



KOMMISSIONEN
FÖR SKATTENYTTA

9 JUNI 2022

Svensk sjukvårds skattenytt

JÖRGEN NORDENSTRÖM

– EN RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN FÖR SKATTENYTTA –

Vad får vi för pengarna?

Förord

Under hösten 2021 tog jag initiativet till bildandet av Kommissionen för Skattenytta. Bakgrunden till detta var mina funderingar kring hur vi använder våra gemensamma resurser. Jag ställde mig frågan – hur kan vi få mer nytta för varje skattekrona? Det är den fråga som kommissionen arbetar med.

Jag är övertygad om att vi behöver en stark offentlig service finansierad med gemensamma medel. Samtidigt måste vi ha en politik som bygger samhället så resurssnålt – så hållbart – som möjligt. Det handlar inte bara om effektiv användning av skattemedel. Det handlar också om hur den offentliga verksamheten organiseras för att möjliggöra en effektiv resursanvändning.

Den offentliga verksamheten är också central för att fortsätta bygga ett starkt näringsliv. Utan offentlig service kan våra företag inte verka. Samtidigt är konkurrenskraftiga företag en grundförutsättning för att vi ska kunna skapa en långsiktigt hållbar finansiering av den offentliga servicen.

För mig är denna ömsesidighet viktig. Inom politiken – oavsett färg – är föreställningen allt som oftast att mer pengar är botemedlet mot brister i offentliga verksamheter. I ett läge med ökad försörjningsbörda, höga skatter och hårdnande internationell konkurrens är det nödvändigt att effektivisera offentliga verksamheter. Vi kan inte prisa ut oss ur den internationella marknaden. Svaret på våra utmaningar kan inte vara höjda skatter och försämrad konkurrenskraft. Tiden är mogen för en rejäl genomlysning av hur våra skatter används. Sveriges BNP (det samlade värdet av varor och tjänster i ekonomin) uppgår till ca 5 000 miljarder kronor, varav närmare hälften utgörs av offentliga verksamheter. Detta innebär att en effektivisering på 10 procent skulle motsvara 250 miljarder kronor.

Kommissionen presenterar fortlöpande analyser av hur våra gemensamma resurser används och undersöker vilken effektiviseringspotential som finns inom ett antal verksamhetsområden.

Den enskilt största skatteposten utgörs av sjukvård och omsorg. Kostnaden för den svenska sjukvården uppgår till omkring 400 miljarder kronor per år, vilket är en av de högsta i Europa. Medborgarna kan därför med fog förvänta sig en i alla avseenden mycket god sjukvård.

I denna rapport belyses skattenytan inom sjukvården och hur dess prestationer, kostnader och effektivitet står sig i jämförelse med andra länder, från bästa praxis och utvärderingar som gjorts av den svenska sjukvården. Rapporten lyfter fram ett antal problemområden där en förbättrad kvalitet skulle kunna effektivisera resursanvändningen och minska kostnaderna inom områden där tillförda resurser inte bidrar till en bättre hälsa. De områden som särskilt

lyfts fram som problematiska är kvalitetsbrister i hur vården är organiserad och utförs, effektivitet och slöseri, anpassningen till patienternas medicinska behov och önskemål (patientcentreringen), personalsituationen inom vården samt behovet av att utveckla vårdens ledarskap och styrning.

Rapporten är skriven av Jörgen Nordenström, professor emeritus vid Karolinska Institutet, som ansvarar för innehållet. Kommissionen ser rapporten som ett mycket viktigt underlag i den fortsatta diskussionen om hälso- och sjukvårdens skattenytta. Jörgen Nordenström har lång erfarenhet som kirurg, överläkare och professor vid Karolinska Institutet och har länge arbetat med att förbättra vårdens struktur och processer. Han har publicerat flera böcker om hur vården skulle kunna skapa mer värde för patienterna. Jörgens grundläggande tes är att det värde som vården skapar för patienterna ska vara vägledande för prioriteringarna och resursfördelningen – en tanke som mycket liknar utgångspunkterna för Kommissionen för Skattenytta.

Välkomna att vara med på resan!

Leif Östling
Grundare och ordförande
Stockholm september 2022

För ytterligare information om våra aktiviteter hänvisas till www.skattenytta.se.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	6
1. Inledning.....	12
2. Kvalitet, värde, nytta och effektivitet.....	14
3. Kostnader och effektivitet i internationell jämförelse.....	19
4. Vårdens kvalitet och prestationer.....	24
5. Slöseri och effektivitetsbrister.....	34
6. Patientcentrerad vård.....	37
7. Personalens motivation och arbetsmiljö.....	40
8. Ledarskapet och vårdens styrning.....	42
Referenslista.....	44

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården utgör en betydande andel av de samlade offentliga utgifterna. I denna rapport granskas prestationer, kostnader och effektivitet utifrån internationella jämförelser, från bästa praxis och utvärderingar som gjorts av den svenska sjukvården. I rapporten lyfter vi fram ett antal utmaningar som sjukvården behöver hantera för att förbättra kvaliteten och resursutnyttjandet.

Den svenska sjukvården är i hög grad specialiserad och tekniskt avancerad, och det finns områden där vården är världsledande. Generellt sett uppvisar svensk sjukvård emellertid likartade medicinska resultat som i länder med motsvarande levnadsstandard, men till en högre kostnad och därmed med en lägre effektivitet.

Kostnaden för den svenska sjukvården är omkring 400 miljarder kronor per år, vilket är en högre kostnad per capita än andra länder med motsvarande levnadsstandard. En medelinkomsttagare betalar drygt 70 000 kronor per år i skatt för sjukvård och omsorg. I flera internationella jämförelser hamnar Sverige idag bland de 10–20 bästa, men oftast efter Norge och Danmark bland de nordiska länderna och efter Holland, Schweiz och UK bland de mellaneuropeiska.

Kommissionen lyfter fram fem utmaningar för en förbättrad patientnytta och resursanvändning:

- 1) förbättra vårdens kvalitet
- 2) åtgärda slöseri och effektivitetsbrister
- 3) utgå i större utsträckning från patienternas medicinska behov och önskemål
- 4) öka personalens motivation och förbättra arbetsmiljön
- 5) utveckla vårdens ledarskap och styrning.

1. Kvalitet och prestationer

Den första utmaningen är att förbättra vårdens kvalitet. Det finns betydande kvalitetsbrister, och medföljande effektivitetsproblem, i vårdprocesserna. Dessa brister har lett till dålig tillgänglighet och köer, överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter på sjukhusen, koordinations- och kontinuitetsproblem samt dålig arbetsmiljö för vårdpersonalen. Svensk sjukvårds största problem är relaterade till kvalitetsbrister och de kostnader som är förknippade med dessa. Problemen bottnar i hur vården är uppbyggd, organiserad och utövas; områden där det finns stor erfarenhet och kunskap att hämta från andra samhällssektorer.

450 000 patienter väntar på att få träffa en specialist och 31 procent av dessa har väntat mer än 90 dagar. 180 000 patienter väntar på en operation och närmare hälften (42 procent) har väntat mer än 90 dagar.

Svensk sjukvård har ett kroniskt problem med långa vårdköer som funnits sedan 1960-talet. Dessa är idag närmast ofattbart långa – 450 000 patienter väntar på att få träffa en specialist och 31 procent av dessa har väntat mer än 90 dagar. 180 000 patienter väntar på en operation och närmare hälften (42 procent) har väntat mer än 90 dagar. Vårdköer är i grunden ett kvalitetsproblem på verksamhetsnivå och tillskott av extra resurser har oftast en tillfällig och begränsad effekt. Den strategi som bland andra Danmark och Holland har använt för att korta vårdköer har visat sig vara den mest effektiva och bygger på en kombination av valfrihet, konkurrens och privata alternativ.

Antalet vårdplatser är för lågt på svenska sjukhus. Det stora antalet överbeläggningar och utlokaliseringar talar sitt tydliga språk, och innebär en mycket stor och kostsam kvalitetsbrist som visar sig som vårdskador, dålig patient- och arbetsmiljö och, totalt sett, ett slöseri av resurser. Mot bakgrund av frekvensen av överbeläggningar och utlokaliseringar, borde antalet vårdplatser öka med cirka 10 procent för att ta höjd för beläggningstoppar.

100 000 patienter per år drabbas av vårdskada till en kostnad av 9 miljarder kronor enbart för den extra sjukhusvården

Vårdskador är ett stort medicinskt problem. Man har beräknat att 100 000 patienter per år drabbas av vårdskada till en kostnad av 9 miljarder kronor enbart för den extra sjukhusvården. Brister i läkemedelshanteringen har uppskattats till 10–20 miljarder kronor per år.

Omotiverade variationer i hur vården bedrivs är ett annat kvalitetsproblem. I svenska kvalitetsregister varierar utfallet mellan regionerna 2–3 gånger, men ibland är variationen över 10 gånger. Variationerna visar sig som under-, över- eller felutnyttjande av vårdresurser. Bristande följsamhet till riktlinjer, vetenskaplig evidens eller bästa praxis uppgår ofta till 30–40 procent, för diagnostik, läkemedelsbehandling och olika ingrepp. Detta leder till negativa hälsoeffekter och stora kostnader vid många kroniska sjukdomar.

2. Slöseri och effektivitetsbrister

Den andra utmaningen är att åtgärda slöseri och effektivitetsbrister. En betydande del av vårdens kostnader bidrar inte till att förbättra patienternas hälsa och utgör därför ett slöseri. Exempel på slöseri är kvalitetsbrister i vårdprocesserna, avsaknad av åtgärder som kan förebygga sjukdom, användning av undersökningar eller vård av begränsat värde, felaktig läkemedelshantering, vårdpersonalens högsta kompetens som inte utnyttjas, onödigt stor och ineffektiv administration, med mera.

Slöseriets verkliga omfattning är okänd men baserat på internationella studier kan den uppgå till 25 procent av de totala vårdkostnaderna. För svensk sjukvård skulle detta kunna innebära att 100 miljarder per år skulle kunna användas bättre. Allt slöseri går inte att åtgärda, men inom många områden finns förbättringspotential och möjligheter till en förbättrad resursanvändning.

3. Patientcentrerad vård

Patienten i fokus är en självklarhet men endast lite över hälften (63 procent) av svenskarna anser att sjukvården håller en god kvalitet. I patientenkäter är dock 80–90 procent nöjda eller mycket nöjda. Detta är den tredje utmaningen. Svensk sjukvård har, i jämförelse med andra länder, tydliga brister i den personcentrerade vården vad gäller väntetider, kontinuitet i vården och samordning mellan olika vårdgivare. Sverige uppvisar också längre väntetider till specialistvård, behandling eller operation än de flesta andra länder.

10 procent av befolkningen står för 80 procent av sjukvårdskostnaderna och de 1 procent mest resurskrävande patienterna står för 25 procent av alla akuta inläggningar.

Många patienter med kronisk sjukdom får inte den vård de behöver. Man har beräknat att 10 procent av befolkningen står för 80 procent av sjukvårdskostnaderna och de 1 procent mest resurskrävande patienterna står för 25 procent av alla akuta inläggningar. Kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa upptar således en mycket stor del av sjukvårdsresurserna och dessa grupper bör prioriteras på medicinska grunder, men även av resursmässiga skäl. Det sjukvårdsområde som lyckas hantera vården av patienter med kroniska sjukdomar har i praktiken kommit en god väg med att lösa många svåra problem inom vården: långa väntetider på akutmottagningarna och återinläggningar på sjukhus. De kan därmed också åstadkomma ett minskat tryck på sjukhusens ansträngda vårdplatssituation.

Den ojämlika vården har i stora delar skapats av den egna vårdorganisationen, med sina 21 regioner, avsaknad av smidiga patientflöden mellan regionerna, strukturella inköpsproblem och koordinationsproblem mellan olika vårdnivåer. Läkemedel för behandling av cancer och andra sjukdomar regleras olika i regionerna vilket också skapar en ojämlik vård. Det finns exempel där patienter tvingas byta mantalsskrivningsort för att få tillgång till vissa läkemedel.

4. Vårdpersonalens motivation och arbetsmiljö

Den fjärde utmaningen är att förbättra vårdpersonalens arbetsmiljö och motivation. Vårdpersonalen är inte bara sjukvårdens viktigaste resurs utan också den mest kostsamma. Personalkostnaderna svarar i regel för 60–65 procent av sjukhusens totalkostnader. Sverige har fler läkare och sjuksköterskor än de flesta EU länder, men stress och en dålig arbetsmiljö har lett till en hög personalomsättning, framför allt bland sjuksköterskorna.

Arbetsplatsstudier har visat att läkare och sjuksköterskor tillbringar 1/3 av sin tid med direkt patientarbete, 1/3 med indirekt patientarbete (rapporter, journalskrivning) och 1/3 med övrigt arbete.

Arbetsplatsstudier har visat att läkare och sjuksköterskor tillbringar 1/3 av sin tid med direkt patientarbete, 1/3 med indirekt patientarbete (rapporter, journalskrivning) och 1/3 med övrigt arbete. Endast hälften av läkarna anser att de får användning av sin högsta kompetens under hela eller större delen av arbetstiden. Närmare hälften av sjuksköterskorna och 2/3 av sjukgymnasterna anser att de bör och kan utföra arbetsuppgifter som läkarna utför.

Personalomsättningen på de stora sjukhusen anges i många fall vara 12–16 procent, och tre av fyra läkare anser att personalomsättningen är för hög i den egna organisationen.

Under senare år har det uppmärksammats att många i vårdpersonalen, i synnerhet sjuksköterskor, lämnar yrket. Man anger ofta låg lön, stressig arbetsmiljö och obekväma arbetstider som skäl. När svenska primärvårdsläkare tillfrågats om stress i arbetet har 65 procent angivit att arbetet är väldigt eller extremt stressigt. Personalomsättningen på de stora sjukhusen anges i många fall vara 12–16 procent, och tre av fyra läkare anser att personalomsättningen är för hög i den egna organisationen.

Det finns ett uppenbart behov av att utveckla nya arbetssätt och se över den relativa fördelningen av olika personalgrupper inom vården. Sjukvårdens arbetssätt och innehåll måste förändras med ett större fokus på en direkt patientnytta. Om sjukvården kan öka vårdpersonalens motivation och arbetstillfredsställelse, kan kvaliteten på vården förbättras och personalrelaterade kostnader minskas.

5. Ledarskapet och vårdens styrning

Den femte utmaningen hänger samman med hur vårdens ledarskap och styrning utövas. Ledarskapet är en kritisk faktor för alla organisationer men kanske särskilt krävande för den kunskapsdrivna och komplexa sjukvården. Kraven på chefer på sjukhus- och klinisknivå har de senaste decennierna främst handlat om kostnadseffektivitet och på att uppnå en "ekonomi i balans". Kortsiktiga besparingar har i praktiken lett till ransonering av vård, kvalitetsbrister, och flaskhalsproblem i vårdprocesserna. Riskerna med att i första hand fokusera på ekonomi, och inte utgå från kund/patient, medarbetare och kvalitet, är välkända inom näringslivet.

Kvalitetsutvecklingen och effektiviteten inom den svenska sjukvården har varit lägre än i Danmark och Norge. Där är det staten som finansierar, reglerar och utövar tillsyn medan några få (4–5) regionala hälsomyndigheter ansvarar för utförandet av vården. Norge, och framför allt Danmark, har genom centrala direktiv och riktade resurser utvecklat vårdkvaliteten.

Kortsiktigt fokus på ekonomi, styrning av politiska mandatperioder, har medfört att åtgärdande av kvalitetsbristkostnader inte prioriterats.

Den svenska vården är understyrd på central nivå eftersom staten inte styr över sjukvårdens skatteintäkter och därmed inte med kraft kan styra och reglera vården utifrån nationella behov. Den operativa delen av vården är däremot överstyrd av politiska och administrativa strukturer på regional nivå. Kortsiktigt fokus på ekonomi, styrning av politiska mandatperioder, har medfört att åtgärdande av kvalitetsbristkostnader inte prioriterats.

Corona-pandemin har påvisat problem med regionernas krisberedskap och flera av de kvalitetsbrister som vi lyft fram beror på uppdelningen av ansvaret på många, ofta mindre, regioner och att man inte delat på de två olika rollerna som beställare, respektive utförare av vård. Förutsättningarna bör utredas eftersom dagens modell med 21 regioner inte skapar bästa möjliga skattenytta.

Sjukvården har idag för litet fokus på, och avsatt för lite resurser, för systematiskt kvalitetsarbete. Ett sådant fokus inkluderar utrangerande av icke-effektiva metoder och genomtänkta processer för introduktion av nya medicinska landvinningar. Tillförsel av mer resurser kan inte förväntas lösa problemen utan dessa behöver lösas genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

1. Inledning

Sjukvården har genomgått en fantastisk utveckling där ny kunskap, nya läkemedel och innovationer har gjort det möjligt att idag behandla många sjukdomar som tidigare var obotliga. Det finns emellertid problem med hur vården bedrivs som rör tillgänglighet och kontinuitet, säkerhet i vårdprocesserna, koordination mellan olika vårdnivåer och omhändertagande av patienterna. Dessa kvalitetsproblem drabbar i första hand patienterna men utgör också ett suboptimalt resursutnyttjande.

I denna rapport lyfter vi fram områden där kvalitetsbrister förekommer och pekar på hur problemen kan åtgärdas så att de medicinska resultaten kan förbättras och därmed öka sjukvårdens nytta. Sjukvård är en särskilt arbetsintensiv verksamhet och personalen är sjukvårdens viktigaste resurs. Vi ska vara stolta över det engagerade och ofta utmanande arbete som vårdpersonalen utför. Covid-pandemin har med tydlighet visat vilken fantastisk resurs vårdpersonalen är när den stiger fram och tar ledartröjan med fokus att leverera en ny och utmanande vård.

Våra förbättringsförslag är ingen förtäckt kritik av sjukvårdens medarbetare utan vi lyfter fram aspekter som bottnar i systemfel som rör sjukvårdens struktur, hur den organiseras, koordineras, leds och styrs. Förbättringsförslagen utgår från den erfarenhet som finns i andra sjukvårdssystem, från bästa praxis och i den mån det är relevant, från erfarenheter av systematiskt kvalitetsarbete inom näringslivet.

Tillkortakommanden på systemnivå inom sjukvården blir tydliga när man jämför med andra sektorer i samhällslivet och hur man där utnyttjat olika tekniska innovationer och använt sig av känd kunskap om effektiva processer.

Tillkortakommanden på systemnivå inom sjukvården blir tydliga när man jämför med andra sektorer i samhällslivet och hur man där utnyttjat olika tekniska innovationer och använt sig av känd kunskap om effektiva processer. Via våra smarta mobiltelefoner kan vi köpa och beställa varor, bli uppdaterade om trafiken och vädret, men vi kan inte beställa tid för läkarbesök eller få tillgång till den egna journalen. Komplicerade byggprojekt har en väl utarbetad logistik med en total samordning mellan montörer, hantverkare och byggnadsarbetare, medan koordinationen mellan olika vårdgivare ofta är bristfällig. Flygbolagen har utvecklat rutiner och en säkerhetskultur som gjort att det är säkrare att flyga än att ta sig med bil till och från

flygplatsen. Att vara inlagd på sjukhus utgör däremot en betydande risk att drabbas av vårdskada.

Även om sjukvården måste hantera många motstridiga behov och mänskliga faktorer, vilka skiljer sig från dem som återfinns i andra delar av samhälls- och näringslivet, finns det lärdomar att ta till sig från andra verksamheter vad gäller att möta specifika behov, systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete, hur man kan minska omotiverade variationer, hantera flaskhalsproblem och skapa effektiv resursanvändning.

2. Kvalitet, värde, nytta och effektivitet

Värde, kvalitet, effektivitet och kostnad är centrala begrepp inom vården, men det finns olika definitioner av dessa begrepp och olika personer lägger delvis in olika betydelser. Här definieras begreppen på följande sätt:

Kvalitet	Alla aspekter av vården som beskriver vårdens förmåga att tillfredsställa patientens behov och det uppnådda utfallet, såsom överlevnad eller bot, säker vård, tillgänglighet, patientnöjdhet, och hur verkningsfull vården är.
Värde eller nytta	Upplevelsen av vad sjukvården bidrar med, där resultatet sätts i relation till resursutnyttjandet (kostnaden).
Effektivitet	Hur tillgängliga resurser utnyttjas för att nå uppsatta mål.

Kvalitet

På ett övergripande plan kan kvalitet definieras som "den utsträckning en produkt eller tjänst leder till avsett resultat", det vill säga "gör jobbet". Med denna definition följer att det finns en viss grad av subjektivitet av begreppet kvalitet. Förväntningarna varierar, vilket innebär att olika personer kommer att ha olika uppfattningar om vad kvalitet innebär. I första hand är det patienten som bör definiera vad kvalitet innebär. En annan konsekvens av denna definition på kvalitet är att det måste finnas en förutsägbarhet i utfallet. Det ska inte finnas stora variationer inom eller mellan enheter. Omotiverade variationer är ofta tecken på kvalitetsbrister. Sedan länge kända kvalitetsbrister i svensk sjukvård innefattar:

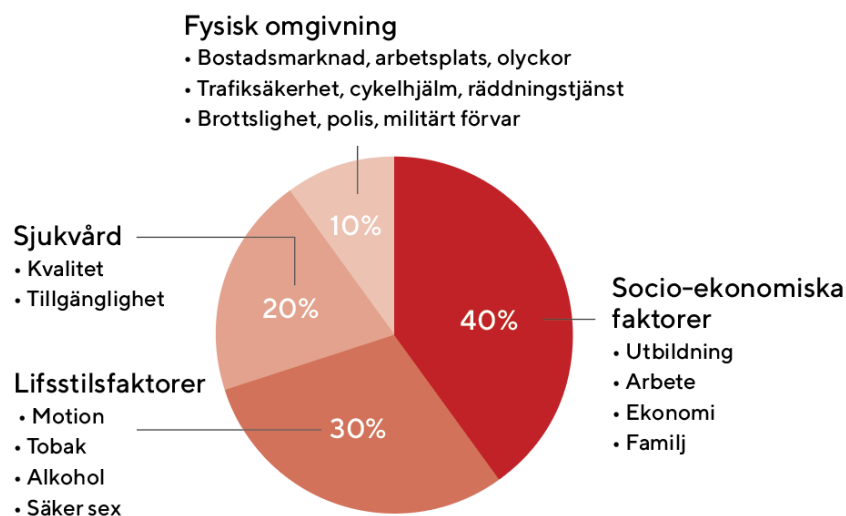
Sjukvårdens kvalitetsproblem

Låg verkansgrad >40% av patienterna får inte en evidensbaserad vård; dålig "effectiveness."	Vårdskador 9% av patienterna drabbas av vårdskada (infektioner, felmedicinering, fallskador). 9 miljarder/år i ökade sjukhuskostnader.	Oförklarliga variationer 2-3 ggr Vård som ofta varierar 2-3 ggr (ibland 10 ggr) i Nationella Kvalitetsregister.
Koordinationsproblem 17% av sjukhusvårdade, äldre patienter blir återintagna inom 30 dagar på grund av felaktig eftervård.	Kontinuitetsproblem Högre risk Högre risk för akutmottagningsbesök, sjukhusinläggning och att dö i förtid vid KOL eller psykisk sjukdom. Högre kostnader.	Tillgänglighetsproblem 450 000 patienter har väntat på att träffa specialist; 31% har väntat > 90 dagar. 180 000 väntar på operation/specialistvård; 42% har väntat > 90 dagar.

Med kvalitet i vården menar vi den del av vården som vårdgivarna kan påverka. Vid jämförelser mellan olika länders eller vårdenheter utfall måste man ta hänsyn till att hälsorelaterade utfall är beroende av en rad sociala och ekonomiska faktorer som ligger utanför sjukvårdens möjligheter att påverka. Politiska beslut, investeringar i utbildning, arbetsmarknadens villkor, kosten, bostadsstandarden, den fysiska omgivningens säkerhetsnivå är några av de många faktorer som påverkar befolkningens hälsotillstånd. De flesta utfall som används för jämförelser mellan olika regioner, eller olika länder, har inneboende svårigheter att renodla sjukvårdens bidrag. Levnadsstandarden i Sverige är internationellt sett hög vilket kan innebära en risk för att sjukvårdens bidrag kan överskattas vid jämförelser med andra länder.

The Social Dimensions of Health är ett begrepp som lyfter fram andra aspekter än de rent sjukvårdsmässiga som påverkar hälsan. För enskilda patienter kan sjukvården naturligtvis betyda mycket, men sett ur ett populationsperspektiv är sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet endast två av flera faktorer som påverkar befolkningens hälsotillstånd.

”Health Outcomes” är bara till en mindre del beroende på vårdens insatser



Källa: www.countyhealthrankings.org

De olika komponenterna i figuren – inverkan av livsstils-, socioekonomiska-, sjukvårds- och omgivningsfaktorer – gäller nordamerikanska förhållanden och kan skilja sig från dem som gäller för oss. Oavsett detta visar figuren betydelsen av andra faktorer än sjukvårdens kvalitet för befolkningens hälsa, men faktorerna påverkar även vårdutfallet för enskilda patienter.

Värde och nytta

Värde och nytta är i praktiken synonyma begrepp. Inom sjukvården kan vi identifiera olika typer av värde:

Kliniskt värde	Det som förbättrar patientens hälsoutfall.
Upplevt värde	Hur patienten upplever den vård de får.
Operationellt värde	Hur effektiv vården är på att leverera vård, vanligen uttryckt i form av kostnaden för vården.

På ett övergripande plan är värde eller nytta en balans mellan fördelar och nackdelar. Att skapa bättre värde innebär att förbättra patientens hälsa och upplevelse av vården.

Vårdens effektivitet

Med effektivitet menar vi hur tillgängliga resurser utnyttjas för att nå uppsatta mål. Det är en relation mellan resultat/utfall å ena sidan och kostnaden å den andra. Det finns betydande effektivitetsproblem i svensk sjukvård. En översikt ges i nedanstående tabell.

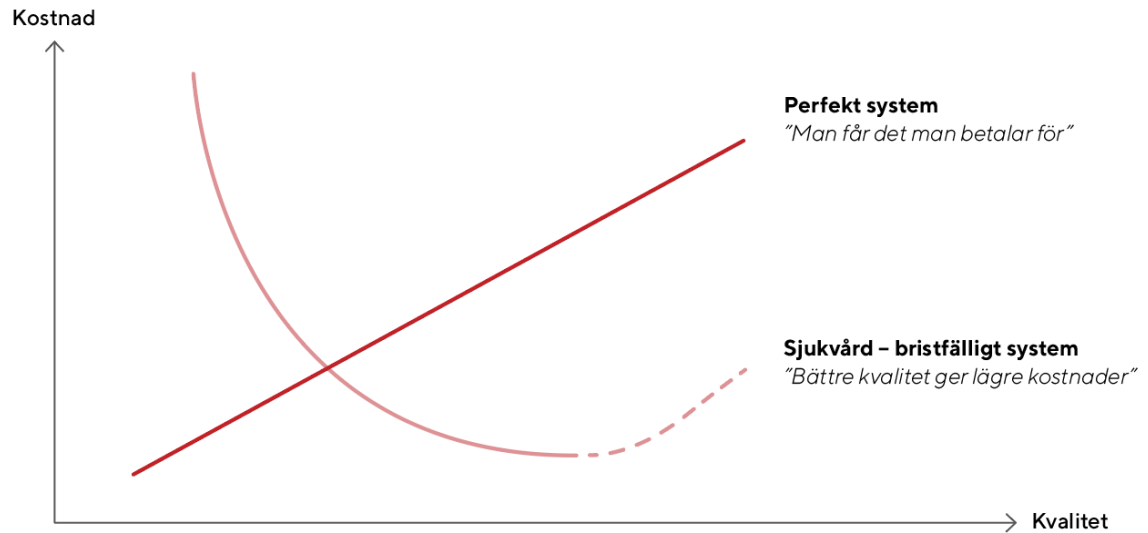
Sjukvårdens effektivitetsproblem

Hög kostnad 11% Fjärde plats i Europa i andelen av BNP (11%). Medelinkomsttagare betalar 73 000:-/år.	Hög läkar-, sjuksk. täthet 12% fler läkare, 37% fler legitimerade sjuksköterskor än EU snittet.	Underpresterande personal 60% Sjuksköterskorna anser att de kan utföra 60% av de arbetsuppgifter som idag utförs av läkare. Administration stjälar tid från vårdarbetet.
Hög personalomsättning 12-16% Ofta 12-16% bland sjuksköterskor på sjukhus. 72% av läkarna anser personalomsättningen för hög i sin organisation.	Ineffektiva vårdprocesser 12:e plats Vårdpersonalen arbetar 1/3 av tiden med direkt patientkontakt. Sjunkande effektivitet; 12:e plats i EU, lägst i Norden.	Slöseri och överanvändning av vård 20% av använda resurser utgör slöseri enligt OECD. Diagnostik och ingrepp. Kejsarsnitt vid normal graviditet, laparoskopisk kirurgi vid knäartros (13 400 ingrepp/år).

Vi vill förbättra kvaliteten och effektiviteten och samtidigt begränsa eller till och med minska kostnaderna. Låter detta som en omöjlig ekvation? Kanske ändå inte, eftersom sjukvård vid sidan om alla dess positiva resultat även genererar kostsamma komplikationer. Vissa processer är ineffektiva, och dyrare diagnostiska metoder än nödvändigt används i viss utsträckning. En låg vårdkvalitet innebär en hög kostnad.

Ett "perfekt system", där det föreligger en helt fri konkurrens och en total transparens, medför en ökad kvalitet en ökad kostnad. Man får betala mer för en högre kvalitet. Sjukvård är inget perfekt system (eftersom det förekommer kvalitetsbrister såsom vårdskador och slöseri), vilket innebär att en förbättrad kvalitet kan ge lägre kostnader.

Sjukvårdens kvalitet/kostnad paradox



Källa: Nordenström, 2018

Inom sjukvården finns således en stor potential att minska kostnaderna genom att åstadkomma kvalitetsförbättringar. Inte sällan har man inom sjukvården ofta börjat i en annan, och vanligen kontraproduktiv, ände genom att införa sparbeting som ofta leder till kvalitetsförsämringar. Ett förbättringsarbete på Mayo Clinic (Minnesota), medförde förutom en förbättrad kvalitet, en drygt 30-procentig minskning av kostnaderna (Buckman, 2012).

Sjukvårdens skattenytta kan bedömas/beräknas på olika sätt:

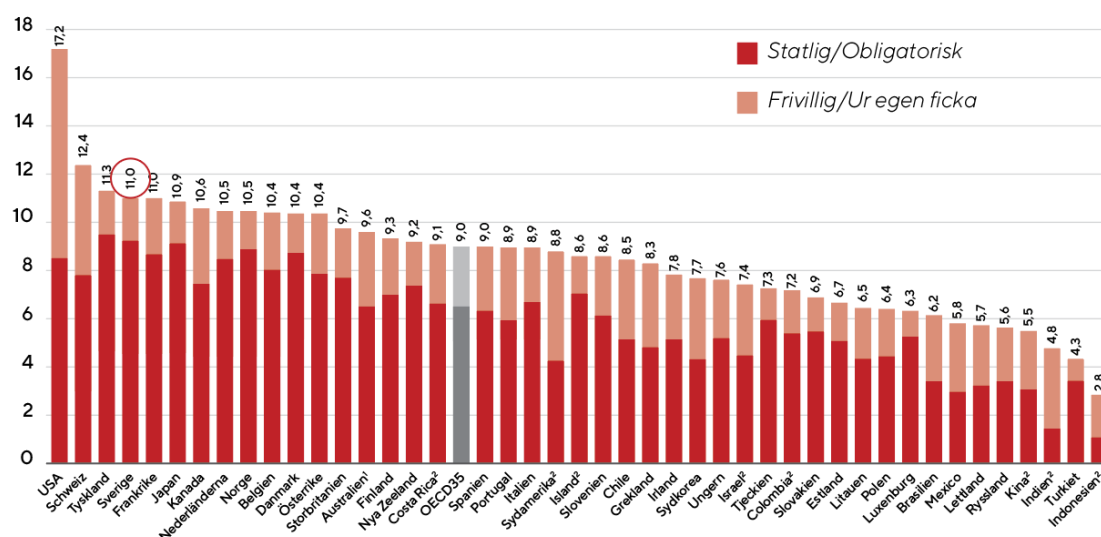
- Den *subjektiva* nyttan kan bedömas utifrån patienternas upplevelser av den vård de fått.
- Den *objektiva* nyttan kan beräknas genom att kostnader och utfall jämförs med:
 - Sjukvården i andra länder som har en motsvarande levnadsstandard,
 - Bästa praxis (benchmark)
 - Följsamhet till vetenskaplig evidens.

Sjukvårdens kvalitet kan bedömas efter dess förutsättningar (strukturen) att uppnå uppsatta mål, på hur vården utförs (processerna) och hur dessa relaterar till bästa praxis och vetenskaplig evidens. Den kan också utvärderas utifrån grad av måluppfyllelse (utfallet) för olika aspekter på kvalitet såsom säker vård, vård i rätt tid, om vården är jämlik och om den uppfyller patienternas behov och önskemål.

3. Kostnader och resultat i internationell jämförelse

Kostnaden för svensk sjukvård (400 miljarder kronor/år) och sjukvårdens och omsorgens andel av BNP (11 procent) är bland de högsta i världen – ett par procentenheter högre än EU genomsnittet (OECD, 2017).

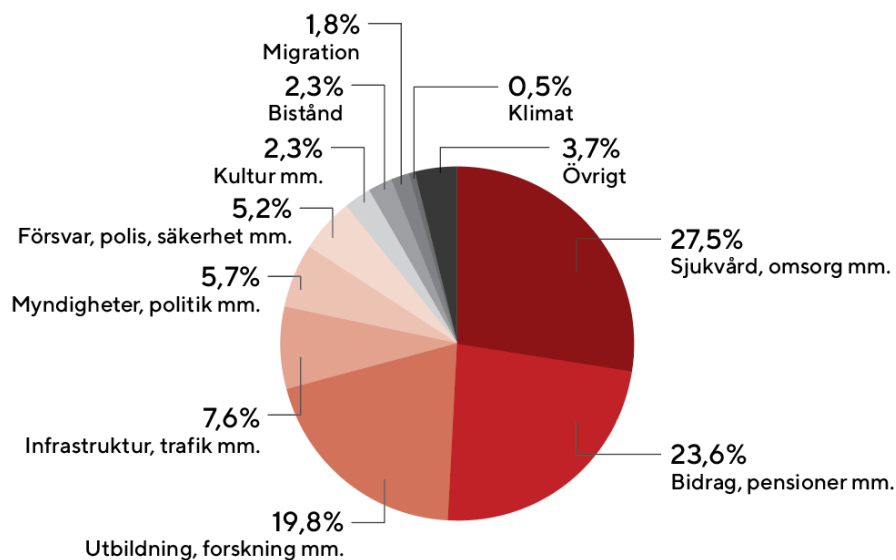
Svensk sjukvård har en hög kostnad (% av BNP)



Källa: OECD, 2017

Sjukvårdens och omsorgens andel av våra skatter uppgår till 27,5 procent och är därmed vår största skattepost. En medelinkomsttagare betalar drygt 73 000 kronor i skatt för sjukvård (Skattebetalarna, 2020).

Sjukvård och omsorg är vår största skattepost



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner samt Statsbudgeten för 2019, egen bearbetning av data för år 2019

Internationella jämförelser mellan olika länders hälsotillstånd och sjukhusvårdens kvalitet genomförs regelbundet av internationella organisationer (OECD, WHO), stiftelser (Commonwealth Fund, Health Consumer Powerhouse) och i media (Bloomberg). Man använder olika indikatorer och bedömer olika aspekter av vården och det är därför inte förvånande att man kommer fram till olika slutsatser. Olika länder rankas olika i olika undersökningar och resultaten bör därför tolkas försiktigt. En ranking från Commonwealth Fund (2021) placerar Sverige i den nedre halvan av elva länders sjukvård.

Prestandarankningar för hälso- och sjukvårdssystem

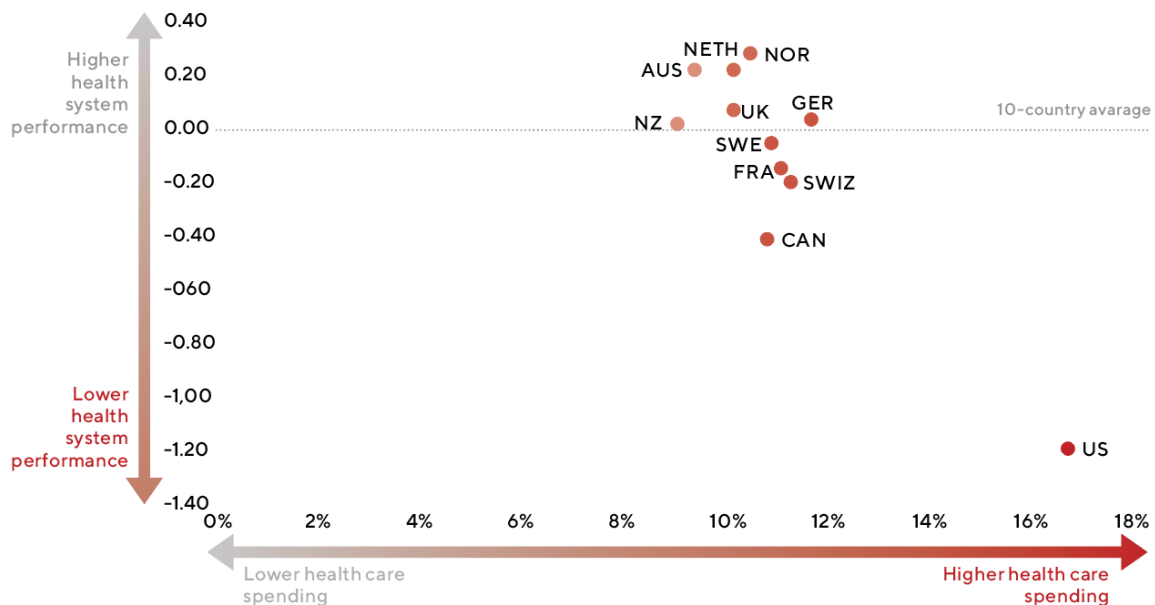
	AUS	CAN	FRA	TYS	NED	NZ	NOR	SVE	SCZ	UK	US
OVERALL RANKING	3	10	8	5	2	6	1	7	9	4	11
Access to Care	8	9	7	3	1	5	2	6	10	4	11
Care Process	6	4	10	9	3	1	8	11	7	5	2
Administrative Efficiency	2	7	6	9	8	3	1	5	10	4	11
Equity	1	10	7	2	5	9	8	6	3	4	11
Health Care Outcomes	1	10	6	7	4	8	2	5	3	9	11

Data: Commonwealth Fund analysis.

Källa: Eric C. Schneider et al., Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries (Commonwealth Fund, Aug. 2021).

I de flesta jämförelser som är gjorda under de senaste tre åren hamnar Sverige bland de 10–20 bästa och efter Norge, Danmark, och ibland efter Finland, bland de nordiska länderna och efter Holland, Schweiz och UK bland de mellaneuropeiska. Den svenska sjukvården rankas vanligen högt för medicinska resultat men lågt vad gäller tillgängligheten och vårdköer, kontinuiteten i vården, koordinationen mellan vårdgivare, och hur vårdprocesserna utförs. I en jämförelse mellan olika länders kostnadseffektivitet (utfall/kostnad) hamnar svensk sjukvård strax under ett medelvärde (Commonwealth Fund 2021).

Hälso- och sjukvårdssystemens prestanda jämfört med utgifter



Källa: Eric C. Schneider et al., Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries (Commonwealth Fund, Aug. 2021).

Således bedöms den svenska sjukvårdens övergripande prestationer att ligga under den nivå som många andra länder lyckas uppnå.

Svensk sjukvård är i hög grad specialiserad, tekniskt avancerad och inom vissa områden världsledande. Exempel på exceptionell vård finns inom kardiologi, strokevård, reumatologi, lever-/mage-/tarmsjukdomar, transplantation, mödravård, neonatalvård, barncancer, barndiabetes, med flera. Generellt sett har Sverige en cancervård med god kvalitet, men inte högre kvalitet än flera andra länder i Europa eller Norden. Bröstcancervården uppvisar bra resultat men införandet av nya och effektivare cancermediciner tar längre tid än i länder som rankas högre.

Det finns således många exempel på vårdområden som presterar utmärkta resultat, trots de brister som finns i själva det svenska sjukvårdssystemet. För andra vårdområden, som jämförelsevis inte är lika framgångsrika, försvåras möjligheterna att prestera bättre av de problem som finns på systemnivå.

Den svenska sjukvården har i en internationell jämförelse höga kostnader. De medicinska resultaten liknar de som uppnås i andra länder men eftersom kostnaderna är högre är effektiviteten lägre.

Den svenska sjukvården har i en internationell jämförelse höga kostnader. De medicinska resultaten liknar de som uppnås i andra länder men eftersom kostnaderna är högre är effektiviteten lägre. Det finns stora kvalitets- och medföljande effektivitetsproblem i vårdprocesserna, vilket har lett till koordinations- och kontinuitetsproblem, dålig tillgänglighet och köer, överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter på sjukhusen och en dålig arbetsmiljö för vårdpersonalen.

4. Vårdens kvalitet och prestationer

Den första utmaningen för vården är att leverera god kvalitet. Kriterier för bedömning av kvalitet sammanfattas av Institute of Medicine (2001) med akronymen STEEEP:

Säker vård (*Safe*). Vården ska ges på ett säkert sätt och med en låg komplikationsfrekvens.

Vård i rätt tid (*Timely*). Patienterna ska ges vård utan en alltför lång väntan.

Verkningsfull vård (*Effective*). Vården ska bygga på en vetenskaplig (evidensbaserad) grund och såväl över- som underanvändning av vård ska undvikas.

Effektiv vård (*Efficient*). En god resursanvändning ska upprätthållas och all typ av slöseri (processer som inte förbättrar patienternas hälsa) ska undvikas.

Jämlig vård (*Equitable*). Vård ska ges oberoende av patientens kön, etnicitet, religion, geografiska hemvist eller socio-ekonomiska status.

Patientcentrerad vård (*Patient-centered*). Vården ska respektera och vara lyhörd för patientens behov, önskemål och värderingar, och att alla beslut och åtgärder utförs med utgångspunkt från vad som är bäst för patienten.

Svensk sjukvård har förbättringspotential inom alla av ovanstående kvalitetsområden och problem inom var och en av dessa påverkar ofta de andra. Tillgänglighet till vård är en viktig kvalitetsaspekt som påverkar många andra kvalitetsaspekter: långa väntetider är inte en säker vård, och naturligtvis ingen (verkningsfull) behandling. De innebär resursslöseri, skapar ofta en ojämlig vård och är definitivt inte patientcentrerade. Tillgång till/avsaknad av vård är därför ett lackmustest på vården som helhet.

Det kroniska problemet: tillgänglighet och vårdköer

Svensk sjukvård har haft ett närmast kroniskt problem med långa vårdköer sedan 1960-talet. I en internationell jämförelse har Sverige längre vårdköer än de flesta andra länder med motsvarande levnadsstandard. Totalt väntar idag 630 000 patienter på att få komma till en specialist eller bli opererade och närmare hälften (40 procent) har väntat mer än 90 dagar. Det har gjorts många försök att komma till rätta med köproblematiken men varken införandet av vårdgarantin 1992 eller statliga extraresurser har lyckats komma till rätta med problemet. De långa vårdköerna har blivit ett politiskt problem och den intuitiva lösningen för politikerna är att tillföra mer resurser. 2019 tillförde riksdagen 1,6 miljarder och i februari 2022 ytterligare 4 miljarder för att minska vårdköerna.

De långa vårdköerna har blivit ett politiskt problem och den intuitiva lösningen för politikerna är att tillföra mer resurser. 2019 tillförde riksdagen 1,6 miljarder och i februari 2022 ytterligare 4 miljarder för att minska vårdköerna.

Resursbrist, en dålig matchning mellan kapacitet och behov, räcker oftast inte som förklaring till att vårdköer uppstår, utom vid extrema situationer som den vi upplevt med Covid-pandemin. Vårdköerna har varit relativt stabila över tid och vore det en kapacitetsbrist (resursbrist) skulle vårdköerna ständigt öka, vilket historiskt sett inte varit fallet. En röntgenavdelning som under lång tid har tre-fyra månaders väntan på undersökning har således ingen resursbrist utan ett kvalitetsproblem.

Kösituationen varierar stort mellan de olika regionerna. Under 2020 hade 87 procent av patienterna i Region Halland fått knäprotesoperation utförd inom 90 dagar, i Region Dalarna 7 procent. Flera studier har visat att extra resurser vanligen har en liten och tillfällig effekt på kösituationen.

Kösituationen varierar stort mellan de olika regionerna. Under 2020 hade 87 procent av patienterna i Region Halland fått knäprotesoperation utförd inom 90 dagar, i Region Dalarna 7 procent. Flera studier har visat att extra resurser vanligen har en liten och tillfällig effekt på kösituationen.

I ett uppmärksammat rättsfall i Kanada slog Högsta domstolen fast att "vara uppsatt på en väntelista för vård, innebär att man inte får vård", vilket är olagligt. Offentliga vårdgivare i Kanada kan därför dras inför domstol och fällas för lagöverträdelse. Sverige har ingen patientrelaterad rättighetslag för sjukvård utan en skyldighetslag som definierar myndigheternas ansvar för att leverera sjukvård. Hade Sverige haft en rättighetslag för sjukvård skulle patienter som inte får vård kunna gå till domstol.

Vårdköer är i grunden ett kvalitetsproblem på verksamhetsnivå och måste lösas där. En OECD rapport (Sicilliani, 2015) har jämfört olika länders strategier för att komma till rätta med vårdköer:

- Väntetidsgaranti + sanktioner (England, Finland)
- Valfrihet + konkurrens + privata alternativ (Danmark, Holland, Portugal)
- Prioritering baserad på sjukskadsgrad (Nya Zeeland, Kanada)

Strategin som bland annat används i Danmark har visat sig vara den mest effektiva. Det saknas stöd för att väntetidsgaranti + resurstillskott + centralisering som föreslås i en nyligen framlagd statlig utredning (SOU, 2021) skulle vara en effektiv strategi.

Vårdköer och dålig tillgänglighet är ett klassiskt exempel på effektivitetsproblem. Den vanligaste förklaringen till vårdköer är en oförmåga att kunna hantera variationer och/eller förekomst av flaskhalsar. I en utredning av Socialdepartementet (2009) beräknade man att arbetsoförmåga på grund av sjukskrivning i väntan på operation, ledde till ett produktionsbortfall på 1,1 miljarder kronor årligen (SvD, 2009).

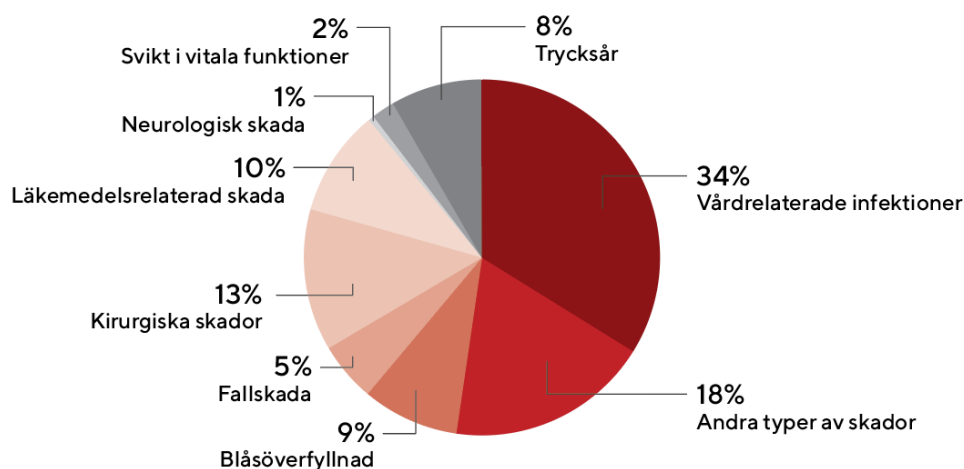
I en studie från Göteborg beräknades kostnaderna för drygt 2600 patienter som stod på väntelista för totalhöftprotesoperation. 62 procent av patienterna fick vänta mer än 90 dagar i operationskö. Kostnaden (2009 års prisnivå) uppgick i medeltal till drygt 58 000 kronor per person. Kostnaden var högre för de yngre patienterna och en väntan längre än 90 dagar ökade kostnaden med 20 procent (Rolfson, 2012). Kostnaden en totalhöftsoperation var vid den tiden 78 500 kronor vilket i praktiken innebär att kostnaden för många patienter att stå i kö gjorde att man för en marginellt högre kostnad skulle kunna betala ur egen ficka för en operation direkt, om det fanns ett sådant alternativ. Exemplet visar att vid ransonering av vård så överförs kostnaderna till patienten i större eller mindre utsträckning.

Vårdköer är i grunden ett kvalitetsproblem på verksamhetsnivå och tillskott av extra resurser har oftast en tillfällig och begränsad effekt. Den framkomliga vägen är att lägga fokus på verksamheternas kvalitetsarbete och vid behov använda extraresurser för att upphandla vård hos vårdgivare som kan leverera såväl kvalitet som volym.

Vårdskador

Vårdskador är ett stort medicinskt problem som dessutom leder till stora kostnader. Man har beräknat att 30–40 procent av de komplikationer som uppträder på sjukhus utgörs av vårdskador, det vill säga skador som kan undvikas. SKR har beräknat att 100 000 patienter (8 procent av alla patienter) inlagda på sjukhus varje år drabbas av vårdskada. Vårdtiden för patienter som får en vårdskada är nästan dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada. Kostnaden för de närmare 900 000 extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas till ungefär 9 miljarder kronor årligen vilket är cirka 13–14 procent av den totala kostnaden för sjukhusvård (SKR, 2017). Vårdskadornas fördelning framgår i figuren nedan.

Skadornas fördelning (%) i olika skadetyper



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste typen av vårdskada och därmed en av de mest kostsamma komplikationerna. Vårdrelaterade infektioner står för cirka 400 000 extra vård dagar/år till en kostnad av omkring 4,4 miljarder kronor. Man har beräknat att 35–55 procent av infektionerna kan förebyggas genom systematiska preventiva strategier (Lytsby B, 2020).

Felaktig läkemedelshantering är ett annat stort kvalitetsproblem. Man har beräknat att 3 000 svenskar dör årligen av läkemedelsrelaterade skador och att 6–16 procent av alla sjukhusinläggningar är läkemedelsrelaterade. Undersökningar har visat att drygt 60 procent av alla patienter har fel i läkemedelslistorna. Kostnaderna för brister i läkemedelshanteringen har uppskattats till 10–20 miljarder per år (Ekedahl, 2012). Det finns ett flertal svenska initiativ för att förbättra läkemedelshanteringen: skapande av checklistor, systematisk läkemedelsavstämning och andra strategier för olika delar av läkemedelshanteringen (SKL, 2011; Socialdepartementet 2011). Förutom lidande medför vårdskador ökade kostnader för individer och samhället. Till kostnaden på 9 miljarder kronor per år för extra vård dagar på grund av vårdskada ska läggas kostnader för sjukskrivning, läkemedel och inkomstbortfall.

Omotiverade variationer

Själva kärnan i allt kvalitetsarbete är att minska omotiverade variationer. Det görs genom att mäta, analysera och agera på variation i vårdens processer. Samtidigt måste och ska variationer förekomma i den mån som det krävs för att anpassa vården till patientens individuella problem, behov och önsknings. Stora variationer inom eller mellan vårdenheter är en varningsklocka. Variationer inom vården som beror på kvalitetsbrister visar sig som under-, över- eller felutnyttjande av vårdresurser.

Inom vården kan man urskilja tre huvudtyper av variation:

Patientberoende variation I den patientberoende typen uppstår variationer mellan individer som kan bero på skillnader i patientens underliggande sjukdomstillstånd eller patientens val av olika vårdalternativ. Sådana variationer kan vara befogade och till och med önskvärda. Man brukar kalla dessa för "goda" variationer.

Evidensberoende variation Det är vanligt med "onda" variationer som är evidens- eller utförarberoende och som har oönskade orsaker som leder till skillnader i kvaliteten på den vård som ges, tillgängligheten eller resursutnyttjandet.

Utförarberoende variation Vid den utförarberoende variationen är tillgången på resurser (till exempel diagnostiska tester, operationskapacitet eller antalet sjukhusbäddar) viktiga orsaker till olikheter i vårdutnyttjande.

De svenska kvalitetsregistren är unika, internationellt sett. Det finns drygt 100 nationella kvalitetsregister i Sverige som innehåller individbaserade uppgifter om diagnoser eller problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvården. Insamlade registerdata kan användas för att utveckla vårdens kvalitet, jämföra resultaten mellan olika enheter och för forskning. I *Öppna Jämförelser*, som bygger på data från kvalitetsregistren, kan man avläsa att det finns stora variationer mellan olika landsting vad gäller screening, behandlingar eller åtgärder.

Vid jämförelser mellan olika regioner och mellan vårdenheter finner man i många fall betydande skillnader vad gäller resultaten. För många indikatorer varierar utfallet 2 till 3 gånger men ibland är variationen över 10 ggr. Några exempel (*Öppna jämförelser 2020; SOReg, 2020*)

- Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland äldre: variation 2,1 gånger.
- Antalet patienter med vårdrelaterade infektioner på sjukhus: 4 gånger.
- Trycksår i slutenvård: 3 gånger.

- Antal fetmaopererade patienter per 100 000 invånare: 4 gånger.
- Antal svåra komplikationer vid fetmaoperation: 17 gånger.

Bristande följsamhet till bästa praxis uppgår ofta till 30–40 procent, för diagnostik, läkemedelsbehandling, och olika ingrepp.

Bristande följsamhet till bästa praxis uppgår ofta till 30–40 procent, för diagnostik, läkemedelsbehandling, och olika ingrepp. För många kroniska sjukdomar (högt blodtryck, diabetes, astma, depression) leder detta till negativa hälsoeffekter och stora kostnader (WHO, 2003). En ofta framförd förklaring till skillnader är lokala behandlingstraditioner och att det finns olika åsikter om nyttan eller evidensbasen för olika undersökningar och behandlingar. Dessa kunskapsluckor eller skillnader i tolkning av evidens, kan leda till underanvändning (patienter får ej verkningsfull vård), men oftare leder detta till överanvändning (patienter får icke-verkningsfull vård) – avsteg från best practice som utgör former av slöseri.

Bristerna i sjukvården beror inte i första hand på bristande medicinsk- eller omvårdnadsfärdigheter eller kunskap eller kompetens, utan bottnar i stor utsträckning i hur vården är uppbyggd, organiserad och hur den utövas; områden där det finns stor erfarenhet och kunskap att hämta från andra samhällssektorer. Svenska kvalitetsregister används i liten utsträckning för att förbättra vårdkvaliteten.

Vårdplatsbristen är sjukhusens värsta kvalitetstjuv

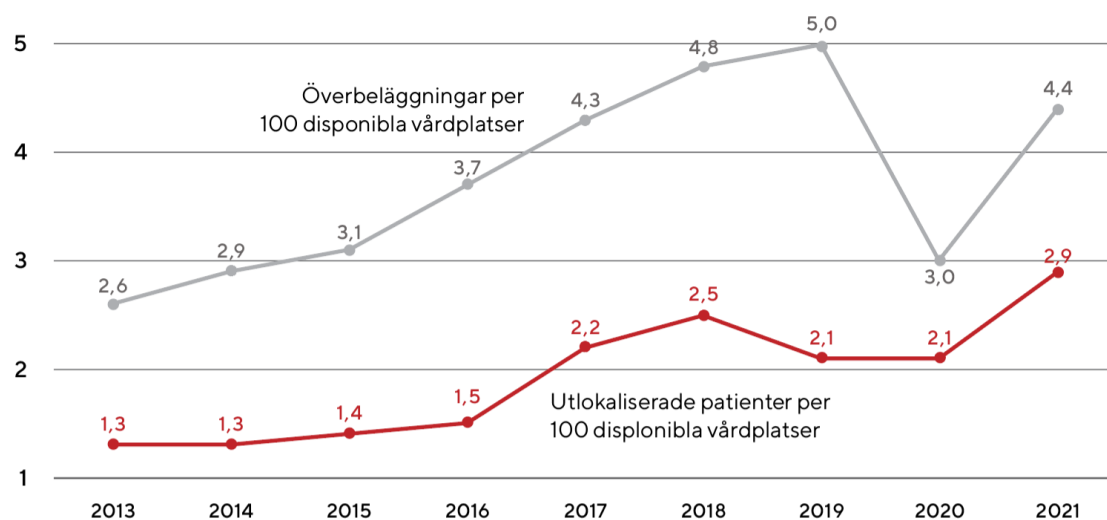
Antalet slutenvårdsplatser har successivt minskat under den senaste tjugoårsperioden. Minskningen har skett mot bakgrund av medicintekniska framsteg som möjliggjort dagvårdsbehandlingar och genom effektiviseringar av in- och utskrivningar. Denna reduktion av vårdplatser var till en början framgångsrik med förbättrade medicinska resultat till följd av tidig mobilisering efter kirurgiska ingrepp och minskad risk för att patienterna skulle infekteras. Förutom de medicinska fördelarna medförde minskningen av vårdplatser också minskade kostnader eftersom en vårdplats i dagens penningvärde kostar omkring 2,5 miljoner per år. Fram till omkring 2010 kunde man dra nytta av vårdplatsminskningen, där beläggningsgraden för riket var 89 procent. Den minskning som därefter skett, har lett till stora negativa konsekvenser på vårdens kvalitet.

Sverige har idag 2.1 vårdplatser/1 000 invånare, vilket är lägst i hela EU, där snittet är 5.0 vårdplatser/1 000 invånare. Andra länder som ligger lågt är Danmark (2,4), Nederländerna

(3,2) och Finland (3,6), (OECD, 2020). Beläggningsgraden är för riket 4,4 överbeläggningar per 100 disponibla (fullt bemannade) vårdplatser. Antalet överbeläggningar varierar stort mellan regionerna. Flest antal överbeläggningar fanns år 2021 i Västernorrland och Blekinge (7–8/1000 invånare) och lägst i Kalmar och Halland (1/1000 invånare).

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, snitt per år i riket 2013–2021



Källa: SKR

Kapacitetstaket har med råge överskridits i alla regioner. Vårdplatsbristen har med tiden utvecklats till att bli sjukhusens värsta kvalitetstjuv.

Kapacitetstaket har med råge överskridits i alla regioner. Vårdplatsbristen har med tiden utvecklats till att bli sjukhusens värsta kvalitetstjuv. När beläggningen överskrider 100 procent tvingas vårdpersonalen hantera situationen genom överbeläggningar och utlokaliseringar. Utlokalisering innebär att en patient vårdas på en annan vårdenheter än den specifika kompetens som patientens tillstånd egentligen kräver. Man har beräknat att närmare 3 procent av inläggande patienter är utlokaliserade vilket innebär omkring 30 000 vårddygn på annan vårdenheter än där den specifika kompetensen finns (SKR, 2022).

De negativa effekterna är många och de uppkomna kvalitetsbristerna är mycket stora: vårdskadorna ökar, patienter som ska läggas in akut blir liggande på akutmottagningen längre

än nödvändigt och planerade operationer kan behöva ställas in på grund av platsbrist. En dålig vårdmiljö skapas för patienterna. En dålig arbetsmiljö för vårdpersonalen uppstår som leder till sjukskrivningar, ökad personalomsättning och sjuksköterskebrist som kanske gör att ytterligare vårdplatser måste stängas. Patienterna riskerar på grund av platsbristen att skrivas ut i förtid, vilket ökar risken för att patienter med kroniska sjukdomar snart behöver återintas på sjukhuset. Listan av negativa effekter av vårdplatsbrist kan göras längre.

Om avsikten med reduktionen av vårdplatser var att minska sjukhusens kostnader så har man misslyckats och i själva verket skapat ett svart hål av slöseri, flaskhalsar för akutmottagningarna och operationsavdelningarna och medfört att man inte kan hantera variationer på ett patientsäkert sätt.

Antalet vårdskador har befunnits vara 60 procent högre för utlokaliserade patienter jämfört med patienter som vårdats på en avdelning med specifik kompetens och medicinskt ansvar. Av de utlokaliserade patienterna hade 12 procent vårdskador jämfört med 7 procent hos de som inte var utlokaliserade. De vanligaste skadorna hos utlokaliserade patienter var vårdrelaterade infektioner och trycksår (Socialstyrelsen, 2019).

Det finns ingen organisation, inte heller inom sjukvården, som långvarigt och på ett hållbart sätt, kan fungera över det specifika kapacitetstaket.

Det finns ingen organisation, inte heller inom sjukvården, som långvarigt och på ett hållbart sätt, kan fungera över det specifika kapacitetstaket. Konsensus saknas om vilken som är den önskvärda medelbelägningsnivån, men 85 procent av totalantalet vårdplatser anges ofta (NICE 2018). Det var den belägningsgrad som fanns i Sverige år 2005. Medelbelägningsgraden i Europa är idag 74 procent och endast Irland har en belägningsgrad (91 procent) som är högre än 85 procent. Om man utgår från antalet överbeläggningar (4,4 procent) och antalet utlokaliseringar (2,9 procent) och ger utrymme för variationer i akutflödet av patienter bör antalet vårdplatser i de flesta regioner öka med 10 procent. En ökning av vårdplatserna bör påbörjas direkt för att minska alla negativa effekter, inklusive resursslöseriet.

Det finns emellertid andra alternativ än att öka antalet vårdplatser inom sjukhusen. Ett intressant alternativ, Hospital in the Home (HITH), har utvecklats i Australien där patienter med akuta sjukdomar som annars skulle behöva sjukhusvård behandlas i hemmet genom användande av den kompetens, teknologi och övervakning som behövs för att ge patienterna en säker och god vård. Sjuksköterskor och läkare kommer till patienten en eller flera gånger per dag och kontrollerar behandlingseffekterna och levererar den vård som behövs.

Telemedicinska lösningar används för övervakning och för att möjliggöra kontakter mellan personalens vårdbesök. HITH är en stor och växande virtuell sjukhusvård i Australien.

Nyligen har man i en australisk undersökning redovisat erfarenheterna av vården för drygt 80 000 HITH-patienter. Dessa patienter utgjorde 4 procent av totalt 2,1 miljoner patienter vårdade på 19 sjukhus i Australien under 2011–2017. De behandlade patienterna hade över 50 olika diagnoser där de vanligaste var olika typer av infektioner, trombos, cancer och kirurgisk eftervård (Monalto, 2020). I Melbourne är alla offentligt drivna sjukhus skyldiga att erbjuda denna vårdform. Studier har visat att vårdformen minskar frekvensen av vårdrelaterade infektioner och fallolyckor, patienterna rör sig mer i hemmiljö, har snabbare tillfrisknande, en bättre patientupplevelse, färre tidiga återinläggningar på sjukhus, och ofta 25–40 procent till lägre kostnader än sjukhus alternativet.

En journalgranskningsstudie har genomförts av ineliggande patienter på Danderyds sjukhus för att undersöka hur stor andel av patienterna som kunde anses vara lämpliga för Hospital-at-Home-vård (HatH). Granskning av 900 vårdtillfällen visade att närmare 5 procent av patienterna (som utgjorde närmare 14 procent av alla vårddygn på sjukhuset) var lämpade för vårdformen. Medelvårdtiden för dessa patienter var drygt 10 vårddygn. Om dessa patienter hade vårdats enligt principerna för HatH skulle 38 vårdplatser kunnat friställas på sjukhuset för annan vård. Extrapolerat till hela Stockholm motsvarar detta 270 vårdplatser som skulle kunna friställas (Eriksson, 2017).

Det stora antalet överbeläggningar och utlokaliseringar talar sitt tydliga språk: antalet vårdplatser är för lågt på svenska sjukhus och innebär en mycket stor och kostsam kvalitetsbrist som visar sig som vårdskador, dålig patient- och arbetsmiljö och, totalt sett, ett slöseri av resurser. Mot bakgrund av frekvensen av överbeläggningar och utlokaliseringar, borde antalet vårdplatser öka med cirka 10 procent för att ta höjd för beläggningstoppar.

Sveriges ojämlika vård

Det kan verka förvånande att ett land som betecknats som världens mest jämlika, har en ojämlik vård. Patientenkäter har visat att endast något över hälften av de tillfrågade anser att vården ges på lika villkor. Graden av tillgänglighet till vård bestämmer i hög grad i vilken utsträckning som vården uppfattas som jämlik. Globalt sett är tillgänglighet sjukvårdens största problem, antingen för att det är brist på läkare som är fallet i många u-länder, och/eller att patienterna inte har råd med vård. Svenska patienter har inte dessa problem utan problemet bottnar i väntetider, köer och i viss mån geografiska närhetsproblem.

Man kan skilja mellan *vertikal* och *horisontell* jämlikhet (Goddard, 2001). Den horisontella jämlikheten är den man vanligen åsyftar när man talar om jämlik vård – har patienterna tillgång till lika vård för lika behov? Undersökningar har visat att patienter i sämre ekonomiska

omständigheter söker vård i mindre utsträckning, i lägre grad deltar i sjukdomspreventiva åtgärder (vaccinationer, screeningprogram) och uppvisar sämre behandlingsresultat. Välbärgade söker primärvård oftare och uppsöker sjukhusens akutmottagningar i lägre utsträckning, tillbringar mer tid inom primärvården och efterfrågar, och får, mer information. Trots goda förutsättningar har en horisontellt jämlik vård inte kunnat nås fullt ut.

Den ojämlika vården har i stora delar skapats av själva vårdorganisationen, dess uppbyggnad med 21 regioner, avsaknaden av smidiga patientflöden mellan regionerna, strukturella köproblem och koordinationsproblem mellan olika vårdnivåer (sjukhus och primärvård).

Med vertikal jämlikhet menas att tillgången till vård ska vara rättvis oavsett typ av sjukdom. Det är framför allt i den vertikala jämlikheten som svensk sjukvård har problem. Får patienter i behov av specialistvård motsvarande tillgång till vård som patienter som behandlas inom primärvården? Är antalet sjukhussängar över- eller underdimensionerat i förhållande till resurser på andra vårdnivåer? Får yngre och friskare individer, som mer högljutt och med större politisk påverkan protesterar mot hinder eller begränsningar i vården, en bättre vård än den som ges till äldre och sjukare patienter?

Patienter med kroniska sjukdomar har, som nämnts, svårt att få den vård de behöver. Hela det psykiatriska vårdpanoramat har en vård som är underdimensionerad. I synnerhet Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) har långa väntetider för utredning och vård. Sverige satsar, i en internationell jämförelse, ungefär liknande resurser på den slutna vården, men betydligt mindre resurser på primärvård.

Den ojämlika vården har i stora delar skapats av själva vårdorganisationen, dess uppbyggnad med 21 regioner, avsaknaden av smidiga patientflöden mellan regionerna, strukturella köproblem och koordinationsproblem mellan olika vårdnivåer (sjukhus och primärvård).

5. Slöseri och behov av kvalitetsarbete

Minskat slöseri kan frigöra stora resurser. OECD har beräknat att en femtedel av kostnaderna är slöseri. Med slöseri menas att vårdinsatser används som inte bidrar till att förbättra patienternas hälsa. Institute of Medicine gjorde 2010 bedömningen att slöseri utgjorde 34 procent av kostnaderna för vården i USA (IoM, 2010). Man indelade slöseriet i sex olika domäner: problem med hur vården utförs, koordinationsproblem, överbehandling och vård med begränsat värde, problem med prissättning, fusk och bedrägeri, samt problem med administration och byråkrati. OECD har beräknat att 20 procent av sjukvårdskostnaderna utgör slöseri (OECD, 2017).

I en systematisk översikt har slöseriet i de skilda domänerna preciserats. Det totala slöseriet i USA uppskattades till 25 procent av den totala kostnaden (Shrank, 2019). I tabellen nedan, visas de procentuella andelarna av olika slag av slöseri som angivits i artikeln. Enligt dessa beräkningar utgörs slöseriet till 1/3 av arbetssätten i vården, 1/3 av prissättning och debitering och 1/3 av administrativt slöseri. Motsvarande svenska kostnader är 100 miljarder/år om man utgår från att också 25 procent av de totala svenska sjukvårdskostnaderna är slöseri. I den mån vi har bedömt att det finns skillnader i Sverige i jämförelse med USA har detta angetts med "+" eller "-".

Slöseri i vården

Domän	% av totalkostnaden	(+/-) för svenska förhållanden	Uppskattade svenska kostnader (miljarder kr)
-------	------------------------	-----------------------------------	---

VÅRD

Vårdens arbetssätt			
Vårdskador	3 %	(+)	3
Läkar-initierad ineffektivitet	1 %		1
Avsaknad av förebyggande åtgärder (vaccination, livsstilsförändringar, övervikt, diabetes, etc.)	12 %		12
Koordinationsproblem			
Onödiga vårddygna på sjukhus	4 %	(+)	4
Återintag på sjukhus inom 30 dagar	2 %		2
Överbehandling & vård av begränsat värde			
Onödig läkemedelsanvändning	4 %		4
Onödig screening, provtagning eller behandling	3 %		3
Överanvändning av vård i livets slutskede	5 %	(-)	5
Delsumma:	33 %		33 miljarder kr

PRISSÄTTNING

Omotiverat höga kostnader			
Dyrare läkemedel än nödvändigt	20 %		20
Överdebitering av utförda vårdtjänster	4 %	(-)	4
Överdebitering av laboratoriestjänster	4 %	(-)	4
Fusk & bedrägeri			
Felaktiga debiteringar	8 %	(-)	8
Delsumma:	36 %		36 miljarder kr

ADMINISTRATION

Administration & byråkrati			
Onödig registrering och felaktig diagnoskodning	29 %	(-)	
Läkartid använd för rapportering av vårdkvalitet och kvalitetsregistrering	2 %	(-)	2
Delsumma:	31 %		31 miljarder kr
Totalsumma:	100 %		100 miljarder kr

100 miljarder per år skulle kunna användas bättre. Allt slöseri går inte att åtgärda, men inom många områden finns förbättringspotentialer och möjligheter till en förbättrad resursanvändning.

Den verkliga omfattningen av slöseri är okänd, men har här angivits till 25 procent av de totala vårdkostnaderna. För svensk sjukvård skulle detta kunna innebära att 100 miljarder per år skulle kunna användas bättre. Allt slöseri går inte att åtgärda, men inom många områden finns förbättringspotentialer och möjligheter till en förbättrad resursanvändning.

Slöseriets omfattning i de olika domänerna skiljer sig mellan olika länder. Sjukvården i USA har större problem än vi med överanvändning av vård, så kallad defensive medicine "försäkerhets-skull-vård" för att slippa åtal, och antagligen också med fusk och bedrägerier. Däremot har man i USA inga stora problem med tillgänglighet eller köer, men större problem med att komma till rätta med livsstilsförändringar som kan förhindra sjukdom. Några av domänernas omfattning har beräknats i den svenska sjukvården:

- Problem med läkemedelshanteringen: 10–20 miljarder/år
- Extra vårddagar på sjukhus på grund av vårdskador: 9 miljarder/år
- Produktionsbortfall på grund av sjukskrivning i väntan på operation: 1,1 miljarder/år.

Många av de brister som vi idag ser inom sjukvården hänger samman med att vårdresurserna inte nyttjas effektivt, vilket kanske framför allt drabbat arbetsmiljön och tillgängligheten. Ledarskapet på de flesta sjukhus och kliniker har under många år fokuserat på rena produktionssiffror och ekonomi. Kvaliteten i vårdarbetet har sällan efterfrågats.

De produkter som industrin levererar har naturligtvis ingen likhet med den sjukvård vi bedriver och är dessutom mindre komplex och mindre variabel. Processerna i servicenäringar som bank- och flygindustrin har större bäring för sjukvården när det gäller säkerhetsfrågor och omhändertagande av kund/patient. Det hindrar emellertid inte att det finns delar av processtänkandet och företagsfilosofin inom tillverkningsindustrin som har relevans för sjukvården, inte minst vad gäller koordination och samordning, och hur man hanterar variationer i det som produceras. Ett motsvarande flödesarbete som använts inom bilindustrin har provats och används av många sjukvårdsorganisationer, framför allt i USA. I Sverige har exempelvis Caphio S:t Görans sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus i Lund i varierande grad arbetat med LEAN.

6. Patientcentrerad vård

När man diskuterar frågan om skattenytta är det naturligtvis intressant att efterhöra vad de som betalar skatt tycker om vården. Nyttan eller värdet ligger ju i betraktarens ögon.

Endast 63 procent av svenskarna anser att kvaliteten på svensk hälso- och sjukvård är mycket eller ganska bra.

Sverige deltar i en undersökning, *The International Health Policy Survey*, där slumpmässigt utvalda personer i befolkningen i 11 länder (bland annat Norge, Holland, Schweiz, Tyskland och Frankrike) tillfrågas om vården i respektive länder. Vårdanalys har granskat resultaten i den senaste undersökningen från 2020. Enkätsvaren visar att endast lite över hälften (63 procent) av svenskarna ansåg att kvaliteten på svensk hälso- och sjukvård var mycket eller ganska bra. Detta är en lägre siffra än vad som rapporterades i de andra länderna. Även i undersökningen från 2016 låg Sverige lågt (74 procent ansåg kvaliteten vara bra) i jämförelse med de andra länderna och den svenska vården har således tappat ytterligare tappat i förtroende (Vårdanalys 2021).

Vårdanalys konstaterar vidare att svensk sjukvård i jämförelse med de övriga tio länderna har tydliga brister i den personcentrerade vården vad gäller väntetider, kontinuitet i vården och samordning mellan olika vårdgivare. Sverige uppvisar längre väntetider till specialistvård, behandling eller operation än de andra länderna. I Sverige svarade 35 procent att de hade en ordinarie läkar- eller sjuksköterskekontakt, medan andelen i övriga länder var mellan 80 och 98 procent. Personer över 65 år hade mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Patienter med kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa hade generellt sämre erfarenheter av vården.

Områden där Sverige rankas högt inkluderar att få personer har avstått från vård på grund av patientavgifterna och att patienterna upplever att de i hög grad varit delaktiga i utformandet av sin vård samt att de blivit professionellt och respektfullt behandlade av vårdpersonalen.

Nationell patientenkät (NPE) undersöker patienters upplevelser av vården. Enkäterna behandlar sju olika dimensioner av patientupplevelser som patienterna bedömer i en 5-gradig skala, och man efterfrågar patienternas åsikter om primärvården, den slutna sjukhusvården och den öppna specialistvården. I NPE ger patienterna delvis en annan bild än befolkningen i övrigt. Andelen mycket nöjda + nöjda är omkring 80 procent i NPE vilket innebär att

patienterna är mer nöjda med vården än befolkningen i stort. I enkätundersökningarna får specialistvården (sluten, såväl som öppen vård) generellt högre nöjdhetsindex än primärvården. Inom primärvården var 81 procent nöjda med vården och 80 procent ansåg sig kunna rekommendera vården till andra. Inom specialistvården var drygt 90 procent nöjda och 92–94 procent kunde ge positiva rekommendationer till andra. Patienter var särskilt kritiska (endast 51 procent nöjda) att de ofta inte fick träffa samma läkare vid besöken på vårdcentralen (NPE 2021).

Med endast 40 procent "mycket nöjda" patienter finns det ett stort behov av att förbättra omhändertagandet.

En närmare analys av NPE visar att ungefär 40 procent av patienterna är "mycket nöjda" och att lika många är "ganska nöjda; det vill säga, totalt sett är 80 procent "nöjda" patienter (Vårdanalys, 2017). Det sätt som NPE presenterar data kan kritiserars för att ge en falskt positiv bild av hur nöjda patienterna är med sina upplevelser av vården eftersom det är stor skillnad på innebörden av "mycket" och "ganska" nöjd. En "ganska nöjd" har en låg grad av lojalitet, är ingen ambassadör och skulle antagligen byta vårdgivare om det fanns möjlighet. Med endast 40 procent "mycket nöjda" patienter finns det ett stort behov av att förbättra omhändertagandet. Framgångsrika organisationer och företag har en betydligt högre andel "mycket nöjda" klienter/kunder än vad som är fallet med den svenska sjukvården.

Det är naturligtvis bekymmersamt att endast en dryg tredjedel (37 procent) av befolkningen anser att sjukvården inte håller en god kvalitet i den senaste undersökningen. En mycket problematisk iakttagelse var att patienter med kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa generellt hade sämre erfarenheter av vården jämfört med personer som uppger en bättre hälsa.

Kronisk sjukdom förekommer hos 44 procent av befolkningen och dessa patienter står för cirka 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna. Baserat på sjukvårdskostnaden per person använder de med kronisk sjukdom fyra till sex gånger mer sjukvård per individ än personer utan kronisk sjukdom. Multisjuklighet är vanligt och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar görs av personer med två eller flera kroniska sjukdomar (Vårdanalys 2014)

Så här beskriver Vårdanalys i rapporten VIP i vården? situationen:

"Patienter med kronisk sjukdom (mer än en tiondel av befolkningen) har alltså ett stort behov av en fungerande samordning mellan olika vårdgivare. Samordningen fungerar idag oftast inte. Drygt 40 procent av personer med kronisk sjukdom uppger att deras primärvårdsläkare inte känt till vad som gjorts i specialistvården, och över 70 procent uppger att de inte fått

hjälp av sjukhuset att boka återbesök trots att de behövt det. Sjukvården utgår fortfarande ofta ifrån organisatoriska indelningar i stället för patientens behov vilket försvårar möjligheten till helhetsansvar.”

Man har beräknat att 10 procent av befolkningen står för 80 procent av sjukvårdskostnaderna och de 1 procent mest resurskrävande patienterna står för 25 procent av alla akuta inläggningar (Stäck, 2012). Kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa upptar således en mycket stor del av sjukvårdsresurserna och dessa grupper borde naturligtvis prioriteras av medicinska skäl, men också av resursmässiga skäl. Dålig kontinuitet och bristande samordning drabbar dessa patienter särskilt hårt och orsakar stora kostnader.

I andra sektorer skulle de som utnyttjar tjänster i hög utsträckning betecknas som ”guldkunder” eller ”frequent flyers” och därmed prioriteras, men så ser det inte ut för de patienter som har störst behov.

Många av de brister som påtalats är välkända sedan tidigare och man frågar sig varför dessa inte kunnat åtgärdas utan i vissa dimensioner snarast förvärrats? Svaret är nog att det saknas verkningsfulla strategier och ett systematiskt kvalitetsarbete för att åtgärda dessa kända problem. I andra sektorer skulle de som utnyttjar tjänster i hög utsträckning betecknas som ”guldkunder” eller ”frequent flyers” och därmed prioriteras, men så ser det inte ut för de patienter som har störst behov.

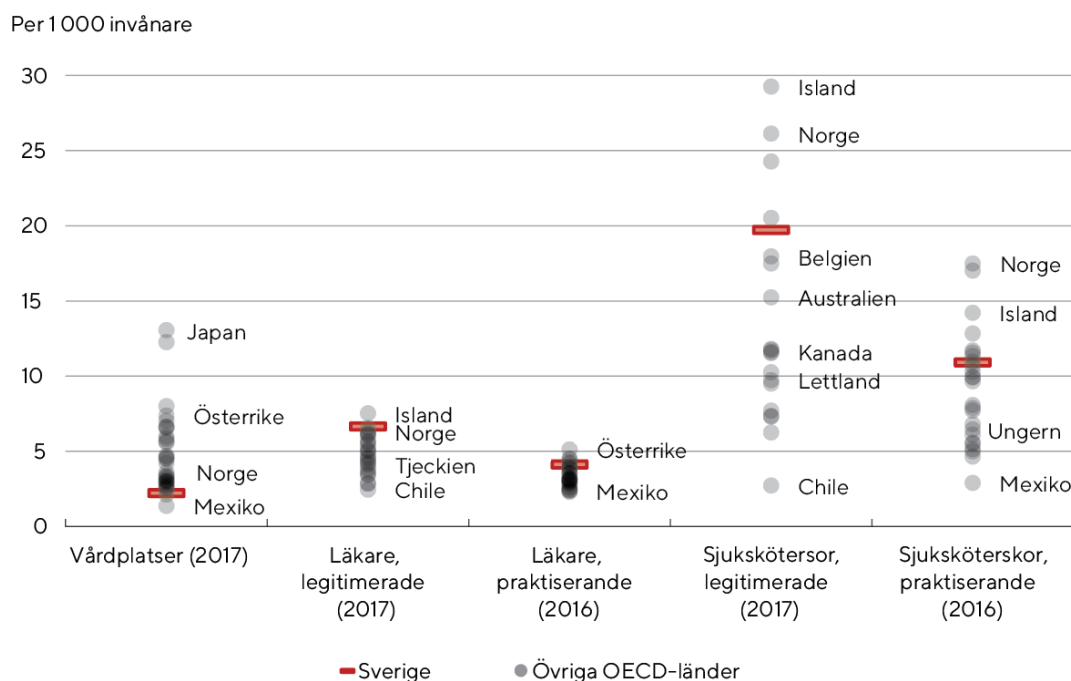
Det sjukvårdsområde som lyckas hantera vården av patienter med kroniska sjukdomar har i praktiken kommit en god väg med att lösa många svåra problem inom vården: långa väntetider på akutmottagningarna, återinläggningar på sjukhus och kan därmed också åstadkomma ett minskat tryck på sjukhusens ansträngda vårdplatssituation.

7. Vårdpersonalens motivation

Vårdpersonalen är inte bara sjukvårdens viktigaste resurs utan också den mest kostsamma. Personalkostnaderna svarar i regel för 60–65 procent av sjukhusens totala kostnader. Det totala antalet legitimerade läkare, respektive verksamma läkare inom yrket är 4,9, respektive 4,0 per 100 000 invånare. Motsvarande siffror för sjuksköterskor är 13,7, respektive 10,9 per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2021). Sverige har fler läkare och sjuksköterskor än de flesta EU-länder.

OECD. Vårdplatser samt läkare och sjuksköterskor

Vårdplatser samt legitimerade respektive praktiserande läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare 2016 eller 2017, OECD-länder som redovisar värden för mätperioden utan notering om avvikande redovisningsmetod.



Källa: OECD

Arbetsplatsstudier har visat att läkare och sjuksköterskor tillbringar 1/3 av sin tid med direkt patientarbete, 1/3 med indirekt patientarbete (rapporter, journalskrivning, möten/konferenser) och 1/3 med övrigt arbete (verksamhetsutveckling, utbildning, kompetensutveckling, forskning med mera). I rapporten *Ur led är tiden* anges att endast drygt hälften av läkarna (52 procent) ansåg att de fick användning av sin högsta kompetens under hela eller större delen av arbetstiden. I samma rapport anges vidare att 45 procent av sjuksköterskorna och 73 procent av sjukgymnasterna ansåg att de borde och kunde utföra arbetsuppgifter som läkarna idag utför (Vårdanalys 2013).

Under senare år har det uppmärksammats att många i vårdpersonalen, i synnerhet sjuksköterskor lämnar yrket. Man anger ofta låg lön, stressig arbetsmiljö och obekväma arbetstider som skäl. När svenska primärvårdsläkare tillfrågats om stress i arbetet har 65 procent angivit att arbetet är väldigt eller extremt stressigt (Socialstyrelsen 2020).

Det är uppenbart att det finns ett behov av att utveckla nya arbetssätt och se över den relativa fördelningen av olika personalgrupper inom vården.

Personalomsättningen på de stora sjukhusen anges i många fall vara 12–16 procent, vilket innebär att upp emot var sjätte sjuksköterska varje år lämnar eller byter arbetsplats. Tre av fyra läkare anser att personalomsättningen är för hög i den egna organisationen (Framtidens Karriär – Läkare, 2017).

Det är uppenbart att det finns ett behov av att utveckla nya arbetssätt och se över den relativa fördelningen av olika personalgrupper inom vården. Under senare år har också nya personalkategorier tillkommit och de har på vissa håll ersatt såväl läkare (nurse technicians, nurse practitioners), och genom en ökad användning av sjukvårdsadministrativ personal, till exempel physician assistants, som kan ersätta läkarnas arbete med dokumentation och journalskrivning. AI-baserad röstigenkänning för skapande av journaltext kan också avlasta läkarnas administration.

8. Ledarskapet och vårdens styrning

Många av sjukvårdens problem är kända sedan länge. Vi har tidigare i denna rapport lyft fram de kvalitetsproblem och höga kostnader som orsakas av suboptimala processer: vårdskador (8 procent), låg verkansgrad (>40 procents avvikelse från bästa praxis), omotiverade variationer (2–3 gångers variation), koordinationsproblem (17 procentprocent återintages inom 30 dagar på sjukhus), vårdköer (40 procentuppsatta för operation har väntat >90 dagar), och slöseri (20–25 procent av totalkostnaden).

Man frågar sig varför dessa problem inte har kunnat lösas? Svaret är att sjukvården har för lite fokus och avsatt för lite resurser för ett systematiskt kvalitetsarbete. Ett sådant fokus inkluderar utrangerande av icke-effektiva metoder och genomtänkta processer för introduktion av nya medicinska landvinningar. Man har uppskattat att hälften av den medicinska kunskapsmassan är inaktuell efter 10 år och baserat på hur ofta kliniska behandlingsguider uppdateras är halveringstiden 5 år för större förändringar i vårdprocesserna. Sjukvården måste bli bättre på att överföra forskningsresultat i den kliniska vardagen. Studier har visat att det i genomsnitt tar 17 år (!) innan forskningsresultat införlivas i den kliniska vardagen (Morris, 2011).

Det finns utomordentliga underlag för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Det stora problemet är att det sällan finns resurser avsatta för att agera på det underlag som tas fram.

Det finns utomordentliga underlag för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i form av rapporter från bland annat Vårdanalys som adresserar många av vårdens problem, SBU (Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering) som granskar vetenskapligt underlag, statliga (SOU) utredningar och rapporter från SKR. Det stora problemet är att det sällan finns resurser avsatta för att agera på det underlag som tas fram. De Nationella Kvalitetsregistren och Öppna Jämförelser är utmärkta underlag för kvalitetsförbättringar men används sällan för att förbättra vården. Det finns också många lärdomar från näringslivet och övriga samhället när det gäller säkerhet, logistik, kvalitet och kundanpassning, som borde tillvaratas.

I en rapport från PCAST lyfter man fram sjukvårdens behov av *Systems Engineering* som man definierar som ett "interdisciplinärt arbetssätt som analyserar, mäter, koordinerar och integrerar komplexa system av personal, processer och utrustning". Man betonar vikten av:

- ändamålsenliga ersättningsmodeller och relevanta indikatorer,
- robusta IT-system,
- ledarskap, projektledning,
- samarbete sjukvård – samhälle – näringsliv,
- benchmarking och goda exempel, och
- att utveckla ny kompetens hos vårdpersonalen; utbildning.

I synnerhet utbildningsaspekten är ett eftersatt område. För att kunna utveckla vården krävs att vårdens medarbetare utbildas i att arbeta med ett fortlöpande och systematiskt kvalitetsarbete.

Ledarskapet är en kritisk faktor för alla organisationer men kanske särskilt krävande för den kunskapsdrivna och komplexa sjukvården. Traditionellt har sjukvårdens ledare rekryterats bland personer som haft de främsta kliniska, och gärna forskningsmässiga, meriterna. Ledarskapet gällde framför allt att se till att patienterna fick en bra vård och att vården kunde utvecklas. Ekonomi, effektivitet och administration var inte prioriterade områden på 1970/80-talen.

När kraven på kostnadseffektivitet och en ekonomi i balans uppstod, förändrades kraven och nya chefer på sjukhus- och kliniknivå skulle prioritera ekonomifrågor. Många av dessa chefer saknade en gedigen vårdbakgrund och gapet mellan cheferna och vårdpersonalen ökade. Läkarna och sjuksköterskorna hade ansvaret för vården, men kunde med tilltagande frustration konstatera att man inte längre kunde påverka det omgivande ramverket i särskilt hög utsträckning. Att hålla budget blev i praktiken chefernas viktigaste roll. De flesta sjukhusdirektörer blev kortvariga under 1990-talet. Ny tillsatta chefer införde ofta initiativ för att förbättra processerna (till exempel Lean, Six Sigma, Värdebaserad vård) men vid byte av chef lades oftast tidigare initiativ ner och nya sattes. Den långsiktighet som behövs i kvalitetsarbete fanns inte. Kortsiktiga besparingar har i praktiken lett till ransonering av vård, kvalitetsbrister, och flaskhalsproblem i vårdprocesserna.

Ledarskapet inom vården behöver utvecklas där fokus på kortsiktiga ekonomiska mål ersätts betoning på kvalitetsutveckling, patientnytta och motivationshöjande åtgärder för personalen.

Referenslista

Buckman J, m.fl., Improving on excellence. Mayo Clinic and the path to quality. Quality Progress 2012; July:34–41.

ChoosingWisely.
<https://www.choosingwisely.org/>
Commonwealth Fund, 2021.

Ekedahl A, m.fl. Mycket vanligt med fel i läkemedels- och receptlistorna. Läkartidningen 2012; 20-21:1024-27.

Ericsson C-E, Wallin J, Unbeck M, Nordenström J. "Hospital-at-Home" en framtida vårdform som kan friställa vårdplatser på våra akutsjukhus – en screeningförstudie av ineliggande patienter på Danderyds sjukhus. Rapport 2017.

Framtidens karriär – Läkare. Personalbrist och personalomsättning behöver åtgärdas. 2017(2):4

George C, m.fl. När var tionde skadas i vården krävs handling. Dagens Samhälle, 20 januari, 2020

Goddard M, m.fl. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Social Sci Med 2001; 53:1149-62.

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. Rapport 2001.

Institute of Medicine. The Healthcare imperative. Lowering cost and improving outcomes. Rapport 2010

Lytsy B, m.fl. Vårdrelaterade infektioner både kan och förebyggas. Läkartidningen, 2020; 117: FYCC.

Monalto M, m.fl. Home ward bound features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011-2017. Medical Journal of Australia 2020, 213:22–27.

Morris ZS, m.fl. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in transitional research. J R Soc Med 2011; 104:510-20.

Nationell Patientenkät (NPE). 2021.

NICE Guideline no. 94, 2018.

Nordenström J. Värdeskapande vård. Är vi så bra vi kan bli? Nordic Medical Publications. 2018.

OECD. Tackling wasteful spending on health. Rapport, 2017.

PCAST -President's Council of Advisors on Science and Technology. Systems Engineering in Health Care. Rapport, 2014

Rolfson O, m.fl. Costs related to hip disease in patients eligible for total hip replacement. J Arthroplast 2012; 7: 1261-66.

Shrank WH, m.fl. Waste in the US health care system. Estimated costs and potential for savings. JAMA 2019; 322: 1501–9.

Sicilliani L, OECD rapport, 2015.

Skattebetalarna. Vad går egentligen skatten till? Rapport, 2020.

SKR. Vårdrelaterade infektioner. En kunskapssammanställning baserad på markörbaserad journalgranskning 2013–2018. Rapport, 2019.

SKR. Väntetider i vården. 2022

SKR. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård 2013–2020 på nationell nivå. Rapport, 2022.

SKR. Nationella Kvalitetsregister.

Socialdepartementet. Rapport, 2009.

Socialstyrelsen. Allvarliga skador och vårdskador. Rapport, 2019

Socialstyrelsen. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.

Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården.

Socialstyrelsen. Rapport, 2020

Socialstyrelsen. Plan med förslag på insatser för att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av covid-19. 2020-9-6900.

Socialstyrelsen. Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2020 samt arbetsmarknadsstatus 2019. Rapport, 2021-9-7532.

SOREg. Scandinavian Obesity Surgery Register. Årsrapport, 2020.

SOU. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. 2021:59.

Stockholms Läns Landsting. Förbättra livskvaliteten och minska antalet akuta inläggningar för de mest vårdtunga och utsatta patienterna inom SLL: Interimsrapport från AHS-projektet. Rapport, 2010.

Stäck P, o.a. Risken för akut återinläggning kan förutsägas. Läkartidningen 2012; 48:2211–15. SvD, 14 april, 2009

Vårdanalys. Ur led är tiden. Rapport, 2013:9.

Vårdanalys. VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Rapport, 2014:2.

Vårdanalys. Vården ur befolkningens perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Rapport, 2017:2.

Vårdanalys. Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP). Rapport, 2021.

WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Rapport 2003.



KOMMISSIONEN
FÖR SKATTENYTTA