

# Varför vänta på framtidens vård ?

Stefan Fölster Anders Morin

Januari 2005



En vision om morgondagens sjukvård

## Varför vänta på framtidens vård?

*Visioner har en tendens att aldrig bli riktigt som de var tänkta. Men det är inte det som är huvudsaken med visioner. Visioner är ett sätt att peka ut en önskvärd inriktning för framtiden. Allt kan inte vara färdigtänkt i en vision. Vore det så vore det antagligen inte en vision utan mer av social ingenjörskonst. Om många kloka människor blir överens om en gemensam färdriktning ökar möjligheterna att en rejäl förändring kommer till stånd. Och att behovet av förändringar inom den svenska sjukvården är stort är nog uppenbart för väldigt många människor i Sverige. Medborgarna börjar komma till insikt om att den sannolikt mycket höga medicinska nivån svarar mot en – generellt sett - otillräcklig standard på den organisatoriska nivån. Ju mer komplex den medicinska vården blir desto större är dessutom riskerna att de organisatoriska svagheter leder till en sämre medicinsk vård.*

*Vi bedömer att ett genomförande av vår vision kommer att vara bra för företagsamheten i Sverige genom fler privata vårdföretag, mindre sjukskrivningar och effektivare utnyttjande av skattemedlen. Och detta är också en orsak till att vi skriver visionen. Men vi skulle aldrig skrivit visionen om vi inte trodde att ett förverkligande av den också skulle gynna allmänintresset, d v s Sverige och de människor som bor i det här landet. Låt oss därför börja berätta vår vision genom att ta avstamp i situationen för multisjuka, Birgit, 74 år.*

### **Många faller mellan stolarna i dagens vård**

Birgit, 74 år, som är multisjuk har träffat 25 läkare under de senaste fem åren. Hon har haft stroke och lårbensbrott och är rörelsehindrad. Hon lider också av kärlekskramp samtidigt som en viss senilitet har börjat inträda. Periodvis är hon deprimerad. Hon har haft flera sjukhusvistelser bakom sig under senare år. Det finns stora svagheter när det gäller den vård och omsorg Birgit behöver. De läkare Birgit träffar kommunicerar inte med varandra, Birgit minns inte heller vilka de

varit eller vilka mediciner hon ordinerats eller tar. Det leder till att ingen har en helhetsbild över vilka läkemedel som Birgit faktiskt nyttjar, och ännu mindre om vissa av dessa läkemedel motverkar den effekt andra hade till syfte att uppnå.

### Framtidens sjukvård – också för Birgit, 74 år, multisjuk.

- 25 olika läkare under fem år
- Dålig kommunikation om läkemedelsordinationer
- Sjukhusens behandlingsmeddelanden följs ej upp
- Hemtjänst otillräcklig
- Risk för felbehandlingar
- Ingen tar helhetsansvar



Not: På basis av ett 50-tal studier finns, enligt Gurner och Wänell, en rad allvarliga problem inom vård och omsorg för äldre med flera diagnoser.

När Birgit skrevs ut från sjukhuset efter sin stroke följdes detta inte upp av hennes husläkare trots att sjukhuset skickade behandlingsmeddelande till vårdcentralen. Vårdplanering ägde visserligen rum men där deltog förutom sjukhuset endast kommunens biståndsbedömare. När Birgit åter kom hem fick hon visserligen viss praktisk hjälp av hemtjänsten, men såväl fysisk som mental rehabilitering upphörde helt. Birgits rörlighet minskade och hon blev mer beroende av hemtjänsten samtidigt som Birgit blev mer deprimerad, vilket hjälpligt hållits i schack av ökat läkemedelsintag. Birgit har blivit remitterad till psykiatriker men står sedan fyra månader fortfarande på väntelista till ett första besök.

Hemtjänsten utmärks av personal som för det mesta är positiv och hjälpsam men det är så många ansikten att Birgit har svårt att känna igen dem alla. När Birgit behöver läkarvård, som till exempel vid en luftvägsinfektion hon för en tid sedan ådrog sig med åtföljande hög feber, måste Birgit ta sig till vårdcentralen. Att någon läkare från vårdcentralen kommer till Birgit ingår inte i rutinerna. Eftersom Birgit är rörelsehindrad behöver hon en ledsagare från hemtjänsten i samband med besök på vårdcentralen. Även färdtjänsten engageras givetvis. Värst är att få en läkartid på sena eftermiddagen. Då kan nämligen inte hemtjänsten ställa upp för det är skiftbyte, utan dottern i grannstaden 10 mil bort får engageras.

Exemplet med Birgit är ingen engångsföreteelse. En genomgång av cirka 50 studier som genomförts i landet visar på, i stort sett samstämmigt, en rad problem i vården och omsorgen av

multisjuka äldre. De korta vårdtiderna inom slutenvården medför att äldre skrivs ut med omfattande vårdbehov. Äldres psykiska och sociala situation hamnar i skymundan. Informationsöverföringen till primärvården är inte säker. För de som bor kvar i ordinärt boende är insatserna splittrade. Läkartillgången är otillräcklig. Den vårdplanering som sker vid utskrivning beskrivs fungera bristfälligt. Distriktssköterskan och distriktsläkaren deltar sällan eller så gott som aldrig. Rehabiliteringspersonalen lämnas ofta utan information etc.<sup>1</sup>

### **Bristande kvalitetsmedvetande kostar liv och pengar**

Det är emellertid inte bara de multisjuka äldre som riskerar att få en otillräcklig och t o m felaktig vård p g a organisatoriska tillkortakommanden och bristande kvalitetsmedvetenhet. I en undersökning från Svenska Cardiologföreningen hävdas att 650 patienter per år dör i onödan i Sverige på grund av bristande rutiner vid plötsligt oväntat hjärtstopp. Orsaken är att de inte får tillräckligt snabb och adekvat vård.<sup>2</sup> I en rapport från Stockholms läns landsting uppskattas att 20-40 procent av sjukvårdsorganisationers årliga budget går åt till att hantera konsekvenserna av bristande kvalitet. Samtidigt sägs att ”I Sverige är forskning på ekonomin runt kvalitet och säkerhet begränsad”...”Inga för syftet relevanta publicerade svenska studier framkom i sökningen...”<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Gurner och Thorslund. ”Dirigent saknas”. 2003. Gurner och Wånell. ”Den geriatriska patienten i vårdkedjan: Var finns hindren och utmaningarna?”1999

<sup>2</sup> Svenska Cardiologföreningen. ”Rapport till Socialstyrelsen rörande behandlingen av hjärtstopp på svenska sjukhus”. 2002.

<sup>3</sup> Stockholms läns landsting. ”Kvalitetskostnader”, Fokusrapport. Medicinskt programarbete. 2004.

#### Kvalitetsbrister kostar

- Svenska Cardiologföreningen: 650 personer/år dör i onödan på svenska sjukhus p g a plötsligt, oväntat hjärtstopp
- Rapport från Stockholms läns landsting: 20-40 procent av sjukvårdsorganisationers budget åtgår till konsekvenser av kvalitetsbrister



**SVENSKT NÄRINGSLIV**  
CONFEDERATION OF SWEDISH ENTERPRISES

## Långa väntetider är inte ofarligt

Den otydliga splittrade organisationen skapar också väntetider. Här är väntetiderna t ex för starroperationer, ljumskbråcks- och diskbråcksoperationer ofta halvårslånga och t o m vid några kliniker flera år. Samtidigt bortses i den allmänna debatten ofta från väntetiden till ett första besök på specialistmottagning. Fokus i diskussionen har ensidigt och felaktigt enbart varit tiden från diagnos till behandling. Att tidigt få komma till undersökning kan vara av stor betydelse för möjligheten att ge effektiv vård. Detta kan vara fallet t ex vid psykiska sjukdomstillstånd. Är patienten sjukskriven en längre tid i väntan på specialistundersökning blir det också svårare att komma tillbaka till arbete.

Dessutom kan en väntan vara ödesdiger om den misstänkta åkomsten är livshotande, som t ex vid olika former av elakartade tumörer eller förträngning av hjärtats kranskärl m m. Uppgifterna hos Landstingsförbundets väntetidsdatabas om väntetider till sådana undersökningar är emellertid inte sällan knapphändiga. I en ny studie har vi låtit en rad personer försöka att boka tid för olika symptom hos sammanlagt 100 kliniker runt om landet. Där framkommer bl a att den sammantagna genomsnittliga väntetiden till ett första besök på specialistmottagning för de i studien analyserade olika symptomen är cirka 20 veckor.<sup>4</sup>

## Dyrbar patienttid går åt till annat

Ett symptom på att organisationen inte fungerar tillfredsställande är den begränsade tid som läkare och sjuksköterskor ägnar patienterna. Detta beror inte på bristande intresse utan bl a på ett otillräckligt och användarvänligt IT-stöd och att det inte finns någon fungerande organisatorisk struktur för hur

patientens väg genom vårdkedjan ska styras. Alltför mycket tid åtgår också till omorganisationer, politiskt motiverade eller föranledda av besparingskrav på kort sikt men som inte tar itu med kärnproblemen.

Det dagliga samarbetet mellan olika läkare försvåras av allt från icke-kommunicerande journalsystem till att många kliniker och vårdcentraler styrs och tillåts agera som fristående satelliter i vårdssystemet. Detta skapar också ett stort merarbete för sjukvårdspersonalen. Det förekommer t o m att läkare på akutmottagningar tvingas ägna en betydande del av sin tid åt att ringa runt till olika avdelningar i jakt på lediga vårdplatser åt patienter, samtidigt som svårt akut sjuka tvingas vänta på vård. I uppföljningar av tidigare studier bekräftas att en orimlig stor andel av en sjukhusläkares tid, närmare hälften, går till arbetsuppgifter som överhuvudtaget inte är relaterade till vården av enskilda patienter<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Monica Renstig: "Tillgänglighet, bemötande och väntetider vid 100 kliniker." 2005

<sup>5</sup> Se fotnot 4.

## Vår vision om framtidens vård

En vård som fungerar tar ett helhetsansvar för en patients hälsa. För att komma dit är det nödvändigt att sätta strategiska mål på de områden där det idag finns stora problem. Dessa mål ska vara realistiska att uppnå. Vi tror att följande konkreta mål uppfyller dessa krav.

- Halvera undvikbara skador i vården
- Utradera väntetider
- Halvera spilltid för personalen

De tre målen fokuserar alla delområden – kvalitet, patientfokus och produktivitet – som måste stärkas för att vi ska få en bättre vård.

### Halvera undvikbara vårdskador – stärk kvalitén

#### *Nuläge*

Att systematiskt arbeta för att minska antalet undvikbara vårdskador är en del i att stärka kvalitén och kvalitetsarbetet i svensk sjukvård.

Undvikbara skador är sådana som är möjliga att förebygga och som beror på misstag och fel eller på vård under godtagbar standard. Exempel är vårdskador som är konsekvensen av feldiagnoser, felbehandling, felaktig läkemedelshantering, underlåtenhet att vidta undersökning eller behandla när så bort ske, undvikbara sjukhusinfektioner och trycksår, fel på medicinsk-teknisk utrustning eller i handhavande av denna m.

I flera nya amerikanska studier som bygger på noggranna genomgångar av dödsorsaker konstateras att det antal undvikbara dödsfall som uppstår på grund av felbehandling motsvarar ”tre kraschade

### Framtidens sjukvård tar ett helhetsansvar för patientens hälsa

- Tre konkreta mål
  - Halvera undvikbara skador i vården
  - Utradera väntetider
  - Halvera spilltid för personalen



### Vad är undvikbara vårdskador?

Möjliga att förebygga. Beror på fel eller icke-godtagbar standard

- Feldiagnos
- Felbehandling
- Felaktig läkemedelshantering
- Underlåtenhet att undersöka eller behandla
- Sjukhusinfektioner
- Trycksår
- Fel på med-tek utrustning eller i handhavande, etc



**”Undvikbara vårdskador motsvarar tre kraschade Jumbo-jet varannan dag” enligt amerikanska studier.**

- Motsvarar 2000-3000 döda per år i Sverige
- Danmark: 9 procent av inläggande patienter vårdas för vårdskador, ca 50 % undvikbara
- Sverige: Stort mörkertal. Vid 60% av granskade enheter vet personalen att avvikelserapportering underlätit, enligt rapport från Socialstyrelsen

jumbojetplan varannan dag”. Översatt till svenska förhållanden skulle det innebära ungefär 2000-3000 dödsfall per år, mer än fem gånger så många som orsakas av trafiken.<sup>6</sup>

Att detta inte enbart är ett amerikanskt fenomen visas i en noggrann genomgång av patientjournaler i Danmark. Där konstateras att nio procent av inlagda på sjukhus lider av skador som orsakats av sjukvården snarare än av någon sjukdom eller olycka. Nära hälften av dessa skador ansågs undvikbara.<sup>7</sup>

I Sverige lyser studier som ger ökad kunskap om omfattningen av undvikbara vårdskador i stort med sin frånvaro. Flera studier tyder i stället på att många i den svenska vården inte tagit till sig betydelsen av ett gediget patientsäkerhetsarbete. Vid en riksomfattande granskning Socialstyrelsen gjort framgår att personalen vid drygt 60 procent av de granskade enheterna vet med sig att avvikelser<sup>8</sup> inträffat som borde ha rapporterats men där så inte skett, ofta på grund av rädsla. 35 procent av de undersökta psykiatriska öppenvårdsmottagningarna har över huvud taget inte fungerande rutiner för avvikelserapportering, så att till exempel självmord kan förebyggas.<sup>9</sup>

### *Hur kan det göras?*

En viktig pusselbit för att stärka patientsäkerheten och den medicinska kvalitén i vården över huvud taget är genom öppna kvalitetsredovisningar. Andra länder har gått om oss när det gäller

<sup>6</sup> Health Grade Inc. ”Patient safety in American hospitals”. 2004.

DSI Institut for sundhedsavaesen. ”Utilsigtede haendelser på danske sygehuse”. 2001.

<sup>7</sup> DSI Institut for sundhedsavaesen. ”Utilsigtede haendelser på danske sygehuse”. 2001

<sup>8</sup> Med avvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra skada för patienten.

<sup>9</sup> Socialstyrelsen. ”Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård”. 2002.

att visa upp vårdens kvalitet. England och Norge har lyckats utveckla ranking- och/eller kvalitetsmått för bl a sjukhusen som är lättillgängliga på nätet. Frågor som besvaras i sådana redovisningar är t ex: Hur vanligt är det att patienter får ligga i korridoren? Hur långa är väntetiderna till specialistmottagning vid misstänkt cancer? Hur vanliga är sjukhusinfektioner? Andel som måste återinskrivas efter t ex höftfrakturer? Hur många överlever efter olika behandlingar?

I Sverige finns mycket av denna information i de sk nationella kvalitetsregistren som i stort är uppbyggda efter olika diagnoser. Det finns register för t ex strokevård, hjärtintensivvård, diabetes etc. De är dock som regel inte öppna för allmänheten. Det förekommer t o m att en klinik inte kan se resultaten från andra kliniker. Möjligheterna till jämförelser är således begränsade. Dessutom är det frivilligt för varje klinik om man vill delta eller ej i kvalitetsregistret för sin specialité. Det sätt som uppgifterna presenteras i kvalitetsregistren gör det dessutom svårförståligt för personer som inte är medicinskt utbildade att tillgodogöra sig innehållet. Samtidigt kan det vara av mycket stor betydelse att patienten kan ta reda på behandlingsresultatet hos olika kliniker eftersom det t o m kan vara avgörande för chansen till överlevnad. Öppna register där alla måste delta - avseende både vårdmetoder och resultat - skulle bidra till ökat fokus hos klinikerna på kvalitetsarbetet och ge förbättrade resultat.

I Sverige innefattas normalt sett inte undvikbara fel eller avvikelser i registren. Register för detta bör dock också finnas, på sjukhusnivå eller klinikinivå. En konstaterad avvikelse och /eller en undvikbar vårdskada bör registreras öppet och därmed offentliggöras.

### Öppna redovisningar av patientsäkerhet och kvalitet

- T ex Norge och England har öppna kvalitetsredovisningar på sjukhusnivå - andel sjukhusinfektioner, väntetider vid misstänkt cancer, överlevnadsfrekvenser, andel återinskrivningar m m
- Bör finnas i Sverige, och inkludera konstaterade avvikelser



### Mer krävs för ökad patientsäkerhet

- Uppmuntra avvikelserapportering
- Avvikelseutredningar framåtsyftande
- Bättre erfarenhetsspridning
- Patientsäkerhet ledningsfråga på sjukhusnivå
- Flygbolag med få "tillbudsrapporter" granskas särskilt



Öppna redovisningar är dock inte den enda åtgärden som måste till. Rapportering om avvikelser och vårdskador måste uppmuntras. Vidare måste de utredningar som görs efter sådana anmälningar ha ett systematiskt angreppssätt och syfta till att avvikelser/skadan inte inträffar igen. De erfarenheter och slutsatser som kommer fram vid sådana utredningar måste också göras tillgängliga på ett enkelt sätt för hela sjukvården. Samma gäller de utredningar/analyser som görs i förebyggande syfte, vid t ex omorganisationer och fysiska flyttningar.

Ansvar för patientsäkerhet är en ledningsfråga på sjukhusnivå. Ett sjukhus bör ha en central resurs för att utreda avvikelser/patientskador och vid förebyggande riskanalyser. Inom flyget finns krav på att ansvarig för flygsäkerheten är en person på ledningsnivå i flygbolaget. Där betraktas också rapporter om såväl fel och misstag som tillbud som ett nödvändigt inslag i kvalitetsutvecklingsarbetet. Flygbolag som inte har några, eller endast några få, sådana rapporter till Luftfartsverket riskerar att bli föremål för särskilda inspektioner från myndighetens sida!

### Utradera väntetider – sätt patienten i centrum och inte mellan stolarna

#### *Nuläge*

Enligt en mätning i Stockholms läns landsting lyckades inte var fjärde försök att nå vårdcentralen "inom rimlig tid". Resultatet läckte ut i media. Det var tydligen inte självklart att det skulle offentliggöras. De privat drivna vårdcentralerna hade väsentligt bättre tillgänglighet.<sup>10</sup> I Danmark däremot är t.ex. husläkaren lättillgänglig. Husläkaren kan boka tid hos specialister direkt på datorn. Dessutom kan man ringa en "läkarvakt"

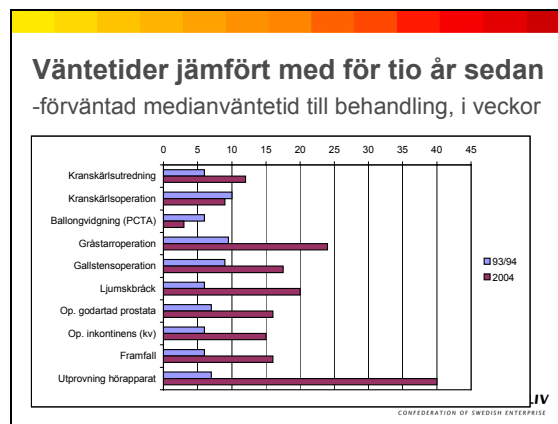
<sup>10</sup> Stockholms läns landsting. 2004.

dygnet runt. Även denna kan boka in patienter direkt, skriva ut recept m m.

När det gäller den inledningsvis omtalade studien om väntetiderna till ett första läkarbesök på specialistmottagning för sammanlagt 100 kliniker framgår även att en person med värk i axel och skuldra och remiss från sin vårdcentral i genomsnitt får vänta 33 veckor enbart för ett första besök hos specialist. Därefter börjar väntetiden på behandling som är den politikerna uppmärksammat. Denna långa väntetid till specialistmottagning rör då en typ av åkomma – rörelseapparaters sjukdomar - som står för mer än en tredjedel av all sjukskrivning. I Svenskt Näringslivs studie ”Varannan sjukskriven i onödan” framgår att de allmänläkare som intervjuades bedömde att sjukskrivningstiden för dem de sjukskrev för rörelseapparaters sjukdomar och remitterade till specialist i genomsnitt skulle minska med tre månader om köerna till ett första besök hos specialist minimerades<sup>11</sup>.

När det gäller köerna till behandlingar har en av fem patienter som står på väntelista till de 23 behandlingar som finns kartlagda i Landstingsförbundets rapport ”Att vänta på vård” väntat i mer än ett år. Bara 2 av 20 landsting klarar att komma upp till att minst 50 procent av de vårdgivande enheterna behandlat sina patienter inom tre månader. Uppgifterna gäller patienter utan förtur.<sup>12</sup>

Köerna har ökat kraftigt för de tio behandlingar som kan jämföras över en längre tid. År 1992 var det färre än var tionde klinik som inte lyckades behandla inom tre månader. Idag klarar över hälften av klinikerna inte av detta. För ljustenbräck har medianväntetiden ökat från 6 till 20 veckor, för gallstensoperation från 9 till 17 veckor. Uppgifterna gäller patienter utan förtur. (I diagrammet intill



<sup>11</sup> Svenskt Näringsliv. ”Varannan sjukskriven i onödan”. 2004.

<sup>12</sup> Landstingsförbundet. ”Att vänta på vård”. 2003.

redovisas medianväntetiden för patienter utan förtur med undantag för gråstarrsoperation och utprovning av hörapparat, där uppgifterna för 1993/94 gäller prioriterade patienter.)<sup>13</sup>

### Vårdskador skapas också av väntetider.

- Feldiagnoser upptäcks senare.
- Svårare att hålla kontinuitet i vårdkontakten, risk för misstag ökar
- Justering av medicinering fördröjs, m m



Långa väntetider kan också förorsaka och förvärra vårdskador. Om en läkare ställer fel diagnos och remitterar innebär en lång väntetid att det tar lång tid innan misstaget rättas till. Sjukvårdspersonalen hinner glömma mellan besöken och måste sätta sig in i fallen på nytt, och det är svårare att träffa samma läkare vid de olika besöken. Risken för misstag ökar. Långa väntetider innebär att justering av medicinering ofta blir fel. Viktiga förändringar i patientens tillstånd upptäcks inte snabbt.

### Kan husläkaren ta helhetsansvar?

- Husläkare ger sällan råd om väntetider och kvalitet
- Husläkare är ofta inte lättillgängliga
- Fungerar i Danmark tillsammans med "läkarvakten" på telefon.



Många tror att husläkaren skall vara den som har ett helhetsansvar för en patients väg mellan sjukvårdsproducenter. Så fungerar det dock inte idag. En färsk avhandling visar att svenska allmänläkare idag i ringa omfattning ger patienter råd om väntetider och vårdkvalitet när de remitterar<sup>14</sup>.

Ofta kan redan ganska små ändringar i organisationen som ger någon läkare ett mer sammanhållet ansvar för en patient ge stora positiva effekter. Vid Öron-, näsa-, hals-kliniken i Lund fick varje patient en ansvarig läkare genom hela vårdepisoden. Följden blev en drastisk minskning av väntetiderna. Exemplet är dock ett undantag i vårdsvetige och ingen generell företeelse. F n motarbetas t o m lärande mellan organisationer genom planerna på förbud mot vinstsyftande vårdföretag.

Vissa patienter kommer kanske att med bättre IT-teknik kunna hitta bättre själva. Sjukvårdsföretaget Kaiser Permanente i USA arbetar med att låta alla anslutna se sina egna journaler och labresultat samt

<sup>13</sup> Svenskt Näringsliv. "Personal- och produktivitetutvecklingen i svensk sjukvård". 2004

<sup>14</sup> Winblad Spångberg. "Från Beslut till Verklighet." 2004

boka tider på sin personliga nätsida. Detta måste bli möjligt även i Sverige. Men för många är detta inte tillräckligt. Det växande antal multisjuka äldre är de som mest far illa av den splittrade vården. Bland dem är det vanligt att inom loppet av några år träffa ett tiotal olika läkare som ofta inte vet vad de andra har ordinerat. En studie av utskrivna äldre från akutkliniker i Stockholms län visar att för var fjärde patient som sjukhuset planerade eftervård för skickades ingen skriftlig information till öppenvården<sup>15</sup>.

### *Hur kan det göras?*

I Sverige borde utgångspunkten vara att det alltid finns någon lättillgänglig person inom sjukvården som är beredd att ta ansvar för en patient. Vi kallar denna roll för en personlig vårdkoordinator. Man skall inte behöva hålla reda på hur man får tag i sin vårdkoordinator. Man skall kunna ringa ett telefonnummer för att komma till den som är vårdkoordinator just nu. Det kan vara husläkaren om den klarar uppgiften och är tillgänglig. Om denne inte är tillgänglig ska ansvaret gå över till annan läkare, t ex vid sjukvårdsrådgivningen, som då tillfälligt tar över som vårdkoordinator. Om man långvarigt hamnar på sjukhus eller en definierad vårdkedja kan det bli en koordinator där som tar över. Man skall aldrig hamna i ett läge där ingen har ansvar. I och för sig skulle man kunna tänka sig att koordinatorm är en sjuksköterska om det finns en back-up-organisation till en läkare som kopplas in för de funktioner som absolut kräver läkarkompetens.

Den personliga vårdkoordinator tar ett helhetsgrepp om vårdbehoven. Man skall inte behöva plocka ihop specialisttjänster själv om man inte vill eller kan.

#### Din personliga vårdkoordinator...

- tar helhetsansvar
- nås med ett telefonnummer
- bokar specialist och annan vård
- vet väntetider och kvalité
- kan se journaler och mediciner
- ligger på när vården inte fungerar



<sup>15</sup> Wånell. ”Vård efter utskrivning: Delstudie i uppföljningen av Stockholms läns landstings utvecklingsplan”. 1998.

Koordinatorn skall kunna boka in tid direkt hos de läkare, specialister eller undersökningar som behövs. Vårdkoordinatorn kan se var väntetiderna är korta, och kan ge råd om kvalitetsmått från olika vårdgivare samt var man kan informera sig för att ta ställning till val man måste träffa som patient.

Det ska självfallet vara möjligt att byta vårdkoordinator om man som patient inte är nöjd. Till stöd för valet av koordinator görs synligt hur ofta en vårdkoordinator inte kunnat svara en patient och hur långa väntetider patienterna har haft medan koordinatorn haft ansvaret, och hur det har gått för patienterna sedan. Vårdkoordinatorerna ersätts per individ som är listad men också utifrån de åtgärder de vidtar i sin koordinatorroll. Eftersom vårdkoordinatorerna är konkurrensutsatta, och det framgår hur väl de lyckas i sin roll, har de all anledning att bli pådrivande för utveckling av vårdssystem som minskar väntetider.

Vi bedömer att ett system med vårdkoordinatorer, som har acceptans av övrig sjukvård och ett fungerande IT-stöd till förfogande, inte kommer att öka sjukvårdens kostnader utan sänka dem.

### **Spilltid halveras – produktiviteten ökar**


#### *Nuläge*

Svensk sjukvård brottas f n med en svag produktivitetsutveckling. Flera undersökningar har visat på minskad produktivitet under åren 1998-2002.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Svenskt Näringsliv. ”Personal- och produktivitetsutvecklingen i den svenska sjukvården”. 2004.  
Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna. ”Akutsjukhusens produktivitetsutveckling 1998-2002; Jämförelser mellan sjukhusen.” 2004.  
Västra Götalandsregionen. ”Sjukhusens produktivitetsutveckling under perioden 1998-2001”. 2002.

**Vårdkoordinatorerna konkurrensutsatta**

- Medborgarna väljer vårdkoordinator
- Vårdkoordinatorerna ersätts utifrån antal listade individer och vidtagna åtgärder
- Vårdkoordinatorernas resultat - snabbhet, total kötid, kundnöjdhet etc - redovisas på internet



**SVENSKT NÄRINGSLIV**  
CONFEDERATION OF SWEDISH ENTERPRISE

Situationen indikerar att resurstillskott inte är ett verkningsfullt sätt att höja produktionen om inte utförarna från början är effektivt organiserade.

Det finns flera orsaker till den svaga produktivitetens utvecklingen. Flera har berörts ovan som bristen på fungerande patientflöden i sammanhållna vårdkedjor. Detta hänger samman med bristen på koordinator som utförligt diskuterats ovan men också på avsaknaden av en för vården gemensam IT-standard som gör olika vårdgivares och stödfunktioners IT-systemen kompatibla med varandra. Att genom datorn kunna boka in specialistbesök, röntgen, operationer och vårdplatser där väntetiden är kort, få labresultat och remissvar m m skulle snabba på processerna väsentligt. Att dokumentera hela vårdepisoden i en och samma IT-baserade journal skulle också vara ett stort framsteg.

En tidstjuv i den dagliga hanteringen är också att samma information måste dokumenteras i olika datasystem, t ex journal och kvalitetsregister. Redan idag är det tekniskt möjligt att i samband med registrering i journal samtidigt låta de uppgifter som är relevanta för aktuellt kvalitetsregister gå vidare dit. Dessutom växer den information som andra enheter och organisationer kräver av en enskild klinik, ofta utan att nyttan vägts mot kostnaden för att få fram informationen.

Flera studier visar också att läkares och sjuksköterskors åtagande är mycket splittrat och att de i sin yrkesroll tvingas syssla med arbetsuppgifter som inte svarar mot deras kompetens. Allt detta har lett till att såväl läkare som sjuksköterskor ägnar en stor del åt administration och möten,

upp till 50 %, och en alltför liten del åt direkt patienttid.<sup>17</sup>

Ett lika stort problem är att den ekonomiska styrning som sker ofta inte gynnar de vårdgivare som har högst produktivitet och effektivitet. Om man har en anslagsfinansiering av vården, som idag en stor del av landstingen har, spelar det ingen roll för vårdgivaren hur många behandlingar denne utför, ersättningen påverkas inte. Detta gynnar inte drivkraften att använda resurserna så att så mycket vård som möjligt produceras.

Vid en så kallad prestationsbaserad ersättningsmodell får vårdgivaren betalning efter antalet prestationer, t ex höftledsoperationer, som görs. För att samtidigt uppnå kostnadskostnadskontroll förekommer att landsting som tillämpar prestationsbaserade ersättningssystem sätter upp tak för produktionen för respektive vårdgivare. Ovanför taket erhålls ingen ersättning eller mycket låg ersättning. Detta gäller oberoende av om vårdgivaren är kostnadseffektiv eller inte. Konsekvensen blir att produktionen upphör när taket är nått även om köerna av väntande patienter är långa.

#### *Hur kan det göras?*

På kort sikt bör införas en utmaningsrätt för en vårdgivare som önskar bedriva icke-akut vård på områden där köerna är påtagliga. Den mildaste formen av utmaningsrätt är då att landstinget tvingas visa varför nuvarande vårdgivare är mer effektiv. En mer långtgående form är att landstinget i sådant fall går ut i konkurrensupphandling. På kort sikt bör man också ofta kunna höja ersättningarna ovanför taket så att vårdgivare får täckning för sina rörliga kostnader – och ett bidrag till sina fasta kostnader - vid ökad

---

Västra Götalandsregionen. "NU-Sjukvården och Skaraborgs sjukhus – en jämförelse mellan två sjukhusgrupper." 2004.

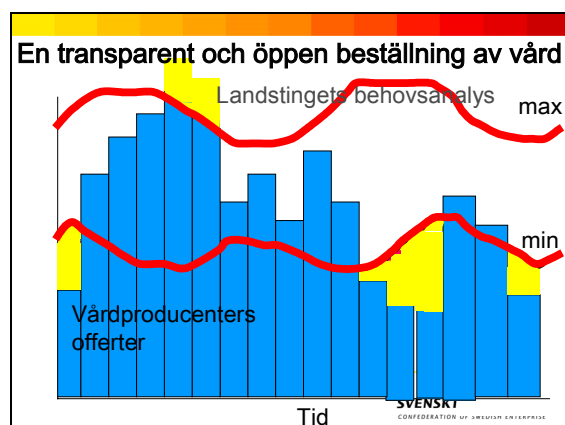
---

<sup>17</sup> IHE arbetsrapport 2000:1. Vad gör läkarna ? 2000 .

KOMREV. Studier av kompetensutnyttjande i sjukvården av revisor Anki Jansson (ej publ). 2003.

### Nya konkurrens- och ersättningsformer minskar spilltid

- Utmaningsrätt inför nästföljande tidsperiod
- Höj ersättningarna ovanför "taket"

produktion. Detta kan också landstinget tjäna på eftersom alternativet är att behandlingarna eller operationerna senareläggs och då ofta kan bli utförda till högre pris.

På lite längre sikt bör landstingen tillämpa en transparent och öppen modell för sin beställning av vård. Landstingen gör en behovsanalys för en tidsperiod, kanske 2-3 år, avseende det prognostiserade behovet av icke-akuta behandlingar och operationer, t ex höftledsoperationer, diskbråcksoperationer och gråstarrsoperationer. Då behoven är svåra att förutse anges dessa inom ett intervall, med maximi- och minimigränser. Denna behovsanalys redovisas för alla potentiella vårdgivare. Vårdgivarna bjuds in för att lämna offerter. Offerterna ska innehålla pris och kvantitet vid olika vårdvolym för respektive typ av behandling/operation och produktionens förläggning över tiden. Man får utgå från att vårdgivarna för de volymer som ligger över en basvolym sätter ett lägre styckpris till följd av att fasta kostnader kan slås ut på en större volym. I offerten anges också kapaciteten på specialistmottagningarna där beslut om behandling, operation eller annan åtgärd tas och begärd ersättning för dessa. Landstinget har härvid ett beslutsunderlag för att bedöma vilka offerter som ska antas. Offerter som sammanlagt täcker upp till maxbehovet antas efter principen att bästa mix av pris och kvalitet antas först. Ersättningen baseras främst på antalet behandlade diagnoser men en viss del kan också vara relaterad till uppnått medicinskt resultat. Ett resultat bättre än förväntat – t ex avseende andelen revisioner efter höftledsprotosoperationer, ger bonus, medan ett resultat sämre än förväntat ger då avdrag i ersättningen. Några garanterade volymer från beställarens sida ges dock inte. Härigenom uppnås att de effektivaste vårdgivarna är de som i första hand får producera. Vid högre volymer blir också styckpriset reducerat. Inför nästa

tidsperiod sker förnyad upphandling enligt samma principer.

Andra viktiga åtgärder för att minska spilltiden och höja produktivitet och effektivitet är:

Mätningar av tidsanvändningen och mer jämförelser mellan vårdgivare. Relevanta produktivetsmått bör tas fram t ex andel direkt patienttid. Ledning, både på sjukhusnivå och klinisknivå, och personal måste gemensamt engagera sig i arbetet. Ledarna måste vara goda exempel i detta arbete.

Ekonomiska resultatmål och resultatuppföljning måste formuleras respektive genomföras. Överskott inom vårdenheter bör till dels kunna behållas inom enheterna. Om uppföljningen visar att enheterna uppvisar underskott måste åtgärder vidtas för att effektivisera verksamheten eller lägga ned densamma.

Ekonomiska styrmedel bör också kombineras med styrning genom medicinska kvalitetsindikatorer där konkreta målvärden formuleras. Sedan kan bonus utgå om det medicinska resultatet är bättre än målvärdet.

En gemensam IT-standard som gör att olika vårdgivares IT-system är kompatibla är också av avgörande betydelse. Staten har ett ansvar att se till att detta kommer fram

### **Visionen på längre sikt**

I förlängningen av vårdkoordinatorssystemet kan man tänka sig konkurrerande vårdorganisationer – privata och offentliga – som tillhandahåller hela vårdåtagandet gentemot medborgarna. Individen får välja vilken vårdorganisation han eller hon vill tillhöra. Vårdorganisationen tillhandahåller själv, eller upphandlar hos andra vårdgivare, den sjukvård som de anslutna individerna

#### **Andra åtgärder för ökad produktivitet och effektivitet**

- Mät tidsanvändningen och jämför
- Ekonomiska resultatmål och resultatuppföljning
- Styrning genom målformulering av medicinska kvalitetsindikatorer
- En gemensam IT-standard för kompatibilitet mellan vårdgivare



**Visionen på längre sikt**

- Konkurrerande Vårdorganisationer (VO) som tillhandahåller hela vårdåtagandet
- Individen väljer själv VO
- Solidarisk finansiering
- Ersättning till VO m h t individens ålder och medicinska status
- Lönsamt vårda på rätt nivå och att främja förebyggande hälsovård

 SVENSKT NÄRINGSLIV  
CONFEDERATION OF SWEDISH ENTERPRISE

kommer att behöva. Härigenom vidgas vårdkoordinatorsrollen. Särskilt i mindre befolkningstäta områden kommer flera vårdorganisationer att sluta utföraravtal med samma vårdgivare. Samma gäller avseende högspecialiserad vård.

Finansieringen är huvudsakligen offentlig eller på annat sätt solidarisk eftersom plånboken inte vare sig ska eller får styra möjligheten till medicinskt motiverad vård. Ersättningen till vårdorganisationen bör ske bl a med hänsyn till individens ålder och medicinska status. Då vårdorganisationerna ska ha ett ekonomiskt sunt mål – vinst ska tillåtas, och vara konkurrensutsatta, blir det också lönsamt för vårdorganisationen att vårda på ”rätt” nivå i vårdkedjan.

Förebyggande hälsovård blir också betydelsefullt. Eftersom ersättningen till dels utgår per individ som vårdorganisationen har ett ansvar för blir det viktigt för denna att på olika sätt främja sunda kostvanor och motion, förebygga missbruk etc. Kvalitetskontrollen upprätthålls bl a genom öppna kvalitetsredovisningar av processer och behandlingsresultat och genom patienternas fria val av vårdorganisation.

### En harmonisk sjukvårdsutveckling

Vi bedömer att organisatoriska förändringar av sjukvården måste ta sin utgångspunkt i verksamhetens innehåll och bygga utifrån det. Det gäller att se till det som inte fungerar och att sätta den sjukvården är till för – patienten – i fokus. De små stegens förändringar kan ofta vara en klok strategi i en sådan komplicerad verksamhet som sjukvården.

Alltför ofta har politiskt styrda organisationsförändringar i stället fått sätta sin prägel på vården, ofta till höga kostnader och utan att patienternas behov prioriterats.

Något av samma sjuka kan för närvarande noteras när det gäller debatten om landstingen bör finnas kvar eller inte. Huruvida detta skulle leda till effektivare vårdkedjor, kortare köer, färre patientskador m m eller inte har dock oss veterligen väldigt sällan diskuterats. Man kan dock konstatera att antalet huvudmän på olika nivåer för vården inte minskar, vilket inte talar för att komplexiteten radikalt minskar. Om staten skulle överta sjukhusvården kan det finnas dessutom en risk att vi får en fastlåst sjukvårdsstruktur. Genom en mer decentraliserad organisationsmodell finns möjligheten att nya effektivare strukturer kan växa fram. Detta är huvudargumentet till vår tveksamhet till ett statligt övertagande av sjukhusvården.

Däremot finns det en rad uppgifter inom sjukvården där staten bör ta ett större ansvar. Tre givna sådana uppgifter är samordning av FoU och högspecialiserad vård, öppna kvalitetsredovisningar på klinisknivå och kostnads- och produktivitsredovisningar på regional nivå och en gemensam IT-standard för sjukvården.

### En harmonisk sjukvårdsutveckling

- Organisationsförändringar bör ske från patientperspektivet och stegvis
- Finns fördelar med landsting/regioner som finansiärer och beställare, nej tack till Gosplan som detaljstyr strukturen
- Samordning högspecialiserad vård, kvalitetsredovisningar, IT-standard = statliga uppgifter

