

Vårdens styrning

En underlagsrapport



Sveriges läkarförbund 2018

Joakim Skoog, utredare

Sveriges läkarförbund

Box 5610, 114 86 Stockholm

Telefon: 08-790 33 00

E-post: info@slf.se

www.lakarforbundet.se

Innehållsförteckning

Målformulering	6
Bakgrund	6
Introduktion.....	6
Om styrning	7
En styrmodell.....	7
Fast eller rörlig ersättning	8
Empiriska studier av målbaserad ersättning	8
Produktivitet i sjukvården.....	9
Resultatmätning i sjukvården.....	10
Bismarck och Beveridge	10
Privat finansiering av sjukvård	11
Specifika styrmodeller inom ramen för sjukvård.....	12
Värdebaserad vård.....	12
Policymisslyckande i vården	14
New public management	14
Andra styrformer.....	14
Tillitsbaserad styrning.....	14
Regelstyrning	15
Normstyrning	15
Prestationsstyrning	15
Ekonomistyrning.....	15
Styrning mot innovation	15

Läkarnas egna uppfattning	16
Sjukvården som ett komplext dynamiskt system	17
Historisk utveckling av sjukvårdens styrning i Sverige.....	18
Totalkvalitet (total quality management - TQM)	19
Lean 19	
Six Sigma (6 σ).....	19
Etiska principer	20
Ledarskap inom sjukvården	21
Läkare som chefer.....	21
Kontinuitet i sjukvården.....	22
Patientdelaktighet och dess betydelse för vårdkvaliteten och vårdens värde	22
Internationell jämförelse av sjukvårdssystem	23
Kanada 23	
USA 24	
Storbritannien	24
Skottland	25
Nederländerna.....	25
Sammanfattande diskussion	25
Bilaga - Svensk sjukvård ur ett statistiskt perspektiv	27
Sammanfattning	27
Läkartäthet – över tid och lokal variation.....	27
Kostnadsutveckling över tid	29
Fördelning mellan primärvård och sjukhusvård.....	30

Internationell läkartäthet	30
Vårdplatser	32
Internationell kostnadsjämförelse	32
Internationell kvalitetsjämförelse	33
Internationell tidsjämförelse	34
Befolkningsutveckling	34
Referenser	36

Målformulering

SLF ska ha en egen och tydlig uppfattning om vilka principer som ska ligga till grund för styrningen av svensk hälso- och sjukvård för att på bästa sätt möta befolkningens behov.

Bakgrund

Den offentliga debatten kring hur sjukvården styrs förändrades efter Maciej Zarembas artiklar i Dagens Nyheter 2013, som beskrev en detaljstyrning av sjukvårdspersonalens aktiviteter på en närmast absurd nivå. Sedan dess har diskussionen i stor utsträckning handlat om hur professionerna inom sjukvården ska få frihet att fatta beslut grundade på kunskap och erfarenhet, utan att tappa effektivitet och kostnadskontroll.

Zarembas artikelserie beskriver en ekonomistyrning som uppstått inom ramen för *New Public Management (NPM)*, med nyckelelement som konkurrens, incitament och målstyrning. Det har påverkat såväl debatt som politik, bl.a. genom att flera offentliga utredningar har tillsatts efter artikelserien som annars kanske inte hade tillsatts.

NPM¹ slog igenom i svensk förvaltning på 1980-talet. Det var en reaktion mot de stigande kostnader och den bristande effektivitet som präglade den offentliga sektorn under 1970-talet. Den svenska statsskulden steg kraftigt i två steg under 80- och 90-talen för att därefter stabiliseras. I den mån NPM var tänkt att åtgärda de stigande offentliga kostnaderna och även ha en påverkan på aggregerade storheter har det varit verksamt.

Introduktion

Denna rapport är utförd inom ramen för Läkarförbundets projekt om vårdens styrande principer. En arbetsgrupp ledd av förbundsstyrelsens Anders Lundberg har arbetat med projektet under 2017/2018. Arbetsgruppens deltagare har bestått av representanter från förbundsstyrelsen och övriga medlemmar. Rapporten är författad av utredaren Joakim Skoog på Läkarförbundets kansli. Arbetsgruppen har bidragit starkt till innehållet vilket tacksamt emottagits, men innehållet svarar författaren själv för.

Syftet med denna rapport är att göra en bred och övergripande beskrivning av sjukvårdens styrning. Läsaren får dels en teoretisk beskrivning av olika sätt på vilka sjukvården kan styras, dels en beskrivning av hur sjukvården styrs och har styrts i Sverige och andra länder. Ett stycke redogör för empiriska studier över hur diverse modeller har presterat, och aspekter så som

¹ Konceptet beskrivs mer utförligt i ett senare avsnitt.

ledarskap, patientdelaktighet, etik och kontinuitet tas upp i separata stycken. Rapportens ambition är inte att ge ett slutgiltigt svar på hur Läkarförbundets politiska inriktning ska vara utan är tänkt att ge en bottenplatta att utgå ifrån i de fortsatta diskussionerna. Rapporten riktar sig inte främst till de redan insatta utan till de som vill förstå relevanta begrepp och kunna delta i diskussionen kring dessa viktiga frågor.

Om styrning

Följande beskrivning är primärt hämtad från Peter Lindgrens rapport Ersättning i sjukvården². Rapporten beskriver vilka alternativ som finns för incitamentsstyrning, samt hur de används i Sverige. Beskrivningen i rapporten är i tydlig samklang med andra källor, varför endast den hänvisas till här. Samtliga svenska landsting använder kapitering som grundmodell i primärvården, som kompletteras med ersättning per besök och målrelaterad ersättning. Anslagsfinansiering används för specialistvård i samtliga landsting.

Inom primärvården justeras ersättningen utifrån befolkningens sammansättning, med avseende på bl.a. ålder, skattad vårdtyngd³, socioekonomiska faktorer⁴ eller exempelvis vårdcentralens läge. Kapiteringsersättningen är spridd mellan 57 och 100 procent, där Stockholm och Södermanland sticker ut med 57 respektive 60 procent.

En styrmodell

I en verksamhet är det oundvikligen något som styr aktiviteten, även om detta något inte är döpt, uttalat eller ens avsiktligt styrande. I vårdverksamhet införs en styrmodell omedelbart när en budget upprättas. Anledningen till att styrmodeller av mer detaljerade slag har skapats torde vara just att den rena anslagsmodellen (budgetdisciplin) inte leder till önskade resultat.

Styrning behövs för att förbättra resursallokering, eftersom resurserna är begränsade och det kan finnas faktorer som leder till ineffektivitet om prioriteringar görs på fel nivåer. Styrningen behöver alltså ha ett helhetsperspektiv, för att undvika att beslut fattas som inte leder till det bästa utfallet för hela systemet.

² [Ersättning i sjukvården - Modeller, effekter, rekommendationer](#)

³ ACG, *adjusted clinical group*.

⁴ CNI, *care need index*.

Fast eller rörlig ersättning

När landsting finansierar vård har de stora valmöjligheter kring hur det ska göras⁵, utifrån det kommunala självstyret. De kan t.ex. välja att erbjuda en fast ersättning varje år, vars storlek inte påverkas av skiftande faktorer såsom hur många som faktiskt blir sjuka, utan utifrån något man vet i förväg som exempelvis hur stor befolkningen är i respektive sjukvårdsenhets geografiska ansvarsområde och hur mycket detta brukar kosta (kapitering⁶). Fördelen med fast ersättning är att det, åtminstone i teorin, är lättare att upprätthålla kostnadskontroll än med ersättning som är rörlig. Med fast ersättning uppstår incitament att arbeta mer resurssnålt samt att hålla nere kostnaderna, det kan dock ge utrymme för professionen att arbeta friare.

Alternativt kan de ges en rörlig ersättning utifrån exempelvis hur många behandlingar som görs under året, och till vilket pris de görs (åtgärdsbaserad ersättning), eller utifrån hur befolkningen i området ser ut i termer av exempelvis ålder eller socioekonomiska faktorer.

En annan dimension, utöver fast eller rörlig ersättning, är om ersättningen ska ges före (prospektivt) eller efter (retrospektivt) genomförd verksamhet. En fast ersättning ges i praktiken endast prospektivt, men en rörlig kan ges både före och efter. Om den ges prospektivt skapas friare beslutsramar i verksamheten men incitamenten att genomföra kostsamma behandlingar kan minska. Om rörlig ersättning ges retrospektivt är kostnadskontrollen sämre, men risken för patientselektion minskar.

Om ersättningen är rörlig och åtgärdsbaserad finns en risk för selektion bland patienter om vårdgivaren bedömer att den förväntade marginalen mellan ersättning och kostnad skiljer sig åt. Alltså finns argument ur ett budgetperspektiv för fast ersättning eftersom det ger större möjligheter för planering och kostnadskontroll, fördelningspolitiska argument för rörlig ersättning om de utformas så att patientselektion minskar och effektiviseringsargument för ersättning baserad på diagnosrelaterade grupper, eftersom det ersätter vårdgivare för förväntade kostnader men ger också utrymme för minskade kostnader. Ersättningsmodellerna används ofta kompletterande på det sätt att ersättningen utgörs av flera delar, där de olika modellerna utgör varierande andelar. Ingen variant är utan negativa sidor, och därför passar de sannolikt olika bra i olika situationer. Därför ges ingen entydig rekommendation i denna rapport kring val av ersättningsmodell.

Empiriska studier av målbaserad ersättning

ESO-rapporten Värden i vården som publicerades 2010 genomförde som en del i sitt arbete en litteraturstudie över målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. De övergripande resultaten tyder på att målbaserad ersättning gett förhållandevis blygsamma kvalitetsvinster. I Storbritannien lyckades man i huvudsak förbättra resultat genom förbättrad dokumentation och

⁵ SNS 2014.

⁶ Kapitation och kapitering används ekvivalent.

genom att plocka lågt hängande frukter. Det noteras i texten att förutsättningarna för vård i de länder där flest studier genomförts (USA samt till viss del Storbritannien) skiljer sig mycket från varandra och Sverige, men att resultaten är ganska lika i de länderna.

Ett problem med långsiktiga utvärderingar av styrfilosofier är att de sällan är i bruk tillräckligt länge för att det ska vara möjligt att uttala sig om hur de presterar över tid.

Produktivitet i sjukvården

Det grundläggande problemet med att mäta värde och produktivitet i hälso- och sjukvården är att traditionella ekonomiska perspektiv inte kan appliceras. När t.ex. en fabrik eller ett företag utvärderas ur ett ekonomiskt perspektiv är det enkelt att mäta hur många varor som sålts och till vilket pris. Med sådana mått är fler och billigare bättre, och snabbare produktion med given kvalitet är önskvärt. I sjukvården är det uppenbart att friska patienter är bättre än sjuka, och levande är bättre än döda. Men om exempelvis en patient är obotligt sjuk kan inte det vanliga ekonomiska perspektivet ”snabbt är bättre än långsamt” tillämpas eftersom detta implicerar att patienten avlider snabbt. Tvärtom finns ju ett egenvärde i att vara vid liv, och då är det inte alltid mätbart vilket värde vården ger till patienten.

Eftersom produktivitet är svårt att konkretisera inom hälso- och sjukvården är även kostnadseffektivitet svårt att mäta. Kostnadseffektivitet avser ju en relation mellan effekt och kostnad, där effektivitet uppnås när man fått avsedd effekt till lägsta möjliga kostnad. Har vi då problem med mätning av produktion kan heller inte effektiviteten utvärderas oproblematiskt. Hur ska exempelvis produktiviteten bedömas i ett landsting med väsentligt äldre befolkning än genomsnittet? Kostnaderna kommer sannolikt vara högre per patient, och utfallen sämre, trots att vårdens betydelse för patienternas hälsa i realiteten har varit större.

Ett argument för ökad jämlikhet gällande befolkningens hälsa är att marginalkostnaden sannolikt är lägre för att förbättra hälsan i socioekonomiskt svaga grupper med sämre hälsa än för att förbättra hälsan hos redan friska personer. Det finns exempelvis indikationer på att förbättrad socialtjänst⁷ är ett effektivare sätt att förbättra genomsnittlig folkhälsa än att investera motsvarande resurser i mer avancerad sjukvård. Det finns även indikationer på att marginalkostnaden för folkhälsa är lägre för primärvård än sjukhusvård. En anledning till detta kan vara att man med dessa åtgärder mer precist träffar grupper med sämre hälsa, och därför kan behandlas med mer basal sjukvård som är billigare. Ytterligare en anledning kan vara att dessa åtgärder motar dålig hälsa i ett tidigare skede vilket torde vara billigare än insatser som sker när åkommor befunnits en längre tid.

⁷ [Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada](#)

Resultatmätning i sjukvården

Ett standardiserat sätt att mäta hur väl sjukvården har fungerat och hur det kan jämföras med alternativa insatser är QALY, *quality adjusted life years*. Begreppet används inom hälsoekonomi, och innebär att man justerar det antal år en behandling ger patienten för den livskvalitet de åren har. Livskvalitet skattas mellan 0 och 1, eller 0 och 100 procent.

Exempelvis; om patient 1 bedöms ha ett år kvar i att leva med en livskvalitet på 100 procent, kan det med QALY-begreppet motsvaras av 2 år med 50 procents livskvalitet eller 10 år med 10 procents livskvalitet. Andra utfallsmått som blivit populära på senare tid är så kallade Health Outcome Measures, hälsoutfallsmått. I Sverige har dessa ursprung i data från medicinska kvalitetsregister och innefattar bara mätpunkter som är relevanta för att bedöma patientens hälsostatus, såsom överlevnad, funktionsgrad/grad av självständighet, nivå av handikapp, smärta, behov av om-operation eller nytt ofrivilligt vårdtillfälle m.fl. Resultatmätning av väntetider, patientnöjdhet och liknande förekommer, men anses vara av underordnad betydelse relativt hälsoutfallsmåtten.

Bismarck och Beveridge

Denna utredning fokuserar inte på hur sjukvården finansieras i förhållande till staten och lagstiftaren. Det är emellertid nödvändigt att förstå vissa fundamentala skillnader i övergripande struktur mellan de länder och system som beskrivs i denna rapport. I den aktuella diskussionen är detta relevant om internationella exempel ska studeras, eftersom varje land måste ses i sin egen kontext. Det innebär att även om ett visst land har egenskaper som vid en första anblick betraktas som eftersträvansvärt kan det vara orealistiskt att vi ska kunna använda det landet som målbild om det inte finns grundläggande förutsättningar för det.

Traditionellt har offentlig välfärd beskrivits som antingen av Bismarck-modell eller Beveridge-modell⁸. Modellerna är i sin ursprungsform tämligen specifika, men i dag är de flesta system en sammansmältning av de båda. Bismarck-modellen bygger på att en arbetsgivare har försäkringsansvaret för sina anställda, och det ursprungliga syftet var att tillgodose efterfrågan på produktiv (frisk) arbetskraft. Beveridge-modellen tar sin utgångspunkt i rätten till välfärd för samtliga medborgare, och är istället tänkt att vara skattefinansierad.

Eftersom systemen tenderar att växa över tid, i takt med ekonomin eller ofta snabbare, kan det vara en väldigt stor administrativ börda att byta från det ena till det andra även om den politiska viljan finns, pga. spårbundenhet i valet av samhällsmodell. Detta skulle kunna förklara skillnaderna bland de länder i världen som har ambitionen att tillgodose hela befolkningens behov av välfärd. Ur ett effektivitetsperspektiv finns det fördelar med bägge modellerna. Beveridge-modellen torde ha mer fördelning mot socioekonomiskt svaga grupper vilka i genomsnitt förväntas ha lägre marginalkostnader för förbättrad hälsa, och Bismarck-modellen kan leda till beslutsfattande på mer decentraliserad nivå vilket skulle kunna leda till effektivare

⁸ Namnen kommer från Otto von Bismarck och William Beveridge, som bägge gjort sig kända för mer än bara detta.

resursutnyttjande om arbetstagare och arbetsgivare i större utsträckning finansierar sina egna kostnader.

Privat finansiering av sjukvård

I samband med en bred beskrivning av olika finansieringsregimer för sjukvård kan även en översiktlig beskrivning av rent privat finansiering av sjukvård göras. Individen kan antingen betala vid det akuta behovet eller via en försäkring.

Efterfrågan på försäkringar styrs av individens förhållande till risk för sjukdom och tidsperspektiv i beslutsfattandet. En person som är negativt inställd till risk skulle vilja betala mer än den förväntade kostnaden för sjukvård och en person som är neutralt inställd till risk skulle vilja betala precis den förväntade kostnaden. Exempelvis skulle en mer försiktig person vars sjukdomsrisk var 10 procent vara villig att betala mer än 10 procent av den förväntade kostnaden för sjukdomen i försäkringsavgift för behandling mot sjukdomen, och en person som är neutralt inställd till risk skulle vara villig att betala precis 10 procent men inte mer. Den riskneutrala individen bryr sig alltså inte om huruvida den köper en aktuariskt korrekt försäkring eller chansar på att inte teckna en sådan, så länge inte den förväntade kostnaden är lägre vid försäkringsalternativet.

Även tidsperspektivet avgör hur stor sannolikheten är att privata försäkringar tecknas, där de som tänker kortsiktigt kommer föredra övrig konsumtion på kort sikt hellre än att avstå konsumtionen till förmån för en sjukdomsförsäkring.

En studie fann att efterfrågeelasticiteten på sjukvård var -0,2 och på sjukvårdsförsäkringar var den -0,6. Det innebär att när priset på sjukvård respektive sjukvårdsförsäkringar stiger med 10 sjunker efterfrågan med 2 respektive 6 procent. Det stämmer överens med resonemangen ovan, eftersom vi förväntar oss att en patient är mindre priskänslig om den vet att den är sjuk⁹.

Eftersom den avgörande faktorn för priset på aktuariskt korrekta sjukvårdsförsäkringar är individens specifika hälsostatus innebär en sjukvårdsmarknad som är mer offentligt finansierad en större omfördelning från rika och friska till fattiga och sjuka individer än en marknad med mer privat finansiering.

⁹ Litteraturoversikt av efterfrågeelasticitet för sjukvård och sjukvårdsförsäkringar

Specifika styrmodeller inom ramen för sjukvård

Värdebaserad vård

Idén med värdebaserad vård förefaller vara att hantera de problem som finns med andra ersättningssystem, så som de beskrivits ovan. Eftersom både prospektiva och retrospektiva ersättningssystem är belagda med sina respektive svagheter och styrkor skulle en modell som kan relatera värdet i en behandling mot kostnaden för behandlingen vara fredat från problem med svaga incitament och svag koppling till resultat. Den grundläggande idén är att mäta en kvot mellan värdet av behandling och kostnad, och utifrån det få fram ett index vilket gör att man kan jämföra behandlingar för olika sorters sjukdomar med varandra. En behandling som ger patienten stort värde skulle då kunna vara relativt mindre värd enligt detta index än en annan behandling (till samma patient eller någon annan) som kostar väsentligt mindre. Om det går att mäta värdet perfekt skulle således enbart de behandlingar över en viss tröskel kunna vara aktuella, med hänsyn taget till total budget, socioekonomisk rättvisa och andra viktiga faktorer¹⁰.

Till exempel kan då behandlingar mellan sjukdomar för olika patienter jämföras, eller olika behandlingar för en specifik patient värderas gentemot varandra.

Det grundläggande problemet med värdebaserad vård förefaller således vara att det inte finns ett generellt sätt att mäta värdet av vård. Kostnaden för en behandling är i regel möjlig att mäta, även om det kräver noggrann uppföljning (oftast enligt principen TDABC, *Time-Driven Activity-Based Costing*). Men i och med att täljaren i indexet är svårkvantifierad blir även idén med värdebaserad vård svår att omsätta i praktiken. De svenska kvalitetsregistren har sänkt tröskeln för kvalitetsmätning, men ännu kvarstår i praktiken många hinder. Kritiken som framkommer i den svenska kontexten förefaller dock vara emot dels den variant av värdebaserad vård som är införd i Sverige (vilken inte nödvändigtvis är samma som den ursprungliga idén var) och dels sammanhanget den införs i, som är byggandet av Nya Karolinska Solna.

Ett försök att sammanställa mått och utfall för att värdera sjukvård görs av det till Michael Porter nära kopplade Internationel Consortium for Health Outcome (ICHOM)¹¹. De argumenterar för att exempelvis komplikationer efter operation, strålnings skador, överlevnad, vitalitet och sexuell dysfunktion är relevant mått att utgå ifrån är resultatet av åtgärder ska

¹⁰ Porter, 2010.

¹¹ [ICHOM:s hemsida](#)

värderas. De indelas i akuta komplikationer, patientrapporterad hälsostatus och överlevnads- och sjuklighetskontroll.

Michael Porter förespråkar att vårdgivaren får ansvar för hela vårdkostnaden inkluderat även de komplikationer som kan uppstå. Detta ger vårdgivaren ett incitament att inte ge behandlingar med enbart kortsiktiga resultat utan att arbeta långsiktigt¹². Detta sätt att ersätta vårdverksamhet borde kunna leda till mer långsiktigt beslutsfattande, oavsett om det implementeras inom ramen för värdebaserad vård eller i ett annat system.

I SNS-rapporten från 2014 föreslås att modeller såsom VBV, som betraktas som mer komplexa, avsätts för behandlingar som är förknippat med högre kostnader och större volymer. Detta eftersom att de potentiella vinster som finns med komplex styrning är större och tydligare i sådana situationer. Dock poängteras att i fall där patienten har en komplex samsjuklighet eller med väldigt heterogena patientgrupper kan VBV vara otympligt eftersom utvärderingen i de fallen är så svår och oprecis, och beror på fler och mer svårvärderade variabler. Stefan Larsson, som är senior rådgivare om VBV hos Boston Consulting Group, har dock sagt att det viktiga med modellen inte är att relatera värdet gentemot kostnader utan att utgå från patienten och vad som ger värde för den¹³.

En variant att beräkna värdet av en behandling är ett kombinerat mått av PROM, *patient reported outcome measure*, och CREM, *clinically reported outcome measure*. Dessa mäter vad utfallet och vad den uppmätta medicinska effekten är. Just kombinationen av de två ska ge en fullkomlig bild av behandlingens värde.

En idé som Michael Porter beskriver i sin bok ”Redefining Health Care” från 2006 är att bra sjukvård är billigare än dålig sjukvård. Kortfattat bygger resonemanget på att bra sjukvård är effektiv och inte använder fel medicinering eller behandling samt ger mindre komplikationer på lång sikt. Detta leder till slutsatsen att bra sjukvård är kostnadseffektiv. Förvisso är det korrekt att bra sjukvård ger färre komplikationer än dålig sjukvård, men påståendet kan analyseras ur ett perspektiv om policymisslyckanden¹⁴. Det är ju knappast fallet att de läkare som levererar kortsiktigt billig men långsiktigt dyrare sjukvård inte egentligen vill bota sina patienter.

Porters bok beskriver ingående hans syn på hur sjukvård bör fungera och organiseras. Exempelvis beskrivs problemen med konkurrens inom amerikansk sjukvård (konkurrensen sker i ett nollsummespel istället för ett positivsummespel, och den sker i allt för stor utsträckning med fokus på säljande och för lite på värde och kvalitet). Boken utgår från en amerikansk kontext, men vissa koncept är användbara även i Sverige, inte minst för att förstå den idémässiga utgångspunkten för de senaste årens sjukvårdsdebatt.

¹² Lundberg, 2013

¹³ [Stefan Larsson och Johan Öberg \(BCG\) på DN Debatt](#)

¹⁴ Ett policymisslyckande används som motsvarighet till marknadsmisslyckande fast om politiskt beslutsfattande.

Policymisslyckande i vården

För att förstå varför sjukvård inte bedrivs långsiktigt kostnadseffektivt kan man tänka sig en beslutsfattare som önskar bli omvald och därför har krav på sig att utlova reformer. Resurserna till dessa reformer är knappa, vilket kan leda till en tendens att prioritera kortsiktiga kostnadsbesparingar i syfte att skapa utrymme för populära reformer. Om sjukvård i utgångsläget bedrivs långsiktigt billigt men på ett sådant sätt att det kortsiktigt kan göras besparingar uppstår en situation beslutsfattaren kan frestas att genomföra besparingen trots att det uppstår högre kostnader i framtiden. Tänkbara lösningar på det politiska dilemmat kan vara längre mandatperioder (för att beslutsfattare ska ta framtiden i större beaktande) eller att flytta beslutet från parlamentet till experter, men sådana lösningar är i regel behängda med andra problem, såsom bristande demokratisk förankring. Om tesen är korrekt är problemet svårlöst.

New public management

New Public Management (NPM) nämns ofta i diskussioner kring samhällsutveckling i allmänhet och offentlig förvaltning i synnerhet, varför ett kort stycke bör tillägnas detta. Begreppet används så ofta och för att beskriva så olika saker att det närmast blivit betydelselöst idag. Louise Bringselius på Lunds universitet har skrivit en kort uppsats¹⁵ som beskriver begreppet vars huvudslutsats är att man bör vara försiktig när man använder det. Bringselius listar sju doktriner som NPM kan sammanfattas i, vars lejontanke är mål- och resultatstyrning. Dessa kan extrapoleras till den betydelse NPM har fått i den offentliga debatten, allmän nyliberalism och marknadsfundamentalism, men är inte nödvändigtvis precis eller bara det.

Andra styrformer

Den styrning som primärt har diskuterats i den här rapporten har utgått från ett ekonomiskt perspektiv, budgetering och incitamentsstyrning, men det finns givetvis fler former av styrning och organisering än så. Dessa former överlappar och kompletterar den ekonomiska, och för full effektivitet bör de samverka i samma riktning eller åtminstone inte leda i olika riktning. Beskrivningen av alternativa styrformer i detta avsnitt grundar sig framförallt på Tillitsdelegationens delbetänkande ”Jakten på den perfekta ersättningsmodellen” från 2017¹⁶.

Tillitsbaserad styrning

Utgångspunkten för Tillitsdelegationens arbete är att välfärden i stor utsträckning detaljstyrs samt är fokuserad på en marknadslogik som inte i alla omständigheter lämpar sig för den sortens verksamhet. Den formen av styrning hade ett relevant syfte när det infördes efter den offentliga

¹⁵ [Louise Bringselius om NPM](#)

¹⁶ Tillitsdelegationen är en statlig utredning som lämnar sitt slutbetänkande under sommaren 2017.

sektorns expansion under efterkrigstiden fram till och med 1970-talet, dvs. att öka effektiviteten i offentlig sektor. Det finns dock tendenser att pendeln har slagit över i motsatt riktning, samt att vissa utgångspunkter kan ha ändrats under tidens gång. Tillitsdelegationen är inriktad på tillitsbaserad styrning, vilken de definierar i sitt delbetänkande som ”fokus på verksamhetens syfte och brukarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa förmåga, integritet och välvilja”.

Regelstyrning

Regelstyrning sätter ramar kring verksamheter, och fungerar som restriktioner för hur frimanövrerad en verksamhet tillåts vara. Det finns en avvägning mellan målstyrning och regelstyrning, där en verksamhet helt utan flexibilitet knappast kan sägas ha målstyrning alls. De regler som finns bör fungera i samklang med ekonomiska incitament och verksamhetens ambitioner, för att uppfattas som legitima och för att förståelsen för deras existens ska finnas. Tillitsdelegationen påtalar vikten av ett reflekterande förhållningssätt, för att medarbetare ska kunna arbeta mot en målsättning och därför ha insikter om när det är lämpligt att göra avsteg från regelverk och när det är oacceptabelt.

Normstyrning

Normstyrning är den styrning som handlar om att få medarbetare att själva välja att arbeta mot verksamhetens uppsatta mål. Det sker bl.a. genom ledarskap och utbildning, och syftar till att få beteenden och attityder att fungera i samklang med verksamhetsinriktningen. I den tillitsbaserade styrningen är normstyrningen vital.

Prestationsstyrning

Att styra efter prestation kan baseras på kvalitativa eller kvantitativa bedömning. Helst ska det baseras på resultat, men tenderar att baseras på medel och processer.

Ekonomistyrning

Ekonomistyrning är den form av styrning som diskuterats ingående tidigare, d.v.s. budgetering och incitamentsstyrning.

Styrning mot innovation

Den akademiska tankesmedjan *Leading Health Care* har släppt rapporten ”*Ekonomi för förändring*”¹⁷ som diskuterar hur ersättningssystem inom hälso- och sjukvård kan vara ett hinder för innovationer istället för att bidra till dem. Problematiken som beskrivs är inte unik för innovation inom sjukvården, utan inom praktiskt taget alla fält där det finns en politisk vilja att stödja framtagandet av nya produkter. Genom att stödja den innovation som är ny idag minskar

¹⁷ [Ekonomi för förändring - Tankesmedjan LHC](#)

den relativa konkurrenskraften hos det som skulle kunna uppstå i framtiden, t.ex. om dagens teknik subventioneras så pass mycket att den blir billigare än nästa stegs teknik trots att steget dit vore samhällsekonomiskt gynnsamt. Att helt komma runt problemet låter sig eventuellt inte göras, men rapporten fokuserar på faktorer som kan minska skadeverkningarna.

Exempel på åtgärder som nämns i rapporten för att förenkla innovationer inom sjukvården är bl.a. att förenkla ersättningssystemen så att de blir mindre detaljerade, att aggregera verksamhetens ersättningsgrundande resultat, att specifikt inrikta ersättningar mot innovationsverksamhet och att ge utrymme för flexibilitet för att det ska finnas tid och kapacitet att tänka och pröva nytt.

Rapporten tar även upp målkonflikten mellan att styra efter innovation och att styra mot andra värden, exempelvis resurshushållning. En vård som är öppen för innovationer är också mer öppen för variation i processer och därigenom utfall. Innovationsskapande måste därför vägas mot vård på lika villkor, grovt uttryckt finns risk att kortsiktiga resultat offras till förmån för långsiktiga förbättringar. Exempelvis är en ny teknik ofta dyrare i ett initialt skede, och kan skapa problem i införandet till följd av ovana hos utövaren.

Evidensbaserad vård bygger på metoder som funnits så pass länge att de hunnit mätas, utvärderas och spridas. För att innovationer ska kunna spridas måste alltså någon gå före och pröva det som ännu inte är evidensbaserat. Det går då inte att både garantera den bästa vården för patienten samtidigt som vården ska utvecklas.

LHC presenterar i sin rapport fyra möjligheter för utformning av ersättningsmodeller som kan vara innovationsfrämjande: förenkling, aggregering, riktad ersättning och slack. De menar att ersättning som ges idag kan hindra innovationer genom att vara för detaljerad och omodern på det sättet att nya arbetssätt inte kan ersättas. De skriver även att ersättning kan riktas mot det specifika syftet att pröva någonting nytt. Slack är ett begrepp som anger att det finns fria resurser i en organisation i syfte att skapa utrymme för uppfinningsrikedom.

Läkarnas egna uppfattning

Huvuddelen av det material som denna rapport grundar sig på tar inte sin utgångspunkt i läkares eller övrig vårdpersonals situation och uppfattning. Källorna är i regel övergripande studier som beskriver aggregerade utfall, och fångar därför inte starka uppfattningar åt endera det positiva eller negativa hållet om diverse koncept som finns implementerade i hälso- och sjukvården. Det betyder inte att det perspektivet inte är viktigt, utan reflekterar enbart det faktum att perspektivet sällan redogörs systematiskt.

Inom ramen för Tillitsdelegationens arbete har en intervjustudie genomförts¹⁸, som delvis berör just den ovan nämnda luckan i beskrivningen. Intervjustudiens syfte är att ta reda på hur

¹⁸[Health Navigators studie återfinns som bilaga 2](#)

styrningen i sjukvård och äldreomsorg påverkas av ersättningsmodeller. Frågorna man ställer berör vilken roll ersättningsmodeller fyller, hur medarbetare uppfattar utformningen av dessa och hur ersättningsmodellerna kompletteras av andra styrsignaler.

Intervjustudien sammanfattas bl.a. med att ersättningsmodellernas roll är central och ”den mest styrande delen av styrsystemet” men att de strukturella problem som finns för verksamheten förefaller påverka uppfattningen av aktuella ersättningsmodeller, oavsett vilken modellen är. Medarbetare föredrar i allmänhet minskad incitamentsstyrning och detaljstyrning, beställarna däremot ”upplever samtidigt ett visst behov av det”. Studien inkluderar väsentligt mer än dessa korta slutsatser, som är väl värd att läsa för den som är speciellt intresserad.

En, måhända anekdotisk, referens för att beskriva hur vissa läkare betraktar frågor om sjukvårdsstyrning är artikeln ”Olämpliga styråtgärder har skapat dagens vårdkris” i Sjukhusläkaren¹⁹ där 20 åtgärder i landsting och stat listas som särskilt olämpliga och däribland finns värdebaserad vård, NPM, patientansvarig läkare och konsulter.

Sjukvården som ett komplext dynamiskt system

Systemteori är det akademiska fält som studerar och analyserar system. System definieras i sammanhanget som något som består av flera komponenter som är sammanlänkade och fungerar i relation till varandra. Det akademiska fältet är sprunget ur operationsanalysen som uppstod under andra världskriget inom militärstrategi, även om den ursprungliga historien är väsentligt äldre. Den moderna forskningen i fältet bedrivs framförallt inom matematisk analys, på en teoretisk nivå som överstiger det som lekmän kan ta till sig, men slutsatser och tillämpningar är i allra högsta grad tillgängligt för en bredare krets.

Inom systemteori betraktar man de ingående elementens beroende av varandra, och hur förändringar i en del av systemet ger återverkningar i helheten och även på den del som initialt förändrades. Komplexa dynamiska system karakteriseras av att delarna tillsammans skapar något större (eller mindre) än summan av de isolerade komponenterna torde medge. Omvänt kan även ett illa fungerande system producera sämre resultat än förväntat. Ett vanligt system som också konkret kan användas för att skapa förståelse för hur systemtänkande kan användas är ekosystem, där ett befintligt ekosystem kan få omfattande helhetsförändringar av en liten förändring i en delkomponent.

Det finns en mängd uppsättning modeller inom systemteorin, såsom kausala återverkansmodeller och nivå-flödes-modeller. En basal nivå-flödes-modell är ett badkar som fylls på ur en kran och tappas ur samtidigt. Vattennivån i karet beror på storleken på in- och utflödena. På

¹⁹ Sjukhusläkaren nr 4, 2017.

samma sätt kan exempelvis ett sjukhus beskrivas med in- och utflöden, vilka i sin tur beror på hur sjukhuset samverkar med vårdcentraler, hemsjukvård, omsorg och apotek.

På senare år har sjukvårdssystemet kommit att analyseras ur ett systemteoretiskt perspektiv, bland annat har WHO skrivit en längre rapport om sjukvårdssystem²⁰, och 2014 gav den amerikanska presidents råd om vetenskap och teknik ut en rapport om hur systemteoretiskt arbete kan förbättra kvalitet och sänka kostnaderna²¹. Utgångspunkten är att analysera sjukvården holistiskt, istället för att plocka ut enskilda delar och reparera dessa en åt gången.

Aktörerna inom sjukvårdssystemet är bl.a. patienter, läkare, sjuksköterskor, sjukhusledning, politiska beslutsfattare och finansiärer (skattebetalare)²². Tillsammans samspelar dessa för att skapa hälsa i befolkningen. Några faktorer som i den genomlästa litteraturen karakteriserar komplexa system är att sambanden är icke-linjära och svår-förutsägbara, och att förändringar inte alltid får förväntad långsiktig effekt och ibland inte ens signifikant effekt över huvud taget utan kanske förändrar en helt annan faktor än vad som från början var avsett. Att analysera sjukvården som ett sådant system innebär att vara medveten om att förändringar i en del av helheten kan (och kommer) få oförutsedda följd effekter som är både positiva och negativa. Genom att studera helheten och inför reformer resonera kring vilka dessa följd effekter kan vara kan ineffektiva reformer undvikas till förmån för mer effektiva.

Historisk utveckling av sjukvårdens styrning i Sverige

Den svenska offentliga sektorn expanderade under efterkrigstiden, både i absolut storlek och som andel av BNP. Sjukvårdsreformen år 1970 är en av de mest välkända reformerna inom svensk sjukvård. När reformen strax skulle fylla 30 år skrev flera erfarna författare om hur systemet sett ut före och efter reformen samt dess effekter i Läkartidningen²³. Före reformen fick patienten betala hela kostnaden för öppenvårdsbesök och sedan få ersättning av Försäkringskassan, men reformen innebar att patienten skulle betala 7 kronor per besök och att vårdgivaren skulle få överstigande kostnad från Försäkringskassan. Systemet innebar sjukvård för alla till kostnad för patienten.

I slutet av 1970-talet uppstod en debatt om bristande effektivitet och alltför höga kostnader inom hela välfärden och då även sjukvården. Som ett svar på detta kom bland annat

²⁰ [WHO - Systems thinking for health systems strengthening](#)

²¹ [Report to the President - Better Health Care and Lower Costs: Accelerating improvement through systems engineering](#)

²² På samma gång är *alla* dessa aktörer patienter och finansiärer.

²³ Läkartidningen, volym 96, 1999.

förvaltningsformen New Public Management, både i Sverige och i andra länder. Under 1980-talet infördes NPM inom den offentliga sektorn i Sverige. Med NPM kom fler modeller i syfte att fungera specifikt för olika välfärdsverksamheter, varav några av de mer namnkunniga beskrivs nedan.

Totalkvalitet (total quality management - TQM)

TQM är en organisationsfilosofi vars grundpelare är konstanta stegvisa förbättringar i alla delar av en verksamhet. Genom att välja rätt kriterier och att mäta resultat förbättras verksamheten. I sjukvårdssektorn är det hälsoutfall och patientnöjdhet som är det mätbara kriteriet. Arbetet ska vara fokuserat på patienten (kunden) och all personal ska vara delaktiga och arbeta som ett lag. Organiseringen ska vara processororienterad, vilket förstås som att organisationens funktioner är en serie sammankopplade delar som kan bli isolerat förbättrade och därigenom ge en bättre helhet.

Lean

Lean inom sjukvården utmynnade från produktionsmodeller i industrin, t.ex. ”Toyotamodellen”, vilka syftade till att minska slöseri och skapa utrymme för förbättring. Slöseri är exempelvis väntetider, dubbelarbete och överproduktion. Genom att minska sådana faktorer frigörs resurser som kan användas mer produktivt. En viktig insikt inom Lean är att kortsiktiga kostnader kan ge långsiktiga vinster, liksom kortsiktiga vinster kan öka den långsiktiga kostnaden. Om det i en produktionskedja finns flaskhalsar på en plats kan kostnader minskas genom att överföra resurser och kapacitet dit från andra positioner, i syfte att få ett jämnare flöde. Det antas också att när produktionsenheter specialiserar sig på enskilda uppgifter ökar kvaliteten och effektiviteten.

Six Sigma (6σ)

Six sigma är en produktionsprocessfilosofi som har som utgångspunkt att produktionen blir mer effektiv om variationen minskar, d.v.s. att flödena i processen är konstanta. Namnet kommer sig av den traditionella beteckningen för standardavvikelse, den grekiska bokstaven sigma. Att mäta resultat och arbetsinsatser är en viktig del i processen, med det långsiktiga målet att förbättra de parametrar man mäter.

Inom såväl Lean som Six Sigma finns ett tydligt exempel på överföring från tillverkningsindustrin till sjukvården, där en yrkesgrupp kan specialisera på en specifik arbetsuppgift (exempelvis en viss sorts operation för en kirurg) och därigenom både arbeta snabbare och med högre kvalitet. Det kräver givetvis ett patientunderlag som gör det möjligt att arbeta mycket med specifika åkommor vilket talar för att ha specialistsjukhus som hanterar ovanliga åkommor för hela landet.

Gemensamt för flera av ovanstående modeller och metoder är att de är inspirerade av näringslivet och tillverkningsindustrin. Det är sektorer som traditionellt har varit inriktade på effektivisering och ökat produktionsvärde. Problem kan uppstå i överföringen om det inte är

tydligt att det finns grundläggande skillnader mellan exempelvis tillverkning och sjukvård. En annan röd tråd förefaller vara att de metoder som införts vill placera kunden (patienten) i fokus. Eftersom en metod efter annan införs med samma utgångspunkt verkar ingen föregående ha lyckats lösa det ursprungliga problemet.

Etiska principer

Diskussionen kring styrning handlar i stor utsträckning om ekonomi och logistik. De ekonomiska ramarna i verksamheten går inte att bortse ifrån, men lika viktigt är det att ha den etiska styrningen med sig.

Läkarförbundets etiska principer finns beskrivna i det sjukvårdspolitiska programmet^{24, 25}, och de inbegriper bl.a. jämlikhet, patientfokus, professionalism, god resursanvändning och ett hållbart arbetsliv för läkare. Det är i mötet med patienten som värdet skapas i vården. En styrmodell som inte tar hänsyn till detta kan inte nå bästa möjliga resultat, eftersom patientens upplevelse och läkarens kompetens måste kombineras.

Syftet med skattefinansierad välfärd är primärt omfördelning av resurser från resursstarka till resurssvaga, det är en jämlikhetsprincip som knappast är ifrågasatt vare sig inom Läkarförbundet eller samhället i stort. Däremot är en viktig diskussion hur fördelningen ska se ut mellan de som är i behov av den. Vilket är det rätta valet, exempelvis, mellan en mycket dyr behandling som ger stor nytta för ett fåtal eller en väsentligt billigare behandling som ger mindre nytta till fler? Det är inte enbart en teoretisk diskussion utan en i allra högsta grad praktisk fråga för de som är verksamma inom vården, och även de som vill ha ett välfärdssystem som bevarar sin legitimitet hos de som inte i första hand är de som just idag har nytta av den.

Läkarförbundets etiska regler har som första regel att en läkare alltid ska ha patientens hälsa som främsta mål. Läkaren ska arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Däremot finns lite att hämta i de etiska reglerna om prioritering av resursanvändning. Att använda resurser till störst gagn för patienterna hanterar inte den målkonflikt som finns mellan att hjälpa få patienter med stora problem eller att hjälpa många patienter med små problem. Ur ett utilitaristiskt perspektiv kan de vara ekvivalenta, och kosta lika mycket. Även World Medical Association har etiska riktlinjer som uttrycker sig på samma sätt. De adderar att akuta behov ska adresseras, men inte mer om hur långsiktig resursfördelning ska utformas.

²⁴ [Läkarförbundets etiska regler](#)

²⁵ [Prioriteringsdelegationen](#)

Ledarskap inom sjukvården

En faktor vars betydelse uppenbarats allt mer i arbetet med denna rapport är att styrning av sjukvården inte kan separeras från ledning, chefskap och ledarskap i densamma. En mängd vittnesmål tyder på att politiken är alltför involverad i de små besluten, och att detta skapar problem för utövarna. ”Låt proffsen vara proffs” återkommer genomgående, och det har även på olika sätt uttryckts som framgångsfaktorer på de internationella studiebesök vi har genomfört inom projektet.

Läkare som chefer

Sjukvården är idag präglad av ett efterfrågeöverskott, dvs. att befolkningen vill ha mer sjukvård än systemet kan producera. Det syns framförallt i växande köer och låg arbetslöshet bland vårdyrken. På lång sikt kommer situationen bli ännu tydligare, främst på grund av den växande andelen av befolkningen som är äldre och därför mer kostnadsdrivande inom sjukvården. Det kommer alltså krävas mer sjukvård för alltför knappa resurser. Då läkare har den högsta medicinska kompetensen har de också det bästa perspektivet för att överblicka resursfördelningen inom vården både mellan patienter och för enskilda patienters vårdcykel. Det kommer att vara avgörande i framtidens vård att avgöra hur man ska fördela knappa resurser, med krav på både mer och samtidigt bättre vård.

Forskare på Karolinska Institutet levererade en översikt av effekterna av att ha läkare i chefspositioner inom sjukvården²⁶. De fann indikationer på att bland annat vårdkvaliteten, finansiell resursfördelning, personaltillfredsställelse och förändringsbenägenhet kan öka om läkare är chefer på sjukhus. Då det var en metastudie är det vanskligt att hävda att samtliga effekterna inträder simultant, det beror givetvis på hur och i vilket sammanhang något görs, men resultaten antyder att det är värt att sträva efter att få fler läkare att satsa på en chefskarriär i takt med att de redan ansträngda offentliga resurserna (såväl finansiellt som humant kapital) blir än mer uttänjda.

Läkarförbundet genomförde 2009 en kartläggning av läkarkårens syn på chefsrollen²⁷. Kartläggningen innehåller många intressanta resultat. Det framgår att de främsta drivkrafterna för att vara chef var att få inflytande över verksamheten, skapa bra resultat och få möjligheten att leda och utveckla andra. Det framgår även att deltagarna i kartläggningen (3 000 personer som var både chefer och icke chefer) anser att läkare som chefer har stor betydelse för vårdens kvalitet.

²⁶ [Physicians' role in the management and leadership of health care](#)

²⁷ [Läkarförbundet sammanställning 2009](#)

Kontinuitet i sjukvården

En övergripande slutsats av arbetet med denna rapport är att vården av idag i alltför stor utsträckning brister i kontinuitet. Det återspeglas på flera nivåer, t.ex. när ansvaret för en patient delas mellan kommun och landsting, mellan primärvård och sjukhus eller mellan ett stort antal läkare. Även om samtliga isolerade enheter gör insatser som är av hög nivå och till gagn för patienten förefaller det finnas stora vinster både i effektivitet och kvalitet att göra om ansvaret för en patients besvär är sammanhållen över hela vårdepisoden. Det inkluderar bl.a. att när en äldre person flyttas mellan slutenvård och äldreomsorg bör det ske med en högre grad av sömlöshet än idag, och samma sak gäller när en patient rör sig mellan primärvård och sjukhus. Läkarförbundet har länge propagerat för ett fastläkarsystem. Det finns stor potential att förbättra kontinuiteten genom en sådan reform, så att exempelvis sjukdomshistoria och läkemedelsinteraktioner hanteras på ett tydligare sätt än idag.

En intressant komponent att ta med sig från Michael Porters koncept med värdebaserad vård är just hur man där anser att finansieringen bör se ut, nämligen att finansieringen bör gälla hela vårdepisoden som då också inkluderar komplikationer som kan följa. Om det finns en avvägning mellan kortsiktigt och långsiktigt välmående för patienten finns risken att behandlingar styrs mot det kortsiktiga om finansieringen möjliggör det. För en neutral beslutssituation bör vårdfinansieraren ha ansvar för långsiktiga effekter. Med det inte sagt att det aldrig finns anledning att agera kortsiktigt, men incitamenten bör inte styra mot det.

Det är även viktigt att i sammanhanget av kontinuitet påpeka att det finns fördelar att hämta med att inte genomföra alltför stora förändringar alltför ofta av hur sjukvården styrs. Om en viss reform ger en liten förväntad förbättring av effektivitet eller kvalitet måste det vägas mot de kostnader som uppstår på kort sikt av införandet i sig. Personalen måste informeras och därefter byta rutiner och eventuellt måste möten hållas för informationsspridning och samordning. Vården är betjänt av att positiva förändringar görs, men också av att inte förändras för ofta. Det finns en avvägning som måste hanteras av ansvarsfulla beslutsfattare. Reformerna bör genomföras med utgångspunkten att de ska vara hållbara över majoritetsskiftet inom landsting.

Patientdelaktighet och dess betydelse för vårdkvaliteten och vårdens värde

SBU publicerade 2017 en rapport om patientdelaktighet²⁸. De har gjort en litteraturoversikt av vetenskapliga utvärderingar gällande delaktigheten från patienter. De finner ett ”måttligt till starkt” stöd för att ett personcentrerat arbetssätt har positiva effekter på utfallsmått som är relaterade till delaktighet. Det är måhända inte ett överraskande resultat eftersom det är syftet med sådana arbetsmetoder. Mer intressant är huruvida detta kan överföras till ett ökat värde för

²⁸ [SBU - Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården](#)

patienten, förbättrade hälsoutfall eller minskade kostnader. De skriver att dylika insatser kan leda till kostnadsökningar, vilka kan motverkas om det ger lägre resursåtgång i andra delar av vården.

En studie publicerad i *Therapeutics and clinical risk management*²⁹ kom fram till att följsamhet i behandling är avgörande för effektivitet, och att följsamhet kräver patientdeltagande. En rapport skriven 2014 av Anders Anell³⁰ beskriver hur viljan att själv vara delaktig i beslut kring val av behandling är avtagande med ålder, och att det är ett resultat som är konsistent i flera länder. Dock ville svarande i samtliga åldersgrupper att de åtminstone informeras om behandlingsalternativ. En studie publicerad i *The Lancet*³¹ fann att när patienten kontrollerade sig själva i syfte att avgöra dosering ledde det till lägre blodtryck.

Internationell jämförelse av sjukvårdssystem

Johan Calltorp har för SKL:s räkning skrivit rapporten ”Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården”³² som är en bra översikt över de alternativ och avvägningar som är relevanta på området. Det görs där även en internationell utblick vilken till stor del ligger till grund för detta stycke, fränsett där andra källor antyder att något har förändrats i ett aktuellt land. Särskilt fokus ligger här på länder som bedöms vara mer relevanta för den svenska kontexten.

Kanada

Kanadas sjukvårdssystem är särskilt relevant för jämförelse med Sverige, dels pga. den mer europeiska synen på välfärdssamhällen än övriga Nordamerika men även pga. den med Sverige liknande sociogeografiska situationen, med stor variation i befolkningstäthet över landet.

En viktig faktor i Kanadas sjukvård är att de flesta läkare är egenanställda, vilket innebär att de i praktiken är konsulter åt den offentliga sektorn. Många har egna lokaler. Det kan vara detta som gör att debatten om ersättningssystem i Kanada främst centreras kring läkarnas anställningsvillkor och löner, d.v.s. deras avtalsförhandlingar. Sjukhusen finansieras ungefär som många svenska, med DRG-baserad ersättning. En skillnad mellan läkares situation i Kanada och Sverige är att i Kanada är lönesättningen aktivitetsbaserad, vilket innebär att om en

²⁹ [The challenge of patient adherence](#)

³⁰ [Uppdrag välfärd](#)

³¹ [Efficacy of self monitored blood pressure](#)

³² [Johan Calltorp, SKL](#)

läkare utför dubbelt så många behandlingar erhåller den dubbelt så hög ersättning. Från den ersättningen finansieras semester, sjukförsäkring, stödpersonal och viss utrustning. Lönenivån är högre än i Sverige men eftersom lönen ska täcka fler kostnader är det svårt att jämföra den faktiska skillnaden mellan länderna. Dock är variationen mycket större än i Sverige som en följd av utformningen. Ersättningen per aktivitet förhandlas mellan fack och region. Det förekommer även stora skillnader mellan Kanadas regioner och provinser.

Sjukvårdssystemet kallas *Medicare*, och är till största del skattefinansierat av stat och region³³. Utförarna är primärt privata. Staten reglerar sjukvården. Förskrivningsläkemedel och långvård är inte skattefinansierat utan finansieras av privata sjukförsäkringar. Ett praktiskt problem med att kostnaderna för läkemedel inte täcks i särskilt stor utsträckning är att när patienter får en behandling som kräver läkemedel den inte har råd med är att patienten då i praktiken inte får någon behandling alls, och i stället blir ännu sjukare och till slut behöver akut vård. Det vore alltså i de extrema fallen bättre att antingen inte förskriva något alls eller subventionera medicinen som patienten behöver.

USA

Calltorp framhåller att sjukvårdssystemet i USA inte är enhetligt utan skiljer sig åt geografiskt och även förändras mycket över tid. Systemet förändras ofta och är att betrakta som ett ”utvecklingslaboratorium”. Den stora debatten i USA om sjukvård har de senaste åren varit kring hur den finansieras, eftersom programmen Medicare (för personer över 65), Medicaid (för låginkomsttagare) och Veterans Administration (för krigsveteraner) inte är heltäckande. Det var för att lösa denna problematik som den tidigare presidenten Barack Obama införde det s.k. Obamacare³⁴ som efter sitt införande mött stora politiska hinder. Hur sjukvården levereras förefaller för komplext för att beskrivas på detta utrymme.

Storbritannien

Den beställar-utförarmodell som utvecklats i Sverige är i stora delar inspirerade av den brittiska sjukvården. Precis som Sverige finns i Storbritannien en tradition av resultatmätning. Sjukvården är skattefinansierad. Till skillnad från Sverige som är regionalt styrt är Storbritannien centralstyrt via NHS, och det tydliga politiska regionala ansvaret saknas. I det avseendet är NHS en teknokratiskt styrd organisation. Det finns precis som i Sverige tydliga inslag av privata företag som levererar vård.

³³ 70 procent av Kanadas sjukvård är skattefinansierad.

³⁴ Obamacares formella namn är Patient Protection and Affordable Care Act.

Skottland

Skottlands sjukvård är precis som övriga Storbritannien organiserad inom NHS, som arbetar separat inom NHS Scotland. Utförandet är ordnat i regionala system som ansvarar för medborgarna inom det geografiska området. Skottland har en geografisk situation som på många sätt påminner om Sveriges, fränsett att det är en ö. Landet är glest befolkat och många bor långt bort från övrig civilisation. I arbetet med detta projekt har ett studiebesök till Skottland genomförts, och då fick vi berättat för oss bl.a. att de arbetar mycket med telemedicin. Det har funnits i Skottland i flera år. En skillnad gentemot Sverige som våren 2018 har en intensiv debatt om nätläkare är att i Skottland betalar patienten själv för en större del av kostnaden vilket enligt NHS Scotland leder till att det inte finns tendenser till överkonsumtion.

Nederländerna

I Holland är välfärden både försäkrings- och skattefinansierad och avsedd att ge alla invånare vård på lika villkor. Landet har gått längre än de flesta andra europeiska länder när det gäller att ”konkurrens som ett medel att söka utveckla vårdens kvalitet och prestationer”. Så som i UK och Sverige är resultatmätning vanligt i Holland.

En intressant aspekt av det holländska sjukvårdssystemet är finansieringen. Till stor del finansieras sjukvården av försäkringar, som är obligatoriska att teckna (annars får man betala vite) samt att försäkringsbolagen inte får differentiera erbjudandet utifrån patientens (kundens) egenskaper. Det innebär att försäkringspremien inte skiljer sig åt mellan patienter med olika förväntade sjukvårdskostnader. De kostnadsskillnader som uppstår mellan olika försäkringsbolag finansieras via en riskutjämningspool, för att minska bolagets incitament att på olika informella sätt selektera bland patienter. Bolagen kompenseras om de betalar ut mer än en viss nivå, och ersättningen överstiger de förväntade kostnaderna. Läkemedel ingår i försäkringen.

Sammanfattande diskussion

Rapporten har berört områden som ingår i sjukvårdens styrning och ekonomi. För den som sträckläser rapporten kan den röda tråden saknas, eftersom det varit viktigt att beskriva en mängd olika frågor inför den fortsatta diskussionen. Det här stycket är tänkt att knyta ihop trådarna och ge en samlad bedömning av vad som krävs av ett styrsystem för att det ska leverera högkvalitativ sjukvård. Rapportförfattaren ansvarar själv för slutsatserna.

Sjukvården styrs av flera faktorer såsom lagstiftning, ekonomiska styrsystem, kompetensförsörjning och politiska prioriteringar. Under projektets gång har vissa faktorer som framstår som extra viktiga uppmärksammats i litteraturen, i arbetsgruppens diskussioner och på studiebesök. Några av de faktorerna beskrivs nedan.

De begränsade resurserna i sjukvården måste användas effektivt. För att styra rätt är det första steget att beskriva vilket mål som ska uppnås, och därefter skapa ett system av resurser, regler och incitament som leder dit. Hälso- och sjukvårdslagens styråra är att den patient som har störst

behov ska ges företräde. Detta kan i praktiken resultera i en målkonflikt med att fördela vård för bästa folkhälsa. Vad som är rätt eller fel är en ren värderingsfråga, men målkonflikten finns där.

Systemet ska ge utrymme för professionerna att fatta de medicinska beslut de bedömer vara de rätta, besluten ska inte detaljstyras allt för hårt ovanifrån. Allt som är möjligt att göra kan inte göras, men det som görs måste genomföras så effektivt som möjligt och bidra till att helheten styrs mot det övergripande målet. Komponenterna i systemet måste ge signaler som inte pekar i olika riktning, exempelvis bör inte de ekonomiska incitamenten styra mot något som lagstiftningen avser att motverka.

Det finns i vissa fall en möjlig målkonflikt mellan jämlikhet och värden som innovationer och kommunalt självstyre. Exempelvis kan ett landsting fokusera på en viss sorts sjukdomar på bekostnad av andra, vilket i sig skapar en ojämlikhet mellan boende i olika landsting. Det krävs även att patienter får vård som har olika stark empirisk uppbackning för att innovationer ska kunna göras, vilket kan innebära ojämlikheter mellan patienter både på kort och lång sikt. Avvägningarna är svåra, men måste göras. Samma avvägning finns att göra mellan valet att behålla en arbetsprocess eller införa en ny som har potential att både förbättra effektiviteten på lång sikt och bära med sig kortsiktiga problem. Ett visst avkall på kortsiktig jämlikhet är nödvändigt för fortsatt utveckling av vården.

Det måste också finnas större inslag av kontinuitet inom vården, på flera plan. Idag är t.ex. äldreomsorgen och sjukvården uppdelad mellan kommuner och landsting, vilket ibland leder till att patienter hamnar mellan stolarna då det uppstått en konflikt om vilken nivå som ansvarar för kostnaderna. Det finns även effektivitetsvinster att göra om en patient är en vårdgivares ansvar från början till slut, så att inte kortsiktiga vinster görs på bekostnad av det längre perspektivet. Ett sätt att uppnå kontinuitet är att ha ett fastläkarsystem, ett annat kan vara att den vårdgivare som har ansvar för en patient även är ansvarig för kostnader som följer av eventuella komplikationer.

En välutbildad personalstyrka är av största vikt för en högkvalitativ vård. Om personalen har hög kompetens är sannolikheten stor att kvaliteten är hög, och motsatt gäller att om personalen har fel eller låg kompetens är det omöjligt att uppnå hög kvalitet. Kontinuerlig utbildning under yrkeslivet krävs för att utvecklingen av vården inte ska stagnera. För att kompetensförsörjningen till sjukvården ska fungera krävs att yrkena är fortsatt attraktiva både för de som ska välja utbildning och karriär, och för att behålla den befintliga personalen kvar i sektorn. En viktig faktor för yrkenas attraktivitet är att lönerna är konkurrenskraftiga, samt att arbetsmiljön är god.

Bilaga - Svensk sjukvård ur ett statistiskt perspektiv

Sammanfattning

- Hög läkartäthet med geografisk variation
- Hög kvalitet och höga men stabila kostnader

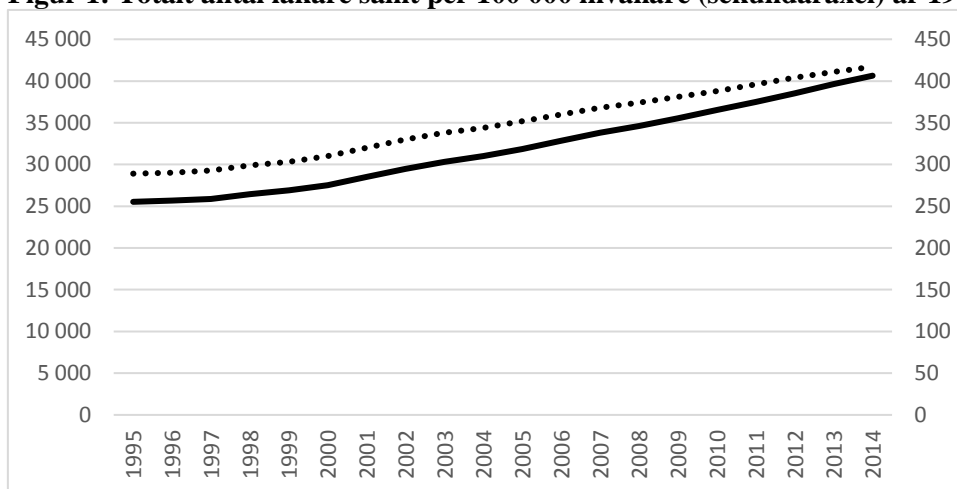
För att förstå sjukvårdens situation är statistik över relevanta utfallsmått en aspekt att beskriva den med. Några av de vanligaste måtten är antalet läkare, antalet vårdplatser och antalet sjuksköterskor. Annat som ofta studeras är hälsoutfall för diverse sjukdomar och vårdtider. Det är viktigt att förstå situationen bakom siffrorna, samt att en enskild siffra kan säga mer än en sak. Om t.ex. vårdtider har minskat så kan det både vara en effekt av att sjukvården arbetar snabbare men det kan även vara en följd av minskade resurser. Om antalet vårdplatser minskar så kan det också vara till följd av resursbrist, men även av att sjukvården förändras. Att statistik inte är enkelt att tolka betyder dock inte att det inte ska studeras. Men eftersom det är komplexa verkligheter bakom dessa förenklade bilder är det sannolikt vanskligt att styra efter enskilda variabler, t.ex. att belöna positiva förändringar i enskilda utfall.

För att få en fullständig bild måste fler variabler än de som inkluderas här tas i beaktande, men här presenteras några av de vanligast förekommande utfallsmåtten.

Läkartäthet – över tid och lokal variation

I figurerna 1 och 2 nedan visas hur antalet läkare förändrats över tid och hur den lokala variationen ser ut. Läkartätheten (streckad linje) har gått upp, men inte lika mycket som antalet läkare (heldragen linje), eftersom befolkning har växt snabbare än läkarpopulationen.

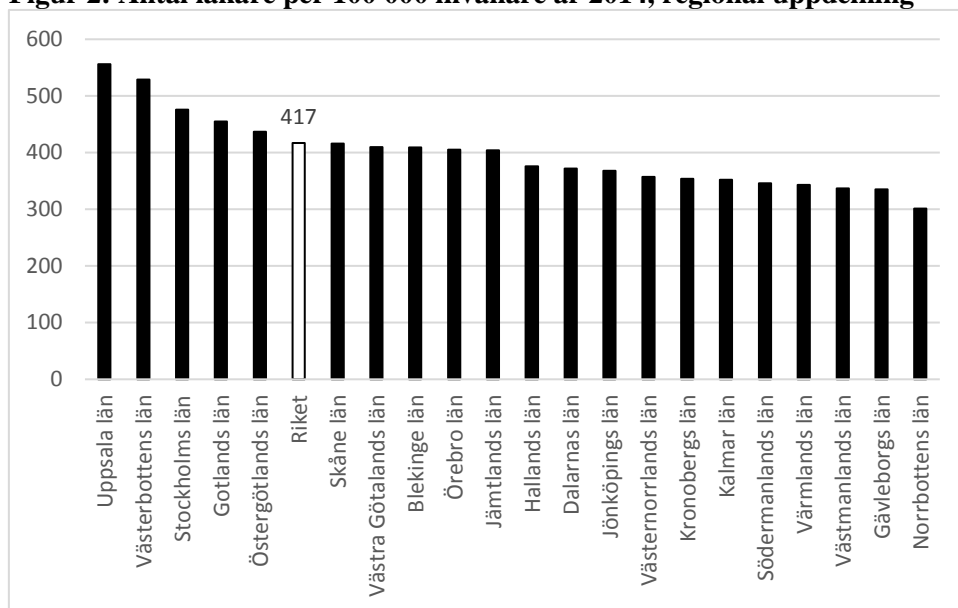
Figur 1: Totalt antal läkare samt per 100 000 invånare (sekundäraxel) år 1995 - 2014



Källa: Socialstyrelsen

Figur 2 nedan visar hur läkartätheten skiljer sig åt mellan länen. Storstadslänet har alla en täthet i den övre delen av skalan, där även Gotlands, Uppsala, Västerbottens och Östergötlands län placerar sig. Norrbotten placerar sig lägst i läkartäthet, följt av län som till synes inte följer en självklar kategorisering. Enbart utifrån denna statistiska beskrivning är det vanskligt att dra andra slutsatser än att de större städerna verkar ha lättare att attrahera arbetskraft än mindre urbana miljöer.

Figur 2: Antal läkare per 100 000 invånare år 2014, regional uppdelning



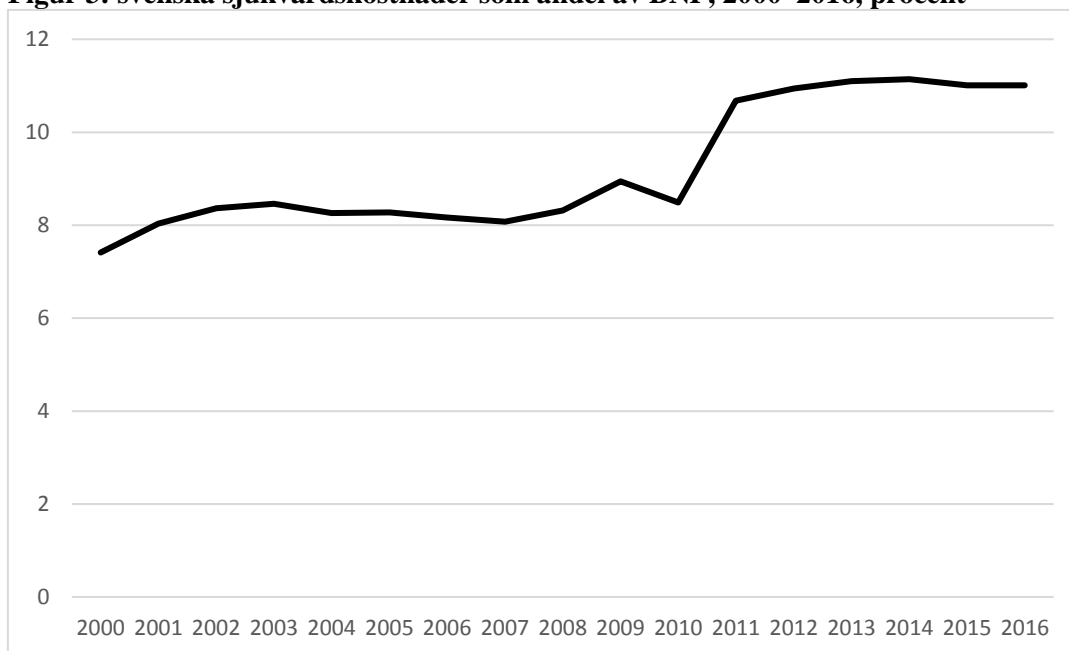
Källa: Socialstyrelsen

Kostnadsutveckling över tid

Figur 3 nedan visar hur de svenska kostnaderna för sjukvård som procentuell andel av BNP har förändrats mellan år 2000 och år 2016. Det syns en markant ökning år 2011, vilket är till följd av en definitionsförändring som tillkom 2014 och beräknas retroaktivt för 2011 vilken i korthet innebär att mer av omsorgskostnader inkluderas i begreppet sjukvårdskostnader³⁵. Frånsett den förändringen är kostnaden som andel av BNP stabil under mätperioden.

³⁵ [Missvisande ny definition av sjukvårdens kostnader](#)

Figur 3: svenska sjukvårdskostnader som andel av BNP, 2000–2016, procent



Källa: *Health at a glance 2017*.

Fördelning mellan primärvård och sjukhusvård

Enligt hemsidan *Vården i siffror*³⁶ lades 4 189 kronor per invånare på primärvård under 2016, och 24 480 kronor på sjukvården totalt. Primärvården utgör enligt dessa siffror ca 17 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

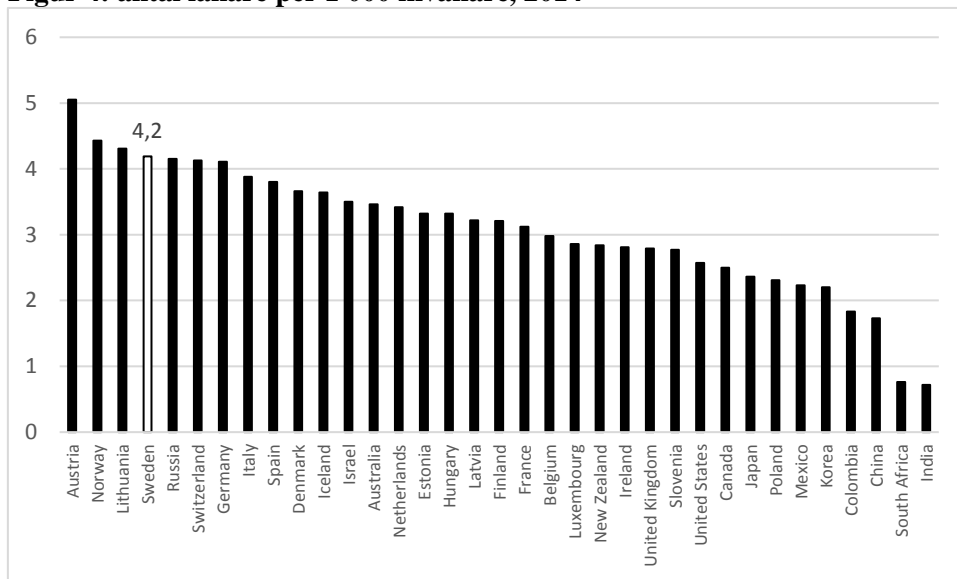
Internationell läkartäthet

Figur 4 nedan visar antalet läkare per 1 000 invånare³⁷, vilket är OECD:s mått för jämförelse av läkartäthet. Sverige befinner sig bland länderna som har högst läkartäthet i befolkningen.

³⁶ [Vården i siffror - SKL:s hemsida med sjukvårdsstatistik](#)

³⁷ Obs! Svensk officiell statistik mäter per 100 000 invånare, varför den justeringen måste göras för den som studerar bägge siffrorna.

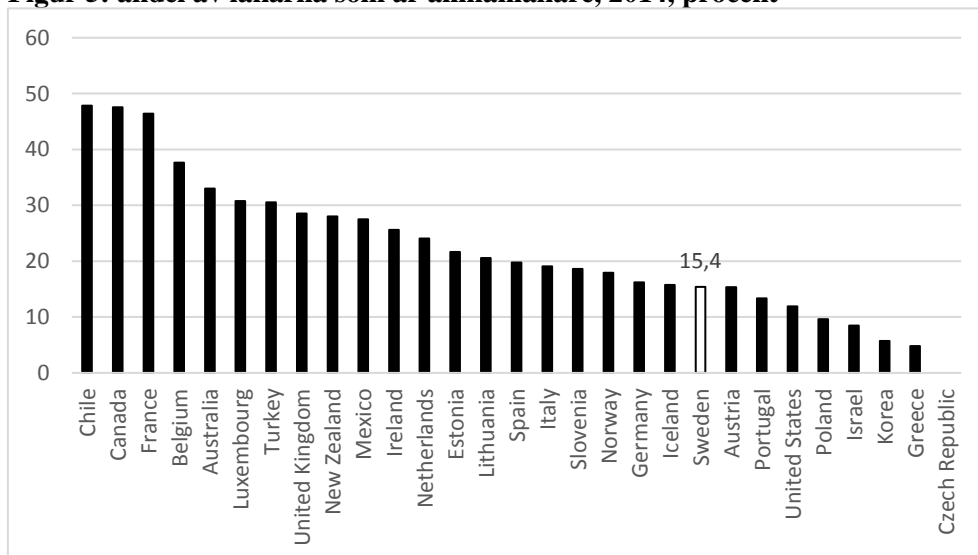
Figur 4: antal läkare per 1 000 invånare, 2014



Källa: *OECD*

I Sverige har länge en diskussion³⁸ förts kring tillgången på läkare i primärvården. Intressant är då en jämförelse med andra länder kring hur många allmänläkare som finns. Figur 5 nedan visar att i jämförelse med andra länder har Sverige en relativt låg andel läkare som är allmänläkare.

Figur 5: andel av läkarna som är allmänläkare, 2014, procent



Källa: *OECD*

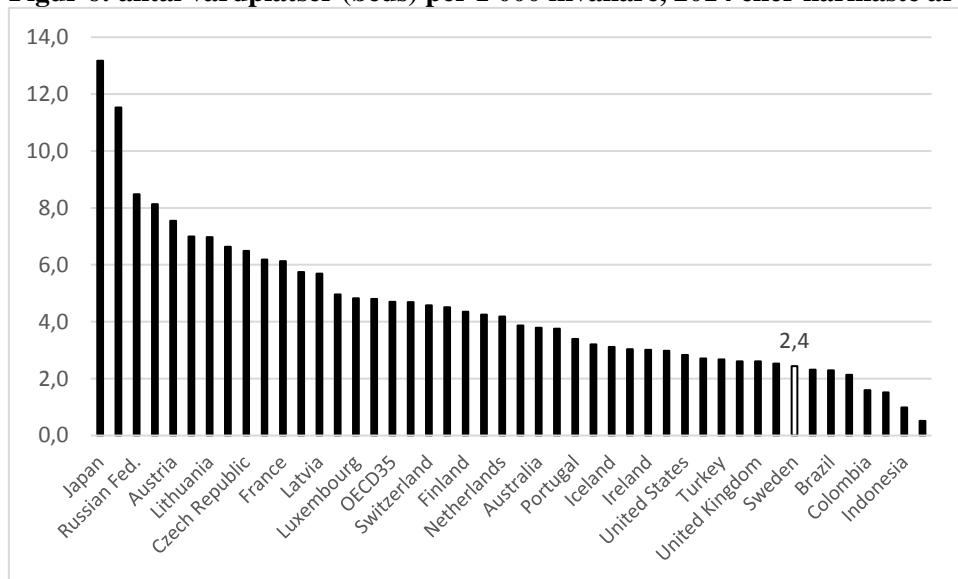
Figur 6 nedan visar att Sverige har väldigt få sängplatser per invånare. Det är dels en följd av hur vården har förändrats, där mer ska ske hemma och färre behöver stanna kvar på

³⁸ [Stor brist på läkare inom vissa specialiteter - Läkartidningen](#)

inrättningen. Det är även en följd av att det saknas sjuksköterskor som kan bemanna de fysiska platser som finns, men som därför inte kan användas för patienter.

Vårdplatser

Figur 6: antal vårdplatser (beds) per 1 000 invånare, 2014 eller närmaste år



Källa: OECD

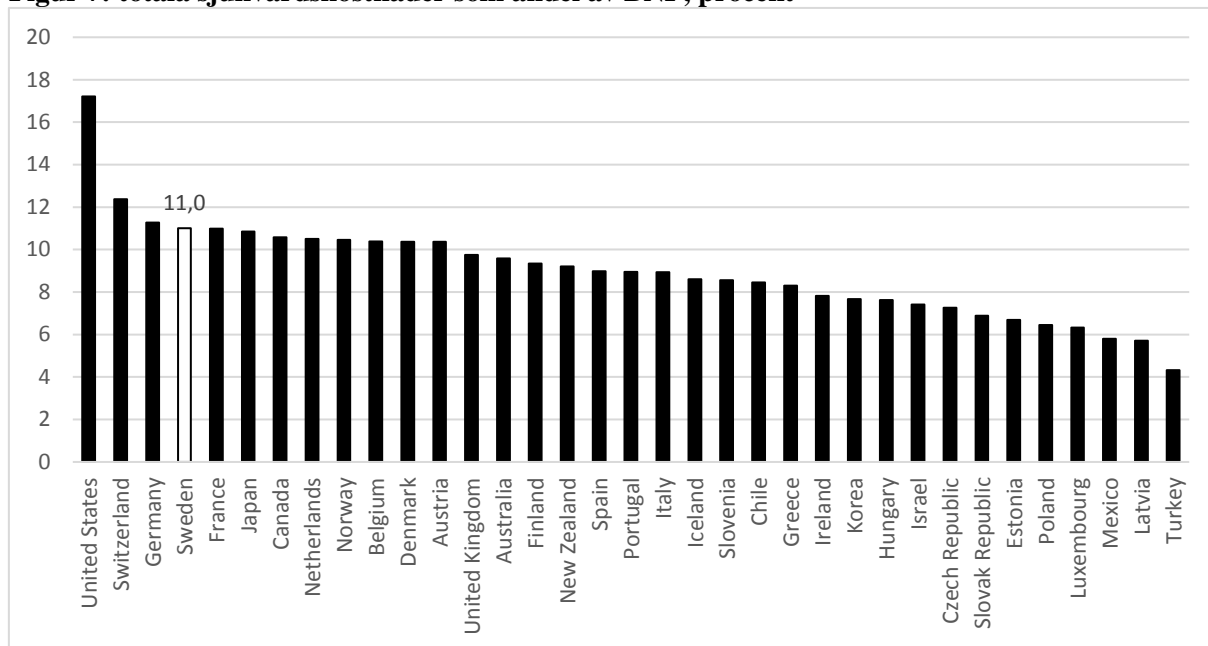
Internationell kostnadsjämförelse

Många länders sjukvårdskostnader förefaller, i likhet med Sverige, ha ökat markant år 2011 till följd av de nya definitionerna men till följd av Sverige har högre kostnader för omsorg är förändringen större här. Enligt OECD:s årliga jämförande rapport *Health at a glance 2017*³⁹ har Sverige de fjärde högsta sjukvårdskostnaderna inom OECD i relation till BNP för 2016, efter USA, Schweiz och Tyskland. Räknat per invånare ligger Sverige på sjunde plats, där utöver det tidigare nämnda även Norge, Irland och Luxemburg har högre kostnader.

Jämfört med övriga OECD har Sveriges sjukvårdskostnader per capita ökat mindre i genomsnitt mellan 2003–2009 och 2009–2016. Sveriges kostnader har årligen ökat i snitt 1,8 procent och 0,9 procent för de respektive tidsperioderna och OECD-genomsnittet har varit ökning på 3,6 procent och 1,4 procent per år.

³⁹ [OECD - Health at a glance 2017](#)

Figur 7: totala sjukvårdskostnader som andel av BNP, procent



Källa: OECD

Internationell kvalitetsjämförelse

I ovan nämnda rapport *Health at a glance 2017* finns ett kapitel om sjukvårdens kvalitet. Ett stort antal utfallsmått används för att beskriva t.ex. patienters upplevelse, onödiga sjukhusinläggningar, dödlighet i några sjukdomar och överlevnad i några cancersjukdomar.

Sverige rangordnas relativt lågt när man mäter tid med läkare och hur lättförståeliga läkares förklaringar är, men bland de bättre länderna i OECD när det gäller dödlighet i hjärtinfarkt och tillgång till operation efter höftfraktur.

WHO genomförde 2017 en ranking⁴⁰ av världens sjukvårdssystem och placerade i den sammanvägningen det svenska systemet på plats 23⁴¹ av 191. Frankrike tätt följt av Italien hamnar högst i den utvärderingen. De länder som ligger före Sverige är i huvudsak europeiska, Oman samt ett par sydostasiatiska länder. Värt att notera är att studien finner ett positivt samband mellan sjukvårdsutgifter per capita och allmän effektivitet (*overall efficiency*). Modellen de använder för att bedöma systemeffektivitet utgår från en hypotetisk nivå utan ett sjukvårdssystem och en annan hypotetisk nivå med perfekt effektivitet. Indexet fås sedan genom

⁴⁰ [WHO - Measuring overall health system performance for 191 countries](#)

⁴¹ Sverige har plats 23 med ett osäkerhetsintervall från position 20 till 26

att relatera observerad effektivitet (mätt som ett viktat värde av flera variabler) till den optimala nivån. Den empiriska modellen är en fixed effects-modell med avtagande marginaleffekter.

En viktig aspekt att tänka på när man studerar kvalitet i vården är att vissa åtgärder som personal gärna framhåller som effektiva inte syns i enkla (partiella) utvärderingar. Exempelvis förebyggande vård och rådgivande samtal kring hur patienter bäst sköter sin egen hälsa kan ha stora effekter på lång sikt men små eller inga alls på kort sikt, vilket gör att utfallen endast syns i förbättrad folkhälsa. Om resurser allokeras till sådan verksamhet och tas från andra insatser kan det alltså framstå som att vården inte har hög kvalitet, även om den genomsnittliga hälsolivnivån i befolkningen stiger. Det finns sannolikt en hög kostnadseffektivitet i förebyggande åtgärder, men det kan vara svårt att kortsiktigt motivera sådant arbete i en struktur där mätbara resultat premieras.

Internationell tidsjämförelse

Vårdanalys⁴² konstaterar att trots att Sverige har många läkare och få besök är ändå tiden som tillbringas för möte mellan patient och läkare bland de lägsta i internationella jämförelser. I sin egen analys gör de bedömningen att det finns en betydande potential i att använda läkares kompetens och tid på ett mer effektivt sätt än idag. Att använda resurser mer effektivt är av yttersta vikt för att förbättra framtidens sjukvård då de tillgängliga resurserna sannolikt i ännu större utsträckning än idag kommer vara betraktade som bristfälliga.

Vårdanalys identifierar fyra faktorer som kan öka effektiviteten. De är prioritering av administrativ börda, förbättrade it-stöd, utvecklad arbetsfördelningen mellan yrkesgrupper och optimerad bemanning utifrån patienternas behov. Bland annat uppger flera kringliggande yrkesgrupper att de skulle kunna överta arbetsuppgifter från läkare, både administrativa arbetsuppgifter och viss vård.

Befolkningsutveckling

Under lång tid har den genomsnittliga livslängden i Sverige, liksom i hela världen, stigit och är idag ca 82,6 år⁴³. Det är svårt att hitta tydliga beräkningar kring huruvida den ökade livslängden påverkar andelen av livet som består av friska år⁴⁴ men det finns indikationer på att den andelen minskar, dvs. att vårdtyngden ökar mer än livslängden. En möjlig förklaring till detta är att den medicinska vetenskapen går framåt vilket gör det möjligt för sjukvården att hålla patienter vid liv längre vid ett givet tillfälle då det tidigare inte varit möjligt.

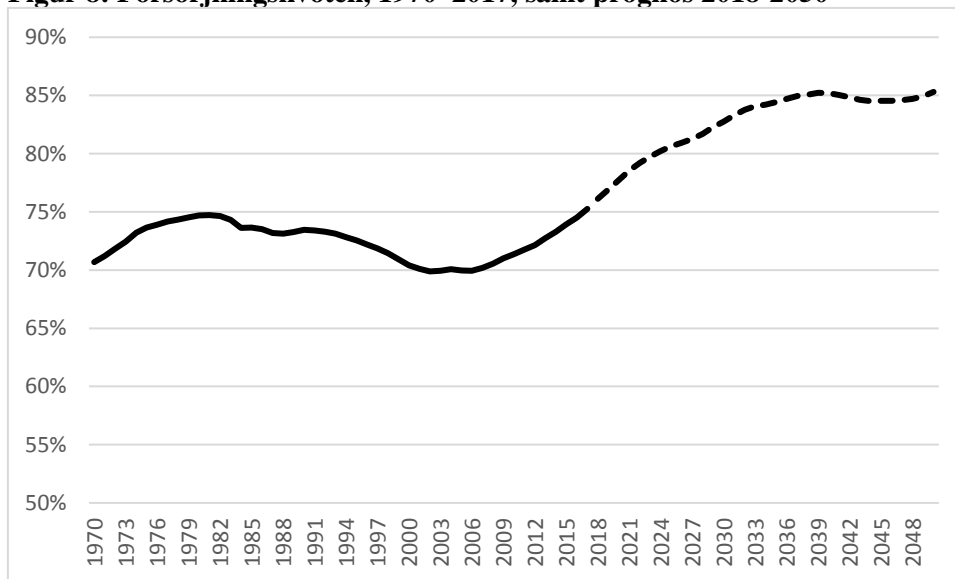
⁴² [Ur led är tiden - Vårdanalys, 2013](#)

⁴³ [SCB, 2015](#).

⁴⁴ [World Health Organization - Aging populations and costs of health care](#), sidan 18.

Nedan visas hur försörjningskvoten har utvecklats sedan 1970 samt en prognos för utvecklingen till 2050. Försörjningskvoten utgörs av antalet personer som är yngre än 19 eller äldre än 65 dividerat med de som är däremellan. Försörjningskvoten har varierat inom ett intervall mellan ca 70 och 75 procent under tidsperioden 1970-2017. Den kommer tydligt att stiga under de närmaste decennierna, främst genom en ökning av antalet äldre personer. Det kommer sätta press på välfärdens resurser i ännu större utsträckning än idag, vilket i sin tur kräver att resurserna används på det mest effektiva sätt som går.

Figur 8: Försörjningskvoten, 1970–2017, samt prognos 2018-2050



Källa: SCB:s befolkningsstatistik och Befolkningsprognos

Referenser

Maciej Zaremba, DN, Var var det som dödade Herr B?

[Länk](#)

Physicians role in the management and leadership of health care

[Länk](#)

Attityder och erfarenheter till chefskap i vården

[Länk](#)

American Medical Associations styrande principer för sjukförsäkringssystemen

[Länk](#)

Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada

[Länk](#)

Stefan Larsson och Johan Öberg, BCG, på Dn Debatt om Värdebaserad Vård

[Länk](#)

WHO om sjukvårdssystem

[Länk](#)

Report to the president, om system i sjukvården

[Länk](#)

Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården, SBU 2017

[Länk](#)

Efficacy of self-monitored blood pressure

[Länk](#)

Läkartidningen 1999, volym 96, nr 50.

[Länk](#)

The challenge of patient adherence

[Länk](#)

Uppdrag välfärd, Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Healthcare

[Länk](#)

Läkarförbundets etiska regler

[Länk](#)

Prioriteringsdelegationen

[Länk](#)

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Socialutskottets betänkande, 1996

[Länk](#)

Ekonomi för förändring, LHC

[Länk](#)

Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården, SKL, Johan Calltorp

[Länk](#)

Ersättning i sjukvården – Modeller, effekter, rekommendationer, SNS 2014, Peter Lindgren

[Länk](#)

Värden i vården, ESO-rapport 2010:7

[Länk](#)

New Public Management – ett enkelt penseldrag som förklarar det mesta?, Louise Bringselius, Lunds universitet, 2015.

[Länk](#)

What is value in health care?, Michael E. Porter Ph.D., New England Journal of Medicine, 2010

[Länk](#)

Värde istället för pinnar – nästa generations ersättningssystem, Anders Lundberg, moderna läkare, 2013

[Länk](#)

Hälso- och sjukvårdens ekonomi och logistik, 2006, bl.a. kapitlet av Paul Holmström och Stefan Hallberg

[Länk](#)

Olämpliga styråtgärder har skapat dagens vårdkris, Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården, Sjukhusläkaren 4/2017

[Länk](#)

En Värdefull Vård – Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En Värdefull Vård

[Länk](#)

Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Tillitsdelegationens delbetänkande

[Länk](#)

Redefining Health Care, 2006, Michael E. Porter och Elizabeth Olmsted Teisberg