

Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård

Författare: Johan Calltorp och Göran Maathz
Framtagen i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen

”Vår övertygelse är att hälso- och sjukvårdens kunskapsinnehåll kan lyftas fram och stimulera till goda insatser och bättre resultat i vården i högre grad än i dag. ”Kunskap är makt” är nog sant – men lika sant är att kunskap är en resurs som kan växa till, bli större, delas mellan olika aktörer i vården. Kunskap och utbildning är den viktigaste underliggande faktorn bakom hälsa visar många studier.

Vi bör alltså börja se på kunskap på ett nytt sätt inom vården och också inom det speciella område vi talar om – ledning, styrning och utveckling. Kunskap är ett hjälpmedel, en förutsättning, ett villkor för en bättre vård.”

Rapporten ”Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård” är skriven av Johan Calltorp och Göran Maathz. Arbetet är en fortsättning och fördjupning av utredningen ”Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling” som författarna presenterade i oktober 2006.

LIF, branschorganisationen för de forskande läkemedelsföretagen, finansierar utgivningen men författarna ansvarar själva för innehåll och framförda åsikter.



Johan Calltorp är läkare och professor i hälsopolitik och ledarskap vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Han var Hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen 2000–2005. Han har som forskare under lång tid sysslat med internationella jämförelser av sjukvårdssystem liksom det svenska vårdsystemets utveckling och innovationsbehov. Hans doktorsavhandling 1989 handlade om prioritering och beslut inom hälso- och sjukvården.

Mail: joan.calltorp@comhem.se
Telefon: 0708-32 74 90



Göran Maathz är samhällsvetare och har en lång erfarenhet som sjukhusdirektör och hälso-och sjukvårdsdirektör i flera svenska landsting. Han var en av initiativtagarna till det s.k. ”Beställarnätverket för utveckling av hälso- och sjukvården” och koordinerade dess aktiviteter åren 1999–2002. Han har under de senare åren arbetat som konsult kring strategisk utveckling med ett stort antal landsting, statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting samt privata vårdgivare som uppdragsgivare.”

Mail: goran.maathz@blixtnil.se
Telefon: 070-644 56 96



1 Rapporten – dess bakgrund och innehåll 6

2 Kunskap i centrum 7

Den mest komplexa kunskapsorganisationen	7
Biomedicinsk innovation	7
Hälso- och sjukvården som system	8
Nya kunskapsområden, nya discipliner	9
Kunskapsutveckling kring kvalitet, effekter och resultat	9
Kunskap som arbetsredskap och styrmedel	10

Sammanfattning

I det här avsnittet diskuteras kunskapens centrala roll som förändrings- och påverkanskraft inom hälso- och sjukvården. Vi konstaterar att

- Hälso- och sjukvården utgör samhällets mest komplexa kunskapsorganisation där den biomedicinska forskningen och applikationerna inom klinisk vård utgör själva "motorn" för innovation och utveckling.
- I takt med vårdens tilltagande komplexitet och omfattning har en rad nya kunskapsområden och discipliner tillkommit som är betydelsefulla för utveckling och utvärdering av vården. Tvärdisciplinär organisering och internationalisering är viktiga karakteristika.
- Kunskap som utvecklas ur denna forskning – ofta i nära samspel med den biomedicinska – ger grunden för en ny typ av arbetsredskap och styrmedel inom hälso- och sjukvården.
- Hälso- och sjukvårdssystemet – och dess ledning – kan ta ett språng framåt mot en bättre och mera precis funktion med hjälp av dessa kunskaper och metoder.

3 När är hälso- och sjukvården framgångsrik? 13

Flera synsätt är möjliga	13
Världshälsoorganisationen WHO	13
Hälso- och sjukvårdslagen	13
Regeringens politikområdesmål från 2008	13
Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift	14
OECD	14
Diskussion	16

Sammanfattning

I det här avsnittet diskuteras de mål som ledningen i en hälso- och sjukvårdsorganisation måste sträva mot.

Vi konstaterar att

- Många kvalitetsdimensioner måste beaktas. De allra viktigaste kvalitetsdimensionerna, de som beskriver vilka funktionsförbättringar som vården leder till, måste lyftas fram. Olika slags servicekvaliteter, såsom t.ex. väntetider, har stor betydelse men intresset får inte avgränsas till dessa.
- Ekonomiska resultat utgör inte i sig organisationens mål. Det ekonomiska utrymmet är däremot en restriktion som måste beaktas.
- Fokus måste riktas mot effektivitet trots det mödosamma arbete det medför. En meningsfull effektivitetsdiskussion förutsätter kännedom om medicinska resultat (funktionsförbättringar), servicekvalitet och kostnader. Dessa data måste relateras till enskilda patienter och patientgrupper.

4 Hur arbetar de som är framgångsrika – i sin kontext? 21

Inledning	21
4.1 Patientgruppsrelaterade processer sätts i förgrunden	22
4.2 Kostnader relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser kan följas	26
4.3 Behovsanalyser, relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser, genomförs	29
4.4 Kunskapsläget inom medicin och omvårdnad bevakas aktivt	31

4.5	Mätbara kvalitets- och resultatkrav ställs på ledningen och organisationen	33
4.6	Verksamheten stöds av integrerade IT-baserade journalsystem	36
4.7	Regelbunden resultatåterföring till individuella medarbetare och grupper	38
4.8	Verksamheten får metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete	40
4.9	Patienterna har tillgång till sin journal via Internet	42
4.10	Forskningskompetens används systematiskt för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet	44

Sammanfattning

I detta avsnitt redovisas 10 strategier och redskap, enligt 4.1 – 4.10 ovan, som vi funnit viktiga för de framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationer vi studerat. De används aktivt, inte bara i vårdorganisationen utan också av ledningen i sitt samspel med verksamheterna.

I en studie av ledningspraxis bland svenska landsting och regioner visas att alla dessa strategier och redskap är kända. De tillämpas dock oftast i mycket begränsad omfattning, inte sällan i avgränsade pilotprojekt. En förklaring synes vara att patient- och befolkningsfokus är underordnade den styrning som präglas av en traditionell verksamhetsindelning, bestämd av personalens traditionella kompetensområden.

5 Hur strategier och redskap växer fram 46

Forskning och praktik – ett komplicerat samspel	46
Exempel från andra samhällsområden	48
Exemplet Geisinger Center for Health Research	49

Sammanfattning

Strategier och redskap för vårdens konkreta utveckling växer fram genom ett samspel mellan teori och praktik. Forskningens och praktikens villkor och karakteristika skiljer sig åt i ett antal viktiga avseenden – t.ex. i kraven på oberoende respektive målinriktad styrning, liksom i belönningssystem och ett antal andra värdefrågor. Detta speciella område kräver därför stor respekt för roller och integritet. Hälso- och sjukvården måste utveckla bättre och mera ändamålsenliga modeller för samverkan mellan forskning och praktik just inom området ledning, utveckling, utvärdering. Exempel från andra samhällsområden – t.ex. industrin kan vara av stort värde. Likaså finns ett antal intressanta exempel internationellt, vilka redovisas i olika avsnitt av rapporten, liksom i bilaga 2.

6 Hinder och möjligheter i vårt land 51

Utrymme för förbättring	51
Tydligare ansvarsförhållanden skulle underlätta	52
Den politiska styrningen behöver förändras.	53
Tjänstemannaorganisationen behöver utveckla sina arbetssätt	55
Förbättrat samspel med verksamhetschefer och vårdprofessionella	56
Hinder och möjligheter på regionnivå	56
En ny typ av utvecklingsenhet	57
Hinder och möjligheter på lokal nivå	58
Hinder och möjligheter på nationell nivå	60
Slutord	61

Bilagor

Bilaga 1: Studie av ledningspraxis i svenska landsting och regioner	63
Bilaga 2: Studiebesök, kontakter och webb-adresser	75
Bilaga 3: Litteratur	83
Bilaga 4: Program och deltagare vid Workshop den 4 december 2008	85
Bilaga 5: Framgångsrik hälso- och sjukvård enligt Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift	87

Kap 1 Rapporten – dess bakgrund och innehåll

Rapporten *Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård* är en fortsättning och fördjupning av vår utredning *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling* som presenterades i oktober 2006.

Den utredningen gjordes tillsammans med tidigare landstingsdirektören Arne Johansson på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialdepartementet. Med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdens kännetecken i ett ledningsperspektiv och från de krav som ställs och kommer att ställas i framtiden visade vi på behovet av att gå mot en mer kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling. Vi beskrev fem grundläggande komponenter i en infrastruktur, ägnad att skapa förutsättningar för en sådan kunskapsutveckling. De är

1. Kunskapssökande ledare
2. En stark, bred och relevant forskning
3. Effektiva mötesplatser mellan forskning och praktik
4. En bra, kunskapsbaserad utbildning, samt
5. En bra, kunskapsbaserad fortbildning

Efter en analys av läget i Sverige samt beskrivning av internationella lärdomar och förebilder visade vi att det finns ett stort behov av förbättringar inom samtliga dessa områden.

I det fortsatta arbete som resulterat i denna rapport har vi konkretiserat vilka strategier och ledningsredskap som med dagens kunskapsläge visat sig effektiva för att hälso- och sjukvården ska bli framgångsrik. Valet av dessa har gjorts genom att studera forskningsrapporter och facklitteratur, genom att på plats studera sjukvårdsorganisationer i de Nordiska länderna, Nederländerna, England, USA och Canada samt att ta del av svenska erfarenheter.

I en särskild studie har vi undersökt i vilken utsträckning svenska regioner och landsting använder eller har börjat föra in dessa strategier i sitt ledningsarbete. Studiens resultat kommenteras i texten och återges mera fullständigt i en särskild bilaga 1: *Studie av ledningspraxis i svenska landsting och regioner*.

En viktig del i arbetet har varit att studera hur dessa strategier och redskap växer fram. Efter diskussion om ett utvecklat samspel mellan forskning och praktik och redovisning av ett antal internationella exempel och förebilder skisserar vi en ny typ av utvecklingsenheter inom hälso- och sjukvården, anpassade till svenska förutsättningar.

I ett avslutande kapitel diskuterar vi vilka hinder och möjligheter vi kan se i ansträngningarna att utveckla ledningsarbetet i svensk hälso- och sjukvård för att vara väl rustat att möta framtida krav.

Varje kapitel avslutas med en sammanfattning.

Vi vill rikta ett tack till LIF, branschorganisationen för de forskande läkemedelsföretagen, som givit ekonomiska förutsättningar för vårt arbete. Vi vill också tacka alla de som frukostigt bidragit med information, erfarenheter och synpunkter: de som tagit hand om oss vid våra studiebesök (bilaga 2), de som deltagit vid vår workshop den 4 december 2008 (bilaga 4) samt de som vid intervjuer beskrivit i vilken utsträckning landsting och regioner i Sverige arbetar med de strategier och redskap vi funnit framgångsrika (bilaga 1).

Kunskap i centrum

Kap 2

Den mest komplexa kunskapsorganisationen

Begreppet kunskapsorganisation är ett av det moderna samhällets viktigaste. Det hänger samman med ett specialiserat och högteknologiskt samhälle där många samhällssektorer har utvecklats från råvaruhantering och enkel produktion mot användning av allt mer avancerade och komplicerade produkter, metoder och procedurer. Kunskapsorganisationer kännetecknas av att en hög andel av personalen är kvalificerade yrkesutövare som arbetar med intellektuellt och fackligt komplicerade problem. Informationsteknologin och de företag och branscher som växt upp runt denna utgjorde länge sinnebilderna för kunskapsorganisationen.

Avancerad högteknologi används numera i stor utsträckning för att tillgodose centrala mänskliga behov och för att kompensera bortfall av viktiga fysiska och kognitiva funktioner. Detta är också karakteristiskt för många tillämpningar av kunskapsorganisationer i dag. Exempel finns inom de flesta samhällsområden.

Hälso- och sjukvården är kanske det tydligaste exemplet på en samhällsservice som är högteknologisk i betydelsen att den bygger på användning av en mängd avancerade produkter, metoder och procedurer. Den beskrivs emellertid inte alltid på det sättet. Framförallt behandlas den sällan utifrån dessa förutsättningar och som en utpräglad kunskapsorganisation när det gäller ledning, styrning, utveckling och organisering.

Förändringstakten är hög i en kunskapsorganisation. Ny kunskap utvecklas och omsätts som en följd av de nya teknologiska applikationsmöjligheterna, men också därför att dessa nya möjligheter leder till ny förståelse och kunskap om de förhållanden där de appliceras – en interaktivitet i utvecklingen. Kopplingen till forskning och avancerad utveckling är stark.

Biomedicinsk innovation

Den biomedicinska vetenskapliga utvecklingen är den grundläggande kraft som förser sjukvården med nya metoder för diagnostik och terapi. Laboratorieforskningen utvecklas allt kraftfullare, internationaliseringen är påtaglig. Just överbryggningen mellan vad man skulle kunna kalla "teori" (den biomedicinska laboratoriebaserade utvecklingen)

och ”praktik” (den kliniska applikationen på patienterna) har en befäst tradition inom medicinen och olika mekanismer för kunskapsöverföring är etablerade sedan länge.

Universitetssjukhusen och de teoretiska och kliniska vetenskapsområdena vid de medicinska fakulteterna arbetar med denna överbrygging. En del anser emellertid att den traditionella uppdelningen mellan teoretisk basal medicinsk forskning och den kliniska knappast längre är tydlig. Metoder, frågeställningar och applikationer griper in i varandra på nya och mera komplicerade sätt. Mängden vetenskaper som kommer in och samverkar i lösningen av en forskningsfråga ökar också – det rör sig om flervetenskap långt utöver den medicinska fakultetens gränser. Man ser internationellt att de medicinska fakulteterna och universitetssjukhusen på olika sätt anpassar sig och rustar sig för dessa nya förhållanden och villkor.

Sammanslagning av medicinska fakulteter och universitetssjukhus till en gemensam organisation med gemensam ledning utgör ett sätt att tackla dessa utmaningar. Detta diskuteras i flera länder i Europa och har nyligen förts fram i Olle Stendahls utredning om klinisk forskning, vilket gör att frågan kommer att diskuteras vidare i Sverige.

I Nederländerna är denna utveckling längst gången och vid samtliga medicinska fakulteter och universitetssjukhus har det bildats funktionellt gemensamma organisationer. Universitetssjukhusen har en egen nationell intresseorganisation.

I Storbritannien har ett universitetssjukhus i London gjort samma organisationsförändring.

I USA med generellt mera lätttrörliga organisatoriska strukturer finns en rad olika exempel på hur man tacklar dessa behov av förstärkta ”samfunktioner” mellan forskning och praktik i syfte att öka innovationskraften. De integrerade sjukvårdssystem med specifika hälsoforskningsenheter som vi besökt och studerat mera i detalj – Intermountain Health i Utah, Kaisersystemet i Kalifornien, Group Health Cooperative i Seattle samt Geisinger Health System i Pennsylvania – har alla utvecklat sina egna ”funktioner” och experiment inom detta område. I bilaga 2 finns en förteckning över dessa organisationer med hänvisningar till lätt tillgänglig information via webben. I rapportens text ges exempel och beskrivningar.

Trots ökande komplexitet och flervetenskap är fortfarande den traditionella utvecklingsmodellen stark, med en biomedicinsk grundforskning som ”motor” för sjukvårdens utveckling. Denna motor blir också allt kraftfullare och snabbare.

Hälso- och sjukvården som system

Hälso- och sjukvården har växt ut till en omfattande stor och mångförgrenad organisation, som i de Europeiska länderna tar ca 10 procent av samhällets resurser i anspråk. En mängd medicinska specialiteter och en lång rad andra professioner vid sidan om den medicinska, såsom omvårdnadsfunktioner, servicefunktioner och teknik, bidrar till komplexiteten.

En grannlaga fråga är hur detta stora system organiseras för bästa funktion – och hur det kontinuerligt behöver omorganiseras som en nödvändig följd av såväl av den kliniska utvecklingen av nya metoder som förändringar i behov och servicekrav.

Nya kunskapsområden, nya discipliner

Tillväxten av hälso- och sjukvården till ett stort system, dess växande andel av samhälls-ekonomi och dess viktiga funktion centralt i välfärdssamhället har lett till en framväxt av nya forskningsområden som söker kunskap om just dessa förhållanden.

Hälsoekonomi, företagsekonomi/management, beteendevetenskaper och statsvetenskap utgör ”moderdiscipliner” för olika applikationer inom hälso- och sjukvården. Under det senaste decenniet har utvecklingen varit påtaglig med flerdisciplinära kopplingar till hälso- och sjukvården. Även de medicinska fakulteternas ”egna” discipliner har utvecklats för att ta sig an frågeställningar som hänger samman med sjukvårdssystemet, dess roll och funktion. Public health-ämnet (tidigare socialmedicin) med sin bas i epidemiologin bidrar med viktiga perspektiv kring befolkningen och vården (hälsoeffekter, vårdefterfrågan/konsumtion, prevention, sjukdomspanorama m.m.).

Det som benämns hälso- och sjukvårdsforskning utgörs oftast av tvärdisciplinär forskning kring sjukvårdens funktion och effekter på makro-, meso- och mikronivå. Den engelska ämnesbeteckningen Health policy innehåller en nyans av betydande intresse – hälsopolitik i meningen riktlinjer, handlingsalternativ för åtgärder och program inom hälso- och sjukvårdsområdet. Den bör särskiljas från den partipolitiska dimensionen av hälsopolitik eller sjukvårdspolitik, som i princip hör till det statsvetenskapliga kunskapsområdet.

Medicinsk etik utgör ett annat sedan länge etablerat ämne vid medicinsk fakultet, av stor betydelse för den växande mängd konflikter kring såväl individuell medicinsk praxis som vårdssystemet och värderingarna i samhället.

Detta utgör exempel på ett antal vetenskapliga områden som etablerats under de senaste decennierna. De sysslar alla på olika sätt med sjukvårdens praktik och sjukvården som system. Karakteristiskt är det flervetenskapliga anslaget. Som en följd av detta organiseras det vetenskapliga arbetet i nätverk och centrumbildningar inom eller utanför medicinens ”kunskapskärna” – den medicinska fakulteten. Tillväxten inom hela detta fält är snabb – inte minst i det internationella samarbetet.

Kunskapsutveckling kring kvalitet, effekter och resultat

En speciell utvecklingslinje inom den flervetenskapliga forskningen sysslar med att granska effekter, nytta och effektivitet. Det rör sig om flera breda och delvis överlappande ”rörelser” som har sin gemensamma grund i att söka fastställa effekter och nytta i första hand av definierade enskilda medicinska metoder men också av deras effekt och funktion i en större helhet och i sjukvårdssystemet.

Förenklat kan man tala om följande tre ”rörelser”

- *Teknologivärdering* (technology assessment) – utmaningen att definiera och beskriva värdet av de nya metoder för diagnostik och behandling som ständigt förs in i vården. Likaså viktigt är att granska alla metoder som av tradition är inlemmade i behandlingsarsenalen, men inte prövade med modern vetenskaplig metodik, med syftet att kunna dra slutsatser om vilka metoder som bör utmönstras och vilka som bör finnas kvar.

- *Kvalitetsutveckling* (quality development/improvement) – strävan att mäta resultat och nytta av delmoment och helhet samt analysera och förbättra vårdprocesserna.
- *Resultatrörelsen* (outcomes movement) fokuserar på att utveckla mätmetoder och indikatorer som speglar nyttan av olika vårdområden och processer. En utgångspunkt är ofta indelningen i struktur-, process- och resultatmått enligt Donabedian. Denna modell har dock vidareutvecklats under de senaste decennierna.

Detta är alltså stora och breda områden inom vilka forskning och praktisk utveckling bedrivs. Delvis är de inflettade i varandra. Interaktion mellan olika vetenskapsområden är påfallande, liksom en interaktion via impulser mellan teori och praktiska applikationer. Ett tydligt och intressant exempel på sådan interaktion kan ses i ”kvalitetsrörelsen” som i dag mest adekvat bör benämnas quality improvement eller ännu mera specifikt på svenska ”förbättringskunskap”.

Flera av dessa ”rörelser” har starka och viktiga kopplingar till svenska institutioner och delar av vår vårdmiljö. När Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, etablerades 1986 var det den andra institutionen i världen efter förebilden Office of Technology Assessment, OTA, i USA. Jönköpings läns landsting med sina utvecklingsinstitutioner Qulturum och Futurum har etablerat en stark roll i internationellt samarbete med ledande institutioner i USA och Europa inom området ”förbättringskunskap”.

I USA med sin otåliga ombildning av institutioner och större rörlighet i forskningsorganisationen ser man för närvarande en utveckling av ett nytt begrepp – eller om man så vill en ”rörelse” – som kombinerar delar av de tre tidigare nämnda. ”Comparative effectiveness research” är en central del i den nya federala administrationens satsning på hälso- och sjukvårdsforskning. Kärnan är att jämföra och klarlägga olika vårdpraxis samlade effektivitet – inbegripet evidens för metoderna, resultat i ett konkret praktiskt utförande samt resursåtgången. Begreppet – och de avsevärda resurser som just nu satsas på denna forskning – åskådliggör den successiva utvecklingen inom området, men också en viss begreppsmässig instabilitet i ett relativt nytt och mångdimensionellt forskningsområde.

Kunskap som arbetsredskap och styrmedel

Beskrivningen av de framväxande nya vetenskapsområdena som gjorts ovan åskådliggör hur påtagligt kunskapsinnehållet i sjukvården är. Likaså illustreras komplexiteten. En till synes enkel fråga om hur man skall bedöma och avgöra vårdens resultat (får patienten en förbättrad hälsa?) visar sig ytterst komplicerad. Den berör allt från filosofiska och värderingsmässiga frågor om livsförlängning kontra livskvalitet till mättekniska frågor och visualisering av nytta. När man väl bestämt sig för lämpliga mått uppstår frågor om hur man på ett sant och äkta sätt avläser förbättring i klinisk behandling.

Dessa frågor är emellertid på intet sätt ”hopplösa” eller omöjliga att utveckla. I själva verket har många delområden utvecklats långt just genom flervetenskapliga ansatser och internationellt samarbete.

Detta sätter fingret på en viktig punkt: hur ser samspelet ut mellan en alltmera kraftfull vetenskaplig utveckling inom detta område och den praktiska verkligheten inom klinisk medicin, inom politiken och vårdens administration? Det är en av kärnfrågorna för denna studie.

Vår uppfattning är att den kunskaps- och metodmässiga utvecklingen nu är så stark och så etablerad kring dessa frågor att man på allvar måste börja tala om och sträva mot en kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling av vården. Vi menar att det finns ett kunskapsbaserat underlag som bör genomsyra ledningsarbetet såväl på den kliniska nivån som på sjukhus-, landstings- och nationell nivå.

Betydelsen för ledningsarbetet på den kliniska nivån är mest påtaglig och lättast att illustrera. Vetenskapligt baserade riktlinjer för behandling av olika diagnoser och sjukdomsgrupper finns utvecklade och tillgängliga för en rad tillstånd – och Sverige har en kraftfull nationell produktion av sådana. Att få en relevant tillämpning av dessa är numera en central del av ledningsarbetet. De svenska kliniska kvalitetsregistren, utvecklade av de medicinska specialiteterna själva för resultatuppföljning, utgör andra viktiga ”redskap” i det kliniska arbetet. Detta ”kunskapsbaserade synsätt” på klinisk medicin är på ett sätt självklart och bygger vidare på en urgammal tradition som en följd av läkarreglernas krav på att läkare skall arbeta enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

Vi lär oss dock av dem som studerar dessa fenomen att det ändå inte är så enkelt att nå framgång i ledningsarbetet på klinisk nivå – variationerna i reell medicinsk praxis är stora och ofta i stark kontrast till utgivna riktlinjer. För att få en begriplig bild – och insikt om drivkraft för förändringar – krävs hjälp av andra kunskapsområden inom ”beteende- och värdevetenskaper” (gruppnormer, drivkrafter m.m.). Det är på intet sätt enkla frågor som ställs här, men de är oundvikliga och bör tacklas på ett öppet och systematiskt sätt i linje med de värden som präglar vårt sjukvårdssystem – demokrati, kunskap och öppenhet.

På de nivåer i sjukvårdssystemet där man indirekt arbetar med patienterna – sjukhus-, landstings- och riksnivå - måste man i väsentligt större utsträckning beakta, ta till sig och arbeta med den typ av kunskaper om ledning, styrning och utveckling som vi diskuterar i den här rapporten. Detta är det centrala budskapet.

Vi vill också visa på de mekanismer och metoder som redan i dag finns inom räckhåll för att göra detta på ändamålsenligt sätt. Vi bedömer att vi befinner oss vid en tidpunkt då sjukvårdsledning kan ta ett språng framåt med hjälp av mera precisa och ändamålsenliga metoder. Den internationella utvecklingen inom området är mycket aktiv, vilket vi ger många exempel på i olika delar av rapporten. Inom vissa områden har Sverige – eller olika grupper i svensk sjukvård – en stark och aktiv roll. Inom andra delar ser vi att det krävs en betydande kraftsamling för att få till stånd en angelägen utveckling.

För att utnyttja denna potential behöver samspelet mellan forskning och praktik utvecklas. Det gäller också ett antal frågor kring t.ex. samspelet mellan politik, administration och klinik liksom det allmänna klimatet för innovation och utveckling inom vården.

Sammanfattning

I det här avsnittet har vi diskuterat kunskapens centrala roll som förändrings- och påverkanskraft inom hälso- och sjukvården. Vi har konstaterat att

- Hälso- och sjukvården utgör samhällets mest komplexa kunskapsorganisation där den biomedicinska forskningen och applikationerna inom klinisk vård utgör själva "motorn" för innovation och utveckling
- I takt med vårdens tilltagande komplexitet och omfattning har en rad nya kunskapsområden och discipliner tillkommit som är betydelsefulla för utveckling och utvärdering av vården. Tvärdisciplinär organisering och internationalisering är viktiga karakteristika.
- Kunskap som utvecklas ur denna forskning – ofta i nära samspel med den biomedicinska – ger grunden för en ny typ av arbetsredskap och styrmedel inom hälso- och sjukvården.
- Hälso- och sjukvårdssystemet – och dess ledning – kan ta ett språng framåt mot en bättre och mera precis funktion med hjälp av dessa kunskaper och metoder.

När är hälso- och sjukvården framgångsrik?

Kap 3

Flera synsätt är möjliga

Innan det är möjligt att värdera om strategier och ledningsredskap bidrar till att göra hälso- och sjukvården framgångsrik är det nödvändigt att bestämma vilka kvaliteter som utgör denna framgång, d.v.s. vilka mål som ska nås. Beroende på betraktaren kan svaret variera.

Gemensamt kan man i första hand tänka på möjligheterna att snabbt få vård när man behöver det. Bland vårdens professioner är fokus ofta på medicinska resultat – i vilken grad som besvär lindras och funktionsförmåga återställs. Många politiker känner starkt engagemang för förebyggande insatser som leder till att färre invånare drabbas av sjukdom. Landsningens politiska och administrativa ledningar är angelägna om att god kvalitet kombineras med en ekonomi i balans för att verksamheten ska kunna vara långsiktigt stabil.

Såväl internationella som nationella aktörer som påverkar hälso- och sjukvårdens utveckling har tagit fram genomarbetade dokument där målen formuleras.

Världshälsoorganisationen WHO

Världshälsoorganisationen WHO har i sin *World Health Report 2000* formulerat följande övergripande mål för ett hälso- och sjukvårdssystem:

- att främja, skydda och återställa hälsan
- att möta människors förväntan om tillgång till vård och därigenom skapa trygghet
- att ha en rättvis finansiering och skydda människor från att drabbas av svår ekonomisk belastning vid sjukdom och behov av vård

Hälso- och sjukvårdslagen

I *Hälso- och sjukvårdslagen, HSL*, finner man följande mål för hälso- och sjukvården i portalparagraferna:

- målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen
- vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet
- den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården

Regeringens politikområdesmål från 2008

En något mer tidsbunden målformulering finner man i *regeringens politikområdesmål från 2008*: "Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet". Genom att välja ordet *erbjudas* har man t.ex. lagt en grund för beslut om vårdvalssystem.

Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift

Socialstyrelsen har i en *vägledning till författning 2005:12 GOD VÅRD – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* beskrivit sex kvalitetsområden som tillsammans definierar god kvalitet. De är i sin tur hämtade från ett arbete inom Institute of Medicine i USA, vilket dokumenteras i rapporten *Crossing the Quality Chasm*.

Kvalitetsområdena är

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

I det vägledningshäfte som gavs ut 2006 har innebörden av de olika kvalitetsområdena beskrivits med en mycket kort text. Efter det har ett antal expertgrupper utarbetat ett förslag till en mer fullödlig beskrivning av innebörden. Den texten återges i bilaga 5.

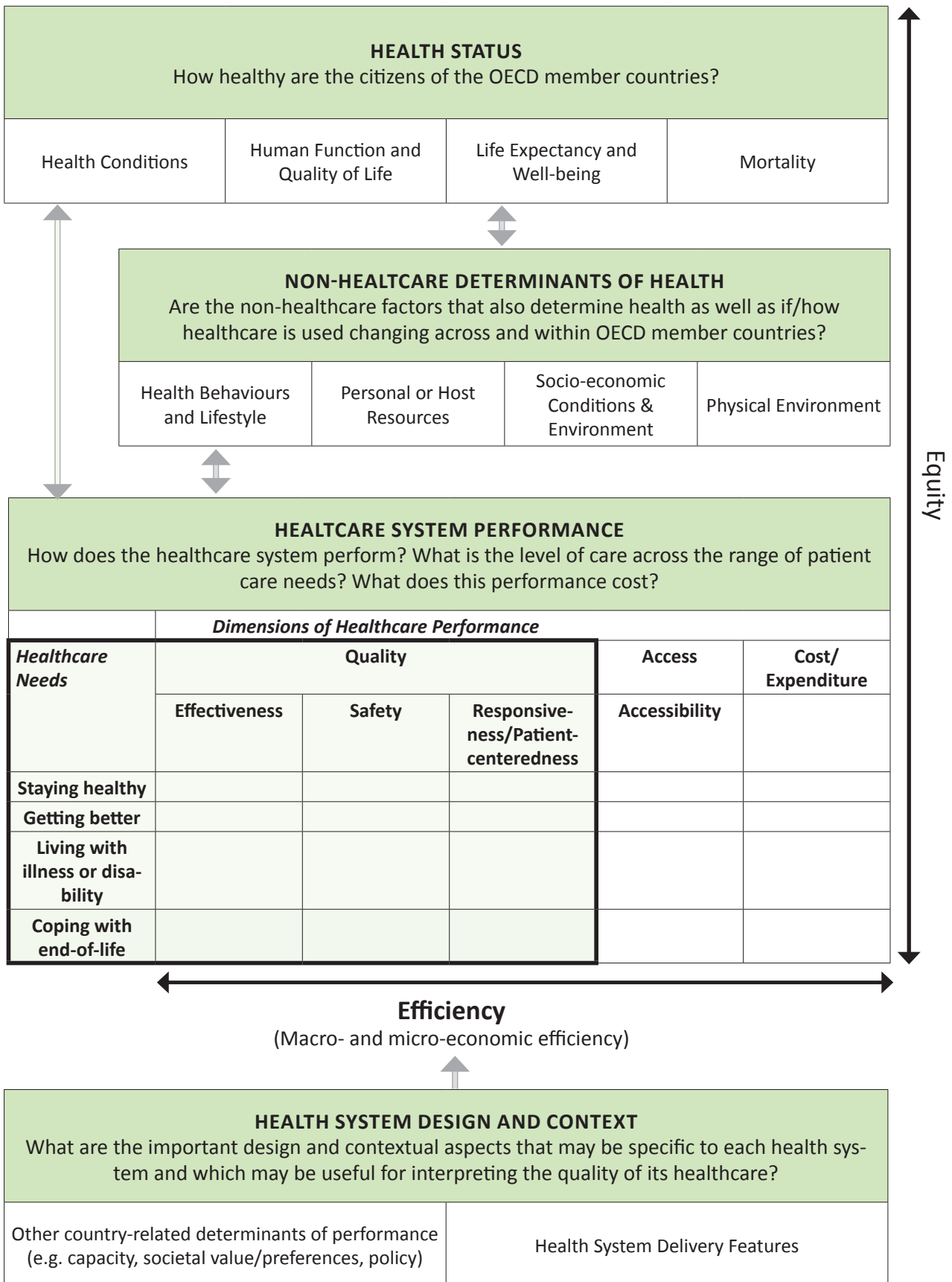
För närvarande utarbetar Socialstyrelsen nationella kvalitetsindikatorer. De ska kunna användas för att ge olika intressenter en allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården. Se <http://www.socialstyrelsen.se/QI>. Dessa indikatorer är dels generella i den meningen att de kan användas för olika patientgrupper, dels specifika för viss patientgrupp. Målsättningen är att arbetet ska resultera i ett Nationellt indikatorset som ska kunna normeras. Det innebär att alla vårdgivare ska åläggas att redovisa data kopplade till respektive indikator.

OECD

OECD har i rapporten *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project* utformat en likartad men mer utvecklad och konsistent modell.

En skillnad är att man förutom väntetidsaspekten för in andra aspekter på tillgänglighet där t.ex. fysiska och ekonomiska hinder beaktas. Jämlighet (equity) och effektivitet (effectiveness och efficiency) relateras till övriga aspekter på ett tydligare sätt.

OECD-modellen relaterar också kvalitetsaspekterna till hälsoförhållanden i befolkningen, till hälsans bestämningsfaktorer och till hälso- och sjukvårdssystemets utformning utifrån de nationella förutsättningarna.



Principen för beskrivning av vårdens kvalitet enligt "A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", OECD 2006.

Diskussion

Exemplen bildar ett slags mönster av krav som är rimliga att ställa på en hälso- och sjukvårdsorganisation för att den ska kunna anses vara framgångsrik. Vi kan sammanfatta dem på följande sätt:

Ett flertal kvalitetsdimensioner bör beaktas

Kvaliteten inom hälso- och sjukvården ges stort utrymme i den allmänna diskussionen och i massmedia. Med utgångspunkt från politiska prioriteringar och även från professionella larmrapporter görs också olika satsningar för att höja denna.

Det är dock lätt att konstatera att dessa satsningar i påfallande utsträckning riktas mot en eller möjligtvis några kvalitetsdimensioner i taget. Resursfrågor, som t.ex. antal distriktsläkare, reumatologer eller visst slag av vårdplatser i förhållande till befolkningens storlek, debatteras flitigt. Tillgänglighetsfrågorna, eller snarare väntetidsproblemen, som är en av flera aspekter av tillgänglighet vid sidan av avstånd, ekonomiska hinder och annat, har varit i starkt fokus på senare år. Detta är på intet sätt omotiverat eftersom långa väntetider inte bara kan resultera i medicinska risker utan också rubba förtroendet för hela hälso- och sjukvårdssystemet. Delvis parallellt har säkerhetsfrågorna lyfts fram, inte minst av Socialstyrelsen och tjänstemannaledningen inom SKL. Också för detta finns goda skäl: skadeförekomsten är påfallande stor, vållar stort lidande och nödvändiggör stora resursinsatser – med resurser som kan användas bättre om skadefrekvensen sänks vilket visats vara fullt möjligt.

Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift, eller ännu bättre OECD:s modell, ger vägledning och belyser vilka aspekter av kvalitet som ska beaktas om hälso- och sjukvårdsorganisationen ska kunna bedömas som framgångsrik. Inte minst gäller det den kvalitet som är själva huvudsyftet med hälso- och sjukvården – att förbättra hälsoläget hos den enskilde och i befolkningen. På den punkten är också Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, tydlig.

I detta resonemang finns skäl att påminna om Avedis Donabedians klassiska distinktion mellan struktur-, process- och resultat kvalitet (Donabedian 1988). Det räcker inte med att fokusera på strukturkvalitet, eftersom sambanden mellan strukturmått som t.ex. hög kostnad eller hög personaltäthet och goda resultat i termer av hälsovinster ofta är svaga eller t.o.m. obefintliga. Det finns ofta inte heller ett säkerställt samband mellan processkvaliteter – att metoder och arbetsätt är de bästa – och vårdens egentliga resultat. När olika slag av struktur- och processkvaliteter granskas måste deras relevans för resultatkvaliteten vara känd.

Det finns skäl att diskutera varför ledningsarbetet på ett så påfallande sätt fokuseras på vissa kvaliteter, medan andra – inte minst den faktiska hälsovinsten – oftast kommer i skymundan och ”delegeras” till vårdens professioner. Finns en förklaring i att ledningsarbetet präglas så starkt av politik och av förtroendevalda lekmän som självfallet inte kan föra en mer ingående diskussion om medicinska resultat? Detta kommer vi att återkomma till i rapportens sista kapitel.

Ekonomiska resultat ska ses som en restriktion – inte ett mål

Hälso- och sjukvårdssektorn, liksom många andra välfärdstjänster, präglas av att man alltid kan gör fler och större insatser är vad resurserna medger. Detta förhållande kommer att råda i minst lika hög grad även i framtiden till följd av den demografiska utvecklingen, medborgarnas förväntningar och, inte minst, den teknologiska utvecklingen.

Detta medför att det ekonomiska utrymmet och de ekonomiska resultaten alltid kommer att vara betydelsefulla i ledningsarbetet. En tydlig erfarenhet är också att ekonomiska underskott som uppstår då kostnaderna tillåts öka mer än det ekonomiska utrymmet – vilket paradoxalt nog synes vara särskilt vanligt i tider av högkonjunktur och goda resurstillskott – är oerhört svåra att arbeta bort med sparpaket, åtstramningar och strukturella åtgärder.

Vikten av att hantera de ekonomiska frågorna och inte minst kostnadsutvecklingen med största skicklighet får inte leda till att de s.k. ekonomiska målen blir överordnade. Rättare är att diskutera i termer av ekonomiska restriktioner. Ledningsarbetet på alla nivåer måste präglas av att varje beslut om att ta en resurs i anspråk – anställa en person, utfärda en remiss, beställa en laboratorieundersökning – måste vara finansierat. Den ekonomiska planeringen å andra sidan måste kunna hantera de svåra frågorna om vad som ska prioriteras för att organisationen i högsta möjliga utsträckning ska nå de egentliga målen och nå adekvata resultat.

Fokus på effektivitet – mödosamt men nödvändigt

Att ledningens övergripande uppdrag bör vara att utveckla hälso- och sjukvårdsorganisationen så att den är så effektiv som möjligt uppfattas som självklart. Men vad innebär då detta?

Vi har konstaterat att begreppet effektivitet står för graden av måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. För att känna till hur effektiv hälso- och sjukvården är och i vilken grad olika åtgärder bidrar till en ökad effektivitet måste tre förutsättningar vara uppfyllda:

1. Mål, eller hellre krav, som är relaterade till de för hälso- och sjukvården viktiga kvalitetsdimensionerna som vi tidigare beskrivit, måste vara fastlagda.
2. Vissa av dessa mål, t.ex. för tillgänglighet eller säkerhet, är mer generella i den meningen att de kan appliceras på många olika delar av verksamheten och kan möjligen vara desamma för olika patientgrupper – även om de skulle bli betydligt mera meningsfulla om de kunde relateras till specifika patient- och vårdssituationer. De enligt vår mening allra viktigaste målen handlar emellertid om medicinska resultat, d.v.s. i vilken grad åtgärderna har lett till hälsovinster. För att på ett meningsfullt sätt kunna formulera mål för och ställa krav på hälsovinster och funktionsförbättringar hos patienterna är det nödvändigt att relatera dem till patienterna eller grupper av patienter, t.ex. i vilken grad diabetes- eller hjärtpatienter slipper besvär och kan leva med hög livskvalitet. De måste också relateras till resultatet av vårdprocesser där olika enheter samverkar vid diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering.

3. Kostnaderna och kostnadsutvecklingen måste kunna beskrivas och relateras till kvaliteten. Om man bara fäster avseende vid de mer generella ”servicemålen”, exemplifierade med väntetider och frånvaron av vårdskador, kan den traditionella kostnadsredovisningen som hänförs till organisatoriska enheter användas i viss utsträckning. Exempel: väntetidsläget vid en klinik kan vara intressant att relatera till kostnaden för kliniken. Om man däremot anser att medicinska resultat och hälsovinster är av betydelse, och om önskemålet dessutom är att väga in kvaliteter som tillgänglighet på ett mer kvalificerat sätt, måste kostnaderna kunna hänföras till patienter och patientgrupper för att effektiviteten ska kunna bedömas. Denna kostnadsredovisning måste kunna belysa kostnaderna för en vårdprocess i vilken olika enheter samverkar. Den bör dessutom helst göras på ett sätt som möjliggör jämförelser med andra hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Exempel – Effektivitetsanalys inom diabetessjukvården

Nedanstående exempel på hur en effektivitetsanalys skulle kunna utformas bygger på användning av kvalitetsindikatorer som föreslås i de preliminära Nationella riktlinjer för diabetesvård som utarbetats av Socialstyrelsen. Diabetesvårdens effektivitet granskas genom att ett antal kvalitetsdimensioner mäts såsom t.ex.

- förekomst av amputationer ovan fotled
- förekomst av diabetesretinopati (ögonskador)
- målluppfyllelse för HbA1c
- målluppfyllelse för blodtryck
- målluppfyllelse för behandling av LDL-kolesterol
- rökare bland diabetespatienter
- andel patienter som upplever att bemötandet når ett visst riktvärde vid senaste besöket
- andel patienter som upplever att diabetessjukdomen sällan utgör något hinder i arbete eller i vardagliga aktiviteter
- andel patienter som upplever en viss grad av trygghet

Dessa relateras till diabetesvårdens kostnader för hela vårdprocessen, d.v.s. inom

- primärvård
- laboratoriespecialiteter
- medicinklinikers öppna och slutna vård
- ögonkliniker
- fotvård
- etc.

På så sätt är det möjligt att diskutera diabetesvårdens resultat i förhållande till insatta resurser. Frågor som kan belysas är

- hur resultat och kostnader utvecklas över tid
- hur resultat och kostnader för diabetesvården utvecklas i förhållande till resultat och kostnader för vården av andra patientgrupper (underlag för s.k. horisontell prioritering)
- finns andra sjukvårdsorganisationer som kan visa bättre effekt till samma kostnad?
- finns andra sjukvårdsorganisationer som kan visa samma effekt till lägre kostnad?

Med hjälp av svaren på de olika frågorna kan man bedöma om förbättringsåtgärder är angelägna och upptäcka vårdorganisationer som har lösningar att lära av.

De två sista frågorna förutsätter att sjukvårdsorganisationerna redovisar kvalitet och kostnader på ett sätt som gör jämförelser möjliga.

Det är ett mödosamt men viktigt arbete att formulera adekvata och rimliga mål eller krav bortom de mer svepande visionerna. Att införa en kostnadsredovisning som gör det möjligt att följa kostnaderna per patientgrupp kräver också en bestämd inriktning och mycket arbete. Om inte detta görs kan meningsfulla analyser av effektivitet inte utföras.

Uppdraget: såväl befolkningens som de enskilda patienternas hälsovinst

Det uppdrag till hälso- och sjukvårdshuvudmännen som formuleras i Hälso- och sjukvårdslagen är egentligen uppdelat i två delar:

1. Att tillgodose hela befolkningens behov av hälso- och sjukvård, samt
2. Att ge varje enskild patient en god vård.

De båda uppdragen måste behandlas på skilda sätt. Det är inte så enkelt som att befolkningsuppdraget är summan av patientuppdragen.

I befolkningsuppdraget ingår t.ex. att fortlöpande söka kunskap om individer och grupper som inte efterfrågar vård men som skulle ha nytta av att få del av sjukvårdens kunskaper och resurser. Det är en vanlig föreställning att de som har behov av vård också efterfrågar den – och förhoppningsvis då får vård. Så är långt ifrån alltid fallet. Vanliga exempel på behov som inte tar sig uttryck i efterfrågan finns t.ex. inom det som ibland kallas ”den nya sjukligheten” – psykisk oro och ohälsa, ätstörningar etc. Däremot är det inte så att alla behov ska hanteras på alla vårdnivåer eller att vården skall hantera alla behov. Ofta uppges t.ex. att den högspecialiserade vården i vissa fall utnyttjas onödigtvis för hälsovård, livsstilsfrågor och existentiella problem.

En annan konsekvens av de dubbla uppdragen är att insatser som har goda effekter för enskilda patienter men blygsamma effekter för hälsan hos befolkningen som helhet måste prioriteras mot insatser som omvänt ger måttliga hälsoförbättringar hos den enskilde men som har stor betydelse för den sammantagna folkhälsan.

I andra länders sjukvårdssystem har aktörerna ofta inte dubbla uppdrag på samma sätt. Vanligt är t.ex. att nationella aktörer har befolkningsansvaret medan sjukvårdsorganisationerna – både finansierarna och utförarna – är mer inriktade mot enbart patientperspektivet.

Det svenska decentraliserade systemet med kommuner och landsting som ansvariga för båda dessa uppdrag kommer att bestå tills vidare. Då måste deras grad av framgång mätas med såväl hälsoläget i befolkningen som hälsovinsterna för de enskilda patienter som får vård.

Vi konstaterar att variationen i driftformer inom utförarledet ökar successivt. Om en verksamhet inte drivs av huvudmannen själv kan utförarna oftast inte ges ett befolkningsansvar. Deras uppdrag blir mer inriktat mot patientperspektivet. Kraven på hälso- och sjukvårdshuvudmännen att som ledning och beställare bevaka befolkningsperspektivet ökar då. Dessutom ökar kraven på förmågan att bygga upp fungerande vårdprocesser där olika utförare ska samverka för patienternas bästa – ett uppdrag som tidigare ofta delegerats ut i huvudmannens egna organisationer.

Här finns också skäl att beröra ansvarfördelningen inom hälsovården. Den innehåller dels hälsofrämjande, dels sjukdomsförebyggande insatser. De hälsofrämjande insatserna åligger många samhällsaktörer, inte minst kommunerna, eftersom de är inriktade mot att ge gynnsamma förutsättningar för en god hälsa: goda bostäder, bra vatten, rimliga levnadsvillkor etc. Sjukvårdsorganisationer av olika slag har däremot en särskilt viktig roll att förebygga sjukdomar. Man bör genomföra eller ta initiativ till åtgärder som förhindrar sjukdomar med stöd av den medicinska kunskapen om vad som kan orsaka dessa. Sådana åtgärder kan mycket väl åläggas privata utförare. De sjukvårdsorganisationer i andra länder som vi studerat har ett sådant uppdrag och visar stort engagemang för det.

Sammanfattning

I det här avsnittet har vi diskuterat de mål som ledningen i en hälso- och sjukvårdsorganisation måste sträva mot. Vi har konstaterat att

- Många kvalitetsdimensioner måste beaktas. De allra viktigaste kvalitetsdimensionerna, de som beskriver vilka funktionsförbättringar som vården leder till, måste lyftas fram. Olika slags servicekvaliteter, såsom t.ex. väntetider, har stor betydelse men intresset får inte avgränsas till dessa.
- Ekonomiska resultat utgör inte i sig organisationens mål. Det ekonomiska utrymmet är däremot en restriktion som måste beaktas.
- Fokus måste riktas mot effektivitet trots det mödosamma arbete det medför. En meningsfull effektivitetsdiskussion förutsätter kännedom om medicinska resultat (funktionsförbättringar), servicekvalitet och kostnader. Dessa data måste relateras till enskilda patienter och patientgrupper.

Hur arbetar de som är framgångsrika – i sin kontext

Kap 4

Inledning

De organisationer vi bedömt som framgångsrika och som vi därför valt att studera arbetar målmedvetet i den riktning vi beskrivit i föregående avsnitt. De kan också redovisa goda resultat inom ramen för en stabil ekonomi i jämförelse med andra organisationer i det land de verkar. Ett framgångsrikt arbete med befolkningens hälsa har vi däremot inte kunnat lägga samma vikt vid eftersom de nationella uppdragen och förutsättningarna varierar mellan olika länder.

I våra studier har vi undersökt vilka strategier och redskap de använder för att nå denna framgång. En förteckning över de organisationer vi studerat, i regel genom personliga besök och granskning av skriftlig dokumentation, återfinns i bilaga 2. Syftet är att väcka intresse, att stimulera till jämförelser och inhämtande av kunskap och inspiration. Det är numera möjligt att via webbsidor med utförliga redovisningar och videoinslag göra ”virtuella studiebesök”. I rapportens text ges mera kortfattade hänvisningar till intressanta exempel hos var och en.

Vi har självfallet också vägt in svenska erfarenheter som är intressanta inte minst därför att det till landsting och regioner – och även kommuner – decentraliserade ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet har medfört varierande arbetssätt och även variationer i resultat. De återspeglas t.ex. i nationella kvalitetsregister, i de rapporter om Öppna jämförelser som utgivits av Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen, och i uppgifter om finansiell stabilitet. Decentraliseringen erbjuder därför möjligheter att jämföra resultatet av olika arbetssätt.

Innan dessa strategier och redskap beskrivs finns skäl att göra tre observationer.

Den första är att de centrala ledningarna för organisationerna själva är direkt engagerade i dess tillämpning, vanligtvis tillsammans med verksamheterna. Tillämpningen begränsas inte till att uppmana verksamheterna att använda dessa strategier och redskap och ge dem metodstöd. ”Man tar själva sin medicin”.

Den andra är att styrkan av samband mellan var och en av dessa strategier och redskap och organisationens resultat inte låter sig beskrivas. I ett system så komplext som hälso- och sjukvård finns inte orsakssamband av en mer naturvetenskaplig art mellan intervention och resultat. Snarare ska strategierna och redskapen ses tillsammans i ett mönster ägnat att skapa framgång.

Den tredje är att varje studerad hälso- och sjukvårdsorganisation har bedömts utifrån de förutsättningar som finns i det samhälle, och i den kontext, som de verkar. Särskilt viktigt är detta påpekande när organisationer i USA studeras. I USA finns inget nationellt/federalt hälso- och sjukvårdssystem i den mening vi lägger i det. Följderna, med en anmärkningsvärt stor andel av befolkningen som saknar en trygg hälso- och sjukvård parallellt

med en mycket hög och interventionstät sjukvårdskonsumtion hos andra befolkningsgrupper med höga sjukvårdskostnader som resultat, är väl kända. Detta hindrar inte att USA erbjuder en betydelsefull experimentverkstad där olika organisationer tävlar om framgång och där man kan studera hur utvecklingen påverkas av olika incitament. USA:s befolkning är inte heller värderingsmässigt homogen i samma utsträckning som i vårt land. Här finns samhällen och befolkningsgrupper där flertalet hävdar att hälso- och sjukvården ska ligga inom den privata konsumtionssfären och inte vara en del av det offentliga systemet men också samhällen, t.ex. Utah och delar av Pennsylvania, med en solidaritetskultur som visar likheter med vår egen. Vi har fokuserat på de hälso- och sjukvårdsorganisationer som kan beskrivas som ”integrerade vårdssystem” (tidigare HMO-organisationer). De har ett slags ”befolkningsansvar” med en relativt stabil grupp försäkrade där man utformat ett vårdåtagande för en bestämd period och ett bestämt pris. Samtliga bedöms återkommande som de mest framgångsrika och en slags ”modell” för en förändring av USA-sjukvården – även om de i storlek fortfarande är blygsamma. Det pågående mycket aktiva sjukvårdspolitiska arbetet att reformera USA:s sjukvård gör detta extra intressant.

I detta avsnitt redovisas de strategier och redskap vi värderat som viktiga och framgångsrika, illustrerade med praktiska exempel. I varje avsnitt redovisas också, med bilaga 1 som underlag, i vilken utsträckning svenska regioner och landsting använder eller har börjat föra in dessa i sitt ledningsarbete.

1. Patientgruppsrelaterade huvudprocesser sätts i förgrunden

För att praktiskt kunna leda en hälso- och sjukvårdsorganisation krävs att den delas in i olika delar. Traditionellt görs indelningen i vårdnivåer – primärvård, länsdelssjukhus, länsjukhus och regionsjukhus. Även om viss modifiering skett dels genom att närsjukvårdsorganisationer införts på vissa håll, dels genom minskad relevans av den forna distinktionen mellan länsdel- och länsjukhus, står vårdnivåindelningen oftast i fokus i ledningsarbetet. Inom dessa nivåer görs sedan indelningar som huvudsakligen bygger på forskningens och utbildningens organisering: kirurgiska specialiteter såsom allmän kirurgi, urologi, och ortopedi, medicinska specialiteter som allmän invärtesmedicin, kardiologi och reumatologi, allmänmedicin, omvårdnad, fysioterapi, specialiteter med särskilda diagnostiska uppgifter såsom medicinsk radiologi, klinisk fysiologi och patologi etc.

Dessa indelningar präglar vårdens hierarkier och organisatoriska gränser, den ekonomiska budgeteringen och redovisningen samt överhuvudtaget strukturen i verksamhetsplanering och uppföljning. Indelningen värnas av ett slags infrastruktur där utbildningssystemet, specialitetsindelningen och behörighetsfrågor, de anställdas yrkes- och intresseorganisationer etc. ingår.

En sammanfattande karakteristik är att *personalen med dess olika slags kompetens står i centrum för ledningsarbetet.*

Vi har emellertid funnit att de mest framgångsrika organisationerna ställer *patienterna med deras olika behov och diagnoser samt resultaten i termer av hälsovinster i centrum för ledningsarbetet.*

Detta gör man genom att ledningen i sitt eget arbete riktar huvudsakligt fokus på vårdens processer. En viktig precisering är här att processerna delas in med utgångspunkt från patienternas situation och vårdbehov.

	"Traditionellt huvudfokus"						
"Nytt huvudfokus"	Allmän medicin	Allmän kirurgi	Gyneko- logi	Ortopedi	Invärtes medicin	Kardio- logi	Om- vårdnad etc
Ischemisk hjärtsjukdom							
Diabetes							
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar							
Inflammatoriska tarmsjukdomar							
Cancersjukdomar							
Depressionssjukdomar							
Äldre med multipla sjukdomar							
Utsatta barn och ungdomar etc							

Förflyttning från traditionellt specialitetsindelade fokus till en processororientering

Figuren illustrerar hur hälso- och sjukvårdens organisation kan beskrivas som en matris bestående dels av de traditionellt indelade vårdenheterna, dels de processer som utgår från patienternas situation och behov. De hänger samman genom att diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering som görs vid vårdenheterna tillsammans skapar vårdprocesser, som med den medicinska utvecklingen blir alltmer komplexa. Båda dimensionerna finns och kommer att finnas. Förändringen består av att ledningens intresse riktar mer mot processerna och resultaten i dessa.

När processororientering diskuteras avser man ibland ett mer produktionsorienterat synsätt, t.ex. arbetsprocessen vid en akutmottagning. I samband med förbättringsarbete med s.k. lean-metodik är detta vanligt. Det kan också vara väl motiverat att olika delar av organisationer granskar och planerar sitt arbete med denna utgångspunkt.

Vi har emellertid noterat att framgång skapas av ett ledningsarbete som präglas av starkt patientfokus, mycket mer handfast än uppmaningar till verksamheterna att sätta patienterna i centrum. Det gör man genom att fastställa ett antal patientgrupper som ska vara centrala också för det egna engagemanget. Planering, målformulering, resursfördelning, kvalitetsgranskning och förbättringsarbete riktar mot valda patientgrupper. Kriterier på framgång i ledningens eget arbete är att kvalitet och ekonomi i dessa processer håller hög nivå.

När man gör indelningen är man oftast ganska pragmatisk. Man riktar in sig på grupper där patienterna är många, där resursinsatserna är stora, den vetenskapliga utvecklingen kräver uppmärksamhet, att flöden och arbetsfördelning behöver definieras och förbättras samt att indelningen är medicinskt meningsfull. I praktiken är diagnosbaserade patientgrupper som hjärtsjukvård, diabetesvård, cancervård, vård av depression etc. vanliga. Dessa kompletteras ofta med det som i vårt land har kallats behovsgrupper t.ex. vård av äldre med många diagnoser, utsatta barn och ungdomar.

Kännetecknande är också att organisationen har tillgång till aktuella beskrivningar av dessa processer. För detta utbildas personalen i metoder och verktyg för processbeskrivning.

Exempel – Intermountain Healthcare, processorientering

Intermountain Healthcare är en icke vinstdrivande hälso- och sjukvårdsorganisation, verksam i Utah och sydöstra Idaho. Man erbjuder ett brett utbud inkluderande primärvård, psykiatri, sjukhusvård och enheter för dagkirurgi till 600 000 försäkringstagare i den egna försäkringsorganisationen. Intermountain ger också sjukvård till grupper med annan försäkring (ett s.k. open system). Totalt betjänas ca hälften av Utah's 2,6 miljoner invånare. Organisationen har sina rötter i Mormonkyrkan men är sedan 1976 en fristående HMO. Under en följd av år har Intermountain Healthcare fått utmärkelser för hög vårdkvalitet. Man har rankats på plats 1 till 3 bland sjukvårdsorganisationer i USA varje år under de senaste 10 åren.

En nyckelfigur inom Intermountain – och det mest kända ansiktet utåt – är Dr Brent James, Vice president for research och Chief quality officer. Brent James har varit verksam vid Intermountain sedan 1986, har en bakgrund som statistiker och cancerläkare vid Harvard University. Han har en lång och utomordentligt välrenommerad karriär inom kvalitetsområdet med en fascinerande förmåga att integrera perspektiv från teknologivärdering, kvalitets- och processutveckling liksom ett uttalat intresse och förmåga att gå från ord till handling.

Brent James ingår i organisationens ledningsgrupp och är Executive Director vid Intermountain Institute for Healthcare Delivery Research, en liten forsknings- och utvecklingsenhet med cirka 30 anställda, de flesta med en bakgrund som statistiker och epidemiologer. Enligt Brent James kom framgångarna när ledningsarbetet bytte fokus från "facility management" (inriktning mot ledning av enheter definierade utifrån hus och medicinska specialiteter) till "Clinical programs" såsom hjärt-/kärl, cancer, psykisk ohälsa, astma bland barn etc.

Syften med dessa Clinical programs är att

- formulera systemövergripande kliniska och finansiella mål för att nå bästa vårdresultat till minsta nödvändiga resursinsats
- leda nyckelprocesser genom att förbättra och standardisera vården på ett ändamålsenligt sätt
- utarbeta utbildningsprogram för personal och patienter i syfte att stödja bästa praxis
- delta i klinisk forskning

Den grundläggande filosofin är att använda evidensbaserad medicin för att ta fram tydliga, påverkansbara och mätbara mål i syfte att genomföra förändringar. "Man leder det man mäter."

I varje program finns en ledningsfunktion, ett utvecklingsteam och ett antal arbetslag.

- Ledningsfunktionen bygger på ett samspel mellan läkare, sjuksköterska, administratör och företrädare för stödfunktioner. Man disponerar kompetens inom ett flertal områden: ekonomi, utbildning, IT och analys.
- Utvecklingsteamerna arbetar på uppdrag av ledningsfunktionen med att samordna resurserna i systemet och ansvarar för genomförandet inom varje region och för olika kliniska frågeställningar
- Inom arbetslagen görs nödvändiga lokala och kliniska anpassningar

Engagemanget för vårdkvaliteten är inte något som man försöker beordra i olika uppdrag utan det delas konkret av ledningen, vars grad av framgång mäts med patientgruppsrelaterade kvalitetsmått. Det innebär att ansvaret vid behov av förbättring är gemensamt mellan ledning och verksamhet.

www.intermountain.org

www.intermountain.org/about/quality/institute

Ledningspraxis i Sverige

I vårt land är det ingen nyhet att en övergång till ett arbetssätt med fokus på patient- och behovsgrupper bör göras. I början på 90-talet beskrev t.ex. utredningen HSU 2000 en sådan indelning, som med ca 20 grupper skulle täcka merparten av sjukvårdsinsatserna. Läkaresällskapets Medicinska Riksstämman är också sedan några år organiserad utifrån teman som bygger på en indelning i patientgrupper. Den förändring som återstår att göra i landsting och regioner är att ledningen överordnar patienterna och processerna runt dessa, och ser den traditionella personalorienterade indelningen som underordnad.

Att så är fallet framgår av resultatet av vår studie av ledningspraxis (bilaga 1). Huvudmännen är inte alls obekanta med betydelsen av att fokusera mer på patientgruppsrelaterade processer för att i förlängningen kunna relatera resultat till dessa och vid behov ta initiativ till förbättringsarbete. I de flesta fall har det dock inte kommit längre än till diskussioner, avgränsade pilotprojekt eller programarbeten med svag koppling till konkreta förbättringsarbeten, omprioriteringar eller förändrad resursfördelning.

2. Kostnader relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser kan följas

De framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationer vi studerat vet vilka kostnader man har för olika patienter och patientgrupper. För gemene man kan det förefalla självklart att också de svenska huvudmännen har kännedom om detta. I annat fall är det svårt att veta vad som åstadkoms med pengarna, d.v.s. hur stor kostnaden är i relation till hälsovinsten. Som beskrivits i föregående kapitel kan inte hälso- och sjukvårdens effektivitet diskuteras utan sådana data om kostnader och effekter.

Så är emellertid inte fallet. Den officiella kostnadsredovisningen, den som stöds av landstingens kontoplan L-Bas och verksamhetsindelningen VI 2000, bygger på avdelningen/enheten som s.k. kostnadsbärare. Det innebär att kostnaderna hänförs till de enskilda organisatoriska enheterna. Kostnaden för en patient eller en patientgruppsrelaterad vårdprocess kan därmed inte redovisas fortlöpande utan kräver särskilda kalkyler.

I länder med försäkringsbaserade system, där utförarna av vården fakturerar finansären, finns ofta en mer utvecklad kostnadsredovisning. Detsamma gäller t.ex. de svenska regionsjukhusen, som fakturerar köparlandstingen. Då avgränsas emellertid kostnadsredovisningen till den del av insatserna som avser högspecialiserad vård. Inom den privata vården, t.ex. vid S:t Görans sjukhus, är också kännedomen om de egna kostnaderna större.

Exempel – Intermountain Health Care, resultatmätning och kostnadsuppföljning

Inom Intermountain Healthcare är mätning och uppföljning av den individuella patientens vårdkostnader i olika led av den beskrivna behandlingsprocessen en hörnsten – parallellt med den detaljerade uppföljningen av kliniska mål, åtgärder och resultat.

Detta bygger på den tradition som finns i ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem att bokföra den individuella patientens resursförbrukning som grund för fakturering. Detta har emellertid förädlats och utvecklats som en löpande del av redovisning och återkoppling.

Man finner liknande situation inom alla de sjukvårdssystem vi specialstuderat för denna rapport. Kostnadsredovisningen löper parallellt med den kliniska redovisningen – och den återkopplas till ansvariga på olika nivåer.

Kostnadsredovisningen utgör en grund som möjliggör bedömningar av kostnadseffektivitet – men också en mera kortsiktig drivkraft för konkurrens- och affärsmässiga kalkyler.

De elektroniska redovisningssystemen, såväl avseende resurser som numera också kliniska data, kan användas interaktivt och gör det möjligt att kombinera data såväl för klinisk utveckling och forskning som för "affärsstrategier".

Ledningspraxis i Sverige

Under många år har arbete pågått i vårt land för att utveckla databaser som kan möjliggöra beräkning av kostnader för vårdepisoder och i patientgruppsrelaterade vårdprocesser. Data om kostnader relaterade till DRG, DiagnosRelaterade Grupper, finns i stort sett heltäckande för slutna somatisk sjukhusvård och i relativt stor omfattning för öppen somatisk sjukhusvård. KPP-data, data om Kostnad Per Patient, rapporteras från ett antal landsting men avser också främst sjukhusvård. Inom området psykisk ohälsa pågår utvecklingsarbete som syftar till att få fram kostnadsdata för hela processer utan de i sammanhanget irrelevanta gränsdragningarna mellan öppen och slutna vård. För primärvård saknas dock till största delen data om kostnader för olika patientgrupper. De databaser som finns är inte heller utformade för att stödja en löpande avläsning av kostnaderna. Det faktum att DRG- och KPP-data sällan används i det reguljära planerings- och uppföljningsarbetet resulterar i en svag utveckling av system och metoder för praktisk användning.

Vår studie av ledningspraxis visar att ingen av de svenska huvudmännen, med undantag av Landstinget i Östergötland, kan följa kostnaderna på detta sätt. Östergötlands användning av denna möjlighet hämmas dock av att det inte finns några andra huvudmän som har jämförbara data.

Exempel – Sjukdomsgrupper och kostnader i Östergötland

I Landstinget i Östergötland (www.lio.se) gör Hälso- och sjukvårdsnämnden ett eget ekonomiskt bokslut. I detta skriver man: "för Hälso- och sjukvårdsnämnden är det viktigt att följa kostnader för sjukdomsgrupper och det blir mer intressant när alla landsting redovisar sådana uppgifter så att det blir möjligt att göra jämförelser".

Man har valt en indelning i huvudsak enligt diagnosklassifikationen ICD 10:s kapitel enligt följande

Hälso- och sjukvårdsnämndens kostnader, miljoner kr

Sjukdomsgrupper/diagnoskapitel	2008	2007
1 Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	141	160
2 Tumörer	702	160
3 Sjukdomar i blod och blodbildande organ, rubbningar i immunsystem	42	34
4 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar	222	220
5 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	760	849
6 Sjukdomar i nervsystemet	206	193
7 Sjukdomar i ögat och närliggande organ	123	93
8 Sjukdomar i örat och mastoiduskottet	96	86
9 Cirkulationsorganens sjukdomar	843	845
• varav Ischemiska	219	224
• varav Hjärtsvikt	78	85
• varav Sjukdomar i hjärnans kärl	156	158
• varav Övriga sjukdomar i cirkulationsorganen	390	378
10 Andningsorganens sjukdomar	406	409
11 Matsmältningsorganens sjukdomar	610	545
12 Hudens och underhudens sjukdomar	122	124
13 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	571	489
14 Sjukdomar i urin- och könsorgan	305	257
15 Gravitet, förlossning och barnsängstid	137	141
16 Vissa perinatale tillstånd	67	60
17 Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	36	31
18 Symptom och onormala kliniska fynd ej klassificerade annorstädes	376	376
19 Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	549	543
21 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet	558	569
Ej diagnosticerad diagnos	1 262	964
Övriga diagnoser	4	55
Summa, mkr	8 138	7 671

I mars 2009 presenterades betänkandet *Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning* av utredningen 2008 års översyn av kommunal statistik. Tyvärr kan man inte heller i denna avläsa konkreta förslag ägnade att bygga upp en verksamhetsindelning som sätter patienter och patientgrupper i centrum.

3. Behovsanalyser, relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser, genomförs

Vi har tidigare redogjort för hur Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på huvudmännen i vårt land att planera och ge hälso- och sjukvård utifrån befolkningens och de enskilda patienternas behov. För att kunna leva upp till dessa krav behöver ledningsarbetet innehålla dels ett systematiskt arbete som leder till hälsobeskrivningar och behovsanalyser på befolkningsnivå, dels mekanismer som ger stöd till verksamheterna i deras uppgift att prioritera på individnivå.

Hälsobeskrivningar och behovsanalyser på befolkningsnivå bör innehålla

- en beskrivning av sjukdomsbördan i befolkningen och hos olika patientgrupper, mätt i dödlighet eller funktions- och livskvalitetsbrister
- bestämning av vilka sjukdomar som orsakar sjukdomsbördan
- bedömning av behovet av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, baserad på kunskaper om hur sjukdomar uppkommer och om påverkbara orsaker
- beräkning av resursåtgång genom analyser av hur många individer som finns i de olika grupperna
- analys av vilka medicinska metoder som står till buds och vilka kostnader som beräknas uppstå mot bakgrund av hur många individer som behöver insatserna
- formulering av mål, varvid också sociala och politiska värderingar lyfts in

Praktiska demonstrationer av hälsobeskrivningar och behovsanalyser finner man i den skriftserie som utgivits som resultat av det kompetensutvecklingsprogram som under ett antal år bedrevs av Linköpings universitet och Nordiska hälsovårdshögskolan i samarbete med det s.k. Beställarnätverket. Där berörs hjärtinfarkt, depressionssjukdomar, övervikt och fetma, osteoporos och en mängd andra patientgrupper.

Verksamheternas möjligheter att prioritera mellan olika insatser ökar när ledningen engagerar sig aktivt genom att för varje patientgrupp ställa krav och i dialog med verksamheterna följa resultaten. Socialstyrelsens handbok *God Vård*, som tidigare refererats, kan vara ett stöd när kraven utformas. Där berörs olika aspekter av hur behov bör hanteras i utvecklingsarbetet när innebörden av kvalitetsområdena *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård*, *Patientfokuserad vård* och *Vård i rimlig tid* beskrivs.

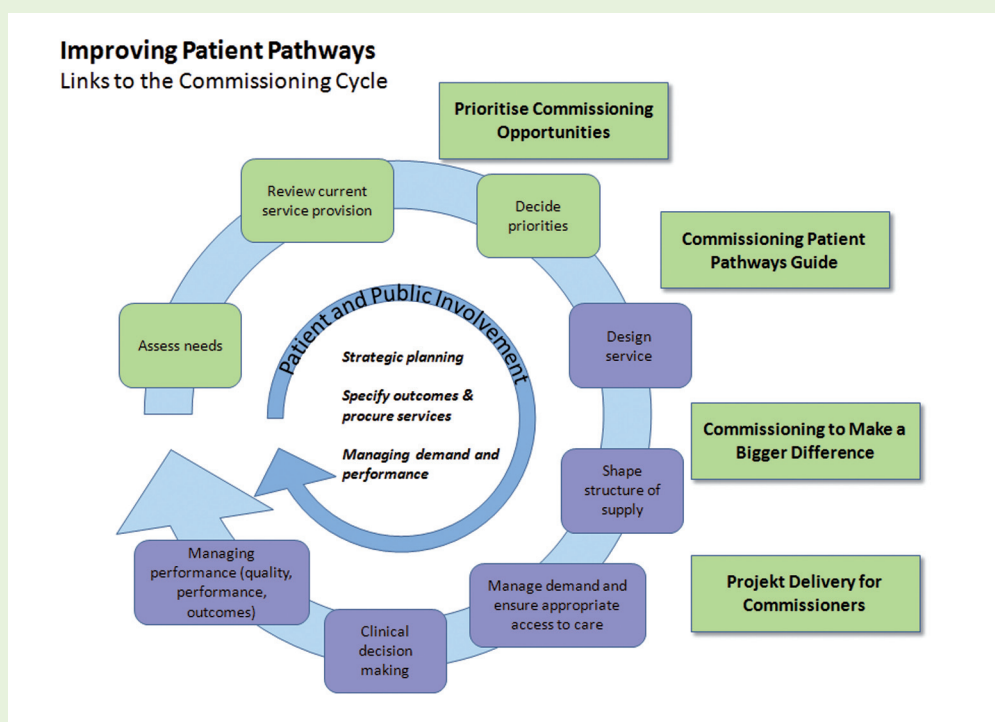
Ledningspraxis i Sverige

I stort sett alla landsting gör övergripande beskrivningar av hälsoläget i befolkningen. Cirka 2/3 av huvudmännen tar fortsatta steg mot fördjupade behovsanalyser, oftast kopplat till utredningar/genomlysningar, politiska programarbeten eller pilotprojekt. Få huvudmän anser att behovsanalyserna får något större genomslag i strukturbeslut eller beslut om resursallokering. Andra faktorer som historiska resursfördelningar, historiska kostnader samt väntetidsdiskussioner får större betydelse. Cirka hälften av huvudmännen redovisar dock ambitioner att öka kopplingen mellan behovsanalyser och beslut om strukturer och resursfördelning.

Exempel

– Behovsanalyser inom NHS England, Landstinget Kronoberg, Landstinget i Kalmar

Inom NHS i England arbetar NHS Institute for Innovation and Improvement med ett program benämnt Commissioning for Health Improvement – Accelerating the achievement of world class commissioning. Det syftar till att utarbeta strukturerade metoder till stöd för Primary Care Trusts i deras uppgift att i samspel med vårdens producenter på olika vårdnivåer skapa förbättrade vårdprocesser med utgångspunkt från befolkningens och patienternas behov. I följande illustration visas hur man med utgångspunkt i behovsanalyser skapar en grund för att formulera sjukvårdsuppdrag till utförare, bygger vårdprocesser och följer upp resultat.



Källa: PP-presentation 4 nov 2008, Martin Samuels, NHS Institute for Innovation and Improvement. www.institute.nhs.uk

Landstinget Kronoberg har i landstingsfullmäktiges uppdragsbudget för 2009 formulerat grunduppdrag för ett antal medicinska grupper:

- tumörsjukdomar
- cirkulationsorganens sjukdomar
- infektionssjukdomar
- sinnesorganens sjukdomar
- endokrina sjukdomar och medicinska njursjukdomar
- äldre
- barnmedicin
- psykiska sjukdomar
- skador
- smärta
- tandvård

Man utgår från förekomsten av hälsoproblemet i länet. Därefter diskuteras hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande insatser liksom olika vårdinsatser och flödet i vårdkedjan. Aktuella vårdresultat som t.ex. kan hämtas från Nationella kvalitetsregister redovisas och nya mål formuleras. Se www.ltkronoberg.se, sökväg Om landstinget, styrdokument, budgetdokument, uppdragsbudget 2009.

Ytterligare ett praktiskt exempel är det arbete som Landstinget i Kalmar län gjort för att förbättra situationen för s.k. mångbesökare vid sjukhusens akutmottagningar. Man har visat att många av dem som besökt akutmottagningen ofta har behov som bättre skulle kunna tillgodoses med multiprofessionella, planerade insatser. Sådana har därefter organiserats med gott resultat både för individerna och med tanke på ett effektivt resursutnyttjande. Se www.ltkalmar.se/templates/NewsPage_5562.aspx.

4. Kunskapsläget inom medicin och omvårdnad bevakas aktivt

Den medicinska teknologiutvecklingen är snabb och skapar successivt nya möjligheter att genom förbättrad diagnostik och behandling minska lidande och skapa hälsovinster. En viktig del i ledningsarbetet är att identifiera värdefulla nya metoder, värdera konsekvenserna av dessa samt medverka till att de införs på ett ordnat sätt. I det innefattas att sätta in ekonomiska resurser i de delar av arbetsprocesserna där nya kostnader uppstår och att minska de ekonomiska resurserna i de delar där kostnaderna minskar. Till detta arbete läggs också att utmönstra de metoder som tack vare teknologiutvecklingen kan ersättas. Ett sådant proaktivt ledningsarbete är nödvändigt. Om identifieringen av nya metoder och t.o.m. införandet av dessa på traditionellt sätt delegeras till professionerna i verksamheten finns flera risker. Metoder kan införas onödigt sent med suboptimal vårdkvalitet som följd. Organisationsöverskridande anpassningar av arbetsprocesserna, som fordrar ledningens medverkan, kan försvåras. Vissa delar av organisationen kan få ekonomiska problem samtidigt som andra delar kan frestas att använda överskott på ett mindre ändamålsenligt sätt. Inom organisationen skapas också en förtroendeklyfta mellan kunniga medarbetare och en ledning som uppfattas som dåligt insatt i utvecklingen. Detta ställer krav på engagemang och samspel från alla parter.

I takt med att intresset för evidensbaserad medicin, EBM, har tilltagit har också möjligheterna att värdera nya och befintliga metoder ökat starkt. I Sverige utarbetas olika slag av riktlinjer och kunskapsunderlag av Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket, Tandvårds- och Läkemedelförmånsverket TLV, Sveriges Kommuner och Landsting i Indikationsprojektet, professionella nationella vårdprogramgrupper med stöd av Läkaresällskapet och många s.k. kunskapscentra. Internationellt finns mycket att hämta i t.ex. Cochrane Collaboration, NICE inom NHS i England och många andra s.k. HTA-organisationer. Sjukhusbiblioteken kan med stöd av EiRA-systemet erbjuda sökning av sådana underlag.

Ett av redskapen för ledningen i de framgångsrika organisationer vi studerat är att aktivt, tillsammans med kunniga medarbetare, fortlöpande själva inom organisationen söka och värdera kunskapsläget i anknytning till sitt arbete med att ständigt söka förbättringar i de vårdprocesser man identifierat. Ett observandum är att agendan inte styrs av några tongivande institutioners utgivning av kunskapsöversikter och riktlinjer utan av det egna intresset att förbättra processerna. Inom varje område söker man kontinuerligt den för tillfället bästa kunskapen utan avgränsning till särskilda källor.

Exempel – Nasjonalt Kunnskapscenter i Norge

I Norge bildades 2004 ett Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten. Tanken var att kraftsamla nationellt inom detta område genom att föra samman resurser och aktiviteter kring dels medicinsk teknologivärdering, dels vårdprogram- och riktlinjearbete som funnits inom olika delar av den nationella hälsoorganisationen.

Kunnskapscenteret med sina nu ca 120 medarbetare – varav ungefär hälften med vetenskaplig utbildning – avtecknar sig som en stark nationell kraft i det norska helsevesenet. En nordisk utvärdering som genomfördes 2007 påvisade väsentligen goda funktioner och resultat, men pekade också på behovet av ett regionalt tänkande i utvecklingen av samspel med universitetsresurser inom utvärderingsområdet i Oslo, Bergen, Trondheim och Tromsø. Även för länken till implementering i helsetjenesten bedömdes detta viktigt. Kunnskapscenteret är organisatoriskt en del av Helsedirektoratet (hälso- och sjukvårdens nationella förvaltningsmyndighet) men har en långtgående autonomi och kan inte ges direktiv i professionella frågor.

Forts. Nasjonalt Kunnskapscenter i Norge

Organisationsstrukturen ger en god bild av vad man arbetar med:

- Avdelning för kunnskapsbaseret praksis
- Avdelning för kunnskapsbasert helsetjeneste och kvalitetsförbedring
- Avdelning för formedling
- Avdelning för kvalitetsmålning og patientsikkerhet

Den internationella orienteringen i Kunnskapscenteret är stark. Man erbjuder t.ex. värdskap för internationellt samarbete inom Cochrane Collaboration (inom teknologivärdering) och Campbell Collaboration (inom socialtjänstens utvärdering).

En väl utbyggd och intressant funktion är att Kunnskapscenteret hyser det nationella Helsebiblioteket som är ett stort digitalt bibliotek med tillgång till bl.a.

- Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)
- Tidskrifter i fulltekst innen medisin og helsefag
- De beste databaser innen helsefag
- Faglige råd og retningslinjer som produceras av Kunnskapscenteret och av andra i Norge

www.kunnskapscenteret.no

www.helsebiblioteket.no

Ledningspraxis i Sverige

I Sverige uppger huvudmännen att intresset för en mer aktiv bevakning av kunskapsläget har ökat. Knappt hälften har byggt upp, eller är i färd med att bygga upp, organisatoriska strukturer för detta i form av HTA-enheter, metodråd, medicinska kommittéer eller annat.

Agendan för bevakning styrs hos minst hälften av huvudmännen främst av utgivningen av nationella kunskapsunderlag och då särskilt Socialstyrelsens riktlinjer.

Många noterar ett ökat ansvarstagande bland läkare och andra medarbetare då nya metoder kommer. Processerna för utmönstring av tidigare metoder är oftast mindre utvecklade.

Den genomförda undersökningen väcker frågor om

- samordningen av den nationella kunskapsstyrningen
- huvudmännens förmåga att delta i beslut om vilka nationella arbeten som bör prioriteras
- huvudmännens förmåga att dra nytta av de nationella kunskapsunderlagen
- behovet av att i ledningsarbetet dra nytta av läkemedelskommittéernas arbete och behovet av att koppla samman arbetet med läkemedelsfrågor och annan teknologiutveckling.

Dessa frågor utvecklas något mer i bilaga 1.

5. Mätbara kvalitets- och resultatkrav ställs på ledningen och organisationen

Intresset för mätning som ledningsredskap har ökat påtagligt under senare år. Ett sätt att karakterisera hittillsvarande och framtida utveckling inom området skulle kunna vara att beskriva en utvecklingstrappa i sex steg:

Steg 1: Uppföljning genom mätning uppfattas som viktigt i förbättringsarbete.

Steg 2: Uppföljning görs genom mätning av ”servicekvaliteter” som t.ex. väntetider.

Steg 3: Ledningen ställer och följer upp krav på organisationen att klara vissa service-mål, som t.ex. väntetider.

Steg 4: Uppföljning görs genom mätning av indikatorer som speglar ett mer fullständigt spektrum av kvaliteter inkluderande mått på funktionsförbättringar och medicinska resultat (outcome).

Steg 5: Ledningen ställer och följer upp krav på organisationen att klara ett mer fullständigt spektrum av kvalitetsmål inkluderande mål för funktionsförbättringar och medicinska resultat (outcome).

Steg 6: Styrelsen för verksamheten ställer och följer upp krav på ledningen att klara ett mer fullständigt spektrum av kvalitetsmål inkluderande mål för medicinska resultat (outcome).

Vi har funnit att de mest framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationerna nått steg 6. Effekten blir då att behov av förbättringar automatiskt ses som en gemensam arbetsuppgift för ledningen och verksamheterna att lösa tillsammans.

En viktig kommentar i sammanhanget är att hälso- och sjukvård rymmer ett stort antal viktiga kvalitetsdimensioner vilket leder till att antalet kvalitetsindikatorer som behöver följas också blir stort. Den som tror att vårdens kvalitet kan beskrivas med ett fåtal kvalitetsindikatorer, hur väl valda de än är, kommer aldrig att få en nyanserad bild.

Ledningspraxis i Sverige

I vår undersökning av ledningspraxis i Sverige uppger mer än hälften av landstingen att de krav som nu ställs är begränsade till ekonomiska resultat och vissa servicekvaliteter, främst väntetider. Man bedömer dock att utvecklingen går mot resultatkrav även vad gäller funktionsförbättringar, outcome. Några har påbörjat strukturerade utvecklingsarbeten.

Många påpekar att SKL:s och Socialstyrelsens arbete med Öppna jämförelser betytt mycket för utvecklingen.

Oavsiktligt, men i praktiken, leder Öppna jämförelser till ett slags målvärden. Bakgrunden är konstruktionen av en översiktstabla över olika kvalitetsdimensioner, där alla landstings utfall för varje indikator illustreras med rött, gult eller grönt. Grönt anger placering 1-7, gult placering 8-14 och rött placering 15-21 i en inbördes rangordning. Eftersom de politiska besluten ofta anbefaller en förbättring inom områden som illustrerats med rött, eller ibland rött och gult, kommer arbetet att riktas mot de resultat som landsting med rangordning 14, eller ibland 7, har nått. Så sker trots att varningar för detta finns i rapporttexten.

Ett problem är att politiker inte kan förväntas ha kompetens att formulera krav på funktionsförbättringar och medicinska resultat. Det leder till risker för att utvecklingen försenas och för en obalans mellan å ena sidan ekonomiska krav och krav på service och å andra sidan krav på medicinska resultat.

Exempel – Mål och måluppfyllelse för hela vårdorganisationen Intermountain Health Care

Intermountain Healthcare i Utah, som beskrivits tidigare, förefaller vara en av de hälso- och sjukvårdsorganisationer som kommit allra längst i att inom sin struktur av definierade huvudprocesser för vården beskriva operationaliserbara kliniska mål, mäta deras utfall konkret, analysera utfallet och använda denna information som återkoppling och styrning inom organisationen. Analysen och återkopplingen är viktig och inte minst i detta avseende skiljer sig Intermountain från andra. Institute for Healthcare Delivery Research inom Intermountain leder och koordinerar detta arbete baserat på en betydande metodologisk kunskap och erfarenhet. Arbetet sker fokuserat kring de olika patientgruppsrelaterade huvudprocesserna med team av medicinska/kliniska ledare, statistiker/analytiker och vårdkoordinatorer. Denna uppläggning är viktig för att förankra arbetet som en ansvarsfråga i organisationen på olika nivåer. Riktlinjer och guidelines med kontinuerligt inhämtande av aktuell evidens och metodkunskap är inbyggda som en del i arbetet.

En viktig del i arbetet är att fastställa konkreta mål – inte bara följa upp. För varje arbetsår fastställs mål för hela organisationen i en process där den verkställande ledningen (och Intermountains styrelse) fattar beslut utifrån en summerad matris som visas på fliken till höger.

En kultur av mål, mätning och uppföljning genomsyrar alltså hela organisationen. De finansiella målen är traditionellt starkt etablerade i amerikansk sjukvårdskultur och har också en väl etablerad process för uppföljning och redovisning. Vad som är av stort intresse i detta exempel är att den kliniska, medicinska och kvalitetsmässiga uppföljningen konkretiserats och utvecklats med samma styrka. Återkopplingen sker också parallellt av dessa dimensioner på alla nivåer av organisationen – från enskild läkarnivå till Intermountains ledningsnivå .

I princip återfinner man likartade modeller för målbeskrivning och uppföljning hos de fyra integrerade sjukvårdssystem vi studerat i USA, alltså även Kaisersystemet, Group Health Cooperative och Geisingersystemet. Intermountain tycks emellertid i detta avseende att utveckla mätbara mål och återkoppla ha kommit längst.

Matrisen återges med tillstånd av Intermountain Health Care.

Intermountain Healthcare 2008 Goals

DIMENSION	WT	70% GOAL	100% GOAL	130% GOAL	MEASURE																																																																																																																
CLINICAL EXCELLENCE	20	Joint Commission / State accreditation	Meet 80% of clinical board goals (will include CMS measures)	Meet 93% of clinical board goals (will include CMS measures)																																																																																																																	
SERVICE EXCELLENCE	20	Achieve targeted performance on 3 of 7 system wide service measures	Achieve targeted performance on 5 of 7 system wide service measures	Achieve targeted performance on 7 of 7 system wide service measures	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Service Excellence Focus Areas</th> <th>Goal</th> <th>J</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>After you pressed the call button, how often did you get help as soon as you wanted it? (% Always)</td> <td>65.5</td> <td>65</td> <td>65</td> <td>65</td> <td>64</td> <td>64</td> <td>65</td> <td>65</td> <td>65</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Before giving you any new medicine, how often did staff describe possible side effects? (% Always)</td> <td>57.1</td> <td>54</td> <td>54</td> <td>53</td> <td>52</td> <td>53</td> <td>54</td> <td>55</td> <td>55</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>How often were your room and bathroom kept clean? (% Always)</td> <td>77.4</td> <td>74</td> <td>74</td> <td>74</td> <td>74</td> <td>75</td> <td>76</td> <td>76</td> <td>76</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amount of time you spent waiting for the physician (% Excellent)-Quarter</td> <td>36.4</td> <td></td> <td>35.8</td> <td></td> <td></td> <td>37.4</td> <td></td> <td></td> <td>38.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Your experience when calling the clinic (% Excellence)-Quarter</td> <td>44.5</td> <td></td> <td>44.0</td> <td></td> <td></td> <td>43.8</td> <td></td> <td></td> <td>45.7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Define and implement three initiatives to improve "First Call Resolution" by end Quarter 4</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enroll 5,000 dental plan members, effective 1/01/2009 (exclusive of Intermountain Healthcare employees)</td> <td>5,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>755</td> <td>973</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Service Excellence Focus Areas	Goal	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	After you pressed the call button, how often did you get help as soon as you wanted it? (% Always)	65.5	65	65	65	64	64	65	65	65					Before giving you any new medicine, how often did staff describe possible side effects? (% Always)	57.1	54	54	53	52	53	54	55	55					How often were your room and bathroom kept clean? (% Always)	77.4	74	74	74	74	75	76	76	76					Amount of time you spent waiting for the physician (% Excellent)-Quarter	36.4		35.8			37.4			38.1					Your experience when calling the clinic (% Excellence)-Quarter	44.5		44.0			43.8			45.7					Define and implement three initiatives to improve "First Call Resolution" by end Quarter 4	3													Enroll 5,000 dental plan members, effective 1/01/2009 (exclusive of Intermountain Healthcare employees)	5,000							755	973				
Service Excellence Focus Areas	Goal	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																																								
After you pressed the call button, how often did you get help as soon as you wanted it? (% Always)	65.5	65	65	65	64	64	65	65	65																																																																																																												
Before giving you any new medicine, how often did staff describe possible side effects? (% Always)	57.1	54	54	53	52	53	54	55	55																																																																																																												
How often were your room and bathroom kept clean? (% Always)	77.4	74	74	74	74	75	76	76	76																																																																																																												
Amount of time you spent waiting for the physician (% Excellent)-Quarter	36.4		35.8			37.4			38.1																																																																																																												
Your experience when calling the clinic (% Excellence)-Quarter	44.5		44.0			43.8			45.7																																																																																																												
Define and implement three initiatives to improve "First Call Resolution" by end Quarter 4	3																																																																																																																				
Enroll 5,000 dental plan members, effective 1/01/2009 (exclusive of Intermountain Healthcare employees)	5,000							755	973																																																																																																												
PHYSICIAN ENGAGEMENT	14	Make clinical information systems available to physician clinics based at Priamry Children's	Develop physician training on clinical program measures and member satisfaction measures. Provide this training to 900 physicians	Provide reporting of lab results directly into the office electronic medical record for 200 additional non-employed physicians																																																																																																																	
OPERATIONAL EFFECTIVENESS	13	Develop a system wide best practices plan for Financial Services and Human Resources	Install Emergency Department information system in USR hospitals. Demonstrate user satisfaction	Develop improved registration and collections processes and implement according to plan																																																																																																																	
EMPLOYEE ENGAGEMENT	13	Define processes and tools to improve employee retention	Halt the current trend of increasing employee turnover	Improve employee retention by 7%																																																																																																																	
COMMUNITY STEWARDSHIP	20	Meet all objective federal and state not for profit requirements	Develop an integrated strategic plan for all three Divisions in at least one region with the support of the central Strategic Planning department	Develop a plan to enhance the use of volunteers and establish goals for 2009	<p>2008 YTD Total Actual: 195,092,602 (41.23%) Budget: 138,139,520</p>																																																																																																																
COLOR KEY:		ON TARGET	OF CONCERN	OFF TARGET	DATA CURRENTLY UNAVAILABLE																																																																																																																

Intermountain Healthcare 2008 Goals

6. Verksamheten stöds av integrerade IT-baserade journalsystem

Vi har funnit att framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationer lägger stor möda och stora resurser på IT-system. Utgångspunkten för dessa system är den dagliga verksamhetens behov.

Det innebär att de IT-baserade journalsystemen bildar en grund. Inom framgångsrika organisationer har man gjort det enkelt och naturligt att överföra information mellan olika instanser som är delaktiga i vårdprocessen. För att det ska vara enkelt krävs goda tekniska lösningar som möjliggör informationsöverföring mellan olika journalsystem, mellan olika versioner av samma journalsystem och mellan berörda verksamheter. Dessutom krävs en standardisering av termer och begrepp så att informationen får samma innebörd i olika delar av processen.

Man har också utvecklat IT-baserat kliniskt beslutstöd, där kunskap från de senaste patientgruppsspecifika kunskapsöversikterna eller studierna finns tillgängliga med en enkel knapptryckning. Detta beslutstöd har tagit steget från att vara ett separat system, av typen VISS inom Stockholms läns landsting (VårdInformation StorStockholm – en informationsbank för stöd i besluten vid handläggning av patienter) eller Map of Medicine i England, till att vara integrerat med journalsystemet och dess funktioner för t.ex. läkemedelsordinationer. Systemet kan påkalla användarens uppmärksamhet i det arbetsmoment där en kunskapsöversikt eller en riktlinje kan vara relevant att beakta.

Exempel

Kaisersystemet – en fullständig elektronisk journal

Kaisersystemet utgör USA:s äldsta integrerade vårdorganisation. Det har sina rötter från 1930-talet med uppbyggnad av förbetald sjukvård för varvsarbetare i San Francisco-området. Kaiser utgör till skillnad från t.ex. Intermountain och Geisinger ett "slutet" vårdsystem där enbart personer med sjukförsäkring hos Kaiser vårdas. De övriga två erbjuder egen försäkring men vårdar också patienter med annan försäkring.

Kaiser är nu etablerat i 9 delstater (främst på USAs västkust) samt Washington DC. Systemet har 8,7 miljoner anslutna patienter och 156.000 anställda, varav 13.000 läkare. Man tar hand om patienterna vid 37 sjukhus och 416 medical centers. Kaisers olika regioner (delstatvis) har en viss självständighet, men man utnyttjar skalfördelar inom helheten, t.ex. i uppbyggnaden av IT-system.

Hälso- och sjukvårdsforskning finns integrerad i särskilda utvecklingsavdelningar inom varje region samt vid huvudkontoret i Oakland.

Läkarna inom Kaiser är anställda med en fast lön (ca 50 %) samt särskilda produktions- och kvalitetsincitament (restande 50 %).

Kaisersystemet har varit en pionjär med att demonstrera en ökad andel av vårdomhändertagandet i öppen vård tillsammans med Mayo-kliniken i Rochester Minnesota.

Styrningen är sedan länge uppbyggd kring "återkoppling" av kliniska data och relevanta ekonomiska data till läkarna. Utvecklingen av vårdprogram och riktlinjer internt inom organisationen har likaså en lång tradition. Även här drar Kaiser nytta av sin storlek men också av den variation som finns i de 9 regionerna, liksom av satsningen på hälso- och sjukvårdsforskningsenheterna.

Kaisers utveckling av en elektronisk patientjournal har tilldragit sig stor uppmärksamhet. Det är en av de första vårdorganisationerna som genomfört denna i stort sett komplett inom en större organisation – i detta fall inom en sjukvård av Sveriges storlek. Framgången bygger på ett samspel mellan en företagsledning med koordineringsmakt vid huvudkontoret i Oakland och självständigheten i de 9 regionerna.

Forts.

Den första fullständiga öppenvårdsapplikationen av den elektroniska journalen infördes på Hawaii 2004. Denna är nu genomförd inom hela organisationen för öppen vård vid alla 416 kliniska behandlingscentra.

Också för slutenvården är en elektronisk journal införd, men viss utveckling av samordningen mellan slutenvård och öppen vård pågår.

Redan i dag redovisar Kaiser, baserat på utvärderingar med forskningsmetodik, hur den elektroniska journalen blivit ett "redskap" som verkligen underlättar den konkreta vården. Den pågående utvecklingen av redskap är påfallande. Man kan t.ex. se hur information fångad i den elektroniska journalen används för strukturerad uppföljning. Kliniskt beslutsstöd erbjuds genom att vårdprogram och riktlinjer byggs in. Pop-up-rutor m.m. på läkarens skärm ger vägledning i direkt anslutning till arbetet med den aktuella patientens uppgifter.

www.kaiser.org

Group Health Cooperative – IT-system med mångsidig användning

Group Health Cooperative of Puget Sound är en vårdorganisation i Seattle bildad 1947 med en liknande bakgrund som Kaiser. Den samarbetar också aktivt med Kaiser och har t.ex. delat de tunga utvecklingskostnaderna för det elektroniska journalsystemet (EpicCare). Group Health är en "sluten" integrerad vårdorganisation med ca 530.000 anslutna patienter. Group Health har ett grundmurat rykte som innovativ vårdorganisation – därtill en historik av stark konkurrens inom Seattleområdet och en låg kostnadsnivå (efter amerikansk norm) på sin lokala "sjukvårdsmarknad". Organisationen har alltså ställts inför kravet att driva innovation och utveckling av vårdmetoder för att överleva. Tonvikten är extremt inriktad på öppen vård och man driver inte längre något eget sjukhus utan köper vårdplatser – i första hand på det likaså utvecklingsinriktade Virginia Mason-sjukhuset i Seattle.

Den elektroniska journalen är fullständigt utvecklad och tillgänglig för alla läkarna i systemet med strukturerad klinisk information och återkoppling för användarna likartat som i Kaiser.

En rad intressanta utvecklingar av användningen av den elektroniska journalinformationen kan man se inom Group Health. En viktig orsak till detta är den inbyggda forsknings- och utvecklingsenheten inom organisationen Group Health Research Institute. Den är en självständig enhet inom "koncernen" Group Health och har funnits i ca 25 år. Cirka 150 forskare är verksamma där med 85 % finansiering med externa anslag och endast 7 % av finansieringen från Group Health. Grunden för samspelet är naturligtvis den (för USA-förhållanden) unika patientdatabasen och den kliniska information för forskning som görs tillgänglig via det kliniska informationssystemet.

En särskild enhet inom Center for Health Studies utgör Mc Coll Institute for Clinical Innovation. Detta leds av dr Ed Wagner som beskrivit den mest citerade modellen för vård av kroniskt sjuka – "Chronic Care Model".

Center for Health Studies har aktivt samarbetat med och stött Group Health i uppbyggnaden av det elektroniska journalsystemet och medverkat till att "användarnytta" satts som viktigaste kriterium för utvecklingen. Viktiga konkreta applikationer finns t.ex. för diabetesvården, depressionsbehandling och stora kroniska sjukdomsgrupper. En särskild tonvikt har de senaste åren lagts på tillgänglighet med direktbokning och access hos den personliga allmänläkaren samma dag samt direktaccess till specialist.

www.ghc.org

www.grouphealthresearch.org

Ledningspraxis i Sverige

I Sverige används f.n. samma IT-baserade journalsystem av såväl primärvård som sjukhus i sju av landstingen. Vid 2009 års utgång kommer de att vara 10. Inom övriga landsting pågår arbete mot samma mål.

Fem olika journalsystem kommer att dominera under de kommande åren. Det väcker två frågor:

- hur hanterar man IT-frågorna vid eventuella samgåenden mellan landsting som följd av regiondiskussionen?
- kommer arbetet att vara o gjort till stor del som en följd av att en successivt ökande andel privata utförare väljer egna IT-lösningar?

Inom ramen för den Nationella IT-strategin bedrivs ett mödosamt arbete för att samordna IT-lösningarna i Sverige. SJUNET har skapat tekniska förutsättningar för datakommunikation. Introduktion av ett nationellt elektroniskt adressregister och en nationell säkerhetslösning med elektroniska id-kort för varje anställd pågår. Begrepp och termer standardiseras och modelleras i informationsstrukturprojekt. Under perioden 2009-2012 introduceras en nationell patientöversikt med grundläggande uppgifter om varje individs vårdkontakter. Inom 1177.se – Sjukvårdsrådgivningen byggs funktioner för rådgivning till patienter och på sikt även kliniskt beslutsstöd.

Alla dessa strävanden leder mot förbättrade tjänster för såväl patienter som personal. Utvecklingen försvåras, fördyras och fördröjs dock av att varje fråga och förändring ska hanteras av 21 landsting och nästan 300 kommuner, trots att vårt land inte har fler än drygt 9 miljoner invånare. Man har också påtalat att den komplicerade utvecklingsmiljön riskerar ett så långsamt införande att lösningarna är omoderna när de är på plats.

7. Regelbunden resultatåterföring till individuella medarbetare och grupper

De framgångsrika organisationerna har starkt fokus på verksamhetsresultat ur ett patient- och medborgarperspektiv. Man använder systematiskt resultatdata för att värna resultatorientering, för att bygga en kultur baserad på faktabaserad dialog och för att få underlag för ett systematiskt förbättringsarbete.

Det finns en genomtänkt modell för vilka dimensioner av resultat och kvalitet som återförs: medicinska resultat, patienternas bedömning av de medicinska resultaten, servicekvalitet såsom väntetider samt patienternas, de anställdas och samarbetspartners tillfredsställelse och ekonomiska resultat. Resultaten är i hög grad knutna till patientgruppsrelaterade vårdprocesser.

Resultaten återförs till alla nivåer i organisationen och relateras till mål och krav som är öppet definierade. De enskilda medarbetarna får sina resultat och sin praxis redovisad i relation till gruppen och organisationen som helhet, och de individuella resultaten ligger till grund för dialog med arbetsledare. På motsvarande sätt och med samma syften får alla ledningsnivåer inklusive styrelsen en genomtänkt resultatåterföring.

IT-baserade journalsystem med strukturerad adekvat information om vårdresultat är vid sidan av ekonomisystemet den viktigaste informationskällan. För att kvaliteten ska bli tillräcklig är termer och begrepp omsorgsfullt definierade. Data samlas i vård-datalager och kan användas med hjälp av effektiva stödsystem.

Internationella exempel

Goda Internationella exempel finns inbyggda i utvecklingen av elektroniska journalsystem samt kliniska och ekonomiska informationssystem som beskrivits inom Intermountain, Kaiser, Group Health samt Geisingersystemet. Nyckelfrågor tycks vara elektroniskt tillgänglig information, ledningens engagemang i att fastställa kliniska mål och följa upp resultat och återkoppla. Detta är "modeller" för hur man kan arbeta inom sjukvårdssystem med en annan kultur, formell struktur och beslutsregler. De demonstrerar dock att dessa arbetssätt är möjliga – och att de ger goda resultat.

Svenskt exempel

Landstinget i Östergötland har utvecklat resultatdialoger för återföring av och diskussion om aktuella resultat. I dessa möts personer från landstingsledningen, inkluderande medicinskt sakkunniga, och verksamhetsledningar för en dialog utifrån aktuella fakta om mål och resultat. Dialogen är framåtsyftande och fokuserar på vilka åtgärder som kan vidtas för att vid behov förbättra resultaten. Själva arbetsformen har utvecklats utifrån säkerhetsdialoger, som är inriktade särskilt på förekomsten av vårdskador och vilka åtgärder som behöver vidtas för att minimera dessa.

Ledningspraxis i Sverige

I Sverige utgör de nationella kvalitetsregistren en viktig men underutnyttjad informationskälla. De har dock vissa svagheter beroende på att de byggts upp som separata system med svag koppling till journalsystemen. En viktig begränsning är att arbetet med rapportering och validering av data medför att resultaten är tillgängliga först efter lång fördröjning vilket minskar värdet av och intresset för uppgifterna. Man kan dock förutse att informationen i en framtid kommer att hämtas direkt från vårddatalager, genererade ur journalsystem mm. Utvecklingen har påbörjats så smått genom att rapporteringen till kvalitetsregistren i vissa fall görs automatiskt när journaldata genereras.

Vår undersökning visar att återföring av medicinska resultatdata inte kan sägas vara en ledningsrutin hos någon huvudman. Rutiner för att återföra data om läkemedelsförskrivning, sjukskrivningspraxis och väntetider finns dock på många håll. I övrigt beror aktivitetsgraden av engagemanget hos enskilda ledare ute i vårdorganisationen.

Nio huvudmän har tydliga ambitioner att utveckla detta, men de flesta fokuserar då på tekniska lösningar och inte på analyskompetens. Möjligtvis finns en delförklaring i att politikerna har svårt att hantera dessa viktiga resultatdimensioner och därför inte ställer sådana krav på tjänstemännen.

8. Verksamheten får metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete

Vi har tidigare konstaterat att hälso- och sjukvården kan karakteriseras som samhällets kanske mest komplexa organisation. Det finns många forskningsrapporter som indikerar att ett förändringsarbete i små steg kan förordas i sådana miljöer. För att minimera risktagande är det också lämpligt att först genomföra avgränsade förändringar försöksvis för att sedan ge dem en vidare spridning när goda resultat kunnat avläsas.

Strategin stöds av de iakttagelser vi gjort vid våra studiebesök. Här är emellertid en kompletterande anmärkning befogad.

Ofta påpekas att alla egentliga förändringar består i att enskilda medarbetare i vad som kallas *mikrosystemen* förändrar sitt sätt att arbeta. Detta är väsentligt, men man kan också iaktta att påpekandet övertolkas på så sätt att ledningens roll förminskas. Vi vill istället betona att strategin om förändringar i små steg förutsätter att ledningen

- själv arbetar med denna strategi men också överväger om större strukturella åtgärder kan behövas – vilket sällan men ibland är fallet
- deltar aktivt med att utforma de visioner och mål som ska styra vilka förändringar som eftersträvas och att resultat i form av hälsovinster för medborgare och patienter då är i fokus
- lyssnar på medarbetarnas förslag till förbättringar men också tar egna initiativ till förbättringsprogram (som regel i en småstegsstrategi) om man noterar behov av förbättring.

Med ursprung inte minst i W. Edward Demings start av kvalitetsrörelsen och Total Quality Management, TQM, har ett antal verkningsfulla metoder och redskap för systematiskt förbättringsarbete i små steg utvecklats. Listan på angreppssätt kan göras lång:

- Variationsanalys
- PDSA-modellen
- Breakthrough methods, Idealized Design
- Balances Score Card
- Six Sigma
- Lean production
- etc.

Gemensamt för dessa är att de stödjer strategin med ständig förbättring i små steg. De bygger på att resultat hela tiden mäts – resultat i nuläget, resultat efter förändring/intervention och resultat i förhållande till kvantitativa mål. På så sätt gynnar de också en faktabaserad dialog.

Vi har funnit att framgångsrika organisationer är väl förtrogna med dessa redskap och använder dem flitigt. Eftersom de är avsedda att användas av arbetslag och förbättrings-

team ute i verksamheten har organisationerna byggt upp en stödstruktur innefattande utbildningsaktiviteter och tillgång till personer som kan stödja förbättringsarbete med förslag till anpassade metoder. Dessa personer kan vara organiserade i en gemensam resurs eller finnas inom hela organisationen – eller i kombinationer av dessa lösningar. Kunnandet utvecklas kontinuerligt genom nära kontakt med och även deltagande i forskning om sådana metoder.

Internationella exempel

I de fyra studerade USA-organisationerna utgör "förbättringsarbete" en integrerad del av den överordnade strategin att driva en utveckling mot uppställda mål. Flera av dessa organisationer samarbetar också t.ex. med Institute for Healthcare Improvement i Boston (IHI) som utgör en avancerad forskningsbaserad "konsultorganisation". Av stor betydelse är emellertid också deras egna utvecklingsavdelningar som är inriktade på just att utveckla innovationer och förändra vårdprocesserna. Detta kan också sägas vara en kärna i ledningsarbetet inom organisationerna. "Förbättringsarbete" är ett brett namn för en mångfald metoder och angreppssätt där mål sätts upp av ledningen och organisationens samlade kraft mobiliseras för att nå detta mål. Centralt är de kliniska, medicinska målen och processerna som ska leda till att dessa nås. Vårdens struktur och organisation underordnas eller ses som redskap. Att nå de kliniska målen, hög patienttillfredsställelse och nytta är överordnat.

Svenskt exempel – Landstinget i Jönköping

Landstinget i Jönköping är det tydligaste exemplet i Sverige på ett landsting som tar vara på möjligheten att systematiskt utveckla organisationen genom att mäta resultat, fokusera på processer och använda "förbättringsarbete". Utgångspunkten är de självklara möjligheter som landstingsmodellen (det helt integrerade vårdssystemet) ger – vilket blir tydligt i jämförelsen med USA.

Landstingsledningen i Jönköping har också satsat på uppbyggnaden av en utvecklingsenhet, Qulturum, som leder metodarbetet kring ett antal "kvalitetsredskap".

Detta har simulerat andra landsting och sprids, t.ex. i programmet "Mäta för att leda". Forskningsfrågorna fokuseras i den näraliggande organisationen Futurum.

Jönköping, Qulturum och Futurum har byggt upp goda kontakter med många organisationer i USA för att aktivt ta in impulser och lärande. Det ömsesidiga utbytet och impulserna har varit en viktig del i utvecklingsstrategin. Likaså har landstingsledningens medvetenhet om den kraft som finns i jämförelsemöjligheterna med internationellt goda exempel och andra svenska landsting varit en viktig del i strategin att utveckla och stimulera sin organisation till goda prestationer. Detta har tilldragit sig intresse hos internationella bedömare.

Övretveit – Staines skriver i *Quality Management in Health Care 2007*: "There is evidence that the program has initiated and nurtured many changes and projects and achieved a number of successes, including twice winner of the Swedish Quality Reward. There is less evidence of patient and clinical outcomes and no evidence of the costs or savings of the program or of projects. Some evidence from an independent government performance comparison of counties does not show Jönköping to perform significantly better than other counties on most of the set of indicators used....."

Vår kommentar är att denna typ av förändringar är mycket långsiktiga – man ser tidigast resultat när det gäller ett utvecklat engagemang och goda processer, inklusive mätning av dessa. Att kunna visa förbättrade resultat i "outcome" tar däremot längre tid.

I det som hittills utvecklats i Öppna jämförelser redovisar Jönköping goda resultat. I en sammantagen rangordning kommer man på andra plats efter Halland. I jämförelse med andra landsting och regioner har man det lägsta antalet, 15, indikatorer med röd markering, dvs. resultat bland de sju "sämsta" landstingen. När det gäller gröna markeringar, dvs. resultat bland de sju "bästa" landstingen, ligger man på tredje plats.

Ledningspraxis i Sverige

Vår undersökning av de svenska förhållandena visar att åtta huvudmän har ett väl utbyggt metodstöd kring förbättringsarbete. Sex har fattat beslut om upp- eller utbyggnad av sådant. Många huvudmän deltar i programmet *Mäta för att leda* som syftar till att sprida metodkunnskap främst utifrån data som presenteras i *Öppna jämförelser*.

Ett påpekande som ofta görs är ledningens svaga deltagande i den process som bestämmer vilka förbättringar som är mest angelägna. Ledningen behöver delta tillräckligt konkret i arbetet för att visa att man som ledning förstår metoderna och deras betydelse för produktionsprocessen.

9. Patienterna har tillgång till sin journal via Internet

Möjligt kan det vara överraskande att vi lyfter fram patienternas tillgång till sin journal som ett av de tio viktigaste ledningsredskapen. Förklaringen är de stora och väl redovisade positiva effekter vi kunnat se.

Den viktigaste av effekterna är att tillgång till den egna journalen stärker patientens ställning på ett påtagligt sätt. Vi betraktar det som ett strategiskt initiativ för "empowerment" som gör det möjligt att delta i beslut om den egna vården på ett nytt sätt. Delaktighetens betydelse för "concordance", ett uttryck som numera ersatt begreppet compliance för att markera avståndstagande till patienternas traditionella underordning, är väl känd. I förlängningen resulterar concordance i förbättrade behandlingsresultat.

En annan effekt är att egenvårdinsatserna kan öka genom att ny journalinformation kompletteras med egenvårdsråd som är anpassade till diagnos och undersökningsresultat. Lösningen ses som ett beslutsstöd för patienternas agerande som IT-systemet genererar precis som det kliniska beslutsstöd vi berört tidigare.

En tredje effekt är resursbesparing. Genom båda parter tillgång till journalen via Internet har många läkarbesök visats kunna ersättas med tidsbesparande kontakter via e-mail och telefon.

En bieffekt av alls icke försumbar betydelse är att journalens kvalitet och stringens skärps automatiskt.

Exempel – Group Health Cooperative, "My Group Health"

Patienternas tillgång till sin journal via Internet har utvecklats mest påtagligt inom Kaisersystemet och Group Health, vilka beskrivits tidigare.

Grundläggande förutsättningar är att journalsystemen är fullt utvecklade digitalt, vilket bägge organisationerna nu lyckats med efter stora insatser. Viktigt är också att man ser – och redan börjat uppnå – de fördelar i förbättring av vården och arbetsförhållandena för de anställda som dessa hjälpmedel kan innebära. Den starka tonvikten i USA på "konsumentmakt" och patientens medverkan i vårdprocessen är också viktiga drivkrafter. Intressant nog rapporteras övervägande positiva erfarenheter av patientens medverkan och ökade insyn i sin journal, sina uppgifter och i sina vårdresultat. Man tycks alltså ha kommit över den "tröskel" där denna medverkan hittills ofta setts som ytterligare en belastning för vårdpersonalen.

Group Health Cooperative påbörjade implementering av en web-site för patienter redan år 2000 genom "My Group Health". Denna är fullt genomförd sedan 2004 och patienten har tillgång via webben till i princip all klinisk information i journalen. Det finns också en rad funktioner som tidbokning, kontakt med läkaren on line, receptförnyelse, diskussionsgrupper med andra patienter, hälsoinformation samt försäkrings- och faktureringsinformation.

Denna patientmedverkan tycks dock ha avancerat betydligt längre än till en "extra konkurrensfördel" för Group Health. Ett antal strategier för det medicinska omhändertagandet är utvecklade med tanke på dels vårdgivarnas tillgång till patientinformationen, dels patienternas medverkan. Särskilt viktigt tycks detta vara som hjälpmedel i kontinuerlig kronisk vård och för att möta tillgänglighetskraven.

Group Health redovisar nu att 42 % av patientkontakterna med vårdorganisationen sker via nätet. Group Health förefaller vara den vårdorganisation som överhuvudtaget nått längst i att aktivt använda detta "redskap" för att förändra och förbättra vården.

Exempel – Kaisersystemet, "My Health Manager"

Kaisersystemet demonstrerade "My Health Manager" 2005. Genom denna funktion får patienterna tillgång till sin journal. Spridningen och användningen av detta hjälpmedel har varit snabb och Kaiser beskriver en utveckling som liknar den inom Group Health.

2 miljoner av Kaisers 8,7 miljoner patienter uppges vara anslutna till det elektroniska journalsystemet hösten 2008. Tillgängliga funktioner är ungefär desamma som de som används inom Group Health.

Ledningspraxis i Sverige

Vår undersökning visar att utvecklingen i Sverige är svag inom detta område. Två landsting har begränsad försöksverksamhet och två har avgränsade embryon till lösningar där patienterna erbjuds viss information. De flesta har inte diskuterat frågan.

Utvecklingen i Sverige har hindrats genom journalagstiftningen, och det finns fortfarande oklarheter trots förändringar då Patientjournalagen upphört att gälla 2008 och ersatts med Patientdatalagen.

10. Forskningskompetens används systematiskt för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet

En utgångspunkt för denna studie är hälso- och sjukvårdens karaktär av kunskapsorganisation. I de inledande kapitlen har vi diskuterat betydelsen av detta för den biomedicinska förnyelsen och innovationen. Vi har också tecknat bilden av en stark utveckling av perspektiv, kunskaper och också ”redskap” att förstå och hantera själva vårdorganisationen. En viktig del i detta är villkoren för de professionella vårdutövarna (främst läkare och sjuksköterskor) och de speciella utmaningar som ledning och styrning av en stor organisation av ”professionella” utgör.

Vad vi funnit i studien av framgångsrika vårdorganisationer, främst bland integrerade system i USA men också i Kanada och Storbritannien, är att de på ett medvetet sätt använder forskningskompetens för att utveckla vårdprocesser och organisation inklusive strategier och redskap för ledning och styrning. Detta tycks utgöra en av förutsättningarna för att kunna utvecklas som en framgångsrik vårdorganisation. Avgörande är att ledningen ser, uppfattar och strategiskt använder sig av forskningskompetens för utvecklingen.

Ledningspraxis i Sverige

De tydligaste exemplen på ett systematiskt och långsiktigt samarbete mellan forskare och praktiker i frågor om ledning, styrning och utveckling i vårt land noteras i Östergötland och Jönköping. Också Västra Götalandsregionen och Halland har artikulerade ambitioner.

En handfull huvudmän nyttjar forskningskompetens i samband med vissa strategiska projekt eller i annat avgränsat sammanhang. Ytterligare några har ledare som värderar forskningsmeritering högt vid bemanning av utvecklingsfunktioner.

I övrigt nyttjas forskningskompetens mycket lite eller inte alls.

Svaren belyser situationen som beskrivits och analyserats i vår tidigare rapport ”Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling”. Landstingens och regionernas konkreta lednings- och utvecklingsarbete har i liten utsträckning upparbetade relationer till systematisk kunskapsutveckling inom forskningen. Det är en paradox – som också ett antal av informanterna i denna studie ger uttryck för. Hälso- och sjukvårdens själva kärninnehåll, den medicinska verksamheten, är så uppenbart relaterad till kunskapsutveckling och omvandling via krafter i forskningen. Lednings- och utvecklingsarbetet, som har till mål att kunna hantera helheten, ge den medicinska verksamheten rätt förutsättningar och bidra till att vården når sina mål i relation till såväl enskilda patienter som befolkningsgrupper, är däremot inte forsknings- och kunskapsrelaterat på samma sätt.

Det finns många uppenbara förklaringar till detta – främst en tradition där vårdens ledning och organisation har rötter i lagstiftning och offentlig förvaltning. Utformningen av kraven från den politiska ledningen utgör en annan förklaringsfaktor liksom den press och det tryck som sjukvårdstjänstemännen befinner sig i, klämda mellan till synes oförenliga krafter och önskemål. Tidsbrist är en annan viktig faktor samt andra förhållanden i det som vi ibland benämner som vårdens ”ledningskultur”.

En väl fungerande ”kunskapsförsörjning” på det sätt vi föreställer oss kräver också att forskningen med sina teoretiska perspektiv på vårdens styrning och ledning är inställd på en dialog med ”praktiken”. Här finns betydande utrymme för utveckling.

Det är positivt och viktigt att notera att intervjuerna visar att det finns en medvetenhet om att tjänstemännen i större utsträckning borde efterfråga forskningskompetens. Hur en utveckling av detta skulle kunna gå till diskuterar vi i följande kapitel. Ett antal inspirerande exempel från andra länder på hur det faktiskt kan gå till ges i rapportens exempel.

Sammanfattning

I detta avsnitt har vi redovisat 10 strategier och redskap som vi funnit viktiga för de framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationer vi studerat. De används aktivt, inte bara i vårdorganisationen, utan också av ledningen i sitt samspel med verksamheterna.

1. Patientgruppsrelaterade processer sätts i förgrunden.
2. Kostnader relaterade till patientgruppsrelaterade processer kan följas.
3. Behovsanalyser, relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser, genomförs.
4. Kunskapsläget inom medicin och omvårdnad bevakas aktivt.
5. Mätbara kvalitets- och resultatkrav ställs på ledningen och organisationen.
6. Verksamheten stöds av integrerade IT-baserade journalsystem.
7. Regelbunden resultatåterföring till individuella medarbetare och grupper.
8. Verksamheten får metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete.
9. Patienterna har tillgång till sin journal via Internet.
10. Forskningskompetens används systematiskt för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet.

I en studie av ledningspraxis bland svenska landsting och regioner visas att alla dessa strategier och redskap är kända. De tillämpas dock oftast i mycket begränsad omfattning, inte sällan i avgränsade pilotprojekt. En förklaring synes vara att patient- och befolkningsfokus är underordnade den styrning som präglas av en traditionell verksamhetsindelning, bestämd av personalens traditionella kompetensområden.

Kap 5 Hur strategier och redskap växer fram

I tidigare kapitel har påpekats hur kunskapsstätt hälso- och sjukvården är och hur avgörande framväxten av ny kunskap är för vårdens förändring och utveckling. Den biomedicinska kunskapsexpansionen och det väl utvecklade sambandet mellan laboratorieforskningen och den kliniska medicinska utvecklingen har länge utgjort en etablerad och förståelig ”modell” för förnyelse av den praktiska kliniska sjukvården. I sina huvuddrag tycks mekanismerna i denna fortfarande fungera tillfredsställande, även om successivt allt fler vetenskapliga områden blivit involverade i utvecklingsprocesserna. Den medicinska forskningens kontaktytor mot allt fler andra vetenskaper och kunskapsstättade områden ökar och bidrar till såväl kraft som komplexitet i förnyelseprocessen.

Vi har också skissat bilden av en kraftig tillväxt av hälso- och sjukvården som system, dess andel av samhällsekonomin och dess organisatoriska komplexitet. Ett antal frågeställningar inom hälso- och sjukvården berör centrala frågor kring etik, solidaritet och rättvisa. Medicinsk säkerhet, tillgänglighet och service samt uppseendeväckande variationer i praxis utgör andra dimensioner av vården som uppmärksammas alltmera. Sammantaget ställer detta allt större krav på vårdens funktion – dess ledning, styrning och utveckling som system.

För att möta dessa krav och för att kunna driva en adekvat förnyelse behövs en kontinuerlig utveckling av strategier och det vi kallar ”redskap”. Parallellen med den biomedicinska förnyelseprocessen är tankeväckande. Organisation och ledning inom vården borde ha en lika stark förnyelse. Framförallt behövs tillgång till metoder och arbetsredskap som adresserar alla de frågor som upplevs som ”svåra”, ja ibland rent av ”omöjliga” inom vården. Vårt synsätt är att det knappast finns några ”omöjliga” problem – snarare bör man se sjukvårdens utmaningar (vi tänker på t.ex. prioriteringsfrågor, säkerhetsfrågor, kvalitetsfrågor) som en stimulans att öka kunskapsökandet och uppfinningsrikedomen. Det borde vara fullt möjligt att inom detta fält mobilisera en kunskapsutveckling på samma sätt som inom det biomedicinska kärnområdet. Det rör sig dock om andra vetenskaper och delvis andra processer för att ordna samspel mellan teori och praktik. Dessutom finns redan i dag en mängd underutnyttjade metoder och kunskaper liksom goda exempel på hur man tacklar dessa frågor på olika håll i världen. Vi har sökt konkretisera detta via rapportens exempelsamling.

Forskning och praktik – ett komplicerat samspel

Det finns traditionella föreställningar om att ”forskning” och ”praktik” står i direkt motsatsställning till varandra. En skarp avgränsning och åtskillnad mellan dessa hör snarast till det äldre industrisamhället. Ett karakteristikum för kunskaps- eller informationssamhället som vi nu befinner oss i är just att avancerad information spelar en allt större roll i många samhällsprocesser. De flesta konkreta verksamheter som utför tillverkning eller levererar varor och tjänster har ett successivt allt större kunskapsinnehåll. Forskningen är inte heller lika tydligt avgränsad utan framtagande av avancerad ny

kunskap sker på delvis nya sätt och i nya sammanhang. Det är inte längre lika tydligt att forskningen sker på laboratoriet eller på universitetsinstitutioner, utan andra aktörer och processer har tillkommit.

Man kan beskriva några *karaktéristika* för det vi definierar som *forskning*, t.ex:

- frambringar ny kunskap
- är oberoende, obunden
- frågeställningar kan väljas fritt
- arbetar med definierade verifierbara metoder
- präglas av systematik och struktur
- fri, öppen tillgänglighet
- gransknings-, bedömnings- och belöningssystem utformas inom forskarsamhället (s.k. peer-review)

Dessa karakteristika för forskningen kan kontrasteras mot vad man kan kalla *praktikens villkor*:

- är inriktad mot att åstadkomma konkreta förändringar
- de praktiska resultaten räknas
- praktikern driver eller påverkar processen
- präglas av pragmatism, enklaste vägen till målet
- aktiviteterna genomförs ofta i komplicerade sociala situationer
- uppdragsgivare definierar framgångskriterier och belönar
- uppdragsgivare tillsätter och avsätter

Den spänning eller motsatsställning mellan forskning och praktik som ibland finns kan delvis förklaras av dessa olika ideal och förutsättningar för verksamheten. Det kan t.ex. komma till uttryck så att forskare demonstrativt ”låser in sig” i den akademiska världen och markerar att man inte vill ha kontakt med den praktiska världen utanför. Omvänt kan praktikens företrädare hysa uppfattningen att forskare på ett onödigt sätt komplicerar och problematiserar frågorna och vägrar komma med enkla svar. Ett antal karikatyrbilder av relationen kan beskrivas och de känns säkert igen av många. Det viktiga att ta fasta på är att motsättningarna speglar olika ideal och karakteristika – men också olika mål och uppdrag. Forskningen gör sin största nytta just genom att ha en obundenhet, kunna tänka och handla förutsättningslöst vid problemlösning. Praktiken måste ha starka drag av pragmatism, maktrelationer, uppdragsgivande och leveransansvar.

Dessa omständigheter förklarar delvis att det ofta är svårt att arrangera väl fungerande samverkan mellan forskning och praktik.

Michael Gibbons har i sin forskning om hur kunskap bildas beskrivit två modeller: *mode 1* och *mode 2*.

Det traditionella synsättet – *mode 1* – beskriver hur kunskap utvecklas vid akademiska institutioner utifrån tidigare rön och vetenskapliga teorier. Kunskapen sprids sedan skriftligt och muntligt. För att den ska komma till nytta krävs att organisationer eller individer organiserar sig så att de blir bra mottagare av kunskapen.

På senare tid har ett nytt sätt att producera kunskap – *mode 2* – växt fram med stor kraft. Det sättet innebär att kunskapen skapas med utgångspunkt från ett praktiskt problem. Nyttan står i centrum och forskningsproblemen formuleras i minst lika hög grad av praktiskt arbetande ledare. Ofta krävs mångvetenskaplig forskning för att bearbeta problemet på ett meningsfullt sätt. Praktikerna deltar under forskningsarbetet och kunskapen sprids därigenom under hela förloppet.

Det är inte så att det nya sättet har ersatt det traditionella. De båda arbetssätten förekommer sida vid sida. Den viktiga iakttagelsen utifrån denna studies utgångspunkt är att ett nära samspel mellan forskning och praktik är nödvändigt och måste främjas för att kunskapsbildningen ska kunna ske på båda sätten och ha den nödvändiga omfattningen och inriktningen.

Exempel från andra samhällsområden

Den hittills förda diskussionen relaterar delvis till situationen mellan den huvudsakligen offentliga hälso- och sjukvården och universitetsforskningen kring hälsa i Sverige. Ett skäl att se på motsvarande förhållanden i andra länder är att vidga perspektivet och idéerna kring frågan. Exempel redovisas i olika avsnitt av rapporten. Det är också av intresse att se på hur de icke offentliga sektorerna, t.ex. det privata näringslivet tacklar frågan. Med risk att generalisera kan man där finna en större medvetenhet om ny kunskaps betydelse för konkurrenskraft, produktutveckling och förnyelse. Det förefaller också finnas en starkare pragmatisk inställning inom näringslivet till att arrangera samverkan mellan forskning och praktik som följd av den tydligare vinst- och resultatorienteringen.

Det är vanligt att större företag inom avancerad process- och tillverkningsindustri organiserar ”utvecklingsavdelningar” där uppgiften är att skapa nya produkter, redskap eller processer. Olika organisatoriska modeller finns, men gemensamt är att man skapar miljöer där forskare och praktiker arbetar sida vid sida med en stark målinriktning. Forskarna arbetar fokuserat heltid eller deltid i en sådan miljö men med en inramning som säkerställer de grundläggande kraven på oberoende för deras verksamhet. Praktikerna som de samverkar med har en konkret relation till den praktiska verkligheten.

Systemet med adjungerade professorer vid universiteten som i dag är vanligt har just en upprinnelse i behovet av kopplingar mellan industri och universitet.

Stora industrikoncerner redovisar ofta en systematik i hur man samspelar med forskningen. Företaget ABB löser t.ex. kortsiktiga utvecklingsuppgifter med 2 – 4 års perspektiv inom den egna utvecklingsenheten. Kunskapsutveckling med längre tidshorisont ges som uppdrag till universitetsinstitutioner.

Många intressanta exempel på utveckling och praktiska arrangemang inom detta fält finns inom t.ex. läkemedelsindustrin och servicesektorerna i tjänstesektorn. Olika

branscher samverkar med olika vetenskapsområden för sin kunskapsutveckling, även om det flervetenskapliga inslaget i innovationsprocessen blir allt tydligare.

Hälso- och sjukvården borde just i detta avseende ta efter och lära sig av näringslivet och industrin. De grundläggande utmaningarna kring villkoren för avancerad utveckling tycks vara desamma. Den särskilda studien av ledningspraxis i svenska landsting och regioner visar att sjukvårdens ledningar och administration i mycket liten omfattning efterfrågar eller använder forskningsmetoder i sitt ledningsarbete. Detta är paradoxalt då vi samtidigt kan konstatera att själva verksamheten hör till de mest kunskapsintensiva och komplexa i hela samhället.

Vi uppfattar att det finns specifika blockeringar och förklaringar som har att göra med vårdadministrationens karaktär av förvaltning och dess prägning av regler och lagar. En annan viktig förklaring kan vara utformningen av den politiska styrningen av vården. Ytterligare ett skäl är att åtskilda ”kulturer” och förhållningsätt mellan de olika huvudaktörgrupperna vårdprofessionella, vårdadministratörer och politiker har utvecklats under flera decennier. Alltför mycket energi förspills i vårdsystemet i ”ställningskrig” eller ”taktiskt spel” mellan dessa grupper. I takt med att hälso- och sjukvårdens utmaningar och problem blir alltmera publika, berör allmänheten och fångar medias intresse finns en tendens till att konflikter och motsättningar förstärks. Det borde vara av högsta prioritet att ta initiativ inom detta område. Vi är övertygade om att en satsning på att reellt närma forskning och praktik inom ledningsområdet är en av flera viktiga strategiska åtgärder. I det avslutande kapitlet återkommer vi med ett konkret förslag.

Som ytterligare inspiration redovisas i rapporten exempel på hur man i andra länder tacklat just denna fråga. Det mest uttalade exemplet har vi funnit i Geisingersystemet i Pennsylvania i USA. De övriga tre integrerade vårdsystemen vi lyft fram har alla olika typer av forskningsenheter med ett fruktbart samspel med vårdorganisationen. Se beskrivningar i andra faktarutor om Intermountain Health Care, Kaiser och Group Health Cooperative.

Exempel – Geisinger Center for Health Research

Geisinger Health System betjänar en befolkning på cirka 2,5 miljoner invånare i centrala och nordöstra Pennsylvania. Där finns huvudsakligen en glesbygdsbefolkning och den utgör också en avfolkningsbygd. Jämfört med USA som genomsnitt, har befolkningen lägre inkomstnivå och utbildningsnivå samt också något högre sjuklighet. Det är också en stabilare befolkning än normalt i USA. Allt sedan starten av sjukvårdssystemet 1915 (Abygail Geisinger, änka efter en stålverksmagnat, donerade grundplåtarna för systemet) har det haft ett rykte som innovativt och utvecklingsinriktat – men också i sin struktur ”avvikande” inom USA-sjukvården. Det är starkt integrerat och bygger på detta i sin utveckling. Systemet har kanske det närmaste man kan komma ett ”befolkningsansvar” i USA.

Systemet har en egen försäkringsorganisation med 300.000 anslutna. Man behandlar alltså både ”egna” patienter och en stor andel med annan finansiering på sina sjukhus och öppenvårdsenheter. Totalt har systemet 700 läkare, varav 250 är primärvårdsspecialister. 450 organspecialister arbetar såväl på de tre sjukhusen som på mottagningar utanför.

Den kliniska styrningen utgår från 22 kliniska specialitetslinjer (service lines) som går genom hela organisationen. Detta liknar de processindelningar som Intermountain, Kaiser och Group Health arbetar efter. Varje sådan specialitetslinje har en klinisk ledare som ansvarig tillsammans med en manager. Systemet har ett antal centrala ”support functions”. Ett exempel är utvecklingen av den elektroniska datajournalen vilken nu är genomförd som ett kliniskt informationssystem som löper parallellt med det ekonomiska genom hela systemet.

Forts.

Geisinger har lagt en särskild tyngdpunkt på innovation i meningen utveckling av nya vårdmetoder, klinisk förändring och utveckling, liksom effektivisering. Man talar också om "securing the legacy" som en del i organisationskulturen – och då hänvisar man till den första chefläkaren dr Foss som hämtades från den tidigare startade Mayo-kliniken i Minnesota. Man kan uppfatta Geisinger som en slags Mayoklinik med fokus på innovation – fastän belägen i glesbygden i Appalacherna.

Exempel på kliniska innovationer som förts fram under det senaste året är att konkretisera "modeller" för bästa "standardvård" där alla kvalitetskriterier, rätt indikationer och rätt utförande i alla led uppnås. Detta har utvecklats t.ex. för elektiv hjärtsjukvård där vårdtiden kortats och återintagningarna inom 30 dagar halverats, liksom komplikationerna.

Geisinger har inte någon medicinsk fakultet men ger utlokaliserad läkarutbildning i de senare kliniska stadierna. Där- emot finns sjuksköterskeutbildning.

Organisationen har sitt huvudsjukhus i Danville (3000 invånare).

Forskning och utveckling är starkt fokuserad på lednings-, styrnings- och utvecklingsfrågor.

Ett Center for Health Research är bildat sedan ca 5 år genom ombildning av ett tidigare biomedicinskt präglat forskningsinstitut. Huvuduppgiften är att utgöra ett "fritt" och rörligt laboratorium för utveckling av idéer och tänkande kring olika vårdutmaningar. Biomedicin, klinik, IT-utveckling m.m. kombineras pragmatiskt i olika projekt. Forskar- gruppen är liten, ca 30 personer. Ledaren Walter "Buzz" Stewart har en bakgrund som epidemiolog vid Johns Hopkins School of Public Health i Baltimore.

Stewart förmedlar en mycket medveten syn inom Geisinger: att forskningsenhetens uppgift är att utgöra "sandlåda" där helt nya idéer prövas. Dessa förs vid rätt tillfälle över till hans kollega Ron Paulus som är Chief Technology and Innovation Officer med utvecklingsansvar inom Geisinger. Man genomför där på lovande innovationer en "test bed", eller närmast en klinisk prövning, med dessa som utgångspunkt. Om denna utfaller positivt går man vidare till "full application" inom hela systemet. Typiskt för projekten är kombinationen av kliniskt medicinskt underlag (stora volymer, stora problem, stora variationer), data och uppgifter genererade i informationssystemen samt ett öppet resonemang om vilka "bevis" som krävs för förändring av klinisk praxis.

Exempel på projektområden för Center för Health Research är

- E-health – användning av de speciella möjligheter de digitala databaserna ger inom Geisinger
- Predictive modellering som stöd för kliniskt beslutsfattande. Vilka patienter kommer att utveckla hjärtsvikt 6 – 24 månader innan diagnos säkert kan ställas ?
- Miljöfrågor (environmental). Kartläggning av risker i den lokala miljön – gifter, fetma, levnadsvillkor. "Active risk management" för olika patientgrupper baserad på dessa analyser. "Learn physicians to be more focused"
- Biobanksarbete – möjligheter till analyser av biobanksmaterial – kopplat till kliniska data

www.geisinger.org

www.geisinger.org/research/gchr

Sammanfattning:

Strategier och redskap för vårdens konkreta utveckling växer fram genom ett samspel mellan teori och praktik. Forsk- ningens och praktikens villkor och karakteristika skiljer sig åt i ett antal viktiga avseenden – t.ex. i kraven på obero- ende respektive målinriktad styrning, liksom i belöningssystem och ett antal andra värdefrågor. Detta speciella område kräver därför stor respekt för roller och integritet. Hälso- och sjukvården måste utveckla bättre och mera ändamåls- liga modeller för samverkan mellan forskning och praktik just inom området ledning, utveckling, utvärdering. Exempel från andra samhällsområden – t.ex. industrin kan vara av stort värde. Likaså finns ett antal intressanta exempel inter- nationellt, vilka redovisas i detta kapitel, liksom i förteckningen i bilaga 2.

Hinder och möjligheter i vårt land

Kap 6

Utrymme för förbättring

I rapporten har vi visat på ett antal karakteristika för hälso- och sjukvården. Ett påtagligt sådant är dess storlek. En tiondel av vårt samhälles samlade resurser i form av materiella resurser och mänskliga insatser tas i anspråk. Verksamheten är högteknologisk eftersom den bygger på användningen av en mängd avancerade produkter, metoder och procedurer. En stor andel av personalen är kvalificerade yrkesutövare som arbetar med intellektuellt och professionellt komplicerade problem. Förändringstakten är hög, inte minst som en följd av att ny, biomedicinskt relaterad, kunskap utvecklas i rask takt. Drivkraften att snabbt omsätta dessa nya kunskaper för att möta mänskliga behov av bot eller lindring är ett av vårt samhälles viktigaste värden.

Med dessa utgångspunkter kan hälso- och sjukvården karakteriseras som vårt samhälles sannolikt mest komplexa kunskapsorganisation. Att leda, styra och utveckla denna ställer stora krav på de strategier och redskap som används. Det kliniska området präglas av en ständig strävan att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, och tydliga mekanismer för koppling mellan teori (den biomedicinska laboratorietvecklingen) och praktik (den kliniska applikationen) finns etablerade. Ledningsarbetet vilar inte på samma stadiga grund. Detta förhållande och behovet av att förbättra kunskapsläget i ledningsarbetet har lett till framväxt av nya forskningsområden som söker kunskap om dessa förhållanden.

I rapporten beskrivs dessa forskningsområden liksom utvecklingsmiljöer i vilka forskare och praktiker samarbetar för att utveckla och använda strategier och redskap för ett kunskapsbaserat ledningsarbete.

Som underlag för konkreta förslag har vi studerat viktiga strategier och redskap som vuxit fram och lett till framgång i hälso- och sjukvårdsorganisationer som dels byggt upp ett systematiskt samarbete mellan forskning och praktik, dels kan redovisa framgång i de avseenden som vi i vårt land anser viktiga.

I en särskild intervjustudie har vi undersökt i vilken utsträckning de svenska lands-tingen och regionerna använder dessa redskap. Vår iakttagelse är att kunskapen om att dessa finns är relativt utbredd. Försöksverksamheter och begränsad reguljär tillämpning kan också ses i många fall. Däremot är en mer konsekvent användning, där ledningens kompetens och arbetsprocesser anpassats till kunskapsbaserade ledningsmetoder, sällan förekommande.

Det finns alltså ett tydligt utrymme för förbättring av hur ledningsmetoder används – och kontinuerligt utvecklas – i vårt land. Detta är angeläget för att värna om de kvaliteter vårt system nu har inför en framtid med betydande påfrestningar till följd av demografisk utveckling, ny förväntningar, nya former av sjuklighet och teknologins utveckling. Det är också nödvändigt för att komma tillrätta med många människors upplevelse av brist på lyhördhet för deras behov och önskningar i det svenska hälso-

och sjukvårdssystemet liksom många medarbetares låga tilltro till de organisationer de är verksamma i.

I detta avslutande kapitel ska vi diskutera ett antal hinder för utveckling, men framför allt ett antal möjligheter som en kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling kan erbjuda.

Tydligare ansvarsförhållanden skulle underlätta

Hälso- och sjukvårdspersonalen, som genomför det konkreta arbetet med diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering, har ett förhållandevis tydligt, och också personligt, ansvar för de åtgärder de vidtar. De kan på olika sätt ställas till ansvar för eventuella missgrepp.

Verksamhetschefen, den som leder en verksamhet i hälso- och sjukvården, bär också ett personligt ansvar för sin yrkesutövning. I det ingår att se till att alla medarbetare (hälso- och sjukvårdspersonalen) har rätt kompetens och får ansvar och befogenheter för att kunna bedriva en vård av god kvalitet.

Vårdgivaren är den fysiska eller juridiska person (landsting, kommun, aktiebolag, stiftelse, handelsbolag, ekonomisk eller ideell förening eller enskild firma) som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren är alltså i denna bemärkelse inte den hälso- och sjukvårdspersonal som ger vård till patienter. Vårdgivaren är heller inte en identifierbar person. Istället består vårdgivare inom kommuner och landsting av olika politiska grupperingar och tjänstemän i linjeorganisation med flera olika nivåer samt ett antal staber. Den politiska organisationen utgörs av ”vanliga ledamöter”, kommunal- och landstingsråd som ofta felaktigt uppfattas som och framträder som chefspersoner samt ibland av politiska sekreterare med uppenbart inflytande men utan ansvar. I privata vårdgivare som är aktiebolag utgörs vårdgivaren av bolagsstämma, bolagsstyrelse, verkställande tjänstemän i linje samt olika staber.

Redan det förhållande att lagstiftningen menar något annat med begreppet vårdgivare än vad gemene man tror, är ägnat att skapa otydliga ansvarsförhållanden. För medborgarna, och även för de många medarbetarna ute i vården, upplevs vårdgivaren/ledningen ofta som ett komplicerat maskineri där man inte kan få grepp om vem som egentligen beslutar om vad.

Vårdgivarna ska med utgångspunkt från vårdbehov och vårdprocesser sätta mål för verksamheten och dess kvalitet samt följa upp dessa (SOSFS 2005:12). Vår rapport har visat att detta arbete ställer höga krav på kompetens. Vi har också konstaterat att de politiskt beslutade målen oftast fokuserar olika servicekvaliteter, medan mål som är relaterade till sjukvårdens grunduppgift – att åstadkomma funktionsförbättringar för invånare som drabbats av olika sjukdomar – saknas till största delen. Vår bedömning är att sådana mål är mycket angelägna att fastställa, inte minst därför att resultaten varierar så starkt mellan olika landsting, sjukvårdsenheter, vårdlag och behandlare. De lämpar sig däremot inte särskilt väl för beslut i det politiska systemet utan bör ingå i en professionaliserad tjänstemannaledning uttalade och utkrävbara ansvar. Detta le-

der oss in på en fördjupad diskussion om ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdens viktigaste aktörsgrupper: politikerna, tjänstemannaledningen och de vårdprofessionella.

Den politiska styrningen behöver förändras

Beskattningsrätten utgör en av grunderna för landstingens verksamhet och detta utgör liksom den i övrigt offentliga prägel (lagstiftade skyldigheter och ansvar) grunden för den politiska styrningen av vården. Det läggs i och med detta ett stort ansvar på sjukvårdspolitikerna och detta är grunden för den politiska maktutövningen.

En mycket lång tradition ligger bakom landstingens politiska struktur. Landstingen har funnits som organisationer sedan 1862. Ursprungligen omfattade landstingens verksamhet endast sjukhusvården, den har därefter successivt under huvudsakligen de senaste 50 åren kommit att innefatta allmänläkarvården, psykiatrin och de tidigare statliga sjukhusen. Till detta kommer också den kraftiga resursmässiga expansionen.

Kommunallagen och en förvaltningstradition har kommit att prägla landstingens organisation och relationen mellan politiker och tjänstemän i landstingen. Relationen mellan de förtroendevalda politikerna och tjänstemännen beskrivs traditionellt som att ”tjänstemännen bereder och lägger förslag – politikerna fattar beslut”. I den tämligen småskaliga, organisatoriskt enkla och överblickbara sjukvården för 40 – 50 år sedan var detta ett fungerande arbetssätt. Då var huvuduppgiften också att fördela nya resurser till utbyggnader av lokaler och organisation. I dagens komplexa och volymmässigt mycket stora organisation är många av de arbetssätt och relationer som utvecklats mellan politiker och tjänstemän i vården inte tidsenliga. Givetvis är arbetsformer och relationer inte oförändrade på den nivå som gällde på 1950- eller 1960-talen men det är ändå tydligt att en av hälso- och sjukvårdens större utmaningar ligger i att förtydliga relationerna mellan politiker och tjänstemän. Detta har också avgörande betydelse och påverkan på relationerna till de olika vårdprofessionella grupperna – och hela hälso- och sjukvårdens möjlighet att utgöra en välstyrd och välfungerande organisation.

Ett problem i sig och ett hinder för utveckling är att dessa frågor diskuteras så lite. Det anses i allmänhet utgöra ”ett angrepp på demokratin” att diskutera hälso- och sjukvårdspolitikens utformning, beslutsfattande i relation till verksamheten osv. Ett intressant undantag under de senaste åren utgör doktorsavhandlingen av Leif Anjou 2008 som söker göra en värdering av den reella kraften och betydelsen av de sjukvårdspolitiska besluten. Anjou värderar det reella politiska inflytandet över den stora vårdorganisationen som mycket begränsat.

Det tycks alltså som om en betydande ”störning” utvecklats så att (förenklat) politikerna håller fast vid gamla arbetsformer och sätt att söka utöva sin makt. Besluten rör sig ofta mera kring genomförandefrågor än frågor som kan avgöras med den politiska kompetensen som grund och avgränsning. Man väjer ofta för de svåra, kontroversiella värdefrågorna och konflikterna. I förhållande till hur komplex och komplicerad dagens hälso- och sjukvårdsorganisation är ter sig ofta innehållet och inriktningen i det politiska beslutsfattandet inte adekvat.

Sjukvårdspolitikernas primära arbete är att föra en dialog med medborgarna och väljarna. Det skapar ett tydligt dilemma. De flesta människor uppfattar sjukvårdens organisation som komplicerad, och det finns en önskan att ta fasta både på förenklingar och se enskildheter, ofta de som man personligen kommit i kontakt med.

Man kan också anföra att sjukvårdspolitikerna får alltför begränsad hjälp av sina experter – tjänstemännen – att klara en god dialog med väljarna, att förenkla och pedagogiskt utveckla de strategiskt viktiga sjukvårdsfrågeställningarna. I stället har ofta utvecklats ett ”spel” mellan olika aktörer i den mångskiftande vårdorganisationen och politikerna där man med taktik och manipulationer söker få sina intressen tillgodosedda – i stället för tydligt klarspråk och dialog mellan aktörerna.

Det är vanskligt att generalisera kring dessa frågor och missförstånd kan lätt uppstå. Ett problem i sig är bristen på just öppen diskussion om roller och arbetssätt. Vi vill betona att vår värdering och inställning är att den demokratiska kontrollen och styrningen av vården via politiskt beslutsfattande måste stärkas och utvecklas. Vi hyser en oro att den tydliga ”störning” som i dag ofta råder i relationen mellan politiker och tjänstemän leder till att politikernas reella inflytande över viktiga vårdfrågor successivt minskar.

Vi förespråkar därför att de politiska partierna ökar sitt intresse för att forma en moderniserad roll för hälso- och sjukvårdspolitikerna. Genomförandet bör stödjas av aktiv politikerutbildning, särskilt av nya förtroendevalda, och av stöd till redan valda. Aktiviteterna inom detta område har varit mycket blygsamma under lång tid.

Vi vill också redovisa några tankar om förtroendemannarollen inom kommunernas och särskilt landstingens hälso- och sjukvård. En grund är givetvis att politikerna som företrädare för skattebetalarna ska ha full insyn i verksamheterna. Arbetet i övrigt bör fokusera på följande frågor:

- Hälso- och sjukvårdens uppgift i välfärdssystemet och samspel med andra viktiga delar såsom socialtjänst, socialförsäkringar och arbetsmarknadsåtgärder.
- Hälsopolitiska åtgärder för att främja hälsa.
- Prioritering av hälso- och sjukvårdens utrymme i förhållande till andra samhällssektorer samt övergripande prioriteringar av resursinsatser mellan olika behovs- och patientgrupper.
- Formulering av övergripande krav på verksamhetens kvalitativa och ekonomiska resultat utan egen ambition att precisera exakta målvärden för kvalitet
- Besluta om ledningsorganisation med tydliga anvisningar om ansvarsfördelning och utkrävande av ansvar.

Det är en erfarenhet att relationen mellan politiker och verksamhet alldeles naturligt får rätt fokus när verksamheten bedrivs i annan driftform. Av detta finns lärdomar att dra. När verksamheten drivs i egen regi uppstår genast andra mönster. Förklaringar till det kan vara såväl missriktade politiska ambitioner att gå in i frågor som man inte har kunskapsmässiga förutsättningar att hantera, som försök från verksamheterna att gå runt ansvarig tjänstemannaledning i syfte att ”lobba fram” gynnsamma politiska beslut.

Tjänstemannaorganisationen behöver utveckla sina arbetsätt

Våra iakttagelser om det politiska arbetet inom hälso- och sjukvården har samband med arbetsförutsättningarna inom tjänstemannaorganisationen. Denna beskrivs ofta som ett mellanled mellan de politiska beslutsfattarna och de vårdprofessionella (själva verksamheten) – tjänstemännen ”verkställer” de praktiska besluten. I realiteten skall dock de administrativa ledarna på olika nivåer söka påverka och i verklig mening ”leda” en mycket stor och omfattande organisation. Ledning av hälso- och sjukvård utgör en av samhällets mest komplexa och krävande ledningsuppgifter.

Politikernas sätt att utforma sitt beslutsfattande och agerande avspeglar sig direkt på tjänstemannaorganisationen. Detta får i nästa led betydelse för den vårdprofessionella organisationen. Mindre väl utformade relationer får betydelse i flera led.

Tjänstemännen i sjukvården är ofta alltför uppbundna till att fullgöra vad politikerna kräver av dem på bekostnad av deras samspel med den vårdprofessionella organisationen. Inriktningen av ett landstingskansli blir ofta att ”betjäna” politikerna, att göra utredningar och sammanställa underlag som tillfredsställer det politiska beslutsfattandet och dess inriktning. Man kan förenkla det så att tjänstemännens engagemang i första hand blir gentemot politiken – och mindre mot den stora vittförgrenade vårdorganisationen. Traditionellt präglas också arbetsformerna av förvaltning och byråkrati.

Vi är medvetna om de förenklingar som görs här. Givetvis skiljer sig arbetsinnehåll och inriktning inom en stor förvaltning mellan den som allra mest direkt arbetar med politikerna och den som i en sjukhusledning arbetar närmare verksamheten. Vi är ändå övertygade om att här finns viktiga frågor att diskutera mera öppet än hittills – och att dessa har avgörande betydelse för vårdens ändamålsenliga utveckling – inte minst dess förmåga att svara mot de förväntningar som ställs.

För att sjukvårdsadministrationen skall kunna fullgöra sina viktiga arbetsuppgifter i framtiden krävs en betydande utveckling av dess insikter och förmåga att använda specifika redskap av den typ som denna rapport handlar om liksom ett ökat aktionsutrymme i en växande professionell roll.

Med ett förtydligt personligt och utkrävbart ansvar för organisationens resultat i de många dimensioner vi beskrivit skapas enligt vår mening goda förutsättningar för denna professionalisering. Ett praktiskt förslag är att landstings- eller regiondirektör, med hjälp av sakkunniga rådgivare, ska bemyndigas att formulera preciserade krav på kvalitativa och ekonomiska resultat inom ramen för de övergripande krav som fastställs politiskt samt att själv utforma, besluta om och genomföra en verksamhetsplan på tjänstemannanivå.

En tjänstemannaledning med uttalat och utkrävbart ansvar som också innefattar medicinska resultat kommer att arbeta annorlunda och med ett helt annat intresse för vårdens processer och resultat än idag. De strategier och redskap vi pekat ut kommer att efterfrågas på ett nytt sätt. Vi menar också att ett samspel med forskarsamhället kommer att efterfrågas mera. Kompetensprofilen inom den samlade tjänstemannaledningen kommer att bli bredare och med ett ökat vårdprofessionellt inslag, t.ex. i likhet med vårt exempel från Intermountain Healthcare.

Förbättrat samspel med verksamhetschefer och vårdprofessionella

Den beskrivna utvecklingen har lett till att de vårdprofessionella ofta upplever en brist på relevant styrningsinformation, frånvaro av en ledning som i verklig mening utgör en "ledning". Kortsiktigt kan det upplevas som en fördel i form av ökat oberoende och att viktiga "värden" bibehålls inom t.ex. läkarkåren. Långsiktigt innebär det emellertid att sjukvårdsorganisationen som en "helhet" tappas utvecklingskraft och legitimitet. Den ökade komplexiteten inom organisationen och i förhållande till andra välfärdsaktörer liksom många grannliga prioriteringsfrågor kräver ett nära och förtroendefullt samspel mellan de vårdprofessionella och ledningen/vårdgivaren.

Våra studier visar att de strategier och redskap som används av framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationer leder till ett naturligt ökat samspel. Med patient- eller behovsgruppsrelaterade processer och de centrala resultaten av dessa i centrum kommer ledningen och hälso- och sjukvårdspersonalen att förenas i gemensamma intressen – intressen som de vårdprofessionella alltid haft men som tappats bort i ledningsarbetet som en följd av felaktigt fokus. Grunden som utgörs av vetenskap och beprövad erfarenhet kan inspirera ledningen att utveckla forskningskontakterna, och de vårdprofessionella kan få ökad förståelse av skillnaderna mellan hur naturvetenskaplig och samhällsvetenskaplig kunskap växer fram. Redskap som de vårdprofessionella utvecklat i form av kvalitetsregister, vårdprogram etc. kommer till ny användning.

Hinder och möjligheter på regionnivå

Inom svensk hälso- och sjukvård är regionnivån viktig men den kan f.n. också beskrivas som "rörig" och oklar. Två stora regioner – Region Skåne och Västra Götalandsregionen – innefattar tillsammans med Stockholms läns landsting mer än hälften av Sveriges befolkning. Gotlands kommun liksom Halland blir också regioner men fungerar i hälso- och sjukvårdshänseende som övriga 16 landsting. Befolkningsstorleken varierar för dessa 18 huvudmän mellan ca 50 000 och 400 000 invånare.

Utöver dessa regionala huvudmän finns samarbete inom fem hälso- och sjukvårdsregioner samt Norrlandstingens Regionförbund. Viktiga samarbetsområden inom dessa är högspecialiserad vård, vissa gemensamt drivna specialenheter (Regionala Onkologiska Centra, Yrkes- och miljömedicin, blodförsörjningssamverkan etc.), gemensamma vårdprogram och andra policydokument samt samarbete med nationella aktörer i frågor om Nationella riktlinjer och andra kunskapsöversikter.

Ansvarskommittén har i sitt slutbetänkande 2007 föreslagit att landstingens uppgifter inom hälso- och sjukvården övertas av väsentligt färre och mer jämnstora regionkommuner. Varje regionkommun bör ha ett regionsjukhus eller, om detta inte är möjligt, etablera ett institutionaliserat samarbete med en regionkommun som har det. Huvudskäl för dessa större regioner är bl.a. de demografiska förändringarna samt den tekniska och vetenskapliga utvecklingen. Kommittén föreslår också att Regionala kunskapscentra, med uppgift att svara för kunskapsbildning och kunskapsspridning, ska bildas.

Utifrån vår analys kan vi konstatera att regionfrågan nu i två avseenden är ett hinder för utvecklingen av önskvärda strategier och redskap för ledning av hälso- och sjukvård.

Det första är att många landsting inte har speciellt goda förutsättningar att bygga upp ett systematiskt samarbete mellan forskning och praktik i dessa frågor. Den begränsade storleken är ett hinder i många fall, och frånvaron av ett universitet eller en inom området tillräckligt bred högskola inom det egna länet försämrar också förutsättningarna. Vi har noterat att ”de tre stora” huvudmännen och några landsting därutöver med ett något högre invånarantal och tillgång till näraliggande universitet har praktiska möjligheter att bygga upp ett fruktbart arbete.

Det andra är att regeringen inte givit aktivt stöd till diskussioner och förslag till samgåenden mellan landsting på andra håll utan snarare skapat ovisshet om framtiden. Det har lett till att utvecklingen av nätverkslösningar i kunskapsutvecklingsfrågor stannat av.

Vi ser att ett samarbete i större regioner – i nätverksform eller genom att skapa en regionnivå enligt Ansvarskommitténs förslag – skulle skapa förbättrade möjligheter att utveckla ledningsarbetet. Gemensamma vårdprogram som stöd till patientgruppsrelaterade huvudprocesser utvecklas med fördel i ett samarbete med alla vårdnivåer, även den högspecialiserade vården, och med universitetssjukhusens kompetens som stöd. Ledningsmetoder som drar nytta av samhälls- och beteendevetenskaplig forskning kan växa fram i ett samarbete mellan forskare på universitet beläget inom en region.

En ny typ av utvecklingsenhet

Mot bakgrund av Ansvarskommitténs förslag samt de analyser och exempel vi redovisat i denna rapport vill vi föreslå en ny typ av utvecklingsenhet ägnad att ta sig an dessa frågor. Här följer en skiss över hur en sådan skulle kunna se ut. Vi finner det lämpligt att sådana i första hand byggs upp regionalt, men successivt bör i princip varje sjukvårdshuvudman organisera sådana enheter. Skissen är principiellt hållen eftersom en förutsättning för framgång är att detaljutformningen bygger på lokala traditioner och förutsättningar när det gäller organisation och samband.

- Uppdraget skall vara att arbeta med utveckling av vårdprocesserna inom den aktuella vårdorganisationen. Detta skall göras med utnyttjande av teori, perspektiv, alternativa lösningsmetoder, teoretiska och praktiska exempel från andra länder, organisationer och samhällsområden.
- Enheten skall leverera konkreta resultat med arbetsmekanismer som säkerställer att dessa prövas praktiskt inom vårdorganisationen och därefter införs om försöken utfaller väl.
- Relevanta kunskapsområden sett från forskningssynpunkt bör finnas företrädade, antingen ”på plats” eller i fasta samverkansarrangemang med universitetsinstitutioner (t.ex. public health, hälsoekonomi, statistik, beteendevetenskap, företagsekonomi).
- Den akademiska resursen bör uppnå en kritisk massa, ett centralt begrepp i oberoende kunskapsutveckling. I allmänhet talar man då om forskargrupper om 15 – 40 personer.

- Den praktiska sidan av enheten bör bemannas av intresserade, engagerade personer som har en central roll i styrningen av vårdprocesserna, såväl på administrativ nivå som på klinisk nivå.
- Utvecklingsenheten skall ha en direkt relation till och kommunikation med vårdens högsta ledning.
- Finansieringen bör ha ett tillräckligt mått av långsiktighet och stabilitet men också ett visst oberoende. Vanliga finansieringsmodeller internationellt är ca 50 % basfinansiering och 50 % prestationsfinansiering.
- Utveckling av miljö och ”mentalt klimat” är av största betydelse – även om vi är fullt medvetna om att detta knappast kan föreskrivas. En önskebild är att en sådan enhet präglas av forskningsinstitutionens oberoende, ”fria tankar” och högt i tak – samtidigt med den realistiska problembeskrivning som verksamhetsledningen normalt har för ögonen.
- Samspel och samarbete är nödvändigt med motsvarande funktioner och enheter inom landet och internationellt.

Hinder och möjligheter på lokal nivå

Sedan lång tid finns en strävan att organisera hälso- och sjukvården så att vanligt förekommande och rimligt resurs- och kompetenskrävande sjukvårdsbehov ska tillgodoses i geografisk närhet – i närsjukvårdssystem. För sjukvårdsbehov som uppstår ett fåtal gånger under livet eller som kräver stora resurser eller högt specialiserad kompetens accepteras en koncentration till färre sjukhus och därmed längre resor för patienter och anhöriga. Verksamheter kan koncentreras till ett av sjukhusen inom ett landsting, men utvecklingen synes alltmer gå mot att utföra vissa åtgärder bara vid regionsjukhus eller t.o.m. på ett sjukhus i landet. Den historiska indelningen i länsdelssjukhus och länsjukhus blir därigenom allt mindre adekvat.

En av ledningens viktigaste uppgifter är att organisera väl fungerande lokala vårdssystem. Särskilt de större landstingen och regionerna måste ha flera sådana för de olika delarna av länet. De lokala vårdsystemen måste kunna samspela på ett effektivt sätt med den mer specialiserade och koncentrerade vården.

En nyckel till en bra organisation är att utgå från patient- och behovsgruppbaseade vårdprocesser. En saklig diskussion måste handla om vem som ska göra vad för diabetiker, hjärtpatienter, patienter med psykisk ohälsa etc. Tyvärr är utgångspunkten för sådana strukturdiskussioner ofta ett akut ekonomiskt budgetunderskott, och lösningen söks i att minska och flytta budgetposter inom en kontoplan som inte speglar vårdens processer. Detta öppnar för revirstrider och maktkamp.

I ledningens arbete med att organisera lokala vårdssystem är också de övriga strategier och redskap vi lyft fram av stort värde. Exempelvis behöver kunskapsläget bevakas kontinuerligt eftersom nya metoder kan möjliggöra decentralisering av vård ut från centraliserade enheter till lokala vårdssystem eller omvänt utgöra skäl för koncentra-

tion. IT-utvecklingen skapar tekniska möjligheter till samverkan inom vårdsystem och mellan vårdnivåer. Resultatfokus och resultatåterföring är en generell grund för kontinuerlig utveckling.

Alla framtidsscenarioer visar att vården av de allra äldsta (över 80 år) kommer att bli en stor utmaning för välfärdssamhället. Redan idag dominerar denna grupp i landstingets verksamhet, och en ny nivå kommer att nås när de många 40-talisterna kommer upp i åren.

Behoven hos dessa invånare kännetecknas av att de behöver planerbara och återkommande sjukvårdsinsatser för flera kroniska åkommor och att de behöver akut-sjukvård oftare än yngre personer till följd av tillstötande problem i någon kronisk sjukdom. De har också ett större behov av omvårdnad och omsorg, främst från kommunerna och särskilt om demensproblematik ingår i sjukdomsbilden.

Inom dessa områden krävs ett väl fungerande lokalt vård- och omsorgssystem där kommuner och landsting samarbetar. Det är inte heller det enda område där sådan samverkan är en förutsättning för ett bra resultat för patienten/brukaren. Områden som psykisk ohälsa och vård av missbrukare liksom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ger andra exempel.

Framgången i att bygga upp ett välfungerande lokalt vårdsystem ligger inte i nya organisatoriska arrangemang. Vi förespråkar istället ett intensivt arbete i vilket kommuner och landsting i samarbete med forskare bygger gemensam kunskap om ändamålsenliga strategier och redskap. Utmaningen är inte alls unik för Sverige. Därför finns internationell kunskap att dra lärdom av, t.ex. från England.

Exempel – Integrated Care i England

The Nuffield Trust for research and policy studies in health services är en engelsk icke vinstdrivande stiftelse. Den arbetar med forskning inom och analyser av hälso- och sjukvård.

I ett seminarium med rubriken *Integrated Care: Lessons from Evidence and Experience* rapporterades från aktuell forskning om verkningsfulla metoder för att utveckla samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst, bostadsförsörjning och frivilligorganisationer. Detta är viktigt för att förbättra samhällsstödet till det ökande antalet äldre med kroniska och komplexa sjukdomar. Behovet av goda "redskap" är stort inte bara i England och i Sverige utan i alla länder.

Vid seminariet redovisades bl.a. följande lärdomar:

- Börja inte med att slå samman organisationer eftersom det ofta inte leder till förbättringar för patienterna. Utveckla istället vårdprocesser och samarbetsrelationer.
- Fokusera på gemensamma mål utifrån patient- och brukargruppernas behov.
- Lägg stor vikt vid patientupplevelser och kliniska resultat.
- Lär av pilotförsök.
- Skapa lämpliga incitament för främsta linjens personal inkluderande fördelning av risker och vinster
- Räkna inte med economies of scale.
- Förstå att det tar tid att nå resultat.

www.nuffieldtrust.org

Hinder och möjligheter på nationell nivå

Sverige är ett befolkningsmässigt litet land. Antalet sjukvårdshuvudmän med direktvalda politiker och egen beskattningsrätt är dock påfallande stort. Dessa huvudmän har stor självständighet, vilket har såväl fördelar som nackdelar.

Bland fördelarna kan nämnas att beslut om hälso- och sjukvård är utpräglat lokala vilket ger en större legitimitet än om de skulle fattas på nationell nivå. Vårdorganisationen kan anpassas till lokala förhållanden. Jämförelser mellan olika huvudmäns resultat och sätt att organisera kan vara mycket lärorika.

Nackdelarna är också påtagliga, särskilt därför att självständigheten i så hög grad används för att bygga upp unika ledningsorganisationer och i många sammanhang ”uppfinna hjulet på nytt” i varje landsting. De unika ledningsorganisationerna förstärker de för medborgare och vårdanställda oklara ledningsförhållanden som tidigare berörts. Den dåligt samordnade utvecklingen av IT-stöd och problemen att anpassa vårdarbetet till det kunskapsläge som klargjorts i nationella kunskapsöversikter är exempel på att det decentraliserade systemet kan leda till dålig hushållning med resurser.

Vi menar att det är rimligt att öka graden av nationell samordning i vissa avseenden utan att de lokala organiseringsmöjligheterna eller jämförelsemöjligheterna därmed förstörs. Exempelvis bör det vara möjligt att föreskriva nationella standarder för kvalitetsredovisning och kostnadsredovisning med vårdprocesser som grund liksom för IT-lösningar. Vi anser också att kunskapscentra enligt den modell som Ansvars-kommittén föreslagit bör finnas som nationellt ”skall-krav”.

Vissa typer av beslut bör också öka legitimiteten snarare än att minska den. Exempel på detta är att det nationella inflytandet över kraven på kvalitetsredovisning, inte minst på medicinska resultat, bör öka. I detta viktiga avseende har lokala politiska församlingar knappast allmänhetens förtroende. Vidare bör mer långtgående krav på utkrävbart ansvar inom vårdgivarorganisationen, t.ex. på ledande tjänstemän, kunna ställas.

För att kunna öka det nationella inflytandet över de angivna frågorna behövs en tydligare nationell stödstruktur med en fristående och renodlad utvecklingsorganisation med stark koppling såväl till det vetenskapliga samhället som till huvudmännen. Idag är många nationella organisationer inblandade. Den inbördes arbetsfördelningen är ofta svår att förstå. Konkurrens och dubbelarbete förekommer. Detta försvagar utvecklingskraften.

Ett exempel är Sveriges Kommuner och Landsting, som är såväl en intresseorganisation som en arbetsgivarorganisation och en utvecklingsorganisation. Vi uppfattar att rollen som intresseorganisation är överordnad i grannliga situationer. Det leder ibland till revirbevakning gentemot statliga myndigheter och ibland till en kultur där maktförhållanden snarare än ”sjukvårdens och patienternas bästa” är avgörande för om viss utveckling ska stödjas eller inte.

Ett annat exempel är den statliga myndighetsstrukturen inom det område som ska stödja utveckling och kunskap. Socialstyrelsen har en tydlig uppgift att utarbeta Nationella riktlinjer och förslag till kvalitetsindikatorer, men denna uppgift har svårt

att få full uppskattning när avsändaren samtidigt utarbetar myndighetsföreskrifter och utövar tillsyn. Även SBU, Läkemedelsverket, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, Folkhälsoinstitutet och ett antal ämnesspecifika statligt finansierade kunskapscentra ger ut kunskapsöversikter. Statens ägarrepresentant Socialdepartementet har skäl att samordna statens strävanden i en för användarna tydligare och vassare struktur. Detta är också en förutsättning om den nationella samordningen ska kunna förbättras.



Slutord

Vår övertygelse är att hälso- och sjukvårdens kunskapsinnehåll kan lyftas fram och stimulera till goda insatser och bättre resultat i vården i högre grad än i dag. "Kunskap är makt" är nog sant – men lika sant är att kunskap är en resurs som kan växa till, bli större och delas mellan olika aktörer i vården. Kunskap och utbildning är den viktigaste underliggande faktorn bakom hälsa visar många studier.

Vi bör alltså börja se på kunskap på ett nytt sätt inom vården och också inom det speciella område vi talar om – ledning, styrning och utveckling. Kunskap är ett hjälpmedel, en förutsättning, ett villkor för en bättre vård.

Bilaga 1:

Studie av ledningspraxis i svenska landsting och regioner

Undersökningens syfte och metod

I en särskild studie har vi undersökt i vilken utsträckning svenska regioner och landsting använder eller har börjat föra in de strategier och redskap som vi lyft fram som framgångsrika i sitt ledningsarbete.

Faktainsamlingen har gjorts av Göran Maathz till största delen genom halvstrukturerade intervjuer, oftast per telefon men i några fall vid personliga möten. Intervjuerna genomfördes under tiden oktober 2008 – februari 2009.

Informanter har varit en eller flera ledande tjänstemän inom vart och ett av Sveriges landsting och regioner inklusive Gotlands kommun. Vid valet av informanter har vi sökt efter personer med stor förtrogenhet med den egna organisationen – såväl med ledningens strategier som med olika utvecklingsaktiviteter i verksamheten. I vissa fall har tillfrågade personer hänvisat till annan och som de bedömt lämpligare uppgiftslämnare. Informanterna finns förtecknade i slutet av denna bilaga och vi vill rikta ett varmt tack till dem alla för deras beredvillighet att lämna information.

De grundläggande frågor som använts vid intervjuerna återfinns nedan. Innan resultaten redovisas finns skäl att göra några påpekanden.

Intervjuerna har syftat till att undersöka i vilken utsträckning de angivna strategierna och redskapen används av landstingets politiska ledning och/eller tjänstemannaledning. Då infinner sig frågan om vad som avses med uttrycket används och vilka som ingår i tjänstemannaledningen.

För att en strategi och ett redskap ska betraktas som använt av ledningen krävs mer än att verksamheterna är uppmanade att använda det och fått eventuella metodinstruktioner och metodstöd. Vårt krav är att ledningen själv ska vara direkt engagerad i dess tillämpning, vanligtvis tillsammans med verksamheterna.

Med tjänstemannaledning har avsetts landstings-/regiondirektör och hans eller hennes ledningsgrupp. För avgränsningen har vi också använt vår relativt stora förtrogenhet med landstinget och regionerna.

För att belysa främst de tre första frågorna har varje studerad huvudmans övergripande styrdokument (budget och flerårsplan eller motsvarande) studerats som komplement till intervjuerna.

Sätts patientgruppsrelaterade huvudprocesser i förgrunden?

Resultat

Hos de flesta huvudmän förs diskussioner om vikten av att fokusera mer på patientgruppsrelaterade vårdprocesser och att i förlängningen också kunna relatera resultat till dessa processer. Diskussionerna förs på tjänstemannainitiativ, sällan utifrån politiska initiativ.

Cirka hälften av huvudmännen arbetar med tydliga pilotprojekt.

I landsting med beställar-/utförarorganisation bedriver beställarna programarbeten för olika patientgrupper. Dessa är dock som regel svagt koordinerade med processutvecklingsaktiviteter hos utförarna.

Exempel på huvudmän som kommit en bit på väg är Landstinget i Östergötland (patientgruppsfokus i Hälso- och sjukvårdsnämnden kopplat till länsövergripande centrumbildningar med patientgruppsansvar), Landstinget Blekinge och Region Skåne (genomarbetade pilotprojekt inom stroke-området följda av principbeslut om fortsatt processorientering av ledningsarbetet samt i Regions Skånes fall av utvecklade uppdrag med kvantifierade kvalitetskrav) och Landstinget i Jönköpings län (systematisk utbildning av verksamteam men inte fullt så utvecklad processorientering av ledningsarbetet).

I styrdokumenterna diskuteras vårdens utveckling med utgångspunkt från patientgrupper på ett mer strukturerat sätt i Västernorrland, Östergötland och, mest utvecklat, i Kronoberg. En tredjedel av huvudmännen anger i sina styrdokument att processorientering är viktigt, men diskuterar inte vilka dessa processer är eller vilka överväganden som gjorts utifrån ett arbete med processerna.

Diskussion

Den vanligaste bilden är att processorientering anses vara viktigt men att utvecklingsarbetet är trevande. Verksamheterna uppmanas att gå före, men arbetet inom huvudmännens ledningsorganisation präglas i lägre grad av aktiviteter som är relaterade till patientgruppsrelaterade processer.

Vissa av de mindre landstingen har kommit längre. En hypotes är att det kan bero på att arbetsfördelningen och samarbetet mellan primärvården, eventuellt länsdelssjukhus och det enda länsjukhuset oftast är ganska naturlig i dessa landsting. Man skulle kunna uttrycka det så att de bara behöver hantera ett sjukvårdssystem. De större regionerna och många landsting med flera regionala centra måste i många avseenden bygga lokalanpassade sjukvårdssystem i olika delar av regionen eller länet. Ledningen måste då ägna stort arbete åt att hantera strukturfrågor och konkurrens inom organisationen. Vilka sjukvårdsinsatser ska göras av vilket sjukhus? Vad ska centraliseras och vad ska få göras mera lokalt? Hur ska resursfördelningen anpassas till den önskvärda arbetsfördelningen, om vilken det ofta finns delade meningar?

Det nationella stödet för processutveckling är svagt. Det viktigaste bidraget ges av de nationella kunskapsunderlagen: Socialstyrelsens Nationella riktlinjer, SBU:s rapporter och publikationer, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets granskningar, Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer och SKL:s arbete med medicinska indikationer. I deras arbete saknas emellertid en "processkarta" och en systematiserad utgivningsplan relaterad till en överenskommelse om vilka huvudprocesser som ska fokuseras. Vissa nationella initiativ, som t.ex. satsningen på Lean, kan föra fokus från patientgruppsfokus mot produktionsfokus i det som ibland kallas funktionella processer.

Kan kostnader relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser följas?

Resultat

Ingen huvudman, utom möjligen Landstinget i Östergötland, kan följa kostnaderna på detta sätt. Användningen av möjligheten i Östergötland hämmas dock av att det inte finns några andra huvudmän att jämföra sig med.

De sjukhus som bedriver högspecialiserad vård följer kostnaderna för denna ner på patient- och patientgruppsnivå i syfte att kunna debitera köparlandstingen. Dessa köparlandsting (patienternas hemlandsting) kopplar dock inte ihop dessa debiterade kostnader med kostnaderna för det egna landstingets insatser i syfte att följa de totala kostnaderna för aktuella patientgrupper.

I styrdokumenterna har något landsting, t.ex. Västmanland, angivit sin avsikt att utveckla en kostnadsredovisning som knyter an till vårdens processer. Endast Landstinget i Östergötland diskuterar på ett mer systematiskt sätt sina kostnader relaterade till resultat för patientgrupper. Det får till följd att diskussionen om verksamhetens effektivitet är yttlig i de flesta landstingen.

Diskussion

Det nationella stödet för denna utveckling begränsas till engagemang för grundkomponenter som DRG och KPP. Däremot finns ingen "kontoplanestruktur" som DRG- och KPP-kostnader eller annat kan kopplas till och som stödjer jämförelser. Den ekonomiska planeringen och redovisningen har fortfarande produktionsfokus med enheterna, "stuprören", som kostnadsbärare och inte patienten. Inte heller den statliga utredningen Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning, som lades fram i mars 2009, innehåller några konkreta förslag ägnade att bygga upp en verksamhetsindelning som sätter patienter och patientgrupper i centrum.

Genomförs behovsanalyser, relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser?

Resultat

I stort sett alla landsting gör övergripande beskrivningar av hälsoläget i befolkningen. Cirka 2/3 av huvudmännen tar fortsatta steg mot fördjupade behovsanalyser, oftast kopplat till utredningar/genomlysningar, politiska programarbeten eller pilotprojekt.

Det är emellertid få av huvudmännen som anser att behovsanalyserna får något större genomslag. Andra faktorer som historiska resursfördelningar och kostnader samt väntetidsdiskussioner ges större betydelse. Cirka hälften av huvudmännen redovisar ambitioner att öka kopplingen mellan behovsanalyser och beslut om strukturer och resursfördelning.

I styrdokumenterna återfinns kvalificerade behovsanalyser i Västernorrland, Östergötland och Kronoberg. Särskilt de två senare synes ha hittat systematiska arbetssätt där behovsanalyserna får betydelse för utvecklingen.

Diskussion

Under den senaste 10-årsperioden har kunskapen om metoder för behovsanalys utvecklats, men dess betydelse för ledningsarbetet behöver bli större.

Det nationella stödet är litet. Man kunde t.ex. tro att analyser av täckningsgrad är centralt i t.ex. Socialstyrelsens tillsyn. I en sådan tillsynsaktivitet skulle man undersöka hur stor andel av dem som har behov av insatser, beräknat utifrån kunskap om sjukdomars sannolika förekomst, som också får hjälp. Så är emellertid oftast inte fallet. Intresset fokuseras i regel på insatserna för dem som efterfrågat vård.

Bevakas kunskapsläget inom medicin och omvårdnad aktivt?

Resultat

Intresset för en mer aktiv bevakning av kunskapsläget uppges ha ökat. Knappt hälften av huvudmännen har byggt upp, eller är i färd med att bygga upp organisatoriska strukturer för detta i form av HTA-enheter, metodråd, medicinska kommittéer och annat.

Agendan för bevakning styrs hos minst hälften av huvudmännen framför allt av utgivningen av nationella kunskapsunderlag, främst av Socialstyrelsens riktlinjer.

Många noterar också ett ökat ansvarstagande bland läkare och andra medarbetare då nya metoder kommer. De tas numera oftare upp till prövning mot tillgängliga resurser och andra angelägna förbättringar innan de införs. Processerna för utmönstring av tidigare metoder är oftast mindre utvecklade och här är beroendet av nationell auktoritet större.

Diskussion

Samtidigt som systemet är satt under press genom en snabb utveckling av nya metoder, inte minst läkemedel, har kompetensen inom området ökat.

Det arbete som gjorts av SBU, TLV och Socialstyrelsen har betytt mycket. Det har också lett till en viktig diskussion om

- huvudmännens förmåga att dra nytta av de nationella kunskapsunderlagen
- samordningen mellan de nationella aktörerna och
- huvudmännens förmåga och möjlighet att delta i beslut om vilka nationella arbeten som ska prioriteras

Den nationella utgivningen av kunskapsunderlag, och då särskilt Socialstyrelsens utgivning av Nationella riktlinjer, är oftast styrande för huvudmannaledningarnas genomlysningssagenda. På längre sikt bör emellertid huvudmännens ledningar göra sig mera oberoende av vad som händer nationellt och bygga upp en förmåga att följa utvecklingen också med andra källor, t.ex. internationella HTA-organisationers utgivning, som underlag.

Utvecklingen reser också frågor om utvecklingen inom läkemedelsområdet. Här har alla huvudmän haft läkemedelskommittéer sedan länge. Deras kunskap om utvecklingen har inte alltid använts så aktivt i det direkta ledningsarbetet och vid resursfördelningsbeslut. I framtiden behöver också läkemedelsfrågornas bevakning kopplas samman med bevakningen av annan teknologiutveckling.

Ställs mätbara kvalitets-, resultatkrav på ledningen och organisationen?

Resultat

Mer än hälften av huvudmännen anger att de krav som nu ställs är begränsade till ekonomiska resultat och krav på vissa servicekvaliteter, främst väntetider. Man ser dock att utvecklingen går mot resultatkrav även vad gäller funktionsförbättringar, outcome.

Många påpekar att SKL:s och Socialstyrelsens arbete med Öppna Jämförelser betytt mycket för utvecklingen.

Sättet att redovisa resultaten i Öppna Jämförelser leder i praktiken och utan att det är avsikten till att målvärden preciseras. Även om man själv anger att genomsnittsvärden för riket inte får ”ses som en norm för det acceptabla eller det medelgodta resultatet” blir det ofta så. Mekanismen som leder till det är att man sammanför alla resultat i en färglagd översiktstabla. Alla landstings utfall för varje indikator ges en färg, baserad på position i landstingsrangordningen för respektive indikator. ”Rött i botten, grönt i toppen och

gult däremellan.” Vår undersökning visar att huvudmännens ledningar i hög grad fokuserar på indikatorer som markeras med röd färg och slår sig till ro med de resultat som markeras med grön färg.

Några av landstingen har startat strukturerade utvecklingsarbeten inom området.

Några huvudmän, vars ledningar engagerar sig i vårdprogramarbete, har formulerat kvalitetskrav kopplade till dessa.

Diskussion

Satsningen på Öppna Jämförelser är betydelsefull. Enligt uppgift förs diskussioner om att inom ramen för det arbetet ange genomarbetade målvärden. Det är då återigen viktigt att sådan formuleras med tillräcklig bredd så att inte fokus avgränsas till vissa patientgrupper med åtföljande risk för sub-optimering. Dessutom måste man hitta en process där ledningarna hos varje huvudman ökar sin förståelse att formulera resultatmål för de egna sjukvårdssystemen utifrån rådande förutsättningar. Det nationella arbetet bör användas som stödjande snarare än styrande.

I intervjustudien framkommer också att de förtroendevalda inte kan förväntas ha kompetens att formulera krav på funktionsförbättringar, medicinsk outcome. Det leder till risker för att utvecklingen försenas och för en obalans mellan å ena sidan ekonomiska resultatkrav och servicekrav och å andra sidan krav på medicinska resultat. Det politiska systemet behöver acceptera att viktiga delar av kravställandet ligger inom tjänstemannadomänen. Tjänstemannaledningen måste då vara sammansatt så att den innehåller relevant kompetens inom medicin och omvårdnad.

Stöds verksamheten av integrerade IT-baserade journalsystem?

Resultat

F.n. används samma IT-baserade journalsystem av såväl primärvård som sjukhus i sju av landstingen. Vid 2009 års utgång kommer de att vara 10. Inom övriga landsting pågår arbete mot samma mål. Många uppger att det är mödosamt.

Diskussion

Intervjuerna tyder på att fem olika IT-baserade journalsystem kommer att dominera under de kommande åren: VAS, System Cross, Melior, Take Care och Cosmic. Införandet av dessa är mödosamt. Under tiden pågår två andra förändringsprocesser: samgåenden av landsting i större regioner och större mångfald i utförarledet. Frågor kan ställas om vilka konsekvenser det medför:

- kommer att landsting som går samman med ett annat att ha detta mödosamma arbete till stor del ogjort? Vilket system väljer t.ex. en region bestående av Norrbotten, som använder VAS, och Västerbotten, som använder System Cross
- kommer arbetet att vara ogjort till stor del som en följd av att privata utförare väljer sina IT-lösningar?

Inom ramen för den Nationella IT-strategin bedrivs ett långsiktigt arbete inriktat mot att på ett bättre sätt ta tillvara potentialen hos IT. Sex insatsområden pekas ut:

- lagar och regelverk (t.ex. ny patientdatalag)

- gemensam informationsstruktur
- utveckla den tekniska informationsstrukturen
- förbättra systemens användbarhet
- skapa åtkomst till nödvändig information
- öka tillgängligheten för befolkningen

Den Nationella IT-strategin avses bl.a. resultera i konkreta tillämpningar såsom Nationell patientöversikt och förskrivarstöd inom läkemedelsområdet. För att dessa ska vara möjliga måste ett antal s.k. infrastrukturella stödtjänster vara på plats. Exempel på sådan är en nationell säkerhetslösning (SITHS) och ett adressregister (HSA).

Framgången för den nationella IT-strategin förutsätter samordnade beslut om inriktning och finansiering av ett stort antal självständiga intressenters beslut (landstingen och regionerna, kommunerna, SKL, privata vårdgivare, statliga myndigheter, departement etc.). Den förutsätter också ett engagerat arbete med att föra in nationella lösningar vid val av teknik, systemuppbyggnad, terminologi liksom införandeåtgärder.

Återförs resultat regelbundet till olika verksamhetsnivåer och individer?

Resultat

Att återföra medicinska resultatdata kan inte f.n. sägas vara en ledningsrutin hos någon huvudman. Rutiner för att återföra data om läkemedelsförskrivning, sjukskrivningspraxis och väntetider finns dock på många håll. I övrigt beror aktivitetsgraden av engagemanget hos enskilda ledare ute i vårdorganisationen. Vissa arbetar aktivt med de data som finns t.ex. i kvalitetsregistren.

Nio huvudmän har tydliga ambitioner att utveckla denna del. De flesta av dem är inriktade mot att förbättra de tekniska lösningarna och inte på analyskompetens. Några huvudmän, t.ex. Jönköping och Halland, utvecklar emellertid också arbetsprocesserna kring detta.

Diskussion

Intrycket är att data som, trots vissa tekniska begränsningar, ändå går att hämta ur journalsystem och nationella kvalitetsregister, är underutnyttjade och då särskilt i ledningsarbetet. Man synes starkt påverkade av de tekniska begränsningar som finns och ofta rikta sitt engagemang mot att skapa förbättrade tekniska förutsättningar. Analysarbetet är underutvecklat och överlåts till verksamhetschefers goda vilja.

Möjligtvis finns en bidragande förklaring i att politikerna som lekmän har svårt att hantera medicinska resultatdata. Det är därför naturligt att sådana inte lyfts fram i politiska styrdokument. Om tjänstemannaledningarna på annat sätt lägger stor vikt vid medicinska resultat kan politiker uppleva ett slags dubbel ledning, ibland uttryckt som ”demokratiskt underskott”, och mer eller mindre uttalat hämma tjänstemännens ledningsarbete.

Får verksamheten metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete?

Resultat

Åtta huvudmän anser att metodstödet är väl utbyggt. En föregångare i detta sammanhang är Qulturum inom Landstinget i Jönköpings län.

Sex huvudmän anger att resurser finns men är otillräckliga sett mot de goda erfarenheterna. Tre av dessa har beslutat om utbyggnad.

Hos sju av huvudmännen saknas detta metodstöd eller är dåligt utbyggt. Tre av dessa har beslutat om utbyggnad.

Många huvudmän deltar i programmet Mäta för att leda. Det är ett nationellt ledningsprogram vars utgångspunkt är arbetet med Öppna jämförelser. Syftet med programmet är att utveckla deltagarna förmåga att bygga system där data används för styrning. Kultorum i Jönköpings läns landsting genomför programmet för SKL:s räkning.

Diskussion

Studien visar att detta koncept slagit väl ut och är eller kommer att bli väl etablerat i de allra flesta landsting och regioner.

Ett påpekande som ofta görs är ledningens svaga deltagande i den process som bestämmer vilka förbättringar som är mest angelägna.

Har patienterna tillgång till sin journal via Internet?

Resultat

Landstinget i Uppsala och Östergötland bedriver avgränsad försöksverksamhet. Stockholms läns landsting har ett embryo i Mina vårdkontakter, och Örebro läns landsting skriver ut epikriser till patienter med multipla åkommor. Övriga huvudmän erbjuder inga sådan funktioner, och de flesta har inte heller diskuterat frågan mer ingående.

Diskussion

Utvecklingen i Sverige inom detta område har hindrats av journalagstiftningen. Somliga tolkar rättsläget så att nya patientjournalagen öppnar möjligheter medan andra menar att det ändå är svårt att i praktiken erbjuda tjänsten eftersom varje enskilt utlämnande av journalhandling ska föregås av sekretessprövning.

Sannolikt hämmas utvecklingen av den inställning till patientens rättigheter som kan iakttas såväl i stora delar av det politiska systemet som bland många inom hälso- och sjukvårdspersonalen. Den yttrar sig i att patienternas rättigheter i praktiken sällan är utkrävbara, även om de uttrycks som sådan eller som "garantier". Man säger att vi har ett skyldighetsbaserat system, d.v.s att vårdgivarna är skyldig att tillgodose patienternas behov, men avvisar ett rättighetsbaserat system. Det kan då vara naturligt att avvisa tanken att patienten skulle ha fri tillgång till sin egen journal.

Används forskningskompetens för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet på ett systematiskt sätt?

Resultat

De tydligaste exemplen på detta noteras i Östergötland och Jönköping. Också Västra Götalandsregionen och Halland har artikulera ambitioner.

En handfull huvudmän nyttjar forskningskompetens i samband med vissa strategiska projekt eller i annat avgränsat sammanhang. Ytterligare några har ledare som värderar forskningsmeritering högt vid bemanning av utvecklingsfunktioner.

I övrigt nyttjas forskningskompetens mycket lite eller inte alls.

Diskussion

Svaren belyser situationen som beskrivits och analyserats i vår tidigare rapport "Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling". Landstingens och regionernas konkreta lednings- och utvecklingsarbete har i liten utsträckning relationer upparbetade till systematisk kunskapsutveckling inom forskningen. Det är en paradox – som också ett antal av informanterna i denna studie ger tydligt uttryck för. Hälso- och sjukvårdens själva kärninnehåll – den medicinska verksamheten – är så uppenbart relaterad till kunskapsutveckling och omvandling via krafter i forskningen. Lednings- och utvecklingsarbetet som har till mål att kunna hantera helheten, ge den medicinska verksamheten rätt förutsättningar och bidra till att vården når sina mål i relation till såväl enskilda patienter som befolkningsgrupper, är inte forsknings- och kunskapsrelaterat på samma sätt.

Det finns många uppenbara förklaringar till detta – främst en tradition där vårdens ledning och organisation har rötter i lagstiftning och offentlig förvaltning. Utformningen av kraven från den politiska ledningen utgör en annan förklaringsfaktor liksom den press och det tryck som sjukvårdstjänstemännen befinner sig i, klämda mellan till synes oförenliga krafter och önskemål. Tidsbrist är en annan viktig faktor samt andra förhållanden i det som vi ibland benämner som vårdens "ledningskultur".

En väl fungerande "kunskapsförsörjning" på det sätt vi föreställer oss kräver också att forskningen med sina teoretiska perspektiv på vårdens styrning och ledning är inställd på en dialog med "praktiken". Här finns också betydande utrymme för utveckling.

Det är positivt och viktigt att notera att intervjuerna visar att det finns en medvetenhet om att tjänstemännen mera borde efterfråga forskningskompetens. Hur en utveckling av detta fält skulle kunna gå till diskuterar vi i rapportens huvuddel. Ett antal också mycket inspirerande exempel på hur det faktiskt kan gå till ges från andra länder.

Undersökningens resultat kan sammanfattas i följande tabell.

FRÅGA	RESULTAT	KOMMENTAR
Riktas ledningens huvudfokus mot patientrelaterade huvudprocesser?	Diskussioner förs på tjänstemanna-initiativ hos de flesta huvudmän. Cirka hälften arbetar med pilotprojekt. Processtänkande avspeglas i styrdokument hos ett fåtal landsting.	Utvecklingsarbetet synes trevande trots att betydelsen betonas. Nationell "processkarta", saknas.
Kan kostnader relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser föjas?	Nej – möjligen med undantag för Östergötland. Diskuteras ej i styrdokument.	Nationellt stöd i form av "konto-planestruktur" saknas.
Genomförs behovsanalyser, relaterade till patientgruppsrelaterade huvudprocesser?	De allra flesta gör övergripande behovsbeskrivningar. 2/3 för dessa vidare till behovsanalyser. Få anser att dessa får märkbart genomslag.	Metodkunskapen har utvecklats under det senaste decenniet, men utveckling styrs av "reaktiva förhandlingar".
Bevakas kunskapsläget inom medicin och omvårdnad aktivt?	Intresset uppges ha ökat. Knappt hälften bygger organisatoriska strukturer. Agendan styrs hos minst hälften av utgivningen av nationella kunskapsunderlag. Ansvarstagande vid införandet ökar, utmönstring är svårare.	Samspelet mellan huvudmännen och den nationella nivån utvecklas. Läkemedelsfrågorna bör hanteras tillsammans med övrig teknologiutveckling.
Ställs mätbara kvalitets- och resultatkrav på ledningen och organisationen?	Mer än hälften ställer bara krav på ekonomiska resultat och vissa krav på service framför allt väntetider. Man ser att krav på outcome kommer att ställas i framtiden.	Satsning på Öppna Jämförelser utvecklar kunnandet. Politikerna behöver acceptera att tjänstemannaledningen får leda med resultatkrav.
Stöds verksamheten av integrerade IT-baserade journalsystem?	7 huvudmän har samma system i hela organisationen. Övriga arbetar mot samma mål med stor möda.	Landstingen satsar på 5 olika system. Vad händer om landsting läggs samman? Integration med privata utförare?
Återförs resultat regelbundet till olika verksamhetsnivåer och individer?	F.n. inte en ledningsrutin, beror på engagemanget i vårdorganisationen. Betr. läkemedelsförskrivning, sjukskrivningar och väntetider är aktiviteten större. 9 huvudmän arbetar med att utveckla detta.	Nu befintliga data underutnyttjas. Analysarbetet är underutvecklat. Hämmar politiken?
Får verksamheten metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete?	8 huvudmän har detta välutbyggt. 6 bygger ut f.n.	Ledningen anses ofta passiv i det arbete som bestämmer vilka förbättringar som är mest angelägen.
Har patienterna tillgång till sin journal via Internet?	2 huvudmän bedriver avgränsad försöksverksamhet. 2 huvudmän har tagit ett litet steg. I övrigt ej aktivt.	Rättsläget skapar ofta hinder eller tveksamhet.
Används forskningskompetens för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet?	4 huvudmän har byggt samverkansstrukturer eller har sådana ambitioner. Några samarbetar inom avgränsade områden. I övrigt låg grad av användning.	Många ser paradoxen att höga krav ställs på vetenskap och beprövad erfarenhet i den medicinska verksamheten men inte i ledningens arbete.

Sammanställning av frågor, resultat och kommentarer i intervjuundersökningen

Intervjufrågor

Redskap för styrning, ledning och utveckling

I vilken utsträckning används följande ”redskap” av landstingets politiska ledning och/eller tjänstemannaledning – eller i vilken grad pågår systematisk utveckling av ”redskapen”:

1. I vilken utsträckning är vårdens största patientgruppsrelaterade huvudprocesser, t.ex. diabetesvård, hjärtsjukvård, processer inom området psykisk ohälsa etc., definierade och beskrivna? Kan kostnaderna för varje huvudprocess följas?
2. I vilken utsträckning är befolkningens behov inom varje huvudprocess beskrivna och analyserade med utgångspunkt i gapet mellan hälsoläget i befolkningen och formulerade mål för hälsoläget? I vilken utsträckning påverkas strukturbeslut och beslut om resursallokering av behovsanalysen? I vilken utsträckning görs arbetet tillsammans med kommunerna?
3. I vilken utsträckning följs kunskapsläget inom varje huvudprocess av ledningen i syfte att ge stöd i förbättringsarbetet? Följs och nyttjas kunskapsläget också vad gäller t.ex. kunskapsbaserade interventionsmetoder riktade mot ohälsosamma levnadsvanor?
4. I vilken utsträckning är mätbara mål eller kvalitets- och resultatkrav som är relaterade till varje huvudprocess definierade? I vilken utsträckning är dessa mål eller resultatkrav fokuserade mot samhällsnyttan?
5. I vilken utsträckning är integrerade IT-baserade journalsystem införda?
6. I vilken utsträckning kan journalsystemet användas för resultatåterföring till enskild läkare, till grupper av medarbetare och till ledningen? Om det kan användas: i vilken utsträckning sker det?
7. I vilken utsträckning får organisationen metodstöd i mätbaserat systematiskt förbättringsarbete?
8. Har patienterna tillgång till sina journaler via Internet?
9. I vilken utsträckning nyttjas forskningskompetens för metodutveckling som är relevant för styrning, ledning och utveckling regelbundet och organiserat av ledningen?

Intervjuer – namnlista respondenter

Gunnar Persson, Norrbottens läns landsting
Mats Brännström, Västerbottens läns landsting
Lars Bolin, Landstinget Västernorrland
Karin Strandberg Nöjd, Jämtlands läns landsting
Jan-Olov Strandell, Landstinget Gävleborg
Birgitta Göthman, Landstinget Dalarna
Gunilla Esbjörn, Landstinget Dalarna
Gösta Andersson, Landstinget Dalarna
Kenneth Berglund, Landstinget i Uppsala län
Birger Forsberg, Stockholm läns landsting
Anders Thulin, Stockholms läns landsting
Susanna Lagersten, Stockholms läns landsting
Lena Burström, Landstinget Västmanland
Maj Halth, Landstinget Sörmland
Jan Jälkinger, Landstinget Sörmland

Olle Bingerud, Örebro läns landsting
Lennart Hellqvist, Landstinget i Värmland
Kerstin Almqvist, Landstinget i Värmland
Martin Magnusson, Landstinget i Östergötland
Mats Bojestig, Landstinget i Jönköpings län

Axel Bergh, Västra Götalandsregionen
Ann-Christin Kullberg, Gotlands kommun
Ragnhild Holmberg, Landstinget i Kalmar län
Per Ingvarsson, Landstinget i Kalmar län
Ove Löfqvist, Landstinget Kronoberg

Lena Kierkegaard, Landstinget Halland
Gerd Fridh, Landstinget Blekinge
Jesper Stenberg, Region Skåne
Ulf Swanstein, Region Skåne

Bilaga 2

Studiebesök, kontakter, webb-adresser

Studerade organisationer:

USA:

Intermountain Healthcare och dess Institute for Health Care Delivery Research, Salt Lake City, Utah

www.intermountainhealthcare.org

www.intermountainhealthcare.org/about/quality/institute

Integrerat vårdssystem som täcker ca hälften av Utahs 2,6 miljoner invånare. Beskrivs på sid 24, 26 och 34.

7- 9 april 2008

Deltagande i ledarutbildning, intervjuer och förberedelser av fördjupat besök

29 september – 1 oktober 2008

Brent James MD, M.Stat.

Executive Director/, Institute for Health Care Delivery Research. Chief Quality Officer

Pascal Briot, MBA, Senior Analyst, Behavioral Health Clinical Program

Wayne Cannon, MD, Pediatrician, Primary Care Clinical Programs Leader

Tom French, M.Stat. Director of Analytics

David Hale, Pharm.D, Senior Analyst, Primary Care Clinical Program

Jef Huntington, MPH, Outcome Analyst/Statistician

Gregory M. Johnson, CPA, MBA Vice-President Finance and Corporate Controller

Jan Orton, MS, RN, CPQH, Patient Safety

Lee Pierce, BS, MBIS, EDW Manager

Greg Poulsen, MBA, Senior VP Strategic Operations

Holly Rimmasch, MSN, RN, Assistant VP of Clinical Services/Nursing

Brenda Reiss-Brennan, MS, APRN, CS, Mental Health Integration Leader

Colleen Roberts, MS, RN, Operations Director, Cardiovascular Clinical Program

Lucy Savitz, PhD. MBA, Senior Research Scientist

Amy Sikalis, Administrative Director Office of Research

Penny Schippers, Senior Administrative Assistant

Ilene Tippits, RN, MSN, Development and Implementation Leader, Primary Care Clinical Program

Brent Wallace MD, Chief Medical Officer

Kaiser Permanente, Head Quarter, Oakland, California

www.kaiserpermanente.org

Ett helintegrerat vårdssystem som bildades redan på 1930-talet. Beskrivs på sid 36 och 43.

4 mars 2008, 3 oktober 2008

Joe Selbye, MD, MPP, Director Division of Research

Paul Wallace, MD, Medical Director Health and Productivity Management Programs

Center for Health Policy Studies - Stanford University, Palo Alto, California

www.healthpolicystanford.edu

4 mars 2008

Alain Enthoven, Professor Emeritus of Management

Victor Fuchs, Professor Emeritus of Health Economics

Alan Garber, MD, PhD, Professor of Health Policy and Management

The School of Public Health Berkeley University

www.sph.berkeley.edu

2 april 2008

Stephen Shortell, MD, MPH, Professor of Health Policy and Management

University of California/San Francisco, Center for Health Policy Studies

www.hps.medschool.ucsf.edu

3 april och 4 oktober

Adams Dudley, MD, MBA, Professor of Medicine and Health Policy

Group Health Cooperative of Puget Sound, Group Health Research Institute

www.ghc.org

www.grouphealthresearch.org

Helintegrerad vårdorganisation i Seattle med ca 530.000 anslutna patienter. Starkt utvecklings- och innovationsinriktad. Ett stort oberoende forskningsinstitut som dock tillhör och är inriktat på ”koncernen” Group Health Cooperative. Beskrivs på sid 37 och 42.

31 mars 2008, 8 oktober 2008

Michael Soman, MD, President Group Health Permanente and Medical Director of Group Health Cooperative

Eric B. Larson, MD, MPH, Executive Director Group Health Research Institute

Ed Wagner, MD, Director, Mc Coll Institute ("Chronic Care Model")

Brian Austin, Associate Director Mc Coll Institute

Michael Von Korff, ScD, Senior Investigator, Behavioral Health

Jennifer McClure, PhD, Associate Director Internal Research

Katherine Newton, PhD, Associate Director External Research

James Ralston, MD, MPH, Assistant Investigator Informatics

Carolyn Rutter, PhD, Senior Investigator, Biostatistician

The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Lebanon, New Hampshire

www.tdi.dartmouth.edu

Nationellt och internationellt välrenommerat hälso- och sjukvårdsforskningsinstitut med fokus bl.a. på variationer i medicinsk praxis och deras betydelse, kvalitetsfrågor, ledarskap och patienternas informerade beslut. En aktiv länk till bl.a. Institute for Healthcare Improvement i Boston (IHI).

30 oktober 2008

Jim Weinstein, MD, MS, Director, The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Chair: Dept of Orthopedics

Paul Batalden, MD, Director Center for Leadership and Improvement

Gerry O'Connor, MD, Director Center for Education

Eliot Fischer, MD, PhD, Director Center for Health Policy Research

Julie Lewis, BS, Health Policy Director Center for Health Policy Research

Hilary Llewellyn-Thomas, PhD, Co-Director Center for Informed Choices

University of North Carolina, Chapel Hill, Sheps Center for Health Services Research, North Carolina Institute of Medicine

www.shepscenter.unc.edu

www.nciom.org

Sheps Center är ett hälso- och sjukvårdsforskningsinstitut grundat på 1970-talet. Självständigt organiserat inom University of North Carolina med anknytningar till bl.a. fakulteterna i medicin, odontologi och samhällsvetenskap. North Carolina Institute of Medicine grundades på 1990-talet som en särskild organisation för implementering av forskningsresultat och fokus på länken mellan forskning och policy.

5 - 6 november 2008

Tim Carey, MD, MPH, Director Sheps Center

Gordon DeFriese, PhD, Professor of Social Medicine and Epidemiology Emeritus

Annette Dubard, MD, MPH, Associate Director for Quality, Evaluation and Health Outcomes

Darren DeWalt, MD, MPH, Senior Research Fellow, Improving Performance in Practice

Mark Holmes, PhD, Vice President, North Carolina Institute of Medicine

Cathy Melvin, PhD, MPH, Director, Dissemination Core at Lineberger Cancer Center

Pam Silberman, JD, PhD, President North Carolina Institute of Medicine

Beckly Slifkin, PhD, Program Director Rural Health Research

Bryan Weiner, Associate Professor Health Policy and Management, Sheps Center

HMO Research Network

www.hmoresearchnetwork.org

27 – 28 april 2008

Deltagande i HMO (Health Maintenance Organizations) Research Network årskonferens vid Geisinger Health System i Danville PA. Organisationen har byggt upp ett forskningssamarbete i nätverk mellan hälso- och sjukvårdsforskningsenheterna vid ca 15 s.k. ”integrerade vårdssystem”.

Geisinger Health System – Center for Health Research, Danville, Pennsylvania

www.geisinger.org

www.geisinger.org/research/gchr

Geisinger Health System är ett integrerat vårdssystem som betjänar ca 2,5 miljoner invånare i centrala och nordöstra Pennsylvania. Geisinger beskrivs ofta som det närmaste man kan komma ett ”nordiskt sjukvårdssystem” i USA. Starkt innovations- och utvecklingsinriktat. Geisinger Center for Health Research arbetar med specifika utvecklingsfrågor med applikation inom Geisingersystemet. Beskrivs närmare på sid 49 och 50.

29 april 2009

Glenn Steele Jr. MD, PhD, President and Chief Executive Officer Geisinger Health System

Walter ”Buzz” Stewart, PhD, MPH, Director Center for Health Research

Albert Bothe Jr, MD, Executive Vice President, Chief Medical Officer

Jonathan Darer, MD, MPH, Medical Director Clinical Transformation

Ron Paulus MD MBA, Chief Technology and Innovation Officer

JB Jones, PhD, Research Associate, Henry Hood Center for Health Research

Pennsylvania Healthcare Quality Alliance

www.phcqa.org

Erik Muther, MD, Director

Washington D.C. – New York

Fortlöpande kontakter och intervjuer med personer inom nationella organisationer såsom:

Academy Health – Forskning – praktik inom hälso- och sjukvårdforskningen

www.academyhealth.org

Agency for Healthcare Research and Quality – Federalt organ för utveckling av vården

www.ahrq.hhs.gov

Brookings Institution – Oberoende "think tank" kring bl.a. samhällsekonomi, hälso- och sjukvård

www.brookings.edu

CMS – Administrationen för Medicare och Medicaid (Baltimore)

www.cms.hhs.gov

The Commonwealth Fund – oberoende forskningsstiftelse med fokus på sjukvårdssystemjämförelser internationellt och inom USA.

www.commonwealthfund.org

Institute of Medicine – USAs medicinska vetenskapsakademi

www.iom.edu

Joint Commission on Accreditation of Hospitals – Ackrediterings- och gransknings-institution

www.jointcommission.org

Leapfrog group – Omsättning av kvalitetsmätning i praktiken

www.leapfroggroup.org

Medpac – Kongressens rådgivande organ för Medicare

www.medpac.gov

National Quality Forum – Nationell koordinering kring kvalitetsmått

www.qualityforum.org

Urban Institute – Oberoende "think tank" inriktad på bl.a. välfärdsfrågor och sjukvård

www.urban.org

Europa:

De nordiska länderna – enligt detaljerad förteckning i tidigare rapport
(Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling av hälso- och sjukvården, 2006)

Nederländerna:

Aad De Roo, Professor of Health Management, University of Tilburg

www.uvt.nl/faculiteiten/fsw/departementen/tranzo

CBO -Dutch Institute for Healthcare Improvement

www.cbo.nl

Nivel – forskningsinstitut kring primärvården

www.nivel.nl

University of Amsterdam, Department of Social Medicine

Niek Klazinga, MD, PhD, Professor of Social Medicine, Chariman Dutch Public Health Association, Health Quality Expert, WHO

www.onderzoekinformatie.nl

Storbritannien:

King's Fund – Utvecklingsinstitut kring health policy och ledarskap.

www.kingsfund.org.uk

Cyril Chantler Sir, Professor, Chairman

Anna Dixon, Director of Policy

The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services – “Think tank”
kring health policy och utvecklingsfrågor inom vården. Samlar olika aktörer på
“oberoende mark”

www.nuffieldtrust.org.uk

Jennifer Dixon, Director

Care Quality Commission – Officiell ganskningsinstitution av vården

www.cqc.org.uk

Richard Hamblin, Director of Quality Studies

University of Birmingham, Health Services Management Centre

www.bham.ac.uk

Chris Ham, Professor of Health Policy and Management

University of Manchester, Primary Care Research and Development Centre – bl.a. utvärdering av de nationella reformerna av primärvården

www.medicine.manchester.ac.uk

Martin Roland, Professor of Primary Care

London School of Economics, - hälsoekonomisk och hälsopolitisk forskning

www.lse.ac.uk

Julian LeGrand, Professor of Social Policy

Elias Mossialos, Professor of Health Policy

European Observatory on Health Policies and Systems, Bryssel

www.euro.who.int/observatory

European Observatory utgör ett samarbete mellan ledande Europeiska hälso- och sjukvårdsforskargrupper. Ett antal Europeiska regeringar, WHO, Världsbanken och Europeiska investeringsbanken finansierar och är uppdragsgivare. Aktuella beskrivande rapporter över samtliga europeiska länders sjukvårdssystem finns tillgängliga via hemsidan liksom en lång rad tematiska/analytiska rapporter och böcker. Observatoriet svarar för den mest fullständiga och aktuella kunskapskällan kring de europeiska sjukvårdssystemen.

Joseph Figueras, MD, PhD, Director of the Observatory

Directors of research:

Elias Mossialos, Professor of Health Policy, London School of Economics

Martin McKee, Professor of Health Policy and Management, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Richard B. Saltman, Professor of Health Policy and Management, Emory University, Atlanta (särskilt ansvar för de nordiska länderna)

Bilaga 3, Litteratur

Litteratur som direkt citeras och används i rapporten. Dessutom översiktsarbeten kring jämförelser av sjukvårdssystem samt viktigare perspektiv kring innovation och utveckling av vårdssystem. Listan söker också ge en bild av den aktuella debatten och utvecklingsfronten inom det område rapporten behandlar.

1. Andersson-Gare B, Neuhauser D (eds). Creating the World's Healthiest County. Special Issue on Jönköping County Council. Quality Management in Health Care. Vol 16, No 1, 2007.
2. Andersson G, Eklund A, Larsson S, Maathz G, Rönström K. Uppdrag hälso- och sjukvård. Lund. Studentlitteratur, 2003.
3. Andersson M, Carlsson P, Larsson S, Levin L-Å, Persson J. Hälso- och sjukvård med befolkningen i fokus ett beställaruppdrag. Beställarnätverket och Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Linköpings Universitet, 2002.
4. Anjou L. Politisk styrning av kommunal tjänsteproduktion i egen regi: en fallstudie av sjukvård och äldreomsorg. Akademisk avhandling. Göteborgs Universitet, 2008.
5. Baker R, Macintosh-Murray A, Porcellato C. High Performing Healthcare Systems. Delivering Quality by Design. Toronto. Longwoods Publishing Company, 2008.
6. Calltorp J, Carlsson P, Holmström S, Levin L-Å, Persson J. Att beställa hälso- och sjukvård – teori och praktik utifrån fem exempel. Beställarnätverket, Linköpings Universitet och Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1998.
7. Calltorp J. Ersättningssystem inom hälso- och sjukvården – en kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter. Stockholm. Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.
8. Calltorp J, Maathz G, Johansson A. Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården. Stockholm. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialdepartementet. 2006.
9. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? Journal of the American Medical Association 260;1743-1748, 1988
10. Dubois CA, McKee M, Nolte E. Human Resources for Health in Europe. The European Observatory on Health Systems and Policies. London. Open University Press, 2006.
11. Elg M, Gauthereau W, Witell L (red). Att lyckas med förbättringsarbete – förbättra, förändra, förnya. Lund. Studentlitteratur, 2007.
12. Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S (eds) Health Systems in Transition: Learning from experience. Bryssel. The European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
13. Fritzen L (ed). "On the edge" – om förbättringsledarskap i hälso- och sjukvård. Växjö University Press, 2006.
14. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Med. 2008;148:111-23.
15. Garrido MV, Börlum Kristensen F, Palmhøj Nielsen C, Busse R. Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe. Bryssel. The European Observatory on Health Policies and Systems. 2008.
16. Gleave R. Across The Pond – Lessons from the US on Integrated Healthcare. London. The Nuffield Trust. 2009.
17. Halderman JK, Schut FT, van der Grinten T, van de Ven W. Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2005;30(1-2):189-209.
18. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente and the US Medicare programme: analysis of routine data. BMJ 2003;327:1257-60.
19. Ham C. Developing integrated care in the NHS adapting lessons from Kaiser. University of Birmingham, Health Services Management Centre. Paper. 2007.
20. Ham C. When politics and markets collide: reforming the English National Health Service. Occasional Paper. University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2007
21. Ham C, Dickinson H. Engaging Doctors in Leadership. What we can learn from international experience and research practice? University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2008.
22. Harrison M. Implementing Change in Health Systems: Market reforms in the United Kingdom, Sweden & the Netherlands. SAGE Publications Ltd, 2004.
23. Heinsoo T. Kan administrativa reformer skapa mångfald och konkurrens? En studie av effekterna vid införande av beställarsystem och husläkarsystem inom hälso- och sjukvårdssektorn. Stockholms Universitet, Ekonomisk-historiska institutionen, 2007.
24. Hibbard JH. What Can we say about the impact of public reporting on quality? Ann Intern Med 2008;148:160-161.
25. Hoffman I. Styrmodell/vårdkedjeutveckling. Patienter som drabbats av stroke. Projektrapport, Landstinget Blekinge, 2006.
26. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington D.C. National Academies Press, 2001 (www.nap.edu)
27. Institute of Medicine. Performance Measurement: Accelerating Improvement. Washington D.C. National Academies Press, 2005. (The Pathways to Quality Health Care Series)
28. Institute of Medicine. Medicare's Quality Improvement Organization Program. Washington D.C. National Academies Press, 2006. (The Pathways to Quality Health Care Series)

29. Intermountain Healthcare, Kaiser Permanente, Mayo Clinic. Delivery System Reform – Action Steps and Pay For Value Approaches. Draft to Senators Wyden and Bennett, US Congress, 2008.
30. Kernisan LP, Lee SJ, Boscard JW et al. Association between Hospital-Reported Leapfrog Safe Practices Scores and Inpatient Mortality. *Journal of the American Medical Association* vol 301, pp 1341-1348, 2009.
31. Larson EB. Physicians Should Be Civic Professionals, Not Just Knowledge Workers. *The American Journal of Medicine* 2007;120(11):1005 – 1009.
32. Leathermann S, Sutherland K. The Quest for Quality: Refining the Reforms. The Nuffield Trust. Briefing Paper. London, 2008.
33. Le Grand J. Motivation, Agency and Public Policy: of Knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press, 2006.
34. Le Grand J. The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition. Princeton. Princeton University Press, 2007.
35. Lindenauer PK, Remuse D, Roman S et al. Public reporting and Pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007;356:486-96.
36. Maathz G, Andersson G, Andreen-Sachs M, Bergh A, Feltelius N, Larsson J, Lindmark J, Pettersson A, Redman T. Samverkan kring nationella kunskapsunderlag – för en effektivare kunskapsstyrning av svensk hälso- och sjukvård, ett diskussionsunderlag. Promemoria, 2008.
37. Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. The European Observatory on Health Systems and Policies. London. Open University Press. 2009.
38. The Nuffield Trust. Organizing for Quality: The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States. The Nuffield Trust Briefing Paper. London, 2008.
39. O'Connor A, Wennberg JE, Legane F et al. Toward The "Tipping Point": Decision Aids and Informed Patient Choice. *Health Affairs* vol 26, no 3, pp 716 – 725, 2007.
40. O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modifying Unwarranted Variations in Health Care: Shared Decision Making Using Decision Aids. *Health Affairs*, Web exclusive. 2008.
41. OECD. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicator Project (HCQI). Publicerad i: *Functional Journal for Quality in Health Care*, September, pp 5 – 13, 2006.
42. Olsson J. Factors for Successful Improvement of Swedish Healthcare. Dissertation. Karolinska Institutet. Stockholm, 2005.
43. Pfeffer J, Sutton IR. Hard Facts, Dangerous Half-Truths and Total Nonsense. Harvard Business School Press, 2006.
44. Porter M, Olmsted-Teisberg E. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, 2006. (www.isc.hbs.edu)
45. Preker A, Harding A. Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals. Washington D.C. The World Bank. 2008.
46. Regeringskansliet. Anförande av Tobias Nilsson, politiskt sakkunnig Socialdepartementet, 2009-01-26.
47. Shih A, Davis K, Schoenbaum C. Organizing the US Health and Delivery System for High Performance. New York. The Commonwealth Fund/Commission on a High Performance Health System, 2008.
48. Schut FT, van de Ven W. Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics* 2005;14:59-74.
49. Smith PC, York N. Quality incentives: the case of UK general practitioners. *Health Affairs* 2004(May-June)pp.112 – 118.
50. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12.
51. Socialstyrelsen. Nationella indikationer för God Vård. Diskussionsunderlag. Socialstyrelsen, 2008.
52. SOU 2007:10. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén. Stockholm, 2007.
53. SOU:2007:13. Regional utveckling och samhällsorganisation. Sekretariatsrapport nr 3 till Ansvarskommittén. Stockholm, 2007.
54. SOU 2009:25. Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. Betänkande av 2008 års översyn av kommunal statistik. Stockholm, 2009.
55. Stenberg J, Olsson J. Transformera system – från öar till helhet. Stockholm. Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.
56. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Stockholm. SoS och SKL, 2008
57. Sveriges kommuner och Landsting. Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – en metodstudie baserad på Öppna jämförelser. Stockholm. SKL, 2009.
58. Westart CP, Werkleij V (eds) Dutch Health Care Performance Report. RIVM. National Association for Public Health and the Environment. Bilthoven, The Netherlands, 2006
59. WHO. World Report on Knowledge for Better Health – Strengthening Health Systems. Geneva.WHO, 2004.
60. WHO. Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000. Geneva. WHO, 2000.

Bilaga 4

Ledningsredskap för hälso- och sjukvården – program för workshop den 4 december 2008

*Plats: Läkemedelsindustriföreningen, Ringvägen 100, Hus A, plan 10, Stockholm
(T-bana Skanstull)*

09.30 – 10.00	Kaffe
10.00 – 10.30	Inledning Bakgrund och arbetsmetod i projektet
10.30 – 12.00	Internationella iakttagelser <ul style="list-style-type: none">• strategiska arbetsätt och redskap• miljöer för ledning och utveckling• kompetensuppbyggnad, kritisk massa Redovisning av intressanta exempel på miljöer som förenar akademisk bredd, koppling teori – praktik och närhet till den praktiska sjukvården Gemensam diskussion
12.00 – 12.45	Lunch
12.45 - 14.00	Hur är området utvecklat i Sverige? Iakttagelser från ett pågående kartläggningsarbete. Gemensam diskussion
14.00 – 14.15	Paus
14.15 – 16.00	Möjligheter och hinder för en nödvändig utveckling av området i Sverige <ul style="list-style-type: none">• behovet av ”utvecklingsavdelningar” för ”redskapsutveckling”• institutionella förutsättningar på landstingsnivå, regionnivå, nationell nivå• samspelet mellan forskning och praktik• utbildning, kompetensutveckling

Varmt välkomna!

Johan Calltorp
johan.calltorp@comhem.se
0708-327490

Göran Maathz
goran.maathz@blixtnail.se
070-6445696

Deltagare workshop kring ledningsredskap den 4 december -08

Claes Arén, processchef Lund/Malmö, Region Skåne

Staffan Arvidsson, Vinnvårdprojektet

Boel Andersson-Gäre, Futurum Jönköping

Axel Bergh, Regionkansliet Västra Götalandsregionen

Anders Blanck, LIF

Johan Brun, Pfizer

Mats Brännström, divisionschef närsjukvård, Västerbottens läns landsting

Nils Conradi, Onkologiskt Centrum, Göteborg

Margareta Danelius, Klinikchef, Ersta sjukhus

Kerstin Einevik, Konsult, Värmlandsnäs

Fredrik Eriksson, Marknadschef, Aleris Health Care

Arne Johansson, tidigare landstingsdirektör, Linköping

Robert Kristiansson, verksamhetschef, Aleris Health Care

Kristina Lange-Carlsson, Konsult, psykiatri/ledarskap, Karlstad

Sofia Palmqvist, Koncernledningen, Capio

Margaretha Rödén, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand

Yvonne Thomson, Sanofi-Aventis

Lena Weilandt, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Socialstyrelsen

Göran Maathz, utredare

Johan Calltorp, utredare

Bilaga 5

Framgångsrik hälso- och sjukvård enligt Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift

Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift

Socialstyrelsen har i en vägledning till författning 2005:12 GOD VÅRD – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården beskrivit sex kvalitetsområden som tillsammans definierar god kvalitet. De är i sin tur hämtade från ett arbete inom Institute of Medicine i USA, vilket dokumenterats i rapporten *Crossing the Quality Chasm*.

I det vägledningshäfte som gavs ut 2006 har innebörden av de olika kvalitetsområdena beskrivits med en mycket kort text. Efter det har ett antal expertgrupper utarbetat nedanstående förslag till en mer fullödig beskrivning av innebörden (diskussionsunderlag september 2008, i vissa fall förkortad återgivning):

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård:

Innebörd

Kunskap som medel för att främja hälsa, förebygga sjukdom, bota sjukdom, lindra och trösta växer kontinuerligt fram både i forskning och i praktisk verksamhet. Såväl faktakunskap som förståelsekunskap, färdighetskunskap och förtrogenhetskunskap är betydelsefulla för en hälso- och sjukvård av god kvalitet (SOU 1992:94).

I en kunskaps- och evidensbaserad vård används systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap på ett metodiskt sätt. Som grund för handlandet ligger också reflekterad, kollektiv klinisk erfarenhet. Vidare krävs kunskap om kommunikation och bemötande samt genom dialog inhämtade kunskaper om enskilda patienters förståelse, önskemål och förväntningar. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt.

Förutom kunskap om individnytta utgör kunskapsbaserad vård ett stöd för huvudmännens planering och öppna prioriteringar vid fördelning av vårdinsatser, med utgångspunkt i den etiska plattformen och med stöd av uppgifter om kostnadseffektivitet.

För att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad krävs att relevant kunskap omsätts i praktisk handling på ett ordnat sätt. Patienterna ska involveras i arbetet med kunskapsbildning och kunskaps-spridning. Vårdens alla delar ska kännetecknas av kontinuerliga förbättringar.

Med ändamålsenlig vård avses att nyttan med vården är större än olägenheten, såsom eventuella risker och skador, för patienten. Det är bara möjligt att bedöma vårdens ändamålsenlighet om målet för vården är fastställt. Kunskapsbaserad vård är ett nödvändigt, men inte tillräckligt, medel för att uppnå en ändamålsenlig vård.

Säker vård

Innebörd

En säker vård förhindrar vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt. En förutsättning för att förbygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

Ett proaktivt säkerhetsarbete bygger på återkommande arbete med målformulering, uppföljning, analys och återföring av resultat. Detta ska ske på alla nivåer i organisationen.

Exempel på aktiviteter i ett aktivt riskförebyggande säkerhetsarbete är:

- involvering av patienten som en aktiv part
- systematisk standardisering och utvärdering av metoder och rutiner samt deras tillämpning
- kontinuerlig mätning av förekomst av vårdskador (exempelvis vårdrelaterad infektion, läkemedelsrelaterade skador)
- riskhantering: identifiering av risker samt värdering av risker, analys av orsakerna och vidtagande av åtgärder samt uppföljning av åtgärdernas effekt
- avvikelshantering: identifiera, dokumentera samt rapportera avvikelser, analys av orsakerna och vidtagande av åtgärder samt uppföljning av åtgärdernas effekt
- system som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen har adekvat kompetens och att den upprätthålls
- metoder och rutiner som säkerställer att samarbete, kommunikation och rapportering inom och mellan verksamheter fungerar väl
- rutiner som säkerställer att endast ändamålsenliga och säkra tjänster, produkter och tekniker används
- beredskap för att ge vårdskadade information och omhändertagande för att begränsa skadan och dess följder.

Arbetet ska bedrivas kontinuerligt och med stor öppenhet. Det är ledningens ansvar att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård.

Patientfokuserad vård

Innebörd

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet.

Patienten möts utifrån hans/hennes sociala sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet för

individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Den planeras och genomförs i samråd med patienten. Olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks.

Detta förutsätter i sin tur en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han/hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.

Jämlik vård

Innebörd

Jämlik vård relaterar direkt till det övergripande målet för hälso- och sjukvården, definierat i hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf. ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Hälso- och sjukvårdslagen anger att målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov, och dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

Jämlik vård har också direkt koppling till de av riksdagen och regeringen fastställda principerna för prioritering, som utgör den etiska plattform som ska ligga till grund för att hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård på lika villkor realiserar:

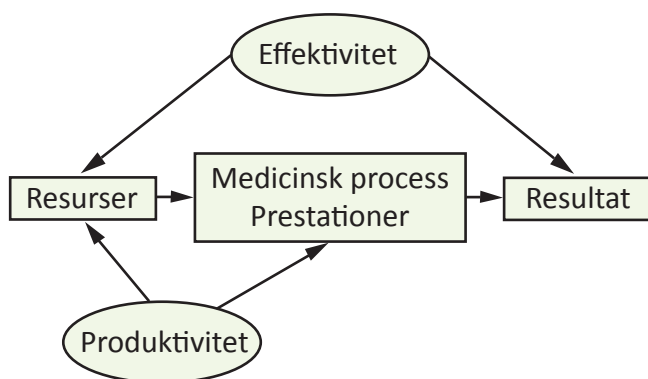
- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen

Effektiv vård

Innebörd

Med effektiv vård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål, det vill säga önskvärt resultat. Effektivitet kan därför enkelt uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. Effektivitet ska inte förväxlas med begreppet produktivitet. Produktivitet är ett snävare begrepp. Produktivitet definieras som utförda prestationer i förhållande till insatta resurser. Produktivitet innebär att göra saker rätt, medan effektivitet inte enbart innebär att göra sakerna rätt utan även att göra rätt saker.

Figuren visar fyra komponenter som är centrala för begreppen produktivitet och effektivitet, nämligen resurser, prestationer, resultat och mål.



Med insatta resurser avses personal, lokaler/byggnader, utrustning, läkemedel, material. etc.

Processer och prestationer avser all diagnostisering och behandling som utförs i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens prestationer mättes tidigare ofta i läkarbesök. Som mått säger dock antal läkarbesök inget om besökets innehåll, dess tidsåtgång eller resultat, varför läkarbesök inte kan anses vara ett mått som representerar de processer som utförs i hälso- och sjukvården

Målen för hälso- och sjukvården bestäms ytterst av hälso- och sjukvårdslagen. Lagen stipulerar att hälso- och sjukvårdens mål är att bidra till en god hälsa för befolkningen. En effektiv hälso- och sjukvård använder således befintliga resurser för att i högsta möjliga utsträckning bidra till att nå målen om en god hälsa för befolkningen. För att kunna mäta hur väl hälso- och sjukvården når uppsatta mål bör målen för hälso- och sjukvården uttryckas som önskvärda resultat.

Att effektivitet definieras som måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser innebär att alla hälso- och sjukvårdens olika mål bör speglas när vården följs upp i ett effektivitetsperspektiv. Det betyder att hälso- och sjukvården ska vara baserad på kunskap och vara ändamålsenlig, vara säker, patientfokuserad och jämlik och den ska ges i rimlig tid samt att resurser ska användas på bästa sätt för att vården ska anses vara effektiv.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Innebörd

Vård i rimlig tid innebär att vård erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening. Beslut om tidsramen för de vårdinsatser som patienten har behov av fattas i dialog med honom eller henne och är i enlighet med Riksdagens prioriteringsriktlinjer.

Vård i rimlig tid förutsätter att tilldelningen av resurser är i paritet med befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Optimering av processer och rutiner i hälso- och sjukvårdens alla led ökar sannolikheten för att vård i rimlig tid ska kunna erbjudas samtliga patientgrupper.



Rapporten *Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård* är skriven av Johan Calltorp och Göran Maathz. Arbetet är en fortsättning och fördjupning av utredningen "Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling" som författarna presenterade i oktober 2006.

LIF, branschorganisationen för de forskande läkemedelsföretagen, finansierar utgivningen men författarna ansvarar själva för innehåll och framförda åsikter.

