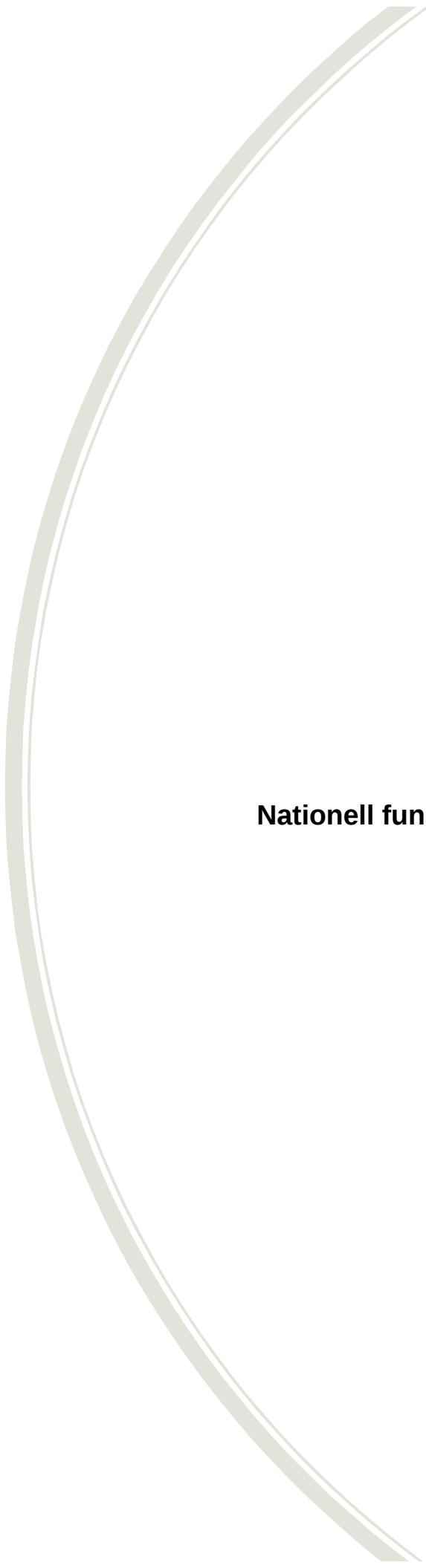




Nationell funktion för oberoende utvärdering

Förslag från Vårdföretagarna

Innehåll

1	Nationell utvärdering av all vård och omsorg	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	Nationell funktion för oberoende utvärdering.....	4
1.3	Förslag om en nationell funktion för oberoende utvärdering.....	5
2	Andra pågående initiativ och utveckling	10
3	Internationell utveckling och exempel – Expertrapport av professor Johan Calltorp	13
3.1	Sammanfattning	13
3.2	Ett ökat fokus på vårdens resultat och kvalitet.....	14
3.3	Olika sjukvårdssystem.....	15
3.4	Några slutsatser för Sverige	22
3.5	Internationella exempel som kan vägleda Sverige	24
4	Oberoende utvärdering av svensk vård och omsorg - Expertrapport från SIQ	25
4.1	Intervjustudie med ledande befattningshavare	25
4.2	Sammanfattning	25
5	Bilaga 1: Förteckning över intervjuade personer	30

1 Nationell utvärdering av all vård och omsorg

1.1 Bakgrund

Mycket positivt har hänt inom den svenska vården och omsorgen de senaste åren. Lagen om valfrihet (LOV) infördes den 1 januari 2009 och innebär att patienten/brukaren nu får makten att själv välja vårdgivare. Att öka individens egenmakt innebär att tillgängligheten och individuell anpassning höjs och därmed även kvaliteten i tjänsterna då de utgår ifrån vad patienten/brukaren efterfrågar och har behov av. Fler aktörer etablerar sig och vi ser redan idag en försiktig ökning av privata vård- och omsorgsföretag i Sverige. Denna utveckling gör det ännu mer angeläget att få till stånd en oberoende nationell utvärdering av den vård och omsorg som ges.

Vårdföretagarna tog i början av 2008 initiativet till att ta fram rapporten *Vision om oberoende utvärdering av vård och omsorg i flera perspektiv*. Vi såg att det fanns stora olikheter i landet när det gäller uppföljning och redovisning av kvalitet i vård och omsorg, liksom skillnader i hur man följer upp privata respektive offentliga vårdgivare. Vårdföretagarna menade i rapporten att det måste finnas nationella system som omfattar alla vård- och omsorgsgivare på lika villkor och ville därmed leda debatten inom området och få till en större klarhet och konsensus. Resultatet blev, förutom att rapporten överlämnades till regeringen under Almedalsveckan 2008, ett missivbrev till Socialminister Göran Hägglund och Äldreomsorgsminister Maria Larsson där vi föreslår att regeringen ska tillsätta en styrgrupp för att skapa enighet kring syfte och former för nationella utvärderingssystem av vård och omsorg.

På uppdrag av regeringen tillsattes en arbetsgrupp för att ta fram ett nationellt system för öppna jämförelser som stärker medborgarnas ställning och stödjer socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kvalitets- och effektivitetsutveckling.

Under våren 2009 tillsatte regeringen också *Arbetsgruppen för inrättandet av en oberoende granskningsfunktion (S 2009: B)* med uppgiften att föreslå formerna och definiera uppgiften för en oberoende och strukturellt fristående granskningsfunktion för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Mot bakgrund av att regeringen gått vidare i enlighet med den linje som Vårdföretagarna föreslog 2008 och avser att agera i beslut om en konkret inriktning före valet vill Vårdföretagarna här gå vidare med:

- En uppdatering av tidigare redovisat material avseende den internationella utvecklingen inom området.
- En förnyad intervjuundersökning till de ledande befattningshavare som vi bedömt har väsentligt inflytande över utvecklingen.
- Ett konkretiserat förslag hur en funktion för oberoende granskning av svensk vård och omsorg bör utformas.

I denna rapport redovisas därmed en studie av internationell utveckling och erfarenheter, resultatet av en intervjustudie med kunskapsbärare i Sverige samt Vårdföretagarnas förslag för hur en nationell funktion för oberoende utvärdering av svensk vård och omsorg kan se ut.

1.2 Nationell funktion för oberoende utvärdering

Vi har i Sverige en unik tillgång till olika kvalitetsdata som nu främst används inom de olika professionerna. Om dessa och andra data i dessutom i högre grad skulle få en bredare användning och göras transparenta skulle utvecklingen inom vården och omsorgen göras möjlig på ett mera kraftfullt sätt. Det skulle underlätta för allmänheten att göra kunskapsbaserade och kvalificerade val den dag de behöver uppsöka vården. Sverige har en utnyttjad potential när det gäller att involvera patienterna och brukarna i vården och omsorgen. Landets generellt höga utbildningsnivå och det starka intresset hos allmänheten för vården och omsorgen och dess innehåll gör det möjligt att utnyttja denna potential och motiverar en funktion för oberoende utvärdering som görs öppen och lättillgänglig för alla, inte bara professionerna.

En väsentlig aspekt är att själva användandet av kvalitetsmätningarna i vårdens och omsorgens konkreta utveckling och kvalitetshöjning skulle öka med en starkare återkoppling – också via den öppna redovisningen och jämförelsen mellan vårdgivare.

Den mångfald av aktörer som vi nu ser växa fram innebär möjligheter för utvecklingen av vård och omsorg och därmed kvaliteten av densamma. Med fler aktörer finns utrymme för nya innovativa lösningar av organisation, styrning och vårdformer. Men den ökande mångfalden medför att behovet av oberoende utvärdering ökar. Detta gäller såväl i ett svenskt som europeiskt perspektiv.

De s.k. kvalitetsbristkostnaderna för vård och omsorg kan uppskattas till 20-40 procent av omsättningen, d v s 70-140 mdr kr/år. Med kvalitetsbristkostnader

menas de kostnader som skulle försvinna om en verksamhets tjänster/produkter och dess olika processer vore fullkomliga. Variationen är förstås stor. Det är inte heller möjligt att på kort tid helt ta bort eller utnyttja dessa kostnader för värdefulla ändamål. Men insikten om att stora belopp årligen förbrukas utan nytta, är viktigare än den exakta totalsiffran. I det sammanhanget är oberoende utvärderingar ett viktigt hjälpmedel, inte minst ur ett huvudmannaperspektiv.

1.3 Förslag om en nationell funktion för oberoende utvärdering

Vårdföretagarna föreslår en nationell oberoende utvärdering med främst tre funktioner:

- Uppföljning - Identifiera och utveckla relevanta mätetal och mått, samla in fakta från vård och omsorg samt sammanställa dessa.
- Analys - Analysera tillgänglig data och processerna bakom. Beskriva samband mellan process och resultat och utveckla modeller för ändamålsenlig redovisning och återkoppling.
- Redovisning – Presentera resultat av utvärdering för användning av vårdväljare/patient, huvudmän/skattebetalare samt vårdgivande enheter. Stimulera intresset för och användningen av dessa resultat.

1.3.1 Uppföljning

De nationella kvalitetsregistren utgör en viktig del för utvärdering och utveckling av svensk vård och omsorg. Registren drivs idag under olika förutsättningar, främst av enskilda läkare eller grupper. För framtiden är det väsentligt att slå vakt om det engagemang och den kompetens som ofta är en avgörande framgångsfaktor för dem. Samtidigt bör ett arbete inledas som syftar till att utveckla registrens täckningsgrad och innehåll. Hur detta ska gå till måste avgöras från fall till fall.

Det finns också en rad andra datakällor i administrativa patientdatabaser, i kartläggningar av t.ex. läkemedelsbiverkningar, databaser över risker och "felhändelser". Generellt är att alla dessa data och registreringar återkopplas i blygsam utsträckning, sällan analyseras i sammanhang och kopplade till varandra. Informationsvärdet utnyttjas sålunda inte fullt ut och potentialen för förbättring utnyttjas inte tillräckligt. Det är t.ex. av stor betydelse att utveckla metoder att jämföra resultat med resursförbrukning liksom hur vårdens mål uppnås.

För en meningsfull utvärdering måste de nationella kvalitetsregistren kompletteras med fakta och information om vård och omsorg ur såväl patient/vårdvärlar- som huvudmannaperspektivet. Det handlar då om tillgänglighet, bemötande, effektivitet m.m., men också om bakomliggande faktorer som ledarskap, kompetensutveckling och processtyrning.

1.3.2 Analys

Funktionen bör på nationell nivå systematisera och värdera uppgifter om vårdens medicinska resultat, kvalitet i form av tillgänglighet, effektivitet m.m. Funktionen bör också utveckla en modell för hur kvaliteten beskrivs och mäts i ett mer utvecklat perspektiv samt ta ställning till vilka uppgifter som ska analyseras och redovisas. Det är här även viktigt att göra en avvägning över hur dessa uppgifter ska återkoppla till vården och vem som ska ha ansvaret för återkopplingen.

För att förstå de nyckeltal och resultat som redovisas är det mycket viktigt att även de bakomliggande processerna analyseras. Detta är viktigt även för att ett fortlöpande förbättringsarbete ska vara möjligt och erfarenhetsutbyte mellan landsting, kommuner och vårdgivande enheter ska kunna ske. Resultaten i sig säger inte så mycket om man inte har all bakgrundsfakta framför sig. Exempelvis kan ett sjukhus eller en klinik redovisa sämre resultat på grund av att de behandlat svårare sjuka patienter. Resultat som då visar att utgången av olika behandlingar är sämre på det sjukhus som hanterat svårare fall blir då missvisande.

Det är här viktigt att poängtera att den nationella utvärderingen inte ska likrikta behandlingen. Det är också viktigt att understryka det ansvar de vårdgivande enheterna och deras huvudmän själva har för utvärdering och förbättring. Men med ett väl fungerande system av det slag som Vårdföretagarna föreslår, blir det lättare för dem att ta detta ansvar.

1.3.3 Redovisning

För att allmänheten ska kunna göra kvalificerade val av vård- och omsorgsgivare behöver utvärderingens resultat och analysen bakom förklaras på ett enkelt och pedagogiskt sätt. Lättförståeliga mått och mätetal måste tas fram och informationen måste vara lättillgänglig för allmänheten. Funktionen bör även få i uppdrag att själva folkbilda genom exempelvis årliga kampanjer med inriktning på möjligheter och skillnader i vården.

Men även för huvudmän och andra beslutsfattare är tillgången på relevanta fakta med hög trovärdighet som tagits fram av en oberoende instans av stort värde. Den ständigt pågående debatten om utvecklingen av vård och omsorg skulle tjäna på detta.

1.3.4 Funktionen

Patient- och brukarperspektivet har hittills kommit i skymundan i de kvalitetsredovisningar som finns idag. Vårdföretagarnas förslag är att patientperspektivet ges betydligt större uppmärksamhet.

Den oberoende utvärderingen ska vara transparent, likabehandlande och fristående från kåranda, politiker, utförare samt Socialstyrelsens tillsynsverksamhet.

Som nämnts bör den nya funktionen ägna sig åt utvärdering, d v s uppföljning, analys och redovisning. Därav följer att funktionen inte ska ha någon ackrediterings- eller certifieringsfunktion. Inte heller ska den ha mandat att vidta sanktioner av olika slag. Denna typ av uppgifter bör ligga hos en annan aktör med tillsyns- och myndighetsansvar. Resultaten av den nya funktionens utvärderingar ska emellertid ha så hög trovärdighet att andra aktörer ska kunna grunda sina beslut på dem.

Funktionen ska ha mandat att ålägga olika aktörer inom vård och omsorg att lämna den information och de uppgifter som krävs för utvärderingen.

Vi menar att även tandvård och apotek kan komma att omfattas av denna nationella oberoende utvärderingsfunktion, men att man i ett första skede koncentrerar sig på vården och omsorgen.

1.3.5 Organisationen

Hur den föreslagna funktionen organiseras är en fråga som bör avgöras utifrån de specifika uppgifter som ska utföras och inte minst den kompetens som krävs att utföra dem. Vi föreställer oss en liten organisation – som inom sig inte kan rymma all den kompetens och kapacitet som krävs för att samla in, sammanställa, analysera och återkoppla uppgifterna. Man får tänka sig ett arbete som är utvecklat i nätverk där ett antal nationella instanser är inblandade med sina specifika delar i processen liksom de privata vårdgivarna och landstingen som primära uppgiftslämnare. Den centrala uppgiften för denna nya funktion är att:

- strategiskt urskilja vilka uppgifter om vården i detta perspektiv som finns tillgängliga på olika håll och bör sättas samman för analys – liksom vilken typ av data som saknas och bör utvecklas
- hur analysen genomförs, hur jämförelser av relevans och med ”övertygningskraft” kan återkopplas till vården
- formerna för hur denna återkoppling ska utvecklas dels gentemot allmänheten, dels till vårdgivarna.

Organisationen ska arbeta i ett omfattande nätverk med möjligheter att samverka. Kompetenser som, förutom den medicinska, ska kunna knytas till den nya funktionen är vad som krävs för allsidig analys av kvantitativa och kvalitativa uppgifter (epidemiologi, hälsoekonomi, statistik). Därutöver krävs t.ex. kunskaper om verksamhetsutveckling, kommunikation och andrasamhällsvetenskaper.

1.3.6 En ny och oberoende funktion!

Syftet är att åstadkomma en ny funktion som genom nyckelinsatser kring uppföljning, analys och redovisning av processer och resultat, till vård och allmänhet kan bidra till vitalitet och förändringar. Integritet, oberoende och självständighet utgör nyckelord och bör noga övervägas när de exakta formerna för organisationen ska beslutas. Allsidiga kompetenser kring sjukvården och dess villkor är avgörande för framgång. Kompetenskraven kan tala för de alternativ som diskuteras att den nya funktionen har en koppling till Socialstyrelsen – men med det beskrivna oberoendet och självständigheten. Samtidigt talar starka skäl för att man borde utveckla en helt ny organisation skild från samtliga etablerade. Argument för detta är att en ny dynamik skulle kunna uppstå mellan de sedan lång tid etablerade nationella aktörerna i svensk hälso- och sjukvård. Detta krävs antagligen för att åstadkomma önskvärda effekter och resultat.

1.3.7 En nationell vård- och omsorgspolitik

Vårdföretagarna vill att svensk hälso- och sjukvård på allvar ska utnyttja de möjligheter som finns i den växande mångfalden inom vård och omsorg. Mångfalden ger framförallt det utrymme för nya initiativ och idéer som behövs.

En kvalificerad utvärdering av processer och resultat samt relevanta jämförelser krävs för att utnyttja dessa möjligheter.

En mångfald ger också möjligheter för medarbetare inom vård och omsorg att få en ökad stimulans och drivkraft i sitt arbete. Uppföljning, analys och redovisning av processer och resultat utgör en viktig del av det som stärker de professionella drivkrafterna.

En utvecklad funktion för uppföljning, analys och redovisning av processer och resultat adresserar också viktiga målfrågor inom hälsopolitiken kring minskade skillnader i vårdresultat, rättvisa och jämställdhet.

Nu vill vi ha en nationell vård- och omsorgspolitik för att uppnå likabehandling i varje landsting och kommun! Tillsätt därför en nationell funktion för oberoende utvärdering av all vård och omsorg.

2 Andra pågående initiativ och utveckling

Det finns ett antal andra initiativ som berör frågorna om granskning av vården, kvalitet i vårdtjänsterna, öppna jämförelser av vårdgivare, tillhandahållande av information av vårdens kvalitet och prestationer till patienter och allmänhet. Några av dem presenteras här.

- **Socialdepartementet** tillsatte under våren 2009 en arbetsgrupp med uppdrag att konkretisera arbetsuppgifter och organisation för den satsning på oberoende utvärdering som aviserades i regeringsförklaringen 2006. Arbetet är uppdelat i två delar. Den första delen av arbetet koncentreras till hälso- och sjukvården och äldreomsorgen samt granskningsfunktionens organisationsform. Den andra delen av arbetet ska koncentreras till socialtjänsten. Arbetsgruppen ska redovisa sitt första förslag i oktober 2009.
- Regeringen har annonserat **en långsiktig strategi** för hur kvalitet och säkerhet i vård och omsorg ska utvecklas med hjälp av öppna jämförelser, mer avancerad användning av existerande kvalitetsuppgifter liksom allmänhetens växande intresse att ta del av kvalitetsredovisningar i vården.
- **Öppna jämförelser** – Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting arbetar med att utveckla systematiska jämförelser, inom hälso- och sjukvården, baserade på information som finns tillgänglig i kvalitetsregister, administrativa patientdatabaser, traditionella patientregister, m.m. Jämförelserna görs i första hand på landstingsnivå, med numera enstaka variabler redovisade för enskilda sjukhus. Endast några större privata vårdgivare finns med i systemet.
- **Öppna jämförelser för omsorg av äldre** – Sveriges Kommuner och landsting, SKL, bedriver jämförelseprojekt för jämförelser av olika verksamheter på kommunnivå. Delområden i detta är bland annat äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg. Jämförelseprojektet bedrivs i nätverk av kommuner som publicerar egna rapporter.

- **Omvård.se** – En webbportal som startades den 1 september 2009 med ambitionen att gå ett steg längre än öppna jämförelser och även redovisa tillgängliga medicinska resultat och andra relevanta kvalitetsuppgifter om vården på klinik/vårdcentralnivå. Finansiär och initiativtagare är Svenskt Näringsliv, men drivs av det nystartade IT-företaget Sanocore med ett medicinskt oberoende råd som kontrollinstans.
- Arbeta pågår även hos huvudmännen att utveckla den landstingsvisa **Sjukvårdsrådgivningen** till en nationell informationstjänst om vårdens tillgänglighet, innehåll och kvalitet. Tanken är att successivt bygga upp informationstjänster och möjligen även jämförelser av resultat.
- Det finns flera olika initiativ och idéer att på olika sätt använda dagens medicinska kvalitetsregister till instrument inlemmade i styrning, ledning och utveckling av vården. Exempelvis har **Boston Consulting Group** nyligen lagt fram ett förslag som går ut på att förstärka resurserna till de medicinska kvalitetsregistren och vidareutveckla dem till att bli interaktiva verktyg för kontinuerlig utvärdering av vårdresultat kopplat till kostnader.
- I syfte att lyfta fram goda exempel och inspirera till systematiskt förbättringsarbete undersöker **Institutet för kvalitetsutveckling, SIQ**, tillsammans med aktörer inom vård och omsorg förutsättningarna för en ny kvalitetsutmärkelse.
- En utvecklingslinje inom Socialstyrelsens arbete med kunskapsunderlag och riktlinjer för vården är t.ex. det arbete som drivits inom **hjärtsjukvården** och bygger på de internationellt sett mycket välutvecklade kvalitetsregistren inom detta område. Dessa samlas in, analyseras och återkopplas i viss mån till vården via kompetenscentret i Uppsala. Material från detta har kopplats till patientdatabaser hos Socialstyrelsen samt riktlinjearbetet utifrån kriterierna God Vård. Arbetet innehåller värdering av vårdresultat och förbättringspotential för varje huvudman och sjukhus
- Socialdemokraterna har tagit fram ett förslag på **en nationell kvalitetscertifiering**. Utgångspunkten för den nationella

kvalitetscertifieringen är att alla vårdgivare som finansieras med offentliga medel ska ha en verksamhet som garanterar patienter, medborgare och huvudmän att kvaliteten i vården håller en hög nivå och att arbete pågår kontinuerligt för att höja denna nivå.

Vi kan alltså konstatera att Vårdföretagarnas initiativ 2008 har följts av andra förslag och initiativ inom detta område – delvis med olika fokus och syften. De tycks dock alla utgå från iakttagelsen att svensk sjukvård har en lång tradition att samla olika data och registeruppgifter om vården, att dessa uppgifter ofta inte återkopplas till de som genererar dem, att de inte används till sin fulla potential i att utveckla och styra vården. Sammantaget innebär detta att en uppenbar potential för utveckling av svensk vård och omsorg inte utnyttjas.

Ytterligare ett perspektiv rör den ”paternalistiska tradition” som många bedömare uppfattar att svensk sjukvård har. Det har blivit uppenbart vid aktuella internationella jämförelser under de senaste åren att svensk vård och omsorg inte satsat på att redovisa information om tillgänglighet, kvalitet eller medicinska resultat till patienter/brukare och medborgare i någon större utsträckning – trots att det finns en sådan uppenbart god tillgång av uppgifter, bättre än i många andra länder. Patientorganisationer har länge pekat på detta förhållande – och också tagit viktiga initiativ inom området.

Den generella uppfattningen bland politiker, myndigheter och organisationer är att patientinformationen – också avseende kvalitet och resultat – bör stärkas. Sedan länge har det dock funnits en debatt i vilken utsträckning man kan redovisa t.ex. medicinska resultatuppgifter till allmänheten, vilket gjort att utvecklingen kring Öppna jämförelser gått långsamt. De nationella organisationerna (Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting) har tidigare inte varit tillräckligt pådrivande i detta avseende.

Intervjuundersökningen i denna rapport visar dock klart att även företrädare för dessa organisationer ser en möjlighet att utsträcka användningen av de data man har. En stor fråga tycks vara dels incitament att göra analyser och bearbetningar, dels en viss oklarhet om roller och uppgifter inom detta område. Detta kan förklaras av en oklar nationell ledning, vision och riktning inom området. De inblandade aktörerna har ofta dubbla roller som företrädare och ansvariga för ”vårdproduktionssystemet” – och som företrädare för de allmänna intressena. Ofta tas ett renodlat patientintresse inte till vara – eller får utgöra drivkraft för utvecklingen.

3 Internationell utveckling och exempel – Expertrapport av professor Johan Calltorp

I en tidigare rapport från Vårdföretagarna kring oberoende utvärdering inom vården och omsorgen redovisades exempel från ett antal länder i Europa och USA. Följande avsnitt utgör en uppdatering och i vissa avseenden en fördjupad beskrivning av funktionerna i några länder. I texten ges hänvisningar till mera detaljerad information via bl.a. webbadresser.

Denna del är författad av Johan Calltorp, professor i hälsopolitik och ledarskap vid Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, NHV. Johan Calltorp arbetade tidigare som hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen.

3.1 Sammanfattning

Vi ser internationellt en betydande utveckling inom området som rör mätning, redovisning, analys och återkoppling av vårdens resultat. Olika länders sjukvårdssystem och traditioner liksom institutionell struktur avgör hur dessa funktioner har utvecklats. Påfallande är dock att detta område är starkt prioriterat som en väg att minska kvalitetsskillnader, skapa motiv och drivkrafter för att höja vårdens kvalitet samt bidra till vårdens övergripande dilemma att sluta gapet mellan tillgängliga resurser och växande krav.

Vi kan se ett antal intressanta exempel i närliggande europeiska länder på nationella funktioner för att samla relevanta kvalitetsdata, analysera dessa och återkoppla till vården. Återkopplingen till vården i olika former utgör en viktig linje i användningen och utvecklingen. Man kan se ett påtagligt intresse och det finns intressanta experiment att via olika vägar göra kvalitetsjämförelser tillgängliga för allmänheten. Sådana metoder och aktiviteter stödjer kvalitetsutvecklingsarbetet och medborgarnas tilltro till vården.

Sverige har en hel del att lära och utveckla inom detta område. Genom att aktivt stimuleras av bästa internationella exempel kan vi utveckla de goda grundförutsättningarna vi har i form av kvalitetsregister och patientdatabaser. Exempel ges från Danmark, Nederländerna, England och USA på institutioner och enskilda mekanismer som är relevanta vid uppbyggnad av en oberoende utvärderingsfunktion i Sverige.

3.2 Ett ökat fokus på vårdens resultat och kvalitet

De senaste åren kan man se ett ökat fokus på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet i flertalet västliga industriländer. Detta har sin förklaring i ett antal förhållanden, numera ganska välkända, i sammanfattning följande:

- Vi ser i alla "mogna välfärdsländer" ett växande vårdbehov pga. den demografiska utvecklingen, längre medellivslängd och den medicinska teknologins möjligheter. Parallellt med detta ser vi ökande kostnader.
- Iakttagelser att medicinsk praxis växlar påtagligt, såväl mellan länder som inom länderna. I Sverige börjar detta uppmärksammas alltmera – det gäller såväl tillgänglighet till olika medicinska åtgärder som observerade resultat och kvalitet.
- Alltmera påtalas det som ibland kallas "kvalitetsbristkostnader" – alltså betydelsen (mätt i ekonomiska termer) av fel och brister i vårdens utförande i förhållande till en beskriven standard. Direkta vårdskador är en typ av exempel (ca 10 % av vårdtillfällena innefattar lättare eller svårare skador eller "felhändelser"). Andra "brister" är när vården inte når upp till den standard man kan vänta sig utifrån kunskaper om "best practice". I USA anser experterna enigt att kvalitetsbristerna är ca 40 procent av de totala vårdkostnaderna. I Sverige görs bedömningar av detta ofta runt 25 procent.
- Medborgarnas och patienternas krav på medverkan och insyn i såväl vårdens processer som dess resultat hänger samman med generella krav i "servicesamhället". I grunden handlar det om en växande och högre utbildningsnivå hos medborgarna där man som kunnig patient dels vill veta mycket mera än tidigare, dels också vara medverkande i att skapa de individuella vårdresultaten. Ett uttryck för detta är ofta "empowerment" – att ge patienten kraft och delaktighet. Detta bryter ibland mot en mera hierarkisk eller "paternalistisk" syn enligt en lång vårdtradition.
- På grund av vårdsystemets stora komplexitet och omfattning - (ca 10 procent av samhällsekonomin och aktiviteten), de målkonflikter och styrningsproblem som naturligt finns i en så stor verksamhet – finns en växande önskan om transparens (genomskinlighet) och genomlysning. Olika aktörer och intressen vill – och behöver – veta mera om vad som sker inom vården (som ibland också beskrivs som "the black box").
- De experiment som sedan ett antal år görs i bl.a. Storbritannien och USA att öppet (ofta via nätet) redovisa kvalitet och göra möjligt för allmänheten att jämföra vårdgivares resultat har visat sig betydelsefullt främst för processen att höja vårdens kvalitet. Man börjar få bevis för att ett sådant konkret samspel mellan vårdsystemet, patienter och allmänhet är viktigt för såväl vårdresultat som förtroende för vården.

Dessa generella drivkrafter bidrar till ett intresse för kvalitetsredovisningar och jämförelser av vårdens resultat. Detta leder också till en accelererande utveckling av olika mått för vårdkvalitet och ett växande intresse att definiera riktlinjer och guidelines för god vård baserat på vetenskaplig kunskap om nytta och effekter (evidens). Frågorna om hur man överför sådan kunskap till praxis utgör ytterligare ett viktigt område. Sammantaget innebär denna fokus på kvalitet i olika avseenden ett behov av ett mera interaktivt vårdssystem. Definitioner av vad vården ska innehålla och hur den bör utföras utvecklas kontinuerligt, likaså mätningarna av resultat. Återkoppling, analys och jämförelser är viktiga led i ett bättre fungerande vårdssystem.

3.3 Olika sjukvårdssystem

De nämnda utvecklingsdragen är tydliga i nästan alla länder i Europa och Nordamerika. Det finns också en starkt ökande internationella aktiviteter inom dessa områden.

Det sätt på vilket kvalitet och resultat mäts, vilka organisatoriska former detta har, vilka strategier som väljs att göra jämförelser och återkoppla dessa till vårdorganisationen växlar dock mellan länderna. Detta beror i sin tur på att sjukvårdssystemen är präglade av kultur och tradition i respektive land. Det internationella lärandet är emellertid snabbt och impulser och idéer färdas nu snabbt mellan länder. En organisation som i Europa systematiskt arbetar med översikter och jämförelser mellan de olika sjukvårdssystemen är European Observatory on Health Policies and Systems (www.obs.euro.who.int) som 2008 redovisade en översikt av kvalitetsarbetet i samtliga EU-länder.

I det följande redovisas några speciellt intressanta exempel:

3.3.1 Danmark

Den danska hälso- och sjukvården har stora likheter med den svenska – ett huvudsakligen skattefinansierat system som täcker hela befolkningen. Mål kring rättvisa, hög och jämn kvalitet är starkt utvecklade. Det som skiljer Sverige och Danmark på senare år är framförallt en genomförd indelning av landet i fyra sjukvårdsregioner, ett resultat av en starkare central styrning från statens sida av

vårdssystemet. Dansk hälso- och sjukvård har större privata vårdgivarinslag inom ramen för den offentliga finansieringen – bl.a. drivs allmänläkarsystemet av privat verksamma läkare – enligt ett omfattande regelsystem. Även om staten har en stark roll i sjukvårdssystemet tycks det som om man inom många områden lyckats samordna de olika aktörerna med deras olika roller i en gemensam helhet. Detta gäller inte minst kvalitetsområdet.

Ett uttryck för samordning och samarbete är en gemensam webb-portal, www.sundhed.dk för väsentlig information kring hälsoväsendet. Det är den danska Sundhedsstyrelsen som samordnar och "auktorerar" informationen som är tillgänglig via denna portal. Den riktar sig till både patienter och vårdpersonal. Via portalen kan man som medborgare och patient få tillgång till relevant vårdinformation, det finns också funktioner för interaktiv kommunikation t.ex. tidsbokning on-line samt e-mailkontakt med allmänläkaren, receptförnyelse, tillgång till egen datajournal m.m. För personal och vårdgivare finns stödfunktioner kring bl.a. vårdriktlinjer och kunskapsunderlag. En särskild satsning sedan några år utgör kvalitetsredovisning av enskilda klinikers medicinska resultat, kvalitet och tillgänglighet via portalen www.sundhedskvalitet.dk Där finns också möjlighet att göra jämförelser mellan vårdenheter.

En annan intressant samordning utgör vad som benämns "Den Danske Kvalitetsmodel". Det är ett samarbete mellan staten, de danska regionerna (alltså de offentliga sjukvårdshuvudmännen), de privata vårdgivarna samt de vårdprofessionella organisationerna. Arbetet har stegvis pågått de senaste åtta åren med en successiv beskrivning och definition av mått och mätmetoder för kvalitet i vården, modeller för granskning och jämförelser av kvalitet samt metoder och principer för kopplingen till utveckling av vårdens kvalitet. Den Danske Kvalitetsmodel kan alltså uppfattas som en form för samarbete och "harmonisering" inom detta, ofta mångskiftande område, när det gäller metoder och angreppssätt.

En nyckelroll i modellen har IKAS, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsväsendet, www.ikas.dk IKAS, som är en stiftelse bildad 2005 och som håller operationellt i utveckling av t.ex. standarder och koordinering av elementen i modellen. IKAS genomför också granskning av enskilda vårdenheter för ackreditering (alltså ett nationellt godkännande). Den första ackrediteringen genomfördes 2008 avseende apoteken, därefter följer med start innevarande år sjukhusenheter och primärvård.

Modellen innebär alltså en koordinering med vissa gemensamma element, de enskilda aktörerna tar ett stort ansvar, ofta byggt på professionell drivkraft och

engagemang. De danska allmänläkarna genomför t.ex. ett omfattande kvalitetsprogram i egen regi (DAK-E), www.dak-e.dk.

3.3.2 Nederländerna

Det nederländska sjukvårdssystemet innehåller en utpräglad mångfald av vårdgivare och också pågående reformer i riktning mot ökad konkurrens, dels mellan vårdgivare men också mellan olika försäkringsalternativ som medborgarna väljer mellan. Alla medborgare omfattas av sjukvårdsförsäkringen – men man har också blivit en aktiv konsument med kravet att välja mellan (i dagsläget tre olika alternativ av vårdförsäkring). Den nederländska välfärdsmodellen innefattar samma ambitionsnivå som den svenska och nordiska, liksom en uttalad tonvikt på t.ex. solidaritet. Mekanismerna i dess funktion är dock annorlunda, vilken gör den intressant att studera och jämföra.

Lagstiftningen definierar roller, krav och ansvar för vårdgivare, försäkringsgivare och vårdprofessionerna. Staten har intagit rollen av att övervaka systemets funktion, aktörernas beteende, en nationell enhetlighet i vissa frågor samt att det finns aktörer och funktioner som tar ansvar för viktiga områden, t.ex. vårdens kvalitet och säkerhet. Regeringen har lagt fokus på tillgänglighet i vården samt användningen av kvalitetsuppgifter som en central aspekt av vårdsystemets styrning.

En aspekt av det nederländska systemet är att inga sjukhus eller öppenvårdsenheter ägs eller drivs av det offentliga, alla sjukhus drivs av stiftelser, lokalt förankrade och ofta med rötter i katolska eller protestantiska organisationer.

Ett antal nationella organ finns etablerade för inspektion, granskning, ackreditering och stöd för utveckling av vårdens kvalitet (redovisas ej i detalj här).

The Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO), www.cbo.nl/english, bildat 1979, är en nyckelorganisation i den professionella delen av kvalitetsutvecklingen. CBO räknas som ett av Europas ledande medicinska kvalitetsinstitut och det bildades ursprungligen av de medicinska specialitetsföreningarna för att organisera "visitation", dvs. "egengranskning" enligt gemensamma riktlinjer av kvaliteten på varje klinik och öppenvårdsmottagning. Successivt har programmet vidgats och omfattar nu

publiceringen av riktlinjer/guidelines samt metodstöd för kvalitetsutveckling enligt processmetoder och "förändringsmetodik".

I linje med det mångdimensionella och bredden av aktörer i nederländsk hälso- och sjukvård finns stöd för kvalitetsmätning och kvalitetsutveckling inom forskningsinstitut för t.ex. primärvård (NIVEL), www.nivel.nl, psykiatri och missbruksvård (Trimbos), www.trimbos.nl.

Ett program för öppen kvalitetsredovisning av överenskomna indikatorer och medicinska resultat finns i funktion sedan några år, mätningarna är tillgängliga för allmänheten via www.kiesbeter.nl ("make a better choice"). Det innefattar också möjligheten att jämföra enskilda vårdenheter.

3.3.3 England

Den engelska hälso- och sjukvården utgör en enda offentlig organisation, National Health Service, NHS. Den har betydande likheter med det svenska systemet – med den stora skillnaden att några självständiga landsting inte finns. Styrningen är starkare från Department of Health, därav också det genomslag man kan se för bl.a. initiativ på senare år inom kvalitets- och tillgänglighetsområdet. Ca 15 procent av vårdvolymen är privat finansierad och utförd. Consultants (specialisterna) har rätt att arbeta upp till 2 halvdagar per vecka privat. I viss utsträckning lägger NHS ut vissa delar av vårdutbudet till privata utförare på kontrakt, t.ex. kortning av operationsköer via speciella ambulatory care centers. Den engelska primärvården drivs enligt en noga reglerad och centralt styrd struktur av GP:s – allmänläkare som är egenanställda och äger sina praktiker. GP:s utgör 40 procent av läkarkåren. Denna beskrivning av NHS gäller i stora drag för Skottland och Wales – dock har dessa två "länder" nu viss självständighet och intressanta variationer av NHS struktur och funktioner. En observation är att NHS fungerar helt utan patientavgifter – det är en av grundprinciperna sedan starten 1948.

Som en del av labourregeringens program för vitalisering av NHS (speciellt under Tony Blair), med det uttalade syftet att öka tilltron till den skattefinansierade, allmänna och rättvisa sjukvården har regeringen satsat på ett program kring "choice and competition". Patienterna ska ges en starkare roll att välja mellan vårdgivare och påverka vården. Konkurrens mellan vårdgivare har i viss utsträckning införts – dock inte som en priskonkurrens utan utgångspunkten är

konkurrens kring kvalitet och prestationer. Som en följd av detta har kvalitetsmätning, jämförelse av resultat- och kvalitetsuppgifter liksom ett program för "kvalitetsbonus" i primärvården utvecklats.

Följande aktörer och funktioner har nyckelfunktioner för denna utveckling:

- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 1998. NICE har etablerat sig som Europas ledande institution för att utveckla evidensbaserade underlag och riktlinjer för medicinsk behandling. NICE har uppnått stor auktoritet och tilltro till sina rekommendationer. NICE innefattar i sina rekommendationer också frågan om mått för värdering av resultat och kvalitet av den medicinska behandlingen inom de områden man tar upp. Detta är av stor betydelse för implementering och genomförande av riktlinjer – att man via en interaktivitet kan mäta effekter och resultat inom kvalitetsarbetet på klinikerna och i primärvården.
www.nice.org.uk
- Care Quality Commission CQC, 2002, 2009, www.cqc.org.uk, utgör en nationell oberoende granskare av hälso- och sjukvården - NHS och de privata - liksom socialtjänsten ("independent regulator of health and social care). Arbetsuppgifterna beskrivs som:
 - registration of providers to ensure common quality standards (gäller alla privata oberoende vårdgivare)
 - monitoring, inspection, enforcing powers
 - regular and special reviews of services
 - reporting outcomes for information on qualityOrganisationen bildades 2002 som The Audit Commission och sammanslogs våren 2009 med motsvarande funktioner för socialtjänsten.
- NHS choices (via www.nhs.uk) drivs av Care Quality Commission och utgör en utvecklad webb-portal med kvalitetsinformation enligt ett tiotal dimensioner för alla kliniker inom NHS liksom privata vårdgivare. Man kan som patient söka vårdgivare på t.ex. sitt postnummer, eller utifrån en särskild diagnos eller åtgärd. Man kan göra direkta jämförelser i datorn mellan önskade vårdgivare.
- Vid remiss från allmänläkare till specialist gäller valfrihet inom hela England. Ett uttryck för NHS's IT-ambitioner är att man sedan mer än ett år kan boka tid hos specialist via nätet, www.chooseandbook.nhs.uk.

- Sedan 5 år tillbaka har NHS infört ett ekonomiskt belöningssystem inom hela primärvården som idémässigt anknyter till de amerikanska "pay-for-performance-programmen". Det utgår från iakttagelsen (som är relativt väl belagd i USA) att en mindre andel av ersättningen till vårdgivarna med fördel kan kopplas till mätbara kvalitetsresultat. Ca 20 procent av vårdgivarnas ersättning i primärvården ingår i detta program. Ersättningen baseras på en detaljerad mätning och poängsättning av "performance" inom 146 olika indikatorsområden – hälften avseende det kliniska medicinska resultaten, hälften avseende praktikens organisation och patienternas upplevelse av vården. Såväl struktur (dokumentation och journal), process (diagnos och initial behandling) som resultat (mått från pågående behandling) täcks i de kliniska indikatorerna. Programmet är omdebatterat – bl.a. på grund av att ca 80 procent av mottagningarna initialt uppnådde full kvalitetsersättning. Utvärderingar har visat att den faktiska kvaliteten höjts inom bl.a. diabetesbehandling och astmavård (ca 10 procent förbättring av uppnådda behandlingsmål). Genom sin omfattning – och också noggranna utvärdering - utgör detta experiment med ersättning kopplad till kvalitet en viktig referenspunkt för den europeiska diskussionen och utvecklingen av dessa frågor.

3.3.4 USA

USA:s sjukvård kan beskrivas som ett "icke-system" där överväldigande mångfald av vårdgivare och en uttalad konkurrens råder (ofta en marknadsorienterad konkurrens). Över- och underutnyttjande av vårdresurserna, och ett socialt besvärande dilemma att en så stor andel av befolkningen som 15 procent saknar sjukförsäkringsskydd, utgör väl kända problem och utmaningar. President Obamas kamp att införa en sjukvårdsfinansiering för alla medborgare har satt fingret på kvalitets- och styrningsfrågorna inom vården. En tämligen enig krets av experter inom vårdorganisation, kvalitetsmätning och kvalitetsutveckling bedömer att "kvalitetsbristkostnaderna" utgör 40 % av den totala vårdkostnaden på 16 procent av BNP. Sjukvårdssystemets brister har direkta kopplingar till samhällsekonomin förutom till de primära målen som hälsa och jämlikhet.

Mot den här bakgrunden är naturligtvis den aktuella situationen i USA och dess sjukvård av stort allmänintresse – debatten belyser allmänna frågeställningar som berör alla länders sjukvårdssystem. Intresset för jämförelser växer, inte minst förståelsen av de mekanismer som långsiktigt och hållbart bygger upp eller undergräver goda resultat. Man måste ha dessa förhållanden i minnet när man jämför funktioner och detaljer i USA:s vårdssystem med vårt eget.

Samtidigt är – trots alla uppenbara tillkortakommanden – jämförelser och idéutbyte av stort värde. Genom sin storlek, mångfald och innovationslusta utgör USA:s sjukvård ett "laboratorium" för idéer och experiment. Vi kan studera mekanismer och angreppssätt kring kvalitet, vi kan inom de främsta s.k. integrerade vårdorganisationerna (som har ett bestämt vårdåtagande för en avtalad ersättning och en viss tidsrymd) studera hur en framgångsrik kvalitetsstyrning av vården faktiskt kan gå till. Forskning, metodutveckling och kunskapssammanställningar från de nationellt ledande institutionerna har ett informationsvärde och en tillgänglighet som vi inte kan undvara. Mot denna bakgrund beskrivning av några viktiga företeelser inom kvalitetsområdet:

- Institute of Medicine (IOM), www.iom.edu, är USA:s nationella "medicinska vetenskapsakademi". Av påtaglig betydelse för debatten och insikten kring vårdens kvalitetsfrågor har varit tre IOM-rapporter under de senaste åren: "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" (2001), "Performance Measurement: Accelerating Improvement" (2005) samt "Medicare's Quality Improvement Organization program" (2006). USA:s ledande experter har i dessa rapporter beskrivit ett "recept" för kvalitetsstyrning och kvalitetsförbättringar som en väg till såväl lägre vårdkostnader som större rättvisa i vårdsystemet. Dessa ligger i princip på president Obamas bord som riktlinjer för det politiska reformarbetet. Genomförandet är den stora utmaningen – kunskapen om vad som borde göras (enligt experterna) är ganska oomtvistad.
- National Quality Forum, NQF, bildat 1999, utgör ett nationellt organ med växande auktoritet kring koordinering och standardisering av kvalitetsmått och formerna för rapportering av kvalitet och jämförelser. www.qualityforum.org Organisationen utgör ett s.k. "public-private partnership" där alla huvudaktörer samlas vid bordet.
- The Joint Commission, www.jointcommission.org, är en organisation med lång tradition att arbeta med kvalitetsutveckling via instrumenten ackreditering och certifiering av sjukhus och sjukvårdsenheter. Modellen bygger på att sätta upp standarder och via manualer och granskning kontrollera vårdenheterna, liksom ge hjälp till egenutveckling. Det finns (delstatsvis) oftast krav Joint Commission-ackreditering för att kunna arbeta inom de offentliga finansieringssystemen Medicare (pensionärer) och Medicaid (fattiga).
- Baldrige National Quality Program, från 1987, är ett av den federala Kongressen instiftat generellt kvalitetsprogram, som också har en stor sjukvårdsdel. Det utgår från en kvalitetsmodell för självutvärdering och

goda förebilder. Ett tävlingsmoment finns inbyggt så att en organisation anmäler sig, gör självvärderingar och också utsätts för examinatorgranskning.

- Institute for Healthcare Improvement, IHI, i Boston är en vetenskapligt baserad konsultorganisation med syfte att ge stöd till vårdorganisationer kring avancerad metodutveckling inom kvalitetsområdet, särskilt implementering och effekt av metoderna. IHI – och flera av dess förgrundsgestalter – har stort intresse för Europa och Sverige. Hypotesen är att de avancerade kvalitetsmetoder som inte fått effekt i USA pga. sjukvårdssystemets tillkortakommande skulle kunna få bättre genomslag och resultat i ett sjukvårdssystem av Sveriges karaktär. www.ihl.org
- I USA finns mer än 200 exempel på nationellt och inom delstaterna av öppen kvalitetsredovisning på vårdenhetsnivå med jämförelsemöjligheter via nätet. Den största och mest genomarbetade modellen med forskarstöd omfattar 80 procent av vårdtillfällena i Kalifornien. www.calhospitalcompare.org
- Vårdgivarorganisationer som på ett allmänt erkänt sätt nått långt i att applicera metodik kring kvalitetsmätning, utveckling och återkoppling som en viktig del i styrningen är bl.a. Kaiserorganisationen i Kalifornien, Group Health Cooperative of Puget Sound i Seattle, Intermountain Health i Utah samt Geisingersystemet i Pennsylvania. Alla kan beskrivas som ”integrerade” vårdsystem med ett fast åtagande för en fast anknuten befolkning, till skillnad från de ”öppna” och icke organiserade system som fortfarande är dominerande inom USA-vården.

3.4 Några slutsatser för Sverige

Med de begränsningar och metodproblem som internationella jämförelser av vårdsystem innehåller kan man dock dra vissa slutsatser speciellt med inriktning på frågan om oberoende utvärdering. Följande är särskilt aktuellt:

- Vi har många styrkor i vårt sjukvårdssystem (t.ex. en god kostnadskontroll, en enhetlig vårdstruktur som undviker dyra dubbleringar).
- Vi har också svagheter och begränsningar – de mest påtagliga gäller tillgängligheten till vardagssjukvård, men delvis också specialistsjukvård.
- Vi ser betydande skillnader mellan landstingen avseende såväl tillgänglighet till vården som medicinska resultat och annan kvalitet.

- Skillnader i såväl tillgänglighet till vård som vårdens resultat utgör en avgörande utmaning i förhållande till målsättningarna om en jämlik vård.
- Vi har en "paternalistisk tradition" där information och delaktighet för patienten inte getts tillräcklig uppmärksamhet. Detta utgör också en outnyttjad möjlighet att ge drivkraft för vårdens utveckling.
- Vårt sjukvårdssystem rör sig nu från en enhetlig offentlig vårdgivarstruktur (närmast "monolitisk") till en växande mångfald.
- Mångfalden av vårdgivare borde kunna bidra med incitament och drivkrafter för en önskvärd dynamik och innovationskraft. Lärdomar från samtliga de länder som redovisats här belyser detta.
- En lärdom är också att mångfalden i sig inte ger högre och jämnare kvalitet – utan det krävs mekanismer, funktioner och institutioner, nationellt och regionalt, som bidrar i den processen.
- Specifika organisationer/mekanismer att nationellt definiera och beskriva kvalitetsmått, att värdera och jämföra vårdgivares prestationer, att öppet redovisa vårdresultat har beskrivits i rapporten. Utformningen i varje land är starkt knuten till kultur, tradition och institutionell struktur.
- Många internationella observatörer har påpekat att Sverige har ovanligt många och väl uppbyggda datakällor kring vårdens resultat och kvalitet - de mer än 60 diagnosspecifika kvalitetsregistren, landstingens patientdatabaser, databaser över läkemedelsanvändning och biverkningar, missöden i vården m.fl. Det nationella arbetet kring dessa är emellertid splittrat – analys och återkoppling är ofta mycket svag.
- Man bör därför stärka och utveckla "återkopplingen" av uppgifter om vårdens resultat, kvalitet och utförande mellan den nationella nivån och vårdenhetsnivån. Tolkning och analys av olika medicinska resultat och kvalitetsuppgifter är en central uppgift för en nationell utvärderingsmyndighet, liksom återföringen till de enskilda vårdgivarna.
- Återkoppling till vården på vårdenhetsnivå är den viktigaste mekanismen för att stödja och ge kraft åt ett konkret kvalitetsutvecklingsarbete – alltså en förbättring och höjning av kvaliteten.
- Att på ett lätt tillgängligt och förståeligt sätt återkoppla motsvarande uppgifter till allmänheten är en annan viktig uppgift. Kraften i det allmänna intresset för kvalitet och innehåll i vården bör utnyttjas.

3.5 Internationella exempel som kan vägleda Sverige

Från översikten över de fyra länderna kan man särskilt peka på följande exempel som kan vägleda en svensk uppbyggnad inom detta område:

- En nationell enhetlig kvalitetsmodell och samordning mellan aktörerna så att man talar "samma språk", definition av kvalitetsmått och mätmetoder ("Den Danske kvalitetsmodel", delar av uppgifterna inom Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, National Quality Forum, NQF i USA).
- En tydlig ansvars- och uppgiftsfördelning för aktörerna i systemet, vilken regeringen tar ansvar för att övervaka och definiera i lagstiftningen (Nederländerna).
- En nationell organisation med uppdrag att utföra oberoende granskning, återkoppla resultat och upplysa allmänheten (Care Quality Commission i England).
- En tonvikt på återkoppling av vårdresultat och jämförelser till vårdgivarna som ett led i förbättrings- och utvecklingsarbetet. Ett professionellt engagemang och drivkraft i detta (Dutch Institute for Healthcare Improvement, CBO. Danska allmänläkarnas kvalitetsprogram DAK-E).
- En intressant utveckling att utnyttja modern kommunikationsteknik för redovisning av medicinska resultat och kvalitet med möjlighet till interaktiva jämförelser mellan vårdgivare via webben. (Initierat i USA, starkt utvecklat av NHS i England, liksom i Nederländerna och Danmark)

4 Oberoende utvärdering av svensk vård och omsorg - Expertrapport från SIQ

4.1 Intervjustudie med ledande befattningshavare

För att få en bild över hur ledande befattningshavare ser på utvecklingen av en oberoende utvärdering har Vårdföretagarna anlitat Institutet för kvalitetsutveckling, SIQ, för en förnyad intervjuundersökning. SIQ har intervjuat trettio personer, under perioden juni till augusti 2009. Respondenterna har valts av Vårdföretagarna i samråd med Johan Calltorp, professor i hälsopolitik och ledarskap, samt SIQ. Intervjuerna kompletteras med de synpunkter som framkom under ett seminarium som Vårdföretagarna arrangerade under Almedalsveckan 2009. En förteckning över de intervjuade personerna återfinns som Bilaga 1.

Intervjuerna har i huvudsak genomförts vid personliga möten mellan respondenten och intervjuaren. I undantagsfall har intervjuerna genomförts via telefon. Intervjuerna har följt en i förväg upprättad mall, men merparten av frågorna har varit öppna till sin karaktär. Intervjuerna har normalt tagit ca 45 minuter i anspråk.

Analysen utgående från vad som framkommit av intervjuerna och hearing under Almedalen gör inte anspråk på att vara fullständig i alla detaljer, men bör ändå ge en god översikt av nuläget.

Intervjuerna har inledningsvis tagit upp frågan om det finns en samsyn på behovet av oberoende utvärdering. Därefter ha innebörden i de i sammanhanget använda begreppen diskuterats. De följande frågorna har behandlat olika perspektiv som kan anläggas vid utvärdering samt vilka uppgifter en utvärderingsfunktion bör ha. Avslutningsvis har två speciella frågor om mångfald i vård och omsorg samt kvalitetsbristkostnader behandlats.

4.2 Sammanfattning

En sammanfattning av enkätsvaren visar att en majoritet anser att:

- En funktion för oberoende utvärdering behövs.
- Den bör vara fristående relativt producent/utförare och lagstiftare.
- Den bör utvärdera, d v s följa upp och analysera.
- Den bör på sikt omfatta all vård och omsorg.
- Den bör främst rikta sig till medborgare/vårdväljare.

- Den bör utvärdera sambandet mellan process och resultat.

Det bör emellertid understrykas att variationen i svaren är stor. Olika respondenter har olika infallsvinklar, vilket ger möjlighet till olika tolkningar.

4.2.1 Det finns ett behov av en oberoende utvärderingsfunktion

Merparten av respondenterna menar att det finns ett behov av en oberoende utvärderingsfunktion, men också att det på ett övergripande plan finns en samsyn om detta. Det finns emellertid skillnader i uppfattning om vad samsynen egentligen innebär. Som framgår av det följande finns det olika uppfattningar t ex om innebörden av begreppet *oberoende*. Vidare är flera tveksamma eller negativa till att inrätta en helt ny organisation. Några respondenter menar också att det krävs en djupare diskussion kring syftet med funktionen, d v s vilka krav, behov och förväntningar som ska tillgodoses.

4.2.2 Ingen är oberoende

När det gäller begreppet *oberoende* konstaterar en klar majoritet att ingen är oberoende. Men innebörden bör vara att den aktuella funktionen ska vara fristående och inte möjlig att påverka från producenter/utförare och enligt vissa också lagstiftare. Verksamheten ska kännetecknas av integritet, mod, transparens och likabehandling samt bygga på vetenskapligt baserade metoder och fakta.

Mot denna bakgrund anser många att Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, inte kan vara en trovärdig eller lämplig hemvist för funktionen. Det finns däremot mer delade uppfattningar beträffande Socialstyrelsen. Några anser att Socialstyrelsen redan borde ha tagit en tydligare roll, andra att funktionen organisatoriskt kan kopplas till myndigheten, men att den bör vara fristående från övrig verksamhet. I några fall anförs Spri som exempel på hur man ser på funktionen.

När det gäller finansiering diskuteras främst alternativen statlig finansiering eller gemensam finansiering från aktörerna inom vård och omsorg. Alternativet med statlig finansiering har flest anhängare eftersom det andra alternativet innebär en större risk för inbyggda motsättningar och krångligare administration.

Några tar upp en annan intressant aspekt på oberoendet och anser att frågan om organisation och finansiering säkert går att lösa tillfredsställande. Men Sverige är ett litet land och tillgången på den expertis och sakkunskap som funktionen bör ha, är begränsad. För trovärdigheten är det nödvändigt att funktionen kan frigöra sig från de kollegiala och personliga band som kan finnas mellan utvärderaren och den utvärderade.

4.2.3 Olika tolkningar av vad som menas med granskning

I regeringsförklaringen från 2006 aviseras inrättandet av en oberoende granskningsmyndighet för vården. Vad som menas med granskning framgår inte och begreppet ges också olika tolkningar av respondenterna i enkäten. I den ena änden på skalan finns de som tolkar begreppet som en passiv beskrivning av rådande förhållanden till de som likställer det med tillsyn, inspektion och revision, inklusive eventuella åtgärder. De senare sammanfaller därmed med de uppgifter som många anser redan idag är Socialstyrelsens område.

Däremellan finns majoriteten som anser att granskning innebär utvärdering, d v s uppföljning och analys.

4.2.4 Ur vems perspektiv ska utvärderingen ske?

Med olika perspektiv avses, dels ur vems perspektiv utvärderingen ska ske, dels vad som ska utvärderas.

När det gäller det förstnämnda perspektivet handlar det också om vem som ska ha nytta av utvärderingen. I den rapport som Vårdföretagarna presenterade 2008 identifierades tre alternativ: Vårdväljaren/Medborgaren som vill ha underlag för att välja rätt, Huvudmannen/Skattebetalaren som vill se att man får valuta för pengarna samt slutligen den vårdgivande enheten som vill ha ett underlag för ständiga förbättringar. Det är alltså samma system som utvärderas, men den information som efterfrågas har olika användningsområden. Därför behöver de tre perspektiven stå i motsättning till varandra, men ska som nu en ny funktion skapas är det viktigt att förstå vad som bör fokuseras.

Enkäten visar att en mycket klar majoritet av respondenterna anser att vårdväljar-/medborgarperspektivet är det viktigaste. Ofta är skälet att man anser att just det

perspektivet är eftersatt och att de utvärderingsresultat som finns idag antingen är alltför trubbiga eller alldeles för svårtolkade.

Omkring hälften av respondenterna anser att om huvudmanna-/skattebetalarperspektivet också är viktigt. Kan man kombinera detta perspektiv med det förstnämnda, bör man göra det.

När det gäller vårdgivarperspektivet finns det några som anser att även det bör kombineras med de övriga perspektiven. Men lika många säger nej till detta och menar att det måste vara en fråga för den vårdgivande enheten att ta fram relevant underlag.

När det gäller vad som ska utvärderas innehöll enkäten frågor om fokus ska ligga på resultaten, de processer och bakomliggande faktorer som leder till resultatet eller på sambandet mellan process och resultat.

Enstaka respondenter anser att det i stort sett räcker med att utvärdera processerna. Omkring en tredjedel menar att det istället räcker med att se på resultaten. Majoriteten, d v s två tredjedelar, vill att process och resultat samt sambandet däremellan ska vara i fokus för utvärderingen.

4.2.5 Uppgifter för funktionen oberoende utvärdering

Respondenterna har fått ta ställning till nio alternativ om vilka uppgifter den tilltänkta funktionen ska ha. Utfallet kan delas in i olika grupper.

Den första och största innebär att uppgiften ska vara att utvärdera, d v s följa upp och analysera samt att vara "folkbildande" och rådgivande. De sistnämnda uppgifterna innebär att funktionen ska hjälpa vårdväljare att bli bättre på att efterfråga relevanta fakta. Detta stämmer väl överens med att de flesta anser att just vårdväljarperspektivet är det viktigaste.

En betryggande majoritet anser att uppgifter som innebär myndighetsutövning med föreskrifter, tillståndsgivning, certifiering och auktorisation inte ska finnas hos den nu aktuella funktionen. Det stämmer också med tidigare redovisade uppfattningar att detta ligger eller borde ligga inom Socialstyrelsens område.

Många är slutligen tveksamma till att funktionen ska bedriva forskning i egen regi. Däremot är man positiv till att det sker en samverkan med forskningen.

4.2.6 Mångfald av aktörer

På frågan om mångfald med avseende på huvudmannaskap, storlek, inriktning etc., är ett sätt att utveckla och förnya vård och omsorg, svarar nästan alla Ja. Men omkring en tredjedel av dessa framhåller att debatten om t ex privat och offentlig vård och omsorg är alldeles för förenklad samt att mångfald inte löser alla problem.

Några betonar att man inte håller med om man med andra inriktningar menar att frångå den kunskaps- och evidensbaserade vården.

4.2.7 Kvalitetsbristkostnader är idag stora

Om kvalitetsbristkostnader definieras som de kostnader som skulle försvinna om en verksamhets tjänster/produkter och dess olika processer vore fullkomliga, bedömer de flesta att de är av storleken 20-40 procent av omsättningen. Variationen är dock stor. Några tror t ex att inom läkemedelsförskrivning och – hantering är siffran över 50 procent. Flera framhåller att möjligheterna att hämta hem alla dessa kostnader, är små. Notabelt är att nästan hälften av respondenterna svarar Vet ej på frågan.

5 Bilaga 1: Förteckning över intervjuade personer

Namn	Organisation
Stefan Ackerby	SKL
Eva Andersson	Privattandläkarna
Jonas Andersson	Västra Götalandsregionen, (C)
Anders Anell	Lunds Universitet
Catharina Barkman	SLL
Bo Brismar	SLL
Per Båtelson	Global Health Partner
Anne Carlsson	Reumatikerförbundet
Cecilia Daun Wennborg	Carema
Anna-Karin Eklund	Vårdförbundet
Kurt Ericsson	Privo/Bergslagsgården
Annelie Hellander	Kommunal
Toivo Heinsoo	Expert
Kåre Jansson	Läkarförbundet
Kenneth Johansson	Socialutskottet, (C)
Ylva Johansson	Socialutskottet, (S)
Erik Langby	Nacka kommun, (M)
Carola Lemne	Praktikertjänst
Sven Lusensky	SoS
Anders Morin	Svenskt Näringsliv
Gunnar Nemeth	Capio
Nina Rehnquist	Expert
Anders Somell	Expert
Göran Stiernstedt	SKL
Åke Strandberg	Capio
Mats Svegfors	Tidigare ordförande Ansvarskommittén
Håkan Sörman	SKL
Thomas Tegenfeldt	SoS
Krister Westerlund	Alzheimerföreningen
Göran Örnung	Capio

