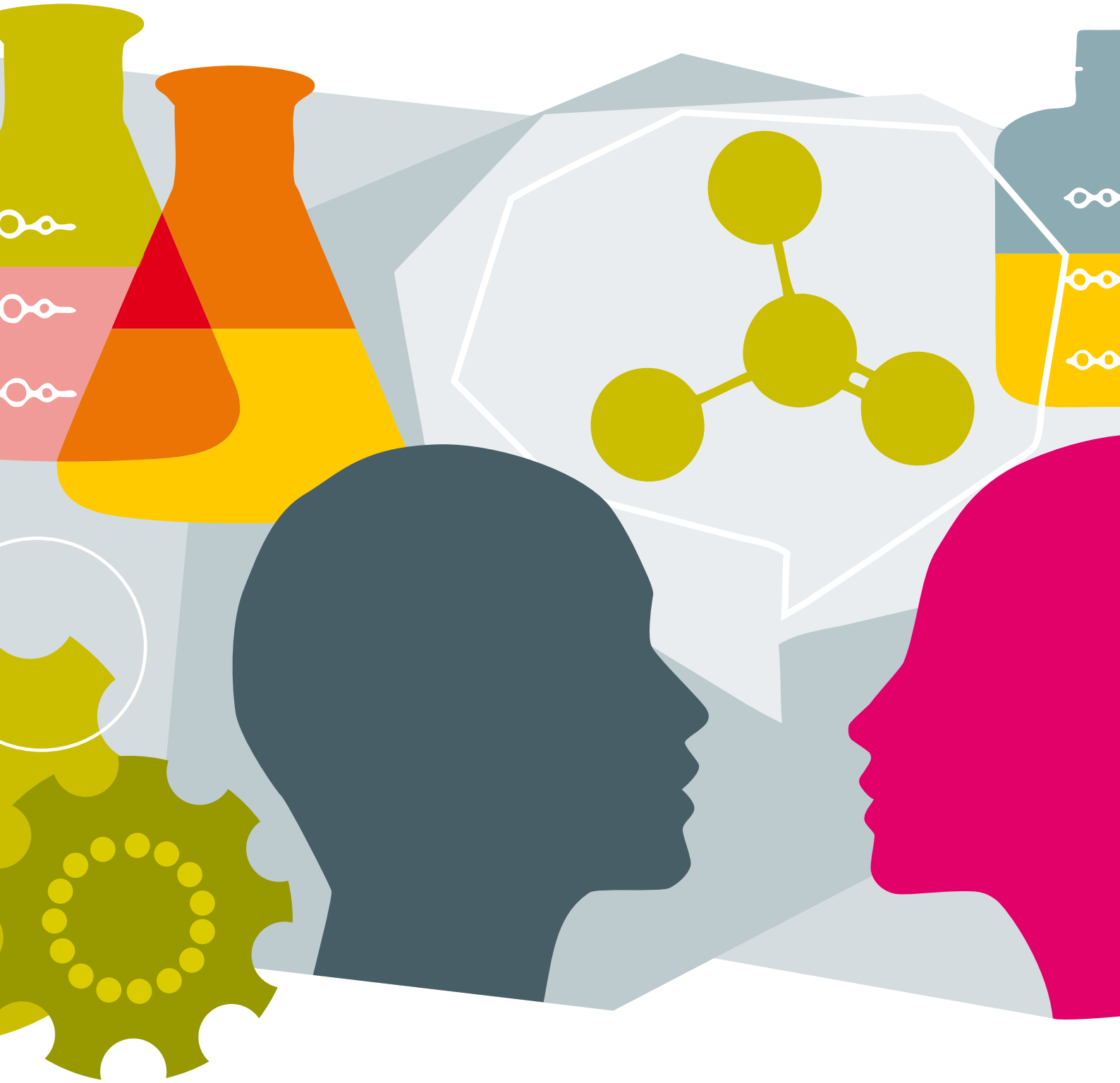
Forum
FÖR HEALTH POLICY

www.healthpolicy.se



WORKSHOPS 2011–2012

Forum
FÖR HEALTH POLICY

Forum för Health Policy – stimulerar kunskapsutveckling som stödjer beslutsfattande inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården blir alltmera komplex och mångfacetterad. Den är en central del av välfärden och utgör samtidigt den mest avancerade och mångdimensionella kunskapsorganisationen i samhället. Nya metoder och behandlingsmöjligheter ställer krav på förändrad organisation och nya tankesätt för vårdens styrning och ledning liksom för de vårdprofessionellas arbete. Som huvudsakligen skattefinansierad med starka krav på rättvisa och kostnadseffektivitet liksom högsta kvalitet är den svenska hälso- och sjukvården demokratiskt styrd via regering och riksdag och de 21 landstingen/regionerna.

De framtida utmaningarna kring begränsade resurser, kvalitet, effektivitet och rättvisa – liksom den komplexa och mångfacetterade kunskapsorganisationen – ställer speciella krav på beslutsfattande i och kring vården. Den politiska arenan är suverän att fatta beslut (eng. politics). Samtidigt kräver kunskapssamhället en större kunskapsunderbyggnad och åskådliggörande av alternativa handlingslinjer för besluten (eng. policy). Kunskaper, inte minst från svensk och internationell forskning, kring hälso- och sjukvården behöver göras tillgängliga som beslutsunderlag.

För att stimulera kunskapsbaserat beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens styrning och ledning har Vårdalstiftelsen tagit initiativ till Forum för Health Policy – ett oberoende nätverk som arbetar utifrån ambitionen att stärka hälsopolitisk analys (health policy analysis) i Sverige. Syftet är att bidra till nya tankar och kunskap som kan bistå beslutsfattare och politiker när de ställs inför allt fler strukturella och organisatoriska utmaningar. Målet är att ge nationella och regionala beslutsfattare en bredd av möjliga handlingsalternativ.

Forum för Health Policy startade i januari 2011 som ett pilotprojekt under tre år med ambitionen att verksamheten sedan ska fortsätta mer permanent. Vid starten var, förutom Vårdalstiftelsen, fyra medlemmar och finansiärer delaktiga: Ersta diakoni, Läkemedelsindustriföreningen (Lif), Pfizer AB och Vinnova. Kort därefter tillkom Carema och Vision. Under 2012 har AstraZeneca valt att vara med och fler parter kommer med under året.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

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

1. Workshops för beslutsfattare – en mötesplats där internationella experter, svenska forskare och beslutsfattare kan föra en dialog på policynivå om centrala frågor och viktiga utmaningar för hälso- och sjukvården.

2. Fördjupade policystudier inom nyckelområden som har identifierats i samband med workshops, genom medlemmarna och i forskarnätverket. Syftet är dels att generera eget material till kommande workshops, dels engagera svenska yngre forskare i arbete tillsammans med Forum. Dessa forskningsstudier har ettåriga perspektiv och genomförs med medel från särskilda finansiärer.

3. www.healthpolicy.se – en webbplats om ”hälso-policy” som samlar den senaste forskningen nationellt och internationellt. Här finns länkar till några av de viktigaste internationella organisationerna inom området. Via hemsidan kan man också ta del av våra rapporter, redovisning från workshops liksom de forskarnätverk i Sverige som successivt byggs upp.

4. Forskarnätverk – som ska bidra till att bredda och fördjupa debatten i Sverige och ta fram evidensbaserade strukturella och organisatoriska alternativ för framtida politik.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Med inspiration från Storbritannien och USA är målsättningen att Forum för Health Policy ska vara en plattform där politiker, beslutsfattare, forskare och praktiker kan mötas, öppet diskutera och få inspiration. Den långsiktiga ambitionen är att dialogen och den ökade kunskapen i samverkan ska leda till väl underbyggda politiska och organisatoriska beslut.

Internationella samarbeten och nätverk

En förebild för Forum för Health Policy är brittiska organisationer som Nuffield Trust och King's Fund, vilka sedan länge haft en roll som oberoende policyinstitutioner inom hälso- och sjukvårdssektorn. Forum för Health Policy samarbetar med båda dessa liksom med andra ledande europeiska och amerikanska organisationer såsom European Observatory on Health Policies and Systems i Bryssel och Commonwealth Fund i New York. En ökad internationalisering, perspektiv och kunskapsutbyte inom detta speciella kunskapsområde (health policy) är av stor betydelse i det viktiga förändringsskede som svensk hälso- och sjukvård nu befinner sig i.

Workshops – en mötesplats och kunskapskälla för beslutsfattare

Kärnan i Forum för Health Policys arbete har initialt varit att arrangera väl förberedda workshops på aktuella och komplexa teman. En svensk forskare eller expert har fått i uppdrag att sammanfatta kunskapsläget, den svenska utvecklingen och också föreslå handlingslinjer för framtiden (policy). En ledande expert från Europa eller Nordamerika har bjudits in för att ge ett internationellt perspektiv. Deltagarna har varit en mindre krets av särskilt inbjudna beslutsfattare och forskare som har fått ta del av underlagen i förväg. Efter respektive workshop publiceras allt material, såsom rapporter och presentationer, på vår hemsida. Syftet med dessa workshops är att ge underlag för en så fri och förutsättningslös dialog som möjligt. Forskningens kunskaper och de möjliga alternativa handlingsvägarna är en utgångspunkt – liksom å andra sidan den konkreta reella verkligheten i vården och beslutsfattandets realism.

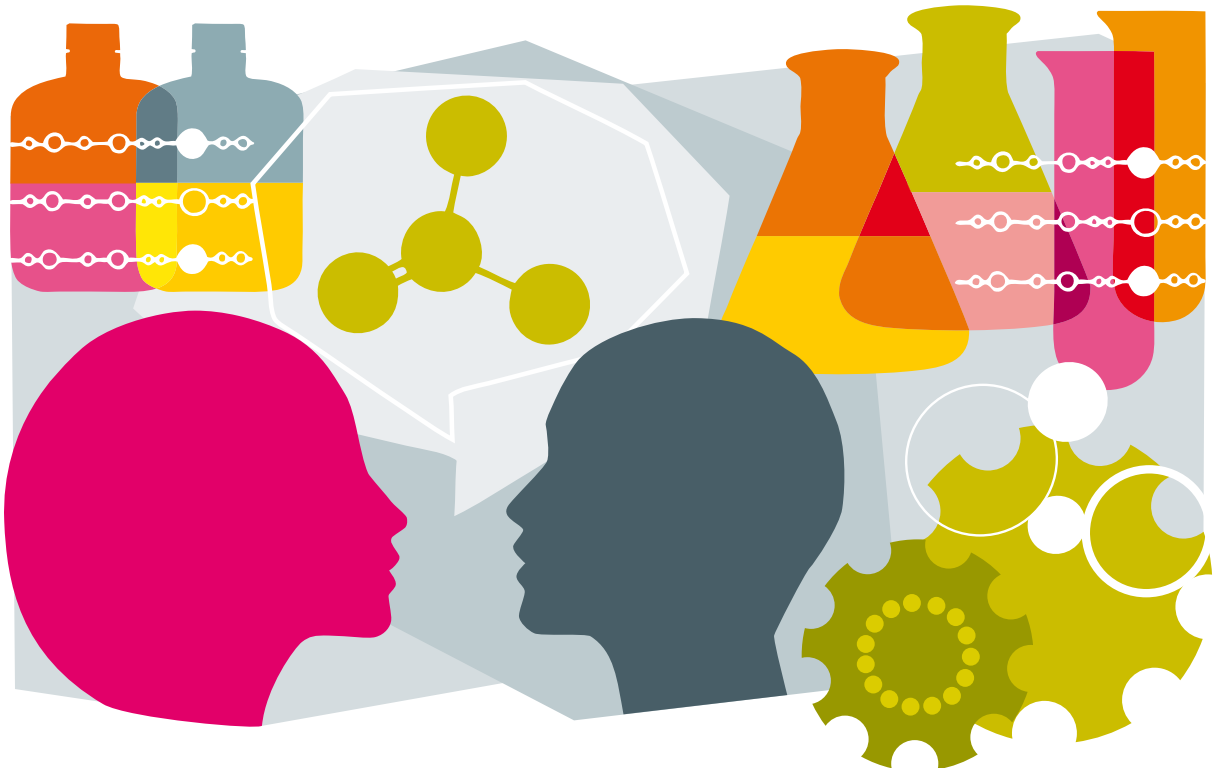
Forum för Health Policy har på det sättet belyst fem centrala utvecklingsområden inom svensk hälso- och sjukvård. Här redovisas de svenska forskarnas och experternas underlag så som de skrevs vid tidpunkten för workshopen. Varje författare svarar självständigt för innehållet. De internationella experternas presentationer finns på vår hemsida www.healthpolicy.se. Från det samlade materialet och diskussionen under dessa workshops har vi dragit 10 slutsatser och beskrivit så konkreta förslag som möjligt kring viktiga policyåtgärder. Vår förhoppning är att detta ska stimulera diskussion och konkret arbete inom "beslutsvärlden" men också demonstrera vad "health policy" är och kan vara.

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

Johan Calltorp, Professor hälsopolitik och ledarskap Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare and the Nordic School of Public Health, projektledare Forum för Health Policy.

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

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se



10 viktiga policyåtgärder som kan förbättra den svenska hälso- och sjukvården

1. **För att patienterna ska kunna välja vård** på ett meningsfullt sätt krävs förbättrad information kring vården ur en rad aspekter. Kommunikation och tidsbokning måste kunna ske med olika moderna lösningar. Information om kvalitet och jämförelser mellan vårdgivare måste göras lätt tillgänglig – i allt högre grad interaktivt via internet så att patienten kan göra informerade val.

2. **En djupare dimension av valfrihet** innebär att patienten blir en medaktör i vårdprocessen – dvs. att individen på allvar kan ta ställning till olika behandlingsalternativ och själv också förstå och vara aktiv i utformningen av sin vård. För detta krävs beslutsstöd för patienten så att han/hon kan ta ställning till fördelar och nackdelar med olika behandlingar (risker och nytta) – en intressant utveckling av sådana hjälpmedel pågår internationellt.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

3. **Drivkrafter att ge en god primärvård** – utöver de ekonomiska som är starkt framhävda i vårdvalets regelverk – bör tydliggöras. Förutom de ekonomiska drivkrafterna är medicinskt professionella motivationsfaktorer liksom etiska av stor betydelse. Det finns en risk att alltför starka ekonomiska motivationsfaktorer motverkar vårdens egentliga syften.

4. **Kvalitetsdimensioner** – alltså primärvårdens medicinska prestationer och innehåll – saknas till stor del i vårdvalsmekanismerna. Dessa redovisningar och mått bör snarast utvecklas – underlag och kunskaper finns såväl nationellt som internationellt! Medicinska jämförelser och en kvalitetskonkurrens mellan vårdgivarna, snarare än en ekonomisk konkurrens, måste vara vårdvalets vision. Vem ger den bästa primärvården?

5. **Använd den nya mångfalden av vårdgivare** för att i första hand nå vårdens mål av ökad och jämnare kvalitet utan högre kostnader! Kvalitetsmätningar och jämförelser mellan vårdgivare, liksom en mycket snabbare återkoppling till varje vårdgivare, är centrala redskap för detta.

6. **Nya aktörer och vårdgivare** kan vara avgörande för att bidra till innovationskraft och förnyelse av vården. Det kan gälla kliniska vårdmetoder och arbetssätt, men också sättet att organisera vården, skapa ökad tillgänglighet och högre kvalitet. kvalitet. Landstingen som har ansvar för det samlade vårdsystemet för sina respektive befolkningar måste avläsa hur nya vårdgivare bidrar till innovation i sättet att utföra vården.

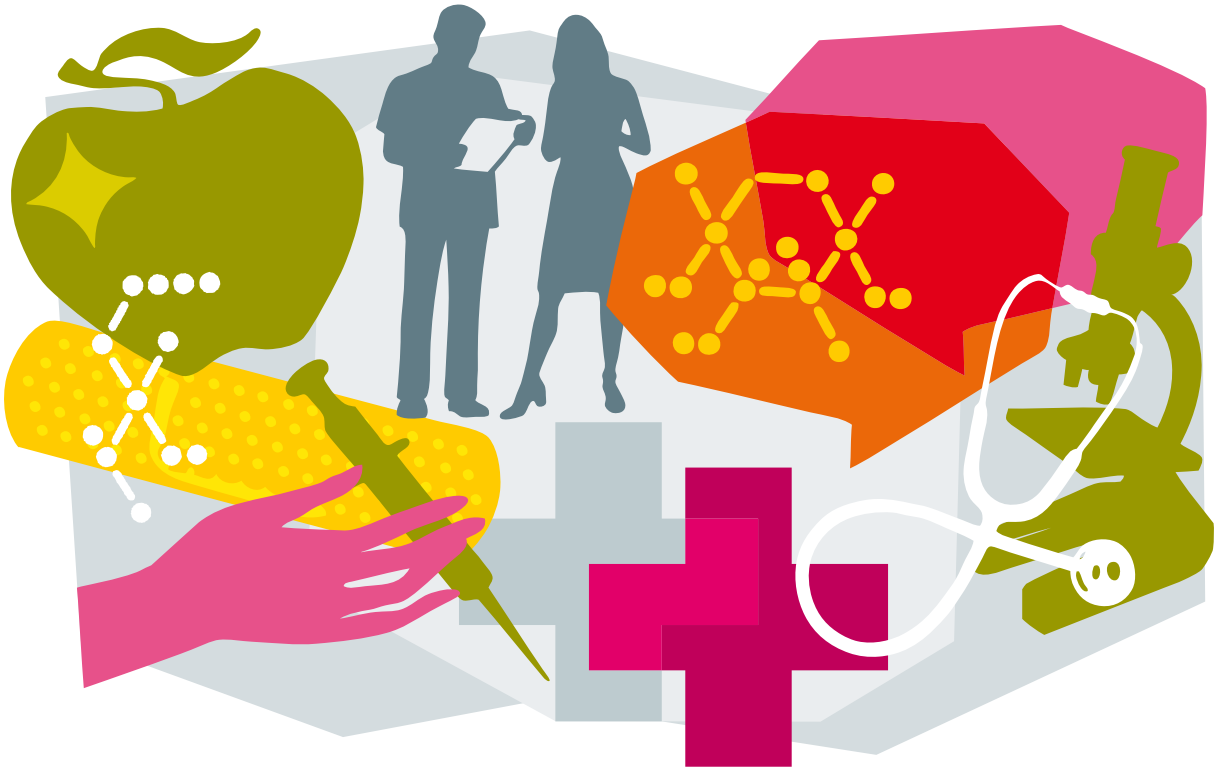
7. **Satsa på ersättningssystem** som tydligare speglar ökat värde och resultat av vården. Ersättning som säkerställer att vårdprocesser och hela vårdförlopp hålls samman är högt prioriterade.

8. **Det finns behov av en ökad nationell enhetlighet** kring metoder för beskrivning och ersättning av vården. Dessa är viktiga för att kunna utnyttja jämförelsemöjligheter mellan landsting och olika vårdgivare och utgör ett viktigt hjälpmedel för vårdens utveckling.

9. **Metoder som säkerställer sammanhållna vårdkedjor** för de kroniskt sjuka med flera sjukdomar, såsom ersättningssystem, uppdragsbeskrivning liksom uppföljning, måste införas inom vårdvalet.

10. **Patienternas samlade behov** – medicinskt, socialt, individuellt – måste vara styrande och få genomslag i vården av de äldre kroniskt sjuka. Patientens inflytande över vårdens utformning måste öka, speciellt för de svagaste och mest sjuka personerna.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se



Forum
FÖR HEALTH POLICY

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Innehållsförteckning

10 maj 2011
Workshop 1
Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården?

20 september 2011
Workshop 2
Hur kan primärvården ge högre kvalitet och bättre resultat?

18 november 2011
Workshop 3
Hur kan offentliga och privata vårdgivare arbeta tillsammans
för att uppnå hälso- och sjukvårdens övergripande mål?

23 februari 2012
Workshop 4
Hur kan den specialiserade vårdens ersättningssystem utvecklas
för att uppnå bättre resultat och högre kvalitet?

23 maj 2012
Workshop 5
En samlad vårdprocess för kroniskt sjuka – vilka incitament och redskap behövs?

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

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY

10 maj 2011 | Workshop 1

Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården?

(How Can Patients Steer Health Systems?)

En viktig utvecklingslinje är ”demokratiseringen” av hälso- och sjukvården i betydelsen större inflytande för patienten över sin vård och behandling. Detta inbegriper en rad aspekter från ökad frihet att välja vårdgivare, som under senaste tiden fått stor uppmärksamhet, till att få vård i tid och få en god tillgänglighet till vården.
Traditionen inom svensk hälso- och sjukvård beskrivs ofta som ”paternalistisk”. Vårdens roller och ritualer bygger oftast på att patienterna mera passivt mottar vården. Med de nya krav välutbildade och engagerade patienter ställer står hela vårdsystemet inför stora förändringar och utmaningar. Nödvändiga omställningar går långt utöver valfrihet för patienterna i en enklare mening att enbart välja vårdgivare. Morgondagens patienter måste ges en möjlighet att bli delaktiga i utformningen av sin vård. Hälso- och sjukvårdslagen definierar de nya kraven på vården och patientens ställning – och alla aktörer måste förändra roller och förhållningssätt: de vårdprofessionella (läkare, sjuksköterskor m.fl. yrkesgrupper), ledare och vårdadministratörer och andra beslutsfattare. För sjukvårdspolitikerna, som särskilt har att bevaka dessa aspekter, gäller det att i större utsträckning än hittills forma de sjukvårdspolitiska besluten utifrån patienternas perspektiv och krav. Dessa går i linje med en nödvändig förändring också av vårdens struktur och arbetssätt. Sjukvårdspolitikerna måste i en rollkonflikt i första hand företräda patienterna och deras intressen.

Konkreta förslag från denna workshop:

1. För att patienterna ska kunna välja vård på ett meningsfullt sätt krävs förbättrad information kring vården ur en rad aspekter. Kommunikation och tidsbokning måste kunna ske med olika moderna lösningar. Information om kvalitet och jämförelser mellan vårdgivare måste göras lätt tillgänglig – i allt högre grad interaktivt via internet så att patienten kan göra informerade val.

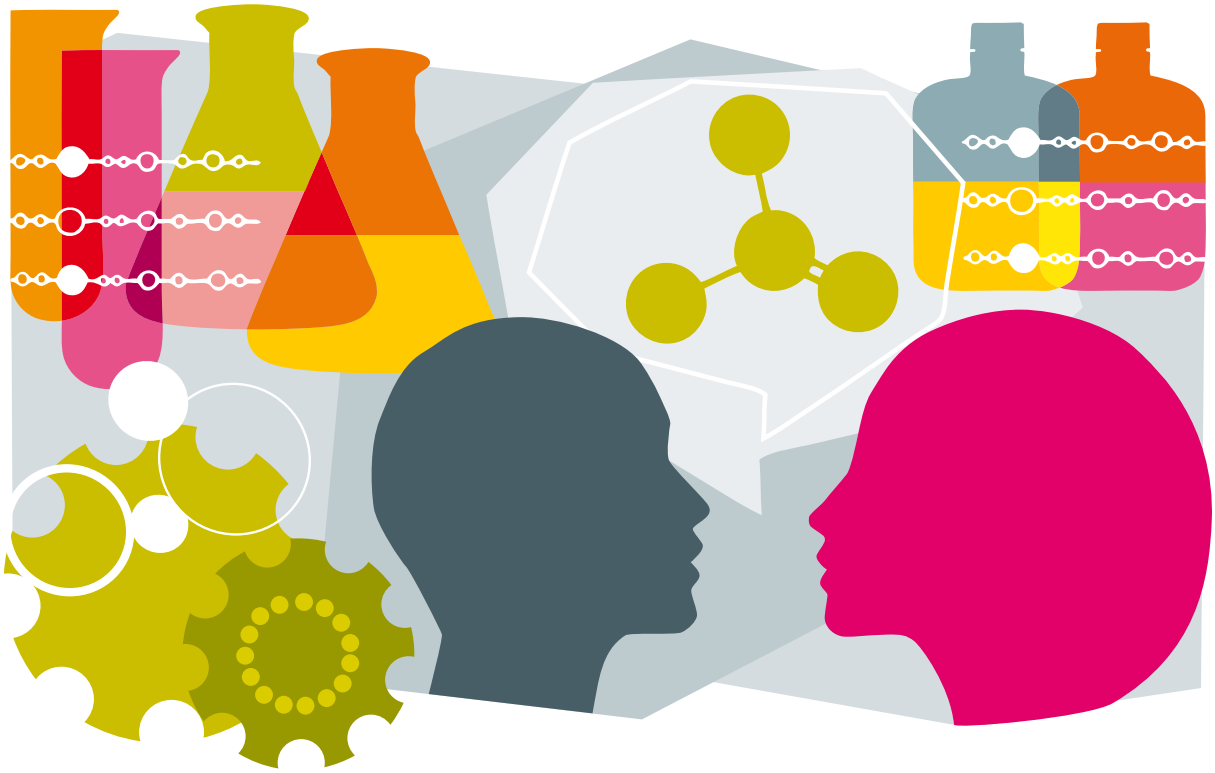
2. En djupare dimension av valfrihet innebär att patienten blir en medaktör i vårdprocessen – dvs. att individen på allvar kan ta ställning till olika behandlingsalternativ och själv också förstå och vara aktiv i utformningen av sin vård. För detta krävs beslutsstöd för patienten så att han/hon kan ta ställning till fördelar och nackdelar med olika behandlingar (risker och nytta) – en intressant utveckling av sådana hjälpmedel pågår internationellt.

FÖRFATTARE AV EXPERTRAPPORTEN: Ulrika Winblad, Docent, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
INTERNATIONELL EXPERT: Angela Coulter, Ph.D , Chef för Global Initiatives at the Foundation for Informed Medical Decision Making.

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

www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY



Kunskapsunderlag vid Workshop 10 maj 2011

Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården?

FÖRFATTARE:

Ulrika Winblad

Docent, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Innehållsförteckning

Inledning 4

Hur kan patienter påverka och styra vården? 5

Påverkan via röstsedeln 7

Patientorganisationers påverkan på beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården 8

Patienters klagomål – HSAN:s förändrade roll 10

Val av behandling 12

Val av vårdgivare som ett sätt att påverka vården 15

Diskussion 19
- Patientorganisationernas roll 19
- Patientlagstiftning och klagomålshantering 19
- Val av behandling 19
- Vårdval primärvård 20
- Vårdval specialistvård 20
- Mer forskning om patientorganisationernas nya roll 22
- Utveckling av en patienträttighetslag 22
- Förbättrade klagomålsprocedurer för patienter 22
- Utvecklad vårdvalsinformation 22
- Ändrade incitament för att öka vårdpersonalens involvering i valfrihetsreformerna 22

Tänkbara förslag som kan stärka patientens ställning 22
- Utveckla beslutsstöden för patienter i vården 23

Referenser 24

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Inledning

Flera studier vittnar om att dagens patienter vill ha mer inflytande när det gäller utformningen och innehållet i vården. Patienter önskar exempelvis mer information om den egna prognosen och olika behandlingsalternativ men vill också vara med och styra inriktningen på vården. Detta påverkar inte bara den traditionella rolluppdelningen mellan läkare och patient utan ställer också nya krav på vårdens organisation och utformning (Blomqvist & Rothstein 2000, Socialstyrelsen 2009, Newman & Vidler 2006).

Frågan om hur patienter och medborgare kan påverka och styra hälso- och sjukvården har kommit att bli en alltmer aktuell fråga i den svenska politiska debatten. Under senare år har flera politiska reformer införts med det uttalade syftet att stärka patientens ställning i vården, exempelvis det fria vårdvalet inom primärvården och vårdgarantireformen. Ett genomgående drag i de nya reformerna är att patienter och medborgare ges utökade valmöjligheter i vården. Grundpoängen med reformerna är att valet av exempelvis vårdcentral eller sjukhus är patientens eget och att patienten, från att ha betraktats som ett ”objekt” i vården numera ges reella möjligheter att påverka den egna vårdprocessen. Reformerna innebär således att de nationella beslutsfattarna, på ett aktivt sätt, överfört maktbefogenheter till patienterna.

Även om det i den pågående politiska debatten finns ett tydligt fokus på patientens valfrihet som den mest centrala påverkansmekanismen är detta inte det enda sättet för patienter att påverka vårdens innehåll och utformning. Traditionellt sett har patienter kunnat påverka vården genom flera andra kanaler, exempelvis genom att rösta i riksdags- och landstingsval, genom klagomålshanteringssystemet eller genom patientorganisationernas lobbyverksamhet. En central fråga är hur pass effektiva de nuvarande påverkanskanalerna är för att ge patienterna ett reellt inflytande över vårdens utformning och innehåll. Det finns exempelvis vissa indikationer på att patienternas uttryckta missnöje ökat under senare år, exempelvis har klagomålen till HSAN ökat sedan början av 2000-talet (HSAN 2011) och landstingens egna patientenkäter och patientnämndernas årsrapporter vittnar om ökat antal klagomål från patienter, framförallt rörande bemötande och informationsbrister i vården (Socialstyrelsen 2009). Syftet med denna rapport är att undersöka vilka faktiska möjligheter patienter och medborgare har att styra och påverka hälso- och sjukvården idag. I rapporten görs även, i den utsträckning det är möjligt, en jämförelse med utvecklingen i andra nordiska och europeiska länder.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Hur kan patienter påverka och styra vården?

Den teoretiska diskussionen om individers påverkan av offentlig verksamhet kan härledas till en bok av den amerikanske företagsekonomen Albert Hirschman: *Exit, Voice and Loyality: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States* (1970). I boken beskriver Hirschman olika möjligheter för individen att utöva inflytande inom organisationer. Hirschman utgår huvudsakligen från en företagsekonomisk diskurs, där varumarknaden står i centrum, men hans resonemang är applicerbara även inom den offentliga sektorn. Två påverkansmöjligheter ställs i boken mot varandra: ”exit” och ”voice”. Det första begreppet, exit (sorti), innebär att en missnöjd kund (liksom en patient eller klient) kan välja att lämna en producent till förmån för någon annan producent. Genom att ”rösta med fötterna” väljer kunden bort alternativ som är dåliga. Grundtanken i modellen är att kundernas sorti leder till att företaget får signaler om att något är fel och därför försöker korrigera sina brister för att inte förlora fler kunder. Det andra begreppet som Hirschman behandlar, *voice* (protest), innebär att kunden stannar kvar i organisationen och försöker att förändra den ”inifrån” genom att på olika sätt påtala eventuella brister. Förändringsförsök kan också ske på kollektiv basis, t.ex. genom konsumentorganisationer eller liknande.

Valfriheten i vården kan förstås som att patienterna får möjlighet till sorti, d.v.s. välja bort den vårdproducent, t.ex. läkare, vårdcentral eller sjukhus, som man är missnöjd med. Sortin sker oftast anonymt och påverkan sker i och med detta på indirekt väg. Hirschman betraktar själv sortin som det mest kraftfulla sättet att påverka ett företag eftersom den ger de tydligaste signalerna till ledningen om kundernas missnöje. Protestalternativet (*voice*) utgör mer av ett reservalternativ att ta till om sortin inte fungerar. Även om Hirschman förordar sortin som ett sätt för medborgare att påverka en offentlig verksamhet diskuterar han några problem som kan uppstå när sortialternativet utnyttjas; bland annat menar han att det ofta är de mest resursstarka medborgarna som lämnar en organisation som försämras. Det är ett problem eftersom det är denna grupp individer som organisationen skulle ha haft mest nytta av att behålla, genom att de ”inifrån” skulle ha kunnat föreslå förbättringar (Hirschman 1970).

Tabell 1. Olika möjligheter till patientinflytande

	Mekanismer	
	”Voice”	**”Exit”**
Kollektiv nivå	• Inflytande via patientorganisationer	• Offentliga val
Individuell nivå	• Klagomålsprocedurer • Val av behandling	• Val av vårdgivare

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

I vår fortsatta framställning kommer vi att använda oss av Hirschmans begreppspar *voice* och *exit* samt lägga till en ytterligare analysnivå som bygger på om inflytandet sker på individuell eller kollektiv nivå, dvs. om påverkansförsök sker via den enskilda individen eller om påverkan sker indirekt genom exempelvis en organisation. Sammantaget skapar begreppsparen *voice* och *exit* samt *individuell-* och *kollektiv* nivå en tabell med fyra olika tillvägagångssätt för patienter att styra och påverka hälso- och sjukvården, se tabell 1.

Den fortsatta analysen kommer att utgå från kategorierna i tabell 1. I den första delen av rapporten behandlas patienternas möjligheter till inflytande via valsedeln. Här handlar det om att patienter och medborgare på den kollektiva nivån kan påverka vårdens innehåll genom att rösta bort alternativ som man tycker är mindre bra. I den nästkommande delen behandlas patienternas möjligheter till inflytande på den kollektiva nivån via patientorganisationer och/eller medverkan i rådgivande och beslutande organ. Genom att vara representerade i olika sammanhang försöker patientorganisationer förändra vårdens verksamhet inifrån (*voice*). Patienter och medborgare kan också påverka vården på individuell väg, exempelvis genom nationella klagomålssystem eller genom att vara med och påverka vilken behandling man vill ha. I den fjärde, och mest utförliga delen, behandlas patienters möjlighet till inflytande genom ”exit” dvs. genom att välja och/eller välja bort olika vårdgivare. I den avslutande delen av rapporten diskuteras vilka förändringar som skulle kunna göras i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet för att stärka patientens ställning.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Påverkan via röstsedeln

Traditionellt sett har medborgarnas åsikter framförallt kanaliserats genom det representativa parlamentariska statsskicket. Detta innebär att det främst är genom allmänna val vart fjärde år som medborgarna kan uttrycka vilka frågor de tycker är viktiga och samtidigt uttrycka eventuellt missnöje med den offentliga servicen, däribland hälso- och sjukvården. Frågan är dock om medborgarnas åsikter kring just sjukvården får något tydligt avtryck i riksdagsvalet? Sjukvårdsfrågorna bakas då samman med alla andra politiska åsikter som ett parti representerar vilket innebär att det kan vara svårt för patienter att utöva ett tydligt inflytande över en viss fråga inom hälso- och sjukvården via de offentliga valen.

När det gäller just sjukvården är det emellertid landstingsvalet som är den viktigaste arenan för patienter och medborgare eftersom det främst är där som sjukvårdsfrågorna behandlas. Även om landstingen, enligt den kommunala självbestämmanderätten, formellt är ansvariga för organiseringen av sjukvården, visar forskning att allt fler beslut om sjukvårdens styrning och organisation fattas på statlig nivå. Fredriksson visar i en pågående avhandling att det finns tydliga tecken på en alltmer centraliserad sjukvårdspolitik, ett exempel på detta är en betoning på statliga regleringar (om exempelvis vårdgaranti och valfrihet i primärvården), ett ökat fokus på nationella riktlinjer samt en tydlig inriktning under senare år på nationell likvärdighet i vårdutbud och vårdutfall (Fredriksson 2010). Hur trenden mot en tydligare statlig styrning av vården påverkar patienternas möjligheter att påverka vården är svårt att sia om och är inget som kommer att behandlas vidare i denna rapport. Det man kan konstatera är dock att en mer uttalad statlig styrning innebär en utmaning mot den kommunala självbestämmanderätten och att detta riskerar att påverka medborgarnas påverkan negativt då frågorna avlägsnas från den lokala nivån. Samtidigt ska vi komma ihåg att flera av de nationella reformer som initieras under senare år berört just patientens rättigheter vilket gör att utvecklingen likväl kan sägas ha inneburit en positiv utveckling för patienternas ställning och inflytande. Möjligheten för patienter att påverka vården via de offentliga valen kommer inte att behandlas vidare i rapporten. Fokus ligger istället på de påverkansmekanismer som förändrats mer genomgripande under senare år, såsom patientorganisationernas förändrade roll och medborgarnas rätt att välja vårdgivare.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Patientorganisationers påverkan på beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården

En ytterligare möjlighet för medborgare och patienter att utöva inflytande på den kollektiva nivån är att verka genom t.ex. olika patientorganisationer eller genom medverkan i beslutande eller rådgivande organ. Om patienter och medborgare involveras i beslutsfattandet på kollektiv nivå innebär det att kvaliteten på besluten ökar och att besluten är bättre förankrade i patientgruppen vilket underlättar implementeringen av politiken. En granskning av vissa av landstingens hemsidor visar att det är sällan som enskilda patienter ingår i rådgivande organ i landstingen eller på statlig nivå. Istället sker representation, enligt den korporativistiska modellen, främst genom patientorganisationerna (men ibland även av andra organisationer, exempelvis pensionärsföreningar). Av denna anledning har vi valt att närmare undersöka patientorganisationernas roll i Sverige.

Idag deltar patientorganisationerna på olika sätt i beslutsfattandet på den nationella arenan. De deltar i offentliga utfrågningar, utövar lobbying mot enskilda politiker och tjänstemän, utgör remissinstans i den parlamentariska beslutsprocessen samt ingår i olika rådgivande organ.

I Sverige finns i dagsläget över 200 patientorganisationer varav en av de största, Reumatikerförbundet, har mer än 51 000 medlemmar. Tillsammans representerar således patientorganisationerna en stor del av Sveriges patienter. I Sverige är det framförallt de så kallade *Handikappförbunden* som representerar medborgare med funktionsnedsättning. Organisationen utgör en paraplyorganisation för 39 olika organisationer (här benämnda patientorganisationer), exempelvis Afasiförbundet, Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund och Reumatikerförbundet. *Handikappförbundens* påverkansformer är i hög grad institutionaliserade genom ett långvarigt samarbete med staten och de sitter idag med i inte mindre än 24 långvariga samarbetskonstellationer med statliga departement och myndigheter. Utöver detta tillfrågas också Handikappförbunden om att lämna remissyttranden i frågor som på något sätt berör deras verksamhet

De enskilda patientorganisationerna har normalt sett inte ett lika institutionaliserat samarbete med staten som paraplyorganisationen Handikappförbunden.
Samtal med företrädare för flera av de större patientorganisationerna i Sverige, bl.a. Demensförbundet, visar att det idag inte finns något formaliserat förfarande kring vilka enskilda patientorganisationer som får sitta med i referensgrupper på den nationella nivån eller utgöra remissinstans vid olika statliga utredningar. Detta är istället något som bestäms av beställaren av utredningen från gång till gång. Att sitta med i referensgrupper eller utgöra remissinstans innebär dock inte någon beslutsmakt i formell mening för organisationerna. Istället verkar patientorganisationers inflytande idag främst ske i form av en semikorporatistisk modell, dvs. det finna ingen formell reglering av hur medverkan ska gå till och organisationerna utgör enbart rådgivande instans.

I detta avseende tycks inte de svenska patientorganisationernas sätt att nå inflytande skilja sig särkilt mycket från organisationerna i andra europeiska länder. Liksom i det svenska fallet är exempelvis patientorganisationerna i Nederländerna representerade i rådgivande organ som sakkunniga och utgör

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

remissinstans i den parlamentariska beslutsprocessen. Precis som i det svenska fallet, finns heller ingen formell metod för att välja ut vilka organisationer som ska ingå i en viss beslutsprocess utan detta tycks ske delvis ad hoc (Bowenkamp et al 2009). Till skillnad från Sverige så finns det i Nederländerna däremot en lag som föreskriver att varje sjukvårdsorganisation ska ha ett patientråd (clientenraad) (Verheid 2011). Det finns ingen formell motsvarighet till denna lag i Sverige även om patientorganisationerna i de flesta landsting sitter med i olika brukarråd, exempelvis referensgrupper för läkemedel, olika handikappråd och reumatikerråd.

Forskningen visar att patientorganisationernas aktiviteter i flera europeiska länder alltmer har förskjutits till att försöka påverka den nationella politiken på olika sätt (Baggot & Forster 2008). Detta är en trend som är tydlig i alla nordiska länder där patientorganisationerna är mer politiskt medvetna nu än tidigare och på ett tydligare sätt tagit på sig rollen som lobbyaktörer gentemot politiker och myndigheter (Winblad & Ringard 2009). En svensk enkätstudie som utfördes 2006 bland de 60 största patientorganisationerna visade att organisationerna själva ansåg det som sin viktigaste uppgift att försöka arbeta för sina medlemmars intressen genom att påverka beslutsfattare på olika nivåer (Virdeborn 2006). Tiden då patientföreningarna främst arbetade med rådgivning och patientinformation tycks således vara förbi.

Att föreningarnas politiska aktiviteter och ambitioner ökat under senare år är tydligt. Frågan är bara vilken effekt detta ger när det gäller reellt inflytande för patienterna? Få studier har undersökt detta och det är därför svårt att ge något entydigt svar. En vetenskaplig studie som granskat patientföreningar i flera europeiska länder visar dock att i de fall patientorganisationerna lyckats att nå reellt inflytande så har de haft stöd från myndigheter, professionella och kommersiella intressen. Patientorganisationer som varit framgångsrika hade exempelvis skapat koalitioner med läkemedelsföretag kring vissa frågor (Baggott & Forster 2008). En holländsk studie visar också att reell påverkan inte främst sker genom medverkan i de formella beslutskanalerna utan framförallt genom att man använder media för att nå ut med sitt budskap (Bovenkamp 2009).

Sammanfattningsvis så sker patienters kollektiva inflytande via *voice* främst genom patientorganisationernas arbete med att påverka politiska makthavare. Staten söker aktivt patientorganisationernas åsikter i flera frågor men det är oklart vilka organisationer som väljs ut och hur de får medverka. Trots patientorganisationernas ökade politiska aktiviteter lämnar forskningen inget tydligt svar kring vilka effekter denna verksamhet ger i praktiken. En framgångsfaktor tycks dock vara att liera sig med olika parter, exempelvis media eller läkemedelsindustrin.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Patienters klagomål – HSAN:s förändrade roll

Ett annat sätt för medborgare att påverka hälso- och sjukvården är via de individuella voice-mekanismerna, se tabell 1. Här ryms exempelvis möjligheten för enskilda patienter att inkomma med klagomål på vården för att på så sätt förbättra verksamheten. I ett system med patienträttigheter är det tydligt vad patienten kan förvänta sig av vården – och vad man kan klaga på om man inte får det som man har utlovats. I det svenska fallet existerar det inte någon patienträttighetslagstiftning i ordets rätta bemärkelse. Istället är lagen formulerad i form av skyldigheter för vårdgivare och vårdpersonal och medför således enbart indirekta rättigheter för patienterna, exempelvis att erhålla information om sitt tillstånd och behandlingar.

I detta fall skiljer sig Sverige från de andra nordiska länderna som alla tre har explicita patienträttighetslagar. Finland var det första europeiska landet som antog en samlad patienträttighetslagstiftning, vilket skedde 1993. I lagen stipuleras finländska medborgares rätt till sjukvård, information om hälsostatus och information om olika behandlingsmöjligheter och dess risker. Liknande lagar antogs i Danmark 1998 och Norge 2001 (Winblad & Ringard 2009). Skillnaden mellan det svenska systemet och de övriga nordiska länderna, som har explicit rättighetslagstiftning, är att det är svårare för svenska patienter att utkräva sina rättigheter, exempelvis rörande information om olika insatser. I det danska och norska fallet kan patienterna exempelvis överklaga uteblivna rättigheter vilket är en principiellt viktig fråga när det gäller patientens ställning i vården.

Om vårdgivaren eller sjukvårdspersonal agerat medicinskt felaktigt gentemot en patient har det tidigare funnits möjligheter för svenska patienter att anmäla detta till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. HSAN hade möjlighet att ge sjukvårdspersonal olika disciplinåtgärder i form av en erinran eller en varning om det i HSAN:s utredning framkommit att personalen i fråga agerat medicinskt felaktigt.

Vid årsskiftet 2011 lades emellertid vissa delar av HSAN:s verksamhet ned, bl.a. patienters rätt att inkomma med klagomål på enskilda läkare och sjuksköterskor, och ersattes av en klagomålshanteringsfunktion hos Socialstyrelsen. Ett skäl till detta var att man från statens sida ville komma bort ifrån modellen där enskilda anställda i vården skuldbeläggs för misstag och istället fokusera systembrister i vården, exempelvis brister i rutiner eller schemaläggning (SOU 2008:117). Tidigare var det enbart möjligt för patienter att anmäla enskilda personer till HSAN. Nu behöver en missnöjd patient inte namnge en särskild person utan kan istället anmäla en enskild händelse, exempelvis felaktigt provsvar eller felaktig behandling.

En tydlig nackdel, som flera remissinstanser tog upp i sina remissvar till utredningen som föregick riksdagsbeslutet, är att det inte längre är möjligt att utdela disciplinpåföljd till vårdpersonal som gjort fel i vården, dvs. varning eller erinran. Detta, menade flera remissinstanser, kommer att skada förtroendet för vården. Dessutom, skriver HSAN i sitt remissvar till utredningen, är det ett problem ur patienthänseende att Socialstyrelsens beslut inte går att överklaga och att de som anmält en händelse inte kommer att ha insyn i utredningsprocessen eftersom sekretess gäller hos Socialstyrelsen (HSAN 2008). Generaldirektören för HSAN menar vidare att många patienter kommer att känna sig frustrerade när det inte går att ställa enskilda individer till svars och att detta

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

troligen kommer att öka de civilrättsliga processerna mot vårdpersonal (Dagens medicin 2011).
Vilka konsekvenser den nya organisationen får i praktiken är än så länge oklart. I slutet av april hade fortfarande inget ärende slutförts där Socialstyrelsen formulerat kritik mot en vårdgivare. Regeringen har dock nyligen gett Statskontoret i uppdrag att utvärdera om den nya klagomålshanteringen lever upp till kraven på patientsäkerhet, bl.a. ska man undersöka om antalet polisanmälningar mot hälso- och sjukvårdens personal har ökat i och med det nya klagomålssystemet.

Till skillnad från i Sverige så finns det i Norge formella möjligheter för patienter att utkräva sina patienträttigheter. Detta gäller även beträffande ”mjukare” patienträttigheter såsom rätt till val av sjukhus, rätt till information samt rätt till delaktighet i beslut om behandling. Om patienten har försökt att få sina rättigheter uppfyllda genom att först lämna klagomål till vårdenheten och sedan till Helsetilsynets lokala enhet, så finns det slutligen möjlighet för patienten att gå till en vanlig domstol för att pröva sina rättigheter där (Helsetilsynet 2010). Även om det än så länge enbart förekommit i enstaka fall att norska patienter överklagat uteblivna patienträttigheter så innebär det ändå en principiell viktig skillnad mot det svenska systemet där patienterna har saknar denna rättighet.

Sammanfattningsvis är det tydligt att möjligheterna för patienter att påverka vården via klagomålsprocedurer är relativt begränsad i det svenska fallet. Vilka effekter Socialstyrelsens nya klagomålshantering får i praktiken är än så länge oklart. Eftersom en explicit patienträttighetslagstiftning fortfarande saknas i Sverige är dessutom möjligheten för patienten att utkräva sina rättigheter mycket begränsad.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Val av behandling

Ytterligare ett sätt för enskilda patienter att påverka sin situation i hälso- och sjukvården ”inifrån” systemet, dvs. via de individuella *voice*-mekanismerna, är möjligheten att välja behandling. Formellt sett är rätten att själv välja behandling numera en central princip i de flesta sjukvårdssystem. Historiskt sett har detta ofta inte varit fallet. Det traditionella idealet för patient-läkarrelationen har länge utgått från en paternalistisk syn där det är läkaren som ensam är ansvarig för beslutsfattandet på grundval av sitt biomedicinska kunskapsövertag. Ett implicit antagande i den modellen är att det finns objektiva kriterier för vad som är bäst för patienten utifrån den biomedicinska kunskapsmodellen.

De senaste decennierna har dock en ny syn på patient-läkarrelationen vuxit fram utifrån kritik mot den paternalistiska modellen. Utgångspunkten har varit att patienten bör ges en mer aktiv roll i behandlingen vilket föranlett en omvärdering av hur relationen mellan patient och läkare bör se ut. Detta resonemang bygger på att det i många fall inte finns *en* behandling som är objektivt bäst utan att detta beror på patientens syn på risk och konsekvenser av en viss behandling. En patient kan exempelvis föredra en längre behandling med färre biverkningar framför en kortare, mer intensiv behandling.

Ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen från 1999 gör det numera möjligt för en patient att själv få välja behandling vid de tillfällen flera behandlingar är tillgängliga (1 kap. 3 §):
”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.”

Vidare finns även vårdpersonalens skyldighet att medverka till att patienten får välja nedskrivet i den nya patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap. 7§):
”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.”

Lagförändringen 1999 motiveras med att den medicinska teknikutvecklingen gått framåt och att antalet behandlingsalternativ blivit fler på grund av detta. Den rättighet som ges i lagen är dock tämligen villkorad eftersom det också står i lagen att patienten bara skall få välja behandling när det finns en rimlig proportion mellan kostnad och nytta och när kostnaderna för alternativen framstår som ”befogade”. Vidare skall noteras att patienten enbart ges möjlighet att välja mellan behandlingar som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är följaktligen inte reglerat att patienten får välja exempelvis alternativmedicinsk behandling som inte är evidensbaserad. Vidare kan man konstatera att patienten inte ges någon formell rättighet att utnyttja detta; lagen är istället formulerad som en skyldighet som åläggs både landstingen och den enskilde sjukvårdspersonalen med ansvar för patienten i fråga.

Även om det i praktiken kan te sig som en självklarhet att patienten ska ha möjlighet att välja behandling då flera alternativ står till buds så uppkommer dessutom flera praktiska såväl som etiska problem i hur regelverket

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

ska tillämpas i praktiken. Ska exempelvis en läkare upplysa patienten om varje möjlig likvärdig behandling eller ska läkaren själv göra en screening och enbart presentera vissa alternativ? Vidare uppstår frågan hur läkaren ska presentera alternativen. Ska de olika behandlingarna lyftas fram som jämbördiga alternativ även om de inte är det i alla aspekter? I vilken utsträckning ska den behandlade läkaren lyfta fram vilken behandling han/hon själv föredrar? Hur man än väljer att lösa detta problem uppstår en svår gränsdragning mellan läkarens professionella ansvar och patientens rätt till ett självständigt val beträffande behandling. Den ansvariga läkaren hamnar otvivelaktigt i en besvärlig etisk situation i de fall patienten väljer en behandlingsmetod som de själva inte anser vara den allra bästa (Capozzi et al 2009; Lantos et al 2011).

Även om trenden i de flesta länder numera går mot att patienter är mer delaktiga i beslutet om behandling är det fortfarande relativt oklart i vilken utsträckning patienterna i praktiken är intresserade av att välja behandling. Hälso- och sjukvårdforskaren Angela Coulter skriver att resultatet från patientenkäter visar ”a large unmet demand for greater involvement in treatment decisions that persisted over the past eight years” (Coulter 2010, 973).

I detta avseende tycks olika studier visa delvis olika resultat. Engelska Care Quality Commision’s nationella enkäter visar att en viss andel, men definitivt inte alla, patienter önskar vara mer involverade i det kliniska beslutsfattandet; 48 procent av inlagda patienter och 30 procent av primärvårdspatienterna vill vara mer involverade i bl.a. val av behandling (Care Quality Commission 2010). I en annan studie fick patienter som nyligen diagnostiserats med bröstcancer välja huruvida de själva ville spela en aktiv roll i beslutet om behandling. Där svarade något över hälften (52 %) att de ville att läkaren skulle fatta beslutet åt dem (Beaver et al 1996). Det verkar således finnas delvis olika uppfattningar om hur involverade patienterna önskar vara i val av behandling. Tydligt är att det fortfarande finns en grupp patienter som inte är intresserade av att välja behandling själv utan istället föredrar att lämna över beslutet helt till den behandlande läkaren. Orsakerna till detta kan naturligtvis variera men kan bero på en rädsla att fatta fel beslut eller en stark tilltro till att läkaren kommer att fatta det beslut som är bäst för en själv.

När det gäller just val av behandling har patientens läkare en central roll. Patienten behöver information om de olika behandlingsalternativen samt information om risk och konsekvenser av behandlingarna. Denna typ av information är ofta teknisk till sin natur vilket gör läkaren till den främsta informationskällan. Forskningen visar emellertid att läkarkåren har olika inställning till patientens val och att de informerar patienterna i varierande utsträckning (Dixon et al. 2010, Winblad Spångberg 2003). För att underlätta för de patienter som själv vill vara med och bestämma behandlingsalternativ - och för att de inte enbart ska vara beroende av vårdpersonal för att välja - har man därför i flera länder, bl.a. England och USA utvecklat så kallade decision aids, eller *beslutsstöd*. Dessa är specifikt framtagna för att göra det lättare för patienter att bilda sig en uppfattning om fördelar och nackdelar med olika behandlingsalternativ vid en viss diagnos. Ett beslutsstöd innehåller bland annat en detaljerad beskrivning av olika behandlingsalternativ och utfall, sannolikheter för olika utfall och risker samt övningar för att ta reda på hur patienten själv värderar olika risker och fördelar med olika behandlingar.

En genomgång av de studier som utvärderat användningen av beslutsstöd visar att effekten av användandet av dessa till synes är god. Bland annat leder beslutstöd till att de patienter som använt dem upplever en lägre grad av osäkerhet kring beslutet

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

av behandling, både vad gäller osäkerheten kring den egna kunskapen om de faktiska behandlingsalternativen, men även beträffande kopplingen till personliga värderingar i frågan, exempelvis hur man värderar risker och konsekvenser av olika behandlingsalternativ. Som väntat ledde också användningen av beslutsstöd till en ökning av andelen patienter som var aktiva i beslutsfattandet men paradoxalt nog inte till att patienterna blev mer nöjda med sina beslut (O'Connor et al 2009). Studier har dock visat att patienter som fick tillgång till beslutsstöd i högre utsträckning valde att avstå från behandling jämfört med testgruppen som inte fick tillgång till beslutsstöd – i det undersökta fallet PSA-screening (Ramel 2004). Beträffande det medicinska utfallet vid användandet av beslutsstöd har emellertid ingen effekt kunnat påvisas, varken positiv eller negativ (O'Connor et al 2009).

I Sverige finns än så länge inget nationellt utvecklat beslutsstöd enligt definitionen ovan. Det närmaste man kommer ett nationellt beslutsstöd är 1177.se som framförallt erbjuder lättillgänglig information om sjukdomar och besvär samt vilka behandlingar som normalt används. Inriktningen är dock inte den att stödja patienten i ett val av behandling utan snarare att erbjuda information till patienten om olika sjukdomar. En genomgång av nationella och regionala aktörers webbplatser ger heller inga belägg för att regioner eller landsting lägger någon större vikt vid att erbjuda jämförande information som skulle kunna ligga till grund för just val av behandling (Winblad & Andersson 2011). Avsaknaden av beslutsstöd innebär att det blir upp till den enskilde behandlande läkaren eller sjuksköterskan att informera patienten om olika behandlingsalternativ. Detta kan i praktiken bli problematiskt då informationen till patienten blir beroende av den enskilde sjukvårdspersonalens kunskap om fältet och dess pedagogiska förmåga. Resultatet kan bli att graden av delaktighet varierar där vissa patienter får en god information om sina behandlingsalternativ medan andra får en bristfällig information om alternativen eller ingen information alls.

Sammantaget kan man konstatera att den svenska lagstiftningen är tydlig beträffande att patienter ska få möjligheten att själv välja behandling i de fall likvärdiga behandlingsalternativ existerar. Här är det dock problematiskt att fastställa vad "likvärdig" egentligen innebär och att få läkarkåren att aktivt involvera sig i informationsförmedlingen till patienter. Tydligt är också att utvecklingen av beslutsstöd borde utvecklas i den svenska kontexten för att val av behandling ska kunna öka patientens inflytande på ett reellt sätt. Utvecklingen vad gäller information på området har dock inte följt med utvecklingen inom lagstiftningen. Här finns således en stor utvecklingspotential.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Val av vårdgivare som ett sätt att påverka vården

Det kanske mest explicita sättet för patienter att påverka vården är att utnyttja sina valmöjligheter. I ett system där patienter ges möjlighet att fritt välja – och välja bort vårdgivare – innebär det att patienter får en helt ny styrande roll i vården. Om patienten ska kunna ha denna styrande funktion är emellertid en viktig förutsättning att den ekonomiska ersättningen till vårdgivarna verkligen följer patientens val. Tanken i modellen är att patienterna påverkar utbudet av vård genom att välja de vårdgivare som bäst uppfyller deras kvalitetskrav och att dessa därmed belönas. Medborgarna, eller patienterna om man så vill, agerar på detta sätt mer som kunder på en privat marknad.

I Sverige introducerades den första valfrihetsreformen i början av 1990-talet då patienterna gavs möjlighet att välja vårdcentral och sjukhus. Detta reglerades främst genom en överenskommelse mellan Landstingsförbundet och de enskilda landstingen. Innan dess var den svenska sjukvården i hög grad centralstyrd och det fanns få möjligheter för den enskilde att påverka formerna eller innehållet. Att själv välja vårdgivare var möjligt endast i undantagsfall. Enligt regelverket ”hörde” medborgarna till en viss vårdcentral och ett visst sjukhus och kunde enbart söka vård där. Valfrihetsreformerna innebar att de strikta områdesgränserna som tidigare styrt patientens vårdkonsumtion luckrades upp och ersattes av ett system där patienten efter egna önskemål kunde välja vårdgivare.
Det viktigaste politiska syftet med valfrihetsreformerna var att stärka patienternas ställning i vården, med andra ord öka den enskildes inflytande. Många patienter upplevde nämligen under 1980-talet sjukvården som en stel och byråkratisk vårdapparat som lämnade lite utrymme till den enskilda individen. Genom att patienterna gavs möjlighet att välja (eller välja bort) läkare, vårdcentral eller sjukhus hoppades man från politiskt håll att patienterna skulle känna sig mer delaktiga i vårdprocessen (Winblad Spångberg 2003).

Även om valfrihetsreformen som sjösattes i början av 1990-talet var relativt långtgående implementerades den inte särskilt väl. Vårdpersonalen kände inte till regelverket i någon större utsträckning och i många landsting blev patienter fortfarande hänvisade till den vårdcentral eller sjukhus som låg närmast deras hemadress. Eftersom överenskommelsen inte var legalt bindande fanns det ingen möjlighet för staten att tvinga dessa landsting att möjliggöra för patienterna att kunna välja vårdcentral (Fredriksson & Winblad 2008). Bland annat med anledning av detta beslutade regeringen att från och med 2010 genomföra en ändring i hälso- och sjukvårdslagen vilken innebär att det blev obligatoriskt för alla landsting att införa ett vårdvalssystem inom primärvården. I samband med denna reform valde man även att införa etableringsfrihet för privata vårdgivare – något som tidigare enbart funnits i ett fåtal landsting. Reformen innebär att det blir möjligt för privata vårdgivare att etablera sig var man vill i landet samtidigt som ersättningen till vårdgivare, både offentliga och privata, är beroende av var patienterna väljer att lista sig. Målet med den nya reformen uttrycks i propositionen på följande sätt: ”En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Genom att pengarna följer patienten kan ökad valfrihet också bidra till att stimulera kvalitetsutveckling eftersom stor patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet. Det skapas därmed konkurrens som sporrar vårdens

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet." (Prop 2008/09:74).

Ersättningssystemet i vårdvalsmodellerna ser delvis olika ut i de olika landstingen men har alla har det gemensamt att ersättningen till vårdgivarna är beroende av patientens val – pengarna följer patienten. Kortfattat fördelas ersättning till vårdcentralerna på basis av att en vårdcentral listat en patient eller på att vårdcentralen utfört exempelvis ett läkarbesök. Den nya reformen inom primärvården innebär således stora möjligheter för patienterna att själva aktivt styra vården genom sina val (främst genom att resurserna följer individernas val).

På vilket sätt har reformen påverkat patienternas inflytande i praktiken? Eftersom reformen är relativt ny finns det än så länge få utvärderingar av reformen. I Stockholm, som är ett av landstingen som valde att införa ett vårdvalsystem innan 2010 (i Stockholms fall 2008) finns det en undersökning som bland annat visar att andelen patienter som säger sig vara delaktiga i vården har ökat något sedan vårdvalets införande. Däremot har ingen skillnad kunnat märkas på andelen patienter som har ett gott helhetsintryck av vården (Rehnberg et al 2010).

Vårdvalet inom primärvården har också lett till ett relativt stort antal nyetablerade privata vårdcentraler. I slutet av 2010 hade antalet vårdcentraler totalt i landet ökat med 223 nya mottagningar, motsvarande en ökning på 23 procent varav i princip hela ökningen utgörs av privat drivna vårdcentraler (Konkurrensverket 2010). Det finns också exempel på ett fåtal vårdcentraler, både privata och offentliga, som fått slå igen vilket indikerar att patienternas valfrihet har fått en styrande effekt. Tyvärr saknas det än så länge undersökningar som studerat i vilken grad patienter byter vårdcentraler i det nya vårdvalet inom primärvården och på så sätt utövar sin makt över sjukvården.

Efter att vårdvalet numera är en realitet i hela landet inom primärvården har frågan om liknande system ska implementeras för den öppna specialistvården aktualiserats i flertalet landsting. Här är Stockholm, Uppsala och Skåne varit de landsting som kommit längst. I Stockholm läns landsting finns det redan nu valfrihetssystem implementerade för förlossningsvård samt katarakt, höft- och knäledsoperationer. Under 2011 och 2012 kommer man att utöka vårdvalet till att även gälla inom flertalet specialiteter, bland annat ögonsjukvård, gynekologi, dermatologi och reumatologi.

Beträffande val av specialistvård i landstingen så har patienter egentligen redan idag en formell en möjlighet att själv välja var man vill behandlas baserat på överenskommelsen mellan dåvarande Landstingsförbundet och regeringen 1989. Denna möjlighet är dock fortfarande inte särskilt känd i befolkningen och inte heller inskriven i någon lag vilket gör att det i praktiken kan vara svårt för patienter att välja sjukhus i vissa landsting. Även om patienter har möjlighet att välja var man vill få sin sjukhusvård så är det dock oklart vilken effekt detta får på förändringar i vårdens organisation. Vissa författare menar att effekterna på systemnivå är mycket små (Siverbo 2007, Winblad Spångberg 2003).
I detta fall har alltså valfriheten som styrmedel fått liten effekt. Detta kan delvis förklaras av ersättningssystemens utformning inom specialistsjukvården. Ersättningssystemen för sjukhusvården ser olika ut i landstingen men många fall rör det sig om en fast budget där pengarna inte direkt följer patienternas val. Detta innebär troligen att valfriheten inte får någon större styrande effekt på landstingets verksamhet *inom* landstingen. Däremot finns det starka incitament att locka till sig utomlänspatienter då dessa ersätts av hemlandstinget. Dessa är dock sällen "valfrihetspatienter" i reell mening utan utgörs ofta av så kallade avtalspatienter mellan landstingen.

När det gäller valreformernas styrande effekt är det även intressant att titta på det

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

engelska fallet där valfrihet introducerats på bred front under senare år – främst inom specialistsjukvården. Vilka effekter har reformerna fått som påverkar patienternas inflytande?

Ett grundantagande i valfrihetsmodellen är att vårdgivarna fångar upp vilka signaler patienterna skickar genom sina val och sen analyserar dessa för att därefter utföra kvalitetsförbättringar i syfte att locka till sig patienter. En nyligen genomförd utvärdering av den engelska valfriheten visar emellertid att denna idealmodell är långt ifrån verkligheten. Forskarna visar att patienternas val inte in någon större utsträckning kommit att utgöra grund för någon kvalitetsförbättring i detta avseende. Författarna skriver bl.a. ”Our research suggests that choice did not act as a lever to improve quality in this way; providers were driven more by pressure from a range of other external factors such as the waiting time targets” (Dixon et al 2010, xvii). Men, sammanfattar författarna, ingen av de studerade aktörerna vill ha ”dåligt rykte” och arbetade därför med kvalitetsfrågan för att attrahera valfrihetspatienter även om detta inte var den viktigaste drivkraften bakom förändringsarbetet. Författarna tror dock att detta förhållande kommer att ändras i framtiden när valfriheten blir mer etablerad i det engelska sjukvårdssystemet.

Förutsättningar för att patienterna ska kunna utnyttja sina valmöjligheter

Formella möjligheter för patienten att välja vårdgivare är en förutsättning för patientens val men är inte tillräckligt i sig för att patienternas val av vårdgivare ska få en styrande effekt. För att valfriheten ska få reella effekter, dvs. bli styrande för vårdens kvalitet, krävs dels kvalitetsinformation om de olika alternativen, dels vårdanställda som är behjälpliga när det gäller att stödja patientens val. Eller som Ellins och McIver (2009) skriver:”choice is only meaningful if patients know about the options available to them and can compare these effectively”. Information, som är basen för ett välgrundat val, bör optimalt beskriva både möjligheten för patienten att välja vårdgivare, hur valet går till i praktiken samt ge kvalitetsinformation om de olika utförare som patienten kan välja bland. Inte bara patienterna själva är betjänta av informationen. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver själva tar del av kvalitetsinformationen för att värdera och jämföra den egna verksamheten mot andra kliniker. Att inte framstå i dålig dager är en stark drivkraft att förbättra verksamheten.

Har landstingen gjort vad de kunnat för att informera befolkningen om deras möjlighet till val av vårdgivare? En genomgång av samtliga landstings hemsidor utförd i början av 2011 visar att i princip alla landstings hemsidor innehåller grundläggande information om vårdvalet för primärvård samt möjligheten till val av specialistutförare enligt valfrihetsöverenskommelsen (Winblad & Andersson 2011). Däremot finns i flera landsting otillräcklig information om hur patienten ska gå till väga för att i praktiken utföra sitt val, framförallt är informationen dålig beträffande hur patienten ska gå till väga för att välja specialistvårdsutförare. Beträffande den tillgängliga kvalitetsinformationen, dvs. upplysningar om olika vårdgivares vårdutbud och kvalitet finns i många landsting flera utvecklingsområden. På primärvårdsnivå finns det relativt god information om strukturvariabler, exempelvis information om personalens kompetens och vilka olika tjänster som erbjuds på olika vårdcentraler. Däremot är ett problem att denna information ofta inte är strukturerad på ett systematiskt sätt. Informationen är många gånger fragmenterad mellan dels landstingets hemsida, dels privata utförares egna webbplatser. Detta innebär att möjligheten för patienten att på ett enkelt sätt jämföra flera olika vårdcentraler och ställa dessa mot varandra försvåras.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Beträffande kvalitetsinformation om de olika vårdcentralernas kvalitetsresultat så presenterar de flesta landsting information om patientnöjdhet som är baserat på den nationella patientenkäten samt väntetidsdata. Utöver detta saknas det i stort sett jämförande kvalitetsindikatorer på landstingens hemsidor. Flera företrädare för landstingen uppger dock i intervjuer att arbete pågår med att ta fram fler kvalitetsindikatorer som kan användas som informationsunderlag för patienter som ska välja vårdcentral (Winblad & Andersson 2011).

I texten ovan har vi framförallt diskuterat utformningen av informationen som en förutsättning för patientens val. Vi vill även argumentera för läkarens centrala roll när det gäller att förverkliga patienters valfrihet i vården. Idag tycks staten ha riktat valfrihetsreformerna direkt mot patienterna men inte reflekterat över att läkarkåren har en central roll för att förverkliga reformintentionerna. Patientens läkare har en central roll för att informera om rättigheten i sig men även om olika tänkbara remissalternativ. Vid besök till specialistsjukvård är det vanligaste att patienten får en remiss från sin behandlande primärvårdsläkare och på så sätt blir skickad till en viss mottagning. Om patienterna ges möjlighet att välja vilket sjukhus de vill behandlas på kommer patientens primärvårdsläkare att spela en viktig roll för att informera patienten om deras olika valmöjligheter och eventuella väntetider. En svensk studie visar att läkare i liten utsträckning informerar om detta (Winblad Spångberg 2003).

I England är det obligatoriskt för en läkare som ger en remiss till en patient att informera patienten om minst fyra olika utförare som den kan välja emellan. Detta system fungerar dock inte perfekt i praktiken. En ny engelsk studie visar att husläkarna i liten utsträckning uppmärksammat patienternas behov av information i remissituationen och ofta remitterar på samma sätt som tidigare. En central punkt för att utveckla valfriheten handlar således om att fokusera på husläkargruppen och reflektera över patientens roll i remitteringssituationen (Dixon et al 2010).

Om en läkare ska kunna ge patienten information om olika alternativa vårdgivare är det också nödvändigt att läkarna känner till de olika alternativ som finns att tillgå för patienten samt kan ge objektiv information om dessa för att skapa en konkurrensneutral situation. Att detta kan vara ett problem visade sig i en studie från England där man kunde se att av de patienter som faktiskt fick möjlighet att välja mellan olika sjukhus var det enbart 8 procent som uppgav att något av sjukhusen de kunde välja mellan var privat drivet (Dixon et al 2010). Om vårdvalssystemen fortsätter att växa inom specialistvården är det viktigt att landstingen ser över primärvårdsläkarnas roll för att ge patienterna remisser och informera patienterna om de olika möjliga vårdgivarna på ett objektivt och konkurrensneutralt sätt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att vårdvalet inom primärvården har gett patienterna stora möjligheter att påverka valet genom att antingen välja bort en vårdcentral man är missnöjd med eller aktivt välja en vårdcentral som man tror ska passa en särskilt bra. För att kunna göra ett aktivt val är det emellertid nödvändigt att objektiv information finns lättillgängligt för alla patienter. Studier visar att detta alltid inte är fallet men att arbete pågår i de flesta landsting och även på nationell nivå för att utveckla informationen till patienterna för att underlätta för dessa att göra välinformerade val. Hur styrande patienternas val varit i praktiken är svårt att uttala sig om ännu. Nedläggning av vissa vårdcentraler talar dock om att det finns vissa reella effekter av reformerna. För att få en fullständig bild bör vi dock ha mer utförliga mätningar.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Diskussion

Möjligheten för patienter att själva påverka och styra vården har ökat stort de senaste 20 åren. Den största förändringen har skett i form av implementering av vårdvalssystem där patienten själv kan välja vilken vårdgivare som den vill besöka och på sätt vara delaktig i styrningen av vården. Emellertid finns det vissa områden där Sverige fortfarande ligger efter andra nordiska och europeiska länder i möjligheten för patienter att påverka vården. Framförallt finns det en stor utvecklingspotential beträffande patienters möjligheter att vara delaktiga vid val av behandling, val av specialistsjukvård samt möjligheten för patienter att utkräva sina rättigheter i vården.

Patientorganisationernas roll

Patientorganisationer i Sverige är allt mer intresserade av att verka på den politiska arenan. Många patientorganisationer ser det numera som sitt huvudsakliga syfte att påverka beslutsfattare. Det svenska systemet kan beskrivas som semikorporativt där staten aktivt bjuder in företrädare för patientorganisationer att vara en del av rådgivande organ och liknande samtidigt som det saknas formell reglering för hur, när och vilka patientorganisationer som ska vara representerade. Hur det faktiska inflytandet för patientorganisationerna ser ut i praktiken vet vi fortfarande väldigt lite om.

Patientlagstiftning och klagomålshantering

Sverige är ett av få länder i Europa som saknar formell patienträttighetslagstiftning. Lagarna i sjukvården är istället utformade som skyldigheter för vårdgivare och vårdpersonal. Avsaknaden av patienträttighetslagstiftning medför att det blir svårare för en patient att utkräva sina rättigheter i vården jämfört med hur det exempelvis ser ut i vissa andra nordiska länder. Den instans där patienter tidigare kunnat klaga då de varit missnöjda med vården, HSAN, har numera ersatts av Socialstyrelsen. Vid klagomål till HSAN riktades anmälan mot en enskild person i vården som kunde erhålla en ”varning” eller en ”erinran”. Till Socialstyrelsen är det möjligt för patienten att anmäla en viss händelse utan att utpeka en särskild individ. Tanken är att man ska gå bort ifrån ett ”syndabockstänkande” och istället utveckla vården i stort. Hur detta kommer att fungera i praktiken är än så länge oklart och mycket talar för att den enskilda patientens inflytande snarare minskat än ökat genom denna förändring.

Val av behandling

Internationella studier har visat att många patienter uppfattar att delaktighet i val av behandling är en av de viktigaste påverkanskanalerna - av många ansett som betydligt viktigare än att välja vårdgivare (Coulter 2010). Inflytande vid val av behandling är emellertid ett område som Sverige har mycket kvar att arbeta med jämfört med flera andra länder. Även om det är tydligt reglerat i lagen att vårdgivare och sjukvårdspersonal ska ge patienter möjlighet att delta i beslut av val av behandlingsmetod när det finns flera alternativa metoder att välja på så är det i praktiken oklart om hur detta ska gå till. I många länder har man arbetat intensivt med att ta fram beslutsstöd som ska underlätta för patienter att välja behandling. Ett beslutsstöd innehåller bland annat en detaljerad beskrivning av olika behandlingsalternativ och utfall, sannolikheter för olika utfall och risker samt övningar för att ta reda på hur patienten själv värderar risker och konsekvenser med olika behandlingar. Tanken bakom detta är dels att patienten ska ges en objektiv, pedagogisk

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

framställning av de olika alternativa behandlingarna som står till buds i en viss situation, dels att patienten ska få hjälp att ta fram sina egna preferenser. Oss veterligen finns i dagsläget ingen motsvarighet i Sverige.

Vårdval primärvård

Utvecklingen som skett de senaste åren i Sverige med införandet av ett lagstadgat vårdval i primärvården har inneburit stora möjligheterna för patienterna att själva styra vården. Eftersom ersättningen följer patientens val innebär det att vårdgivarna ges ett ekonomiskt incitament att anpassa verksamheten utifrån vad patienterna önskar. Då reformen är tämligen ny är effekterna av den ännu relativt outforskade men potentialen för att patienterna ska ges stora möjligheter till styrning utav primärvården via sina val är tydlig. Det vi tydligt sett är att nya vårdcentraler etablerats till följd av reformen. Vi vet också de facto att flera vårdcentraler i landet lagts ned och/eller fusionerats. Detta tyder alltså på att patientens val fått vissa styrande effekter i enlighet med reformintentionerna.

Att primärvårdutförarna anpassar sig till patientens krav och försöker göra dessa nöjda kan dock även medföra icke önskvärda effekter. Exempelvis visar studier att det är vanligt att patienter önskar att få antibiotika utskrivet av läkaren. I en situation där en patient önskar antibiotika kan det uppstå situationer där läkarens incitament att behålla patienten på sin vårdcentral går före de rent medicinska bedömningarna. Det är därför viktigt att det görs noggranna utvärderingar av vilka effekter det fria vårdvalet har på den medicinska kvaliteten i vården för att undvika att vårdgivarnas ekonomiska incitament att tillfredsställa patientens önskningar går ut över den medicinska kvaliteten. Exempelvis visar Landstinget i Halland att det går att vända antibiotikaförskrivningen i rätt riktning genom strategiska och målmedvetna satsningar.

Vårdval specialistvård

Sedan början av 1990-talet har det existerat en överenskommelse mellan dåvarande Landstingsförbundet och landstingen om att patienter ska ha möjlighet att välja vårdgivare inom både primärvård och specialistvård i hela landet. Regelverket är långtgående men har i praktiken levt en tynande tillvaro. Studier visar att varken patienter eller vårdpersonal tycks känna till detta och i praktiken har patienternas möjlighet till val varit begränsade och svåra att genomdriva. Få patienter har i praktiken nyttjat reformen och den har fått få, om några, styrande effekter.

Det pågår även försök i några landsting med att implementera ett vårdvalssystem likt det som existerar i primärvården, inom öppen specialistsjukvård, exempelvis i Stockholm, Skåne och Uppsala. Om dessa försök blir lyckosamma skulle det öppna stora möjligheter för patienter att utöva inflytande över specialistsjukvården genom att de kan välja sina utförare. Det finns emellertid en risk att utförarnas ekonomiska incitament av att attrahera patienter påverkar de medicinska bedömningarna på ett icke önskvärt sätt, exempelvis genom ”diagnosglidning”. Man kan även tänka sig en risk för s.k. cream-skimming där vårdgivarna försöker att attrahera främst lönsamma patienter. Här visar internationella studier att ersättningssystemets utformning spelar en stor roll för om detta sker eller inte. Det är således viktigt att det även inom detta område görs noggranna uppföljningar och utvärderingar av vilka effekter ett fritt vårdval inom öppen specialistvård får på den medicinska kvaliteten.

Idag saknar patienter lagstadgad rätt att själv välja *enskild* läkare. Här har olika landsting valt olika lösningar där man i vissa vårdvalssystem har möjligheten att lista sig hos enskilda läkare medan man i andra enbart har möjligheten att lista sig på en vårdcentral. Eftersom man vid undersökningar kunnat konstatera att något

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

av det viktigaste för patienter som besöker vårdcentraler är att få träffa samma läkare vid varje besök bör man undersöka om det finns möjligheter att öka kontinuiteten genom att utvidga det lagstadgade vårdvalet till att även gälla listning hos enskilda läkare.

Vår genomgång har även visat att det finns flera förutsättningar som bör vara uppfyllda för att patienters valfrihet ska få en styrande funktion. Om patienterna ska ha möjlighet att göra ett upplyst val av vårdgivare är en förutsättning att patienterna ges objektiv, lättfattlig information om de olika vårdgivarna som finns att välja. I dagsläget arbetar landstingen med att förbättra informationen till patienterna men ännu finns mycket finns kvar att utveckla. Informationen är i de flesta fall bristfällig och det är få patienter som faktiskt använder informationen vid sina val. Om val av vårdgivare ska användas som ett sätt att styra vårdens utformning måste patienternas val vara upplysta och bygga på objektiv information – på så sätt styrs resurserna till de kvalitativt sett bättre vårdgivare. Patienter kan förvisso även utan denna information *välja bort* vårdgivare som de är missnöjda med i dagsläget vilket därmed straffar mindre bra vårdgivare men för att patienternas möjligheter till styrning av vården ska fungera är det även viktigt att de ges möjligheter att göra ett upplyst val av deras nya vårdcentral.
För att detta ska ske i praktiken bör stat och landsting aktivt verka för att utveckla den jämförande kvalitetsinformationen, både beträffande medicinska- såväl som serviceindikatorer. Patienter har olika bevekelsegrunder för sina val där vissa skattar öppettider och kunskap om personalens kompetens medan andra är mer intresserade av information kring vårdgivarens medicinska resultat.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Tänkbara förslag som kan stärka patientens ställning

Baserat på rapportens resultat följer nedan ett antal förslag som beslutsfattare på lokal och nationell nivå kan ha i åtanke i det fortsatta arbetet med att stödja medborgares och patienters ställning i vården. Obs! För diskussion på mötet.

Mer forskning om patientorganisationernas nya roll

- Litteraturgenomgången visar att patientorganisationerna idag har ett mer uttalat politiskt fokus än tidigare och att mycket av deras arbete är inriktat mot den politiska nivån på lokal- och nationell nivå. I dagsläget saknas emellertid i stort sett vetenskapliga studier på hur effektiva patientorganisationerna är på att företräda sina medlemmars intressen på detta sätt. Detta är således ett forskningsområde som behöver utvecklas.

Utveckling av en patienträttighetslag

- Sverige saknar, i motsats till de andra nordiska länderna, en utvecklad patienträttighetslagstiftning. Idag är svenska patienternas rättigheter utspridda i olika författningar och föreskrifter vilket försvårar medborgares och patienters – men även vårdpersonalens – överblick. Särskilt i ett system med fler och fler formella valmöjligheter ter det sig än viktigare att diskutera utvecklandet av en explicit patienträttighetslagstiftning.

Förbättrade klagomålsprocedurer för patienter

- Svenska patienter har under senare tid, främst genom HSAN:s förändrade roll, fått försämrade möjligeter att lämna klagomål på individuella personer i vården och att överklaga fattade beslut. Även om det ligger ett stort värde i att fokusera systemperspektivet när det gäller vårdens fel och misstag, bör det diskuteras hur klagomålssystemet kan utformas på ett sådant sätt att det uppfyller patienter och medborgares krav på inflytande, exempelvis när det gäller möjligheten att överklaga beslut.

Utvecklad vårdvalsinformation

- En förutsättning för att valfriheten i vården ska fungera kvalitetshöjande är att patienter gör välinformerade val. För att detta behöver patienten en mångfald av kvalitetsindikatorer som belyser olika aspekter av vårdens kvalitet – både service- och medicinska aspekter. I dagsläget finns få indikatorer på process- och utfallsnivå på tillgängliga webbplatser, vilket försvårar patienternas val. Dessutom saknar ofta landstingens webbplatser en jämförelsetjänst vilket ytterligare försvårar möjligheterna för medborgare och patienter att undersöka likheter och skillnader mellan olika vårdalternativ. Här finns ett tydligt utvecklingsbehov.

Ändrade incitament för att öka vårdpersonalens involvering i valfrihetsreformerna

- Vårdpersonal, och särskilt patienternas läkare, är nyckelpersoner när det gäller att förmedla information om valmöjligheterna i vården. I dagsläget är kunskapen och kring valfrihetsreformerna delvis låg i personalgruppen och det är centralt att de involveras på ett tydligare sätt, framförallt när det gäller läkarna i remitteringssituationen. Här handlar det dels om att syftet bakom valfrihetsreformer måste förankras tydligare i läkarkåren, dels om att läkare via sina egna IT-system, har tillgång till samma kvalitetsinformation som patienten.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

- Ett ytterligare förslag, som testats i England, är att ekonomiskt kompensera de läkare som i remitteringssituationen informerar patienten om dess valmöjligheter och väntetider hos andra vårdgivare.

Utveckla beslutsstöden för patienter i vården

- Svenska patienter har en lagstadgad rätt att vara delaktiga vid val av behandling. För att detta ska kunna förverkligas behövs för det första att jämförande kvalitetsinformation om olika behandlingsalternativ presenteras på ett tydligare sätt än idag. För det andra behöver patienterna mer systematisk hjälp och stöd att lyfta de egna preferenserna, dvs. vilken syn man har på risk och konsekvens av olika behandlingar. Här är det önskvärt att landstingen och vården arbetar mer aktivt med att ta fram olika former av beslutsstöd, sk. decision aids, för att hjälpa och stödja patienter.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Referenser

Baggott R, Forster R. Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis. Health Expectations, 2008;11(1):85-94.

Blomqvist P, Rothstein B. (2000). Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn. Stockholm: Agora.

Bowenkamp van de H, Trappenburg M, Grit K. (2009). "Patient participation in collective healthcare decision makin: the Dutch model". Health Expectations, Doi: 10.111/j.1369-7625.2009.00567.x

Capozzi, James D., Rhodes, Rosamond & Chen, Darwin Chen "Discussing treatment options" The Journal of Bone and Joint Surgery (American). 2009;91:740-742.

Care Quality Commission. (2010). The state of health care and adult social care in England. Care Quality Commission 2010.

Coulter A. (2010). Do patients want a choice and does it work? BMJ, 2010; 341: 973-975.

Dagens medicin. (2011). "Långt kvar tills läkare riskerar kritik". Nr 7/11 onsdag 16 februari 2011.

Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N, Magee H (2010) Patient Choice. How patients choose and how providers respond. London: The King's Fund.

Dixon A, Storey J, Rosete AA. (2010). "Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors." J Health Serv Res Policy, 2010 Apr;15(2):82-9. Epub: 2010 Feb 10.

Ellins J, McIver S. (2009). Supporting patients to make informed choices in primary care: what works? HSMC Policy Paper. University of Birmingham: Health Services Management Centre.

Fredriksson M, Winblad U. (2008). Consequences of a decentralised healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden. Social Science & Medicine, 2008;67:271-279.

Fredriksson M. (2010). Political Governance within Swedish health care – effects on the relationship between national equality and local democracy. Halvtidsseminarium avhandling, 2010-01-18, Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University.

Helsetilsynet. (2010). "Klage och behandling". http://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Generelt-klage/

Hirschman AO. (1970). Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States. Cambridge, MA: Harvard University Press.

HSAN. (2008). HSAN:s remissvar över betänkandet Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras? SOU 2008:117.

HSAN. (2011). "Årsredovisning 2010". Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Stockholm.

Konkurrensverket. (2010). "Uppföljning av vårdval I primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsätningar. Slutrapport". Konkurrensverkets rapportserie 2010:3.

Lamarche PA et al. (2003). Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada, Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).

Lantos, J., Matlock A M., Wendler D., "Clinician Integrity and Limits to Patient Autonomy" JAMA. 2011;305(5):495-499.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Newman, J, Vidler E. (2006). “Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care.” Journal of Social Policy 35(02): 193-209.

O’Connor AM, Bennet CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, Entwistle VA, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane Library, 2009, Issue 3.

Prop 2008/09:74. Vårdval i primärvården.

Ramel B. (2004) “Riskkommunikation eller att tala med patienten om risker – Patientinflytandet i Sverige”. Läkartidningen, Vol. 101, nr 15-16.

Rehnberg Clas, Janlöv Nils, Jahangir Khan, Lundgren Jonatan. 2010. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Karolinska institutets folkhälsoakademi, Stockholm.

Socialstyrelsen 2009. Hälso- och sjukvårdsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2008:117. Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?

Verheid. (2011). “Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen” http://wetten.overheid.nl/BWBR0007920/geldigheidsdatum_06-04-2011.

Virdeborn, C. (2006), Patientorganisation för paradontit – en god idé?, Tandläkartidnignen, 98, 9: 54-58.

Winblad Spångberg U. (2003). Från beslut till verklighet: läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Winblad U, Ringard Å. (2009). “Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens”. I: Magnusson J, Vrangbaeck K, Saltman BR. (eds.) (2009), Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges. Maidenhead: Open University Press.

Winblad U, Andersson C. (2011). Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Uppdrag om patienternas och medborgarnas behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information. Rapport (pågående arbete, ej publicerat), Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap 2011-04-24.

Winblad U, Andersson C. (2010) Kåren och köerna: en ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård. Sverige. Regeringskansliet. Finansdepartementet, 2010.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

20 september 2011 | Workshop 2

Hur kan primärvården ge högre kvalitet och bättre resultat?

(How can primary Care Produce Higher Quality and Better Performance?)

I de flesta länder utgör primärvården basen i sjukvårdssystemet. Primärvården är den del av vården som står närmast patienten och det är dit man vänder sig i första hand vid symptom, oro, återfall i sjukdom etc. Primärvården har en avgörande uppgift i att möta vardagssjukvård men också det växande antalet långvarigt sjuka med flera olika sjukdomstillstånd. Det är krävande uppgifter för primärvårdens läkare, sjuksköterskor och andra experter som samverkar i den öppna vården utanför sjukhus. Svensk primärvård har nästan alltid upplevt sig vara i skuggan av sjukhusvården och de mera specialiserade delarna av vårdsystemet. Detta har bidragit till en oklarhet om roll, uppdrag, ansvar – och ofta till en uppfattning att resurser och mandat inte står i proportion till de svåra uppgifterna. De senaste årens nationellt beslutade reformer kring primärvården – kraven utformade i s.k. Vårdvalsystem – har genomförts enligt en delvis enhetlig modell men med stora variationer i detaljerna i de olika landstingen. En betydande mängd nya vårdgivare utför nu primärvården vid sidan om landstingens egna vårdcentraler. Detta innebär en helt ny situation av konkurrens mellan vårdgivare men även samverkansmöjligheter. Framförallt borde det nya systemet ge möjligheter att stärka primärvården och återge den en central roll i sjukvården.

För att nå dit måste primärvårdens vision och uppdrag formuleras tydligare när det gäller dess innehåll och sammanhanget i vårdsystemet – utöver det fokus på tillgänglighet och mångfald som vårdvalet gett. En tydlig vision kan bidra till att återge primärvårdens utövare sin professionella stolthet, status och arbetslust. Primärvårdens roll som sammanhållande för den stora mängden kroniskt sjuka patienter måste tydliggöras liksom samspelet med specialistvård och socialtjänstens vårdinsatser.

Konkreta förslag från denna workshop:

3. Drivkrafter att ge en god primärvård – utöver de ekonomiska som är starkt framhävda i vårdvalets regelverk – bör tydliggöras. Förutom de ekonomiska drivkrafterna är medicinskt professionella motivationsfaktorer liksom etiska av stor betydelse. Det finns en risk att alltför starka ekonomiska motivationsfaktorer motverkar vårdens egentliga syften.

4. Kvalitetsdimensioner – alltså primärvårdens medicinska prestationer och innehåll – saknas till stor del i vårdvalsmekanismerna. Dessa redovisningar och mått bör snarast utvecklas – underlag och kunskaper finns såväl nationellt som internationellt! Medicinska jämförelser och en kvalitetskonkurrens mellan vårdgivarna, snarare än en ekonomisk konkurrens, måste vara vårdvalets vision. Vem ger den bästa primärvården?

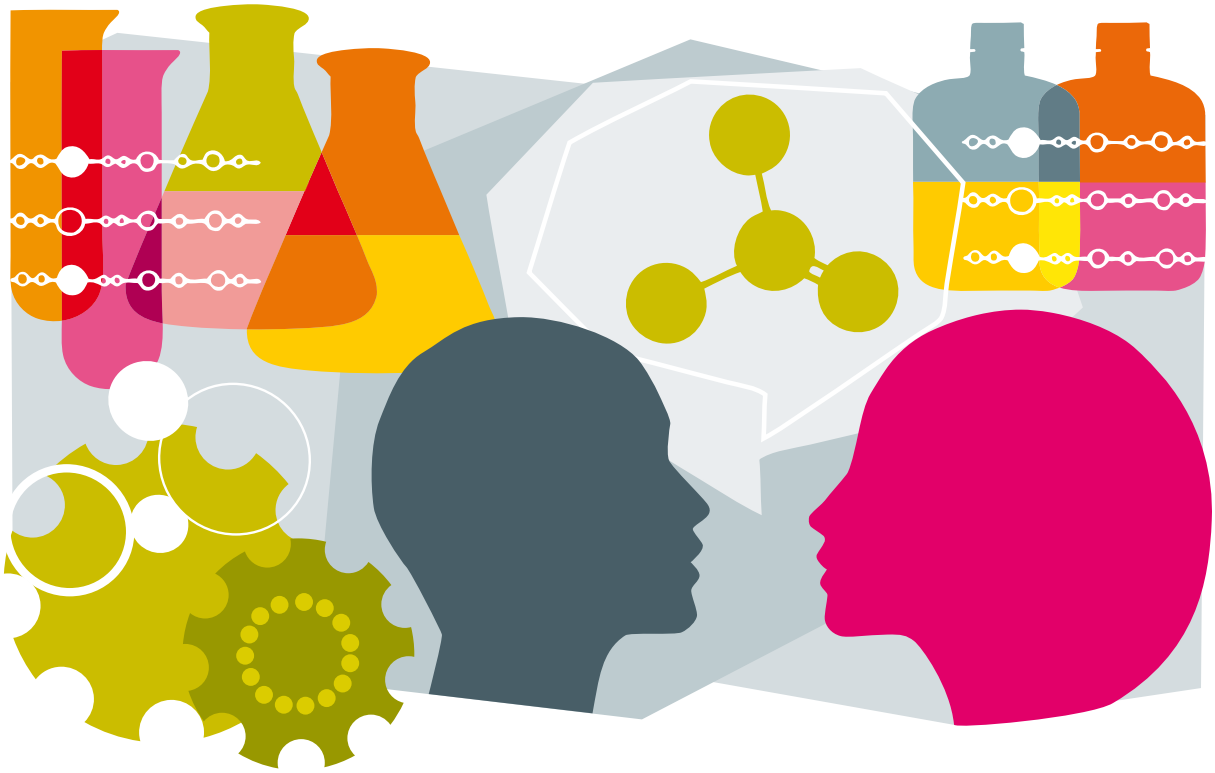
FÖRFATTARE AV EXPERTRAPPORTEN: Professor Anders Anell, Institutet för ekonomisk forskning och Företagsekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

INTERNATIONELLA EXPERTER: Professor Martin Marshall, Clinical Director and Director of Research and Development, The Health Foundation, London, UK.
Professor Jon Magnussen, Chef för Avdelningen för folkhälsovetenskap och allmän praxis, University of Science and Technology, NTNU, Trondheim, Norge.

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

www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY



Kunskapsunderlag vid Workshop 20 september 2011

Hur kan svensk primärvård bli bättre?

FÖRFATTARE:

Anders Anell

Professor, Institutet för ekonomisk forskning
och Företagsekonomiska institutionen,
Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

Innehållsförteckning

Varför primärvård? 4

Vilka är problemen? 4

Vilka konsekvenser får bristen på väl fungerande primärvård? 6

Varför inte besluta om remisstvång? 7

Vad har införandet av vårdval gett så här långt? 9

Hur kan ekonomiska incitament bidra till en fortsatt utveckling? 10

- Hur väl fungerar vårdval? 11
- Risk för undervård med kostnadsansvar och fast ersättning 12
- Påverkan på konkurrensförhållanden 15

Vilken primärvård vill vi ha i framtiden? 16

Referenser 20

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Varför primärvård?

En väl fungerande primärvård kan betraktas som en nödvändig förutsättning för att nå hälso- och sjukvårdens övergripande mål om kostnadseffektivitet och rättvis fördelning av resurserna (Saltman et al 2006, WHO 2008). Primärvård kan dock organiseras på olika sätt och det är inte självklart vad som kan anses optimalt. Vad som är optimalt beror också på vilken roll primärvården ska uppfylla (Lamarche et al 2003). Under lång tid har argumenten för en utbyggd primärvård i Sverige handlat om att patienter ska tas om hand på lägsta effektiva omhändertagandenivå, den s.k. LEON-principen. Primärvård ska avlasta sjukhusen från patienter som inte kräver mera specialiserade resurser. Mera sällan har hävdats att vården blir bättre och mer rättvis med primärvård. I än mindre grad har argumenterats för att primärvården kan ge individer stöd genom att koordinera de vårdinsatser som görs av andra. Historiskt har svensk primärvård till stor del handlat om att ge vårdsökande patienter allmänmedicinsk diagnostik och behandling under kontorstid.

Utgångspunkten i detta diskussionsunderlag är att införandet av vårdval förbättrat tillgängligheten och produktiviteten i primärvården och är en intressant innovation sett till existerande modeller för primärvård internationellt. Vårdval har dock hittills inte lyckats lyfta primärvården till en ny och mera framträdande roll i hälso- och sjukvårdssystemet. En sådan ny och mera framträdande roll finns det behov av. Framtidens primärvård bör få ett både djupare och bredare åtagande än i nuläget. För att klara framtida krav och pågående förändringar inom specialistvården krävs att primärvården blir än mer tillgänglig och individers självklara och kontinuerliga resurs i allmänmedicinska frågor. Det är fortfarande många allmänmedicinska problem som hanteras av andra vårdresurser. Primärvårdens andel av den öppna vården (s.k. täckningsgrad) är låg jämfört med många andra länder. Det finns dessutom ett stort behov av att utveckla andra viktiga funktioner i primärvården. Det gäller för det första att hjälpa patienter med att hitta rätt specialiserad vårdgivare. Ett införande av vårdval inom specialistvården kommer accentuera ett sådant behov av oberoende agent som kan hjälpa patienter i deras val. För det andra har primärvården bättre förutsättningar än någon annan vårdgivare att ta ett ökat ansvar för att koordinera de vårdinsatser som ges till exempelvis multisjuka äldre. Frågan är då vad som krävs för att få en sådan utveckling av svensk primärvård till stånd.

Vilka är problemen?

Brister i den öppna vården utanför sjukhusen i Sverige konstaterades redan i slutet av 1940-talet i den s.k. Höjer-utredningen (SOU 1948:14). Utredningens förslag att utveckla en öppen vård i offentlig regi inom ramen för hälsocentraler som prioriterade förebyggande insatser mottogs dock inte väl av läkarprofessionen. Fram till och med början av 1970-talet svarade nämligen svenska sjukhusläkare för en stor andel av den basala öppna vården i privat regi. Den lön man fick från landstinget avsåg enbart insatser inom den slutna vården. Heidenheimer (1980) menar att läkarprofessionen (dominerad av sjukhusläkare) uppfattade förslaget som så radikalt att det kan ha motverkat sitt syfte genom att sjukhusvårdens dominans snarast förstärktes. Flera av Höjers förslag genomfördes, men långt efter det att förslagen presenterades.

De privatekonomiska incitamenten för sjukhusläkare att tillhandahålla öppen vård försvann bokstavligen över en natt efter sjukronorsreformen 1970. Reformen innebar att patienterna skulle betala ett fast belopp i samband med besök (7 kronor) och att sjukhusläkarna även skulle svara för den öppna vården vid sjukhusen som del av sin anställning. Utbyggnaden av primärvården i

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

landstingens regi gick dock mycket långsamt. Befolkningen fortsatte dessutom att söka vård vid sjukhusen som tidigare. Under lång tid har det funnits för få allmänläkare per invånare och för lite pengar i primärvård. Gapet mellan uppdrag och resurser blev uppenbart i takt med att sjukhus- och äldrevården förändrades under 1990-talet. Den s.k. ”ofullgångna strukturomvandlingen”[1] var också en viktig utgångspunkt för den nationella handlingsplan som introducerades år 2000 i syfte att stärka primärvårdens resurser med bl. a. fler allmänläkare (Prop. 1999/2000:149).

Primärvårdens grundläggande problem är dock knappast en brist på finansiella eller reala resurser. Bakom denna resursbrist har i första hand funnits en ovilja i landstingen att prioritera primärvård i enlighet med den nationella policy som utvecklades i början av 1970-talet. I grunden innebär det att primärvård inte haft det höga förtroende som verksamheten kräver hos beslutsfattare. Förtroende har också saknats bland övriga specialister och i befolkningen. Andra specialister har sällan accepterat primärvård och allmänläkare som grindvakter till den egna verksamheten. I befolkningen har tidigare analyser pekat på att förtroendet för allmänläkare förvisso är högt, men att det är än högre för andra specialister (Anell 2005). Det större förtroendet för specialister är inte unikt för Sverige utan återfinns även i andra länder (Saltman, 2005). En tänkbar förklaring är att specialister i större utsträckning baserar sin legitimitet på djupa medicinsk kunskaper medan allmänläkarna får sin legitimitet utifrån en roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvårdens och allmänläkarnas legitimitet baseras på en svagare organisatorisk bas, jämfört med specialisternas legitimitet baserad på djupa fackkunskaper.

Bristen på förtroende och legitimitet kan även förklara varför svensk primärvård aldrig fått något uttalat ansvar för att koordinera andra vårdgivares insatser. Ett sådant koordineringsansvar kräver naturligtvis stort förtroende från både patienter och andra vårdgivare. I Sverige har primärvården och allmänläkarna haft svårt att etablera sig som en naturlig förstahandskontakt för vårdsökande, särskilt i de större städerna. Allmänläkarnas breda kompetens har inte varit ett tillräckligt argument för att nå en sådan position (Svalander, 1999). Befolkningen har varit vana vid möjligheten att gå direkt till specialist utan att passera primärvård och allmänläkare. Utan förstahandskontakten blir det naturligtvis också svårt för att inte säga omöjligt att koordinera andras insatser. Primärvården har saknat legitimitet för uppgiften och vet inte ens vilka vårdkontakter individer har.

Svensk primärvård har på så sätt varit hänvisad till att utveckla allmänmedicinsk prevention, diagnostik och behandling. Även denna funktion har dock varit undanträngd av andra specialisters djupare medicinska kunskaper om vilken vård patienter med olika diagnoser ska ha. Många allmänläkare har därför varit skeptiska till vårdprogram. Det blir för mycket fokus på diagnoser och specialisters perspektiv. I strävan att utveckla den egna professionen har man istället sökt avgränsningar gentemot andra genom att själv definiera sitt uppdrag. Det framgångskoncept som använts av andra specialister har kopierats. Allmänläkare är vanligtvis också noga med att påpeka att man precis som andra läkare minsann är specialist.

För patienterna innebär det att det finns gott om specialiserade resurser i vården som kan ta hand om avgränsade problem. Ingen, inte ens primärvården, förmår dock se till helheten och de komplexa problem som hamnar mellan stolarna. Genom att agera som andra specialister har allmänläkare snarast blivit en del av problemet snarare

1. Med detta avsågs att primärvårdens resurser inte anpassats för de förändringar som skett i sjukhusvård och kommunal äldrevård.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

än en lösning. Detta är naturligtvis inte en följd av något medvetet val eller illvilja från allmänläkarnas eller primärvårdens sida. Det har dock till stor del saknats förutsättningar i form av förtroende, legitimitet, pengar, personal och kompetens för att agera på något annat sätt.

Vilka konsekvenser får bristen på väl fungerande primärvård?

Svensk sjukvård har enligt flera internationella jämförelser mycket bra resultat med avseende på medicinska resultat och patientsäkerhet, trots bristerna i primärvården. Det kan naturligtvis bero på att primärvården i andra länder också har en utvecklingspotential, t.ex. när det gäller att koordinera insatser för multisjuka äldre där problem tycks finnas i alla länder. Den centrala frågan är också vilka resultat som skulle kunna uppnås med en bättre primärvård. En sådan fråga är naturligtvis mycket svår att svara på. Studier baserade på data från Medicare i USA pekar dock mot att hälso- och sjukvårdssystem med relativt sett fler primärvårdsläkare samvarierar med både lägre kostnader och högre kvalitet (Chernew m.fl. 2009). Däremot påverkade inte andelen primärvårdsläkare de årliga utgiftsökningarna. Dessa resultat förstärker tidigare forskning som ger allmänt stöd för att primärvård lönar sig (Starfield 1998). Motsvarande fynd vad gäller påverkan på absolut kostnadsnivå och indikationer på kvalitet har gjorts i svensk hälso- och sjukvård baserat på jämförelser av primärvårdens kostnadsandel i olika landsting (Janlöv 2008).

Data från öppna jämförelser om s.k. undvikbar slutenvård sedan 2004 ger också mera direkta indikationer på att det finns anledning att förbättra den öppna vården utanför sjukhusen i Sverige. Det finns i nuläget ingen internationell standard om vilka sjukdomar och akuta händelser som ska inkluderas när undvikbar slutenvård beräknas. I den svenska definitionen av undvikbara slutenvårdstillfällen ingår sjukdomar som anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL och kärlkramp. Dessutom ingår akuta händelser som blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner. År 2009, fanns det totalt sett 1 051 personer per 100 000 invånare med undvikbara slutenvårdstillfällen enligt denna definition (SKL och Socialstyrelsen 2010). Det samlade vårdutnyttjandet motsvarade nästan 1 miljon vårddagar eller 2 700 vårdplatser. Omräknat i andel av samtliga vårdplatser för akutvård skulle det innebära att ungefär 14% av alla vårdplaster är upptagna av personer med slutenvårdstillfällen som är undvikbara med en optimal öppen vård. Även om denna potential är teoretiskt beräknad och aldrig går att hämta hem fullt ut finns stora variationer mellan landstingen som tyder på förbättringsutrymme; från 934 till 1 302 personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.

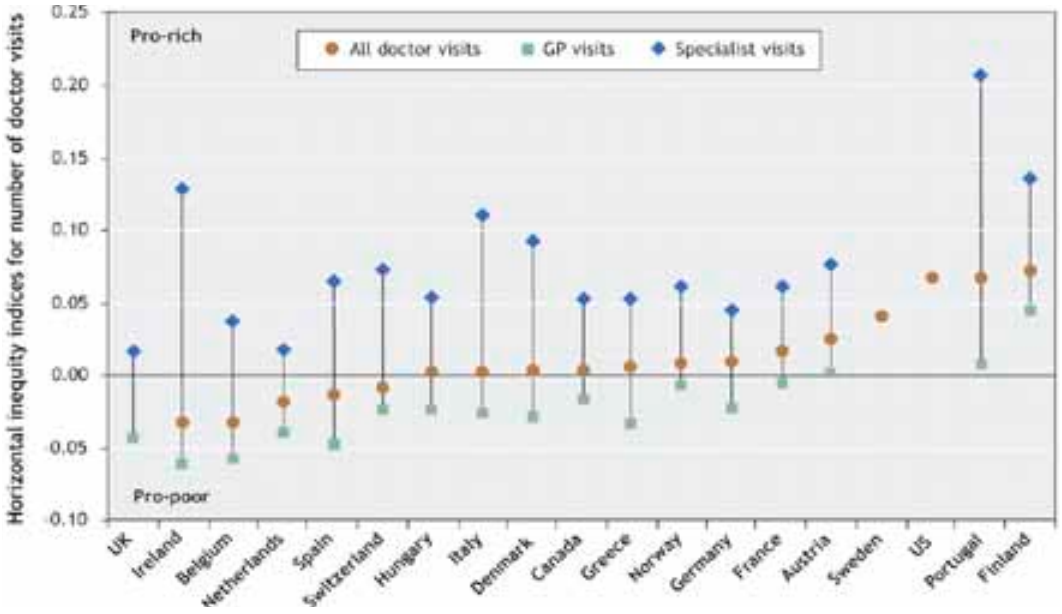
© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

En viktig uppgift för primärvården är att vara hela befolkningens vårdresurs. Bristerna i svensk primärvård har därigenom också fått negativa konsekvenser för möjligheterna att uppnå en rättvis fördelning av vårdresurserna. Det är väl belagt i olika studier att tillgången till primärvård respektive annan specialistvård varierar mellan olika socioekonomiska grupper. Specialistvården är vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med högre inkomst medan det motsatta gäller för primärvård. Med en svagt utbyggd primärvård kan man därför förvänta sig att individer med lägre inkomster får mindre tillgång till vård. Enligt en studie om läkarbesökens fördelning utifrån inkomst i 19 OECD länder (van Doorslaer m.fl. 2006) hade USA, men även Sverige, Finland och Portugal, en ojämlik fördelning av läkarbesöken totalt sett och till förmån för högre inkomstgrupper (se figur 1).

För svenskt vidkommande kan det negativa resultatet förmodligen kopplas samman med den svaga utbyggnaden av primärvård. För övrigt kan noteras att både Finland och Portugal precis som Sverige har mycket primärvård i offentlig regi. En primärvård i offentlig regi är således inte alls någon garanti för en jämlik fördelning av vården. En rad andra länder med privat produktion av primärvård har enligt studien av Doorslaer m.fl. en mer jämlik fördelning av läkarbesöken än i Sverige. Det är naturligtvis inte ojämlikheten i tillgång till läkarbesök i sig som är det stora problemet utan snarare de negativa effekterna bristerna kan ge i form av förlorad hälsa. Man kan förmoda att antalet undvikbara slutenvårdstillfällen är fler i socioekonomiskt svaga grupper med sämre tillgång på vård. Det finns också andra skillnader i den specialiserade vårdens resultat som kan ha sin upprinnelse i brist på preventiva insatser och sämre förutsättningar för tidig upptäckt av sjukdomar i socioekonomisk svaga grupper. Dit hör exempelvis att överlevnaden i bröstcancer är lägre för kvinnor med begränsad utbildning (Socialstyrelsen 2009).

Varför inte besluta om remisstvång?

Man kan naturligtvis fråga sig varför Sverige inte gör som många andra OECD-länder och inför obligatoriskt krav på remiss för



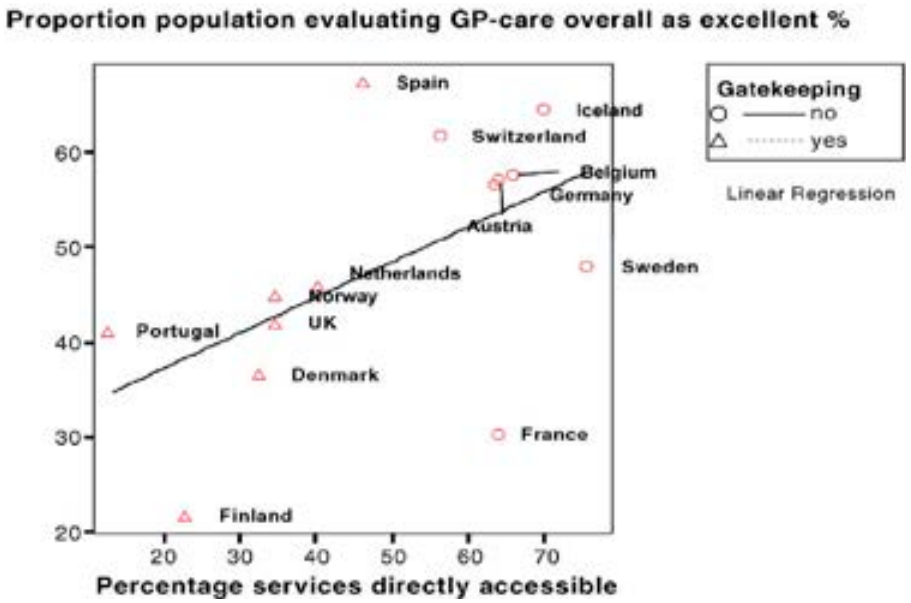
Figur 1. Läkarbesökens fördelning i några OECD-länder. Källa: van Doorslaer m.fl. 2006

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

besök till andra specialister, eller att patientavgifterna för besök till specialistvården utan remiss blir väsentligt högre än idag. På så sätt skulle man ju snabbt kunna öka primärvårdens andel av den samlade öppenvården. En översikt bland OECD-länder visar att Sverige tillhör de länder som är minst restriktiva när det gäller att begränsa den direkta accessen till specialistvård (Joumard et al 2010). Det finns dock anledning att påminna om det grundläggande problemet i primärvården i form av brist på förtroende. Primärvården och allmänläkare kan få en roll som ”grindvakter” i hälso- och sjukvården, men i så fall genom politiska beslut snarare än att man har legitimitet för en sådan roll i befolkningens ögon. En sådan roll kan i så fall bli bekymmersam för primärvården själv genom att förtroendet i befolkningen reduceras ytterligare. Primärvården har fått en roll genom uppvaktning av politiker och andra beslutsfattare, snarare än att man förtjänat ökad legitimitet genom insatser som värderas högt av patienter.

Sambanden mellan primärvårdens roll i hälso- och sjukvården och det förtroende man har i befolkningen är en intressant men dåligt belyst forskningsfråga. I allt fler länder finns förhoppningar om att primärvårdens ska ta ett större ansvar för hälso- och sjukvårdens svåra prioriteringar. En studie av Kroneman et al (2006) visade att det finns en tendens till negativt samband mellan primärvårdens roll som ”gate-keepers” och andel i befolkningen som bedömde kvaliteten i primärvården som ”excellent” (se Figur 2). I länder med lägre krav på remiss från allmänläkare för tillgång till specialistvård fick primärvården (”GP-care”) ett bättre betyg. En möjlig förklaring är att den organisatoriska rollen som ”grindvakt” blir en belastning för primärvården genom att patienterna uppfattar primärvården som ett hinder för att nå andra vårdresurser.

Även om syftet med beslut om remisstvång och liknande begränsningar kan vara vällovligt kan sådana beslut således slå tillbaka i form av försämrat förtroende för primärvården. Det kan dock finnas andra vägar att nå samma mål. I stället för att prata om remisstvång kan man erbjuda en kompetens i primärvården som tilltalar befolkningen så att man frivilligt söker sig dit. Det kan handla om att hjälpa individer till rätt specialistvård och erbjuda möjligheten att koordinera de insatser som ges av andra vårdgivare. Men budskapet från



Figur 2. Patient evaluation of GP-care (overall) related to direct accessibility in 14 countries

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

primärvården till befolkningen måste då förändras – »*Kom till primärvården så ska vi hjälpa dig till rätt specialist; vi har översikten och kunskaper om skillnader i kvalitet. Vi kan dessutom koordinera de insatser du får av andra vårdgivare* ».

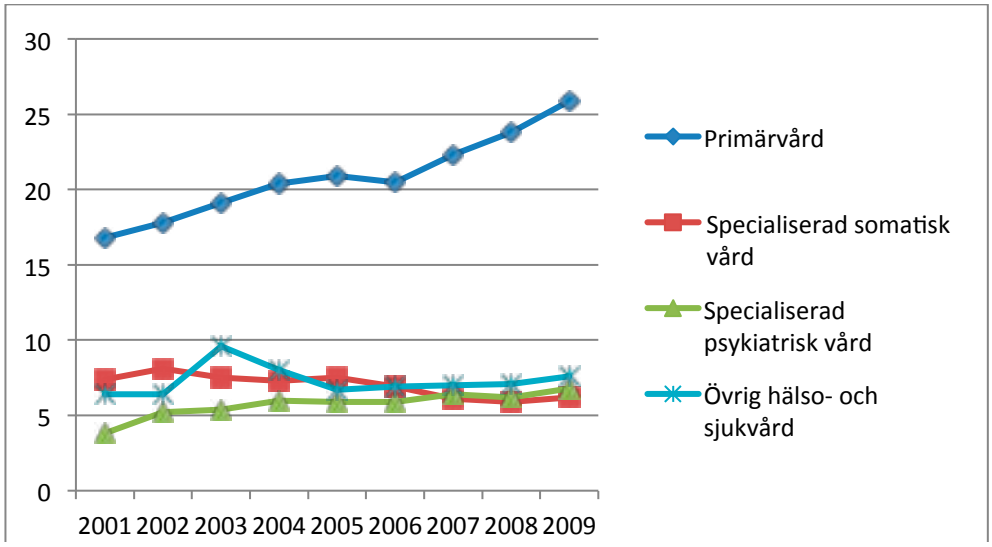
Självklart måste det också finnas ett uppdrag och en finansiering från landstingen som svarar mot detta budskap. Även med sådana förutsättningar blir sannolikt omställningen för både primärvård och andra vårdgivare förmodligen stor. Förändringen tar därmed längre tid och blir mera osäker. Det ska då ställas mot de potentiella vinsterna i form av ökad legitimitet för en primärvård som tar större ansvar för den samlade öppenvården.

Vad har införandet av vårdval gett så här långt?

Införandet av vårdval i primärvården är potentiellt sett en omfattande förändring. Eftersom det inte finns någon nationell modell för hur vårdval ska utformas finns emellertid möjligheter för landstingen att utforma helt olika lösningar i praktiken. Det gäller t.ex. kravspecifikation för vårdgivarna, principer för ersättningar och kostnadsansvar för vårdgivarna, regler för uppföljning och villkor för ackreditering samt principer för listningen. Beroende på hur systemen utformas skapar man olika incitament för de vårdenheter som är etablerade. Inträdet på primärvårdsmarknaden för nya privata aktörer kan göras mer eller mindre attraktivt.

Utfallet av vårdval i form av nyetableringar varierar också mellan landstingen. Sett i ett längre tidsperspektiv har införandet av vårdval inneburit fortsatta privatiseringar inom primärvården (se Figur 3). Taxeläkare och entreprenader, som använts tidigare för att locka fram privata alternativ, förefaller inte vara en lösning för framtiden. Det är istället vårdvalssystem med ackreditering av vårdenheter som dominerar utvecklingen under senare år.

Enligt statistik från Konkurrensverket (2010) etablerades 223 nya vårdenheter i svensk primärvård fram till augusti 2010 som följd av vårdvalssystem. Det är en ökning med 23 procent som nästan helt kan tillskrivas privata vårdgivare. De nya enheterna är dock ojämnt fördelade mellan landstingen. Flest nya alternativ har tillkommit i Västra Götaland, Stockholm och Region Skåne som



Figur 3. Landstingens och regionernas köp av verksamhet från privata företag 2001-2009, exklusive tandvård.(Procentuell andel av nettokostnaden, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen.) Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, olika år.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

tillsammans svarar för 62 procent av den totala ökningen av antalet vårdenheter. Andra landsting med många nya privata enheter är Halland och Jönköping.

De utvärderingar som gjorts av landstingen själva och av Konkurrensverket visar att tillgängligheten i primärvården har förbättrats genom fler enheter och mer generösa öppettider. Det gäller naturligtvis främst i landsting och områden där det tillkommit nya alternativ. De nya enheternas geografiska etablering inom respektive landsting uppvisar ett ganska enhetligt mönster. Flest nya enheter har etablerats där det funnits underlag, dvs. i befolkningstäta områden (Vårdföretagarna 2010). Bäst kunskaper om vårdvalets effekter återfinns från Stockholm. I en rapport baserad på en uppföljning av de första två åren med vårdvalsreformen konstateras att produktiviteten ökat i både offentlig och privat verksamhet och att vårdutnyttjandet ökat i alla åldersgrupper men mer i vårdtunga grupper liksom i områden med lägre inkomster (Rehnberg m. fl. 2010). De positiva fördelningseffekterna kan tyckas ologiska men stämmer ganska väl med resultaten från studier om hur primärvård utnyttjas av olika socioekonomiska grupper. Primärvård är som tidigare nämnts vanligtvis skevt fördelad till förmån för individer med lägre inkomst. Om vårdval bidrar till en utbyggnad av primärvården blir det därför logiskt att fördelningen blir som i Stockholm.

Även om införandet av vårdval bidragit till förbättrad tillgänglighet (fler enheter och generösare öppettider) och produktivitet (fler viktade besök inom samma kostnadsram) inom både privat och offentlig verksamhet är det oklart om vårdval kommer att ge några andra vinster. En uttalad målsättning när vårdval infördes i Halland var att vårdenheterna skulle ta ett större ansvar för den samlade produktionen av öppenvård. Den s.k. täckningsgraden, som är ett mått på andelen besök i närsjukvården, varierar dock fortfarande mellan enheter och kommuner och förändringarna har enbart varit blygsamt positiva (Paulsson 2009). Vårdvalet har hittills inte påverkat hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer. Det finns inte heller några tydliga tecken på att vårdenheter tagit att större ansvar genom att man blivit bättre på att remittera patienter till specialistvård eller bättre på att koordinera de insatser som görs av andra vårdgivare. Från SKLs sida har t.o.m. hävdats att primärvården efter introduktionen av vårdval tar mindre ansvar för multisjuka äldre och behovet av förebyggande insatser i denna grupp[2].

Hur kan ekonomiska incitament bidra till en fortsatt utveckling?

En vanlig utgångspunkt för diskussion av vårdgivares ekonomiska incitament är vilka ersättningsprinciper som används. I praktiken påverkas de ekonomiska incitamenten av flera faktorer som även samverkar:

- Förutsättningar för befolkningens val av vårdenhet, dvs. grad av konkurrens
- Åtagande och kostnadsansvar från uppdragsgivare/finansiär
- Ersättningsprinciper och ersättningsnivåer
- Ägarskap och principer för vinstdelning.

En och samma ersättningsprincip kan ha helt olika effekt på vårdgivares beteende beroende på förutsättningar i övrigt. En fast ersättning utifrån befolkningens val ger exempelvis ekonomiska incitament att vara tillmötesgående mot patienternas krav och förväntningar. Något sådant beteende behövs inte om den fasta ersättningen istället utgår från ett geografiskt befolkningsansvar där individer inte kan välja bort de enheter som har långa väntetider eller ett dåligt bemötande. De incitament som följer av viss ersättningsprincip påverkas även av kostnadsansvaret.

2. https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2011/Nr-4-2011-4

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

En fast ersättning ger exempelvis incitament att skicka patienterna till andra vårdgivare eftersom man då också överlåter kostnaderna på annan. Med en rörlig ersättning per prestation får man istället ekonomiska incitament att göra mer själv eftersom ökad egen produktion ger mer intäkter. Om kostnadsansvaret inkluderar kostnader för de remisser som skickas till annan vårdgivare ändras incitamenten. Nu får även en enhet med fast ersättning större anledning att behålla patienterna och undvika remisser. Om kostnadsansvaret för remisser är begränsat, t.ex. att man bara betalar en del av kostnaderna, så kan det fortfarande vara en god ekonomisk affär att skicka patienterna till annan. Likaså kan det löna sig att remittera till annan om den rörliga ersättningen betraktas som för låg jämfört med de kostnader som uppstår vid egen produktion.

En viktig faktor som påverkar de ekonomiska incitamenten är även former för ägarskap. Egentligen är det inte ägarskapet i sig som avgör utan hur eventuella vinster och underskott fördelas i verksamheten. Om allmänläkarna inte själva direkt berörs av över- eller underskott i verksamheten, som är fallet i offentlig verksamhet, blir de ekonomiska incitamenten svagare. Störst betydelse har rimligen de ekonomiska incitamenten om ersättning och kostnadsansvar påverkar allmänläkares privata ekonomi.

Hur väl fungerar vårdval?

Två villkor kan anses nödvändiga för att konkurrens mellan vårdenheter inom ramen för ett vårdvalssystem ska uppnås (Le Grand 2007; Anell 2010). Ett första villkor är att det finns minst två alternativ för befolkningen att välja mellan. Ett andra villkor är att befolkningen är intresserad av att välja och dessutom någorlunda välinformerade om hur alternativen skiljer sig åt. I en enkätundersökning våren 2010 till 3 000 invånare i nio olika kommuner i Halland, Region Skåne respektive Västra Götalandsregionen framkom att ungefär 60 procent av befolkningen ansåg att de själva gjort ett eget val av vårdenhet efter införandet av vårdval (Glenngård et al 2011). De vanligaste skälen till att man valt en ny enhet var att man inte gjort något val tidigare eller att en ny vårdenhet etablerat sig. Även i kommuner med relativt gles befolkning där inga eller få nya enheter etablerat var det många (minst 48%) som ansåg att man valt enhet. Oavsett var man bor, ålder eller utbildning så ansåg en klar majoritet att det är viktigt att kunna välja. Det senare resultatet stämmer väl med internationella undersökningar (Le Grand 2007; Dixon et al 2010).

Mot bakgrund av det uttalade intresset kan man naturligtvis fråga sig varför inte fler individer anser att man valt enhet. En förklaring kan vara att man inte vet hur det går till eller inte är välinformerad om alternativen. Undersökningen i Halland, Västra Götaland och Skåne visar dock att en majoritet anser att det är enkelt att välja och att man har tillräcklig information. De flesta individer har dock i praktiken valt den enhet som föreslagits från landstinget i samband med introduktionen av vårdval. De viktigaste informationskällorna är den vårdenhet man känner till sedan tidigare och tips från vänner och anhöriga. Det är också få individer som väljer om till någon ny vårdenhet när man väl gjort sitt val. Även dessa trögheter i befolkningens vårdval stämmer väl överens med resultaten från internationell forskning (Dixon et al 2010). I synnerhet de individer som behöver uppsöka vården ofta och sätter stort värde på kontinuitet är mindre benägna att välja ny vårdgivare.

Det innebär dock inte att man är ointresserad av att välja. Många människor läser samma morgontidning under i stort sett hela sitt liv. De flesta av dessa människor är dock knappast ointresserade av att själv välja sin morgontidning. Resultat från forskning om hur individer väljer i primärvården är också

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

helt logiska med tanke på att kontinuitet är viktigt för många patienter. Studier visar att intresset av att kunna välja snarast är högre bland äldre, som i genomsnitt har större vårdbehov och behov av kontinuitet.

I ett konkurrensperspektiv kan befolkningens trögheter till omval betraktas som ett problem. Om patienterna eftersträvar kontinuitet kan detta i värsta fall utnyttjas av mindre nogräknade vårdgivare. Vården och erbjudandena kan urholkas eftersom det ändå finns en preferens för att välja samma hos patienterna. Detta är inte unikt för vårdval utan något som kan ske på alla marknader. Som privatpersoner förväntas vi göra en mängd val i stort sett varje dag, månad och år. Det är en omöjlig uppgift att kalkylera alla för- och nackdelar med olika alternativ vid varje enskilt tillfälle. Istället utvecklar vi vanor som får styra det mesta av vårt beteende. På så sätt kan vi också fokusera vår mentala kapacitet på det som är viktigast för stunden. Därför ”väljer” vi ofta samma morgontidning, bank, elbolag, försäkringsgivare, livsmedelsaffär etc. som tidigare.

För primärvårdens del tillhör val av vårdenhet kanske inte det mest angelägna valet för flertalet i befolkningen. Det är först när vi har anledning att bekymra oss för vår hälsa som ett val kan komma upp på dagordningen och tränga undan alla andra val som ska göras. Det kan betraktas som en utmaning för både landsting och vårdenheter. För landstingen blir det svårare att skapa en väl fungerande konkurrens om individer inte är tillräckligt motiverade att jämföra egenskaper hos alternativ. För vårdgivare blir det en utmaning att ta emot nya individer eftersom dessa troligen är mera vårdkrävande för stunden. Beroende på ersättningssystemens konstruktion kan det ge anledning för vårdgivare att hindra individers möjligheter att välja ny enhet, t.ex. genom att hänvisa till långa egna väntetider och att det är bättre att man vänder sig till den enhet där man redan är listad. Individers trögheter att välja ett nytt alternativ skapar på så sätt även ett beteende på utbudssidan som förstärker barriärerna för omval. En viktig policyfråga för landstingen blir därmed hur man kan underlätta för befolkningens vårdval. Det är inte mängden val som är avgörande för att konkurrensen ska fungera utan snarare hotet att individer ska välja något annat alternativ. Om det är enkelt för individer att välja kan konkurrensen mellan enheter vara högst påtaglig även om det inte görs ett enda omval i landstinget under ett år.

Individers val kan underlättas genom bättre information om alternativen (se Winblad 2011). Det är också möjligt att ge konkret hjälp från en särskilt tillsatt ombudsman till individer som stöter på problem (exempelvis avvisande vårdenheter). En annan möjlighet är att stimulera vårdenheter att lista nya patienter med hjälp av ekonomiska incitament. Men det finns också skäl att se realistiskt på i vilken utsträckning individers vårdval kan selektera bort vårdenheter med sämre medicinsk kvalitet. Som komplement till vårdval måste landstingen agera som uppdragsgivare och utestänga icke-önskvärda vårdenheter från vårdvalsmarknaden, även om dessa vårdenheter skulle ha tillräckligt antal listade. Vårdenheter får på detta sätt bevakning från två håll. Dels från individer avseende främst tillgänglighet, bemötande och andra egenskaper som patienterna är bäst på att observera, dels från landstingen vad gäller medicinsk kvalitet och prioriteringar som patienter i regel är sämre på att bedöma.

Risk för undervård med kostnadsansvar och fast ersättning

På övergripande nationell nivå är det möjligt att urskilja två modeller i landstingen för vårdenheters kostnadsansvar och ersättningar (Anell 2010). Den ena modellen återfinns i Stockholm och kan förknippas med begränsat

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

kostnadsansvar för familjeläkarmottagningar samt huvudsakligen rörlig ersättning baserad på antal besök. Den rörliga ersättningen kombineras med en fast och åldersbaserad ersättning för de invånare som aktivt listat sig på mottagningen. Den andra modellen återfinns i resterande landsting som i stor utsträckning följt de principer som först utvecklades i Halland. Det innebär ett mera omfattande kostnadsansvar, som inkluderar ersättningsansvar om listade individer väljer att uppsöka andra enheter inom primärvården och ofta även utgifter för allmänläkemedel. Ersättningsprinciperna i dessa landsting baseras i huvudsak på en fast ålders- eller diagnosbaserad ersättning för individer som listat sig aktivt eller passivt på enheten. I flera landsting kombineras den fasta ersättningen med en mera blygsam rörlig ersättning som motsvarar patientavgifterna. Sett till detaljer finns skillnader inom denna grupp av landsting avseende både vårdgivares uppdrag, hur man får betalt och vilket kostnadsansvar man har. Ett gemensamt drag är dock att vårdenheter i princip får ta ett helhetsansvar för listade individers konsumtion av primärvård, oavsett vid vilken enhet konsumtionen äger rum. Detta förklarar också önskemålen från landstingen att lista hela befolkningen. För vårdgivarnas del innebär detta att man även har kostnadsansvar för sådana vårdinsatser som man inte direkt kan kontrollera, vilket sällan uppskattas från vårdgivarna själva.

För att motverka att vårdgivare undviker att registrera individer med större vårdbehov finns anledning att riskjustera ersättningen utifrån de förväntade kostnaderna (Robinson 2001; Gosden et al 2004). En sådan riskjustering kan dock göras mer eller mindre grovt. En enkel riskjustering baserat på ålder och kön gör det ekonomiskt sett omöjligt för vårdenheter att inrikta sin verksamhet mot exempelvis multisjuka äldre. Det kan på samma sätt finnas anledning för sådana enheter att motarbeta listning av äldre med många sjukdomar och stora behov. För att hantera sådana problem och variationer i de förväntade vårdkostnaderna inom olika åldrar behövs ytterligare riskjustering. En metod är att justera ersättningen för olika diagnoser, t.ex. utifrån ACG (”Adjusted Clinical Groups”) som introducerades i Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Utöver riskjusteringen baserat på förväntad vårdtyngd givet ålder och diagnoser kan det även finnas anledning att justera ersättningen efter socioekonomiska skillnader (Rosen et al 2003). Så görs också i flertalet landstings vårdvalssystem. I en svensk registerstudie visas också att kostnadsvariationer mellan vårdenheter till stor del förklaras av socioekonomi snarare än skillnader i sjukdomsbörda (Borgquist m. fl. 2010). En socioekonomisk ersättning kan på så sätt ge ökad rättvisa i resursfördelningen och bättre förutsättningar för preventiva insatser där behoven är som störst. På individnivå har dock skillnader i sjukdomsbörda störst betydelse. Eftersom det är individer som väljer i ett vårdvalssystem kan därför aldrig en utvecklad ersättning för socioekonomiska faktorer ersätta riskjusteringen efter förväntat vårdbehov baserat på sjuklighet.

En riskjusterad ersättning utifrån sjukdomsbörda och socioekonomi kan lösa problem med att vårdenheter annars ”plockar russinen ur kakan” och försöker lista individer där förväntade kostnader är lägre än ersättningen. En riskjustering med hänsyn till både vårdtyngd och socioekonomi blir dock mera komplicerad och leder till högre administrativa kostnader. Oavsett om ersättningen riskjusteras eller inte så ger också en fast ersättning ekonomiska incitament att underbehandla. Med en fast ersättning är det enbart genom att sänka kostnaderna som vårdenheter kan förbättra lönsamheten för de listade patienterna. Det kan i bästa fall ge vårdenheter incitament att utveckla innova-

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

tioner som leder till nya arbetssätt och bättre vård till lägre kostnader. Men det kan i värsta fall också handla om att vårdenheter inte genomför de återbesök som är motiverade för kroniskt sjuka eller att man snålar på den diagnostik eller behandling som kan anses motiverad och är kostnadseffektiv sett i ett bredare hälsoekonomiskt perspektiv. Det finns också empiriskt visat att läkare ägnar mindre tid åt patienter med fast ersättning jämfört med patienter där ersättningen är rörlig (Melichar 2009).

Med fast ersättning ökar också anledningen för vårdenheter att försöka bli av med kostnader genom att remittera patienterna till någon annan (Krasnik et al 1990; Iversen och Lurås 2000). Det finns förvisso möjligheter att motverka detta problem genom att vidga vårdenheters kostnadsansvar så att den även omfattar remisser. Samtidigt som detta löser problemen med kostnadsövervältringar så ökar snarast risken för att vårdenheter snålar på den vård som ges. Med att heltäckande kostnadsansvar finns även anledning för vårdenheter att snåla på de remisser som skickas till andra. I den utsträckning som patienter har information om sådana brister kan naturligtvis vårdval motverka incitamenten. Vid perfekt konkurrens med obegränsad tillgång på information för patienter kommer vårdenheter med svag kvalité att väljas bort. Men om det finns brister i individers möjligheter eller intresse av att välja, vilket nog stämmer bättre med praktiken, finns anledning för landstinget att komplettera styrningen.

Miller (2009) anger fler olika sätt att balansera de ekonomiska incitament till undervård som följer av en fast ersättning. Ett alternativ är att öka den rörliga ersättningen. Förvisso kan detta innebära att det blir svårare att uppnå kostnadskontroll. En rörlig ersättning riskerar också att konservera ett traditionellt synsätt på hur vårdkontakter ska utföras. Dessa nackdelar ska då vägas mot fördelarna i form av minskad risk för undervård och bättre villkor för nyetableringar. Potentiella nackdelar med rörlig ersättning i form av att vårdkontakter styckas upp för att vårdgivare får betalt per besök är också enklare för patienter att genomskåda. Åtminstone i jämförelse med patienternas möjligheter att bedöma om man får sämre medicinsk vård än vad som är befogat. Andra möjligheter som diskuteras av Miller är att undanta vissa patientgrupper eller kostnader från vårdenheters ansvar, eller att införa en övre gräns för hur mycket kostnadsansvar en vårdenhet ska ta för viss patient. Ytterligare möjligheter är att finansiären ställer direkta krav på att vårdenheter följer riktlinjer för behandling av olika patientkategorier, exempelvis genom ackrediteringsvillkoren. De vårdenheter som avviker från kraven kan bli föremål för medicinsk revision och i sista hand uteslutning från vårdmarknaden. Det är också möjligt att påverka indirekt genom målbaserad ersättning som kopplas till samma riktlinjer.

Flertalet landsting använder sig idag av en målbaserad ersättning som komplement till den fasta ersättningen per individ. Ersättningen är dock en begränsad del av de totala intäkterna för vårdenheter, som mest 4-5%. Internationella erfarenheter från USA och främst brittisk primärvård visar att effekterna av målbaserad ersättning vanligtvis är blygsamma (Anell 2010). Det finns också risk att man styr fel, t.ex. tränger undan den vård som inte belönas. Av stor betydelse är vilken typ av indikatorer som används. Riskerna med de processmått som oftast används i målbaserade program är att man inför ekonomiska incitament att vårda patienter utifrån protokoll och vad som ger mest ersättning, snarare än att man ser till behov och resultat för varje enskild patient. Om agendan i varje kontakt med patienterna bestäms av ett protokoll som anger vilka frågor som ska tas upp och vilka åtgärder som ska ges finns risk att patientens verkliga problem marginaliseras. För primärvården finns även mer generell

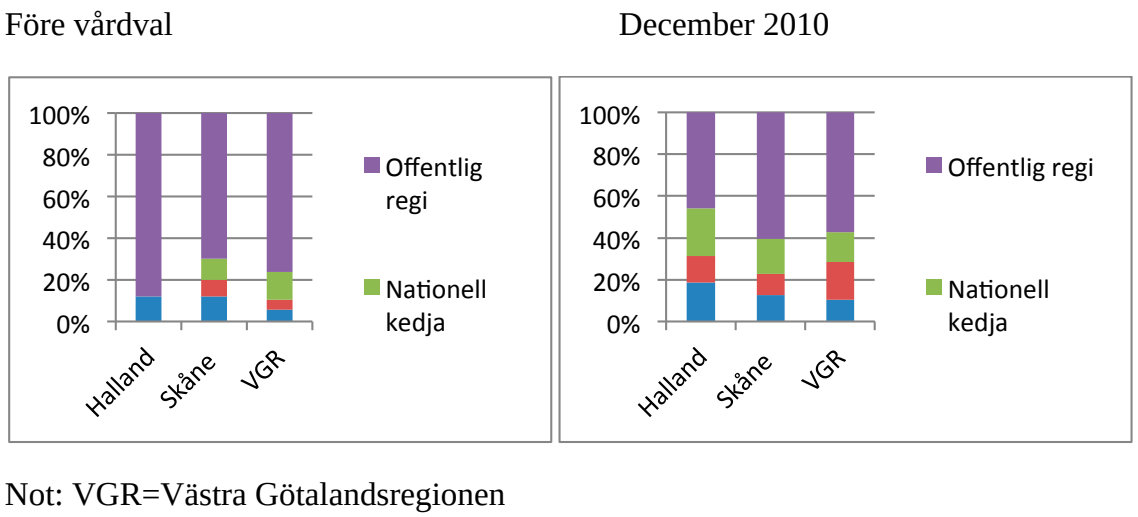
© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

kritik att de mål och indikatorer som används i målbaserad ersättning i alltför stor utsträckning baseras på vertikala vårdprogram utifrån enskilda diagnoser. Heath et al (2009) menar att detta synsätt inte tar hänsyn till primärvårdens viktiga uppgift att integrera vården horisontellt. För patienter med flera diagnoser kan summan av följsamhet till alla förslag på insatser sett i det vertikala sjukdomsperspektivet leda till en sämre situation. En viktig uppgift för primärvården är att integrera vården sett till patientens egen situation och kapacitet att tillgodogöra sig behandlingar. De värden som man skapar genom en sådan integration är svårare att mäta och måste utgå från resultaten som de bedöms av patienterna själva.

Påverkan på konkurrensförhållanden

Fast ersättning och mycket kostnadsansvar påverkar också konkurrensförhållandena genom att de ekonomiska incitamenten premierar större eller horisontellt integrerade vårdenheter. Med ett bredare kostnadsansvar för vårdenheter, som inkluderar exempelvis läkemedel och alla förekommande utredningar och behandlingar på primärvårdsnivån, ökar spridningen i kostnaderna på individnivå. Oavsett hur väl man riskjusterar ersättningen kommer det att finnas skillnader i individuella kostnader inom de grupper som identifierats, som blir större ju fler aspekter av vården som inkluderas. De faktiska kostnaderna för alla diabetiker i en viss åldersgrupp är inte helt lika. Skillnaderna ökar om även läkemedel inkluderas. Patienter har helt enkelt olika individuella behov och svarar olika på de läkemedel som sätts in. Det enklaste sättet för vårdenheter att hantera den slumpmässiga kostnadsvariationen är att lista fler individer. Om fler listas så finns större förutsättningar för att ”gungor och karuseller” tar ut varandra. Ersättningen för individer med lägre vårdkostnader än förväntat kompenserar för individer som har högre vårdkostnader än förväntat.

Enligt både Vårdföretagarnas (2010) och Konkurrensverkets (2010) tidigare undersökning finns en begränsad ägarkoncentration bland nya enheter som tillkommit efter införande av vårdval. Ungefär två tredjedelar av antalet nyetableringar tillhörde *inte* någon lokal, regional eller nationell kedja. Ägarkoncentrationen är dock högre om man ser till den sammanlagda privata marknaden inom primärvården. Enligt Konkurrensverkets rapport fanns omkring 450 privata vårdmottagningar i augusti 2010. Praktik-



Not: VGR=Västra Götalandsregionen

Figur 4. Fördelningen mellan olika typer ägare av vårdenheter inom i primärvården, före vårdval respektive per december 2010. Före vårdval. Källa: Uppgifter från respektive sjukvårdshuvudman.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

ertjänst, Carema och Capio ägde tillsammans ungefär en tredjedel av dessa. Ytterligare 13 procent av de privata vårdenheterna ägs av mindre kedjor med fler än fem vårdmottagningar inom primärvården. Sammanlagt är det således nära hälften av de privata vårdenheterna som ingår i en lokal, regional eller nationell kedja med fem eller fler enheter.

Den bilden över ägarkoncentrationen stämmer också med mer detaljerad statistik från ett urval landsting. För Stockholms del var 62 procent av antalet mottagningar år 2009 privata. Knappt hälften tillhörde en större aktör. Praktikertjänst var precis som på nationell nivå den största aktören följt av Carema och Capio. Fördelningen mellan offentlig och privat regi i Halland, Region Skåne respektive Västra Götalandsregionen i december 2010 jämfört med före introduktionen av vårdvalframgår av figur 4. Andelen privata enheter är högre i Halland, som genomförde vårdvalsreformen 2007, jämfört med Region Skåne och Västra Götalandsregionen, som införde motsvarande reform år 2009. Andelen privata enheter som tillhör någon lokal kedja eller nationell aktör är i majoritet i både Halland, Skåne och Västra Götalandsregionen. De största aktörerna är liksom i Stockholm Praktikertjänst, Carema och Capio.

Eftersom ägarkoncentrationen inte varierar systematiskt mellan Stockholm och Halland finns ännu inga belägg på att villkoren i Halland premierar en ägarkoncentration. Man ska dock komma ihåg att vårdenheter i Halland inte har kostnadsansvar för läkemedel, vilket reducerar behovet att lista fler för att utjämna kostnader. De befolkningsmässiga förutsättningarna för konkurrens är också sämre i Halland. Om utvecklingen i Skåne och Västra Götalandsregionen kommer att premiera en ökad ägarkoncentration genom samgåenden och uppköp återstår att se. Om så skulle ske behöver det inte betraktas som ett problem i sig. Detta är viktigt att påpeka. En utveckling mot större och/eller horisontellt integrerade enheter skulle också kunna bidra till att primärvården kan ta det bredare ansvar som skisserats i denna rapports inledning. Det kan bli enklare att ”hämta hem” primärvård som görs på andra håll och förutsättningarna för att utveckla särskild kompetens för att koordinera andra vårdgivares insatser kan vara bättre. Nationella och regionala kedjor kan också underlätta för de individer som vill ha möjlighet att söka vård på olika orter utan att välja om, t.ex. både där man bor och arbetar eller där man har sitt fritidshus. En ytterligare fördel är att horisontellt integrerade kedjor med egna varumärken har ekonomiska incitament att utöva intern kontroll så att de vårdenheter som ingår i kedjan följer regelverket och har god kvalitet. En enskild vårdenhet med dålig kvalitet skadar nämligen inte bara sig själv utan även andra vårdenheter som verkar under samma varumärke. Det är en stor skillnad jämfört med enskilda privata alternativ där det enbart är landstinget som har incitament och möjligheter att utöva motsvarande kontroll.

En utmaning för större enheter är att befolkningen i genomsnitt tenderar att vara mer nöjda med mindre enheter (Glenngård, pågående arbete). Det ger större enheter anledning att fundera på hur man kan kombinera fördelarna med många listade med de små enheternas bättre resultat för patientnöjdhet. En möjlig väg är att i större utsträckning arbeta med filialer med olika placeringar men med gemensam ekonomi. Även i detta avseende kan horisontellt integrerade kedjor ha fördelar framför andra. Landstingen har anledning att utforma de egna uppdragsbeskrivningarna och villkoren för ackreditering så att flexibla lösningar som kan kombinera fördelar hos små och stora enheter möjliggörs.

Vilken primärvård vill vi ha i framtiden?

Inom svensk primärvård finns numera snarast utrymme för mer konkurrens och

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

innovationer än vad som finns i andra länder där privata aktörer varit i majoritet under lång tid. I andra länder förekommer ofta begränsningar i befolkningens möjligheter att välja primärvård, t.ex. att man bara får välja ny vårdgivare en gång per år och bara välja vårdgivare i närheten av där man bor. Etableringsfriheten för nya aktörer är ofta mer begränsad. Stora sjukvårdsföretag ägda av riskkapitalister är ovanliga. Inte sällan har de befintliga privata aktörerna själva strävat efter att behålla olika former av konkurrensbegränsningar och hinder för nya ägare. I Sverige har privata aktörer som kan ha mycket att förlora på en omreglering tidigare saknats. Numera finns privata aktörer inom primärvården som kommer att hävda sina intressen på annat sätt än vad som varit möjligt för offentliga vårdcentraler. Det kan vara bra för både primärvården och patienterna. Men det kommer samtidigt att bli viktigt för landstingen att ”vårda marknaden”.

Som visats i diskussionsunderlaget finns barriärer för individers val av vårdenhet. Det gäller framför allt intresset att ta reda på information om alternativen och göra ett väl avvägt val. För de patienter som är mest intresserade av att välja är förmodligen kontinuitet an av de viktigaste egenskaperna man söker hos vårdgivare. Det innebär att bristerna måste vara uppenbara för att man ska investera i ett nytt val. Detta är egentligen inte unikt för vårdval i primärvården utan gäller även när vi väljer bank, försäkringsbolag, morgontidning, elleverantör etc. Det mest av våra ”val” styrs av vanor och att vi ger de leverantörer vi tidigare valt förnyat förtroende. Det är först när gapet blir tillräckligt stort mellan det vi får från befintliga leverantörer och det vi tror oss kunna få från någon annan som vi väljer något nytt. För vårdgivare kan det bli svårt att locka till sig nya listade som representerar en normalbefolkning. Ett byte av vårdenhet aktualiseras förmodligen mest bland dem som av någon anledning har behov av vårdkontakter och är missnöjda. I det korta tidsperspektivet lär därför kostnaderna av att lista någon ny individ bli högre än intäkterna för vårdgivare. Följden kan bli att man på olika sätt försöker hindra individers val.

Det finns därför anledning för landstingen att stödja individers val och att förbättra konkurrensen mellan vårdenheter så långt möjligt. Det kan åstadkommas på flera sätt:

- Möjliggöra för fler alternativ genom att se till att etableringshindren för nya aktörer inte blir för stora. Landstingens ackrediteringsvillkor bör främja innovationer och vara flexibla avseende verksamhetens organisation.

- Öka konkurrensen genom att sälja ut verksamhet i egen regi till privata aktörer. Omregleringen inom apoteksbranschen där enheter sålts i kluster och där särskilt kluster premierar enskilda ägare kan ge värdefulla lärdomar.

- Bättre information om alternativen, vilket kräver större satsningar på att utveckla uppföljningssystemen respektive indikatorer som kännetecknar en bra primärvård.

- En särskild ombudsman kan få uppdraget att kartlägga olika hinder för val och vara en resurs som enskilda individer kan vända sig till vid problem. Det kan vara en poäng att skilja detta uppdrag från landstinget så perspektivet renodlas. Möjligen kan flera landsting dela på resursen.

Individers val kan också främjas eller motverkas via ersättningssystemens konstruktion. Som noterats i diskussionsunderlaget finns risk för undervård med de lösningar i form av fast ersättning och mycket kostnadsansvar som de flesta landsting använder sig av. Sådana ekonomiska villkor premierar dessutom stora enheter och horisontell

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

integration, vilket kan ge negativa effekter på möjligheterna att skapa konkurrens. Utvecklingen i landstingens väcker mot denna bakgrund flera frågor:

- Kan den fasta ersättningen bli mer riskjusterad, så att man tar hänsyn till mer specifika förväntade kostnader inom olika patientgrupper? Finns anledning för fler landsting att följa de principer med ersättning utifrån diagnos som infördes först i Region Skåne och Västra Götalandsregionen?

- Kan den fasta ersättningen bli mer prospektiv, t.ex. genom att vårdenheter som listar ny individ ges ett års ersättning i förskott, med återbetalningsplikt om individen väljer annan enhet under denna period?

- Kan man som alternativ utbetala en extra fast ersättning, t.ex. dubbla kapiteringen eller annat fast belopp, för vårdenhet som tar emot ny listad?

- Väger den fasta ersättningen för tungt i förhållande till en rörliga? Finns anledning att öka den rörliga ersättningen? Finns möjligheter att i så fall få in ett hälsoekonomiskt ”tänk” så att man premierar kostnadseffektiva aktiviteter och insatser?

- Vilken typ av vertikala indikatorer kan användas i målbaserad ersättning till primärvård, för att lyfta fram primärvårdens uppgift att se till individer i sin helhet snarare än individers diagnoser?

- Har vårdenheter belastats med alltför mycket kostnadsansvar, t.ex. för diagnostik, läkemedel och behandlingar av sjukgymnaster, psykologer m.fl.? Finns anledning att undanta vissa kostnader eller patienter med de tyngsta behoven?

Oavsett utformning av ersättningssystemen och kostnadsansvaret kommer det att finnas brister i de ekonomiska incitamenten. Det gäller i all form av styrning. En viktig egenskap i alla styrsystem är därför att de underliggande bristerna fångas upp. Med den utformning av de ekonomiska incitamenten som hittills dominerat i landstingen finns risk för undervård och att individers vårdval undergrävs. En cynisk kommentar är att detta kanske inte alltid upplevs som ett problem bland landstingen som finansiärer. Det blir enklare att kontrollera kostnaderna och mindre krångligt om få väljer om. Problemen är inte heller så synliga. Problem till följd av en rörlig besöksersättning är på så sätt mer transparenta. Om besöken styckas upp i onödan lär åtminstone en del patienter märka och påtala detta. En utveckling mot glesare besök bland multisjuka äldre eller mer restriktiva indikationer för diagnostik och behandling är svårare för en lekman att uppmärksamma. Som patient tycker man nog dessutom att besök i onödan (när ett telefonsamtal eller mail varit tillräckligt) är ett mindre problem jämfört med om man inte får tillgång till den vård man har behov av.

De ekonomiska incitamenten som följer av vårdval, kostnadsansvar och ersättningsprinciper måste därför kompletteras med annan styrning. Det finns anledning att satsa mer resurser på uppföljning och revision av vårdenheters medicinska kvalitet och praxis på sätt som sker i t.ex. Region Skåne. En typ av revision kan göras utifrån teman och med syftet att hjälpa vårdenheter att utvecklas. Den typen av revisioner kan betraktas som en kvalitetsstämpel och kan kommuniceras som positiv signal till befolkningen. En annan typ av revision kan göras på förekommen anledning om den kontinuerliga uppföljningen ger anledning. Det måste naturligtvis också finnas incitament för vårdenheter att ta landstingens uppföljning och revision på allvar. Om anledning finns bör landstingen ställa krav på förändring inom viss tid och

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

ytterst att man utestänger vårdenhet från vårdmarknaden. Likväl som det ska vara enkelt att ta sig in på vårdmarknaden ska det finnas tydliga regler för ”exit” om man inte klarar landstingens krav.

Revisioner och beslut bör vara transparenta gentemot befolkningen precis om annan uppföljning av kvalitet i primärvården. På detta sätta skapas tryck på vårdenheter från två håll. Dels från individer utifrån de egenskaper som individer är bäst på att bedöma (tillgänglighet, bemötande etc.); dels från landstingen avseende de egenskaper som patienter i regel är sämre på att bedöma (medicinsk kvalitet, koordinering av andras insatser etc.). En transparent uppföljning i kombination med medicinska revisioner som baseras på primärvårdens egen kompetens leder därutöver även till ett ökat kollegialt tryck på verksamheten.

Uppföljningen och kraven måste naturligtvis anpassas till vad man vill att primärvården ska åstadkomma. Om det är önskvärt att primärvården ska ta ett större ansvar för den samlade öppenvården måste ersättningsnivåerna anpassas därefter. Om en utveckling mot större ansvar för koordinering av andras insatser är önskvärd och ingår i åtagandet så måste detta uppdrag ersättas och följas upp likaväl som den allmänmedicinska kvaliteten. Primärvårdens roll som koordinator av andras insatser är inte alls självklar. Multisjuka äldre kräver ofta avancerad vård (Wahlund 2010) och insatserna från specialistvården kan vara långt mera betydande än insatserna från primärvård. Någon måste dock ta ansvar för att insatserna blir bättre koordinerade och man kan hävda att primärvården har en unik position och möjlighet att arbeta förebyggande så att åtminstone en del av de problem som alltför ofta uppstår undviks. En förändrad primärvårdspraktik som kan bidra till lösningar för multisjuka äldre är angelägen även om den inte är självklar.

En stor del av diskussionen i detta underlag har utgått från ekonomiska incitament för vårdgivare. Det är naturligtvis också relevant att diskutera hur incitamenten för vårdsökande individer kan ändras. Kan man införa ekonomiska incitament som innebär att individer får större anledning att välja primärvård och vara trogen den vårdenhet man valt, t.ex. via än mer differentierade patientavgifter? Enligt tidigare argument i underlaget är det förmodligen fel strategi att på kort sikt tvinga in individer i primärvården genom att införa remisstvång eller andra restriktioner. Ett bättre alternativ är att bygga på positiva incitament som inte riskerar att skada förtroendet för primärvård. Det finns generellt sett anledning att ta större hänsyn till hur primärvårdens förtroende i befolkningen påverkas vid beslut om verksamhetens uppdrag och ekonomiska villkor. Befolkningens förtroende är förmodligen helt avgörande för att primärvården ska kunna utvecklas på ett positivt sätt.

Med dessa utgångspunkter behövs en ny vision för svensk primärvård som baseras dels på vårdvalets logik, dels på vilken ny roll primärvården ska ha i hälso- och sjukvården. En ny vision måste dock komma från primärvården själv och baseras på forskning för att vara långsiktigt hållbar. Det behövs därför forskningscenter som kan driva utvecklingen om primärvårdens roll och organisation genom att ta fram ny kunskap. Det finns också utrymme för en branschorganisation för primärvård som kan lyfta fram och utveckla just primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet och utgöra bryggan mellan forskning, praktik och policy. För båda verksamheterna krävs att inte minst allmänläkarna själva tar ett ledningsansvar.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Referenser

Anell, A. (2005) Primärvård i förändring. Studentlitteratur: Lund.

Anell, A. (2010) Choice and privatization in Swedish primary care. Health Economics, Policy and Law. doi:10.1017/S1744133110000216.

Anell A. (2010) Värden i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.

Borgquist L, m. fl. (2010) Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsbörda. Läkartidningen; 37: 2158-2163.

Chernew, M.E., Sabik, L., Chandra, A., Newhouse, J.P. (2009), "Would having more primary care doctors cut health spending growth?" Health Affairs; 28(5): 1327-1335.

Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N, Magee H. (2010) Patient Choice – How patients choose and how providers respond. London: The Kings Fund.

van Doorslaer E, et al. (2006) Unequal access to medical care in the OECD countries. CMAJ; 17: 177-183.

Glenngård A, Anell A, Beckman A. (2011) Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. Health Policy.

Gosden, T. m.fl. (2004), "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians." Cochrane Database Systematic Review, The Cochrane Library.

Le Grand, J. (2007), The Other Invisible Hand. Princeton University Press: Princeton.

Heath I, et al. (2009) Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. BMJ; 338: 911-913.

Heidenheimer A J. (1980) Conflict and compromises between professionals and bureaucratic health interests 1947-72. I Heidenheimer A J, Elvander N, (red.) The Shaping of the Swedish Health System. Croom Helm: London.

Iversen, T., Lurås, H. (2000), "The effect of capitation on GP:s referral decisions." Health Economics; 9: 199--210.

Janlöv N. (2010) Measuring Efficiency in the Swedish Health Care Sector – Levels, Trade-offs and Determinants. Doktorsavhandling, Nationalekonomiska inst, Lunds universitet.

Konkurrensverket (2010) Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3.

Krasnik, A., Groenewegen, P.P., Pedersen, P.A., Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., Flierman, H.A., Damsgaard, M.T. (1990), "Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice." British Medical Journal; 360: 1698--1701.

Kroneman et al. (2006) Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy; 76: 72-79.

Lamarche, P.A. et al (2003), Choices for change: The path for restructuring primary healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).

Melichar, L. (2009) The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? Journal of Health Economics; 28: 902-907.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Miller, H. D. (2009), “From volume to value: Better ways to pay for health care.” Health Affairs; 28(5): 1418--1428.

Paulsson, G. (2009), Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2008.

SOU (1948:14) Den öppna läkarvården i riket. Stockholm.

Rehnberg C, m.fl. (2010) Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport 2010:12.

Robinson, JC. (2001), “Theory and practice in the design of physician payment incentives.” The Milbank Quarterly; 79(2): 149--177.

Saltman, RB (2005) Primary care in the driver’s seat? John Fry Lecture, Nuffield Trust: London.

Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W. (red.) (2006), Primary care in the driver´s seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press: Berkshire.

Starfield B. (1998) Primary care – Balancing health needs, services and technology. Oxford University Press: New York.

Svalander PA. (1999) Primärvården inför framtiden – ”ett sprucket krus”. Landstingsförbundet: Stockholm.

SKL och Socialstyrelsen (2010) Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010. SKL och Socialstyrelsen: Stockholm.

SKL (2010) http://www.skl.se/press/nyheter_2/mest-sjuka-aldre-kartlagda

Vårdföretagarna (2010) Vårdutbudet och vårdvalet. Rapport från Vårdföretagarna.

Wahlund L-O. (2010) Ökat antal multisjuka ställer krav på sjukvården. Läkartidningen; 44: 2702.

WHO (2008), The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. World Health Organization: Geneva.

Winblad U. (2011) Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården? Diskussionsunderlag inför workshop 10 maj 2011.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY

18 november 2011 | Workshop 3

Hur kan offentliga och privata vårdgivare arbeta tillsammans för att uppnå hälso- och sjukvårdens övergripande mål?

(How can Public and Private Providers Work Together to Achieve Broad Health Sector Goals?)

En stor och avgörande förändring av svensk hälso- och sjukvård under de senaste åren är en växande mångfald av vårdgivare. Landstingen har fortfarande det ekonomiska ansvaret för vården inom ramen för en skattefinansiering – men de anlitar i ökande utsträckning privata aktörer för att utföra själva vården, antingen via vårdvalsmekanismerna eller via avtal inom olika medicinska specialiteter. Mångfalden och de olika formerna av ägarskap (vinstdrivande, icke vinstdrivande), storlek på vårdenheterna (från enstaka traditionella privatläkarmottagningar till stora koncerner) är påtaglig. I internationellt perspektiv beskrivs denna utveckling i Sverige ibland som övergång från ett ”monolitiskt” offentligt vårdsystem till en snabb och plötslig mångfald. Utvecklingen innebär dock att Sverige mera kommer att likna de vårdmodeller och system vi ser i den närmaste omvärlden i länder som t.ex. Danmark, Tyskland och Holland. Även om denna utveckling i vissa delar är, eller har varit, partipolitiskt kontroversiell sker den primärt med syfte att den svenska vården ska utveckla sin styrka, innovationskraft och vitalitet – för att vårdsystemet bättre ska kunna uppfylla sina mål. En sådan utveckling sker emellertid inte med automatik enbart via större mångfald. Den kräver i ett antal avseenden specifika åtgärder som att sätta mål, avläsa resultat och göra jämförelser. Hur mångfalden verkligen ska bidra till att utveckla en högre och jämnare kvalitet och större innovationskraft utan högre kostnader är en central uppgift för såväl politiker som olika experter i sjukvårdens ledning. Den kräver inte minst mobilisering av relevanta perspektiv, kunskaper och ”redskap”.

Konkreta förslag från denna workshop:

5. Använd den nya mångfalden av vårdgivare för att i första hand nå vårdens mål av ökad och jämnare kvalitet utan högre kostnader! Kvalitetsmätningar och jämförelser mellan vårdgivare, liksom en mycket snabbare återkoppling till varje vårdgivare, är centrala redskap för detta.

6. Nya aktörer och vårdgivare kan vara avgörande för att bidra till innovationskraft och förnyelse av vården. Det kan gälla kliniska vårdmetoder och arbetssätt, men också sättet att organisera vården, skapa ökad tillgänglighet och högre kvalitet. Landstingen som har ansvar för det samlade vårdsystemet för sina respektive befolkningar måste avläsa hur nya vårdgivare bidrar till innovation i sättet att utföra vården.

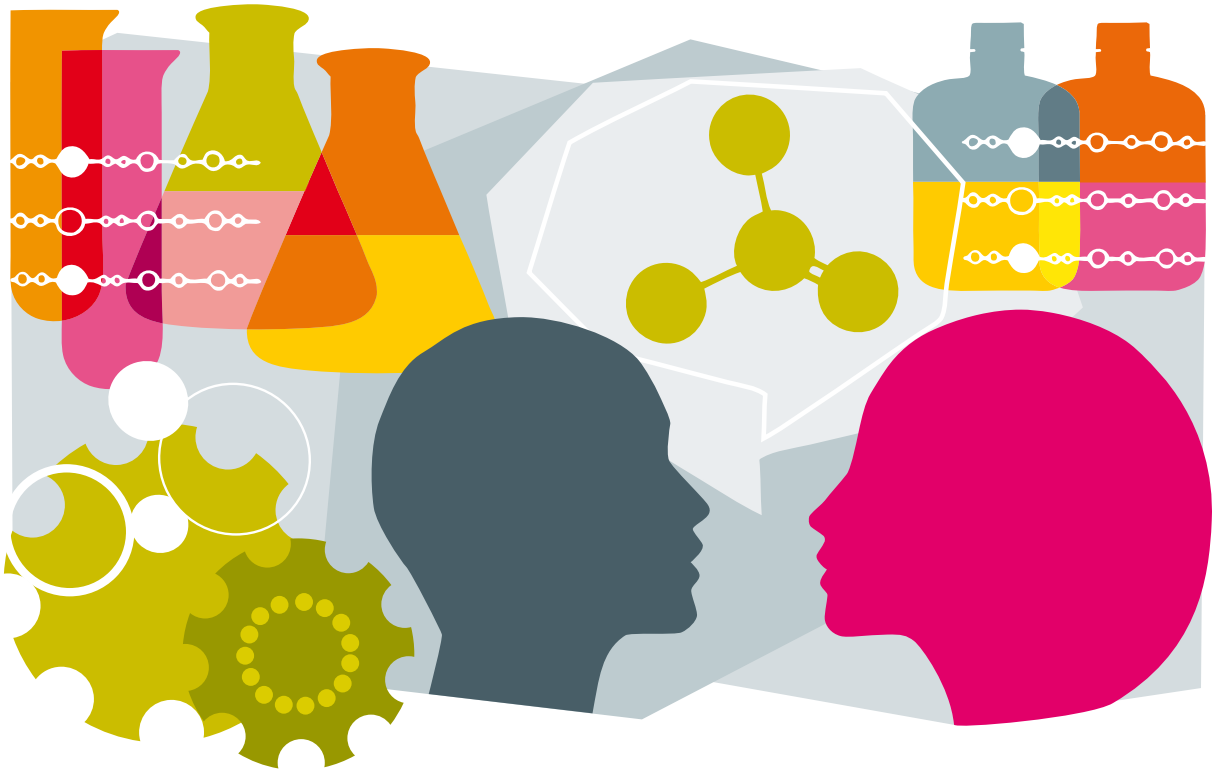
FÖRFATTARE AV EXPERTRAPPORTEN: Fil.dr. Monica Andersson Bäck, Institutionen för Socialt Arbete och Vårdalinstitutet, Göteborgs universitet.

INTERNATIONELL EXPERT: Professor Aad A. de Roo, Strategic Health Management. University of Tilburg och Erasmusuniversitetet i Rotterdam, Nederländerna

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

www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY



Kunskapsunderlag vid Workshop 18 november 2011

How can public and private providers work together to achieve broad health sector goals?

FÖRFATTARE:

Monica Andersson Bäck

Fil.dr. Institutionen för Socialt Arbete
och Vårdalinstitutet, Göteborgs universitet

Innehållsförteckning

Del 1 Rapporter, studier och statistik samtmedieuppgifter

1.1 Köp av hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare 5
1.2 Antal anställda inom olika driftsformer av vård och omsorg 8
1.3 Öppenvård inkl primärvård och LOV 12
1.4 Den kommunala äldreomsorgen 15
1.5 Privata vård- och omsorgsaktörer i Sverige 20
1.6 Information om vårdgivare och kvalitetsjämförelser 24

Del 2 Intervjuer med fyra huvudaktörer

2.1 Catharina Barkman – utvecklingschef vid Stockholms läns landsting 25
2.2 Roger Molin – avd. för vård och Omsorg vid SKL 28
2.3 Martin Ärnlöv – VD för Bräcke Diakoni 30
2.4 Håkan Wittgren – VD i Läkarförbundet 33

Referenslista 35

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Det här är ett diskussionsunderlag inför workshopen vid Forum för Health Policy på temat: « How can public and private providers work together to achieve broad health sector goals?» (Hur kan mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer gynna målen för hälso- och sjukvården)?

Syftet med workshopen är att få till stånd **en diskussion med fokus på tre frågor:**

- Vad är värdet av och möjligheterna med en mångfald av aktörer inom vård och omsorg?
- Vilka risker och hot finns?
- Vilken roll bör olika aktörer ha i att ansvara för utvärdering och styrning?

Detta dokument har sammanställts med avsikten att samla relevant data och olika översikter, som kan ge en indikation om var vi befinner oss i dagsläget, främst när det gäller privat vård som utförs inom den offentliga vårdfinansieringen. Att beskriva den nya situationen med privata och offentliga utförare inom hälso-och sjukvården är förenat med ett flertal svårigheter. Bristen på gemensamma definitioner är en, frånvaron av offentlig statistik är en annan. Vi har pragmatiskt sökt sammanställa uppgifter som publicerats på olika håll – och i görligaste mån sökt validera dessa. När det gäller vissa frågor har vi till stor del måst förlita oss på medias bild, med svårigheter att vidimera de uppgifter som där ges. Detta är också ett tema fullt av ideologiska markörer, vilket vi funnit präglar en hel del av både redovisningar och debatt i detta skede. Vår ambition har varit att sträva efter ett oberoende perspektiv och att söka tillföra diskussionen viktiga fakta, vilket förhoppningsvis kan bidra till en god diskussion och en för vårdsystemet ändamålsenlig utveckling. Just i denna redovisning har tonvikten lagts på den framväxande privat utförda vården – vilket gör det uppenbart att den offentligt utförda vården har av tradition en tydligare statistikredovisning.

Del 1 är en genomgång av rapporter, studier och statistik samt medieuppgifter hämtade från svenska källor. Den visar på omfattning, utveckling och huvudaktörer för sjukvård och omvårdnad inom sluten- och öppenvård samt äldreomsorg.

Del 2 bygger på referat av intervjuer med fyra personer som representanter för huvudaktörer inom hälso- och sjukvården – nämligen beställare och offentlig aktörer inom kommun och landsting, professionen och privata not-for-profitaktörer. Den senare aktören brukar också benämnas non-profit/icke vinstsyftande/idéburna organisationer. Privata aktörer deltog aktivt i workshopen.

Det övergripande syftet är visa på tendenser i svensk utveckling samt hur viktiga aktörer ser på dagsläget, möjligheter och hot för framtiden.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

DEL 1 Rapporter, studier och statistik samt medieuppgifter

1.1 Köp av hälso- och sjukvårds-tjänster från privata vårdgivare

Ett sätt att söka kunskap om de privata aktörernas omfattning, är att titta på huvudmännens köp av privat vård. Ett annat är att analysera arbetskraftens fördelning för olika vårdgivare och delar av vård- och omsorgen. Inledningsvis relateras till data för köp från privata vårdgivare, för att sedan gå in på sysselsättningssidan.

Från SKL ges uppgifter om landsting och kommuners årliga köp av vård och omsorg baserat på statistik från SCB. Här redovisas bl a utvecklingen av den privat utförda delen av svensk sjukvård och omsorg samt dess fördelning mellan olika aktörer. Metoden används sedan två år tillbaka av SCB för redovisning av finansiärer och utförare i vård, skola och omsorg (SCB 2011). Kostnaderna omfattar köp från privata vårdgivare på entreprenad, för köp av enskilda tjänster och vårdvalsmodeller. Den totala summan som uppgick till 18 miljarder kronor under 2009, kan ställas i relation till 1999 års köp för 7,7 miljarder kronor (Anell 2011, s. 185). Av tabell 1 nedan framgår vidare att den största absoluta kostnaden utgår för köp av primärvård, motsvarande en fjärdedel av landstingens totala köp från privata vårdgivare. Ungefär 10 procent av svensk hälso- och sjukvården utförs av privata vårdgivare.

Utmärkande för den svenska utvecklingen av privata hälso- och sjukvårdaktörer är dominansen av privata vårdbolag och vårdgivare med vinstsyfte till skillnad från situationen i andra delar Europa, t ex Belgien, Holland och Tyskland, där ideella föreningar, stiftelser och religiösa samfund står bakom huvudparten av den privata vårdsektorn. Figur 1 visar landstingens ökade köp av privata vård- och omsorgstjänster under 2000-talet baseras på SCB-data uppdelade på olika vårdgivare (Johansson 2011).

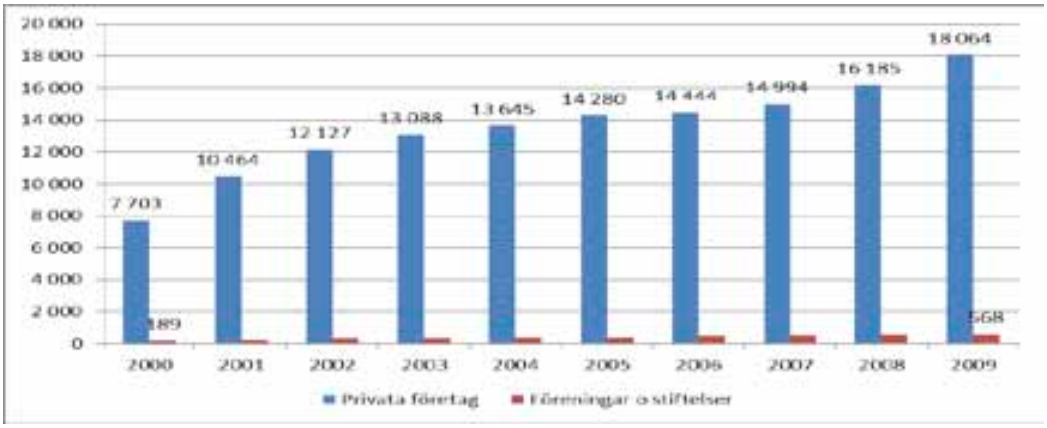
Av figuren framgår att under tidsperioden har landstingens köp från privata aktörer ökat med en tredje del. Av detta står föreningar och stiftelser endast för 2 procent.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Typ av hälso- och sjukvård	Landstingens köp av verksamhet från privata företag, Mkr	Procentuell andel av nettokostnaden, exl läkemedel
Primärvård	8 659	25,9
Specialiserad somatisk vård	6 428	6,2
Specialiserad psykiatrisk vård	1 216	6,8
Tandvård tom 20 år	712	14,4
Övrig hälso- och sjukvård[1]	1 128	7,6
TOTALT	18 143	10,3

Tabell 1. Landstingens köp hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare 2009
Källa: Anells (2011, s. 185) beräkningar baserat på SKL (2010) Statistik om hälso- och sjukvården

1. Övriga kostnader för hälso- och sjukvård omfattar verksamhet knuten till mediciniska laboratorier, ambulans och transporter, MVC, BVC, sjukgymnastik och paramedicinsk verksamhet.



Figur 1 Landstingens köp hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare från privata företag samt från föreningar och stiftelser år 2000–2009, Mkr
Källa: Johansson (2011, s. 24)

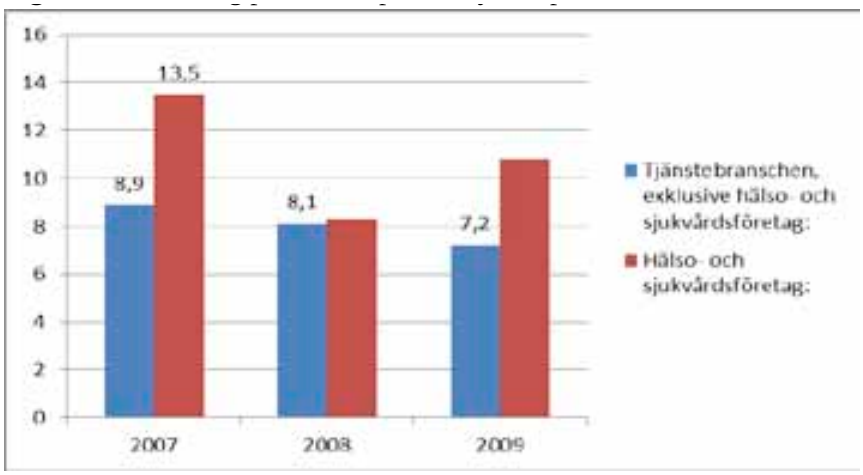
© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

For-profit och not-for-profit

Med tanke på den intensiva debatt, som från och till förs framför allt i media, om privata aktörer i relation till överskott, avkastning och återinvesteringar, kan det te sig en smula förvånade att så lite diskussioner gäller skillnaden mellan vinstdrivande kontra icke-vinstdrivande bolagsformer. Utanför Sveriges gränser, i Belgien och Tyskland (Rothgang 2008) är det en mycket viktig debatt, men även i USA. I fokus står då agerande och uppfattningar kring moral och etik (Schlesinger och Gray 2006).
När det gäller frågan om klassificering och nomenklatur, liksom framförallt bedömning av prestationerna, från olika privata företag inom sjukvården, är detta ett område som kräver nyansering och utveckling. For-profit och not-for-profit utgör vedertagna begrepp i framförallt USA – och begreppen relaterar framförallt till USAs lagstiftning kring beskattning. Nyanseringen "idéburen organisation" liksom stiftelseformen är tämligen etablerade i Sverige, liksom i övriga Europa. Man kan också diskutera andra relevanta dimensioner att jämföra – t.ex. ägarförhållanden, storskalighet, småskalighet etc. Detta utgör ett uppenbart utvecklingsområde.

Statistik framtagen av SCB statistik för Dagens Nyheters räkning gällde avkastningen på totalt kapital för tjänstesektorn 2007–2009. Av denna framgick att de privatägda hälso- och sjukvårdgivarna visade bättre resultat i form av högre avkastning, än tjänsteföretagen som helhet. 2009 uppgick avkastningen till 10,8 procent för de privata hälso- och sjukvårdsföretagen sammantaget, jämfört med branschens medelvärde på 7,2 procent. DN (2011) påpekad att siffrorna ska tolkas med viss försiktighet, eftersom förändring i ett stort tjänsteföretag kan få genomslag i hela branschen.

Ett annat sätt att närma sig de privata vårdgivarna utgår från arbetskraftsstatistik, vilket behandlas i efterföljande avsnitt.



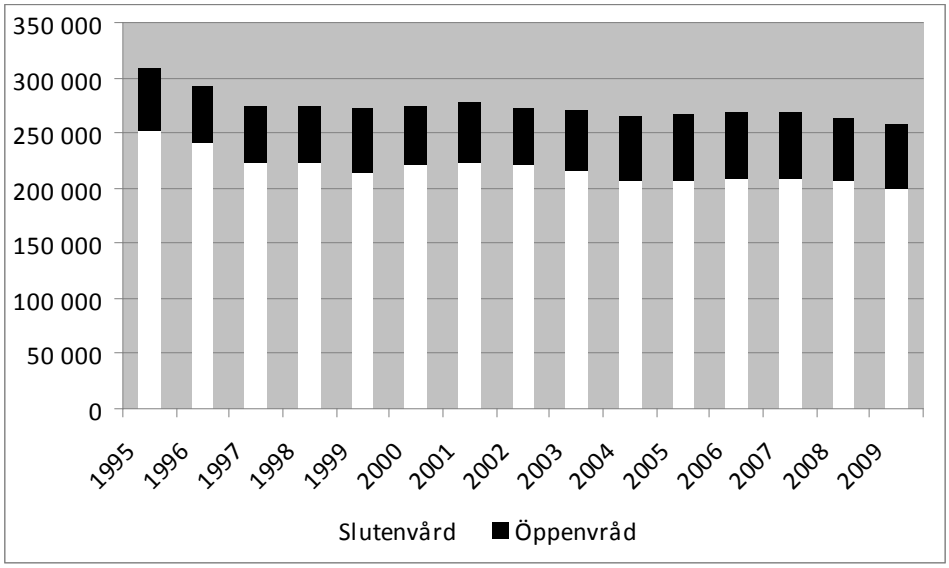
Figur 2. Avkastning på totalt kapital uttryckt i procent. Avkastningen på totalt kapital är summan av rörelseresultat och finansiella intäkter i procent av bolagets totala tillgångar. Det här nyckeltalet visar bolagets avkastning på de totala tillgångarna.
Källa: DNs (2011) redovisning av SCB framtagen data

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

1.2 Antal anställda inom olika driftsformer av vård och omsorg

Redovisning av anställda inom olika driftsformer (offentlig förvaltning, offentligt ägda, privata företag) möjliggörs med hjälp av SCB:s statistik över företag och sysselsättning (RAMS, registerbaserad arbetsmarknadsstatistik). Analyser av fördelningen mellan olika privata aktörer gjordes redan för betänkandet SOU 2007:37 av *Delegationen för mångfald inom vård och omsorg* och gällde då data mellan 1995 och 2005. Ytterligare data har sedan inhämtats från SCB:s företags- och sysselsättnings- statistik för åren 2006 till 2009, vilket möjliggjort analyser för en längre tidsspann. Ola Johansson har på uppdrag av Famna utfört beräkningar som legat till grund för rapporten *Tjäna eller tjäna? Om vård eller vinst* (Johansson 2011). Utredningarna för Famnas räkningar har baserats på företagens uppgifter om verksamhetsområden (SNI-koder), associationsformer (vinst eller är icke vinstsyftande) samt uppgifter om enheterna tillhör koncern och om den är svensk- eller utlandsägd. Den senare analysen visade dock att ytterst få av non-profitaktörer inom vård och omsorg, tillhör en koncern och är inte i något fall utlandsägt. Skiften av associationsform är dessutom sällsynta och när de sker är orsaken i regel ägarskifte eller en ändrad inriktning av verksamheten (Johansson 2011, s.7).

En övergripande bild (figur 2) beskriver sysselsättningen inom hälso- och sjukvården som successivt avtagande från drygt från 1995 308 000 till 259 000 anställda 2009 (-16 procent). Antalet anställda inom hälso- och sjukvården minskade kraftigt under 1990-talets krisår. Efter millennieskiftet bromsades personalminskningen och i den öppna primärvården ökade antalet anställda. Under senare år har antalet anställda återigen minskat såväl i de slutna som i de öppna vårdformerna (Johansson 2011, s.12).



Figur 2. Antalet anställda inom sluten och öppenvård i Sverige 1995–2009
Källa: Johansson (2011, s. 12)

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

I tabell 2, på nästa sida, redovisas hur sysselsättningar har utvecklats under fjorton års tid med nedslag kring 1995, 2006 och 2009 dels för öppen och sluten sjukvård och omsorg, och dels fördelat mellan offentliga och privata enheter. Det är uppenbart att privata driftsformer har ökat i större utsträckning inom de *öppna vårdformerna*. 2009 arbetade totalt 33, 8 procent av personalen inom öppenvården i en privat enhet och 26,7 procent av de anställda inom öppen omsorg, inklusive service till funktions-hindrade. Öppen hälso-och sjukvård ökade med 15,5 procent alltmedan, öppen omsorg, är det som ökat kraftigast från 5 procent 1995 till 26,7 år 2009 (+21, 7 %).

Om sjukhusen, kan sägas att det är den del av sjukvården, som har rönt stor ideologisk uppmärksamhet och återkommande varit föremål för politiska diskussioner, men verkliga förändringar av driftsformer har varit små. Sysselsättning inom de privata vårdbolagen för *sjukhus* har gått från 2,5 procent (1995) till en fördubbling, vilket motsvarar 4,7 procent av den totala sjukhusvården (2009) (+2,2 %). Inom *äldreomsorg, särskilt boende,* har trenden varit starkare från 5,5 procent till 15, 6 procent (+10,1 %).

	Offentliga enheter	***%***	***Privata enheter***	***%***
Sluten sjukvård				
2009	*189 619*	*95,3*	*9 403*	*4,7*
2006	*200 130*	*96,0*	*8 343*	*4,0*
1995	*245 424*	*97,5*	*6 367*	*2,5*
Öppen hälso- och sjukvård				
2009	*38 282*	*66,2*	*19 621*	*33,8*
2006	*43 122*	*72,2*	*16 578*	*27,8*
1995	*45 968*	*81,7*	*10 270*	*18,3*
Äldreomsorg Särskilt boende				
2009	*116 606*	*84,4*	*21 627*	*15,6*
2006	*129 049*	*88,7*	*16 383*	*11,3*
1995	*101 918*	*94,5*	*5 937*	*5,5*
Öppen omsorg ink funktionshindrade				
2009	*111 301*	*73,3*	*40 640*	*26,7*
2006	*109 923*	*80,1*	*27 349*	*19,9*
1995	*81 324*	*95,0*	*4 310*	*5*

Tabell 2. Sysselsättning inom vård och omsorg samt fördelning mellan offentliga resp. privata enheter 1995, 2006 och 2009
Källa: Johansson (2011, s. 23)

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Antal anställda i sjukvård – sluten och öppenvård

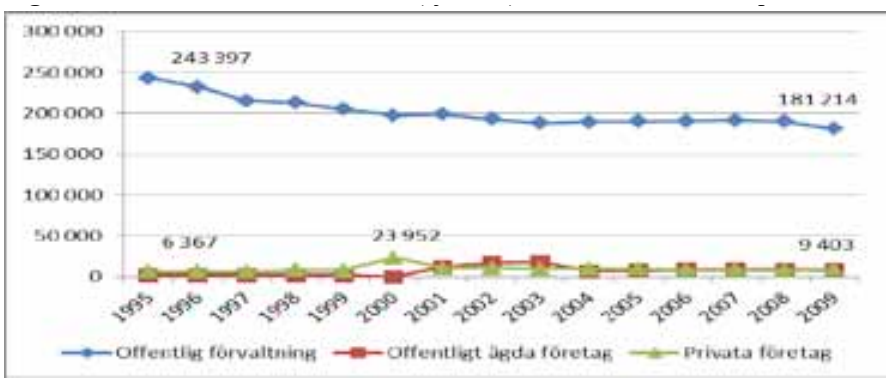
Antalet anställda i slutenvården (sjukhus) minskade totalt med 21 procent, från 1995 års omfattning på 251 800 till 2009 års siffra på drygt 199 000 personer. Detta omfattar en minskning av anställda i offentlig förvaltning, alltmedan anställda i offentligt ägda bolag faktiskt mer än tredubblas under samma period, från 2000 anställda år 1995 till 8400 anställda år 2009.

De offentliga bolagen ökade markant vid millenniumskiftet och nådde sin topp 2003 (18 100 personer), men har sedan avsevärt minskat igen till dagens mått, vilket framgår av figur 3, föregående sida. Utvecklingen kan relateras till de bolagiseringar som har skett i vissa landsting framför allt i Stockholm med Danderyd och Södersjukhuset som två exempel. I de privata företagen fördubblades nästan personalen fram till 2009 (+47 procent). För perioden 1995 till 2009 har antalet anställda totalt sett i öppenvården ökat med 3 procent. Denna ökning har skett genom att antalet offentligt anställda i förvaltningar och bolag har minskat, alltmedan personal har ökat i de privata vårdföretagen nästan har dubblats (från 10 270 till 19 600 motsvarande +91 procent).

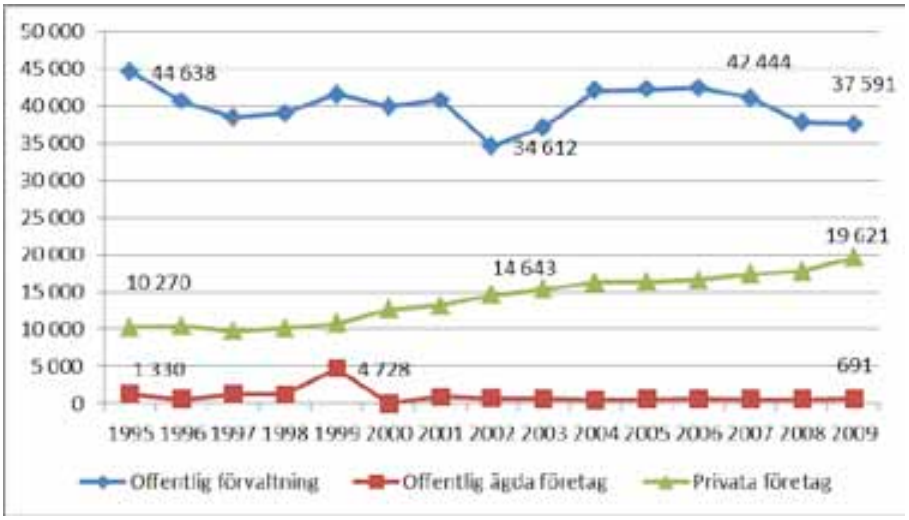
Figur 4 visar på trenderna för öppen sjukvård. Minskningarna i den öppna vården rör de offentligt drivna verksamheterna, från 44 600 1995 till 37 600 år 2009 (-15 %). Antalet privat anställda i den öppna vården har däremot, som tidigare påpekats, ökat från 10 300 till 19 600 personer. Antalet sysselsatta i den öppna bolagiserade offentliga vården i stort sett har varit oförändrad över tid, även om en markant ökning inträffade runt milleniet (Johansson 2011, s.13).

Som tidigare nämnt så är non-profit-aktörerna förhållandevis få i Sverige. Fördelningen mellan kommersiella bolag och non-profitsektorns associationsformer har emellertid varierat över tid. Figur 5, på nästa sida, visar dessa förändringar. 1995 arbetade drygt 22 procent av de privatanställda inom sjukhusvård i någon av non-profitsektorns associationsformer. Antalet anställda inom non-profitsektorn ökade under åren kring millennieskiftet. År 2006 arbetade 2 750 inom sektorn och andelen av privat anställda var 32 procent. År 2009 var antalet anställda 1 730 och andelen har sedan minskat till 18 procent. De flesta som har anställning i en ideell förening, mindre än 400 personer, arbetar i en enhet som drivs av stiftelse. Ingen sjukhusvård har drivits av ekonomisk förening. En markant förändring som har skett under senare år för privata aktiebolag är ökningen av utländskt ägande. Antalet anställda i utländskt ägda bolag ökade från mindre än 500 år 2006 till över 4 000 år 2009 (Johansson 2011, s. 9).

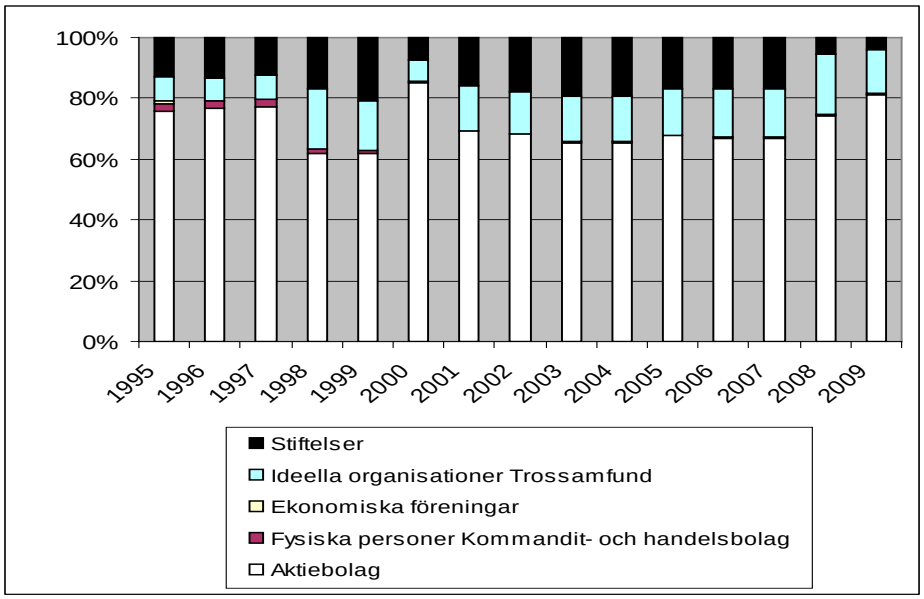
© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se



Figur 3. Antal anställda i slutenvård (sjukhus) 1995–2009 fördelat på driftsformer
Källa: Johansson (2011, s. 13)



Figur 4. Antal anställda i öppenvård 1995–2009 fördelat på driftsformer
Källa: Johansson (2011, s. 13)



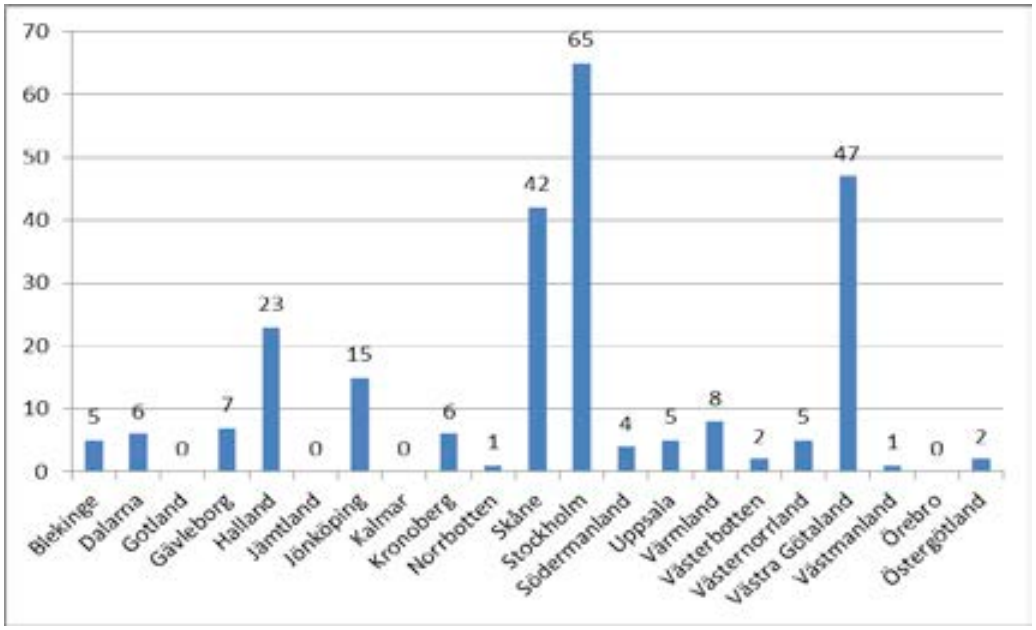
Figur 5. Privat sluten hälso- och sjukvård – antal sysselsatta efter driftsform
Källa: Johansson (2011, s. 14)

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

1.3 Öppenvård inkl primärvård och LOV

Ökning av privat vårdgivare i den öppna vården har skett kontinuerligt under perioden 1995 - 2011 med tydlig acceleration relaterat till vårdval av primärvård i Sverige. Sedan januari 2010 åläggs alla landsting införa ett vårdvalssystem i primärvården i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV).
I anslutning till detta fick Konkurrensverket, i uppgift av regeringen, att följa upp landstingens implementering av LOV. Sedan 2009 har 289 nya privata vårdcentraler öppnats. Totalt finns i dag 473 stycken, enligt sajten Omvård, vilket innebär en ökning med bortåt 150 procent på den privata sidan (www.omVårdnad.se). För primärvård totalt sett innebär det en ökning på 23 procent, som nästan uteslutande kan relateras till privata vårdaktörer. Landstingen är dock fortfarande den största vårdgivaren (Konkurrensverket 2010, s. 6). Ökning av primärvård har främst skett i de tre största landstingen. Men tas hänsyn till befolkningsmängd så framgår det inga tydliga skillnader mellan storstadsregioner, län och glesbygd, eller mellan norr och söder, enligt Konkurrensverket (2010). Nyetablering sker dock företrädesvis i tätbefolkade områden och landsting. 2/ 3 av de privata vårdmottagningarna drivs av småföretagare, dvs företag med mindre än 50 anställda. Medelstora företag svarar dock för det största antalet nyetableringar. Tre stora vårdföretag äger tillsammans en 1/3 av den privata vården motsvarande 10 av den totala primärvårdsmarknaden (Konkurrensverket 2010).

Till Konkurrensverket uppger flera landsting att vårdvalet har inneburit bättre tillgänglighet genom utökade öppettider och att vårdgivarna har blivit bättre på att tillgodose patienternas vårdbehov. Däremot menar både landstingen och vårdgivarna att intresset för att ”nischa” verksamheterna har varit relativt begränsat. Konkurrensverkets uppmaning är att förutsättningar för nischad primärvårds- verksamhet stärker patienternas incitament att välja (Konkurrensverket 2010, s. 7). Mångfald och valfrihet grundad på etablering och utveckling av vårdenheter förutsätter klara listningsprinciper och



Figur 6. Antal nya primärvårdsaktörer vårdvalet per landsting maj 2010
Källa: Vårdföretagarna (2010) baserat på intervjuer med handläggare i respektive landsting

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

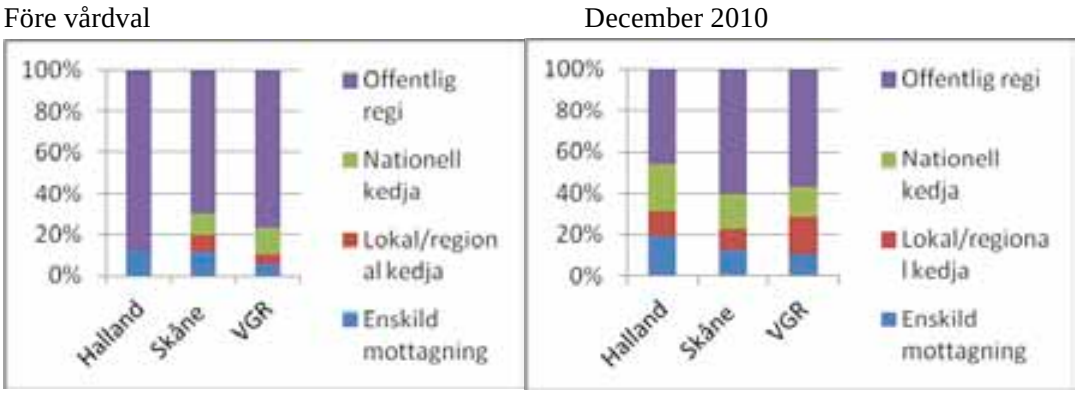
förtroende för att landstinget ska agera konkurrensneutralt. Empirin visar också att antalet nyetablering samvarierar med landstingets kostnader för primärvård, tolkat som att fler vill etablera sig i områden med generösa beställare (Konkurrensverket 2010).

I en sammanställning av Vårdföretagarna (2010), se figur 6, identifierades spridning på 244 nyetablerade vårdgivare över olika landsting. Denna bekräftar de nya aktörernas koncentration (två tredjedelar) till de tre befolkningsrikaste delarna av Sverige Stockholm (65 st), Västra Götalands-regionen (47 st) och Skåne (42 st). Ytterligare några återfanns i Halland (23 st) och Jönköping (15 st). Resterande 20 %, motsvarande 52 enheter fanns i övriga delar av landet. Inga nyetableringar skedde på Gotland, i Kalmar och Örebro. En eller två etableringar tillkom i Norrbotten, Västerbotten, Västmanland och Östergötland vid tidpunkten för datainsamling.

Den starkaste trenden för nya etableringar sammanfaller med invånarantalet. Av de 111 etableringar som skett i storstäder eller större städer, är 56 förlagda i centrum (Vårdföretagarna 2010). De är vidare de landsting med längst erfarenhet av vårdvalssystem, dvs som införde vårdvalssystem relativt sett tidigt, som har den högsta andelen köp av verksamhet från privata vårdgivare i primärvården (Konkurrensverket 2010).

Av Vårdföretagarnas uppgifter framträder ett mönster med sju expansiva aktörer: *Praktikertjänst* som står för de flesta nyetableringarna, (närmare 14 procent), därefter kommer *Capio* och *Carema* (cirka 6 procent). *Neron, Novakliniken, Nötkärnan* och *Allemanshälsan Aleroz AB* är andra aktörer som är koncentrerade i ett eller flera landsting. Sammantaget visar detta att ungefär två tredjedelar av nyetableringar inte tillhörde någon lokal, regional eller nationell kedja. Detta överensstämmer med Konkurrensverkets redovisning (2010). Praktikertjänst, Carema och Capio tillsammans stod för en tredjedel av totalt 450 privata vårdmottagningar i augusti 2010 (Vårdföretagarna 2010; Konkurrensverket 2010).

Figur 7 hämtad från Anell (2011) visar fördelningen av aktörer i offentlig och privat regi i Halland, Skåne och Västra Götaland i december 2010 jämfört med situationen före introduktionen av vårdval. I Halland, som genomförde vårdvalsreformen tidigaste år 2007, är andelen privata enheter högre jämfört med Region Skåne och Västra Götalandsregionen, som införde motsvarande reform år 2009.



Figur 7. Fördelning av aktörer i offentliga och privat regi i Halland, Skåne och VGR före och efter vårdval respektive per december 2010
Not: VGR=Västra Götalandsregionen
Källa: Anell (2011, s. 199) sammanställning av uppgifter från respektive sjukvårdshuvudman.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Antalet anställda i primärvården

Den övergripande utvecklingen inom öppenvården speglas också i sysselsättningsstatistiken. Under perioden 1995 till 2009 så gott som fördubblades antalet privat anställda från 18 till 34 procent. Drygt 10 000 hade privat anställning i den öppna vården år 1995, c:a 16 500 år 2006 och knappt 20 000 år 2009. Koncentrationen till de stora vårdbolagen är tydlig. År 2009 arbetade nära 18 000 personer i privata aktiebolag och av dem ca 7 500 i svenska koncerner och drygt 5 000 i utlandsägda bolag. Det innebär att antalet anställda i utlandsägda bolag har mer än tredubblats sedan år 2006. Non-profitsektorn spelar en marginell roll i den öppna sjukvården. Endast några hundratal personer arbetar i sektorns associationsformer och tendensen pekar neråt (Johansson 2011, s. 9).

Skilda praktiker – skilda förutsättningar

Anell (2011) lyfter upp utmaningarna relaterat till at det inte finns en nationell modell för primärvårdens vårdval och att varje landsting kan utforma sina egna lösningar. Detta medför skilda praktiker och förutsättningar i olika delar av landet. Avsaknaden av en nationell modell försvårar möjligheterna till samlad information om primärvårdens vårdvalssystem, officiell statistik om avtalens utbredning, utformning och vilka företagen är som leverantörer (Konkurrensverket 2010). Utifrån den svenska organiseringen av omvård och sjukvård så ombesörjer varje landsting och kommun självständigt en *uppdragsdefinition* för sina olika vårdnivåer/aktörer (vad vårdcentralerna, specialistvården, kommuner etc. förväntas utföra), gör *upphandlingar av vården*, upprättar *kravspecifikation* på vad olika vårdgivare förväntas utföras utifrån specifika *ersättningsprinciper* och *kostnadsansvar*. I landstingens uppgifter ingår också *regler för uppföljning* och *informationshantering* samt ev listning.

Kunskapen om hur avtal med enskilda privata aktörer fungerar begränsas, därmed till upphandlarmyndighet i respektive landsting/region och vårdgivare. Konkurrensverket ger en tydlig rekommendation om behovet av en myndighet med nationellt ansvar för övergripande information och statistik (Konkurrensverket 2010).

Vårdval Stockholm

Uppföljningar av vårdval Stockholm (Rehnberg et al. 2010) visar att den privata andelen husläkare fortsätter att öka såväl i innerstan som i förorter. Det första året uppmättes en produktivitetsökning på drygt 10 procent och knappt 3 procent året därpå. Det verkar inte föreligga några produktivitets-skillnader mellan privata och offentliga enheter, men däremot till icke-auktoriserade vårdgivare. Det beror på att de icke-auktoriserade ofta har äldre avtal. Härigenom visar Rehnberg et al. på betydelsen av ändamålsenliga ersättningar och incitament. Ökar gör också vårdutnyttjande av läkare, samtidigt som besöken till sjuksköterska minskar. Inga Đövervältringseffekter Đ har uppmärksamt samtidigt som mottagningar förefaller ha uppnått högre samstämmighet. Rehnberg et al. (2010) påtalar också att äldre har större behov och gör fler besök, vilket påverkar produktiviteten (Janlöv & Rehnberg 2011). De kvalitetsmått som man för vårdvalet laborerar med omfattar typ av besök (till yrkeskategori), telefonkontakt, kundnöjdhet och tillgänglighet. Kostnadsutvecklingen bedöms vara under kontroll med hänsyn tagen till den pågående befolkningsökningen. En uppföljning av vårdvalet i primärvården i Stockholm visar att produktiviteten har ökat både i offentlig och privat primärvård på samma sätt som vårdutnyttjandet har ökat i alla åldersgrupper, men relativt mer för vårdtunga grupper och i områden med lägre inkomster (Rehnberg et al. 2010). Härmed konstateras positiva fördelningseffekter.

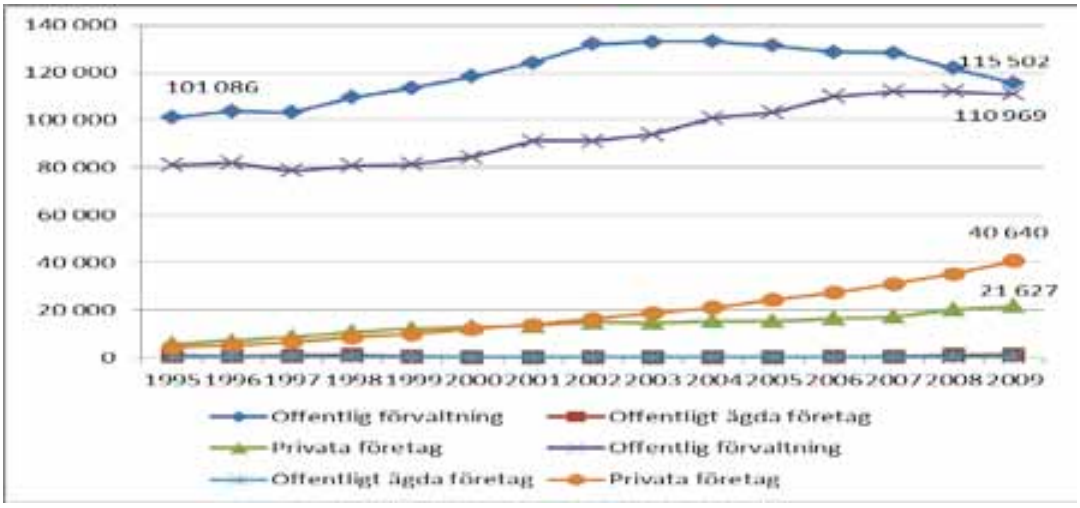
© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Utökat vårdval för specialistvården

Dagens Medicin försökte (okt 2011) att fånga landstingens uppfattning till en utökning av Vårdval till delar av specialistvården. Fyra landsting har börjat inför denna typ av vårdval eller fattat beslut om detta: Stockholm omfattande förlossningsvård, höft- och knäledsoperationer, reumatologi, ryggkirurgi, psykiatri – här har man kommit längst. I Halland är det ännu oklart vilka specialiteter som kommer att ingå. I Uppsala vill man inkludera ögonbottenfotografering, katarak, grå starr, ljusbehandling och har fler områden under utredning. I Skåne säger man sig vill pröva sig fram och börja med mödravården, alltmedan man i Västra Götalandsregionen än så länge befinner sig i diskussionsfasen. Fem landsting i Götaland säger sig vilja avvakta bl a Östergötland. Här omfattar dock vårdvalet redan obesitaskirurgi. Elva landsting i Svealand och Norrland samt i sydöstra Götaland för inga diskussioner om att fatta beslut i frågan. I en rundfrågning till landstingen sa följande upplevas som risk 1) ett litet befolkningsunderlag lämpar sig inte för aktörer ska konkurrera, 2) vården kan bli splittrad och fungerande vårdkedjor kan brytas upp, 3) sammantaget ses detta som en risk för patientsäkerheten, 4) att det ska bli dyrare (dyrt) samt 5) att landstingen inte ska få tillräcklig insyn i de privata verksamheterna (Dagens Medicin 18 okt 2011). Socialminister Göran Hägglund tolkar detta som en nyfikenhet hos landstingen och man behöver föra mer dialoger mellan regering och landstingen, appropå det här med landstingens avvaktande profil och uttalande att man vill se hur det fungerar i andra landsting först, innan man provar i sitt ett eget (Åsgård Dagens Medicin 12 oktober).

1.4 Den kommunala äldreomsorgen

I takt med att det kommunala utbudet av äldreomsorg har byggts ut, så har också det totala antalet anställda inom särskilt boende och öppen äldreomsorg ökat med en tredjedel under perioden 1995 - 2009 från totalt 195 500 till 292 200 personer. Detta omfattar alla kurvor sammantaget i figur 8.
Antalet anställda inom offentlig förvaltning, offentligt ägda bolag och privata företag för sluten och öppen äldreomsorg illustreras i figur 8.



Figur 8. Antal anställda inom olika driftsformer för sluten och öppen äldreomsorg 1995–2009
Källa: Johansson (2011, s. 17)

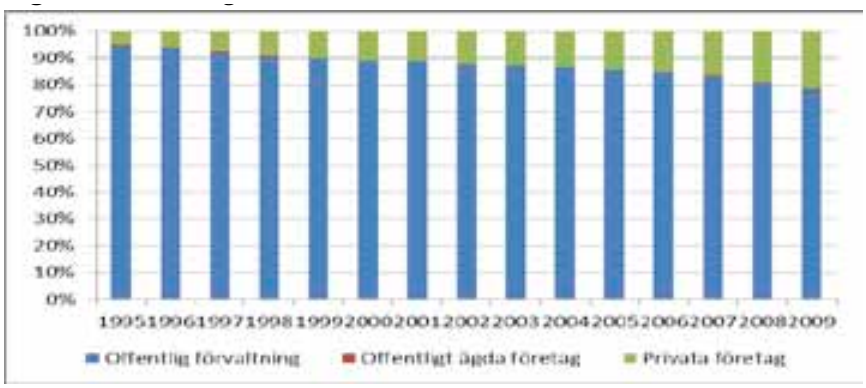
© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Anställda inom Sluten äldreomsorg – särskilt boende

För att fånga äldreomsorgens utveckling under perioden 1995 - 2009 har Ola Johansson, på samma sätt som beskrivit för hälso- och sjukvård, bearbetat SCBs statistik för företag och sysselsättning (RAMS). Härigenom kan konstateras att andelen anställda i privata enheter har tredubblats under tidsperioden 1995 - 2009. En del av ökning kan härledas till personal för *särskilt boende* i äldreomsorgen, där nära 6 000 personer var anställd hos en privat vårdgivare 1995 till 21 600 personer år 2009. Ökningen skedde främst i privata aktiebolag för *öppen omsorg*, inklusive funktionshindrade, där antalet anställda ökade från knappt 4 300 år 1995, till 27 300 år 2006 och 40 600 år 2009. En stor del av ökningen kan härledas till omsorgspersonal i utlandsägda bolag. Mot bakgrund av ägarbyte och internationella förvärv av svenska privata vårdgivare under senare delen av 2000, så har utveckling där gått tämligen snabbt från 1 000 anställda år 2006 till 13 500 år 2009. Det innebär att tre av fyra anställda inom privat äldreomsorg idag återfinns i ett utländskt ägt bolag (Johansson 2011, s. 18).

Vad gäller personal i privata icke-vinstdrivande verksamheter så framkommer det av figur 9 på nästa sida, att den ökade från drygt 1 500 år 1995 till över 3 600 år 2009. Men sett till det totala antalet anställda i privat omsorgsbolag, så minskade non-profitsektorns andel från 25 % år 1995 till 17 % år 2009. Ökningen inom non-profitsektorn har i huvudsak skett i enheter som drivs av stiftelser. C:a 2 500 personer var 2009 anställda av en. Även det faktiska antalet anställda i ideella föreningar har ökat något, alltmedan sysselsättningen i ekonomiska föreningar har minskat (Johansson 2011, s. 9).

Öppen kommunal omsorg ges till äldre genom hemtjänst och till funktionshindrade främst i form av personlig assistans. Drygt 85 000 arbetade i kommunernas öppna omsorg år 1995. Antalet har sedan ökat till 122 000 år 2005 och uppgick år 2009 till 152 000 personer. År 1995 var drygt 4 300 privat anställda, vilket motsvarade 5 % av segmentets personal. År 2009 uppgick antalet till 40 000 privat anställda, dvs. 27 procent av den totala sysselsättningen (Johansson 2011, s. 9). Av de 40 000 privatanställda år 2009 arbetade drygt 33 000 i privata aktiebolag och drygt 2 000 i enskild verksamhet eller handels- eller kommanditbolag. Drygt 5 000 personer var verksamma i någon av del av non-profitsektorn, de flesta i en ekonomisk förening. I ekonomiska föreningar ökade antalet anställda från knappt 300 år 1995 till närmare 3 200 personer år 2009. Antalet anställda i



Figur 9. Fördelning av anställda mellan olika driftsformer inom äldreomsorg 1995–2009
Källa: Johansson (2011, s. 17)

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

enheter drivna av ideella organisationer eller stiftelser har för övrigt minskat. Kulmen för ideella organisationer nåddes år 2006 med nära 4 000 anställda, men sjönk sedan till knappt 2 000 år 2009 och för stiftelser från tidigare c:a 400 till 170 år 2009 (Johansson 2011, s. 9).

Personlig assistans och annan omsorg till funktionshindrade

Från år 2002 är det i sysselsättningsstatistiken möjligt att särskilja den öppna omsorgen för äldre respektive för funktionshindrade. Det visar sig då att den stora ökningen av privata utförare av öppen kommunal omsorg, i väsentlig del gäller personlig assistans och annan omsorg för funktionshindrade. Antalet privat anställda har där tredubblats från 10 750 år 2002 till nära 33 000 år 2009. Ökningen har främst skett i de privata bolagen. År 2002 arbetade c:a 6 500 personer i ett privat bolag och drygt 4 000 inom non-profitsektorns del. Sju år senare, år 2009, arbetade nära 28 000 personer i de privata bolagen, varav 4 400 i ett utlandsägt bolag och drygt 10 800 i en svensk koncern. Antalet anställda inom non-profitsektorn hade år 2009 ökat med c:a 800 personer till 5 000, men sektorns andel av den privata sysselsättningen minskade från 39 % år 2002 till 13 % år 2009. Antalet anställda i ekonomiska föreningar (brukarkooperativ) ökade från knappt 1 300 personer år 2002 till nära 3 000 år 2009, men minskade från 2 700 till 1 850 i enheter drivna av ideella föreningar eller trossamfund. Antalet anställda vid stiftelser är idag mycket lågt (Johansson 2011).

Hemtjänst och annan omsorg till äldre

Antalet privat anställda i hemtjänst och annan öppen kommunal äldreomsorg har också ökat, men i lägre takt. År 2002 arbetade 5 400 personer i privata enheter och år 2009 uppgick antalet till drygt 7 900 personer. Av dem arbetade 7 300 i ett privat aktiebolag. Även här dominerar de stora företagen. År 2009 arbetade 3 300 i ett utlandsägt bolag (en rask ökning från 540 personer år 2006) och nära 2 000 i svenska koncernbolag. Non-profitsektorns andel av den privata

	Äldreomsorg i särskilt boende			Öppen äldreomsorg inkl öppen omsorg för funktionshindrade			
	Offentlig förvaltning	Offentligt ägda företag	Privata företag	Offentlig förvaltning	Offentligt ägda företag	Privata företag	Totalt antal sysselsatta
1995	101 086	832	5 937	81 107	217	4 310	195 484
1996	103 674	656	7 089	81 983	198	5 125	200 721
1997	103 224	748	8 763	78 688	243	6 557	200 220
1998	109 616	1 035	10 857	80 751	234	8 432	212 923
1999	113 582	470	12184	81 377	57	9 949	219 618
2000	118 417	0	12 852	84 388	8	12 013	229 678
2001	124 225	0	13 401	91 184	5	13 752	244 568
2002	132 088	0	14 827	91 094	0	16 173	256 184
2003	132 917	0	14 659	93 917	0	18 735	262 231
2004	133 075	0	15 402	100 894	0	20 998	272 373
2005	131 365	0	15 437	103 173	57	24 245	276 282
2006	128 795	254	16 383	109 827	96	27 349	284 710
2007	128 348	508	17 185	112 038	235	30 953	291 274
2008	121 888	1 036	20 248	111 999	170	35 258	292 607
2009	115 502	1 104	21 627	110 969	332	40 640	292 183

Tabell 3. Antalet anställda i offentlig och privat äldreomsorg 1995–2009
Källa: Johansson (2011, s. 17) bearbetning av SCB RAMS

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

sysselsättningen inom hemtjänst är mycket liten. År 2002 arbetade 640 personer i någon av sektorns associationsformer. År 2009 var antalet anställda 300 och sektorns andel av privat sysselsättning hade minskat från drygt 10 % till mindre än 4 % (Johansson 2011, s. 19).

2009 hade fem kommuner i Sverige lagt hälften sin äldre och handikappomsorg hos privata utförare (Solna, Danderyd, Nacka, Vellinge och Täby). Å andra sidan så finns det ett 40-tal kommuner som har lagt ut 2 procent eller mindre av sina kostnader för sådana omsorgsköp hos privata utförare. Enligt Socialstyrelsen (2010) har intresset för LOV varit påfallande stort bland Sveriges kommuner. En femtedel av kommunerna hade infört ett valfrihetssystem i oktober 2010 och totalt 212 hade ansökt om och beviljats stimulansbidrag för att utreda möjligheterna att införa ett valfrihetssystem eller för att utveckla ett befintligt system.

Jämförelser av kvalitet mellan offentliga och privata vårdgivare inom äldreomsorgen

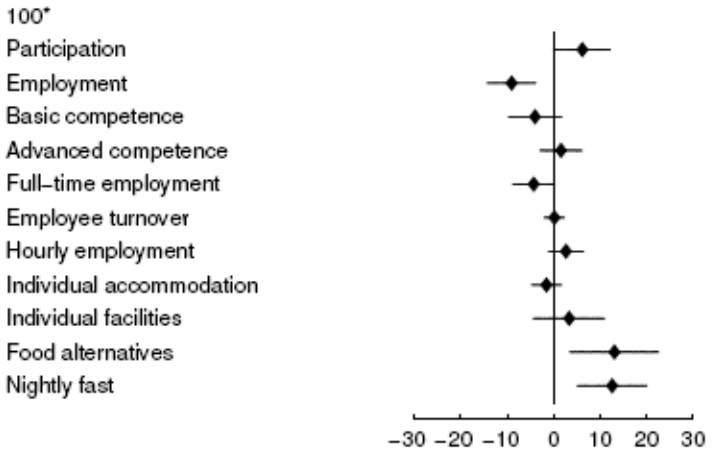
Det har gjorts få svenska försök till jämförelser som specifikt fokuserar på kvalitativa skillnader mellan offentliga och privata aktörer inom äldreomsorg. Det var emellertid syftet för Stolt, Blomqvist & Winblads (2011) studie baserad på data från Socialstyrelsens kvalitetsundersökning 2007 av 2629 äldreboende. Av dessa var 253 privata vårdgivare, motsvarande 4 procent av det totala antalet. Studien byggde på en, i internationella sammanhang, imponerande svarsfrekvens motsvarande 99,5%. Deras frågor gällde förekomst av signifikativa skillnader beträffande kvalitet mellan offentliga och privata äldreboende, vad som karaktäriserar dessa skillnader och om det finns några signifikativa kvalitetsskillnader mellan äldreboende som är utsatt för konkurrens och dem som inte är det (Stolt et al. 2011, s. 561). Många tidigare genomförda kvalitetsstudier fokuserar på utfallsmått såsom brukarnas upplevelse av nöjdhet och kontinuitet. I den här studien fokuserades istället strukturmått och processmått[2].

2. Strukturmått som employment (andel tillsvidaranställda per brukare), basic competence (andel personal med gymnasieutbildning per brukare), advanced competence (andel personal med högskole-/ universitetsutbildning per brukare), full-time employment (andel person med minst 85-% arbetstid per brukare), hourly employment (andel timanställda per brukare), employee turnover (andel som slutat utav hela personalen under föregående år), individual accommodation (andel brukare som delar rum med annan än make/maka eller anhörig), individual facilities (andel brukare som har egen toalett och kök) samt processmått som participation (andelen boende som har som har deltagit i utformandet av egen vårdplan), food alternatives (möjlighet mellan att minst två alternativ per dag) och nightly fast (nattfasta på 11 timmar eller mindre).

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Resultatet som framgår av figur 10 visade att privata vårdgivare hade färre anställda per brukare (-9 %) och mer personal anställd på timbasis. Däremot hade de privata en högre andel brukare som var delaktiga i sin vårdplanering (+7%), fick matalternativ (+26%) och hade kortare nattfasta (+15%). Det kan tolkas som att privata vårdgivare prioriterar service för brukarna framför strukturella förutsättningar. Inga kvalitativa skillnader gick att finna mellan offentliga äldreboende i kommuner som utsatts för konkurrens jämfört med offentliga äldreboende, där det inte förekom några privata vårdgivare.

Utifrån resonemanget att 80 % av kostnaderna inom äldreomsorg är kopplade till personalen, är det uppenbart att några procents sänkning kan ge stora kostnadseffekter på en marknad omfattande 20,700 USD (Stolt & Jansson 2006). Studien visade vidare att det generellt sett var mindre personal per boende för privat äldreomsorg, men det att förekommer fler arbetsledare jämfört med boende i offentlig regi. Andra studier har visat att privat äldrevårdspersonal upplever en högre grad av arbetsrelaterad stress, samtidigt som de uppskattar arbetet mer och känner sig mer delaktiga (Gustafsson & Szebehely 2007).



Figur 10. Kvalitetseffekter av privat äldreomsorg, justerat efter skillnader kopplat till kommun
Källa: Stolt et al. (2011, s. 564).

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

1.5 Privata vård- och omsorgsaktörer i Sverige

Det finns ett stort intresse för de privata vård- och omsorgsaktörerna, då många av dem utgör nya aktörer inom svensk hälso- och sjukvård. Detta avsnitt avser att beskriva de viktigaste och de största företagen. Vissa uppgifter finns i offentlig statistik, men de flesta redovisningar har hittills endast getts i media. Sammanställning nedan söker att ge generella beskrivningar av allmän karaktär – för att beskriva marknaden, olika segment och de mest tongivande aktörerna. Vilken omsättning och hur många anställda har de? Vilka verksamheter ägnar de sig åt och hur kombinerar de olika tjänster?

De största vård- och omsorgsaktörerna i Sverige, sett till omsättning och antal anställda är Praktikertjänst, Capio, Caremea (Ambea), Attendo och Aleris (t ex DI 2011). Alla utom en deltar också på en nordisk hälso- och sjukvårdsmarknad, vilket tabell 4 visar.

Dagens Samhälle rangordnade i november 2010, de tio största privata vårdgivarna. Beskrivningar av deras verksamhet, har för denna rapport summerats i tabell 5, se nästa sida. Kryssen illustrera i vilket/vilka segment som de olika aktörerna arbetar.

De tio största privata vård- och omsorgsaktörerna återfinns inom alla de stora segmenten av hälso- och sjukvård. Sju stycken av dem bedriver primärvård. Sju av de stora bedriver specialistvård/ sjukhusvård. I det segmentet som har störst närvaro av privata vård- och omsorgsgivare, dvs äldreomsorgen, finner vi endast två aktörer[3]. Uppgifter från Dagens Samhälle 2010 har kompletterats med information från respektive bolags hemsida.

Om man även väger inom andra stora vårdgivare med verksamhet inom äldreomsorg och för funktionshindrade utökas bilden ytterligare. Förutom de ovan nämnda (så) visar figur 11 antalet anställda inom bolag som ger privat äldreomsorg och omvårdnad av funktionshindrade, dvs. Attendo Care och Förenade Care. Human-gruppen och Frösund LSS är främst inriktade på insatser för personer med funktionshinder som behöver personlig assistans (Szebehely 2011, s. 234).

Aktör	**Land**			
Ambea	SV	FI	NO	
Attendo	SV	FI	NO	DK
Capio Nordic	SV	FI	NO	DK
Aleris	SV		NO	DK
Praktikertjänst	SV			

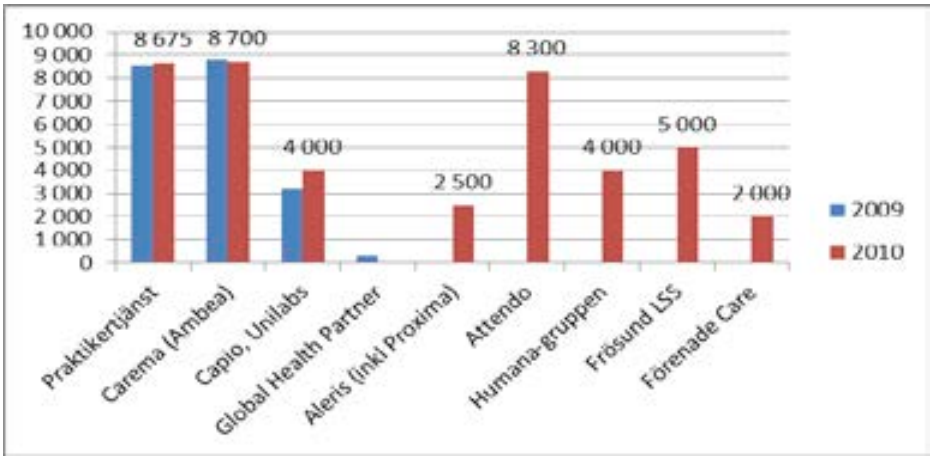
Tabell 4. Den nordiska marknaden för sjukvård och omsorgstjänster.
Källa: Ambeas årsredovisning (2010)

3. Antalet beror på om man räknar Aleris och Proxima som två bolag, vilket de var när undersökningen genomfördes 2010 eller som ett, vilket är situationen efter Aleris köpa av Proxima i juni 2011 (pressrelease www.proxima.se. Den 1 nov 2011 förvärvade Aleris även Mitt hjärta primärvård AB.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

	Specialist/ sjukvård	Primär vård	Äldre omsorg	Diagno-stik	Psyk vård	Tand vård	Sjukvård rådgiv
1. Praktikertjänst	X	X		X	X	X	
2. Ambea (Carema)*)	X	X	X		X		
3. Capio	X	X		X	X		
4. Aleris (inkl 6. Proxima)	X	X	X	X	X		
5. Global Health Partner	X					X	
7. Neron HSU AB	X	X			X		
8. MedHelp							X
9. Achima Care AB		X					
10. Mitt hjärta-företagen	X	X					

Tabell 5. De största sjukvård- och omsorgsaktörerna i nov 2010
X =vårdgivaren bedriver verksamhet inom området*) bedriver också verksamhet för funktionshindrade
Källa: Dagens Samhälle (2010) samt kompletterande information från respektive bolags hemsida



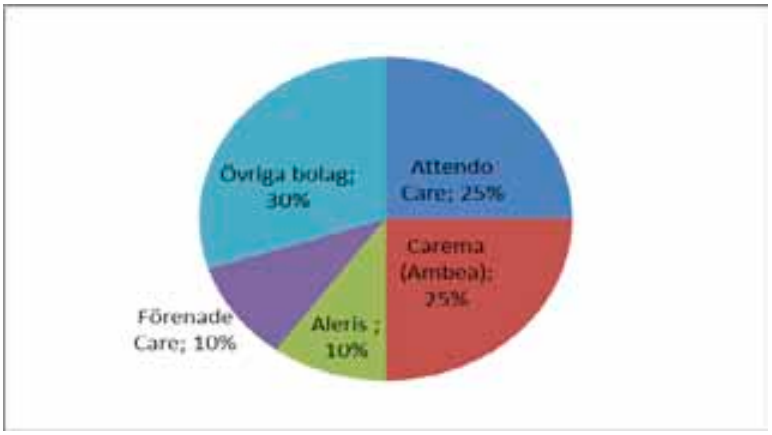
Figur 11. Antal anställda för de största privata vård och omsorgsgivarna 2010
Källa: Dagens Industri 6 okt (2011), SvD 3 sept (2011), Dagens Samhälle nov (2010)
Plus tillägg Praktikertjänst (2010).

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

När det gäller äldreomsorgen drivs hälften av den privat utförda verksamheten i fyra bolag: Attendo Care (fd Patena Care), Carema Care (inklusive fd. Grannskapsservice), Aleris och Förenade Care. De två största är Attendo Care och Carema (Ambea) och dessa har snabbt växt genom förvärv av konkurrenter och framgång i upphandlingar. Deras tillväxt har relativt varit större än för den privata äldreomsorgen totalt sett. Enligt Szebehelys beräkningar (2011) så delade Attendo Care och Carema (Ambea) på halva den privata äldreomsorgsmarknaden, alltmedan Aleris och Förenade Care innehade 10 procent var, 2008. Szebehelys bedömning är att stora företag har gynnats av konkurrensen inom äldreomsorgen, som i alla fall inledningsvis, krävde stora ekonomiska resurser, administrativ och juridisk kompetens för att nå framgång i de storskaliga upphandlingarna.

Vad gäller service för funktionshindrade så är tendenserna till marknadskoncentration inte lika framträdande som inom äldreomsorgen. De två största aktörerna Human-gruppen och Frösunda står tillsammans för 40 procent av marknad. Deras snabba tillväxt har skett främst genom förvärv av andra mindre aktörer (Szebehely (2011, s. 234).

Tabell 6 på nästa sida sammanfattar en del av de uppgifter som har redovisats i media och från andra källor om de stora privata vårdgivarna, deras omsättning, antalet anställda och ägarformer.



Figur 12. Fördelningen av vård och omsorgsgivare inom den privat utförda äldreomsorgen, 2008
Källa: Szebehely (2010) baserat på Dagens Samhälle 2008 och företagens hemsidor

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Vårdaktör – ex på verksamhet Ägare	Omsättning[4] MSek	Anställda i Sverige	Moderbolagets hemvist
Praktikertjänst 1 300 tandvårdsmottn , 50 tandtek lab, 79 vårdcentraler , 10 dotterbolag specialistvård, diagnostik, psykiatrisk vård **Ägs** av 2150 medlemmar (kallade entreprenörer, ägare och anställda)	8,6 (2010) 8,3 (2009)	8 300 (2010)[5] 8 675 (2009)	Sverige
Carema (Ambea) >400 verksamheter inom vård o omsorg i 3 länder framför allt i Sverige. Mehiläinen, Carema Care o Carema sjukvård **Ägs** av riskkapitalbolaget Triton sedan 2010, då det såldes av det brittiska riskkapitalbolaget 3i. Under 2010 gick det amerikanska riskkapital-bolaget Kohlberg Kravis Roberts in som 50-procentig ägare.	4,2 (2010) 3,6 (2009)	8 700 (2010) 8 800 (2009)	New Jersey, USA
Capio, Unilabs Sjukvård i fem länder I Sverige bla St Görans sjukhus, 30 vårdcentraler, diagnostik o psykvård **Ägs** av riskkapitalfonderna Apax Europe Funds (45 %), Nordic Capital Fund VI (44 %) och Apax France Funds (11 %) sedan 2006, då Nordic Capital och Apax köpte ut koncernen från börsen.	9,7 (2010) 4,2/3,2 (2009)	4 000 (2010) 3 200 (2009)	Luxemburg, Guernsey
Global Health Partner Specialistvård, specialisttandvård, hjärtarytmi	503 (2009)	296 (2009)	Sverige
Aleris (del ar av **Proxima** 2009 sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa samt Aleris Röntgen. Datortomografi **Ägs** av investmentbolaget Investor, sedan 2010 då året då koncernen såldes av EQT.	4,1 (2010) 2,2 (2009)	2 500 (2010) 273 (Proxima 2009)	Sverige
Attendo Care äldreomsorg, äldrecenter **Ägs** av Augustus International (78%), baserat i Luxemburg, som i sin tur ägs av riskkapitalbolaget IK Investment Partners.	6,7 (2010) 3,3 (2009)	8 300 (2010)	New Jersey, USA
Humana-gruppen Tangon, demensboende i Laholm **Ägs** av Argan Capita	1,7 (2009) 1,3 (2008)	4 000 (2010)	London, UK
Frösunda LSS Frösunda aktivitetshus, dagverksamhet för hjärn-skadade **Ägs** av HG Capital, som köpte det av danska riskkapitalbolaget Polaris Equtity.	1,6 (2009)	5 000 (2010) 3 700 (2008)	London, UK
Förenade Care Ekbackens vårdboende **Ägs** av Forenade Service A/S	890 miljoner (2009)	2 000 (2010)	Danmark

Tabell 6. Privata vård- och omsorgsaktörer i Sverige
Källa: Dagens Samhälle nov (2010), Dagens Industri 6 okt (2011), SvD 3 sept (2011), Szebehely (2011)

4. Omsättning för 2010 från DI 6 okt 2011, omsättning 2009 från SvD 3 sept 2011 och Dagens Samhälle nov 2010

5. Praktikertjänst (2010) då DI endast uppger anställda i affärsområde Hälso-och sjukvård (3300) men ej dem in om affärsområde Tandvård (5000) som utgör 55 % av verksamheten

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

1.6 Information om vårdgivare och kvalitetsjämförelser

Nedan följer en beskrivning av övergripande databaser/ register och återkommande undersökningar för att ge information och jämföra olika vårdgivare. Dessa tjänar också som källa till uppföljning, kontroll och insyn på nationell och/eller landstingsnivå.

Nationella kvalitetsjämförelser

Myndigheten för vårdanalys etablerades under 2011 med uppdrag att följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska hälso- och sjukvården ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Myndigheten ska, enligt regeringen, kunna granska all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, även tandvård, delar av socialtjänsten och myndigheternas arbete, oavsett huvudmannaskap eller driftsform (www.vardanalys.se).

Nationell Patientenkät undersöker den patientupplevda kvaliteten inom svensk vården för områdena akutmottagning, primärvård (vårdcentraler och motsvarande), sluten och öppen psykiatrisk vård samt sluten och öppen specialiserade sjukvård. Undersökningen relaterar till ett specifikt vårdbesök. (offentligt initiativ)

OmVård.se syftar till att skapa bättre förutsättningar för ett aktivt val av vård. OmVård.se redovisar skillnad i vård- och servicekvalitet mellan sjukhus och vårdcentraler utifrån medicinskt accepterade och kvalitetssäkrade datakällor. Besökare på siten kan själva göra direkta jämförelser av från data som finns tillgänglig över olika aktörer och databaser kring väntetider till specialistvård och primärvård. Här finns också Vårdcentralsguiden för att underlätta patienters vårdval (www.omvard.se).

SOM-institutet, Göteborg Universitet samlar årligen in nationell och regional data för forskning och trendanalyser, inklusive analyser av svenskars förtroende för olika yrkesgrupper och samhällsinstitutioner (www.som.gu.se).

Svenskt kvalitetsindex, SKI, genomför regelbundet mätningar hur konsumenter och brukare värderar deras tjänster, vilket inkluderar sjukvård, tandvård, äldreomsorg och kommunal service, inklusive kommunprofiler (www.kvalitetsindex.se).

Vårdbarometern uppger vad Sveriges befolkning tycker om vården generellt, dvs. medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Årligen intervjuas ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen. Undersökningen genomförs i två omgångar, en på våren och en på hösten. Helårsresultat presenteras under första kvartalet efterföljande år.

Öppna jämförelser är Socialstyrelsen och SKLs årliga jämförelser av vården och omsorgen om äldre baserat på data från olika kvalitetsregister som svenska palliativregistret, RiksStroke, Patientregistret om fallskador, indikatorer från Socialstyrelsen, uppgifter om väntetid och personalkontinuitet från Kommundatabasen, riskbedömningar, läkemedelsgenomgångar och personalens utbildning från Kommunundersökningen, förskrivna läkemedel från Läkemedelsregistret samt äldres egna omdömen om äldreomsorgen utifrån postenkäter.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

DEL 2 Intervjuer med fyra huvudaktörer

Del 2 bygger på rapportförfattarens intervjuer med ett fyra personer. Genom att sammanfatta samtal, à 30 minuter till en timma, görs ett försök att spegla huvudaktörer inom svensk hälso- och sjukvård och olika aspekter av mångfald. Huvudaktörerna är en beställare och offentlig aktör på landstingssidan (Catharina Barkman utvecklingschef vid Stockholms läns landsting), en offentlig aktör inom kommuner och landsting (Roger Molin för avd. för vård och Omsorg vid SKL), en privat icke-vinstsyftande aktör (Martin Ärnlöv VD för Bräcke Diakoni) samt en företrädare för de professionella (Håkan Wittgren VD i Läkarförbundet). Efter en presentation av frågorna som ställdes, följer författarens referat av respektive intervju. Representanter för en privat aktör deltar aktivt i workshopen, men har valt att inte publicera sina svar.

Följande frågor ställde vi till huvudaktörerna

1. Vilka hälso-och sjukvårdsaktörer behövs för framtiden? Kan mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer gynna målen för hälso-och sjukvården? Finns det några risker med mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer?

2. Vad är viktigast att privata aktörer kompletterar inom vissa nischer eller att privata aktörer skapar utmaningar och stimulans till offentliga aktörer? Är det tänkbart med olika scenarier för olika branscher?

3. Vilka konkreta åtgärder krävs för att kunna infria dessa mål? och från vilka parter?

4. Vilken roll bör olika aktörer ha exempelvis staten, landstingen, de offentliga vårdgivarna, de privata vårdgivarna, medborgarna/patienterna? Finns det andra aktörer som bör ges utrymme?

5. Vilka är de viktigaste möjligheterna respektive de viktigaste riskerna? Hur bör respektive möjlighet stimuleras och risk undvikas?

6. Var står vi om 5 år?

En beställare på landstingsidan – spegling av Catharina Barkman, utvecklingschef vid Stockholms Läns Landsting.

1.

Det är oerhört viktigt med mångfald av aktörer för hälso-och sjukvården, inleder CB. Mångfalden kan bestå av olika driftsformer, offentliga och privata, små och stora aktörer, stiftelser och vanliga bolagsformer, olika sätt att jobba och olika typer av yrkesgrupper. Det möjliggör innovationer, förnyelser och utveckling och skapar en dynamik med tryck på kvalitetsförbättringar, som gynnar patienter och medborgare. Genom att jämföra olika aktörer kan vi få tillstånd en dialog om kvalitets-förbättringar och innovativa lösningar. Idag ökar befolkningen med 30–35 000 personer per år i Stockholms län. Efterfrågan är stor på hälso- och sjukvårdstjänster och den kommer bara att öka. Med flera aktörer hoppas vi kunna få ner väntetider, öka tillgänglighet mm. Samtidigt, mångfald eller ej, så är det väldigt viktigt att följa upp och granska att hälso-och sjukvårdens krav efterföljs. Fler aktörer på en offentligt finansierad marknad, ställer ökade krav på landstingen som finansiärer, samordnare och ägare av hälso- sjukvårdsystemen/strukturen.

2.

Mångfaldsformer kan gärna innehålla mer nischning. Detta kan förutom beskrivningen

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

ovan, relateras till olika trender och ökat hälsofokus, livsstilsfrågor i sjukvården och påverkan på våra kroniska sjukdomar. – Vi i Stockholm har t.ex. valt att dela upp primärsjukvården i husläkarmottagning, mödravård, barnavård mm, för att kunna få in fler aktörer och etablering av små vårdgivare. Vårdgivare kan välja att specialisera sig på en vårdgren eller på flera vårdgrenar. En förutsättning är likartat uppdrag och samma ersättningsmodell för alla som etablerar sig oavsett vårdområde och geografisk plats, inte minst för konkurrensmentalitetens skull. Ersättningsmodellen inom primärvården är sedan anpassad för att ge ökad ersättning för t.ex. barn och äldre. Tolkbesök ersätts extra. Vårdgivare ska så rättvist som möjligt få betalt för de resurser som läggs ner. I Stockholm har vårdval också införts på 16-18 områden inom somatisk specialistvård.

3.

Vi ser väldigt positivt på öppna jämförelser. Det möjliggör kvalitetsuppföljning och jämförelser mellan landstingen. Det är ett sätt att sprida information till medborgarna som kan underlätta deras vårdval, men det finns också en demokratisk aspekt med att ge kunskap om hur sjukvården fungerar. Det är då förstås viktigt med bra datakällor, t.ex. kvalitetsregister. Måns Roséns utredningsrapport Guldgruvan i hälso- och sjukvården betonar vikten av kvalitetsregister och dess positiva användnings-områden. Flera olika verktyg behöver kombineras – öppna jämförelser, publik information, kvalitets-diskussioner, konstruktiv kollegial granskning, kvalitetssäkringsarbete med avvikelserapporter mm. Ständiga diskussioner behövs för att få till förbättringar. Uppföljning och kontroll sker därmed på många olika sätt i SLL. » Vi har kvalitetsparametrar för alla våra leverantörer. Vi följer leverantörerna, vi har dialogmöten med dem, gör revisioner, tar stickprov, nyttjar databaser och får vi in kritik eller mycket frågor kring en särskild vårdgivare, så gör vi förstås göra en granskning. Det har vi en speciell struktur för.

Det finns inget nationellt system för uppföljning av vårdvalet. Däremot har en ny myndighet startat, Myndigheten för Vårdanalys, som bl.a. har till uppgift att följa upp och utvärdera olika reformer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Stockholm följer upp vårdvalet på olika sätt, dels görs löpande uppföljningar i bokslut mm., dels har Karolinska Institutet fått i uppdrag att utvärdera vårdvalet. Hittills har tre rapporter publicerats av Uppföljning av vårdval inom husläkarmottagningarna. Dessutom arbetar Stockholm med att publicera jämförande resultat mellan vårdgivare som deltar i vårdval. På vårdguiden.se, lägger vi ut resultatmått där alla kan gå in och jämföra olika mottagningar. Där finns t.ex. jämförelser av vårdgivare som utför ögon (katarakt) operationer. Efter en intensiv dialog med den medicinska professionen, skapades golden standards « en nivå som bedöms som tillräckligt bra - som komplement till rankningen/jämförelsen mellan olika operatörer. Vad gäller katarakter har Stockholm en hög nivå och ”då kan medborgare se att, jaha, den här är lite bättre än andra, men allihop ligger väl över det som är grundnivå.”

CB tror att vi kan lära mycket av varandra om uppdragens utformning, viktiga kvalitetsparametrar och utvärdering av vårdvalet. Annat stöd är dialog med olika parter, vårdgivarna, sakkunniga, osv, och mötesplatser som Forum för Health Policy kan vara andra. Det behövs vetenskapliga utvärderingar och inte bara allmänna kartläggningar om uppfattningar. En grupp forskare med Rehnberg från Karolinska Institutet följer t.ex. vårdvalet i Stockholm och Jonas Wohlin, en annan forskare från KI samarbetar med Harvard för att utvärdera vårdval inom specialistvård inom knä-/höftled och dess ersättningsmodell, som bygger på betalning för en vårdkedja, alltså inte bara enstaka operationer. Denna omfattar dagar innan

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

operation för mottagningsförberedelser och dagar efteråt för rehabilitering. Till modellen kopplas kvalitetskrav och sanktionskrav vilket innebär att vårdgivaren står för kostnaderna för en omoperation inom 2 år om den beror på bristande kvalitet i den första operationen, oavsett vem som utför omoperationen.

En risk kopplat till mångfald är att fler vårdgivare måste följas upp. Det måste finnas en tydlig signal och åtgärder för vårdgivarna som inte sköter sig, dvs att vid undermålig kvalitet, fusk eller missbruk, så man kunna stänga eller säga upp ett avtal. Ett system som bara har offentlig produktion har kanske ingen benchmarking, men det är lika viktigt med en strukturerad uppföljning. Vad man kan förvänta sig av skattepengarna, är det en effektiv verksamhet, hur mycket pengar får man årligen i ökning av kostnader och kvalitet? Möjligheterna är många fler än riskerna – bra jämförelser öppnar upp för stimulans, spridning av innovation och idéer.

CB ser det som en intressant att resonera om vården fragmentiseras mer nu eller inte Ordet fragmentisering ger en tydlig signal om något negativt. Är det risk för att samarbetet minskar med fler vårdgivare eller finns det incitament för att samarbetet ökar? Jag tror på ökad dialog och informations- och dialogmöten med vårdgivare. Det är vidare viktigt att hitta incitamentsstrukturer så att det lönar sig att samverka. I en tillräckligt transparent verksamhet syns förhoppningsvis, de som inte samverkar och därmed ger sämre vård till patienterna, så att de så småningom slås ut eller inte väljs utav patienterna. Här är återigen dialogen med vårdgivare och mellan vårdgivare viktig. När fungerar samverkan och när fungerar den inte – vad beror det på? Hur viktigt är det för patienten? Patienten ska stå i fokus och inte slussas runt mellan olika vårdgivare. Det behövs även experiment och nya arbetssätt. SLL har prövat sk aktiv hälsostyrning på bl a Huddingeakuten. Några sjuksköterskor fick i uppgift att koordinera insatser och ha direktsamtal med patienter som ofta besökte akuten.
– Det kunde vara samtal till kommunen, uppföljningssamtal kring medicineringen osv för att visa att vi följer upp patienterna. Detta ledde till betydligt mindre inläggningarna och lägre kostnader för sjukhuset samtidigt som patienterna var väldigt nöjda, kände sig trygga och mådde bättre, berättar CB.

CB betonar att hon pratar om sitt system i Stockholm. Man bör vara ödmjuk inför att andra områden kan ha andra strukturer. Det är inte samma förutsättningar i Norrbotten, med betydligt färre invånare, lägre utbud och långa avstånd. Sverige är jämförelsevis ett litet land. Det är därför vi har en samlad rikssjukvård för vissa specialiteter, såsom allvarliga barnhjärtoperationer, avancerade brännskador osv. Den utvecklingen med viss specialisering kan också appliceras till ökad rörlighet mellan lands-gränserna. – Personligen är jag inte oroad över om man öppnar gränserna inom EU, säger CB.

4.

Det är otroligt kul och bra med en samhällsdebatt. Andra aktörer finns definitivt inom forskning och utvärdering, alltså forskare, men också andra organisationer, t.ex. Vårdföretagarna och stiftelser som skapas. – Vårdföretagarna, tycker jag syns för lite. Det är en jätteviktig aktör med många medlemmar och många är kvinnor. Hur ser de på mångfalden och kvinnligt företagande inom vården? Sedan är det onekligen så att försäkringsbolagen har fått en ökad roll iom fler privata sjukvårdsförsäkringar. Jag tycker att det vore intressant att hör om de har några spännande idéer? utan att jag för den skull, vill ge avkall på solidarisk finansiering. Vi måste våga vara öppna i Sverige och lyssna på varandra. Det är också jättebra att jämföra Sverige med andra länder.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

5.
Skulle ökad konkurrens kunna leda till en rädsla att dela med sig av idéer? – Möjligen, säger CB, men kommer det fram så många idéer utan konkurrens? CB berättar om ett projekt med namnet Företagande inom SLL, där hon är projektledare. Vi tittar på klimatet särskilt för små och medelstora vårdföretag. En viktig fråga är hur vi skapar innovation och hur får vi fram nya idéer. Vårdpersonal kan härigenom besöka en samordnare för att diskutera sina idéer och få hjälp att omsätta dessa, t ex gällande typ av royalty, sekretess o.s.v. Vi funderar också hur man kan hjälpa andra privata vårdföretagare att få hjälp med sina idéer utan att de röjs. SLL diskuterar också att skapa en form av innovationsråd i Stockholm för att lyssna på nya idéer och se till att dessa blir verklighet. För den offentliga produktionen finns någonting som heter SLL-innovation, motsvarande Skånes Innovationssluss. Detta skulle vara roligt att diskutera vidare på seminariet.

6.
Stockholm bygger ett nytt sjukhus, det nya Karolinska sjukhuset och inom ramarna för det, så har vi tagit fram en omfattande framtidsplan för hälso- och sjukvården. Det är strukturförslag, som den politiska ledningen i konsensus har beslutat om och rör allt ifrån att skapa nya specialistcenter till att föra ut vård som inte behöver göras på sjukhusen till öppenvården. Stockholm komma att inrätta nya vårdvalsområden, och jag tror att antalet aktörer kommer att fortsätta att öka, säger CB. Det finns också en nationell diskussion kring lagen om offentlig upphandling, Anders Wijkman håller i en utredning som ser över upphandlingsregelverket. Utredningen ska vara klar i juni 2012. Det är de två lagar som är viktiga, när det gäller mångfald. CB är däremot tveksam till att vi går mot gemensamma nationella riktlinjer, nationella vårdval och specifika regler som gäller hela Sverige. Dagens konstitutionell struktur bygger på landstingen och regionerna och de är väldigt starka, på gott och ont. Jag hoppas att vi kan ha en fortsatt spännande dialog kring utvecklingen av mångfald och samtidigt vara mycket noga med vilka risker vi tar, avslutar hon.

En offentlig aktör inom kommuner och landsting – spegling av Roger Molin för avd. för Vård och Omsorg vid SKL.

1 och 6.
Det är en empirisk fråga, om mångfald av aktörer gynnar eller missgynnar målen för hälso- och sjukvården. Man kan inte säga det i förväg inleder RM. Det är relativt nytt med en substantiell andel privata aktörer, förr fanns det läkare och sjukgymnaster på den nationella taxan och lite LOU-upphandlingar. Privata aktörer är fortfarande en marginell företeelse sett till helheten, om än en stor företeelse i primärvården iom vårdvalsreformen i primärvården med etableringsfrihet som obligatorium för landstingen. Framför allt Stockholm har gått vidare med vårdvalsystem i delar av den specialiserade vården. Det finns dock ännu inte tillräckligt med forskning eller uppföljning om huruvida det hittills har varit bra med privatisering och konkurrens, i relation till målen i sjukvårdslagen, om det har inneburit effektiviseringar, lägre kostnader eller högre kvalité osv. Det visar ju bl a SNS-rapporten. Det är svårt att få en uppfattning huruvida det hittills har varit bra eller dåligt sett i relation till målen för sjukvården.

2.
För framtiden kan man rigga uppföljningssystem. Men SKL är inte enbart intresserade av frågeställningen privat jämfört med offentligt. Vi är också intresserade av det nya systemet som helhet– om det levererar bättre än det tidigare? Fokus bör gälla mixen av privata och offentliga, hur fungerar de tillsammans? Hur utvecklas häl-

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

san i befolkningen eller exempelvis åtgärdbar dödlighet, som är en internationellt etablerade indikator på hur väl vården i ett land fungerar, eller andra output-indikatorer? Det är då extra intressant att följa svensk sjukvård i jämförelse med andra länders och med förändringar. Jämförs sjukvårdssystem i olika länder, output och kostnader, så har Sverige väldigt länge legat extremt bra. RM konstaterar dock att tendensen är att vår position inte har förstärkts, utan snarare försämrats, och t ex vad gäller åtgärdbar dödlighet så närmar sig andra länder rejält.

3 och 5.

En risk som kan vara hämmande för hela systemet, är fragmentering, dvs att olika delar av vården inte är integrerade. Det är viktigt att specialiserad vård och primärvård är integrerade med varandra för att ha korta ledtider. Man bör se upp med parallella vårdvalsystem som är utformade nivå för nivå, menar RM. De privata utförarna och de offentliga utförarna som dominerar bör ha fungerande samverkan sinsemellan.

Men det är väldigt svårt att forma regelsystem som fångar upp allt som behöver göras och som är invävt i kultur, praktik och ansvarstagande. Svårigheten är att gå från ett system, där så mycket av det som ska göras sitter i väggarna utan att det har varit nedskrivit. Inom ramen för en affärsmässig relation finns det åtminstone kortsiktiga risker för att det som inte preciseras i avtal, inte heller blir gjort, särskilt när lönsamhetskraven är hårda. Sjukvården står ju inför en stor resursutmaning, men ledstjärnan bör vara helheten och effektivitet i vid mening, goda resultat, få vårdskador osv med måttlig resursförbrukning. Att inte titta isolerat på produktiviteten hos enskilda utförare – utan titta på både och.

Man behöver utforma ersättningssystem som stimulerar samverkan och helhetsansvar. Ersättnings- eller belöningssystem kan ge radikala förbättringar, t. ex. kömiljarden. Kräver man att första besöket inom specialiserad vård ska ske inom, säg 14 dagar, idag är det 90, så kan kanske samarbete skapas? Det finns omfattande effektiviseringsmöjligheter kopplat till processer, att snabba på, korta ner tider i en process. Processer omfattar nästan alltid både primärvård och specialiserad vård. -Med system där man i varje del ska välja eller om man startar om i varje del, då har jag svårt att tro att det kan bli effektivt totalt sett. RM hade velat se mer av, privata utförare som fått möjligheten att ta ansvar för ett helt lokalt sjukvårdssystem, innefattande både primärvård och specialiserad vård, för att finna innovativa lösningar som främjar integration mellan vårdnivåerna.

SKL redovisar hur mycket vård som landsting och kommuner köper från privata och offentliga aktörer, omsättningen, men det är embryonal kunskap, säger RM. I primärvården saknas uppgifter om hur privata och offentliga levererar tillsammans. Det finns nästan inga uppgifter, sådana kvalitetsregister eller helhetssyn, Socialstyrelsens olika patientregister omfattar inte heller primärvården. Att uppföljningssystem inte skapats specifikt för vårdvalsreformen är inte unikt. Många reformer genomförs utan systematisk uppföljning, menar RM.

Varje landsting och kommun för uppgifter över köp av vård och omsorg. Svårare kan vara att få fram uppgifter, för stora landsting, som Stockholm med väldigt många avtal, misstänker RM. Dessutom sker det hela tiden förändringar. Landstingstrukturer i egen regi har varit mer beständig över åren, trots vissa förändringar av sjukhusen. De privata aktörerna kommer in under ett antal år, har ett specifikt upphandlat uppdrag som sedan upphör. Vårdvalsreformen skapar dock förutsättning för en fast struktur med beständiga privata primärvårdsaktörer. En aktör får verka tills vidare, tills det händer något eller uppdraget förändras. En upphandlad verksamhet kan landstinget ta tillbaka, men det går inte längre med en privat vårdcentral.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Den finns där på sina egna meriter. Det finns ingen möjlighet att röra den, så länge den följer det beskrivna uppdraget. När regering vill gå vidare med vårdval i specialiserat vård uttrycker sig landstingen avvaktande och speciellt till tvingande vårdvalssystemet.

4.
Uppföljning, utvärdering och kontroll är i huvudsak ett statligt uppdrag, Men delar av ansvaret kan t ex läggas på Myndigheten för Vårdanalys. Intresseorganisationer som SKL, kan bidra, men har inte fullt ut kompetens eller resurser. Akademin kan också bidra i högsta grad.

6.
Det råder ingen ordning på privatfinansieringar och tilläggstjänster, säger RM. LOV avser att ge privata vårdgivare en konkurrensfördel genom möjlighet att erbjuda tilläggstjänster mot full betalning. Idag vanligast inom äldreomsorgen. Offentliga och privata vårdgivare ska tillhandahålla det som är biståndsbestämt. Det kan ju vara omvårdnad och städning. De offentliga får inte göra något utöver det, men de privata kan ta betalt för extra fönsterputs och snöskottning osv. Det är en uttalad politisk vilja, att det därigenom ska växa fram en bransch i nära anslutning till den offentligt finansierade. Men det är svårt att få något grepp om i vilken utsträckning detta verkligen sker? och om det även finns motsvarigheter inom primärvården? Frågar man de privata aktörerna, så är de tveksamt reserverade. Det svårt att tänka sig systemet i full skala och begränsningar finns. Svenskar är vana att vårdcentralens tjänster finansieras med skatter och högkostnadsskydd, inte att betala själva därutöver. Samtidigt finns det tydliga tecken på en växande hälsobransch som hos de privata utförarna, som skulle kunna integreras med hälso- och sjukvården. Det fanns ett tryck inom vårdvalsutredningen att även de offentliga borde ha den möjligheten. Problemet är kommunrättsligt, då kommuner inte får driva affärer och konkurrera.

En närliggande fråga som förtjänar mer transparens är den privatfinansierade vården och då särskilt sjukvårdsförsäkringarna. På senare år verkar den försäkringsfinansierade vården ha ändrat karaktär. Det är allt färre som betalar försäkringarna ur egen ficka, utan merparten betalas av arbetsgivare eller via fackliga gruppförsäkringar. Jag skulle hemskt gärna veta mer om den privata finansieringen, hur mycket vård man köper och vilken slags vård det handlar om? Varifrån man köper och med vilken kvalitet? Handlar det numera i själva verket om något som har starka beröringspunkter med företagshälsovård? Den delen av vården är helt dold i mörker och så länge vi vet lite, blir det inte mycket till diskussion., avslutar RM.

En privat not-for-profitaktör på landstingsidan – spegling av Martin Ärnlöv, VD för Bräcke Diakoni

1.
MÄ inleder med att konstatera att den allmänna debatten om hälso- och sjukvårdens aktörer är starkt för enklad. – Vi ser inte hela bilden av dagens mångfald. Debatten kretsar kring de privata kontra de offentliga. Då glömmer vi bort att det finns det ytterligare en tredje sektor, nämligen den för idéburna, non-profitorganisationer. För det andra, bortser vi från faktumet att det svenska systemet är uppbyggt på 21 landsting och 290 kommuner. Det räcker ju bara att gå mellan två landsting, så inser man att det handlar om helt olika sjukvårdssystem, olika prioriteringar och olika sätt att hantera utmaningar. Så redan i dag så finns det en mångfald av äldre- och sjukvårdsaktörer, under det som vi kallar det offentliga. Men i debatten, pratar vi gärna om det offentliga som om det vore ett. Bräcke Diakoni med 900 medarbetare är en ganska stor non-profitorganisation, men jämfört med ett landsting, är det en liten organisation.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

I vår verksamhet, menar MÄ, har vi tät kontakt med tre landsting och lever med de offentliga aktörernas olikheter av verksamhet, prioritering och lösningar.

Den största risken med dagens system är att de enskilda enheterna är som öar, isolerade från varandra. Ett landsting kan hitta på en bra lösning, ändra och fixa i sitt eget landsting, men inte någon annanstans. En effektiv hemsjukvård kanske får studiebesök från andra kommuner, men åtgärderna begränsas till själva kommunen. MÄ tror att privata och idéburna organisationer kan motverka de offentligas isolering genom att i sin egen praktiska verksamhet skapa och sprida modeller/lösningar över gränserna. Det uttrycker han, som att olika sätt att göra saker och ting öppnar sinnet och leder till förbättringar mycket snabbare, än om man har ett sätt att göra en sak och putsar och filar på det. Olika aktörer kan bidra med olika saker, eftersom de i grunden har haft olika ”kompasskurs” och har blivit skickliga på olika saker.

De offentliga i Sverige står rättsäkerhet, ”lika vård till alla”-perspektiv, vilket är uppskattat och värdesatt av svensken i gemen. De offentliga är en bra garant för detta, utöver deras kompetens. De privat kommersiella aktörerna är otroligt snabba på att hitta volymer och möjlighet till kostnads- effektiviseringar. De behärskar den kommersiella logiken. Exempel är snabbt expanderande assistansbolag och bolag inom äldreomsorgen. De har snabbt blivit väldigt stora och funnit billiga lösningar, vilka har kommit många människor till del. Vi som idéburna aktörer, säger MÄ, har andra motiv och möjligheter att se praktiken på tvären. Det finns ett egenvärde för oss att funktionsnedsatta faktiskt kan gå till en vårdcentral eller att jobba med en vårdcentral i närheten av ett äldreboende. Vi vill gärna förbättra brister kopplat till stuprörstänkande, även om det inte har någon stor kommersiell utveckling.

2.

Utifrån synsättet att de privata, offentliga och idéburna har olika syften och logiker så kan de ge olika bidrag till det svenska systemet för omsorg och sjukvård. De kan komplettera varandra, men också utmana och stimulera varandras invanda mönster. Privata aktörer kan, exemplifierar MÄ, utifrån ett marknadsperspektiv och kvalitetssäkrade metoder effektivisera labprover eller röntgen och få ned kostnaderna till fördel för alla. Idéburna organisationer kan verka för helhetslösningar för patienterna, t ex att integrera ett hospis med hemsjuksvårdteam. Mångfald kan vara att man utmanar något som redan görs och göra det bättre, men det kan också vara en parallell aktivitet, som inte görs alls idag, summerar MÄ.

3.

Det allra viktigaste, enligt MÄ, är den politiska ambitionen att vilja öka mångfalden. Vill man det, finns det en stor mängd saker som man kan göra och ändra på. Vill man inte, då kan man ändå upprätthålla en retorik. Jo, det är ju bra med mångfald, men det händer inte så mycket. Nya lösningar kräver förändring av dagens system. Det finns trögheter, stelheter och låsningar i de etablerade strukturerna, som hämmar mångfald.

En kommun är lagmässigt förhindrade att ta upp en verksamhet i annan kommun, även om de är jätteduktiga på det som de gör. De får inte jobba över kommungränsen. Ingen verksamhet kan i längden bedrivas utan ett skattefinansierat offentligt uppdrag. Som en vårdgivare i en liten nisch och utan stora pengar, är vi relativt styrda. Därför, ser MÄ, att viljan och monopolet inom kommuner och landsting utgör riskerna, men innebär också möjligheter.

Den svenska traditionen för omsorg och sjukvård skiljer sig från andra länder, såsom Belgien och Holland, där de idéburna spelar en stor roll i samhället. Detta beror delvis på de offentliga, men ska man vara lite

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

självkritisk, säger MÄ, så har de idéburna under de år som det skett en öppning, inte varit så framgångsrika som de kommersiella, att ta plats i Sverige. De privat kommersiella har varit mycket snabbare att utveckla och utnyttja öppningar, alltmedan många non-profitaktörer uppfattade konkurrens som ett hot, istället för en möjlighet. Vi kan konkurrera med en hög grad av trogen personal och möjligheten att attrahera engagerade och kompetenta medarbetare, som inte kickar igång på att bli aktieägare eller önskar hög bonus, säger MÄ. Bräcke Diakoni hade drygt 300 anställda för tio år sedan och idag har vi 900, men merparten återfinns inom social omsorg, inte inom vården. Det finns en yrvakenhet i vår sektor. Vi kunde ha varit lika alerta som näringslivet. Den grundläggande kompetensen har vi ju. Det är klart att Ersta kunde ha starta fler vårdcentraler i Stockholm. De har ett helt sjukhus i Stockholm och Bräcke Diakoni kunde ha blivit en stor aktör inom personlig assistans. Vi har ju jobbat med funktionsnedsatta människor sedan 50-talet.

4.

Det hade varit bra för Sverige om non-profitsektorn blir ett tydligare alternativ. Den offentliga debatt som idag bedrivs är kraftigt överförenklad och i media kretsar den väldigt ensidigt kring skattemedel och aktieutdelning. Kan man helt polarisera så? frågar sig MÄ. Att ett byggbolag som Skanska tjänar pengar på att bygga en skola, det uppfattas inte som oetiskt. En skola som bygger billigt, lämnar mer pengar över till lärare. Det kan vi politiskt tycka olika om och vi kan alltid resonera om det. Men i debatten i Sverige, tycker MÄ, har non-profitsektorn helt kommit i skymundan.

5.

Större mångfald skapar stora möjligheter, men också risker. Ett aktuellt exempel är att statens utvecklingsmedel som Sjukvårdsmiljarden eller allmänna kvalitetspengar, ofta går oavkortat till SKL. Det är först i andra läget, genom landstingen, som en privat aktör kanske, kanske kan ta del av en liten bit, menar MÄ. Non-profitsektorn har ju inga som finansierar vår utveckling, vad gäller struktur och infrastruktur. När privat kommersiella ska starta ett nytt sjukhus så kommer riskkapitalbolagen och vill finanserna. Men vi går till banken, säger MA, så kommer de att fråga och vad kommer ni att tjäna på det? Och när vi säger att vi tjänar ingenting, då vill de inte låna ut sina pengar till oss.

En annan svårighet i dagens struktur är IT-systemen som låser upp utförarna i vissa verktyg. Frågar du Praktikertjänst så har de vårdcentraler i 21 regioner, och jobbar med 22 olika IT-system för precis samma process, nämligen för att ta emot patienter, boka in dem och journalföra besöken, säger MA. Tänk att någon som säljer bilstolar, Volvo, Mercedes, Toyota och Audi, skulle tvingas att jobba med fyra olika datasystem för att styra produktionen av bilstolar. Det inser alla att det vore fullständigt vansinnigt. Du måste ju ha ditt flöde, din produktionsövervakning och ditt kvalitetssystem i ett och samma system, om du skulle kunna optimera det. Det är en jättepotential till förbättring och det finns många sådana, menar MA.

6.

MÄ ser väldigt positivt på utvecklingstendenserna. – Jag tycker att det som sker i den svenska hälso- och sjukvården är väldigt bra, på det stora hela. Det är en sund utveckling, som kommer att fortsätta att släppa lös kreativitet. Möjligheterna överstiger helt klart riskerna Om fem år tror jag att vi kommer att se tillbaka på allt som faktiskt hänt - det finns mycket att göra. Samtidigt ser MÄ en fara i att massmedia tar över frågan, i andan av hotscenarios. – Jag tycker att den tonen som debatten förs i, är alltför taktisk och potentiellt skadlig – det låter som att jag är

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

anställd inom en Vårdföretagarorganisation och inte inom Famna, men det är fel att det blir en så onyanserad debatt. Istället för att diskutera hur vi borde handla för att få en bättre hälso- och sjukvård, så förs en populistisk diskussion fokuserad på skattemedel. MÄ tar som ett annat exempel att, om man läser tidningarna så framstår äldreomsorgen som en verksamhet i fritt fall. Trots att, ur ett internationellt perspektiv så har Sverige en av världens bästa äldreomsorger som haft en enorm kvalitetsutveckling sedan 70-talet. Det som debatten borde fokusera på, är andra frågeställningar. Vad händer? Blir det här bättre? Vad har vi åstadkommit? Här är alla aktörer de kommersiella, de idéburna och de offentliga viktiga att beakta, avslutat MÄ. Den debatten är ju enormt viktig och intressant.

De professionella – spegling av Håkan Wittgren VD i Läkarförbundet

1.

HW inleder med orden – Vi är för mångfald i vården. Det är en del av vår politik. Vi tror att monopol i landstingsdrift inte är framtiden, utan att olika typer av aktörer kommer att finnas: offentliga aktörer, stora bolag, non-for-profit organisationer, stiftelser och småföretagare. Människor vill arbeta inom olika typer av organisationer, stora, små, som anställda eller som ägare. En del vill jobba offentligt, en del vill jobba privat. Det kan hänga ihop med olika tider av livet eller av en yrkeskarriär. Vi tror att en mer dynamisk arbetsmarknad är bra för helheten. Sedan vill många patienter, inte alla, men många vill kunna välja utifrån det som känns bra för dem.

Det är viktigt att motverka att tjänster blir för fragmenterade. Vi måste ställa krav på hur man riggar uppdraget och system runt det hela. Men möjligheterna är ju också många: snabbare beslut, organisatorisk och driftmässig innovation och nya sätt att direkt lösa frågor i verksamheten. Ett mångfaldsarbete kräver uppföljning, bra ersättningsmodeller, bra styrningen av system, tydligare etableringsregler och definition vad uppdragen innebär.

2.

– Men måste bort från tanken på huvudaktörer och kompletterande aktörer.

3.

För att skapa en vettig mångfald behöver beställarområden vara stora för helhetslösningar och överskådlighet. Små landsting får det svårare.

Vi går också mot mer uppföljning och transparens i systemen. Det är en nödvändighet, men kommer att ta tid. Några undrar då, om det inte håller på att bli lite väl många myndigheter, och överlappar de inte varandra? Det är en sak för Stefan Carlssons utredning om ökad statlig samordning.

4.

Om man nu driver mångfald så blir det mindre trovärdigt att vara både huvudman/finansiär/beställare och ha rollen som producent. Jag tror att på sikt kommer dessa roller att skiljas åt. Ett led i den uppdelningen, är bolagiseringar såsom Daneryds sjukhus och Södersjukhuset i Stockholm. En annan fråga gäller universitetssjukhusens roll och huvudmannaskap? Det förekommer lite av och till en diskussion om huruvida statens ska återta dem eller inte. Den diskussionen kommer säkert upp igen, säger HW utan att låsa sig för lösningen.

5.

Ett fungerande primärvårdssystem får ett väldigt stort förtroende hos befolkning och det har varit tanken med husläkarreformen. Sverige är ett land med stark sjukhusdominans. Genom god access till första-linjens sjukvård, skapas ett gott personlig förtroende. Problemet i Sverige är antalet allmänläkare. – Vi har ungefär lika många nu som när husläkarreformen avskaffades.

Vad gäller driftsformen, tror HW, att

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

många människor inte vet eller bryr sig om den. Man vill ha en bra kontakt med primärvård, som har god bemanning och är tillgängliga, så att man har någon som känner en, som man litar på och som kan ens historia, så att man inte behöver börja från början varje gång man besöker sin vårdcentral. Det skapar trygghet och förtroenden. Driftsformen är egentligen sekundär för patienterna.

6.

– Om några år, tror jag att det är betydligt mer mångfald i primärvården, i de större landstingen och att man har kommit en bit inom specialistöppenvården. Regionsfrågan kan också ha utvecklats efter valet, 2014. Hur långt, vet jag inte, men det pågår processer där. Sjukhusen har vi inte kommit så långt med, tror HW, det tar längre tid.

Man bör också bena ut vad man menar med privat-public-partnership, olika debatter verkar mena olika saker. Ibland avses finansiering, ibland innovationer (idéer) och ibland incitamentsfrågan. Det är viktigt att veta vad man vill med samarbetet, om det är att få in kapital, organisatoriskt knowhow eller skapa effektivitet/ lösa kulturfrågor. Är skälet att få in nytt kapital, då har man inte varit riktigt logisk. Riskkapitalbolagen som har kapital finns ju primärvården, där behövs det inte så mycket kapital, men marknaden har varit öppen. Kanske att beställare i framtiden ska fundera var kapitalet behövs och kan utveckla mest?

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Referenslista

Anell, Anders (2011). Hälso och sjukvårdstjänster i privat regi. I Hartman, Laura (red). (2011). Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd. Stockholm: SNS. ss. 181-215.

Anell, Anders (2011). Hur kan svensk primärvård bli bättre? Diskussionsunderlag för workshop 20 september 2011. Forum för Health Policy.

Anell, Anders (2010). Choice and privatisation in Swedish primary care. Health economics, policy, and law. 6. ss. 549-569.

Borgström, Agneta (2010). Kunskapsstyrningen glappar. Läkartidningen. 1–2 .107. ss. 15-16.

Cervenka, Andreas & Olle Nygård (2011). Systematiska uppköp av vård, skola och omsorg. Svenska Dagbladet Näringsliv. 8 mars.

Dagens Samhälle (2011). Den Offentliga marknaden– en kartläggning.

Wikstrand, Måns (2010). Vården som affär. Aktörerna. Fyra bolag dominerar. Dagens Samhälle nov.

Granestrand, Cecilia (2011). Boom för privat försäkring. Dagens Samhälle.3 nov 2011.

Gripenberg, Pia & Jenny Petersson (2011). Vårdjättar växer allt snabbare. Vården och Vi. Dagens Nyheter. 27 maj.

Gustafsson, Rolf Å & Marta Szebehely (2007). Privat och offentlig äldreomsorg – svenska omsorgsarbetares syn på arbetsmiljö och politisk styrning. Socialvetenskaplig tidskrift. 14. 1. ss. 47-66.

Hartman, Laura (red). (2011). Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd. Stockholm: SNS.

Janlöv, Nils & Rehnberg, Clas (2011). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, rapport. 2011:15.

Johansson, Ola (2011). Tjäna eller tjäna? - om vård eller vinst. Privatisering av vård, omsorg, skola - vilka tar över? Stockholm: Famna.

Konkurrensverket (2010). Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. Konkurrensverkets rapportserie. 2010: 3.

Paulsson, G. (2009). Vårdval Halland. Utvärderingsrapport 2008. Lunds Universitet. Ekonomihögskolan.

Praktikertjänst (2010). Årsredovisning 2010. Stockholm: Praktikertjänst.

Rehnberg Clas, Nils Janlöv & J Khan (2009). Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2009:6, Stockholm.

Rehnberg , Clas, Nils Janlöv, Jahangir Khan & Jonatan Lundgren (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de första två årens erfarenheter. Stockholm. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, rapport 2010:12.

Rex, Martin & Tomas Nordenskiöld (2011). Åtta av tio gör vinst i vården. Dagens Industri. 6 oktober.

Rex Martin & Tomas Nordenskiöld (2011). Dubbelt upp för privat vård – Sverige går i bräschen för att förändra vårdsektorn. Dagens Industri. 5 okt.

Rothgang, H. (2008). Privatization in Germany's healthcare system. For profit / not for profit – impact on costs, quality and care. Stockholm Expert Meeting. 3-4 Sept, 2008.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Rosén, Måns (2011). Guldgruvan i Hälso-och sjukvården. Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Förslag till gemensam satsning 2011–2015. Stockholm: SKL.

Schlesinger, M. & B. H. Gray (2006). How Nonprofits Matter In American Medicine, And What To Do About It Reports of the demise of nonprofits in U.S. health care are premature. Health Affairs. 25. w287–w303 (published online 22 June 2006).

Szebehely, Marta (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. I Hartman, Laura (red). (2011). Konkurrensen konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd. Stockholm: SNS. ss. 215-257.

SKL (2010). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL.

SKL och Socialstyrelsen (2010). Öppna jämförelser 2010 – Vård och omsorg om äldre. Västerås: SKL och Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). Stimulansbidrag LOV. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (2008) Vårdval i Sverige. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt. Stockholm: SOU 2008:37.

Svenska Dagbladet (2011). ”Priserna i Sverige för låga”. Svenska Dagbladet. 9 mars.

Stolt, Ragnar, Paula Blomqvist & Ulrika Winblad (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. Social Science & Medicine. 72. ss. 560-567.

Stolt, Ragnar & P. Jansson (2006). Den privata äldreomsorgsmarknaden: etablering, utveckling och konkurrens. Stockholm: Department of Business Development.

Vårdföretagarna (2010). Vårdutbudet och vårdvalet. Stockholm: Rapport från Vårdföretagarna.

Åsgård, Samuel (2011). Val i specialistvården. ”Nästa steg blir att välja läkare”. Dagens Medicin. 12 okt 2011.

Internet
www.kvalitetsindex.se
www.omvard.se
www.proxima.se
www.som.gu.se
www.vardanalys.se

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY

23 februari 2012 | Workshop 4

Hur kan den specialiserade vårdens ersättningssystem utvecklas för att uppnå bättre resultat och högre kvalitet?

(How to Pay Hospitals for Better Performance and Higher Quality)

Utformningen av ekonomiska ersättningssystem till vårdgivarna utgör en viktig del av vårdens styrning. Sverige har starka traditioner inom detta område via vår ordning och reda i de offentliga systemen, goda register och datahantering. Vi moderniserade också tidigt via internationella impulser vårt sätt att kombinera ekonomisk och medicinsk information t.ex. i det s.k. DRG-systemet, liksom annat aktivt internationellt samarbete. Våra ca 80 nationella diagnosbaserade medicinska kvalitetsregister över vårdresultat per specialitet utgör en annan stor tillgång. Här finns alltså en god tradition som emellertid måste vidareutvecklas i takt med bl.a. en ny mångfald av vårdgivare och de alltmera komplexa samspel som krävs mellan vårdgivare inom det samlade vårdsystemet (offentligt och privat). Ersättningssystem i vården utgör centrala redskap för att söka nå såväl ekonomiska mål som medicinska och kvalitetsmässiga mål. En betydande utveckling och experiment inom detta område sker i de enskilda landstingen, till vissa delar i samarbete. Däremot saknas det viktiga nationella satsningar inom detta område – inte minst för att via jämförelser och samordning kunna utnyttja den stora experimentlustan i de olika landstingen. Bredden i utvecklingen måste också bli större med tonvikt på ersättningssystemens förmåga att bidra till vårdens måluppfyllelse i andra dimensioner är enbart de ekonomiska. Viktiga mål som t.ex. patientsäkerhet kan stimuleras via ersättningen till vårdgivare. Likaså utgör kvalitetskonkurrens i stället för enbart ekonomisk konkurrens och maximering av ekonomiska resultat en viktig utvecklingslinje.

Konkreta förslag från denna workshop:

7. Satsa på ersättningssystem som tydligare speglar ökat värde och resultat av vården. Ersättning som säkerställer att vårdprocesser och hela vårdförlopp hålls samman är högt prioriterade.

8. Det finns behov av en ökad nationell enhetlighet kring metoder för beskrivning och ersättning av vården. Dessa är viktiga för att kunna utnyttja jämförelsemöjligheter mellan landsting och olika vårdgivare och utgör ett viktigt hjälpmedel för vårdens utveckling.

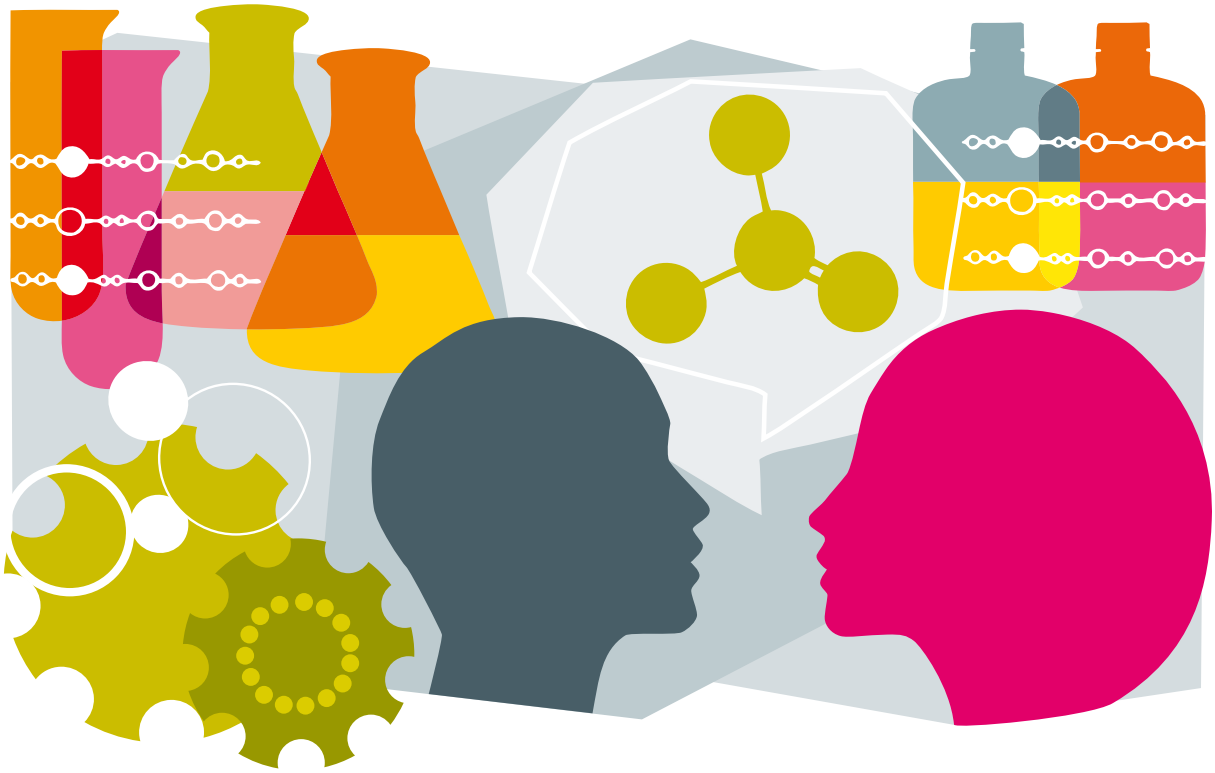
FÖRFATTARE AV EXPERTRAPPORTEN: Staffan Lindvall, ansvarig för SKL:s och Socialdepartementets projekt kring ersättningssystem 2006–2009, Gävleborgs läns landsting.
Michael Högberg, hälsoekonom och utvecklingsansvarig för ersättningssystem inom Stockholms läns landsting.

INTERNATIONELL EXPERT: David Ostrow MD FRCPC, President and CEO Vancouver Coastal Health Authority, Professor of Medicine, University of British Columbia

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

www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY



Kunskapsunderlag vid Workshop 23 februari 2012

Ersättningssystem inom hälso- och sjukvård

Erfarenheter, utvecklingslinjer och vägval för den mer specialiserade vården (Sjukhus, slutenvård och öppenvård)

FÖRFATTARE:

Michael Högberg

Hälsoekonom och utvecklingsansvarig för ersättningssystem inom Stockholms läns landsting

Staffan Lindvall

Ansvarig för SKL:s och Social-departementets projekt kring ersättningssystem 2006–2009, Gävleborgs läns landsting

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
1.1	Ersättningssystemens utgångspunkter	4
1.2	Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv	4
1.2	Olika utgångspunkter ... genom de senaste tjugo åren.	5
2	Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus	7
2.1	Basen anslag eller prestation	7
2.2	Hur DRG-systemet började	7
2.3	DRG användning i landstingen 2012	9
2.4	Resultatbaserad/målrelaterad ersättning	10
3	Case – Stockholms läns landsting	11
3.1	Ersättningsmodellen i Stockholms läns landsting	11
3.2	Förändrad ersättningsmodell – flerårsavtalet 2009–2011	13
3.3	Flerårsavtalet 2012–2015	13
3.4	Kvalitetsrelaterad ersättning	15
3.5	Sanktioner och viten	16
3.6	Uppföljning	16
3.7	Vårdval	16
3.8	Exempel på Vårdval inom specialistvården	17
4	Exempel från andra landsting	22
4.1	Lika och olika	22
4.2	Västra Götalandsregionen	22
4.3	Skåne	24
4.4	Landstinget i Uppsala Län	25
5	Statens ambition att styra hälso- och sjukvården med ekonomiska medel	27
5.1	Tillgänglighetssatsningen – kömiljarden	27
5.2	Patientsäkerhetsöverenskommelsen	27
5.3	En satsning på de mest sjuka äldre	28
6	En utvecklingsambition – Q-PROJEKTEN	29
7	Öppna jämförelser	31
8	Svenska forskningsresultat rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården	32
9	Var står vi nu?	35
10	Slutsatser och Utmaningar	37
10.1	Slutsatser	37
10.2	Utvecklingsfrågor	37
11	Litteratur och Referenser	40
12	Bilaga	45

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

1 Bakgrund

1.1 Ersättningssystemens utgångspunkter

Diskussionen om modeller för resursfördelning och ersättningar inom hälso- och sjukvården är mycket levande. Ambitionen finns att ersättningssystemen ska bidra till den utveckling som eftersträvas med patientfokusering och utveckling av kvalitet samt resultat. De senaste åren har det etablerats förnyade fokus som gett utrymme för att på ett mer genomgripande sätt arbeta med hur dessa ersättningssystem kan fogas in i den styrning och ledning som eftersträvas. Modeller utvecklas för att påverka produktivitet, kvalitet och ytterst effekter av hälso- och sjukvårdens insatser. Det växer också fram helt nya tankar om ersättningsmodeller som kopplas mot sjukdomsgrupper, följer vårdflöden och fokuserar på såväl service- som medicinsk resultatkvalitet.

För att kunna utnyttja ersättningsprincipernas positiva egenskaper och samtidigt minska de eventuella negativa effekterna bygger ofta den totala ersättningen av en blandning av olika ersättningsprinciper. Trots det kan konstateras att inget ersättningssystem är perfekt. För att i framtiden kunna utforma så bra ersättningssystem som möjligt krävs att lärdomar från tidigare arbeten tas tillvara och att ny inspiration tillförs.

1.2 Ekonomiska incitament i svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv

Svensk hälso- och sjukvård har under lång tid i huvudsak styrts genom planering, anslagsbaserad resursfördelning och medicinska beslut. Ekonomiska incitament som uppmuntrar produktivitet eller som särskilt kopplats till effekter har endast förekommit i liten omfattning.

Snabbt ökande kostnader och vetskapen om att intäkterna inte skulle fortsätta att öka i samma takt som tidigare medförde en vändpunkt i början av 1980-talet. Kostnadskontroll blev ledordet men låg produktivitet uppmärksammades också. Under senare delen av 1980-talet växte intresset för prestationsersättning i kombination med ökade valmöjligheter för patienten. Intresset för ekonomistyrning ökade och det investerades i nya informationssystem som förbättrade den ekonomiska informationen.

Från att endast haft enklare administrativa begrepp som ”kostnad per vårddag”, ”läkarbesök”, mm, som underlag för resursfördelning/ersättning börjar tankar om vårdens innehåll få genomslag. För den specialiserade öppenvården utvecklas olika åtgärdsbaserade ersättningar och nyfikenheten på DRG-systemet börjar få genomslag för sjukhusens slutenvård.

Under början av 1990-talet uppmärksammades allt mer växande problem med köer och ett inte särskilt dynamiskt sjukvårdssystem. En ambition mot en mer marknadsinspirerad organisering och styrning började märkas. Den offentliga sektorn skulle effektiviseras och ineffektiviteten tillskrevs felaktiga styrmodeller. Den långsiktiga och hållbara finansieringen av hälso- och sjukvården ställde ökade krav på förbättring av sjukvårdssystemets produktivitet och kvalitet. Det mesta av arbetet sker på mikronivå på sjukhusen där den största delen av resurserna spenderas. Förbättrade processer för att minska kostnader och förbättra kvaliteten ökar i betydelse. Detta utgör idag ett allt större fokus för sjukhusledningarna. Det finns också evidens för att dessa incitament fungerar i praktiken. Införandet av ersättning per vårdfall åtföljdes av en dramatisk prestationsökning i förhållande

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

till de tillgängliga resurserna. Jämförelser som skedde mellan landsting som infört vårdfallsersättning med dem som behållit traditionell anslagsbudgetering visade också på större produktivitetsökningar (*Ernst Jonsson 1991*).

Ökad produktivitet och större patientinflytande var vad som skulle eftersträvas. Införandet av prestationsersättning och ökad valfrihet för patienten som påbörjats under senare delen av 1980-talet fortsatte i landstingen. Andra ambitioner som bidrog i denna utveckling var bl a införandet av särskilda beställarfunktioner i vissa landsting för att åstadkomma en behovsstyrning av resurserna utifrån ett befolkningsperspektiv. Beställarfunktionen användes också för att införa marknadsliknande förhållanden och för att öka vårdgivarnas incitament till ökad produktion. Utvecklingen mot mer marknadsliknande förutsättningar gick snabbt men mot slutet av 1990-talet svängde pendeln igen i många landsting mot fokuserad kostnadskontroll och ett mer organisationsorienterat perspektiv. Ett rimligt antagande är att landstingen under tider med trängre ekonomiskt utrymme i högre grad återvänder till den anslagsstyrda modellen än utvecklar mer dynamiska styrprinciper.

I Sverige har arbetet med att försöka utforma ersättningssystem som ger goda incitament inom hälso- och sjukvården nu pågått i cirka 20 år. Intresset för området har inte avtagit.

1.2 Olika utgångspunkter … genom de senaste tjugo åren.

I tankar om vad som är önskvärda grunder för ersättning finns några olika nyanser. En del bygger på den förvaltningsmodell som varit den vanliga inom svensk offentlig sektor. Ofta byggs resursanspråken upp från en ren kostnadsbudget med bedömning av personalkostnader, lokalkostnader, etc. Från den grunden läggs sedan ”äskanden om anslag” för att täcka dessa kostnader. Anslaget som ersättning för täckande av kostnader är en bra bas för kostnadskontroll. Landsting som använder anslaget som huvudsakligt instrument för att fördela resurser menar ofta att frågor om effektivitet och måluppfyllelse inte kopplas direkt till ekonomiska incitament. Istället hanteras detta genom dialog och andra komponenter i styrningen och ledningen av verksamheterna.

Andra utgångspunkter väcktes med anledning av tankarna om ”målstyrning” under slutet av 80-talet. När diskussionen om att skilja på frågan om ”vad” och ”hur” påverkade synen på resursfördelning så blev det naturligt att föra dialogen i andra termer. Politiken tillskrevs rollen att beskriva vad som organisationen skulle hantera/utföra och verksamheterna själva hur man skulle organisera sig för att genomföra uppdraget/nå målen. Då börjar också ambitionen att uttrycka verksamheternas innehåll i ”prestationer”, ”produkter” och ”tjänster”.

I landstingen pågår det en aktiv dialog om hur resursfördelning och ersättningar tydligare ska gå att koppla till sjukvårdens ”effekter”. Teorierna bygger på tanken att det ska gå att avläsa hälso- och sjukvårdens påverkan på livskvalité, bibehållen hälsa, funktionsförmåga och andra typer av medicinska resultat. Flera sådana modeller har prövats och börjar få ett genomslag i praktiskt bruk. Oftast är dessa uppbyggda genom att ersättning kopplas mot vissa insatser som har dokumenterad påverkan/effekt på de resultat som eftersträvas, dvs i grunden en aktivitetsbaserad ersättning. I mycket liten grad används reella medicinska resultat.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper.

Tabellen nedan och kommentarerna till densamma visar att klassificeringen ger en bra bild av de incitament som en ersättningsprincip ger upphov till. Tabellen visar dessutom tydligt att ersättningsprinciper både har positiva och negativa egenskaper. Genom att modifiera och blanda olika principer kan finansiären förbättra och anpassa ersättningssystem så att incitament skapas för de mål som finns i verksamheten samtidigt som de negativa effekterna minskas.

			Ger incitament för*						
Objekt	**Aktivitets-grad**	**Tids-perspektiv**	***Hög produktion***		***Låga produktions-kostnader***		***Hög vård kvalitet***	***God service***	***Risk för "cream skimming**"***	*Kostnads-kontroll*
			klass	***litt***	***klass***	***litt***				
Åtgärd: Fee for service	**Rörlig**	**Retrospektiv**	+	++	-	-	**0**	++	**Låg risk**	- -
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	**Rörlig**	**Prospektiv**	+	++	+	+	-	+	**Hög risk**	-
Ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG)	**Rörlig**	**Prospektiv**	+	+	+	+	-	+	**Risk**	-
Resultat: Målrelaterad ersättning	**Rörlig**	**Prospektiv**	+	+	+	+	++	+	**Risk**	+
Individ: Kapitation (Utan konkurrens)	**Fast**	**Prospektiv**	-	- -	+	++	-	--	**Hög risk**	++
Period: Traditionellt anslag	**Fast**	**Prospektivt/ Retrospektivt**	-	-	**0**	-	-	-	**Ingen risk**	+

* + + starka incitament för; + incitament för; 0 inga tydliga incitament; - motverkande incitament; - - starka motverkande incitament
** Cream skimming motsvaras av det svenska uttrycket "plocka russinen ur kakan"
Källa: Jacobsson 2007
Bild 1 Ekonomisk incitamentsstruktur för olika ersättningsprinciper

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

2 Ersättningsprinciper för verksamheter på sjukhus

2.1 Basen anslag eller prestation

Som redan noterats används i grunden två olika system som bas för ersättning till verksamheter på sjukhus. Den traditionella anslagsmodellen där utgångspunkten är själva verksamheten och vilka resurser den kräver. Här är det ofta en kostnadsbudget som ligger till grund för äskanden om anslag för att täcka resursbehovet. Detta system innebär en stark kontroll över produktionsmedlen men en svag koppling till vad som utförs. Den andra modellen utgår istället från samhällets behov av hälso- och sjukvård. Uppgiften blir då istället att beskriva vad som ska utföras och sedan får verksamheterna organisera sig för att genomföra detta på bästa sätt. Ersättningen är kopplad till det som utförs men det innebär samtidigt en sämre kontroll över produktionsmedlen.

I den senare modellen ökar fokus på vårdens innehåll i form av besök, vårdkontakter, vårdtyngd, etc. Produktgruppering genom DRG-systemet användes mer och mer för verksamhetsbeskrivning inom landstingen. Många landsting har dessutom valt att använda produktgrupper som bas för prestationsbaserade ersättningssystem. De för- och nackdelar som tidigare diskuterats gällande produktgrupper återkommer också i de praktiska erfarenheterna. Systemet är framtaget för att beskriva ett helt sjukhus verksamhet på ett överskådligt sätt och detta innebär givetvis att orättvisor kan uppstå på lägre nivåer. Bedömningen är dock att de värsta orättvisorna med över- och underfinansiering bör gå att utjämna med uppföljning, redovisning och metodiskt förändringsarbete.

Även om prestationsersättning använts i mindre omfattning inom sjukhusens öppenvård pågår utvecklingsarbeten inom många landsting. Det finns ett stort behov av ett gemensamt beskrivningssystem inom den öppna vården och DRG-systemet har utvecklats för användning i öppenvård. Detta kan användas både för ledning, styrning och jämförelser på olika nivåer och dessutom som grund för ett ersättningssystem.

2.2 Hur DRG-systemet började

DRG (Diagnosis Related Groups) är ursprungligen inte ett ersättningssystem utan ett patientklassificeringssystem. Diagnos Relaterade Grupper (DRG) brukar ofta felaktigt ses som synonymt med det amerikanska prospektiva betalningssystemet för sjukhus (PPS). DRG-systemet utvecklades emellertid från början för andra syften. Det ursprungliga målet med DRG var att skapa ett instrument för mätning, utvärdering och styrning av sjukvårdssystemet. Detta klassificeringssystem är egentligen en metod för att skapa ett hanterligt antal grupper (inledningsvis c:a 500 för sluten vård) ur de mångfalt fler olika kombinationer av diagnoser och medicinska behandlingar som kan förekomma i sjukvården. Med hjälp av kostnadsdata för enskilda DRG-grupper kan relativ resursåtgång för dessa grupper beräknas, vilka i sin tur kan användas för att beräkna den ersättning, som skall betalas för vården av en viss patientkategori. Andra inslag i utveckling av ersättningssystemet var patientrelaterad kostnadsredovisning.

1967 bad en grupp läkare om hjälp från Yale university om att tillämpa industriella metoder för kostnader och kvalitetskontroll på vad som i USA kallas ”Utilization Review (UR)”. Detta var två år efter det att Medicare systemet för pensionärer hade införts under president Johnsons mandatperiod. UR är ett sätt att bedöma lämpligheten, nödvändigheten och kvaliteten hos vårdgivaren.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Detta var starten av en process som ledde fram till dagens DRG-system, d.v.s. hur man bäst kan mäta produktionen av sjukvård på sjukhusnivå. Den första versionen av DRG-systemet i sin nuvarande form togs fram 1981 och bestod av 467 grupper som var avsedda att beskriva slutenvårdspatienter. DRG-systemet har allteftersom utvecklats till alltmer förfinade grupper. I 1992 års version fanns 487 stycken.

I Sverige var det Spri som i början av 80-talet initierade ett nationellt projekt för att införa DRG. Efter Spris nedläggning årsskiftet 1999/2000 övertogs arbetet av SKL (dåvarande Landstingsförbundet) respektive Socialstyrelsen.

Frågan om DRG tar tillräcklig hänsyn till sjukdomarnas svårighetsgrad, det som i USA kallas ”severity of illness”, har varit ett ofta debatterat ämne. Flera olika system, som kan ses som en vidareutveckling av DRG-systemet, har tagits fram för att ta hänsyn till detta. Exempel på sådana system är All Patient DRG (AP-DRG), bestående av 607 grupper och Refined DRG, som består av cirka 1200 grupper (Nilsson C-A m.fl. 1996).

Med hjälp av DRG-grupperat material kan man således studera produktiviteten i verksamheten, ett mått på relationen mellan produktion och resursinsats. I princip förutsätter produktivitetsjämförelser att de jämförda prestationerna är identiska. Därför måste man även förvissa sig om att kvaliteten i det som utförts inte förändras till det sämre. Den pågående utvecklingen inom sjukvården, med bland annat nya organisations- och styrformer, har visat på behoven av fungerande system för kvalitetssäkring. Om det skall bli möjligt att införa marknadsmekanismer och konkurrens i vården kommer det att bli nödvändigt att på ett helt annat sätt än hittills redovisa vilken kvalitet en verksamhet har.

Det idag använda DRG systemet Nord-DRG introducerades 1996 och är likartat för samtliga nordiska länder. Den svenska versionen inkluderar även klassifikation av öppenvårdsprocedurer och psykiatrisk vård. Via det nationella slutenvårdsregistret grupperas vårdfall i NordDRG. Sjukhusen och landsting använder huvudsakligen DRG informationen för styrning och ledning. Nord DRG fungerar även som ett prospektivt betalningssystem och ligger bakom ersättningen i mer än 50 procent av slutenvårdsfallen i landet. Systemet används vanligtvis för ersättning emellan landstingen. När det har använts inom ett landsting i ersättningssyfte har ersättningsnivån uppgått till ungefär 50 procent rörlig och resterande kostnader har täckts av fast budget. Detta förhållande har ändrats exempelvis i Stockholms läns landsting där ersättningen numera är helt rörlig.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

2.3 DRG användning i landstingen 2012

Flera landsting har i samband med uppdateringen av tabellen nedan uttalat att de är på väg mot en mer omfattande användning av DRG. Det avser användning i planering/budget, uppföljning och effektivitetsdiskussioner, samt även som grund för utvecklingen av ersättningssystemen.

DRG-systemen har utvecklats på olika sätt i olika länder men en tydlig trend har varit att många länder har drivit ett arbete för att ta fram en bättre beskrivning av patientens komplicerande tillstånd och/eller comorbiditet. Också i Sverige har ett sådant utvecklingsarbete diskuterats undre en längre tid men inte kunnat genomföras på grund av brister i primärklassificeringen av bidiagnoser.

År 2008 gav regeringen Socialstyrelsen ett uppdrag i samarbete med SKL att undersöka hur vårdens ersättningssystem kunde utvecklas. Inom ramen för regeringsuppdraget ”Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården” drev Socialstyrelsen tio delprojekt i syfte att förbättra grunddata och beskrivningssystemen i vården. Arbetet med att utveckla NordDRG var ett av dessa tio delprojekt benämnt ”Utveckling av komplicerade grupper i NordDRG”. Under arbetets gång bedömdes omfattningen av de bidiagnoser som nu finns i nationella register vara tillräcklig stor för att kunna genomföra utvecklingsarbetet. Regeringsuppdraget slutrapporterades i juni 2010.

Med den bakgrunden har det inom det nordiska DRG-arbetet utvecklats en ny

			Slutenvård				Öppenvård				Psykiatri			
		U = Uppföljning B = Budget IL = Ersättning inom landsting UL= Ersättning utom landsting	U	B	IL	UL	U	B	IL	UL	U	B	IL	UL
AB	**Stockholms läns landsting**		x	x	x	x	x	x	x	x				
C	**Landstinget i Uppsala län**		x	x	x		x	x			x	x	x	
D	**Landstinget Sörmland**		x			x	x			x	x			x
E	**Landstinget i Östergötland**		x	x		x	x	x		x	x	x		x
F	**Landstinget i Jönköpings län**		x			x	x			x	x			x
G	**Landstinget Kronoberg**		x		x	x			x	x	x			
H	**Landstinget i Kalmar län**		x			x	x			x	x			
K	**Landstinget Blekinge**		x			x	x			x				
M	**Region Skåne**		x	x	x	x	x	x	x	x				
N	**Landstinget Halland**		x	x	x	x	x	x	x	x				
O	**Västra Götalandsregionen**		x	x	x	x	x	x	x	x	x			
S	**Landstinget i Värmland**					x				x				
T	**Örebro läns landsting**		x			x	x				x			
U	**Landstinget Västmanland**		x		x	x								
W	**Landstinget Dalarna**					x				x				
X	**Landstinget Gävleborg**		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Y	**Landstinget Västernorrland**		x		x	x								
Z	**Jämtlands läns landsting**					x								
AC	**Västerbottens läns landsting**		x			x								
BD	**Norrbottens läns landsting**		x	x	x	x	x				x			
I	**Gotlands kommun**			x		x		x		x		x		x

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

version som fångar mer av komplikationer och comorbiditet. Från och med 2012 introduceras i Sverige den nya versionen av NordDRG benämnd NordDRG-CC. Den skiljer sig från ordinarie NordDRG-version avseende möjligheten att beskriva patienternas komplikationer och/eller comorbiditet. I den nya versionen kan DRG´na delas upp i tre nivåer (ej komplicerat, komplicerat och mycket komplicerat). De övriga nordiska länderna kommer att ta ställning till en eventuell övergång till den nya versionen under nästa år.

2.4 Resultatbaserad/målrelaterad ersättning

Om landstingen har en relativt lång erfarenhet av prestationsrelaterad ersättning så har ersättningsmodeller som stöder eller säkerställer kvalitet inte samma bakgrund. De studier som påvisat att den prestationsbaserade ersättningen har lett till ökad produktivitet har inte med samma tydlighet kunnat påvisa kvalitetsförbättringar. Detta förhållande indikerar att vårdkvalitet måste styras genom andra policy-medel och att DRG ersättning i sig inte direkt kan relateras till kvalitet. Ett antal andra faktorer har större betydelse, exempelvis interna arbetsprocesser samt utbildning av både sjukvårdspersonal och ledning.

Den för närvarande mest betydelsefulla frågan som hör ihop med produktivitet och kvalitet liksom med kostnadskontroll rör introduktionen av nya, ofta även dyra medicinska teknologier.

Hur ska ersättning per vårdfall kunna kombineras med behovet av kontroll av totalkostnad och hur ska patientens fria val kunna sammanfalla med beställarens uppdrag att fördela resurser så att specifika mål kan uppfyllas? För att förbättra vårdkvaliteten krävs då kompletteringar till enbart vårdfallsersättning. Exempel på sådant utgör målrelaterad ersättning, pay for performance, P4P.

Pay for performance är en finansiell incitamentsmodell som ger bonus till utförare för utvecklingsarbete och för att nå specifika nyckeltal gällande kvalitet och effektivitet. Pay for performance lägger den finansiella risken på utföraren och är således ansedd som en hög-motiverande incitamentsmodell. Modellen har fått stor spridning i USA, bland allmänläkare (GP) i Storbritannien och i många andra länder. Ännu finns dock relativt få studier baserade på vetenskaplig design rörande P4P och dess effekter. Det saknas därför evidens för hur en incitamentsinriktad policy ska utformas. Det förekommer även resultat i form av oönskade effekter. (Rosenthal et al. 2006) (Town et al. 2004) (Epstein 2007) En icke oväsentlig fråga berör frågan om prestationsmätningar och ersättning ska vara fokuserad på den enskilde doktorn eller på organisationen eller gruppen. I Sverige har vi inte använt oss av individbaserade incitamentsbelöningar inom sjukvården. Det finns olika skäl att fokusera på olika nivåer. Om målet berör en hel grupp och samverkan inom densamma är troligen ett incitament som riktas mot hela gruppen att föredra medan mer individuella mål kräver andra incitament. En fördel med gruppnivå är att det oftare leder till större urval, vilket tillförsäkrar ett statistiskt signifikant mätunderlag. (Rosenthal et al. 2007).

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

3 Case – Stockholms läns landsting

3.1 Ersättningsmodellen i Stockholms läns landsting

Följande bild sammanfattar hur grunderna för ersättningen till sjukvården i SLL förändrats och vilken inriktning som finns framöver. Ersättningssystemen har ändrats över tiden efterhand som erfarenheter kunnat tillgodogöras och nya tekniska system har kunnat tas i bruk. Samtidigt finns det en betydande kontinuitet i utvecklingen. Från en anslagsbaserad ersättning har SLL rört sig mot en ersättning där prestationer och patienternas val fått större betydelse. De första stegen har också tagits mot inslag av målrelaterad ersättning (effekt, kvalitet, effektivitet).

I Stockholms läns landsting bedrivs den akutsomatiska öppna och slutna vården vid sex akutsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset (Solna och Huddinge), Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, S:t Görans sjukhus och Södertälje sjukhus samt S:t Eriks ögonsjukhus. Sjukhusen styrs via avtal med Beställaren. Den öppna vården vid sjukhusen består av mottagningsverksamhet och dagvård (dagsjukvård respektive dagkirurgi).

Den huvudsakliga ersättningen sker med DRG. Ersättningen är rörlig och är kopplad till en prestation. Den totala ersättningen till sjukhusen enligt huvudavtalen uppgick till cirka 15 miljarder kronor senaste året varav Karolinska sjukhusets andel utgjorde närmare 9 miljarder kronor.

Riskfördelning

Den stora andelen rörlig ersättning i kombination med storleken på verksamheterna medför en betydande volymrisk för Beställaren där risk finns att verksamhetsinnehåll inte motsvarar gällande prioriteringar. Producenten har i sin tur en hög leveransrisk. Om produktionen sviktar kan vissa kliniker få ett ekonomiskt underskott. Risken varierar mellan kliniker beroende av casemix.

Patienter har i regel liten reell möjlighet att välja alternativ för akutvård och högspecialiserad vård. Den öppna vården och delar av elektiv vård kan dock bli föremål för patientens valmöjligheter, vilket kan påverkas av kunskap om kvalitet, vilket innebär en kvalitetsrisk.

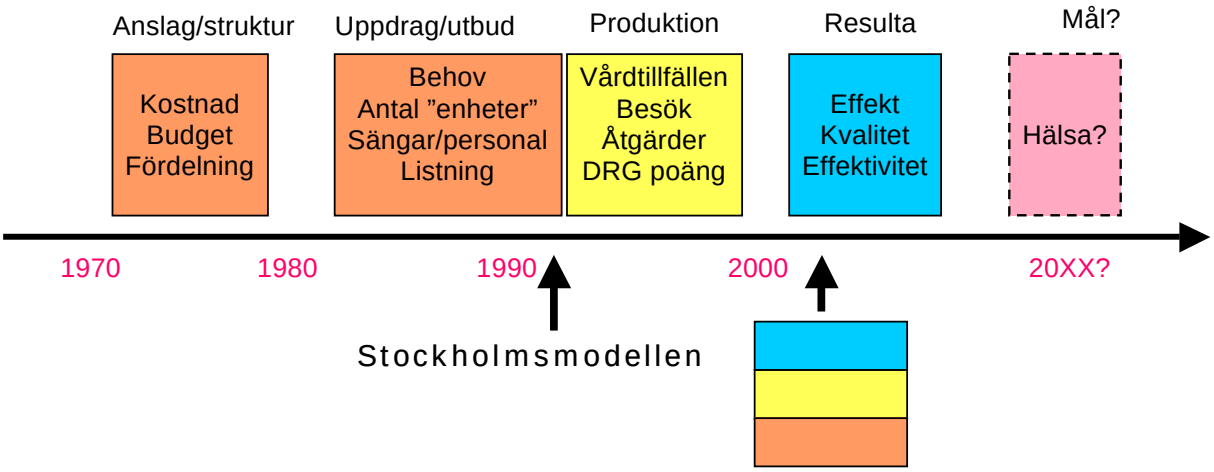


Bild 3 Från en anslagsbaserad ersättning har SLL rört sig mot en ersättning där prestationer och patienternas val fått större betydelse

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Incitament

Producentens fasta och rörliga kostnader ersätts med en fastställd ersättning per diagnos (eller åtgärd), vilket medför ett starkt incitament till produktionsökning. Ersättningssystemet ger generellt i mindre utsträckning ett incitament till kvalitet. Dock kan patientens valfrihet medföra att vissa kliniker har ett ekonomiskt incitament att stärka och marknadsföra sin kvalitet.

Incitament till struktureffektivitet, ett ekonomiskt styrmedel att lämna patienter till primärvård, psykiatri och geriatrik är svagt liksom för vård av patienter i mer kostnadseffektiva alternativ av öppen eller sluten vård. Det går inte att utesluta att det finns risk för att ersättningsmodellen bidrar till situationer där ekonomiska incitament direkt motverkar en medicinskt motiverad överflyttning till andra vårdformer och analogt att modellen bidrar till inslag av kostnadsövervältring.

Inga ekonomiska incitament är kopplade till övergripande mål om hälsoeffekter etc. Ersättningssystem och verksamheter har en komplexitet som kan innebära att överblick försvåras och därmed möjligheten till prioriteringar går förlorad.

Kostnadskontroll – tak

Volymen på vården och osäkerheten om gränser för produktionsvolymen medför att beställaren löper risk att förlora kontrollen över kostnadsutvecklingen. Olika takkonstruktioner har använts för att möta detta.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

3.2 Förändrad ersättningsmodell – flerårsavtalet 2009-2011

En ambitiös satsning skedde inför avtalsperioden 2009 och framåt. Tidigare inslag med olika DRG-priser för respektive akutsjukhus skulle omvandlas till ett system med definierad casemix och enhetliga DRG-priser.

Sjukhusens ersättning kom i den nya modellen från sex olika delar, vilka illustreras i bilden nedan. Miljörelaterad ersättning, särskilda uppdrag och ersättning för vårdvalsområden förblev oberoende av förslaget till ny avtalsmodell. Den nya ersättningsmodellen gällde således strukturersättning, prestationsrelaterad huvuddel samt kvalitetsersättning. Strukturersättningen skulle ersätta motiverade merkostnader som vissa sjukhus har, t.ex. hantering av mer komplexa fall.

Huvuddelen täckte prestationsrelaterad vårdersättning för akut och majoriteten av all elektiv vård. Sjukhusens uppdrag preciserades per specialitet och beställningar inom uppdraget gjordes som en målvolym i totalt antal DRG-poäng på sjukhusnivå.

För att möjliggöra för sjukhusen att anpassa kapacitet efter behov och utnyttja befintlig kapacitet optimalt infördes en viss flexibilitet kring målvolymen. Tillåten produktion över och under avtalad målvolym uttryckt i DRG-poäng var ffl4%.

För Kvalitetsrelaterad ersättning avseende angivna specifika kvalitetsindikatorer avsattes 2 % av totalersättningen. Under ett kalenderår utgick 50 % av denna ersättningen mot faktura med 1/12 per månad. Resterande ersättning innehölls till avstämningen i samband med uppföljningsmöte under mars månad året efter mätperioden. Ett samlat kvalitetsindex räknades fram utifrån utfall på fastställda kvalitetsindikatorer och varje indikators relativa vikt. Full ersättning utgick endast om ett sjukhus indexvärde uppnått avtalade minimikrav och målnivån för vårdens kvalitet.

3.3 Flerårsavtalet 2012-2015

Ersättningsmodell

Totalersättningen utgör ersättning för 100 procent av Målvolymen och består av (i) prestationsrelaterad ersättning, (ii) kvalitetsrelaterad ersättning och (iii)

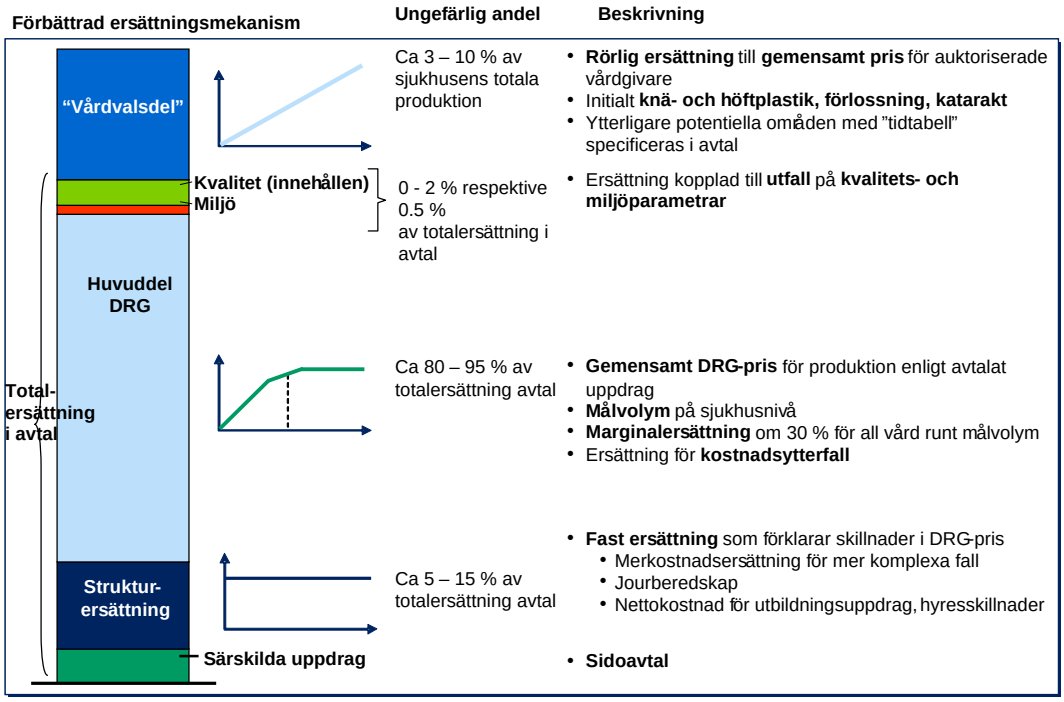


Bild 4 SLL-Ersättningsmodell, strukturersättning, prestationsrelaterad huvuddel samt kvalitetsersättning

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

miljörelaterad ersättning. Totalersättningen är ett inför varje kalenderår fastställt belopp. Av totalersättningen utgör den prestationsrelaterade ersättningen 97,5 procent, den kvalitetsrelaterade ersättningen 2,0 procent och den miljörelaterade ersättningen 0,5 procent. Andelarna kan komma att ändras under Vårdavtalets giltighetstid.

Den fasta strukturersättningen har tagits bort och ersatts med en rörlig merkostnadsersättning som beräknats för respektive sjukhus med utgångspunkt i avtalad totalersättning och utgår endast för utförd vård. Avtalen räknas upp årligen enligt avtalad uppräkningsmodell. I den ingår, som tidigare, följande komponenter; uppräkning enligt Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting exklusive läkemedel (LPIK), Läkemedelsprisindex (LÄK), Demografisk utveckling (DU) och Medicin teknisk utveckling (MTU). I avtalen ingår, såsom tidigare, ett årligt effektiviseringskrav på 2%. Ersättningen analyseras med hjälp av nyckeltal som används som underlag vid förhandling, diskussioner med andra parter (t.ex. Locum) och för att beskriva skillnader i ersättning mellan sjukhus.

Ingen ersättning utgår för underproduktion. Ersättningen för produktion över avtalad målvolym upp till 104% ökas till 40% av poängpriset. Ersättningsmodell med prestationsrelaterad kostnadsytterfallsersättning införs på samtliga sjukhus. Utbetalning sker i 1/12-delar varje månad och justeras löpande på månadsbasis efter tre månader efter faktiskt utfall.

Tillgänglighet

Den reviderade modellen innebär att för varje patient som varit köställd över vårdgarantigränsen (30 dagar för besök respektive 90 dagar för behandling) utfaller en sanktion per patient och 30-dagarsperiod; 500 kr för besök och 1000 kronor för behandling. Om patienten vänder sig till Beställarens Vårdgarantikansli påförs sjukhuset, precis som tidigare, den faktiska vårdkostnaden för dessa patienter. Totalbeloppet för samtliga tillgänglighetssanktioner kan maximalt uppgå till 1% av totalersättningen per sjukhus och år (totalt 150 miljoner kronor för samtliga sjukhus).

Kvalitet

Vården vid akutsjukhusen är en omfattande och komplex verksamhet som bättre kommer att speglas genom den föreslagna utökningen av antalet kvalitetsindikatorer. Kvalitetsersättningen kvarstår på 2% av totalersättningen. Det motsvarar en maximal summa av 300 miljoner kronor, varav exempelvis Karolinska Universitetssjukhuset kan få 180 miljoner kronor.

Patientsäkerhet är ett prioriterat område för beställaren och sjukhusen. Sjukhusen har, i enlighet med avtalskraven, implementerat strukturerad journalgranskning (Global Trigger Tool). Syftet är att öka kunskapen om inträffade skador och att minska antalet undvikbara vårdskador. Vidare pågår utvecklingsarbete kring läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse. Syftet är att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar.

Överbeläggning och satellitpatienter innebär en risk för patientsäkerhet och kvalitetsindikatorer avseende överbeläggningar/satellitpatienter ska utvecklas under avtalsperioden. Urvalet av kvalitetsindikatorer och krav kan förändras och ska enligt modellen fastställas årligen av Beställaren senast den 1 september året innan mätperioden. Indikatorer kan dock införas vid annan tidpunkt under avtalsperioden efter politiska beslut.

Ekonomiska risker för Hälso- och sjukvårdsnämnden

Ersättningen för produktion över avtalad målvolym upp till 104 procent ökas till 40 procent av poängpriset. Den totala ekonomiska risken uppgår 2012 till maximalt 1,6 procent av budgeten (255 miljoner kronor).

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Ekonomiska risker för akutsjukhusen

Sjukhusens ekonomiska risker omfattar dels intäktsbortfall i det fall sjukhusen inte når upp till målvolymen, eller om kvalitets- och miljökrav ej uppfylls. Därutöver kan sanktioner för bristande tillgänglighet utgå, dock maximalt till 1 procent av sjukhusets avtalade ersättning.

Fortsatt utveckling av modellen

Vidareutveckling av modellen under avtalsperioden kommer bland annat inriktas mot att ta fram nyckeltal för att kunna belysa skillnader i uppdrag och ersättning mellan sjukhusen samt utveckla processen för hur uppföljning ska ske. De områden som kommer att följas upp kommer bland annat att vara: Casemix, Infrastruktur, Forskning och utveckling, Produktivitet.
Eventuella kostnader som beror på ineffektivitet och/eller kvalitetsbrister ska inte vara ersättningsgrundande. Förslag på nyckeltal tas fram i samverkan mellan beställare och vårdgivare. Beställaren kommer att sammanställa styrkortet minst en gång per år och utifrån detta också göra jämförelser mellan sjukhusen.

Avtalen för akutsjukhusen under kommande avtalsperiod syftar till att balansera mellan målsättningarna; kostnadseffektivitet, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet, totalkostnadskontroll samt långsiktighet.

Avtalen bygger på att ersättningen till sjukhusen är direkt relaterad till prestation, såväl i form av utförd vård som uppnådd kvalitet. De gemensamma DRG-priserna vilka tillämpades i föregående avtal har nu ändrats till för respektive sjukhus enskilda DRG-priser. Dessa priser inkluderar prestationsdel och strukturdel.

Akutsjukhusens verksamhet ska i första hand koncentreras till den vård som kräver akutsjukhusets resurser. Dessa strukturförändringar påbörjas under kommande år vilket kommer att leda till omfördelningar mellan sjukhusen eller utflyttning av vård till vårdgivare utanför sjukhusen. De vårdval som planeras inom flera specialiteter utgör ett verktyg i arbetet med att renodla akutsjukhusens verksamhet mot den vård som kräver akutsjukhusets resurser. Landstingsfullmäktige i SLL har därför tidigare beslutat att huvudprincipen ska vara att akutsjukhusen inte deltar i vårdvalen. Akutsjukhusen ingår dock i tidigare vårdval gällande höft/knäledsplastik, förlossning och kataraktoperationer.

3.4 Kvalitetsrelaterad ersättning

Kvalitetsrelaterad ersättning baseras på kvalitetsindikatorer som delas in i nya indikatorer och resultatindikatorer. Kvalitetsrelaterad ersättning för respektive kvalitetsindikator utgår i enlighet med tabellen nedan.

Ersättning för nya indikatorer:	
Resultat redovisat	Full ersättning utgår för indikatorn
Resultat ej redovisat	Ingen ersättning utgår för indikatorn
Ersättning för resultatindikatorer med miniminivå och målnivå:	
Redovisat resultat uppfyller eller överstiger målnivå	Full ersättning utgår för indikatorn
Redovisat resultat över miniminivå upp till målnivå	Ersättning utgår enligt procentuell uppfyllelse av indikatorn. Andel av full ersättning beräknas enligt följande formel: (Resultat – miniminivå) / (målnivå – miniminivå)
Redovisat resultat upp till och med miniminivå	Ingen ersättning utgår för indikatorn
Ersättning för resultatindikatorer med enbart miniminivå:	
Redovisat resultat över miniminivå	Full ersättning utgår för indikatorn
Redovisat resultat upp till och med miniminivå	Ingen ersättning utgår för indikatorn

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Med nya indikatorer avses kvalitetsindikatorer under införande eller utveckling. Med resultatindikatorer avses kvalitetsindikatorer vars resultat relateras till en miniminivå och en målnivå. Miniminivån utgörs av det näst sämsta resultatet för indikatorn i en jämförelse mellan Akutsjukhusen. Målnivån fastställs utifrån det bästa resultatet för indikatorn i en jämförelse mellan Akutsjukhusen alternativt utifrån nationella krav/målnivåer.

Vårdgivaren erhåller ingen kvalitetsrelaterad ersättning för en kvalitetsindikator, oberoende av resultatet för denna, om täckningsgraden är lägre än den vid var tid gällande täckningsgrad som Beställaren har fastställt för respektive indikator. Miljörelaterad ersättning för respektive miljöindikator utgår om kravet för denna miljöindikator är uppfyllt. Kvalitetsindikatorerna är indelade efter God Vård. Flertalet indikatorer utgörs av struktur- eller processmått. I bilaga finns tabell med indikatorer avseende kvalitetsrelaterad ersättning.

Utöver Totalersättningen kan Beställaren under Vårdavtalets giltighetstid besluta om incitamentsbaserad ersättning. Precisering av krav för att erhålla sådan ersättning och dess storlek meddelas i förekommande fall av Beställaren. Storleken på incitamentsbaserad ersättning kommer maximalt att uppgå till en procent av Totalersättningen för aktuellt kalenderår.

3.5 Sanktioner och viten

För bristande tillgänglighet utgår viten för varje patient som varit köställd utöver Vårdgarantins gränser samt för bristande rapportering till väntetidsregister.

3.6 Uppföljning

Uppföljning syftar också till att skapa en grund för gemensam utveckling av vården och Vårdgivarens uppdrag genom exempelvis benchmarking. Uppföljningen skall även ge underlag för patienterna att göra kunskapsbaserade val av vårdgivare samt för att tillgodose medborgarnas rätt till insyn.

Vårdgivaren skall samverka med Beställaren i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling av vårdens kvalitet, produktivitet och effektivitet. Beställaren ansvarar för utformningen av uppföljningarna, innefattande former, innehåll och tidpunkter härför.

Beställaren äger rätt att publicera uppföljningens resultat för allmänheten och andra vårdgivare för att stimulera öppna jämförelser, erfarenhetsutbyte och kvalitets- och förbättringsarbete samt ge underlag för rankning. I detta ingår rätt att ge andra vårdgivare tillgång till aggregerad läkemedelsstatistik över Vårdgivarens totala förskrivning.
En del av uppföljningen kommer att ske enligt SLL:s leverantörsuppföljningsmodell. Vårdgivaren kommer att kunna jämföra sig med andra Vårdgivare med samma uppdrag genom Beställarens webbaserade Leverantörsuppföljningsdatabas. Uppföljning kan även ske genom stickprovsvisa kontroller av rapportering, fakturering etc.

3.7 Vårdval

Vårdval planeras inom flera öppenvårdsspecialiteter vilka utgör ett av styrinstrumenten i arbetet med att renodla akutsjukhusens verksamhet mot den vård som kräver akutsjukhusets resurser.
Mot bakgrund av det föreslås som huvudprincip att akutsjukhusen inte tillåts att delta i vårdvalen. Istället ska akutsjukhusen inom ramen för flerårsavtalen fortsätta att utföra sådan vård inom dessa specialiteter som är nödvändig för att bibehålla akutsjukhusets kompetens inom specialiteten samt hantera de tillstånd inom specialiteten som kräver akutsjukhusets resurser. Det innebär att akutsjukhusens volymer inom specialiteten begränsas vilket också måste tydliggöras i avtalen med akutsjukhusen. Vilka volymer

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

som ska finnas på akutsjukhusen och utflyttningstakten regleras i avtal där målvolym samt där till hörande ersättningar anpassas.

Befintliga vårdval i specialistvården

- Förlossningsenheter
- Höft- och knäprotesoperationer
- Kataraktoperationer
- Obstetrisk ultraljudsmottagning
- Planerad rehabilitering inom områdena neurologi, onkologi och lymfödem
- Ögonbottenfotografering
- Specialiserad öron-, näs- och halssjukvård i öppenvård
- Specialiserad ögonsjukvård i öppen vård

Planerade vårdval i specialistvården

- Ryggkirurgi
- Allergologi
- Reumatologi
- Urologi
- Neurologi
- Specialiserad obesitasbehandling
- Avancerad sjukvård i hemmet
- Specialiserad palliativ slutenvård

3.8 Exempel på Vårdval inom specialistvården

Ersättningsvillkor för höft- och knäprotesoperationer

Med start år 2009 var detta det första vårdvalsområdet inom specialistvården tillsammans med Kataraktoperationer. Avtalet gällande höft/knäplastik innehåller en klausul vilken lägger ansvaret för revisioner och reoperationer på den vårdgivare som primärt utfört operationen. Vårdgivare skall ta ekonomiskt ansvar för eventuella reoperationskostnader (preoperativ undersökning, operation, protes/operationsmaterial och eftervård med rehabilitering till hemgång) inom 2 år efter primäroperation.

Beställaren betalar således inte någon ersättning för en operation om aktiviteten föranletts av felbehandling. De år som uppföljning skett har visat på ett minskat behov av reoperationer. Totalt har cirka 20 miljoner kronor återbetalats till Beställaren och har varit som mest cirka 9 miljoner kronor men har sjunkit till cirka 4 miljoner kronor senaste utvärderingsperiod. Totalt var omsättningen för vårdvalsområdet drygt 150 miljoner kronor 2011.

Ersättningen består av en rörlig produktionsrelaterad ersättning och en målrelaterad bonusersättning/vite. Produktionsrelaterad ersättning utgörs av styckpris i samband med operation samt av ersättning för särskilt definierade besök. Den totala produktionsrelaterade ersättningen under ett kalenderår utgör underlag för målrelaterad ersättning. Om en vårdgivare uppfyller fastställda kvalitetskrav erhåller denne utöver produktionsrelaterad ersättning även ersättning enligt fastlagd procentuell andel av målrelaterad ersättning. Om Vårdgivaren inte uppnår fastställda vitesnivåer utgår vite.

I beställarens ersättning per operation till Vårdgivaren inkluderas:
– preoperativ läkarundersökning
– operation inklusive eftervård enligt uppdragsbeskrivningen
– protes och för operationen erforderliga läkemedel och material
– efterkontroll med röntgenundersökning

Beställaren betalar Vårdgivaren ersättning för besök av patient där bedömning av om patienten skall genomgå höft- eller knäledsprotesoperation görs och med resultat att patienten ej blir opererad.

Vite utgår för bristande miljöarbete på 0,5 procent av ersättningen om Vårdgivaren inte är miljöcertifierad. Vite utgår för bristande inrapportering av fakturaunderlag

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Ersättningsvillkor för ögonsjukvård i öppenvård

Vite för bristande miljöarbete kan utgå med upp till 0,5 procent av ersättningen och därutöver ett vite vid bristande inrapportering. I övrigt förekommer inte någon Målrelaterad ersättning i modellen.

För de vårdvalsmodeller som tillkommit på senare tid är ersättningen baserad på fee-for-service. Det finns påtagliga svårigheter att få verksamhetsföreträdare att acceptera mer episod-baserade modeller, vilka inkluderar flera åtgärder och som skulle rendera ett gemensamt pris. Det finns flera orsaker till detta. Uppdraget är inte enhetligt utan har olika nivåer baserat på bl.a. teknisk utrustning m.m. Antalet utövare är i vissa fall relativt begränsat.

Ytterligare en orsak som kan vara bidragande är att det i Stockholms län förekommer relativt många privata specialister. Dessa har fått ersättning enligt nationella taxan eller via avtal med Beställaren. Dessa grupper har ofta haft lägre krav på rapportering av verksamhetsinnehåll till landstinget. Beställaren måste värna om de patienter som behöver fortsatt vård. För att antalet tillgängliga läkare ska täcka behovet och vårdgarantin klaras kan inte beställaren ställa så höga krav att en del vårdverksamheter inte blir auktoriserade. Analogt med detta tvingas man sänka kraven på registrering och därmed möjligheten till mer omfattande uppföljning. Det finns en risk att även kvalitetsuppföljningen blir lidande.

Produkt	Pris kr
Telefonrådgivning	140
Besök, läkare	800
Besök, läkare, resurskrävande	1 200
Besök, läkare, mycket resurskrävande	1 400
Ögonbottenfotografering av diabetiker	700
Sjuksköterskebesök	350
Ortoptistbesök	700
Laserbehandling främre segmentet	1 600
Laserbehandling bakre segmentet	1 800
Operation, resursnivå 1	1 700
Operation, resursnivå 2	2 500
Operation, resursnivå 3	3 700

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

3.10 Olika former av paketerade (bundled) betalningar till utförare

Fee-for-service

SLL: förekommer i privat specialistvård. Nya vårdvalsprogram inom specialistvården bygger nästan enbart på fee-for-service, besök och tillkommande åtgärder m.m.

Vuxenpsykiatrisk vård: I princip utgör hälften av den totala ersättningen i avtalen rörlig ersättning efter presterade besök. Den andra hälften är ett anslag. Förekommer även inslag av ersättning knutet till områdesansvar samt ersättning per vårddygn, Av total ersättning är 3,5 % målrelaterad, som ska återbetalas vid ej uppnådda mål.

Tak: Ersättning baserad på fee-for-service kräver takkonstruktioner för bibehållen kostnadskontroll. Finns olika lösningar med exempel ss maximalt antal besök i genomsnitt per personalkategori och år eller maximal omsättning per personal och år.

Per diagnos: prospektiv betalning med DRG

Ersättningen till akutsjukhusen, både öppen och sluten vård

Basgeriatrisk öppen och sluten vård
Finns på försöksstadiet inom vuxenpsykiatrin, ej i drift.

Basgeriatrisk vård: En del, 35 %, är fast och betalas ut med 1/12 månadsvis i efterskott och 65 % utgör rörlig prestationsbaserad ersättning. Rörlig prestationsbaserad ersättning är baserad på DRG. I totala ersättningen ingår en målrelaterad andel på 3,5 % baserad på mål för kvalitetsindikatorer med inslag av bonus respektive vite och en miljödel på 0,5 % vite vid icke uppfyllt krav på certifiering.
Produktion över målvolym ersätts med 10 %.
Respektive klinik har ett områdesansvar.
Vid vård av patienter från andra vårdgivares upptagningsområde skall betalningsansvarig vårdgivare faktureras.

Episod-baserad betalning

Vårdval Höft/Knäprotesopersationer, en serie av åtgärder inkl besök före och efter operation. Ej betalning för reoperation som orsakats av fel vid primäroperationen. Producenten får ta hela kostnaden för detta.

Paket (Bundle)						Opaketerat (Unbundled)
Anslag Budget/ månadslön	Kapitering	Per period	Per patient o vårdkedja	Per fall/diagnos/ procedur	Per dag	Fee-for-service Styckpris
Perodisk global totalsumma – oberoende av antal patienter	Periodisk totalsumma per inkluderad patient avseende en räcka av tjänster	Periodisk totalsumma per patient med diagnos i ett särskilt tillstånd	Totalsumma för alla tjänster som krävs för en definierad vårdkedja	Betalning per fall baserat på gruppering av patienter med liknande diagnoser/ procedurer eller resursbehov	Betalning per vårddag på sjukhus eller annan plats	Betalning för enskild åtgärd och patientkontakt

Bild 5 Modellen hämtad från Hurst & Charlesworth, Nuffield trust 2012.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Utvecklingsprojekt: Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher.

Syftet är att på ett mer systematiskt sätt kunna möta behoven för definierade målgrupper som utgörs av patienter som står för en stor andel av sjukvårdskostnaderna genom upprepade kontakter med akutvården. Försök har pågått med telefonkontakt/rådgivning för mångbesökare på akutmottagning respektive för hjärtsviktspatienter. Även KOL-patienter kommer att ingå i försöket. Under försöksperioden har antal akuta kontakter minskat signifikant vilket medfört friställande av resurser och vårdplatser vid akutsjukhusen. I försöket ingår att ta fram modell för prediktion av riskindivider som kan komma att bli diagnostiserad i någon av de studerade sjukdomsgrupperna. Ersättningsmodell kan komma att inkludera såväl tidig upptäckt av riskindivider som vårdcoach-tjänsten samt långsiktig uppföljning. Planer finns på ett samarbete med Västra Götalandsregionen, Östergötlands läns landsting och Tiohundra (Norrtälje).

Värdestyrd vård och ersättning för patienter med reumatoid artrit.

Försök har inletts där syftet är att med tidig upptäckt och rätt behandling åstadkomma en snabb sänkning av inflammation hos berörda patienter. Därefter ska fortsatt kontakt ske med inriktning mot utbildning av patienten och dennes egenvård. Inrapporterade data till kvalitetsregistret kommer att användas för outcomemått.

Vårdkedja för KOL-patienter: se Målrelaterad ersättning.

Kapitering

SLL: Husläkarmottagningar, listningsersättning del av ersättningen (ca 40%), i övrigt besöksersättning (=fee-for-service) (ca 50-60%) och målrelaterad ersättning (ca 2-3%).
Listningsersättningen uppdelad på olika belopp efter åldersgrupp.

Målrelaterad ersättning – Pay for performance (P4P)

Incitament för enskilda läkare resp för sjukhus

Exempel: I SLL förekommer stort antal privata läkarmottagningar respektive sjukgymnastikmottagningar. I det fall att dessa mottagningar är bemannade med endast en eller ett par personer kan man tala om incitament som styr direkt mot individen. Vi har i SLL exempel med privata läkarmottagningar som är aktiebolag, vilka uppmärksammats pga iögonenfallande stora utdelningar till ägarna = läkarna.
Förhållandet förekommer även inom andra discipliner.

I övrigt är incitamenten kopplade till verksamheterna och ej person.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Bonus och vite

Flertalet ersättningsmodeller har inslaget, cirka 2-3% av den totala ersättningen vid uppnådda kvalitetsmål. Miljö 0,5 % vite om ej godkänd certifiering.

Olika grad av koppling till kvalitetsregister.
Akutsjukhusen: Förekommer flera s.k. utvecklingsindikatorer som ska valideras. Finns ett antal kvalitetsindikatorer som används för ersättning, lite olika beroende på vårdgren.
Här finns också inslag av återkommande träffar mellan beställaren och professionen för att bl.a. diskutera kvalitetsfrågor och utveckling av indikatorer etc. Inslag av prövotid, validering innan en indikator eventuellt blir föremål för del av kvalitetsersättning.

Utvecklingsprojekt: Vårdval Ryggkirurgi
Försök med eventuellt 10 % ersättning baserat på förändrat hälsostatus. Användning av Global assessment som mätinstrument (smärta, livskvalitet etc.).

Vårdkedja för KOL-patienter

Bonus till Husläkare för tidig upptäckt/ diagnos och rätt behandling av patienter med KOL. Försök med förändring av akut-kontakter, besök respektive inläggningar och teoretisk resursomfördelning från sluten vård till de vårdaktörer som bidrar.

Vårdval Höft/Knäproteser: se exempel Episod-baserad betalning

Exempel: Akutsjukhusens ersättningssystem

Ersättning	Anslag Budget/ Månadslön	Kapitering	Per period	Per patient o vård-kedja	Per fall/ diagnos/ procedur	Per dag	Fee-for-service	P4P
Akut-sjukhus	X tilläggsavtal				X		(X) kostnads-ytterfall	X Bonus/vite 2% Miljö 0,5 %
Vårdval Höft/knä-protesop				X			(X)	X Bonus/vite 3% Miljö 0,5 %
Vårdval Katarakt op				X			(X)	X Bonus/vite 3% Miljö 0,5 %
Vårdval Förlossning					X		X	Miljö 0,5 %
Vårdval specialist-sjukvård							X	Miljö 0,5 %
Vuxen-psykiatri	X	X områdes-ansvar + psyk.-index				X	X	X Bonus/vite 3,5 % Miljö 0,5 %
Bas Geriatrik	X				X		X	X Bonus/vite 3,5 % Miljö 0,5 %

Bild 6

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

4 Exempel från andra landsting

4.1 Lika och olika

Landstingen har ett stort intresse av att utveckla sina ersättningssystem. För den huvudsakliga ersättningen till verksamheterna finns det två olika inriktningar. Den ena är den mer anslagsbaserade modellen och den andra är den prestationsbaserade. Men det är inte en enhetlig bild.

Det finns exempel på landsting som för sjukhusvården har en anslagsmodell, men som underlag till den i sitt arbete jobbar mycket medvetet med DRG som ett beskrivningssystem och matchar det mot KPP-data (Kostnad Per Patient) och därmed har många aktiviteter för att stimulera effektivitetsarbetet (ex Norrbottens Läns Landsting).

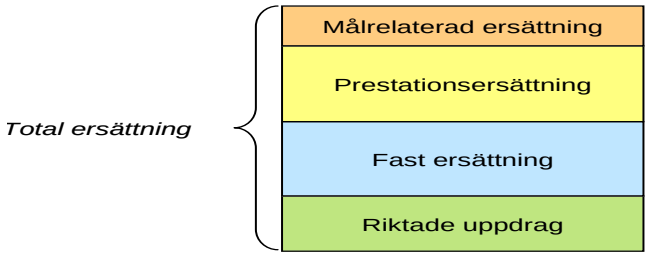
I landstingens arbete med den målrelaterade ersättningen kan man se två vägar. De flesta landsting följer områdena inom begreppet ”God Vård”, och söker variabler och indikatorer för respektive område. Den andra vägen är att utgå från ”Öppna Jämförelser” och se hur dessa indikatorer kan följas i det lokala arbetet. I många avseenden sammanfaller dessa ambitioner i sökandet efter adekvata indikatorer.

4.2 Västra Götalandsregionen

Regionfullmäktige har fastställt Ersättningsmodell för sjukhusvård och Ersättningsmodell för Psykiatri, vilka i stort sett tillämpas vid samtliga sjukhus i regionen.

Ersättningsmodellerna för sjukhusvård bygger på en grundmodell bestående av fyra komponenter, vilken illustreras i följande figur;

1. *Ersättning avseende riktade uppdrag,* kan utgå för uppdrag som inte har direkt samband med den patientrelaterade hälso- och sjukvården, såsom forskning och utveckling, men också för uppdrag som det av olika skäl är svårt eller olämpligt att prestationsersätta, såsom ambulansvård, köpt vård, hjälpmedel och akutmottagning. Uppdragen finansieras via anslag, men ingår inte i andelen fast ersättning enligt nedan, utan behandlas för sig.
2. *Fast ersättning* förväntas fördela den ekonomiska risken mellan beställare och utförare och ska täcka en rimlig andel av sjukhusets fasta kostnader. 50/50-modellen avser den procentuella fördelningen mellan fast ersättning och prestationsersättning för somatisk vård. Fördelningen mellan ersättningsformerna är en annan för psykiatrisk vård – i psykiatrisk slutenvård är mellan 70 och 90 % fast ersättning, medan motsvarande siffra i psykiatrisk öppenvård är mellan 30 och 50 %.
3. *Prestationsersättning* är ersättning för utförda vårdkontakter och är ämnad att stimulera verksamheternas produktion. Ersättning utgår när så är möjligt för vårdkontakter som viktats med Nord-DRG-CC, enligt inomregional viktlista, som grund. Annars utgår ersättning per besök, per vårddag eller per vårdtillfälle. Kostnadsytterfall ersätts särskilt.



© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

4. *Målrelaterad ersättning* syftar till att ekonomiskt understödja att sjukhuset arbetar mot utvalda mål.

De tre förstnämnda komponenterna i ersättningsmodellen har använts för att ersätta sjukhusvård i Västra Götalandsregionen, i princip utan förändring, sedan början av 2000-talet. Denna tidigare ersättningsmodell utvecklades i syfte att främja kostnadskontroll, ökad produktivitet samt förbättrad registrering i regionens vårddatabas. Den målrelaterade ersättningen tillkom, genom regionfullmäktiges beslut 2005, som en fjärde komponent i modellen i syfte att dessutom styra mot rätt kvalitet, god tillgänglighet, bra bemötande och valfrihet.

Målrelaterad ersättning har hittills utgjort en mycket liten del av den totala ersättningen. Hälso- och sjukvårdsutskottet ställde sig i december 2007 bakom en rapport om utveckling av den målrelaterade ersättningen och regionstyrelsen beslutade strax därefter att den målrelaterade delen av den totala ersättningen senast år 2010 ska uppgå till minst 3 procent. En del av innehållet i den målrelaterade ersättningskomponenten kommer sannolikt att vara regionalt enhetlig, bland annat då den förutsätter tillgång till adekvata informationssystem och säkra databaser som ger tillgång till aktuella data.

Till grundmodellen för ersättning av sjukhusvård hör också beslut att ersättning utgår upp till ett fastställt belopp, det platta taket, samt att ersättningen utgår till sjukhuset som helhet. Det sistnämnda innebär att det är sjukhusledningen som avgör hur de resurser sjukhuset får i ersättning fördelas till olika kliniker och verksamheter.

Förhandling sker med varje sjukhus för sig och sjukhusspecifika priser tillämpas.

Utvecklingsfrågor i VGR

IT-projekt för att synliggöra utfall för regionala indikatorer löpande under året.

Samverkan mellan sjukhusen för att förbättra kvaliteten i KPP-data inom öppen somatisk vård samt psykiatri, bland annat för bättre underlag för regional viktlista.

Bland annat det faktum att ersättningsmodeller hittills har tagits fram för varje vårdgren för sig innebär att det finns kolliderande styrsignaler mellan modellerna, vilket motverkar samverkan och försvårar lösning av gränssnittsfrågor. Ett mer långsiktigt utvecklingsarbete har initierats och startar inom kort, i syfte att försöka nå följande målbild;

- enhetliga styrsignaler i ett regionövergripande ledningssystem, där ledarskap, uppdrag, värdegrund, förhållningssätt och ersättning går hand i hand
- de ersättningsmodeller som tillämpas stödjer och styr mot önskvärd utveckling, vilket innefattar sammanhållna vårdkedjor, samverkan och tillgänglighet
- de ersättningsmodeller som tillämpas stödjer både hälsofrämjande insatser och sjukvård

Fee-for-service

VGR: förekommer renodlat i princip enbart till vårdgivare som är verksamma enligt LoL eller LoS.

Viss ersättning för besök till sjukhusen – men då kompletterat med en andel fast ersättning (se vidare under Exempel).

Per period / per dag:

Sluten psykiatrisk vård ersätts till viss del (10-30 %) per vårdtillfälle och (till mindre del) per vårddag.

Per diagnos: prospektiv betalning med DRG

Inom Västra Götalandsregionen beräknas varje år en regional viktlista – från 2012 baserat på Nord-DRG-CC. Sjukhusen får ersättning per poäng för de insatser där vikter fastställts i den regionala viktlistan, både öppen och sluten somatisk vård.
Sjukhusspecifika priser.
Kompletterat med lika andel fast ersättning.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Episod-baserad betalning

Förekommer vid köpt vård / kökortningsavtal

Kapitering

Förekommer inte i ersättning av sjukhus (däremot inom primärvård)

Anslag / Fast ersättning:

VGR: Ersättning per besök, poäng enligt DRG-CC, vårdtillfälle eller vårddag kompletteras med en fastställd andel fast ersättning (till exempel 50/50 för somatisk vård). Dessutom ersätts vissa uppdrag helt med fast ersättning.

Målrelaterad ersättning – Pay for performance (P4P)

Enligt beslut i regionfullmäktige ska minst 3 % av ersättningen till sjukhusen vara målrelaterad. Regionala indikatorer ska användas, men målnivåer och viktning mellan indikatorerna bestäms i respektive överenskommelse. De regionala indikatorerna får kompletteras med ett mindre antal lokalt konstruerade.

I flertalet överenskommelser utbetalas delar av den målrelaterade ersättningen löpande över året, med 1/12 per månad – återbetalning om målen inte uppfylls i tillräcklig omfattning. Sammansatta mått förekommer.

4.3 Skåne

Inför 2011 var det detta som förändrades:
Ersättningsmodell sjukhus/psykiatri
Den målrelaterade ersättningen har till syfte att styra mot rätt beteende. För 2011 föreslås den målrelaterade ersättningen att uppgå till 1,5 procent av den prestationsrelaterade ersättningen för sjukhusen och 0,5 procent av den prestationsrelaterade ersättningen för Psykiatri Skåne. Under förutsättning att målen uppnås erhåller respektive förvaltning den målrelaterade ersättningen utöver finansiering för utlagt uppdrag.

Inför 2012 sker detta:

Dagens sjukhusinterna ersättningsmodell har stimulerat till en hög produktion. De senaste åren har produktiviteten i den skånska sjukvården ökat varje år, med som mest drygt tre procent. Sedan 2009 har den sjukhusinterna ersättningsmodellen kompletterats med en målrelaterad ersättning. Inför 2012 bibehålls nivån på 1,5 procent för sjukhusförvaltningarna medan nivån för psykiatrin utökas från 0,5 procent till 1,5 procent.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går i allt större utsträckning mot processstyrning och styrning mot resultat. Detta ska även avspegla sig i hur Region Skåne styr och ersätter sina verksamheter. Den sjukhusinterna ersättningsmodellen ska förändras för att närma sig möjligheten att styra på effektivitet och mot resultat. Modellen ska också säkerställa att Region Skåne fortsatt håller en hög produktivitet.

Förändringar av sjukhusintern ersättningsmodell 2012

Förändringen går ut på att bibehålla och utveckla dagens volymuppdrag och det sätt finansieringen beräknas per förvaltning. När uppdraget och finansieringen är klar ska den framräknade prestationsrelaterade finansieringen utbetalas periodiserat i förskott utan att någon fakturering mot hälso- och sjukvårdsnämnden sker av den utförda produktionen.

Denna förändring innebär en stimulans för förvaltningarna att optimera sina vårdprocesser genom att inte styra hur ett uppdrag ska utföras utan endast vad som ska utföras.

I den nuvarande ersättningsmodellen saknas ekonomiska incitament för en förvaltning att exempelvis styra om ett vårdutbud från sluten vård till öppen vård eller som man konsulterar en patient via brev- eller telefonkontakt istället för ett fysiskt besök. Vid bibehållen kvalitet är detta ett önskvärt beteende utifrån huvudmannen, förvaltningarna och framför allt patienterna.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Med de förändringar som föreslås av ersättningsmodellen underlättas också möjligheten att i framtiden ersätta för processer/vårdkedjor, eftersom alla processer/vårdkedjor skär tvärs igenom dagens sjukhusstrukturer. Att ha en ersättningsmodell som ersätter för varje vårdtjänst som utförs på varje klinik går inte att kombinera med en processersättning.

Produktivitet

När förvaltningarna får möjlighet att producera sitt uppdrag på ett mer effektivt sätt finns en risk att produktiviteten, på det sätt den mäts idag, sjunker. Dagens produktivitetsmått består av produktionsmixpoäng per resurs och bruttokostnad per produktionsmixpoäng.

Vid en förflyttning av verksamhet från sluten vård till öppen vård och vid en förflyttning från läkarbesök till exempel sjuksköterskebesök minskar antalet produktionsmixpoäng och produktiviteten kan verka försämras även om lika många patienter fått vård, men på en annan (rätt) vårdnivå.

För att säkerställa att ett eventuellt produktivitetstapp mätt på ovanstående sätt inte beror på att förvaltningarna behandlat färre patienter kommer uppföljningen av uppdragen att utvecklas.

4.4 Landstinget i Uppsala Län

Landstinget har aktivt arbetat med ersättningssystemen. De tillämpar en tredelad modell. Där det finns fasta, rörlig och målrelaterade ersättningar.

Den fasta ersättningen är grundläggande baserat på skillnader i underliggande strukturverksamhet (t ex FoU och akutverksamhet). Ambitionen har varit att ha ett gemensamt DRG-poängpris för de två sjukhusen med väldigt olika struktur och uppdrag. Den fasta ersättningen avser därför ej patientrelaterad verksamhet (struktur)

Den rörliga ersättningen upp till överenskommen produktionsvolym utbetalas när prestation skett för patientrelaterad verksamhet. Den rörliga delen baseras på DRG.

Uppdelning i struktur och patientrelaterad verksamhet ger följande relationer:
Akademiska Sjukhuset 44/56 procent
Lasarettet i Enköping 22/78 procent

Målrelaterad ersättning

Uppsala var tidiga i relation till andra landsting med att införa målrelaterad ersättning. 2005 startade arbetet och c:a 1 % av ersättningen baserades på målrelaterad ersättning till vissa medicinska verksamheter. Efter revideringar och utvecklingsarbeten uppgår nu den målrelaterade ersättningen till c:a 4 procent.

Landstinget har i sin egen utvärdering sett att den målrelaterade ersättningen har haft stor effekt, och upplevs styrande på flera nivåer. Det är också en uppskattad styrmodell av politiken, de tycker att den är lätt att förstå och följa upp. Det blir viktigt att vara överens med förvaltningarna om målens utformning.

I Uppsala betalas ersättningen ut och uppföljningen av valda indikatorer avgör om verksamheterna kan få avdrag vid bristande måluppfyllelse. Kvalitetsutvecklingen underlättas av att förvaltningarna har tillgång till alla resurser under året – eller kan få tillbaka dem om resultat uppnås. Båda sjukhusen följs upp på samma sätt vilket ger ett mer uttalat koncernperspektiv för att kunna bedöma om satsade resurser utnyttjas effektivt. En tydlig effekt är också att all registreringskvalitet har förbättrats.

Modellen innehåller i huvudsak struktur- och processmål men strävan mot resultatmål finns tydligt uttalat. Intäktsmässigt för sjukhusen innebär den målrelaterade ersättningen:
Akademiska sjukhuset 168
Mkr (4 %)
Lasarettet i Enköping
15 Mkr (4 %)

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Den målrelaterade ersättningen finns
även inom:
Vårdcentralsuppdraget Primärvård
27 Mkr (5 %)
Habilitering och Hjälpmedel
2 Mkr (1 %)

Cirka 60 mål ger 2,8 mkr i genomsnitt per mål
TOTALT: 212 mkr (2,7 % nettokostnaden)

Strukturen på målrelaterad ersättning följer Socialstyrelsens områden i definitionen av ”God vård”

Exempel på variabler/indikatorer
Kunskapsbaserad vård (27 mkr)

- Minst 75% av patienterna på metabolenheten ska erbjudas kontroll av fotstatus
- Användning av nio kvalitetsregister inom psykiatrin och genomfört minst en förbättring per register

Säker hälso- och sjukvård (45 mkr)

- Följsamhet till hygien- och klädregler av 90% av medarbetarna, månadsmätningar
- Riskbedömning och planering av åtgärder för patienter över 65 år vad gäller trycksår, fall och malnuitrition
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras av alla patienter över 75 år med 5 läkemedel eller fler och vårdtid över 48 timmar inom vissa verksamheter

Effektiv hälso- och sjukvård (12 mkr)

- Redovisning av patienter som fått information om rökstopp inför planerad operation
- Redovisning av arbetet med att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård (23 mkr)

- Antalet patienter som fått tobaksslutarstöd
- Minst 80% av vårdavdelningarna ska bedriva alkoholförebyggande arbete enligt särskild metod
- Systematiskt arbetssätt för arbete med Fysisk aktivitet på recept
- Utveckla rutiner för riskbedömning av nutrition/ohälsosamma matvanor enligt nationella riktlinjer

Patientfokuserad vård (13 mkr)

- Handlingsplan utifrån resultaten av den nationella patientenkäten ska implementeras
- Remiss ska vara bedömd inom 5 dagar, månatlig redovisning av andel

Hälso- och sjukvård i rimlig tid (43 mkr)

- Medelbehandlingstiden per månad vid akutmottagningen för ortopediska/kirurgiska/övriga åkommor ska högst vara 4 tim för minst 75% av patienterna. Extra ersättning över 80% respektive 85%
- Ny modell olika triagenivåer ska utarbetas och implementeras
- Uppnå aktuella krav i kömiljarden

Från statens sida har det utöver lagstiftning och förordningar med myndighetskontroll alltid funnits ett intresse av att utveckla hälso- och sjukvården. Den svenska modellen är i hög grad en decentraliserad modell där landstingen har ansvaret. Därför sker ofta denna styrning via överenskommelser mellan staten och landstingen representerade av Sveriges Kommuner och Landsting. I tidigare modeller har de medel som kanaliserats i överenskommelserna i huvudsak varit ”anslag” för utveckling inom olika områden. Exempel är de sk ”Dagmar-överenskommelserna” där landstingen fick bidrag för att i samverkan med Försäkringskassan utveckla rehabiliteringsområdet.

De senaste årens ambitioner har dock varit mycket mer resultatorienterade.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

5 Statens ambition att styra hälso- och sjukvården med ekonomiska medel

5.1 Tillgänglighetssatsningen – kömiljarden

Redan 2005 formulerades en överenskommelse om att öka tillgängligheten till vård och därmed minska vårdköerna. Det fokuserade ekonomiska incitamentet ”Kömiljarden”, etablerades fr o m 2011 och är ett stimulansbidrag som staten delar ut till de landsting som kortar sina vårdköer. Kriterierna för att få del av Kömiljarden fastslås i en årlig överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.
Från och med 2011 gäller det att för att få del av pengarna från Kömiljarden måste landstingen kunna visa att minst 70 procent av patienterna fått vård inom de tidsramar som fastslagits i överenskommelsen. För 2011 års Kömiljard har landstingen varit tvungna att klara av att erbjuda patienterna besök i den specialiserade vården inom 60 dagar och behandling inom 60 dagar. Klarar landstingen att ge vård i rätt tid till mer än 80 procent av patienterna får de ta del av ytterligare medel. Samtliga landsting har under det gångna året klarat att uppfylla något av kriterierna och får därmed del av 2011 års Kömiljard. Men det finns variationer mellan landstingen, såväl generellt som mellan specialiteterna.
Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting fattade i december 2011 en överenskommelse för 2012 års Kömiljard. En särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa, som omfattar sammanlagt 214 miljoner kronor, ingår i årets överenskommelse, utöver Kömiljarden.

5.2 Patientsäkerhetsöverenskommelsen

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har också träffat en överenskommelse att fortsätta arbetet med att stärka patientsäkerheten under 2012.
Patientsäkerhetsöverenskommelsen ska genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Målet är att ingen patient ska drabbas av en skada som kan undvikas.

I överrenskommelsen finns några områden som är särskilt framlyfta.

Patientsäker läkemedelsanvändning

Felaktig läkemedelsanvändning är enligt Socialstyrelsen en av de vanligaste anledningarna till att patienter skadas i vården. Det handlar till stor del om läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner.

Antibiotikaresistens

Antibiotika måste användas rationellt – rätt preparat i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Antibiotika intar en särställning bland läkemedel genom att en felaktig användning kan leda till minskad effektivitet.

Vårdrelaterade infektioner

Vikten av att förebygga och begränsa vårdrelaterade infektioner har fastslagits i flera sammanhang. Avseende vårdskador är de vårdrelaterade infektioner är en av de vanligaste skadetyperna. Den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner och klädregler.

Överbeläggningar

Överbeläggningar kan innebära risker för patientsäkerheten och även vara ett arbetsmiljöproblem.

För 2012 avsätts 675 000 000 kronor. För 2013 och 2014 har regeringen beräknat 675 000 000 kronor per år. Huvuddelen av satsningen utgörs av de prestationsbaserade stimulansbidragen, som regleras inom ramen för överenskommelser.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

- För att landstingen ska kunna få ta del av den prestationsbaserade ersättningen måste dock fyra grundkrav och fyra indikatorer vara uppfyllda. Grundkraven är följande:
- upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- inrätta lokala Stramagrupper (Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning).
- delta i den nationella patientenkäten 2011.
- ta väsentliga steg i införandet av Nationell patientöversikt, NPÖ.

5.3 En satsning på de mest sjuka äldre

Patientsäkerhetsfrågorna är också en viktig del i satsningen för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Regeringen satsar 3 750 000 000 kronor under perioden 2011–2014 för att förbättra samverkan i vården och omsorgen kring de mest sjuka äldre. Arbetet syftar till att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättrings-arbete i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Medlen används bl.a. till ett prestations- och resultatbaserat statsbidrag till huvudmännen. Viktiga insatsområden är förbättringsarbete genom användning av kvalitetsregistren Svenska Palliativ-registret och Senior Alert samt SveDem och BPSD. Andra viktiga insatsområden är att motverka en olämplig läkemedelsanvändning till äldre, minska förekomsten av trycksår samt åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

6 En utvecklingsambition – Q-PROJEKTEN

Q-projekten drivs som s.k. Public-Private-Partnerships (PPP). Detta innebär att staten skjuter till medel till olika satsningar under förutsättning att andra intressenter skjuter till motsvarande resurser. Projekten omfattar en samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, myndigheterna och läkemedelsindustrin. Denna grupps huvudfokus tar sin utgångspunkt i det nationella strategiprogrammet avseende vikten av ökat kvalitetsarbete i vården. (”Läkemedel, bioteknik och medicinteknik – en del av det innovativa Sverige”, dec 2005)

I strategiprogrammet dras bl.a. slutsatsen att ett ökat kvalitetsarbete i den svenska hälso- och sjukvården är en förutsättning för en framgångsrik läkemedelsindustri: *”Kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården har därmed direkt betydelse för läkemedelsindustrins utveckling och konkurrenskraft. En konkurrenskraftig läkemedelsindustri är å sin sida betydelsefull för kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården.*

Projektet har döpts till **Q-projekten**, Q-svikt och Q-diabetes. Q står här för kvalitet och har som syfte att genom ett strukturerat belöningssystem inbyggt i sin uppbyggnad ta avstamp i en så kallad payment-for-performance ansats. Utformningen innebär att utifrån ett specifikt utformat incentivprogram strukturera implementeringen och användningen av kvalitetsregister så att det är möjligt att utvärdera samt förhoppningsvis nå upp till projektets namn; verksamhetsförbättring inom diabetes och hjärtsvikt- via ett strukturerat belöningssystem.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera Q- projekten, två projekt som syftar till att stimulera kvalitetsutvecklingen i den svenska hälso- och sjukvården. Det ena projektet gällde att förbättra behandlingen av hjärtsvikt och genomfördes i delar av Skåne, medan det andra gällde förbättrad behandling av diabetes typ 2 och genomfördes i delar av Västra Götalandsregionen. Båda projekten syftade till att öka kvaliteten i primärvården för hjärtsviktspatienter respektive diabetespatienter genom användning av kvalitetsregister och målbaserad ersättning.

Utvärderingen visar att målbaserade ersättningar kan öka kvaliteten i primärvården, men det är svårt att bedöma i vilken utsträckning. Resultaten från den utvärderingen tyder på att införandet av den valda ersättningsmodellen motiverade ett antal vårdcentraler att börja arbeta med kvalitetsutveckling baserad på kvalitetsregister, men att ersättningsmodellen endast delvis bidrog till att förbättra kvaliteten.

- Utvärderingen visar dessutom att de deltagande vårdcentralerna förbättrade sina resultat för majoriteten av de valda kvalitetsindikatorerna som var kopplade till den målbaserade ersättningen, men förbättringarna berodde lika mycket på andra faktorer som på den valda målbaserade ersättningen. Socialstyrelsen konstaterar att minst lika stor betydelse som den målbaserade ersättningen hade:
- enheternas fokus på mätning
- de i förväg uppsatta målen
- de riktade utbildningarna till personalen
- stödet från projektorganisationen inklusive tillgången till kompetensen från de berörda nationella kvalitetsregistren
- de regelbundna analyserna och jämförelserna med andra vårdcentralers resultat.

Socialstyrelsen konstaterar att projektens resultat även kan ha påverkats av ett antal omvärldsfaktorer. Nya kunskaper, exempelvis beträffande riskerna med en kraftig sänkning av blodsockernivån, kan ha påverkat de läkare som deltog i Q-diabetes. En annan

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

faktor var vårdvalsreformen som 2009 genomfördes i hela landet och som kan ha påverkat kontinuiteten i Q-projekten. I samband med vårdvalsreformen bytte i viss mån såväl patienter som personal vårdcentral vilket resulterade i en minskning av antalet registrerade patienter och i viss bemanningsproblematik hos några av de deltagande enheterna.

Socialstyrelsen konstaterar även att vårdcentraler som under projektets genomförande hade problem med personalkontinuitet och bemanning inte förbättrade sina resultat i lika hög utsträckning som de vårdcentraler som inte hade den typen av problem.

I utvärderingen jämförs Q-projekten med PV-kvalitet, ett annat kvalitetsutvecklingsprojekt i primärvården. Denna jämförelse pekar på att det finns andra icke ekonomiska och dessutom mindre kostsamma incitament som kan användas för kvalitetsutveckling av primärvården.

Avslutningsvis anser Socialstyrelsen att det behövs mer kunskap om samspelet mellan ekonomiska och icke ekonomiska incitament för att stimulera kvalitetsutvecklingen i primärvården.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

7 Öppna jämförelser

Som tidigare lyfts fram i denna rapport och som Socialstyrelsen också uppmärksammat i sin utvärdering av Q-projekten så finns det fler samverkande faktorer som måste vara i samklang för att optimal utveckling ska kunna förutses. Det finns förvånansvärt lite evidens för hur vi ska utforma en incitamentsinriktad policy (Smith 2007).

Enligt Smith har också s.k. ”starrating” haft betydande positiva effekter på vården.

En allmän ambition är att den form av ersättning som väljs för behandling av patient och patientens fria val tillsammans utgör incitament att förbättra kvaliteten. I annat fall kan patienten välja att bli behandlad av någon annan utförare. Ett problem med detta förhållande är att det inte är lätt för en patient att kunna urskilja kvaliteten i vården, vilket är en nödvändighet för att kunna fatta ett rationellt beslut. Öppna, publika jämförelser av vårdinformation utgör ett medel att motverka denna brist.

Det föreligger dock praktiska problem orsakade av avsaknad av valida standardiserade kvalitetsdata i beskrivningssystem och kvalitetsregister.

Ett kraftfullt initiativ i den riktningen är att SKL har publicerat Öppna jämförelser sedan 2006. De publicerade rapporterna har tagits emot med stort intresse av både SKL:s medlemmar och media. Områden som hittills jämförts är hälso- och sjukvården, äldreomsorgen, grundskolan, gymnasieskolan och trygghet och säkerhet.

Bakgrund och syfte

SKL gör en satsning för att öka tillgången till jämförbar information om kvalitet, resultat och kostnader. Målet är att stimulera jämförelser och att bidra till en större öppenhet när det gäller resultat och kostnader för den verksamhet som kommuner och landsting bedriver.

Jämförelserna sporrar ambitionen att nå bättre resultat och visar dessutom goda exempel på hur man kan gå vidare. Öppen publicering av jämförelser främjar dessutom en mer faktabaserad debatt och kan på så sätt bidra till att stärka medborgarnas förtroende för verksamheterna.

Hur skapas Öppna jämförelser

Rapporterna innehåller ett antal mått. Indikatorerna redovisas uppdelade på resultat (*vad har verksamheten åstadkommit*) och resursindikatorer (*vad har verksamheten använt för resurser*). Rapportens “tyngdpunkt” ska vara resultatindikatorerna *som mäter medborgarnas nytta av verksamheten*, och som sätts i relation till de resurser som används.

Varje kommun och landsting rangordnas, från bästa värde (rangnummer 1) till sämsta värde (rangnummer 290/21). För pedagogisk syfte är tabeller färgade med grönt, gult och rött. Alla kommuner/landsting med samma värde räknas till samma grupp. Inom hälso- och sjukvård är det 173 indikatorer som jämförs på landstingsnivå.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

8 Svenska forskningsresultat rörande effekter av olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården

För cirka 20 år sedan infördes nya ersättningsprinciper i den svenska hälso- och sjukvården. Då ändrades inte bara ersättningsformerna till vårdproducenterna utan hela finansieringsmodellen. Den traditionella anslagsersättningsmodellen byttes på flera håll ut mot beställar – utförarmodellen och i samband med det infördes på många håll olika typer av prestationsersättning. Följden av detta blir att i de praktiska studier som genomförts i Sverige har det varit svårt att studera de olika ersättningsprinciperna separat. De effekter som kan noteras är inte enbart beroende av en specifik ersättningsprincip utan mer en bild av den totala effekten av omställningen från traditionell anslagsersättning till beställar – utförarmodellen. Trots detta har det genomförts flera studier av vilka en del kort redovisas här.

Gerdtham m.fl (1999) jämförde under perioden 1989 till 1995 sjukhus med traditionell anslagsersättning med sjukhus finansierade via beställar – utförarmodellen där prestationsersättning införts och fann att införande av det nya ersättningssystemet hade en produktivitetshöjande potential på cirka 10 procent jämfört med anslagsfinansiering. Produktivitetsökningen kunde bero på antingen kostnadsbesparingar eller ökad produktion. Effekten var av engångskaraktär.

Jonsson (1994) jämförde Stockholmsmodellen, där prestationsersättning införts, med 14 landsting där traditionella organisations och styrformer användes. Han konstaterade att produktiviteten ökade i Stockholm efter införandet av prestationsersättning. Ökningen berodde framförallt på högre prestationsnivå men också på minskade kostnader. Motsvarande utveckling kunde inte konstateras i de andra 14 landstingen. Jonsson (1995) genomförde också en motsvarande analys för Dala- och Örebromodellen. Jämförelsen gjordes även här med de 14 landstingen från föregående års studie. Dalamodellens införande visade på kraftigt ökande produktivitet jämfört med landstingen i kontrollgruppen (11 procent mellan 1990-1993 jämfört med kontrollgruppens genomsnitt på 2,4 procent). I Örebro läns landsting kunde trots en ökning av antalet prestationer ingen produktivitetsökning noteras eftersom kostnaderna ökade i motsvarande grad. Förklaringen till detta var enligt Jonsson att ersättningens storlek per prestation inte trappades ner efter en viss volym. Vid en senare studie av Stockholmsmodellen (Charpentier & Samuelsson 2000) konstaterades att den ökning av produktiviteten som blev följden vid införandet av modellen försvann efter några år. När hela perioden mellan 1991 och 1996 studerades kunde man konstatera att produktiviteten år 1996 var på samma nivå som 1991. Produktivitetsökningen under 1992-1994 hade raderats ut av en produktivitetsminskning 1994-1996.

I ett försök att göra en sammanfattande generell bedömning av prestationsersättningarna jämför Jonsson (1996) modellandstingen med traditionellt styrda landsting. Slutsatsen blev att prestationerna ökade i modellandstingen och att totalkostnaderna begränsades i de traditionellt styrda landstingen. Enligt författarens bedömning var prestationsfinansieringen orsaken till skillnaderna. Som tidigare påpekats är det svårt att veta vad olika effekter egentligen beror av. Jonssons slutsatser har utsatts för viss kritik i detta avseende (Törnqvist 1999).

Prestationsersättningen har också påverkat Stockholms läns landsting i andra avseenden (Forsberg 2001). Läkarna har blivit mer kostnadsmedvetna än kollegor i andra landst-

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

ing där prestationsersättning inte införts. De anser sig mer styrda av ekonomiska överväganden. En större andel av läkarna i Stockholm anser att den egna kontrollen över arbetssituationen minskat. Arbetstillfredsställelsen och den mentala hälsan tycks också ha försämrats mer än i landsting utan prestationsersättning. Införandet av prestationsersättningen har också ökat administrationskostnaderna. Anell (1994) menar dock att den största delen av kostnadsökningen sannolikt sker vid introduktionen av det nya ersättningssystemet.

Enligt Anell (1996) visar svenska erfarenheter av DRG på ökad produktivitet och minskade väntetider samtidigt som kostnaderna stigit. Dessutom medförde införandet av prestationsersättningar att kostnadskontrollen minskade och att totalkostnadsproblem ofta uppstod. Prestationsersättning tycks kräva någon form av produktionsbegränsning (Hallin & Siverbo 2002). Produktionsbegränsning i form av takkonstruktioner har orsakat meningssiljaktigheter mellan beställare och utförare. Utförarna i exempelvis Stockholm tyckte det borde vara rimligt att få täckning för rörliga kostnader på de prestationer som låg över taket. Landstinget var dock inte berett att betala mer än 25procent av den fastställda prestationsersättningen på överskjutande prestationer. Andra landsting (exempelvis Bohuslän) betalade inte något alls för dessa prestationer. När prestationsersättningen begränsades genom takkonstruktioner försvann samtidigt en stor del av incitamenten att öka produktionen.

I den tidigare genomgången av de olika ersättningssystemen (framförallt produktgruppsrelaterad ersättning) diskuterades riskerna för fusk av olika slag. I praktiken har denna typ av manipulering visat sig vara en mycket ovanlig företeelse i Sverige (Heland m.fl. 2002, Charpentier & Samuelson 2000; Brorström 1995 Nilsson 1999). Fusk av detta slag förefaller vara vanligare i USA (Hallin & Siverbo 2002).

I en rapport avseende prestationsersättning i Sverige (Siverbo & Kastberg 2005) sammanfattas effekterna av prestationsersättningen via en diskussion kring dess effekter på produktivitet, finansiering/kostnads kontroll, arbetets utförande, administrativ kapacitet/flexibilitet och effektivitet. Resultatet sammanfattas kort nedan.

Produktivitet

Prestationsersättning kan öka produktiviteten men på bekostnad av minskad kostnadskontroll. Så länge marginalintäkten är högre än marginalkostnaden finns starka incitament att öka produktionen. Detta bekräftas både av internationella och nationella studier. Produktivitetsökningen uppkommer som en följd av att ersättning per produktgrupp (t.ex. DRG) simulerar en ökning av antalet patienter medan ersättning per åtgärd stimulerar en ökning av antalet åtgärder per patient. Den ökade produktionen medför ökande kostnader och i förlängningen finansieringsproblem.

Finansiering/kostnadskontroll

Redan innan prestationsersättningen infördes i Sverige varnades för ökade kostnader bl.a. med utgångspunkt från utländska erfarenheter. Oron för ökande kostnader var befogad. Detta ledde fram till införande av olika takkonstruktioner och kombinationer med andra ersättningssystem för att åter ta kontrollen över kostnaderna. Följden blev att vårdgivarna förlorade tilltron till ersättningssystemet och att de finansiella incitamenten att producera försvann i stor utsträckning. Trots att prestationsersättning leder till ökade kostnader tycks den öka kostnadsmedvetenheten.

Arbetets utförande

Prestationsersättningens påverkan på hur arbetet inom hälso- och sjukvården utförs har studerats i liten omfattning. Det finns

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

dock indikationer på att den medicinska professionen upplever minskad autonomi, minskad möjlighet att påverka och minskad tillfredställelse med sitt jobb som en följd av att de känner sig kontrollerade av ekonomiska faktorer. Detta kan vara ett tecken på att hälso- och sjukvårdsorganisationen i och med prestationsersättning övergår från en professionell till en mer byråkratisk organisationsform. Men för att kunna dra denna slutsats krävs mer forskning i ämnet.

Administrativ kapacitet/flexibilitet

Den administrativa kapaciteten har ökat p.g.a. prestationsersättningen eftersom mer data måste samlas in och bearbetas. Detta medför också ökade administrationskostnader både i form av investeringar i IT och ökat arbete, men kostnadsökningen tycks störst i introduktionsskedet. Den ökade arbetsinsatsen som krävs kan ta tid i anspråk för vårdgivaren som istället hade kunnat läggas på patienter. Trots det tycks den mesta tiden gå åt till att komma överens om de regler som ska styra ersättningen.

Effektivitet

Effektivitet påverkas både av produktivitet och kvalitet. Om en förändring innebär både ökad produktivitet och ökad kvalitet är förändringen en effektivitetsförbättring. Det blir däremot svårt att uttala sig om effektiviteten om dessa båda faktorer går åt olika håll. Hallin och Siverbo konstaterar att prestationsersättning i sin ursprungliga form ökade produktiviteten. Svårigheten att mäta kvalitet och att kvalitetsförändringar studerats i allt för liten omfattning medför att det är svårt att mäta de olika komponenternas effekter på kvalitet, produktivitet, etc.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

9 Var står vi nu?

Olika ersättningsprinciper ger olika incitament. Det finns dock ingen enskild ersättningsprincip som ger vårdpersonalen incitament att nå alla de mål som finns inom hälso- och sjukvården. Ofta innehåller de olika principerna både positiva och negativa egenskaper. Traditionellt *anslag*, som utgår från organisationens behov av resurser, ger varken incitament till ökad output, ökad kvalitet eller låga kostnader men ger i gengäld relativt bra kostnadskontroll och liten risk att vårdproducenten försöker undvika speciellt resurskrävande patienter. Anslaget ger också inkomsttrygghet om arbetsförhållandena är komplexa.

Prestationsorienterade ersättningar ger istället incitament till högre produktion men medför dock andra nackdelar. *Ersättning per åtgärd* ökar produktionen men medför samtidigt en sämre kostnadskontroll för finansiären. Utan produktionsbegränsningar kan denna typ av ersättning t.o.m. leda till att för mycket vård produceras. Principen ger dessutom incitament till att undvika kostsamma patienter och att välja de åtgärder som är mest lönsamma. Metoden kräver att verksamheten går att mäta och kontrollera. *Ersättning per produktgrupp (DRG)* är ett sätt att minska riskerna för att denna försöker ”plock russinen ur kakan”. Metoden ger både incitament till ökad output och att minskade kostnader, men den ökade styrningen medför samtidigt lägre produktionsincitament än ersättning per åtgärd.

I Sverige verkar det som om både de positiva och negativa effekterna av olika ersättningssystem blir relativt begränsade. Detta beror på att det inte bara är ersättningssystemens utformning som styr individens handlande. Exempel på andra styrsignaler är t.ex. de normer och etiska regler som också styr sjukvårdspersonalens handlande. Dessa utgör ofta en balanserande faktor till de ekonomiska incitament som skapas via ersättningssystemen. Som en reaktion på detta och på bristen av kvalitetsincitament har intresset för *resultatbaserad ersättning* ökat. Detta är en ersättningsform som hittills förekommit i relativt liten omfattning. Eftersom det egentligen inte är hälso- och sjukvårdens process utan det resultatet som kommer ut av processen som är intressant är detta en positiv och spännande utveckling. Vi som samhällsmedborgare vill att sjukvården ska åstadkomma god hälsa hos befolkningen, att då ersätta i förhållande till uppnådda hälsoeffekter borde vara idealt. Problemet är hur god hälsa ska kunna mätas på ett invändningsfritt sett. Även om detta är svårt har förutsättningarna att lyckas förbättrats tack vara nya informationssystem för att följa upp och mäta resultat i vården.

Att ekonomiska incitament påverkar finns det mycket empiriska bevis för, men ökande ekonomiska incitament och ökande kontroll av producenter är som framkommit i denna rapport en balansgång. Balansgången gäller inte bara balansen mellan de positiva och negativa incitament som olika ersättningssystem skapar, utan också en balans mellan extern motivation, i form av prestationsersättning och kontroll, och intern motivation där drivkraften exempelvis kan vara tillfredställelsen med att göra ett bra jobb. Områden där intern motivation är viktig är framförallt områden med mer komplicerade arbetsuppgifter eller områden med ett stort inslag av altruism. Båda dessa fenomen förekommer i hög grad inom hälso- och sjukvårdsområdet. Här passar ibland inte den traditionella prestationsersättningen eftersom den finns en risk att den eroderar den interna motivationen på grund av att vårdgivaren upplever att hon/han blir

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

belönad för ”fel saker” och på grund av att ersättningssystemet i sig kräver ökad kontroll. Tecken på detta finns hos läkarkåren där prestationsersättning införts, både i form av känslor av minskad professionalism (Siverbo & Kastberg 2005) och frustration med resultatet av det man gör (Forsberg 2001). Om vårdgivarens interna motivation försvinner kommer denne bara att göra de moment som ger mest extern belöning.

Viktigast av allt när det gäller effektiv produktion är sannolikt ändå att ledningen är intresserad och tror på det man gör (intern motivation även här). Det måste också få vara politiskt legitimt att fördela resurser som inte anses kunna hanteras av generella modeller. Det finns troligen ingen modell som på ett fullständigt sätt kan ge utrymme för alla politiska prioriteringar inom ett landsting.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

10 Slutsatser och Utmaningar

10.1 Slutsatser

De ersättningsprinciper som finns att tillgå skapar olika typer av ekonomiska incitament vilka kan användas för att styra vårdproducenter. Vägledningen från internationella erfarenheter och den kunskap som vi själva genererat ger ingen enhetlig vägledning mot någon optimal modell.

I den traditionellt svenska modellen har budgetdialoger och resursfördelning via anslag, samt det spänningsfält mellan politik och profession som skapas i många avseenden varit en framgångsfaktor. Detta trots att inte de mer dynamiska möjligheterna i mer mixade modeller utnyttjats i så hög grad. Men utifrån den utmaning som landstingen har haft att hantera de senast decennierna med ökade medicinska möjligheter och mer begränsat ekonomiskt utrymme har intresse och energi i utvecklingen av ersättningssystemen tagit fart.

Att avstå från att utveckla eller välja ersättningsprincip är också indirekt ett val av de ekonomiska incitament som redan finns, eftersom inget ersättningssystem är neutralt när det gäller ekonomisk styrning.

Ekonomiska incitament påverkar vårdproducenters beteende, men hur stark påverkan bli beror också på andra faktorer. De ekonomiska incitamenten fungerar bäst om de kan användas för att bekräfta det alla inblandade parter redan är överens om istället för att försöka styra människor mot deras egen vilja. Det är därför viktigt att de inblandade är medvetna om och, i möjligaste mån, överrens om verksamhetens mål. Ett väl avvägt ersättningssystem kan rätt utnyttjat bli ett kraftfullt instrument som bidrar till att utvecklingen drivs åt ett önskat håll. Med andra ord ”ytterligare en häst i spannet som drar vagnen framåt”…en bångstyrig häst kan däremot ställa till med mycket kaos. Erfarenheter från landstingen visar att ersättningssystem endast med fokus på hur mycket som presteras ofta ger problem med kostnadskontrollen. Ökad kostnadskontroll ger i sin tur vårdproducenten minskade prestationsincitament. Lösningen finns förhoppningsvis i en blandning av ersättningsprinciper. I denna blandning kan resultatbaserad ersättning utgöra en relativt liten del, men ändå ge starka incitament till prestation inom viktiga områden.

I stort sätt alla landsting söker underlag för att med ekonomiska incitament stimulera kvalitet och målrelaterade ambitioner. Denna ambition har för flera landsting under de senaste åren fokuserats på Vårdvalet för primärvård. Den ambitionen rör sig nu över till den specialiserade vården vid sidan om allmänläkarverksamheten. Det finns en stark önskan om att hitta lämpliga indikatorer/variabler, öka delaktigheten och kvaliteten på inregistreringen till kvalitetsregister och att hitta sätt att öka relevansen genom tidigare information, etc.

En viktig del av den fortsatta forskningen kring ersättningsprinciper är att kartlägga hur andra miljö- och omgivningsfaktorer påverkar det praktiska utfallet av införandet av olika ekonomiska incitament. Ett intressant område i detta avseende är att studera förhållandet mellan extern och intern motivation. Det är också viktigt att landstingen dokumenterar egna erfarenheter från olika ersättningsprinciper och att man delar med sig av dessa för att ta del av varandras erfarenheter, för gemensam kunskapsutveckling.

10.2 Utvecklingsfrågor

- Ersättningen till vårdgivaren är ett av de starkaste styrmedlen vi har att påverka

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

vårdens aktörer med. Att styra rätt är dock ingen enkel sak. Pengar utgör ett av flera redskap att styra vården efter. Ersättningsmodellerna ska kunna bygga på en logik om rättvis fördelning av risk. Producenten måste kunna erhålla medel för att finansiera sin verksamhet och i gengäld bidra till god vård respektive hälsoutfall. Logiskt kan också vara att belöna den som bidrar till bra resultat men samtidigt kräva ett ansvar för eventuella fel och brister. Vårdens struktur och organisation är dock komplex med olika uppdrag och flera aktörer. Denna komplexitet och de begränsade resurserna är en stor utmaning för möjligheten att styra mot allt bättre vård, bättre tillgänglighet och vård som är anpassad efter den enskilda patientens behov m.m. och få mesta möjliga nytta för pengarna.

- Utveckla fler variabler utifrån patientens situation och uppfattning inklusive patientsäkerhet och hälsoutfall.
- Utveckla användning av komplikationsgaranti med ekonomiskt ansvar hos vårdgivaren

Vi behöver utveckla synen på värde av hälsa och värdet av insatser för att förbättra hälsan. Detta som motvikt till fokuseringen på kostnader. Vi behöver även tydliggöra vem som betalar och vem som får vinsten av olika aktiviteter som leder till positiva effekter, bl.a. för att hitta rätt incitament, för att premiera de som skapar goda resultat och kunna kompensera de som har bär kostnaderna. En uppstyckning i budgetansvar kan leda till suboptimering. Vi måste utveckla system som är anpassade till helheter, binder samman övergångar mellan olika vårdgrenar och tillåter att vi kan följa patienten i en sammanhängande process.

- Nya ersättningsmodeller måste utgå ifrån den enskilde patientens förutsättningar. Ställer krav på mer sammansatta episodbaserade modeller vilka inkluderar flera vårdgrenar och vårdnivåer.

Utvecklingen går för närvarande mot mer resultatbaserade inslag i ersättningsmodellerna. Detta förutsätter att vi har tillgång till relevanta mått vilket kräver att vi fortsätter att utveckla innehållet i beskrivningssystemen. Vi måste utnyttja potentialen i våra befintliga patientregister och kvalitetsregister, m.fl. register. De nationella beskrivningssystem som finns utgör unika redskap som är nödvändiga för att synliggöra vårdens innehåll. För att få möjlighet till jämförelser av praxis, ifrågasätta metoder och organisatoriska lösningar m.m. måste vi kunna beskriva vårdens struktur, processer och resultat på ett standardiserat sätt.

- Benchmarking och jämförande studier mellan vårdgivare är utmärkta verktyg för konstruktivt ifrågasättande och för att börja diskutera om orsaker till skillnader och möjliga förbättringsåtgärder.
- Skapa jämförbarhet mellan vårdgivarna sinsemellan, men även för patienten som ska kunna välja mellan vårdgivare samt för befolkningen som ska ha mesta möjliga värde för tillgängliga resurser.
- Utveckla informationsförsörjning med standardiserade lösningar för utbytbarhet
- Gemensamma, standardiserade och validerade data är ett nödvändigt inslag för att kunna användas som stöd för patientens informerade val.
- Jämförelser för att kunna uppnå jämlik vård och vård på lika villkor.

Det behövs en breddning av registeranvändning och större öppenhet mellan registerhållare och potentiella användare för att utveckla nyttan av registerdata. Samtidigt ställer detta krav på att lösa eventuella sekretessfrågor och integritetsfrågor avseende individdata och användningen av uppgifter om hälsotillstånd och vårdkontakter m.m.

- Utveckling, bl a av täckningsgrad i register och aktualitet i data avseende kvalitets- och resultatmått för uppföljning och ersättning.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Vi behöver tillskapa arenor för utbyte av kunskap. Landsting och regioner måste gå samman i utvecklingsfrågor kring styrsystemen. De resursstarka landstingen/regionerna borde kunna ta ett mer nationellt ansvar. Mer dynamik och snabbhet skapas om några landsting kan driva utvecklingen av vissa frågor. Samtidigt behövs en långsiktighet i synen på utveckling av ersättningsmodeller och styrsystem. Vi behöver mer forskningsbaserad evidens om incitament och ersättningsmodellernas effekter. Samtidigt behöver vi kunskap om effekter av icke pekuniära metoder för kvalitetsförbättring jämfört med exempelvis målrelaterad ersättning. Detta kräver satsning på fler och vetenskapligt designade utvärderingar av modeller.

- En öppen attityd och kommunikation kring de rön som framkommer med övriga landsting.
- Stimulera kontakten forskning – praktik.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

11 Litteratur och Referenser

Aidemark, L-G. (2001) The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. Financial Accountability & Management, vol. 17: 1, ss. 23-40.

Aidemark, L-G. (2005) Konkurrens och Samverkan - Att använda Balanced Scorecard vid privatiseringen av ett sjukhus. Uppsats presenterad vid: The 18 th Scandinavian Academy of Management.

Alfredsson, I., Bergh, A., Gustafsson, S., Ljungberg, G., Olsson, C. & Rönnqvist, L-O. (1995) Nu utvärderar vi Bohusmodellen. Delprojekt, produktivitet, kostnadseffektivitet och totalkostnadskontroll. Slutrapport. Göteborg, Bohuslandstinget, rapport 13.

Altman, S.H. & Young, D. A. (1993) A decade of Medicare's prospective payment system - success or failure? The Journal of American health policy, vol.3: 2, ss.11-9.

Anell, A. (1994) Sjukhusens kontrakt. Från anslag till intäkter. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. SNS, Lund.

Anell, A. & Svarvar, P. (1995) Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: utvecklingslinjer och lärdomar för framtiden. I Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm

Bergman, S.E. & Dahlbäck, Ulla. (2001) Ersättningsmodeller – En kartläggning inom hälso- och sjukvården. CHSA Rapport nr 2, 2001.

Beskrivning av ersättningssystemet i SLL. Grunder för ersättningen. Stockholms läns landsting. 2007-01-01, Internt PM.

Bailit Health Purchasing, LLC. (2002) Provider incentive models for improving quality of care. National Health Care Purchasing Institute.

Bodenheimer, T., May, J., Berenson, R. & Coughlan, J. (2005) Can money buy quality? Physician response to pay for performance. Issue Brief - findings from HSC, nr. 102 december.

Carlsson, P. Vad menas med styrning av hälso- och sjukvård? I Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7. Gotab, Stockholm

Charpentier, Clas. & Samuelsson, L. (2000) Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen. Handelshögskolan i Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.

Chulis, G.S. (1991)Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals. Medical care review, vol 48: 2, ss. 167-206.

Coulam, R.F. & Gaumer, G.L. (1991) Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. Health Care Financing Review, Supplement, vol. 13: 2, ss. 45-78.

Cromwell, J. & Puskin, D. (1989) Hospital productivity and intensity trends:1980-87. Inquiry, vol. 26: 3, ss. 366-380.

Davis, C. & Rhodes, D.J. (1988) The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. Health Policy, vol 9: 2, ss.117-31.

Deci, E. & Ryan, R. (1985). Intrinsic motivations and self-determination in human behaviour. New York: Plenum Press.

Docteur, E. & Oxley, H. (2003) Health-care systems: lessons from the reform experience. OECD Health Workin Papers 9.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Dudley, R.A., Frolich, A., Robinowitz, D.L., Talavera, J.A., Broadhead, P. & Luft, H.S. (2004) Strategies to Support Quality-Based Purchasing: A Review of the Evidence. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality: Technical Review 10:AHRQ publication 04-0057.

Eastaugh, S.R. (1987) Has PPS affected the sophistication of cost accounting? Healthcare financial management, vol. 41:11, ss. 50-53.

Endsley, S., Kirkegaard, M., Baker, G. & Murcko, A.C. (2004) Getting rewards for your results: Pay-for-performance programs. Family practice management, mars. ss. 45-50

Epstein, A. M. (2007). "Pay for Performance at the tipping point." The New England Journal of Medicine 356(5): 515-17

Feder, J., Hadley, J. & Zuckerman, S. (1987) How did Medicare's prospective payment system affect hospitals? New England Journal of Medicine, vol. 317: 14, ss.867-73.

Fetter RB. et.al. (ed). Case-mix definition by diagnosis-related groups. Medical Care 1980; Medical Care 1980;18(2 Suppl):iii, 1-53.

Fetter RB. Et.al. (ed). DRGs:their design and development. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1991.

Fetter RB. Casemix classification systems. Australian Health Review 1999; 22:16-34.

Forsberg, E. (2001) Do financial incentives make a difference? Uppsala universitet. Acta universitatis upsaliensis.

Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2004) The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment. Health Policy, vol. 69: 1, ss.73-82.

Frey, B. (2002a) Not just for the money. Cheltenham. Edward Publishing.

Frey, B. (2002b) How does pay influence motivation? I Frey, B. & Osterloh, M. (red). Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives. Berlin. Springer.

Frey, B. & Osterloh, M. (2002) Motivation – A dual-edged factor of production I Frey, B. & Osterloh, M. (red) Successful management by motivation – Balancing intrinsic and extrinsic incentives. Berlin. Springer.

Gosden m.fl. (2003) Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review). I The Cochrane Library, vol 4. Chichester. John Wiley & Sons Ltd.

Groot, T. (1999) Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands. Financial Accontability & Management, vol.15: 3&4, ss. 353-376.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2002) Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. CHSA Rapport Nr 3.

Hansen, DG. (1997) Worker performance and group incentives: A case study. Industrial & labour relations review, vol.51. ss. 37-49.

Hays, S. (1999) Pros & cons of pay for performance. Are pay-for-performance programs good for the company or bad for morale? Workforce, feb. ss. 68-72.

Heland, von. H., Billfalk, M., Endredi, A. & Molin, H. (2002) Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Granskning av ersättningssystem inom vården. Revisionsrapport Ernst& Young, på uppdrag av SLL.

Henley, E. (2005) Pay-for-performance: What can you expect? The Journal of Family Practice, vol. 54: 7, ss.609-612.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

House of Commons Public Administration Select Committee (2003) On Target? Government by Measurement. The Stationery Office, London.

Hurst J & Charlesworth A (2012). Pricing audit: the future of provider payment systems in the English NHS. Kommande publikation från The Nuffield Trust.

Håkansson S. DRG: recept mot höga sjukvårdskostnader? Läkartidningen 1984; 81;(44):4000-4005.

Håkansson S, Paulson E, Kogeus K. Prospects for using DRGs in Swedish hospitals. Health Policy 1988; 9(2):177-92.

Håkansson S. Case Mix in Sweden: Experiences of DRGs 1985-2001. In: F.H. Roger France et al. (Eds). Case Mix: Global Views, Local Action. IOS Press, 2001, pp 141-152.

Jacobsson, F. (2005) Den barmhärtige ekonomiten – Effektivtets och rättviseaspekter på altruism och hälsa. Diss Linköpings Universitet. Unitryck.

Jacobsson, F., Johannesson, M. & Borgquist, L. (kommande 2007) Is Altruism Paternalistic? Economic Journal.

Jacobsson, F., (2007) Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård, CMT-rapport 2007:2

Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002) A typology for provider payment systems in health care. Health Policy, vol. 60: 3, ss. 255-273.

Jonsson, E. (1991) Effekter av konkurrens i offentlig tjänsteproduktion. I Arvisson, G. & Jönsson, B. red, Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Stockholm, SNS förlag.

Jonsson, E. (1994) Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? Stockholm: IKE, rapport 48.

Jonsson, E. (1995) Har den s.k. Dala- respektive Örebromodellen genererat mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering i sammanfattning. Stockholm: Landstingsförbundet.

Jonsson, E. (1996) Effektivitetsstudier i landstingen. Stockholm: Socialstyrelsen, AU.

Jones, D. & Kato, T. (1995) The productivity effects of employee stock-ownership plans and bonuses. American Economic Review, vol. 85:3, ss. 391-415.

Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard - measures that drive performance. Harvard Business Review, vol. 70 : 1, ss. 71-79

Kaplan, R. & Norton, D. (1996) The Balanced Scorecard – Translating strategy into action. Boston, Mass. Harvard Business School Press

Kaufman, RT. (1992) The effects of improshare on productivity. Industrial & labor relations review, vol. 45:2, ss.311-322.

Kluger, A.N. & DeNisi, A. (1996) The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. Psychological Bulletin, vol. 119:2, ss. 254-284.

Krasnik, A. m.fl. (1990) Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. BMJ, vol. 300 ss. 1698-1701.

Kron, B. (2002) Ersättningssystem för sjukhusens öppenvård. Västra Götalandsregionen. Enheten för Analys- och utvärdering.

Kruse, DL. (1993) Profit sharing: Does it make a difference? Kalamazoo, Mich: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Lindvall, S. (2004) Projekt Kraftsamling – Resursfördelning och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. Arbetsrapport. Sveriges Kommuner och Landsting.

Le Grand, J. (2003) Motivation, agency, and public policy – Of knights & knaves, pawns & queens. Oxford. University press.

Luft, H. S. & Miller R.H. (1988) Patient selection in a competitive health system. Health Affairs vol. 7, ss. 97-119.

Maarse, H., Rooijakkers, D. & Duzijn, R.(1993) Institutional responses to Medicare's prospective payment system. Health Policy, vol. 25. 3, ss. 255-70.

Marshall, M & Smith, P. (2003) Rewarding results: Using financial incentives to improve quality. Quality and Safety in Health Care, vol.12, ss. 397-398

McGuire, A., Henderson, J. & Mooney, G. (1988) The economics of health care – An introductory text. London & New York. Routledge.

McNamara, P. (2005) Quality-based payment: six case examples. International Journal for Quality in Health Care, vol. 17:4. ss.357-362.

Nightingale F. 1863.

Nilsson C-A (1996), Carling K, Erlö CK & Myrén K-J. ADRG, DRG, AP-DRG eller RDRG. Vilket system var bäst 1994? Spri, Stockholm 1996. Spri rapport 438.

Olsson, Lena. & Thorling, Jan. (2005) Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården – En uppföljning av tidigare kartläggning. CHSA Rapport Nr 17.

Ouchi, W. (1979) A conceptual framework for design of organizationa control mechanisms. Management Science, vol. 25: 9, ss. 833-848.

Petty, MM., Singleton, B. & Connell DW. (1992) An experimental evaluation of an organizational performance: a time series analysis of the effects of merit pay. Journal of applied psychology, vol. 77: 4, ss.427-436.

Pilotto A, Greco A, Franceschi M, Siena F, Scarcelli C, Miscio L, Vendemiale G, D'Ambrosio P. All Patient Refined (APR) DRG in Geriatria: un nuovo sistema per valutare I costi dell'anziano ospedalizzato (All Patient Refined (APR) DRG: a new tool to evaluate costs in the elderly acute inpatients. G Gerontol 2004;52:262-266.

Robinson. J. C. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. The Milbank Quarterly, vol.79 :2. ss. 149-177.

Rosenthal, M., Frank, R., Li, Zhonghe. & Epstein, A. (2005) Early experience with pay-for-performance – from concept to practice. JAMA, vol. 294:14, ss. 1788-1793.

Rosenthal, M. B. & R. G. Frank (2006). What Is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care? Medical care research and review 63: 135-157.

Rosenthal, M. B. & R. A. Dudley (2007). Pay-for-Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care? 297: 740-744.

Rynes, S., Gerhart, B. & Parks, L. (2005) Personnel psychology: Performance evaluation and pay for performance. Annual Review of Psychology, vol. 56, ss. 571-600.

Safran, DG m.fl. (2000) Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance? Archives of internal medicine. Vol, 160:1 ss. 69-76.

Siverbo, S. & Kastberg, G (2005) Activity based financing of health care. Experiences from Sweden. School of Public Administration's Working Papers. Göteborgs universitet.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Sloan, F.A., Morrisey, M.A. & Valvona, J.(1988) Effects of the Medicare prospective payment system on hospital cost containment: an early appraisal. Milbank quarterly, vol. 66: 2, ss.191-220.

Smith, P.C. (2002) Performance management in British health care: Will it deliver? Health Affairs, vol. 21:3, ss. 103-115.

Smith, P.C. (2005) Performance measurement in health care: History, Challenges and prospects. Public Money and Management, vol. 25, ss. 213-220.

Smith, P.C. & York, N. (2004) Quality incentives: The case of U.K. general practitioners. Health Affairs, vol. 23, ss 112-118.

SOU 1996:91 Den private vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. Stockholm. Fritzes.

Titmuss, R. (1971) The gift relationship. London, Allen and Unwin.

Town, R., D. R. Wholey, J. Kralewski, B. Dowd (2004) "Assessing the influence of incentives on physicians and medical groups". Medical Care Research and Review 61; 80 (80S-118S).

Törnqvist, H. (1999) Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter. I SOU 1999:66 De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Stockholm, Socialdepartementet.

U.K. Depatment of Health. (2003) Investing in General Practice: The New GMS Contract. London: DoH,

Viklund, B., Lassen-Nielsen, A. & Ståhl, C. (2006) Mycket mer än bara pengar – Det balanserade styrkortet som dynamiskt ledningsverktyg. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.

Wagner, JA., Rubin, PA. & Callahan TJ. (1988) Incentive payment and nonmanagerial productivity - An interrupted time-series analysis of magnitude and trend. Organizational behaviour and human decision processes, vol. 42:1, ss. 47-74

Waters, H. & Hussey, P. (2004) Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences. Health Policy. vol. 70, ss. 175–184

Weiss, A. (1987) Incentives and work behaviour. I Information, Incentives and risk sharing. Haig Nalbantian, red. Towota, N.J: Rowan & Littlefield.

World Health Organization [WHO]. World health report 2000—health systems: improving performance. Geneva: WHO: 2000.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

12 BILAGA

Kvalitetsindikatorer gemensamma för sjukhusavtalen i SLL 2012–2015:

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	**Krav 2012**
1. Andel patienter som vårdats på strokeenhet	Miniminivå 83% Målnivå 90%, Täckningsgrad ≥ 90%
2. a) Förekomst av trombolysbehandling vid stroke	Målnivå 10%, Täckningsgrad ≥ 90%
b) Door to needle-tid vid trombolysbehandling	Redovisa resultat
c) ADL 3 månader efter stroke (patientfokuserad vård)	a) Redovisa resultat b) Redovisa bortfall i rapportering
3. a) Hjärtsjukvård, hjärtinfarkt, rapportering till RIKS-HIA/SWEDEHEART	Målnivå 90% avs pat yngre än 80 år och huvuddiagnos Redovisa resultat avs pat 80 år och äldre och huvuddiagnos
b) Hjärtsjukvård, tid från reperfusionsgrundande EKG till nål vid STEMI	Redovisa resultat
4. Cancersjukvård, täckningsgrad i cancerregister	Målnivå 95%
5. a) Ortopedisk sjukvård, höftplastik rapportering Svenska höftprotesreg	Målnivå 97%
b) Ortopedisk sjukvård, knäplastik, rapportering till Svenska knäprotesreg	Målnivå 97%
6. Höfttfraktur a) andelen protesopererade 65 år och äldre cervikal höftfraktur	Miniminivå 51% Målnivå 63%, Täckningsgrad ≥ 90%
b) andelen som opereras inom 24 timmar	Miniminivå 57% Målnivå 71%, Täckningsgrad ≥ 90%
7. Kärlkirurgi. Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	Miniminivå 67% Målnivå 73%, Täckningsgrad ≥ 90%
8. Kirurgisk vård	
a) Täckningsgrad i rapportering till SOReg (obesitas)	Målnivå 95%
b) Andelen kirurgiska op i sluten vård där WHO:s checklista för säker kirurgi använts	Redovisa resultat
c) Andel patienter med postop komplikationer inom 30 dgr elektiv galloperation	Redovisa resultat
Säker hälso- och sjukvård	**Krav 2012**
9. Strukturerad journalgranskning. Fortsatt utveckling.	Redovisa resultat
10. Dokumentation av Händelseanalys vid Lex Maria i NITHA	Påbörja införandet
11. Införande av läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse, medicinska avd	Dubbelt så många avd som var kravet 2011
12. MRSA-odlingar bland riskpatienter	Miniminivå 76% Målnivå 87%
13. Vårdrelaterade infektioner	Redovisa resultat och analys
14. Förekomst av trycksår	Delta i nationella mätningar, redovisa förbättringsåtgärder
15. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Delta i nationella mätningar
16. Patientsäkerhetskultur	Delta i nationella mätningar minst var 3:e år
17. Fallskador	Delta i utveckling av en indikator avseende fall
18. IVA a) Registrering av SAPS3 i SIR	Målnivå 90 %
b) Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA	Redovisa resultat
c) Oplanerad återinskrivning på intensivvårdsavdelning inom 72 tim	Redovisa resultat
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	**Krav 2012**
19. Nutritionsbedömning inom 24 timmar	Redovisa resultat
Strokepatienter ADL-oberoende tre månader efter akutfasen	Se indikator nr 2
Effektiv hälso- och sjukvård	**Krav 2012**
Höftfraktur – andelen som opereras inom 24 timmar	Se indikator nr 6
20. Satellitpatienter/Överbeläggning	Delta i utveckling/Redovisa resultat
21. Återinläggning inom 30 dagar avs specificerade diagnoser	Delta i utveckling/Redovisa resultat
Vård i rimlig tid	**Krav 2012**
22. Vistelsetid vid akutmottagning	Miniminivå 71% Målnivå 79%, Täckningsgrad ≥90%
Ledtider	
23. a) Koloncancer. Tid från remissankomst till operation	Redovisa resultat
b) Bröstcancer. Tid från cytogologisvar till operation	Redovisa resultat
c) ÖNH-tumör. Tid från remissankomst till behandlingsstart	Redovisa resultat
d) Lungcancer. Tid från remissankomst till behandlingsstart	Redovisa resultat
Hälsofrämjade hälso- och sjukvård	**Krav 2012**
24. a) Dokumentation av rökstatus i journalen hos patienter i samband med elektiv operation i sluten vård.	Redovisa resultat
b) Dokumentation av rökavvänjning i journalen hos patienter i i samband med elektiv operation i sluten vård	Redovisa resultat
c) Dokumentation av rökstatus i journalen hos patienter med akut hjärtinfarkt	Redovisa resultat
d) Alkoholprevention	Delta i utveckling/framtagande av en indikator avseende alkoholprevention.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY

23 maj 2012 | Workshop 5

En samlad vårdprocess för kroniskt sjuka – vilka incitament och redskap behövs?

(Integrated Care – Incentives and Tools for a Coordintaed Pathway for the Chronicly ill Patients)

Cirka 50 % av hela vårdsystemet sysslar med kroniskt sjuka människor med flera olika sjukdomar, oftast i den senare delen av livet. Den ”vanligaste” patienten är mellan 75 och 88 år och har 2–3 kroniska sjukdomar – t.ex. hjärtsjukdom, diabetes eller cancer där vårdinsatser av många olika aktörer inom vården spelar en avgörande roll för såväl livsförlängning som livskvalitet. Var för sig kan dessa insatser ges med hög kvalitet – men ofta brister sammanhang och sammanhållning av den s.k. vårdkedjan för denna typ av patienter, som alltså är de vanligaste och kanske viktigaste. Vårdens helt nödvändiga specialisering kan här skenbart stå i motsats till kontinuitet och helhet utifrån patientens samlade behov och perspektiv. Det gäller inte minst kraven på samverkan mellan olika vårdgivare – specialiserad sjukhusvård, öppen specialistvård, primärvård samt kommunens vårdinsatser. Vissa reformer som t.ex. vårdval i primärvården (genomfört) och i specialistvården för öppen vård (planeras och pågår) kan t.o.m. motverka kraven på sammanhållna vårdprocessen. De måste utformas och genomföras på ett sätt som tar hänsyn till behoven av en sammanhållen vårdkedja för de som behöver den. Vårdsystemet måste utvecklas betydligt i sin funktion för denna patientgrupp – och snabbt.

Konkreta förslag från denna workshop:

9. Metoder som säkerställer sammanhållna vårdkedjor för de kroniskt sjuka med flera sjukdomar, såsom ersättningssystem, uppdragsbeskrivning liksom uppföljning, måste införas inom vårdvalet.

10. Patienternas samlade behov – medicinskt, socialt, individuellt – måste vara styrande och få genomslag i vården av de äldre kroniskt sjuka. Patientens inflytande över vårdens utformning måste öka, speciellt för de svagaste och mest sjuka personerna.

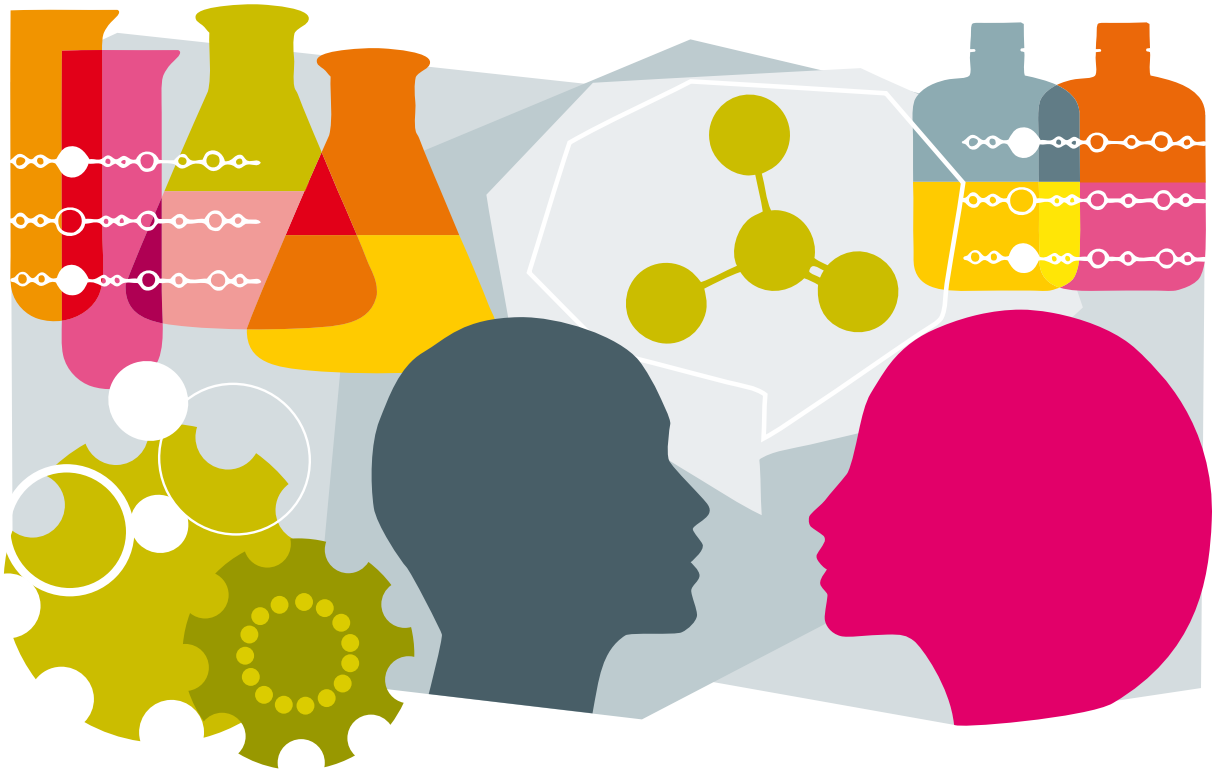
FÖRFATTARE AV EXPERTRAPPORTEN: Göran Stenberg, Fil.kand., Procyon Management Consulting, Lund, författare till bl.a. ”Närsjukvårdens ansikten”.

INTERNATIONELLA EXPERTER: Professor Henk Nies, Organisation and Policy in Long-term Care, Free University of Amsterdam. CEO of Vilans, Centre of Expertise for Long-term Care.
Claire Perry, Visiting Senior Fellow, King’s Fund and Adjunct Professor in Health Management, Imperial College Business School, London.

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

www.healthpolicy.se

Forum
FÖR HEALTH POLICY



Kunskapsunderlag vid Workshop 23 maj 2012

En samlad vårdprocess för kroniskt sjuka – vilka incitament och verktyg behövs?

Integrerad vård – erfarenheter och visioner

FÖRFATTARE:

Göran Stenberg

Fil.kand. Procyon Management Consulting, Lund

Innehållsförteckning

Förord 4
Släpp in patienten/brukaren i centrum! 4

Inledning 5
Integrerad vård 5

Några brister idag 6
Bristande vårdtagarperspektiv 6
Fragmentiserad vårdorganisation 6
Styrning och ledning på verksamhetsresultat 6
Andra hinder för en integrerad vårdorganisation: 7

Utmaningar 8
Vårdtagarens perspektiv i vårdorganisationen 8
Medarbetarnas drivkrafter i förändringsarbete 8
Organisera utifrån definierade patient/brukarprocesser 8
Balansering mellan fördjupad specialisering och samordning av kompetenser 8
Styrsystem för kvalitet och ekonomisk effektivitet 8
Hälso- och sjukvård, vård och omsorg som kunskapsorganisation 9
Gränsöverskridande ledarskap 10

Goda exempel 11
Nisseprojektet i Malmö 11
Nisseverksamheten idag 12
Nisse i framtiden 13
Utmaningar 13
Reflexioner 13
Projektet äldre multisjuka i Region Skåne 14
Erfarenheter hittills 14
Sioux-projektet i Sydvästra Skåne 15
Reflexion 15
TioHundra Norrtälje 16

Reflexioner 18

Åtgärder för framgång 19

Nyckelfrågor för framtiden 20

Litterarurförteckning 21

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Förord

Släpp in patienten/brukaren i centrum!

Det finns flera, med tiden ganska slitna uttryck inom sjukvård och omsorg som illustrerar några av de mest påtagliga problemen med vårdorganisationen. Uttrycket ”att hamna mellan stolarna” handlar ofta om multisjuka människors eller kroniskt sjuka människors behov av vård och omsorg från flera vårdgivare där samordningen mellan dessa saknas. Med en fragmentiserad vårdorganisation, som erbjuds patienter/brukare, kan man vara säker på att det då och då uppstår glapp mellan olika vårdaktörer till men för vårdtagaren.

”Patienten i centrum” är ett inarbetat uttryck som säkert betyder olika för olika vårdaktörer. Det är dock sällan man hittar exempel från vårdorganisationer i Sverige som är skapade utifrån patient-/brukarperspektivet. Organiserandet utifrån ett produktionsperspektiv är fortfarande förhärskande.

Då och då funderar väl alla som arbetar inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg över vem jag arbetar för, vad jag gör, varför jag gör det och hur jag gör det. I den bästa av världar möts människor med olika sjukdomsproblem eller andra vårdbehov (patienter, brukare eller vårdtagare) av professionella vårdgivare som i dialog med vårdtagaren och/eller dennes närstående kommer överens om vilka behandlingsinsatser, vård eller omvårdnad som passar bäst för den enskilde och som leder till bästa möjliga resultat för denne. För att detta ska kunna bli en realitet för alla vårdtagare behövs konkreta och realistiska mål för; medicinska effekter, patientnöjdhet och livskvalitet, för alla involverade vårdgivare – enskilda professionella medarbetare i olika yrkesgrupper, enheter, kliniker, boenden etc. oavsett huvudmannaskap och privat eller offentlig vård – vars kompetens och insatser vårdtagaren behöver.

Efter att i åratal ha hört uppmaningen om” patienten i centrum” är det mer än hög tid att i verkligheten också göra just detta. Det är dags att byta perspektiv från produktionsperspektivet till vårdtagarperspektivet också när det gäller att styra, ersätta (finansiera) och organisera sjukvården om omvårdnaden.

En ideal vårdorganisation byggd utifrån vårdtagarnas perspektiv kombinerar djup professionalitet hos medarbetare och ledare som samverkar för att nå bästa gemensamma resultat för vårdtagaren. Likt dirigenten i en symfoniorkester, som har att samordna professionella musiker med olika instrument, temperament och ambitioner att framföra ett musikstycke som faller åhörarna i smaken, har ledaren för patientprocessen att samordna olika professionella inom olika specialiteter och vårdgivare för att nå bästa möjliga resultat för patienten/brukaren. Dirigenten har tillgång till resurser med rätt kompetens, intrument, partitur, lokaler, tid för samövning och repetitioner och bedöms för kvaliteten i det samlade resultatet. Ledaren för patientprocessen har tillgång till olika professionella specialister, andra resurser, vårdprogram, kvalitetsmål och bedöms för kvaliteten i det samlade resultatet.

Nyckeln till framgång ligger i att bygga styrsystem, organisation, ledarskap och kompetensutveckling som skapar bästa möjliga förutsättningar för olika verksamheters medarbetare att arbeta integrerat mot gemensamma mål för bästa möjliga resultat för patienten/brukaren.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Inledning

Några grundläggande utgångspunkter för detta paper om vård och omsorg gällande kroniskt sjuka människor är:

- Människor med komplexa behov – t.ex. Multisjuka äldre eller människor med kroniska sjukdomar – behöver ofta vård och omsorg av många inblandade vårdgivare.
- Utan integration av hälso- och sjukvård, vård och omsorg samt social service lider systemet brist på god kvalitet
- Förståelse för individens behov, önskemål och icke tillfredsställda behov är viktigt.
- Systemets design bygger på basal förståelse av respektive patientprocess genom hela vårdsystemet. Kritiskt är övergången mellan olika vårdgivare.
- Risker finns för vårdtagaren att ”hamnar mellan stolarna”
- Byte av fokus – från inifrån och ut – till utifrån och in. Byte från vårdgivare att passa in i systemet till att låta systemet formas av ny kunskap och erfarenheter.

Integrerad vård

Integrerad hälso- och sjukvård, vård och omsorg samt social service är ett system byggt på den samlade klokskapen hos olika professionella vårdgivare (yrkesgrupper och individer) som använder sina kunskaper och kompetenser tillsammans med vårdtagaren för att möta dennes behov och önskemål.

Det är den enskilde individens egen livs- och hälsosituation, behov och önskemål som är grundläggande för vilken vård och omsorg denne behöver. Behoven och önskemålen framkommer i dialog mellan professionella och vårdtagare där bedömningar och beslut om vårdinsatser sedan dokumenteras i överenskommelser. Dialogen kan vid behov även ske med närstående om vårdtagaren medger detta eller inte bedöms kunna föra fram sina önskemål eller behov. Vårdtagarens kunskap kan användas i en mer balanserad dialog med vårdgivaren om behov, krav och önskemål i planeringen av vård och behandling och som dokumenteras i en överenskommen vårdplan. Denna kan sedan följa vårdtagaren vid olika vårdinsatser oavsett vem som utför denna. I överenskommelsen finns också dokumenterat vilka realistiska kvalitetsmål som ska kunna uppnås och när de ska följas upp.

Integreringen av vården och omsorgen sker sedan i ett gränsöverskridande samarbete mellan de kompetenser som olika vårdaktörer har och som krävs för att tillgodose vårdtagarens behov och önskemål med bästa möjliga resultat. Vårdaktörernas organisatoriska tillhörighet är av underordnad betydelse och är inget som vårdtagaren ska få anledning att reflektera över. Vårdtagaren ska inte kunna se gränsövergångar mellan olika aktörer utan vård, omvårdnad och service ska ske samlat med helhetssyn hos alla berörda.

Arbetsformen innebär inte att alla involverade vårdgivare utför arbetet i samlad tropp utan snarare att arbetet läggs upp gemensamt mellan dem och i dialog med vårdtagaren. Varje vårdgivare utför sin del och ska bidra till värdeskapandet för vårdtagaren. Det gemensamma ansvaret för resultatet är drivkraften för en god kvalitet i vården.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Några brister idag

Inom hälso- och sjukvårdens, vård och omsorg samt social service organisation i Sverige idag finns en rad svårigheter och hinder för en integrerad vårdorganisation. De tydligaste hindren kan sammanfattas enligt följande:

Bristande vårdtagarperspektiv

Vårdtagaren och närstående har fortfarande en relativt svag ställning i relation till den professionelle vårdgivaren. Vårdtagaren kan känna sig i beroendeställning till vårdgivaren och lita på dennes bedömningar utan att egentligen ha haft delaktighet i t.ex. behandlingsbeslut. I kontrast till detta står berättelser om allt mera kunniga vårdtagare som via internet eller andra källor har läst och lärt och lärt mycket om sin sjukdom eller om andra behov man kan ha i relation till sjukdomen. Detta ställer ökande krav på vårdgivaren att inte känna sig ifrågasatt i sina medicinska beslut.

Vårdtagareperspektivet är sällan utgångspunkten för organiserandet av vårdgivarna och deras samarbetsformer. Det är i stort sett uteslutande producentperspektivet som gäller idag. *(Lind J-I Nästa vårdsystem – under professionell självkontroll 2010)*

Fragmentiserad vårdorganisation

En vårdorganisation borde fungera som människokroppen dvs. där det mesta är kommunicerande kärl och allt hänger ihop. Om det blir stas någonstans uppkommer det snart följdeffekter någon annanstans.

Ett problem som ofta förs fram är fragmentisering av vårdinsatser mellan olika vårdgivare och inom vårdgivare – t.ex. kliniker och enheter. En välfungerande patientprocess har löst problemen med gränsöverskridandet och man har hittat samarbetsformer och gemensamma rutiner.

Men verkligheten visar att det finns en rad barriärer som hindrar ett sunt gränsöverskridande samarbete. *(Närsjukvårdens ansikte – Edgren, Stenberg – 2006).*

Barriärerna kan vara strukturella t.ex.

- mellan olika huvudmän med olika finansieringsprinciper som leder till ett splittrade erbjudanden
- mellan olika lokal vårdaktörer med olika ersättningsprinciper och handläggningsprinciper som försvårar ett adekvat patientmottagande
- mellan vård på sjukhus och vård utanför sjukhus som kan ge oklar ansvarsfördelning
- mellan akut omhändertagande inom närsjukvård och sjukhus som skapar otydlighet gentemot patienten
- bostadens lämplighet för hemsjukvård

Barriärerna kan också bero på olika organisationskulturer t.ex.

- olika sätt att organisera vård och omsorg mellan landsting och olika kommuner
- finansiärens separata överenskommelser eller kontrakt med enskilda vårdaktörer som försvårar ett gemensamt angreppssätt

Barriärerna kan bero på olika professionskultur t.ex.

- mellan befolkningens önskemål och professionens preferenser som kan försvåra tillgängligheten
- mellan olika professionella yrkesgrupper genom att var och en utför sitt eget avgränsade arbete som kan försvåra en helhetssyn på patientuppdraget
- mellan olika specialiteter som leder till att man skickar vårdtagare mellan sig
- olika uppfattning om det sjukdomsförebyggande arbetet inom olika vårdprofessioner som kan försvåra om-

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

prövning av arbetsformer
- mellan akutsjukvård och vård av kontinuerlig karaktär där bristen på naturliga kontaktytor försvårar kommunikation

Barriärerna kan bero på olika IT-lösningar och andra tekniska lösningar t.ex.
- IT lösningar som i första hand är till för att lösa den egna enhetens behov – olika journalsystem som inte kan kommunicera.

Det krävs fortsatt ökad satsning på samarbete mellan primärvård, sjukhus och vård och omsorg utanför sjukvården för att minska misstro mellan medarbetare, enheter, verksamheter och huvudmän. Uppbyggnaden av vårdvalsenheter och ersättningsmodell för dessa har på sina håll fördröjt primärvårdsenheters deltagande i planering och utveckling av hela patientprocesser tillsammans med andra vårdgivare. Detta försvårar möjligheterna att sätta mål för hela patient-/brukargrupper och för enskilda vårdtagare.

Styrning och ledning på verksamhetsresultat

Styrning och ledning som sker idag följer organisationsstrukturen med verksamheter och enheter. Målet blir ofta ekonomiska ramar med traditionella mått på verksamheten som vårddagar, patienter, besök, operationer mm. Här och var finns kompletterande kvalitetsmått för verksamheten. Svagheten med detta är att resultatet för patienterna inte mäts i tillräcklig omfattning och man vet oftast inte om skattepengarna verkligen gett full valuta. De organisatoriska riskerna med detta styrsystem är att verksamheter, enheter eller grupper isolerar sig och reviren stärks. Detta accentueras för verksamheter som har sparmål vilket inte sällan leder till gränsstängning istället för gränsöppning. Vården riskerar att drivas i en suboptimerad organisation utan helhetssyn. Exempel på detta upplever många medarbetare dagligen.

Olika huvudmän har olika sätt att allokera ersättningar till sina respektive verksamheter eller kontrakterade verksamheter. Med fokus på ekonomisk styrning skapar detta svårigheter att få ett helhetsgrepp om verksamheternas resultat. Man kan ha olika politiska mål och olika rutiner.

Andra hinder för en integrerad vårdorganisation

- Olika geografiska ansvarsområden för primärvård, sjukhusvård och kommunalt finansierad vård med fritt vårdsökande till flera specialiteter.
- Primärvård med egen organisation med egna mål
- Många kontaktytor mellan olika vårdgivare som sjukhus, primärvård och kommunal vård och omsorg
- Ökad specialisering medför ökat behov av koordinering. Bristande koordineringskompetens och resurser
- Osäkerhet om det finns likvärdig kompetens inom sjukvård och kommunal vård och omsorg efter Ädelreformens genomförande. Problem med gränsöverskridande samarbete mellan olika kompetenser. Bäst samarbete finns där man tillhör samma yrkesgrupp t.ex. sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.
- Vårdtagarens perspektiv är inte enbart tillgänglighet eller information utan kan också vara delaktighet i vårdplanering, vård och behandling samt resultatuppföljning.
- Bristande kunskapsnivå och kompetens hos delar av det administrativa ledarskapet och chefskapet. Det finns ingen gemensam utbildning i Sverige som säkerställer en lägsta acceptabel kunskapsnivå vad gäller ledning och utveckling av sjukvårdsorganisationer utifrån evidensbaserade metoder.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Utmaningar

Vårdtagarens perspektiv i vårdorganisationen

Själva utgångspunkten för en integrerad vårdorganisation är att arbeta samlat runt vårdtagaren utifrån dennes behov eller önskemål. Varje vårdaktör ska bidra till ett gott resultat. För detta krävs att man definiera vilka resultatförväntningarna är, när de ska uppfyllas, vilka kompetenser som krävs av vårdaktörerna och hur dessa bäst samverkar gränsöverskridande. Med ett gemensamt perspektiv som delas av alla berörda uppstår också möjligheter att hitta nya arbetsformer och kompetenser som ytterligare kan bidra till ett gott resultat för vårdtagaren. Vårdtagaren är en självklar aktör i vårdplanering. Många vårdtagare har lärt sig alltmer om sin sjukdom eller vårdbehov och är aktiva i vårdval och kundval. I media omnämns exempel på där vårdtagare bytt kommunens hemtjänst mot privata tjänster som subventioneras via RUT-avdrag.

Medarbetarnas drivkrafter i förändringsarbete

Drivkraften för förändring av vårdorganisation och arbetsformer utgår ofta från vårdtagarens behov och önskemål kanaliserade genom berörda vårdgivare och deras ambitioner att utföra sina uppdrag så bra som möjligt. Att utföra och utveckla det man är utbildad till. Tyvärr finns det en rad hinder som skapar svårigheter att släppa loss dessa krafter. Ett bra sätt att stimulera medarbetare i förändrings- och utvecklingsarbete är att lyfta bort så många hinder som möjligt, vilket är en uppgift för ledning och chefer.

Organisera utifrån definierade patient/brukarprocesser

Gemensamma riktlinjer eller vårdprogram men också väl genomarbetade rutiner för patientprocesser är en god hjälp för att nå en högre gemensam kompetens hos alla berörda vårdaktörer men också för att minska variationerna i vården som kan bero på olika enskilda vårdaktörers preferenser. Variation utifrån patientens/brukarens behov och önskemål är mera relevant.

Definiera patientgruppen eller brukargruppen t.ex. kroniskt sjuka patienter och beskriv patientprocessen sätt mål för kvalitet och ekonomi och ha täta uppföljningar.

Balansering mellan fördjupad specialisering och samordning av kompetenser

Hälso- och sjukvården består idag ofta av splittrade vårdprocesser, där varje aktör och funktion gör sitt bästa, men sambanden dem emellan och bristen på helhetssyn skapar osäkerhet både hos patienter och medarbetare. *(Skånsk Livskraft Vård och Hälsa – 2003).*

Den alltmer ökande specialiseringen inom hälso- och sjukvården, är driven av professionellas ambitioner att nå djupare kunskaper om sjukdomar och deras orsaker för att hitta nya möjligheter till behandling och bot med allt bättre kvalitet. Behandlingsmetoder och medicinsk teknik utvecklas och olika patientgrupper får tillgång till dessa och förväntningarna från både patienter och vårdgivare på positiva resultat ökar.

Den ökade specialiseringen, i syfte att nå högre kvalitet, kan ur ett samarbetsperspektiv i vårdprocessen, leda till ökade problem i gränsområden mellan olika kompetenser och vårdgivare och spä på fragmentiseringen inom sjukvården och omsorgen.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Styrsystem för kvalitet och ekonomisk effektivitet

Ett dilemma är de allt dominerande styrsystemen som finns inom både landsting och kommuner med budget eller vårdöverenskommelser mellan finansiärerna och olika mer eller mindre specialiserade verksamheter i offentlig eller privat vård. Resultat för patientprocesser och resultat för verksamheter ser ofta mycket olika ut. Resultat av patientprocessen gäller uppnådd kvalitet för patienterna i den definierade patientgruppen enligt överenskomna mål t.ex. medicinska, patientnöjdhet och livskvalitet, inom den ekonomisk ram som bygger på jämförbart acceptabla kostnader. Resultat för verksamheter innehåller prestationer av olika typer t.ex. besök, patienter, operationer, vårddagar, ibland kombinerade med några kvalitetsmått som t.ex. reoperationer, mortalitet, men styrningen sker i allt väsentligt på det ekonomiska slutresultatet och den enskilda verksamheten bedöms utifrån uppnått ekonomiskt resultat.

Styrning och ledning sker idag på enhetsnivå – verksamhet, klinik, enhet etc – och den ekonomiska styrningen är prioriterad framför kvalitetsstyrning

Ekonomiska sparmål för olika verksamheter används ofta som metod för lägre kostnader. Sparmålens avgränsning till verksamheter och enheter leder inte alltid till ökad ekonomisk effektivitet för vårdens processer. Det finns exempel, där sparmålen snarare skapar revirbevakning med suboptimering mellan olika verksamheter som resultat. En effektiv styrning borde ske mot kvalitativa mål för patientprocessen och inte enbart mot ekonomiska mål för verksamheter och enheter. Analyser av patientprocesser blottlägger ofta ineffektiviteter i vårdarbetet i form av dubbelarbete, omarbete, bristande kommunikation, onödiga transporter och väntetider dvs. aktiviteter som inte bedöms skapa värde för vårdtagaren eller verksamheten.

Hälso- och sjukvård, vård och omsorg som kunskapsorganisation

Hälso- och sjukvård, vård och omsorg är ingen militär eller industriell organisation. Medarbetarna inom vårdsektorn är professionella och har hög utbildning och kompetens för sina uppgifter och nya kunskaper utvecklas ofta i vårdsituationer eller forskning som sker nära vårdtagarna. En hållbar utveckling handlar mycket om att fånga upp ny kunskap och genom styrning och ledning sprida denna till de som kan ha nytta av den. Vårdens organisationer bör snarare betraktas som kunskapsorganisationer och styras och ledas efter de principer och möjligheter som finns med denna organisationsform.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Gränsöverskridande ledarskap

En viktig faktor för hur väl den integrerade vårdorganisationen fungerar är det gränsöverskridande ledarskapets kompetens och förmågor att navigera i en komplex organisationsstruktur. Planerade förändringar har ersatts av mera omedelbara sätt att arbeta då de involverade aktörerna kontinuerligt ändrar sitt arbetssätt när man möter nya villkor och förhållanden. Sunt förnuft används för att påverka förändringar. Drivkraften kommer ur det gemensamma ansvar man har för resultatet och att man har kapacitet och befogenheter att agera.

Ledarskapets uppgift är att styra verksamheten, leda och stödja medarbetarna mot det mål som fastställts för respektive patient/brukargrupp. Det handlar om att kunna förmedla uppdragets mål och innehåll och därigenom skapa gemensamt ansvarskännande för resultaten. Ledarna skapar också möjligheter för kontinuerligt lärande och återkoppling som genereras i arbetet. Det handlar också om att upptäcka och reducera barriärer och skapa sammanhållna processer kring olika patient/brukargrupper. I förlängningen kan ersättningen för patientresultatet allokeras till processledaren som då får en tydligare roll som kvalitetsansvarig. Denna roll är ett viktigt komplement till verksamhetschefers som ansvariga för struktur, resurser och kompetenser.

Innovativa ledare ser vårdtagaren som en aktiv medproducent av vård. Teambyggandet är aktivt prioriterat inter-organisatoriskt såväl som inter-professionellt och olika vårdaktörer delar generöst kunskap och information i syfte att stärka hela systemet och öka dess totala värdeskapande. Arbetsrelationerna mellan vårdaktörer är kollegiala och bygger på tillit

Integration handlar om att integrera aktörer och dess olika uppgifter, utan att reducera olikheter, som leder till ett effektivt utförande av uppgifterna.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Goda exempel

Det finns en rad goda exempel i Sverige på lyckade projekt med ambitionen att hitta former för bättre samarbete och i förlängningen bättre integrering av vårdgivare runt vårdtagarens behov. De mest långtgående exemplen involverar vårdgivare inom såväl primärvård, sjukhusvård – öppen vård och sluten vård, kommunal vård och omsorg inklusive kommunal service samt sociala insatser inom kommuner. Vårdgivarna kan vara både offentliga eller privata. Det finns också exempel på planer att fysiskt bygga lokaler för närsjukvårdsenheter med integrering av vårdgivare som grundtanke.

Nedan redovisas några exempel på projekt som arbetat utifrån vårdtagarperspektivet och som syftat till bättre integrering mellan vårdgivare.

Nisseprojektet i Malmö

Syftet med Nisseprojektet var att utveckla gemensamma rutiner för vården av multisjuka patienter och därigenom öka effektiviteten i den medicinska vården, omvårdnaden och andra resurser för patienter i hemsjukvård eller vid äldreboenden.

Vägen dit var att erbjuda nära kontakt vid särskild vårdavdelning på sjukhus för primärvården och äldrevården för att öka bekvämligheten, tillgängligheten och patientsäkerheten.

Resultatförväntningarna var

- ökad effektiviteten i planeringen av vårdbehov och rehabilitering genom att öka kunskapen om den individuelle patienten
- reducera antalet patienter som söker akutmottagningen
- förbättra logistiken för patienten vid dennes försämring i sin sjukdom och behov av sjukhusvård eller andra medicinska insatser behövdes
- förbättra det gränsöverskridande samarbetet i rehabilitering mellan vårdgivare oavsett finansiär

För att möjliggöra förbättrade rutiner krävdes att patientgruppen definierades. Denna var

- multisjuka - patienter som har somatisk sjukdom som inte kräver högspecialiserad vård eller kontinuerlig vård hos organspecialist
- patienten ska ha nytta av nära samarbete mellan sjukhusvård – primärvård och vård och omsorg utanför sjukhus.
- patienten ska ha sjukdomar inom specialiteten allmän internmedicin eller av lätt ortopedisk karaktär som inte kräver operativa ingrepp.

En annan avgränsning var den geografiska kopplingen mellan vårdavdelning vid sjukhus och omvårdnad/äldrevård inom en stadsdel i Malmö.

En internmedicinsk försöksavdelning inrättades för att primärt täcka vårdbehovet för patienter från en stadsdel i Malmö med ca 30 000 invånare. Avdelningen benämndes Nisse-avdelning. Varje gång en patient från stadsdelen ansågs vara i behov av sjukhusvård eftersträvades inläggning på Nisse-avdelningen.

Särskild personal för Nisse-patienterna identifierades inom primärvård och den kommunala vården och omsorgen samt inom social service som kopplades till vårdavdelningen. Nisseprojektet bedrevs utan ekonomiskt resurstillskott.

Primärvårdens allmänläkare och distriktssköterskor samt sjuksköterskor vid äldrevården kunde ringa direkt till avdelningen och arrangera för patientens inläggning utan att patienten behövde passera akutmottagningen. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter från både

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

sjukvård och äldrevård ingick i teamet. För de patienter som uppsökte akutmottagningen inrättades integrerade team med bl.a. rådgivande sjuksköterska som snabbt kunde hänvisa kroniska patienter till rätt vårdgivare. Även sjukgymnast arbetar parallellt i triaget för att snabbt kunna bedöma patientens vårdbehov.

Resultaten blev bl.a.

- Nöjda patienter och närstående med förändringen av arbetssättet.
- Ökad kommunikation och kunskaper om varandra. Fokus lades på att öka kommunikationen och att dela kunskaper mellan de tre vårdgivarna vilket gjorde det möjligt för olika vårdgivare att samarbeta redan tidigare i patientprocessen.
- Patienter inom Nisseprojektet kunde i högre grad återvända till sina hem eller äldreboende utan eller med oförändrad service från kommunen.
- Patienter på Nisseavdelning hade i snitt 2 dagar kortare vårdtid på sjukhus jämfört med de patienter som behandlades inom övriga internmedicinska avdelningar.
- Vårdpersonalen observerade förbättringar av vårdkvaliteten och patientsäkerheten. I huvudsak beroende på förbättrad kunskap om patienten från andra vårdgivare, gemensamma rutiner och förbättrad kommunikationer mellan vårdgivare.
- Direktinläggning på vårdavdelning utan att passera akutmottagningen ökade till 44 %
- Flera besök och närvaro av biståndshandläggare på vårdavdelningen
- Bättre förståelse av olika vårdgivares situation och planering som ökat förtroendet och tilliten dem emellan
- Bättre flöde av information med bättre kommunikation mellan vårdgivarna
- Bättre support från intermedicin till primärvården och bättre medicinsk support till patienten i dennes hem eller äldreboende
- Snabbare flöde för kroniskt sjuka patienter på akutmottagningen och patienterna mötte de kompetenser man behövde samlat. Tiden på akutmottagningen minskade för de kroniska patienterna, flera patienter kunde återvända hem och hemsjukvården har förbättrats.

Initiativet kom från medarbetare inom internmedicinska kliniken som snabbt fick acceptans inom den kommunala äldrevården och primärvården. Men genomförandet stötte också på en rad svårigheter som man fick arbeta sig igenom. Som i de flesta förändringsprojekt handlar det ofta om att initiativtagarna är entusiaster medan övriga medarbetare kanske håller en ”sund” distans innan de kan se fördelarna i förändringen. Det handlade om att komma över initialt motstånd från medarbetare. Fokus blev att bygga upp individuella relationer mellan medarbetare inom berörda vårdgivare. Den personliga kontakten blev viktig.

Mera praktiska problem som skulle lösas var patientlogistiken på jourtid dvs. säkerställa att direktinläggning fungerar även nattetid. Vårdplatserna som reserverades för Nisse-patienter krävde ett optimalt användande. Olika IT-system och journalsystem som inte kommunicerade med varandra skulle också lösas för att nå tydlig kommunikation om att målet var nyttan för patienterna både vad gällde säkerhet och kvalitet.

Alla berörda vårdgivare uppfattade projektets förväntade resultat som en vinnar-vinnarsituation.

Nisseprojektet belönades med Guldskalpellen 2007.

Nisseverksamheten idag

Verksamheten för äldre multisjuka har byggts ut att gälla hela Malmös befolkning på 300 000 invånare. Alla internmedicinska avdelningar, primärvården i Malmö och den kommunalt finansierade vården och

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

omsorgerna samt social service ingår.

Utökningen från 30 000 invånare till 300 000 invånare har inte skett lika smidigt som projektet med en stadsdel. Andelen direktinläggningar har minskat från 44 % till 5 %.

Svårigheter i utvidgningen av verksamheten för hela Malmö har enligt klinikledningen för internmedicin bl.a. varit att upparbetade rutiner inte lärts vidare till nya medarbetare. Man återföll till gamla mönster inom respektive vårdgivare. Kontakterna mellan vårdgivarna blev därmed sämre.
En annan orsak till försämringen anges de sparbeting som sjukvården haft och har där antalet vårdplatser har reducerats till men för fungerande processer för kroniska multisjuka patienter.

Nisse i framtiden

Erfarenheterna med Nisse-projektet anser de involverade vårdaktörerna var så goda att man satsar på en revitalisering av verksamheten. Information internt om prioritering av de definierade multisjuka patienternas process har genomförts. Varje avdelning inom intermedicin reserverar två platser dagligen för dessa patienter. Information har gått ut till berörda vårdgivare och utbildning av ”Nisse-ambassadörer” sker för att skapa nätverk för bärarna av systemet och rutinerna. Det gäller nu att hålla liv i rutiner och arbetsformer. Alla berörda genomgår introduktionsutbildning och alla berörda medarbetare inom vårdavdelningarna har i uppdrag att lära känna sin egen stadsdel. Särskild hemsida är på gång (maj 2012). Ansvarig för nätverket är utsedd.

Revitaliseringen förväntas i ett första skede nå ett resultat där direktinläggningarna ska öka till 20 %. Under 2011 har direktinläggningarna ökat från 5 till 10 %.

Utmaningar

Utmaningen är att gå från projektform till ordinarie drift, öka omfattningen från 30 000 invånare till 300 000 invånare i upptagningsområdet och samtidigt vidmakthålla det goda resultat man tidigare uppnått.

Måltalen för de multisjukas process informeras om inom Akutcentrums ordinarie verksamhet och direktinläggningar är prioriterade. Detta ska alla medarbetare ha kunskap om.

Ledningen för hälso- och sjukvården i Region Skåne liksom sjukhusledningen tror på konceptet och Regionen styr pengar till arbetet med direktinläggningar inom alla regionens verksamheter vilket har givit ”rätt signaler”. Målet för hela Skånes Universitetssjukhus (SUS) är 5 % direktinläggningar och för de övriga sjukhusen i Skåne 10 % direktinläggningar. Detta gäller alla patienter inte enbart multisjuka.

Reflexioner

Initiativet till Nisseprojektet kom spontant från medarbetarna på sjukhusets internmedicinska klinik som ville förbättra samarbetet mellan olika vårdgivare och kompetenser för att göra det lättare för personalen att jobba bra. Inbjudan skickades till primärvården och den kommunalt finansierade vården och omsorgen. Kommunen var med på noterna direkt medan primärvården förhöll sig inledningsvis avvaktande. Men, så snart man upptäckt fördelarna med att erbjuda patienterna direkt väg in på sjukhuset blev man mera positiv. Hälsovalet har inneburit mera fokus på den egna verksamheten där var och en representerar sig själva och listning av patienter följer inte alltid stadsdelarnas gränser.

Projektet startade med handplockad personal som ville förbättra verksamheterna.

Trögt i starten – sedan blev det bättre. En viktig anledning var att ledningen för respektive vårdgivare agerade stöttande.

En framgångsfaktor i projektet var att sjukvården inte hade en top-down attityd mot kommunen. Initiativtagarna bjöd in

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

andra berörda vårdgivare. Erfarenheten från internmedicinska kliniken är att kommunen ofta är intresserade av ett samarbete. Framförallt samarbete som kan gynna alla berörda parter – vårdtagare, sjukhus, kommun och primärvård.

Projektet äldre multisjuka i Region Skåne

I Region Skåne startades för ca 6 år sedan ett projekt som syftade till att hitta kvalitetsindikatorer som underlag för ersättning för patientresultat. Inledningsvis identifierades ett antal behovsgrupper som t.ex. patienter med ont i höften, patienter med ont i knät, patienter med symptom på stroke, patienter med olika former av cancer, äldre multisjuka patienter samt patienter med psykos. Varje patientgrupp identifierades och avgränsning för patientgruppen gjordes.

Därefter har för varje lokal patientprocess inom Skåne utsetts en processledare. Denne har i sin tur etablerat ett tvärkompetent processteam med lokala representanter från de mest berörda vårdgivarna, klinikerna, enheterna och kompetenserna.

Uppdragen till processledarna och teamen har getts av en professionell regional samordningsgrupp med bl.a. kompetens från sjukhusvård, primärvård och kommunal vård.

Varje processteam har kartlagt sin patientprocess och för t.ex. patienter med stroke har sju olika lokala processteam arbetat. Kartläggningen har visat olika sätt att arbeta, olika rutiner, olika mängd resurser och kompetenser och olika resultat.

För att kunna säkerställa en likvärdig vård har samordningsgruppen i dialog med processledarna och teamen överenskommit om kvalitetsindikatorer för helhetsresultat och delprocessresultat. Resultaten har preciserats i medicinska termer, patientnöjdhet/ omvårdnadstermer, livskvalitetstermer och inom krav på ekonomisk effektivitet. Resultattermerna sammanfattas som MOEL.

Med resultatindikatorer och mätningar på plats har statistik insamlats på samma sätt för alla lokala patientprocesser inom respektive patientgrupp. Med statistiken som underlag har olika resultatnivåer identifierats och arbetet med resultatförbättringsåtgärder startats och genomförts i flera fall.

När statistiskt underlag för MOEL fanns har samordningsgruppen för dialog med respektive processledare och team om MOEL-mål och uppföljningsperioder. Dialogen har dokumenterats i kontrakt.

För varje patientgrupp i Region Skåne har det utsetts en eller två regionalt processansvariga med uppdrag att bistå de lokala processledarna med stöd i metoder och kompetens för att säkerställa kvaliteten i arbetet.

Denna utvecklingsprocess har också startats för kroniska patienter med äldre multisjuka och patienter med psykos som exempel.

Arbetet med äldre multisjuka prövas inom fyra pilotkommuner – Tomelilla, Östra Göinge, Höganäs och Svedala. Teamen arbetar, mätpunkter och mätmetoder är fastställda. Mätningar pågår och kartläggning av patientprocessen genomförs bl.a. genom granskning av journaler eller annan dokumentation från berörda vårdgivare.

MOEL-målen följs med EQ-5D och Trygghetsenkät vad gäller helhetsresultat. Delprocesserna följs med statistik för bl.a. andel direktinlagda på sjukhus, antal hembesök, antal läkemedelsgenomgångar, antal gemensamma vårdplaner och andel återinläggningar på sjukhus.

Erfarenheter hittills

Konkurrensen mellan vardagens driftsfrågor och utvecklingsarbete drabbar ofta det senare även om nyttan på sikt är uppenbar. Vissa team har inte haft tillräckligt med tid för projektet och man har kommit olika långt. Man hade också initiala svårigheter att definiera vilka patienter som ingick i den valda

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

patientgruppen.

Den gemensamma vårdplanen för varje patient/brukare fungerar i alla processteam. Man har haft kontraktsdialoger med samordningsgruppen samt utbytt erfarenheter vid nätverksträffar.

En viktig kunskap som framkommit är behovet av ett tydligare brukarperspektiv med välfungerande brukarenkäter.

Sioux-projektet i Sydvästra Skåne

Sioux-projektet var ett samverkansprojekt mellan Trelleborgs lasarett, Vellinge, Svedala och Trelleborgs kommuner

Utgångpunkter för projektet var problem med bristande samarbete mellan olika huvudmän och vårdgivare bl.a. för kroniska patienter t.ex. sjuka äldre med stora och sammansatta behov. En del av dessa problem kan ha organisatoriska orsaker eller handla om olika tolkningar av gränssnittsöverenskommelser men en del beror sannolikt på att medarbetare har dålig kunskap och förståelse för varandras organisationer och arbetsuppgifter.

De tre kommunerna Trelleborg, Svedala, Vellinge samt Trelleborgs Lasarett beslöt att tillsammans stärka samverkan mellan huvudmännen i syfte att öka kvaliteten i vårdprocessen för vårdtagare/patient som får insatser/vård av flera vårdgivare.

Målet var att öka medarbetares kunskaper om andra vårdgivares verksamheter samt bredda eller fördjupa egna yrkeskunskaper

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i de deltagande kommunerna samt på Trelleborgs lasarett har deltagit i utbildning och därefter hospiterat hos annan huvudmans verksamhet under fyra dagar.

Primärvården har inte deltagit i projektet, men har i några fall tagit emot hospiterande kollegor. Alla sjuksköterskor på Trelleborgs Lasarett har inom projektets ram inte kunnat ges utrymme att delta.

Totalt har 251 sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster deltagit på utbildningsdagen, men även chefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, biståndshandläggare, representanter från primärvård och koncernkontoret vid Region Skåne deltog. 220 personer har hospiterat inom annan huvudmans verksamhet, av dessa var 159 sjuksköterskor, 32 arbetsterapeuter och 29 sjukgymnaster.

Utbildningen har bestått av information om kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet samt om Trelleborgs lasarett, närsjukvårdens mål och riktlinjer, gränssnittsöverenskommelsen, multisjuka äldre, Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre och diskussioner om samverkansproblem.

Deltagarna var mycket nöjda med utbildningen både när det gällde innehåll och upplägg. Det framkom också att deltagarna upplevde ett positivt klimat och att många såg fram emot sin hospitering, ”härligt positivt man går härifrån med ett glatt humör”, ”samarbetet kan bara bli bättre av detta”. Många framförde också önskemål om att denna typ av utbildningsdag skulle återkomma kontinuerligt.

Efter deltagarnas individuella önskemål har hospiteringarna genomförts i hemsjukvård, på vård- och omsorgsboende/ särskilt boende och på korttidsvård/kortidsboende i samtliga kommuner, på lasarettet i Trelleborg, på Lyftet i Vellinge och Trelleborg, primärvården i Vellinge, psykiatriska kliniken Trelleborgs lasarett och på ortopediska kliniken SUS i Malmö

Genom hospiteringen ansåg 95 % av deltagarna att de fått ökade kunskaper om andra vårdgivares verksamhet. 90 % av deltagarna ansåg också att de kunnat bredda, uppdatera och/eller fördjupa sina yrkeskunskaper genom hospiteringen.

Reflexion

Projektet har genomförts i sin helhet och alla deltagare har visat ett stort intresse för arbetet. Utbildningen och hospiteringarna

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

har genomgående upplevts som mycket positiva och samtliga medarbetare har varit mycket tillmötesgående när det gällde att ta emot hospiterande kollegor.

Utbildningsdagens innehåll var väl anpassat till syftet med projektet. Närsjukvårdens mål och riktlinjer förtydligades men gränssnittsöverenskommelsen skulle kunna fått ett större utrymme eftersom den kan tolkas olika av huvudmännen.

Föreläsningen om multisjuka äldre gav bekräftelse på att denna grupp kräver mycket stor kompetens bl.a. på grund av komplexa sjukdomstillstånd och okarakteristiska symtombild. För att tillgodose vård- och omsorg hos denna grupp finns också ett stort behov av samverkan mellan olika vårdgivare.

Kvalitetsindikatorer för äldre gav en bra introduktion till kommande kvalitetsarbetet med bl.a. Senior alert och en ökad medvetenhet om vikten av att arbeta med dessa frågor.

Deltagarna har fått personliga kontakter med kollegor inom annan verksamhet och en ökad förståelse för varandras arbetsområden som säkert kommer att finnas kvar, men troligtvis endast under en begränsad tid eftersom ny personal ständigt tillkommer. Man måste därför fortsätta att aktivt samverka och också utvidga denna till att även omfatta primärvården..

Uppfattningen är att projektet har bidragit till att stärka samverkan mellan huvudmännen, med ökad kvalitet i processerna för vårdtagare/patient som får insatser/vård av flera vårdgivare. Man kommer att ha kontinuerliga gemensamma utbildningsdagar cirka två gånger per år.

TioHundra Norrtälje

Projektet TioHundra i Norrtälje startade i januari 2006. Syftet var att i en gemensam organisation erbjuda invånarna sjukhusvård, primärvård (offentlig), äldrevård, rehabilitering, socialvård, hemsjukvård och hemtjänst. Finansieringen skedde genom ett kommunalförbund bestående av Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun.
Detta kommunalförbund har agerat ägare och beställare av TioHundras tjänster.

Med TioHundrabolagets bildande uppstod helt nya möjligheter att hitta helhetslösningar för olika patient/brukargrupper där traditionella barriärer som huvudmannaskap inte längre fanns. En ambition som tidigt lanserades var att det var dags att tänka i nya banor. Man ville skapa en kundorienterad organisation men också ökat fokus på hälsa och funktionalitet.

En satsning skedde på integration för att stödja utvecklingen av ett mera komplett hälso- och sjukvårdssystem inklusive vård och omsorgs samt social service.

Några av de insatser som gjordes tidigt var kvalitetsutveckling av processerna för patienter med stroke, patienter med höftfraktur och svårt sjuka patienter. Den senare gruppen är en del av patientgruppen med kroniska vårdbehov. De tre patientgrupperna processer omfattade alla berörda vårdgivare och de viktigaste kompetenserna inom akutsjukvård, sjukhusvård, rehabilitering, omvårdnad, hemsjukvård, hemrehabilitering och hemstjänst. Utvecklingsteamen hade representation av medarbetare från de mest berörda verksamheterna. Genom regelbundna möten för journalstudier, kartläggning, mätningar, analyser och förbättringar fick deltagarna successivt fördjupade kunskaper om varandras bidrag till vårdtagarens resultat.

Andra resultat som redovisats i olika utvärderingar är bl.a.

- Äldreomsorgen
  - väntetiderna till äldreboende har kortats,
  - äntalet väntande halverats och kvaliteten höjts samtidigt som kostnaderna för äldreboende sänkts
  - antalet boendeplatser har minskat.
  - hemtjänsten har utvecklats bland annat när det gäller samverkan med hemsjukvården.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

– brukarenkäter och öppna jämförelser visar på förbättrade värden och verksamheten ligger i flera avseenden över eller i nivå med genomsnittet för riket.
- Utökad geriatrik som bland annat stärkt läkarinsatserna i särskilda boenden och inneburit en satsning på läkemedelsgenomgångar för de boende.
- Ett vårdplaneringsteam som utvecklat rutinerna och vårdplaneringen för den enskilde patienten.
- Medborgarnas förtroende för vården i Norrtälje är något högre än i övriga länet, men tillgängligheten får något sämre värden.
- Brukar- och patientenkäter tyder på att vård och omsorg inom TioHundra uppfattas som bra och visar på förbättringar inom flera verksamhetsområden.
- Gemensamt journalsystem har införts inom TioHundra AB för sjukhuset och primärvården, med ”titt”-funktion för äldreomsorgen, för att förbättra samverkan kring patienter och brukare.

Gjorda utvärderingar både 2009 och 2011 av TioHundraprojektet redovisade en rad positiva erfarenheter inom TioHundra. I en del fall har motsvarande förbättringar skett inom andra sjukvårdsområden eller kommuner i Sverige.

Huvudmannaskapet, som tidigare var en viktig barriär för integrerad vårdorganisation, har tagits bort. Härigenom förväntade man sig stora potentialer för förbättringar av vård och omsorg genom helhetssyn och nära samarbete mellan olika vårdaktörer.

En traditionell barriär för ökat samarbete är olika organisationskulturer och professionskulturer. I de tre ovan nämnda utvecklingsteamen tog det tid att upptäcka vilka nya möjligheter som yppade sig men där den egna kulturens påverkan och de egna rutinerna satt djupt hos var och en. Med ett gemensamt fokus på det förväntade resultatet för patient/brukargruppen som ständig påminnelse kunde blicken successivt höjas över gamla barriärer.

Erfarenheterna av projektet TioHundra AB och gemensam finansiering och beställning mellan kommun och landsting har inte smittat av sig till övriga landet. Intresse har funnits och många studiebesök har gjorts hos TioHundra från andra landsting.

Ur ett befolknings- och vårdtagarperspektiv, särskilt när det gäller människor med kroniska behov, verkar modellen med TioHundra finnas en uppsjö av möjligheter för helhetssyn och integrering av vårdorganisationen. Det fortsatta förändringsarbetet är beroende av långsiktighet, identifiering av barriärer mot effektivitet och ett gränsöverskridande ledarskap.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Reflexioner

Arbete i projektform är vanligt när det gäller olika förändringsambitioner. Det kan initialt vara fördelaktigt med stor entusiasm hos berörda, ofta utvalda medarbetare, bred och djup kunskap, starka drivkrafter och ofta stöd från ledningen. Svårigheterna kommer när projekttiden är slut och resultaten ska implementeras. Alla andra berörda medarbetare förväntas förändra sina arbetsrutiner enligt projektets resultat. Om projektet kommunicerats och medarbetare utanför projektgruppen känt delaktighet i resultatet kan, tillsammans med goda resultat, också denna fas bli lyckosam.

Ändå ser man ofta lyckade projekt som inte tas tillvara i den ordinarie driftsorganisationen. Svårigheterna i Nisseprojektet kom när man skulle växa från 30 000 invånare och en stadsdel i samarbete med primärvård och vårdavdelning på sjukhus till 300 000 invånare och tio stadsdelar i Malmö. Organisationen var inte förberedd tillräckligt för denna expansion och rutiner och arbetsformer gled tillbaka till före projekttiden.

Ett annat exempel är TioHundra i Nortälje som var ett stort förändringsprojekt alltsedan starten i januari 2006 dvs. i drygt sex år. Man väntar idag på beslut om godkännande för en fortsättning. TioHundraprojektet har varit ett helhetsprojekt som kontinuerligt utvecklats och berör hela hälso- och sjukvården, kommunal vård och omsorg, hemtjänst, hemsjukvård, hem-rehabilitering samt social service.

Projektet med multisjuka äldre pågår och utvecklas successivt inom fyra pilotkommuner med samarbete mellan sjukhusvård, primärvård, kommunalt finansierad vård och omsorg samt social service. Patientgruppen är en av flera som är föremål för motsvarande processarbete inom Region Skåne. Projektet har successivt vuxit under sju år med nya patientgrupper men den framtida utvecklingen är oklar.

Siouxprojektet i sydvästra Skåne var en insats för ökad kunskap om varandras organisationer, rutiner och arbetssätt för att gynna bättre samarbete över huvudmannagränser och verksamhetsgränser. Projektet följs löpande upp.

Begreppen patient, brukare, vårdtagare eller kund förekommer hos olika vårdgivare. Oavsett vilket begrepp som används så har vårdtagarna allt större insikter i sina vårdbehov och i ökad grad ställer krav på vårdgivarna att tillgodose deras önskemål. För kroniska patienter kanske detta är än mer giltigt och kontrasten mot den befintliga vårdorganisationen blir påtaglig. Med hjälp av vårdtagarens perspektiv borde vårdens organisation kunna utformas mer ändamålsenlig och därmed fungera effektivare än idag. Där var och en gör rätt saker, på rätt sätt, i rätt tid för rätt patient med rätt resurser och metoder för rätt resultat når man kostnads-effektivitet. Ingen medarbetare vill arbeta ineffektivt om man vet en bättre rutin eller metod. Men varje medarbetare har ofta sin kompetens och kunskap och ett helhetsresultat för vårdtagarna når man bäst genom effektivt samarbete i en integrerad vårdorganisation.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Åtgärder för framgång

A. Undersök brukarnas/patienternas behov och önskemål och aggregera till brukar/patientgruppsnivå. Beskriv bästa möjliga resultat evidensbaserat för respektive brukar/patientgrupp.

B. Hitta samarbetslösningar som leder till rätt resultat och som fungerar bra mellan olika aktörer oavsett var man har sin organisatoriska tillhörighet

C. Beskriv vilka mål och resultat som kan förväntas för respektive individ inom bästa möjliga resultatnivå för gruppen, som underlag för uppföljning och ersättning. Målen beskrivs för medicinska effekter, patientnöjdhet, livskvalitet inom acceptabla kostnader

D. Omvärldsbevaka om kommande förändringar eller förväntningar för respektive grupp

E. Bedöm behovet av nya eller förändrade kompetenser i erbjudanden till patienterna/brukarna

F. Utforma rutiner och arbetsorganisation utifrån ett processperspektiv för patient/brukarna

G. Utbilda ledarna och cheferna i patient/brukarprocesser och utveckling av arbetsorganisation och ledarskap för en kunskapsorganisation

H. Utforma styrsystem och ersättningsmodeller för att stödja rätt agerande och beteende för bästa möjliga patient/brukarkvalitet

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Nyckelfrågor för framtiden

- Vem kan ha ansvaret för en integrerad vårdorganisation för kroniskt sjuka människor? Intressenterna finns i första hand inom kommuner, primärvård och sjukhuskliniker med utförare i offentlig eller privat regi. Den som har bästa möjligheterna att faktiskt driva verksamheten mot målen och har befogenheter, motivation och kraft att förändra kan vara den som bäst lämpar sig för ansvaret. Vem är detta?

- Hur kan man stimulera drivkraften hos vårdgivare och vårdtagare att utifrån önskan om kvalitetsförbättringar hitta ändamålsenliga och effektiva samarbetsformer som leder till förväntade resultat? Vårdtagarens möjligheter att aktivt vara delaktig i vårdplanering och behandling/vård kan vara en drivkraft. En annan kan vara borttagande av barriärer som uppfattas hindra ett gott samarbete.

- Hur utforma styrsystem och ersättningsmodeller som förstärker stimulansen av rätt beteende för att nå goda kvalitativa resultat inom ekonomiskt effektiva ramar? Kan finansiärerna ge ersättningar grundade på uppnådda kvalitativa resultat inom jämförbart rimliga kostnader? Krävs det tydliga mål för varje berörd verksamhet eller kan man ha mål gemensamt för alla berörda?

- Vad krävs för utbildning och/eller kompetensutveckling för att ledare och chefer ska kunna leda verksamheterna mot kvalitativa resultat för vårdtagarna inom bästa möjliga ekonomiska effektivitet? Kan en särskild akademisk utbildning, likt de som finns i t.ex. England, Frankrike, Spanien mfl. länder för ledare och chefer inom hälso- och sjukvård vara av värde i Sverige?

- Hur kan man bryta upp de fast rotade traditionella styr- och ledningssystemen fr.a. i ekonomiskt kärva tider? Det är kanske då som nytänkande behövs mest men där utrymmet för idéinvestering och misslyckanden är som minst.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Litteraturförteckning

Axelsson R, Axelsson SB (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework.

Bar-Yam Y. (1997) Dynamics of Complex Systems

Edgren L, Stenberg G (2006) Närsjukvårdens ansikten

Harrington JH (1994) Business Process Reengineering

Hälso- och Sjukvården i Gästrikland (2000) Blev det bättre eller sämre för patienter och medborgare i Gästrikland efter sjukvårdens strukturförändringar?

Lind J-I (2010) Nästa vårdsystem – under professionell självkontroll

Medical Management Centrum på Karolinska Institutet, Äldrecentrum samt Stiftelsen Leading Health Care. (2012) En vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet

Region Skåne (2003) Skånsk livskraft – vård och hälsa – vision för Skåne

Stenberg G (2010) Model of integrated health care and social services for chronically ill: A vision about future trends (presentation in Barcelona mars 2010 and in Madrid april 2011)

Stenberg G (2011) Integrated Care – Process of change to integrate Health and Social Care and Servises based on patient needs (presentation in Madrid mars 2011)

Trelleborgs lasarett, Svedala, Vellinge och Trelleborgs kommuner (2010) Sioux-projektet. Ett samverkansprojekt för Trelleborgs lasarett och kommunerna i Trelleborg, Svedala och Vellinge.

Universitetssjukhuset MAS med avd 2, Malmö stad stadsdelsförvaltningen Västra innerstaden, Vårdcentralerna Lundbergsgatan och Fågelbacken. (2006) Slutrapport projekt NISSE

Warner M, Williams P, Gould N, Price A (2005) An integrated care network for Wales.

Åhgren B, Axelsson R (2005) Evaluating integrated health care: a model for measurement.

Öhrlings, PriceWaterhousCoopers, (2009) TioHundra – någonting har hänt. Utvärdering av TioHundraprojektet

Därutöver egna erfarenheter från talrika projekt inom hälso- och sjukvården i Sverige under drygt 30 år.

© 2012 Forum för Health Policy. Använd gärna vårt material men var vänlig uppge källa.
www.healthpolicy.se

Design och produktion soderform.se. Illustrationer Majä Modén.

Forum för Health Policy – stimulerar kunskapsutveckling som stödjer beslutsfattande inom hälso- och sjukvården

För att stimulera kunskapsbaserat beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdens styrning och ledning har Vårdalstiftelsen tagit initiativ till Forum för Health Policy – ett oberoende nätverk som arbetar utifrån ambitionen att stärka hälsopolitisk analys (health policy analysis) i Sverige. Syftet är att bidra till nya tankar och kunskap som kan bistå beslutsfattare och politiker när de ställs inför allt fler strukturella och organisatoriska utmaningar. Målet är att ge nationella och regionala beslutsfattare en bredd av möjliga handlingsalternativ.

Kärnan i Forum för Health Policys arbete har initialt varit att arrangera väl förberedda workshops på aktuella och komplexa teman. En svensk forskare eller expert har sammanfattat kunskapsläget och den svenska utvecklingen samt föreslagit handlingslinjer för framtiden (policy). Ett internationellt perspektiv i diskussionen har getts av en ledande expert från Europa eller Nordamerika.

Forum för Health Policy har på det sättet belyst fem centrala utvecklingsområden inom svensk hälso- och sjukvård. Från det samlade materialet och diskussionen har vi dragit 10 slutsatser, som redovisas i denna skrift, och beskrivit så konkreta förslag som möjligt kring viktiga policyåtgärder. Vår förhoppning är att det ska stimulera diskussion och konkret arbete inom ”beslutsvärlden” men också demonstrera vad ”health policy” är och kan vara.

Vill du veta mer om Forum för Health Policy eller delta i dialogen?

Läs på vår hemsida www.healthpolicy.se eller e-posta till info@healthpolicy.se