortfarande stor variation i hur man arbetar med processer (om man väljer att göra det). Det är viktigt att även vårdprocesser kan genomgå internationella jämförelser, inte endast enstaka mått.

Vägen framåt: resan är halva målet

Internationaliseringen av hälso- och sjukvården ger ökade möjligheter till jämförelser mellan olika hälso- och sjukvårdssystem, men ställer också successivt ökade krav på dessa jämförelser. Sverige har minst fyra av de viktiga förutsättningarna för att medverka i sådana jämförelser: stora databaser med patientdata (vilket gör att Big Data och Fast Data finns inom räckhåll), kvalitetsregister (under utveckling mot ökad ändamålsenlighet för ledning och styrning av vården), en utvecklad infrastruktur för IS och IT (vilken främjar både inrapportering och användning av data) och nationella riktlinjer för de flesta av de stora diagnoserna och diagnosgrupperna (trots en långtgående decentralisering av hälso- och sjukvården). Att patientdata bygger på våra unika personnummer och att den dominerande delen av hälso- och sjukvården rapporterar data, ger goda möjligheter till att följa utveckling över tid samt fånga trender inför det strategiska arbetet med att utveckla vården.

Tillgängliga data från internationella jämförelser ger en spretig bild av svensk hälso- och sjukvård. Helhetsintrycket är förvisso att vi har en hälso- och sjukvård som ger bra medicinska resultat och till en rimlig kostnad. Men om man sedan ser till tillgängliga resultatredovisningar från den internationella arenan avseende patientsäkerhet och bemötande av patienter ser vi tydliga förbättringsområden. Jämförelser av resurser för vård visar att vi har ett lågt antal sjukhussängar och jämförelser av aktiviteter visar att vi har relativt få läkarkonsultationer och korta vårdtider.

De positiva resultaten gläds vi åt, men de negativa tenderar vi att bortförklara genom att se dem som isolerade fenomen eller genom att spekulera i orsakssamband. Kunskapen om jämförelserna behöver öka.

Den ansträngda vårdresurs vi har i Sverige påverkar negativt både patienten och de vårdprofessionella. Därför finns många skäl att undersöka hur vi kan utveckla både effektivitet och arbetsmiljö.

Nationell benchmarking har utvecklats påtagligt på senare år, och generellt sett har många vårdresultat förbättrats, men fortfarande släpar resultat inom exempelvis patientsäkerhet och vårdens tillgänglighet. Sverige har en varierande tillgång till vård och ställvis påtagliga variationer i vårdens resultat. Detta är fortfarande uttryck för faktorer vilka bidrar till ojämlikhet i ett hälso- och sjukvårdssystem som nästan uteslutande är offentligt finansierat. Den självklara roll som Öppna Jämförelser och kvalitetsregister har bland beslutsfattare, borde även internationella jämförelser ha. Svenska beslutsfattare får då en lång rad av framgångsexempel att studera och inspireras av.

Begreppet kunskapsstyrning är ett vägledande begrepp för de nationella ambitionerna från SKL och Socialstyrelsen när man vill förbättra vården. Detta begrepp förekommer sällan i de internationella jämförelsesammanhangen. Istället används oftare begreppet kvalitetsstyrning, och skälet är troligtvis att eftersom kvalitet går att mäta så kan man styra mot den och därmed kan man också jämföra resultat. Kunskap är i dessa sammanhang av jämförelser ett mer abstrakt begrepp, även om det är en förutsättning för att styra mot kvalitet. Härtill kommer att de aktuella satsningarna på värdebaserade förklaringsmodeller i Sverige ställer krav på att begreppet värde är definierat. Oftare ligger det närmare ett kvalitetsbegrepp än ett kunskapsbegrepp (Nordenström 2014).

Svaret på huvudfrågan för denna rapport är att Sverige måste jämföra sig på den internationella arenan för att förstå varför den svenska hälso- och sjukvården överlag har många bra medicinska resultat trots en rad indikationer på brister i effektivitet, patientsäkerhet och resurstillgång. Kunskap från sådan jämförelse kan inspirera till att utveckla ledningen och styrningen av den svenska hälso- och sjukvården mot ännu bättre vård till rimlig kostnad.

Slutsatsen blir att internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem måste utvecklas till ett ännu tydligare kunskapsområde i Sverige och detta kan ske i flera steg för de olika delarna

- Genom att identifiera vilka framgångsfaktorer som är viktiga för svensk hälso- och sjukvård, kan vi identifiera våra framgångsexempel bland hälso- och sjukvårdsorganisationer på den internationella arenan och sedan studera kontexten där framgång skapats liksom motgång övervunnits.
- Kunskap från dessa jämförelser mellan olika hälso- och sjukvårdssystem behöver sedan återföras till vårdens beslutsfattare.
- Eftersom vi har både Big Data och Fast data inom räckhåll, kan vi säkerställa att vi redovisar resultat så, att vi på ett heltäckande sätt finns med i internationella jämförelsematerial.
- Eftersom vårdens komplexitet gör det nödvändigt att kunna leda och styra i realtid måste det vara en ambition att snabbare återföra både absoluta och relativa resultat till vårdens beslutsfattare och de vårdprofessionella, både direkt och i regelbundna sammanställningar.
- Hälso- och sjukvårdens komplexitet nödvändiggör att kunskapsområdet jämförelser av olika hälso- och sjukvårdssystem måste vara en tvärprofessionell och tvärdisciplinär angelägenhet för forskare och praktiker i samarbete. Fler behöver involveras, både på nationell och på regional nivå.

Men ...

Kunskapen från internationella jämförelser måste sedan av hälso- och sjukvårdens beslutsfattare omsättas i beslut och handling för utveckling, exempelvis inom patientsäkerhet och bemötande av patienter samt områden med indikationer på bristande effektivitet, som exempelvis de vårdprofessionellas börda av ineffektiv administration. Vårdens processer behöver utvecklas.

Referenser

- Anell A, Glenngård AH, Merkur S: Sweden: Health outcomes, health service outcomes and quality of care. European Observatory 2012a.
- Anell A, Glenngård AH, Merkur S: Sweden: Health system efficiency. European Observatory 2012b.
- Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Ten Asbroek AHA, Custers T: Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 15, No 5, pp 377-398.
- Astolfi R, Lorenzoni I, Oderkirk J: Informing policy makers about future health spending: a comparative analysis of forecasting methods in OECD countries. *Health Policy*, vol 107, No 1, pp 1-10 (2012).
- Burnett, S et al: Hospitals without borders. *Health Service Journal*, 21 (June 2013)
- Calltorp J, Maatz, G: Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård. Rapport i samarbete med LIF – de forskade läkemedelsföretagen (2009)
- Calltorp J, Maatz G, Johansson A: Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården (SKL och Socialdepartementet 2006)
- Daneryd P, Stenberg J, Elg M: (2014): Intermountain Healthcare – styrning för kvalitet i ett högpresterande system (SKL 2014)
- Edvardsson J, Arnholdt-Olsson A, Jeppsson B: "Mer tid för patienten hos läkare i England. En jämförande tidsstudie av svenska och engelska läkares arbetsdag". *Läkartidningen* 111, 29-31: 1236-1238 (2014).
- God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdsarbetet (Socialstyrelsen 2006)
- Health at a Glance 2013 – OECD Indicators (OECD 2014)
- Health at a Glance Europe 2014 – OECD Indicators (OECD 2015)
- Internationell jämförelse – Ännu bättre cancervård Delrapport 5 (SKL 2013)
- Kialt, S: Hur kan hälso- och sjukvårdsledare på makronivå utveckla sitt stöd till kliniska mikrosystem för att förbättra hälsa och vård? – En fallstudie av ett nationellt utvecklingsprojekt för kunskapsstyrning. Masteruppsats Jönköping (2014)
- Kibasi T, Teitelbaum J, Henke N: The financial sustainability of health systems: a case for change. Geneva: World Economic Forum and McKinsey & Company (2012)
- Kiivet R, Sund R, Linna M, Silverman B, Pisarev H, Friedman N: Methodological challenges in international performance measurement using patient-level administrative data. *Health Policy*, Vol 112, pp 110-121 (2013)
- Mant J: Process versus outcome indicators in the assessment of quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 13, No 6, pp 475-480 (2001).
- Ministry of Health and Social Affairs Sweden: The future need for care: results from the Lev project. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs Sweden (2010)
- Morgan D, Astolfi R (2014): Health spending continues to stagnate in many OECD countries. *OECD Health Working Papers* No. 68 (2009)
- Nordenström J: Värdebaserad vård – är vi så bra vi kan bli? Karolinska Institutet, University Press (2014)
- Nulägesrapport våren 2014: Satsningen på nationella kvalitetsregister (SKL 2014)
- OECD Health System Characteristics Survey 2012-2013 (February 2014)
- OECD Factbook - Economic, Environmental and Social Statistics (OECD 2014)
- Ono, T, Lafortune, G, Schoenstein, M: Health Workforce Planning in OECD countries. *OECD Health Working Papers* No. 62 (2013)
- Ono T, Schoenstein M, Buchan J: Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Working Papers* No. 69 (2014)
- Przywara B: European Economy. Projecting future health care expenditure at European level: Drivers, methodology and main results. *Economic papers* 417. Brussels: European Commission (2010).
- Punktprevalensmätning (PPM) av vårdrelaterade infektioner (VRI) våren 2015 (SKL 2015)
- Robert, G et al: A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the Quaser study protocol. *BMC Health Services Research* 11:285 (2011).
- Shortell S, Addicott R, Walsh N, Ham C: Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and seeing what works. *The Kings Fund* (2014).
- Siciliani L, Moran V, Borowitz M: Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries. *OECD Health Working Papers* No. 67 (2013)
- Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)
- Svensk Kirurgi, Vol 72, No. 2: 66-78 (2014)
- Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L: Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (2009)

Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten – om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012-2016 (SKL 2011)

Översyn av de nationella kvalitetsregistren "Guldgruvan i hälso- och sjukvården" - förslag till gemensam satsning 2011-2015 (SKL 2010)

Övriga källor

www.accountablecarefacts.org

www.highvaluehealthcare.org

www.medicare.gov

www.cms.gov

Forum för Health Policy

Forum för Health Policy (FHP) är en politiskt oberoende förening som verkar för ett kunskapsbaserat beslutsfattande inom de stora områden för långsiktiga utmaningar som Sverige står inför inom hälso- och sjukvården samt omsorgerna. FHP ska bland annat stimulera till problemlösning och kreativt beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och styrning. Plattformen har skapats genom att definiera policyrelevanta frågor, använda expertkunskap samt föreslå alternativa lösningar. Metoderna för arbetet har varit att göra kunskapsfronten inom forskning tillgänglig för beslutsfattare och skapa arenor för dialog och kunskapsutbyte. Verktygen för detta har varit kunskapsöversikter, workshops, seminarier samt frukostmöten.

Forum för Health Policy har femton medlemsorganisationer från hälsa, vård och omsorg samt Life Science. LIF – de forskande läkemedelsföretagen är en av de medlemmar som tillsammans med projektledningen för FHP och externa experter genomför fördjupningsprojekt inom aktuella policyrelevanta områden.

Föreliggande rapport "Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst? Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv", skriven av Peter Daneryd, MD PhD och projektledare på FHP, sammanfattar ett sådant projekt och vi hoppas att Du finner den intressant och användbar.

www.healthpolicy.se