

Vården är värd en bättre styrning

Anders Anell

Vården är värd en bättre styrning

Vården är värd
en bättre styrning

Anders Anell

SNS Förlag
Box 5629, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 260 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.

Värden är värd en bättre styrning
Anders Anell
© 2020 Författaren och SNS Förlag
Tryck: Books on Demand, Tyskland
ISBN 978-91-88637-42-0

INNEHÅLL

Förord	7
Sammanfattning	9
1 BETYDANDE UTMANINGAR, MEN ÄVEN STORA MÖJLIGHETER	15
2 VAD INNEBÄR PERSONCENTRERAD VÅRD?	30
3 DIGITALISERINGEN GER MÖJLIGHETER ATT ARBETA MER PERSONCENTRERAT	41
4 HUR STYRS SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD?	54
5 FRAMTIDENS STYRNING – FOKUS PÅ LÄRANDE OCH INNOVATIONER	70
6 HUR KLARA OMSTÄLLNINGEN I VÅRDEN?	89
7 VÅRDENS FRAMTIDA FINANSIERING	106
8 SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	125
Referenser	131

Förord

DEN HÄR RAPPORTEN är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vård och omsorg i det 21:a århundradet«. Projektets övergripande syfte är att ta fram forskningsbaserade underlag om hur kompetensförsörjningen kan säkras och hur ny teknik kan tas tillvara för att möta sektorns förändrade förutsättningar.

Anders Anell, professor vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet, tar ett brett grepp om de utmaningar vården brottas med och har brottats med under lång tid. I rapporten redogör han för hur man tidigare har försökt lösa utmaningarna och vilka lösningar man borde prova framöver. Han beskriver också hur vårdens styrning har utvecklats över tid och hur den bör förändras för att kunna ställa om till en mer personcentrerad vård som lyckas utnyttja digitaliseringens möjligheter.

Rapporten skrevs huvudsakligen innan covid-19-pandemin bröt ut. Slutsatserna och rekommendationerna är dock allmängiltiga och frågan om vårdens styrning har inte blivit mindre angelägen.

Forskningsprojektet har gjorts möjligt genom bidrag från den referensgrupp som följt projektet. I gruppen ingår Apoteket, AstraZeneca, Attendo, Bräcke diakoni, Frisq, Inera, Kry, MedLearn, Min Doktor, Praktikertjänst, Region Stockholm, Riksförbundet HjärtLung, Socialdepartementet, Sophiahemmet, SOS Alarm, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkärförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Universitetskanslersämbetet, Vinnova, Vårdförbundet och Västra Götalandsregionen. Johannes Lindvall, professor i statsvetenskap vid Lunds universitet, är SNS vetenskapliga råds representant i referensgruppen och Urban Englund, styrelseordförande för Praktikertjänst, är gruppens ordförande. Författaren har fått många värdefulla synpunkter på utkast till rapporten från referensgruppens medlemmar.

Paula Blomqvist, docent i statsvetenskap vid Uppsala universitet, har vid ett akademiskt seminarium lämnat konstruktiva synpunkter på ett utkast till rapporten.

Rapportens författare svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS uppdrag är att initiera och presentera forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av centrala samhällsfrågor. Det är SNS förhoppning att rapporten kan fungera som ett kunskapsunderlag för beslutsfattare och bidra till diskussionen om hälso- och sjukvårdens framtida styrning och finansiering.

Stockholm i juni 2020

Gabriella Chirico Willstedt
forskningsledare, SNS

Sammanfattning

DET HUVUDSAKLIGA SYFTET med den här rapporten är att bidra till en saklig diskussion om hur styrningen och finansieringen av svensk hälso- och sjukvård bör utvecklas och förändras. I rapporten beskrivs framtida utmaningar och möjligheter och hur styrningen i hälso- och sjukvård utvecklats tidigare. Med utgångspunkt i erfarenheter diskuteras hur styrningen på regional och statlig nivå kan förbättras och hur den framtida finansieringen bör utformas.

Den allra största utmaningen är hur vården kan förändras och effektiviseras samtidigt som arbetsmiljön förbättras. En sådan utveckling förutsätter innovationer och nya arbetsformer snarare än ökad produktivitet inom befintliga ramar. En central rekommendation är därför att den regionala styrningen behöver ett nytt fokus på förbättringsarbete och utveckling av arbetsformer, som inkluderar bättre utnyttjande av digitala möjligheter och kunskapsstöd samt ökad grad av personcentrering. Vårdens professioner och verksamhetsnära chefer behöver få större inflytande över utvecklingen men även bli föremål för en transparent uppföljning som skapar drivkraft till förändring. En annan central rekommendation är att staten tar ett ökat ansvar för vårdens långsiktiga finansiering. Den förändringen bör även få konsekvenser för den statliga styrningen, som i högre grad bör inriktas på långsiktiga investeringar och stöd till omställning i vården.

Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare på olika nivåer i vården. Den är även tänkt att användas av vårdforskare och i vårdutbildningar. Anslaget är brett och inkluderar en historisk belysning av hur styrningen utvecklats och bakgrunden till aktuella problem.

Betydande utmaningar, men även stora möjligheter

Svensk hälso- och sjukvård är i världsklass när det gäller folkhälsa och medicinska resultat. Samma bedömning har gjorts i flera internationella jämförelser. På samma sätt som vårdens positiva sidor känns igen över tid finns återkommande problem med långa väntetider, dålig kontinuitet, bristande samverkan och svag personcentrering. Ett grundläggande problem är en resurssvag primärvård med få allmänläkare.

Den demografiska utvecklingen i kombination med förväntad lågkonjunktur kommer att ställa stora krav på vården. Med ambitionen att bibehålla kvalitet och hänga med i den medicinska och teknologiska utvecklingen måste produktiviteten öka. Det finns små möjligheter att utveckla produktiviteten inom befintliga arbetsformer. Det är genom utveckling av nya arbetssätt som de stora produktivitetsvinsterna kan uppnås.

Flera indikationer tyder på att många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper har upplevt en försämrad arbetsmiljö under senare tid. Till en del kan försämringarna spåras till obalanser i resurserna – såsom alltför få allmänläkare och problem med att rekrytera och behålla sjuksköterskor på sjukhusen – men problemen hänger också samman med hur verksamheten styrs. Rekryteringssvårigheter och bristande motivation är allvarliga problem. Utan motiverad personal finns ingen möjlighet att anta alla de utmaningar som vården står inför.

Framtiden rymmer även stora möjligheter. Den medicinska utvecklingen går vidare och ger möjligheter att arbeta på nya sätt med bättre kvalitet och ökad produktivitet. Digitaliseringen ger möjligheter att utveckla arbetsformerna och skapar även förutsättningar för ökad personcentrering. Personcentrering kan också i sig utveckla arbetsformerna genom att patienters och anhörigas erfarenheter systematiskt tas tillvara i utformningen av vården. Utveckling och förändring kommer dock inte att ske per automatik. Det behövs styrning och ledning som främjar lärande och innovationer.

Den tidigare styrningen har inte varit framgångsrik

Från tidigt 1980-tal har det blivit mer av byråkratisk styrning och från 1990-talet även mer av marknadsstyrning i hälso- och sjukvården. De reformer som införts har inte varit framgångsrika i att ge stöd till utveckling av arbetsformerna och att bidra till en god arbetsmiljö. Det finns därför anledning att ompröva den regionala styrningen så att den kan bidra till behovet av innovationer och utvecklingen av nya arbetsformer samtidigt som arbetsmiljön förbättras.

Den statliga styrningen med riktade statsbidrag till särskilda

satsningar och projekt har medverkat till kortsiktighet och fragmentisering av regionernas övergripande styrning. Det finns tendenser till att staten ägnar sig åt de problem som regionerna borde lösa. Samtidigt försöker regionerna tillsammans lösa de problem som i huvudsak borde vara en nationell angelägenhet. Ett exempel är regionernas pågående arbete med en sammanhållen nationell struktur för kunskapsstyrningen.

Framtidens regionala styrning behöver mer fokus på lärande och innovationer

Styrningen bör i ökad grad utgå från motivation i form av professionella drivkrafter för att ha tillräcklig legitimitet och förmåga att skapa de förändringar som behövs. Det måste finnas möjligheter till eget lärande och utvecklingsarbete som fokuserar på lokala problem och förutsättningar – en utveckling underifrån. Det är när vårdgivare omprövar, utvecklar och anpassar de verksamhetsnära arbetsformerna som vinsterna uppstår. Styrningen kan därför inte enbart handla om att innovationer som tagits fram av »någon annan« ska implementeras och spridas.

En styrning med fokus på lärande och utveckling ställer stora krav på den verksamhetsnära ledningen, att det finns någon som kan samla de professionella drivkrafterna. Den verksamhetsnära ledningen behöver också rätt förutsättningar i form av frihetsgrader och långsiktighet i övergripande villkor. I rapporten ges flera förslag på hur frihetsgrader och långsiktighet kan utvecklas inom primärvården. Det gäller till exempel minskad detaljstyrning, att förändringar i krav och regler i vårdvalssystemen föregås av dialog med vårdgivare samt översyn av vårdcentralers omfattande kostnadsansvar.

Utvecklingen mot en gemensam och nationell struktur för kunskapsstyrning ger förutsättningar för ökad tydlighet när det gäller normer. Utvecklingen underifrån och genom större frihetsgrader kan på så sätt hållas samman. I rapporten ges flera rekommendationer inför det fortsatta arbetet med utveckling av bättre kunskapsstöd. Det gäller bland annat betydelsen av legitimitet och professionell förankring och att patienters upplevelser och erfarenheter tas tillvara på ett systematiskt sätt.

Det är viktigt att uppföljningen utformas så att den skapar ökat intresse för lärande och starkare drivkrafter till förändring. I rapporten diskuteras betydelsen av att återkopplingen sker från någon som vårdgivaren har förtroende för, vilket talar för en kollegial granskning. Utifrån forskning och betydelsen av professionella drivkrafter rekommenderas även att uppföljningen inklusive jämförelser är transparenta, också gentemot befolkningen. En annan rekommendation är att i högre grad följa upp patienters erfarenheter och upplevelser av vården.

En styrning som enbart baseras på tillit kan betraktas som naiv. Erfarenheter pekar mot att professionalism som kontrollmekanism är lika ofullständig som byråkratin eller marknaden. I rapporten rekommenderas en ömsesidighet i styrningen. Möjligheten för regioner att använda en direkt styrning som inkluderar sanktioner kan förmodligen uppfattas som rättvis bland flertalet vårdgivare. Beredskapen att använda en sådan styrning syftar till att motverka ett beteende bland enskilda vårdgivare som kan hota frihetsgraderna för flertalet andra vårdgivare.

Staten behöver bidra till långsiktig omställning av vården

En utvecklad styrning med fokus på lärande och innovationer kommer inte ge någon omställning av vården på systemnivå som syftar till att utveckla primärvård eller »nära vård«. I rapporten ges en historisk förklaring till aktuella problem i primärvården och dess samverkan med sjukhus och kommunal vård. Frånvaro av övergripande beslut om primärvårdens och allmänläkarnas uppdrag har urholkat primärvårdens roll och möjligheter att bidra till ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Andelen allmänläkare har minskat under de senaste årtiondena, trots alla utredningar. Det finns därför anledning för staten att överväga en tydligare nationell planering och styrning av kompetensförsörjningen för att underlätta omställningen av vården.

I rapporten rekommenderas även en nationell reglering och uppdelning av vårdvalet i två olika nivåer som beaktar digitaliseringens möjligheter samtidigt som både ökad personcentrering och resursfördelning efter behov underlättas. Den första nivån innebär listning på utförare som primärt erbjuder digitala vårdkontakter och fysiska besök efter behov. Den andra nivån, som erbjuds selektivt till äldre och efter remiss, innebär att listning sker på fysisk mottagning som idag, med högre krav på bred kompetens, kontinuitet, fast vårdkontakt och samverkan med andra vårdgivare.

En uppdelning av vårdvalet i olika nivåer innebär att alla utförare inte behöver ha samma åtagande. Villkor och ansvar blir tydligare för både utförare och befolkning. Enhetliga villkor ger i sin tur bättre förutsättningar för att skapa en nationell tjänst som kan ge aktivt stöd åt individens vårdval i primärvården.

Staten behöver ta större ansvar för vårdens framtida finansiering

En ökad statlig finansiering är troligtvis det enklaste och mest rimliga sättet att lösa hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansieringsproblem. På kort sikt kommer statliga pengar även kompensera för neddragningar som annars skulle skett till följd av försvagningar i konjunkturen. En ökad andel statlig finansiering bör få konsekvenser för den statliga styrningen av vården som i högre grad bör inriktas på långsiktiga investeringar och stöd till omställning i vården. Nationella långsiktiga investeringar kan till exempel avse den digitala infrastrukturen, nationella system för kunskapsstöd och uppföljning samt kompetensförsörjning. Staten bör samtidigt ägna mindre energi, tid och pengar åt kortsiktiga öronmärkta satsningar.

En rimlig utveckling som konsekvens av att den statliga finansieringen ökar är att villkoren för befolkning och patienter görs mera enhetliga i hela landet. Det kan till exempel gälla enhetliga villkor för vårdval i primärvården och avgifter. Det är också rimligt med ett större mått av ansvarsutkrävande så att regioner och kommuner når målen med hälso- och sjukvården och så att regionala investeringar i vårdsystem tar tillvara samverkansmöjligheter.

Oavsett om den offentligt finansierade vården lyckas med omställningen och med att utveckla nya arbetsformer kommer inte alla förväntningar från patienter att kunna mötas. Det ger i sin tur grund för förekomsten av frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar. Samtidigt som personcentreringen ökar kan flera i befolkningen ifrågasätta själva existensen av privata sjukvårdsförsäkringar eftersom de innebär att traditionen om universalism urholkas.

Avgifter kommer förmodligen att ha större betydelse för vårdens styrning och finansiering även i framtiden, jämfört med den privata finansiering som kommer från frivilliga försäkringar. I rapporten argumenteras för ökad nationell enhetlighet och transparens. Vården bör ha låga generella besöksavgifter, i synnerhet för vårdkontakter med första linjens vård där patienter söker för symtom och problem som inte diagnosticerats. I syfte att öka graden av personcentrering finns samtidigt skäl att skapa större utrymme för med- och egenfinansiering av sådana insatser som vården inte prioriterar. Nuvarande praxis och regionala skillnader bidrar till sämre information om de alternativ som finns och ökar risken för att välinformerade individer ändå får det man vill ha, men på samhällets bekostnad.

*

Styrning i vården är ett komplext problem. En förenkling av problemen och förslag på enkla övergripande lösningar leder knappast till framgång. Till synes enkla men radikala lösningar är vanligtvis dåligt underbyggda, svåra att genomföra och riktar fokus åt fel håll. Rapportens rekommendationer har i stället karaktären av »många förändringar inom nuvarande institutionella ramar«. Det hindrar inte att förändringarna skulle bli stora för både befolkning, vårdgivare, myndigheter och särskilt sjukvårdspolitik. Den förändring i den statliga styrningen och finansieringen som föreslås bör läggas fast genom brett förankrade och långsiktiga beslut samt administreras genom uppdrag till myndigheter som ger hållbarhet över tiden.

I. Betydande utmaningar, men även stora möjligheter

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN står inför stora utmaningar. Orden har använts förr och är väl bekanta för dem som jobbat i branschen under lång tid. Vilka är då utmaningarna? Är de större och svårare nu än förut? Hur har man tidigare försökt lösa problem med vårdens styrning och finansiering? Vilka alternativ kan skisseras för framtiden? I den här rapporten ges en översiktlig beskrivning av hur styrningen i svensk hälso- och sjukvård har utvecklats under de senaste decennierna. Med utgångspunkt i erfarenheter, problem, utmaningar och möjligheter diskuteras hur styrningen och finansieringen kan utvecklas. Rapporten vänder sig i första hand till beslutsfattare på olika nivåer i vården. Den är även tänkt att användas av vårdforskare och i olika former av vårdutbildningar. Anslaget är därför brett och inkluderar en historisk belysning bakom aktuella problem. Det huvudsakliga syftet är att bidra till saklig diskussion om hur styrningen och finansieringen bör förändras. Många av de redovisade förslagen kan både utmanas och vidareutvecklas.

Den kanske viktigaste slutsatsen i rapporten är att den tidigare styrningen ofta misslyckats och bidragit till en bristfällig arbetsmiljö. Framtidens styrning och ledning behöver ett nytt fokus på innovationer och utveckling av arbetsformer, som inkluderar bättre utnyttjande av digitala möjligheter och en ökad grad av personcentrering. Vårdens professioner liksom verksamhetsnära chefer behöver få större inflytande över utvecklingen men även bli föremål för en uppföljning som skapar drivkraft till förändring. Ett ökat statligt inflytande behöver ha tydligare fokus på investeringar som kan bidra till en långsiktig omställning av vården.

I det här inledande kapitlet ges en bred bild av alla utmaningar i vården. Man kan snabbt konstatera att flera av utmaningarna likaväl kan beskrivas som möjligheter. Det som beskrivs som fantastiska möjligheter kan också skapa utma-

ningar. Svensk hälso- och sjukvård har varit framgångsrik i ett historiskt perspektiv när det gäller att utveckla och tillvarata nya möjligheter till diagnostik och behandling. Den utvecklingen har förlängt människors liv och gett bättre livskvalitet. Men en annan konsekvens är att vårdkostnaderna ökat. Det är den medicinsk-teknologiska utvecklingen tillsammans med inkomstökningar som förklarar det mesta av kostnadsökningarna över tid. Förhållandet har beskrivits i en rad tidigare internationella studier med data från olika länder, varav några sammanfattats i tidigare SNS-rapporter (Arvidsson m.fl. 2007, Anell och Gerdtham 2010). Utvecklingen av antalet äldre är mindre betydelsefull än vad man skulle kunna tro, vilket även stämmer med svenska erfarenheter. Kostnadsutvecklingen under senare årtionden har varit högre än vad som kan motiveras sett enbart utifrån demografins utveckling (SKR 2019). Detta innebär inte att den demografiska utvecklingen är oviktig. Många teknologiska landvinningar får konsekvenser för just äldres vård. Ökat antal äldre får också mera direkta konsekvenser för den vård och omsorg som ges av kommunerna. Den framtida demografiska utvecklingen får dessutom stor betydelse för finansieringen av välfärden. Allt färre ska finansiera välfärden för allt fler.

Med ambitioner att hela befolkningen ska få ta del av nya behandlingsmöjligheter på lika villkor ställs krav på en solidarisering genom någon form av skatt eller obligatoriska försäkringar. Däri ligger också kärnan i vårdens huvudsakliga utmaning – förr likaväl som idag och i framtiden. Vilken vård kan vi anse oss ha råd med? Frågan kan tyckas dyster men är ytterst ett uttryck för vårdens framsteg. Det finns inga tecken på att den medicinsk-tekniska utvecklingen skulle avta. Lyckligtvis tycks den snarare accelerera. I Sverige finns många bioteknik-, läkemedels- och medicinteknikföretag med egen forskning och utveckling som har ambitionen att spå på utvecklingen med innovationer (Tillväxtanalys 2018:06). De flesta innovationerna kommer dock från andra höginkomstländer, främst USA. Forskare runt om i världen producerar också en ökande mängd forskningsartiklar. Enbart inom cancerområdet publiceras över 160 000 originalartiklar varje år (Topol 2019). Ett nytt område är genterapier som kommer att ge allt fler människor med sällsynta sjukdomar möjligheter till bot snarare än lindring, men det kommer att kosta (Smith och Blomberg 2017). Eftersom patientgrupperna är små blir påverkan på vårdens totala kostnader initialt förhållandevis liten. På sikt kan den typen av behandlingar också omfatta vanliga kroniska sjukdomar. Vilken kostnad är då rimlig? Hur ska behandlingen finansieras? Vilka patientgrupper ska prioriteras?

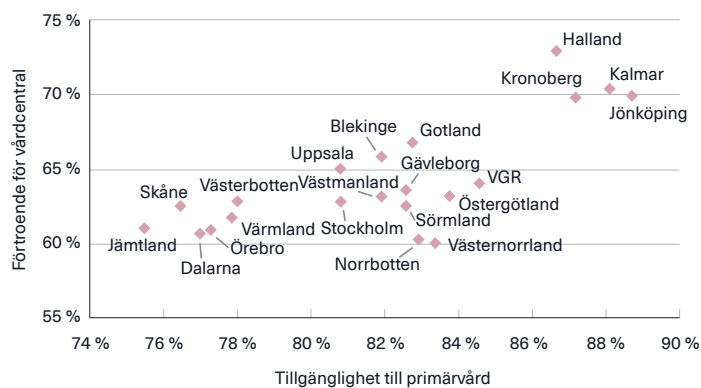
En snabb medicinsk-teknisk utveckling i kombination med tilltagande finansieringsproblem innebär att kraven på prioriteringar ökar. Bland ansvariga sjukvårdspolitiker har prioriteringsfrågor alltid upplevts som besvärande och ofta

undvikits. Det hänger också samman med att förväntningarna på vården bland patienter och medborgare ökat. Ingen politiker vill bli ihågkommen som den som satte gränser och ett pris på människors liv och hälsa. Sjukvårdspolitiker ägnar sig hellre åt andra utmaningar och problem. Det finns gott om sådana i vården och de kan vara nog så uppmärksammade i media och i befolkningen.

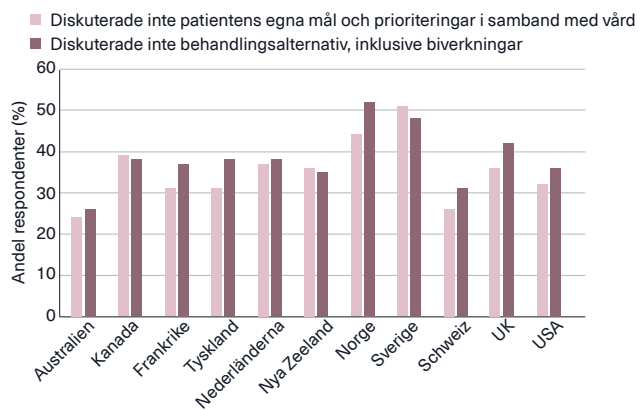
En fråga som varit i fokus sedan åtminstone slutet av 1980-talet är långa väntetider och köer. Bristande tillgänglighet har varit och är svensk hälso- och sjukvårds akilleshäla. Sverige hamnar ofta i topp i internationella jämförelser när det gäller hälsomått, överlevnad efter cancer och medicinsk kvalitet, men det finns lika konsekvent svaga resultat när det gäller långa väntetider till vård och låg produktivitet (Rehnberg 2019; SKL 2018, 2005). Problemen kan inte förklaras av en generell resursbrist. Sverige satsar en förhållandevis stor andel av bruttonationalprodukten (BNP) på hälso- och sjukvård och läkartätheten är högre än i flera andra jämförbara länder (Rehnberg 2019). Tillgängligheten är tillsammans med bemötandet också viktiga frågor för befolkningen och brister i dessa avseenden har en negativ påverkan på förtroendet för vården (Vårdanalys 2018:4, 2018:12). Det illustreras även av geografiska skillnader mellan olika regioner. I regioner som Halland, Kalmar, Kronoberg och Jönköping, där tillgängligheten till vårdcentraler uppfattas som relativt god bland patienter, finns ett högre förtroende för vårdcentralerna jämfört med andra regioner, se figur 1.1.

Det finns även andra återkommande svagheter i svensk vård som har att göra med patienternas upplevelser. Det gäller inte minst brister i kontinuiteten men även svagare resultat än i andra länder när det gäller patienters upplevelser av information och delaktighet samt i vilken grad vården uppfattas som samordnad och koordinerad (Vårdanalys 2018:12). Trots att frågorna är uppmärksammade och omdebatterade sedan länge kvarstår problemen. Den patientlag som trädde i kraft 2015, och som syftade till att stärka och tydliggöra patientens ställning, har inte haft avsedd effekt (Vårdanalys 2017:2). Problemen blir särskilt tydliga för patienter med kroniska sjukdomar som behöver återkommande kontakter med vården och där behoven varierar över tiden. Studier internationellt visar att en traditionell organisation med fokus på akuta vårdepisoder svarar dåligt mot behoven bland sådana patientgrupper (Nolte och McKee 2008). Brister i koordineringen ökar riskerna för sämre utfall av vården, undvikbara sjukhusbesök och patientskador samt bidrar till oro, ångest och minskat förtroende bland patienter (Nolte och Anell 2020). Möjligheterna för patienter med kronisk sjukdom att engagera sig i sin egen vård är bristfällig i många länder men problemen förefaller särskilt uttalade inom svensk vård, se figur 1.2.

Figur 1.1 Samvariation mellan tillgänglighet (genomsnitt 2011–2015) och förtroende (genomsnitt 2011–2015) för vårdcentraler respektive primärvård i regioner. Källa: Vårdanalys 2017:5, figur 51, s. 96.



Figur 1.2 Patienters upplevelser av möjligheter att engagera sig i vården av egen kronisk sjukdom. Källa: Osborn m.fl. (2016).



Andra problem som sjukvårdspolitiker fokuserat på är hur styrningen av vården kan förbättras. Under senare årtionden har flera nya styrmodeller prövats i svensk hälso- och sjukvård utifrån generella förhoppningar om ökad effektivitet och produktivitet: att man ska få mer vård för pengarna. Frågan om hur vården ska organiseras och styras har blivit en utmaning i sig. Ibland har denna utmaning blivit så stor att man glömt bort vilka egentliga utmaningar som styrningen ska hantera. Det har blivit viktigare för regioner att visa upp en ny styrmodell än att lösa verkliga problem i vardagen. På senare tid har kritik och missnöje med styrningen från vårdpersonalens sida skapat grogrund för förslag på en mera tillitsbaserad styrning (SOU 2018:47). Det är dock fortfarande oklart hur en sådan styrning ska utformas i praktiken.

Vårdens styrning och finansiering kommer att belysas i detalj senare i rapporten. Utifrån tidigare erfarenheter och problem skisseras alternativ för framtiden. Nya lösningar måste dock bedömas utifrån hur utmaningarna ser ut och vilka frågor som måste hanteras. Det är också temat för fortsättningen i detta kapitel. Utan en förankring i aktuella och framtida utmaningar finns risk för att de nya alternativ som skisseras i bästa fall kan lösa gårdagens problem.

1. Se till exempel hemsidor för McKinsey, KPMG, EY och PwC.

1.1 Megatrender och utmaningar

Hälso- och sjukvården utgör en stor andel av den samlade ekonomin bland OECD-länderna och tillhör de branscher som har flest anställda. Svensk hälso- och sjukvård tar i anspråk ungefär 11 procent av BNP. Enbart i regioner och kommuner arbetar över 500 000 anställda med vård och omsorg. Därtill kommer över 100 000 anställda av privata arbetsgivare. I stort sett alla människor har ett intresse för verksamheten. Det gäller i första hand som patienter och anhöriga men i många fall även för att man får sin inkomst från verksamheten. Vården är också en central del i den generella välfärden och därmed i den politiska debatten. Alla förvärvsaktiva betalar för verksamheten oavsett i vilken grad man faktiskt nyttjar den.

Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdens omfattning och betydelse i samhället är det inte så konstigt att verksamheten i hög grad påverkas av allmänna samhällsförändringar. Övergripande trender som påverkar samhället i stort över en lång tid – megatrender – kan beskrivas på lite olika sätt beroende på utgångspunkt och syfte med omvärldsanalysen. Flertalet av de listor som vanligen är utgångspunkt för omvärldsanalyser sprids av globala konsultföretag¹ och kan omfatta bland annat följande trender:

- › demografisk utveckling – allt fler äldre och färre förvärvsaktiva i många OECD-länder
- › urbanisering – inflyttning till storstäder och tätorter

- › digitalisering – som ger möjligheter till den fjärde industriella revolutionen
- › globalisering – och en ändrad maktbalans från väst till öst
- › migration – många söker sig bort från landet där man är född
- › klimathot – som påverkar människors liv och vanor samt bidrar till migration
- › polarisering – ökade klyftor i befolkningen avseende bland annat värderingar och inkomster.

Listor som denna och betydelsen av respektive punkt har diskuterats av flertalet regioner och kommuner med ambitionen att definiera utmaningar för vård och omsorg och utforma strategier för hur dessa ska hanteras. Det gäller inte minst de demografiska utmaningarna där utvecklingen är väl känd (SKR 2019). I korthet ska färre förvärvsaktiva finansiera välfärden för allt fler barn, unga och äldre. Den så kallade försörjningskvoten beräknas öka åtminstone fram till år 2040. I regioners och kommuners egna kalkyler går ekvationen inte ihop. Även med positiva förväntningar på tillväxt i ekonomin kommer de lokala inkomstbaserade skatteintäkterna inte att räcka till. Med en försämrad tillväxt förvärras problemen ytterligare. Den slutsatsen blir än mer påtaglig för kommuner i gles- och landsbygd där unga väljer att flytta till större orter med bättre jobberbjudanden och mera attraktivt kultur- och serviceutbud. I större tätorter kan problemen bli de omvända med krav på snabb utbyggnad av service. I många kommuners och regioners perspektiv hänger demografisk utveckling och urbanisering ihop och påverkar i hög grad framtida lösningar när det gäller vårdens finansiering. Förväntningarna på att staten ska bidra till finansieringen ökar.

En annan omdiskuterad megatrend är digitaliseringen. Två teman har varit särskilt vanliga i svensk hälso- och sjukvård. Den ena gäller så kallade nätläkare som antingen bedömts vara vårdens framtid eller något som strider mot både läkaretik och fördelning av resurserna efter behov. Det andra temat gäller investeringar i nya digitala journalsystem och beslutsstöd som i ökad grad baseras på algoritmer, maskininlärning och artificiell intelligens (AI). Svensk sjukvård har kommit förhållandevis långt när det gäller införande av olika former av IT-stöd jämfört med många andra länder (Vårdanalys 2020:5). Den kliniska praktiken kännetecknas dock ofta av krånglande IT-system, journalsystem som inte kan kommunicera och informationsöverföringar som måste hanteras manuellt. Hälso- och sjukvården globalt har också i liten grad utnyttjat de nya möjligheter som följer av digitaliseringen jämfört med många andra branscher (McKinsey 2017).

Även globalisering, migration och klimathot har varit omdiskuterade i vården, om än i mindre grad än den demografiska utvecklingen och digitaliseringen. Globaliseringen

bidrar till ökat resande och ökad risk för smittspridning, vilket utvecklingen när det gäller coronaviruset och covid-19 påminner oss om. Sett i ett längre tidsperspektiv har hälso- och sjukvården alltid varit global i så måtto att utvecklingen av medicinsk teknologi haft en avgörande betydelse för verksamhetens produktivitet och kvalitet. Sverige har under lång tid också varit beroende av ett nettoinflöde av läkare från andra länder och ansökningar från läkare i andra länder ökade efter millennieskiftet (Läkartidningen 2005). Det finns många bedömningar som pekar mot att den globala konkurrensen om arbetskraften kommer att hårdna (Britnell 2019). Det är inte bara i Sverige som det kommer att vara problematiskt att rekrytera tillräckligt många läkare, sjuksköterskor och andra yrken inom vården. Allt fler länder kommer att upptäcka att det inte i första hand är bristen på pengar som är problemet utan bristen på kvalificerad arbetskraft. Det ger ytterligare argument för att ompröva arbetsformerna så att alla medarbetare arbetar på toppen av sin kompetens och att befintlig kunskap och teknologi utnyttjas fullt ut. Bristen på kvalificerad arbetskraft kommer även att påverka möjligheterna att rekrytera de bästa läkarna till svensk vård. En av flera avgörande faktorer är vilken arbetsmiljö som svensk vård kan erbjuda.

En omtalad trend är att många upplever att samhället blivit alltmer polariserat. Skillnader i värderingar har alltid funnits men de blir mer påtagliga när sociala medier bidrar till transparens och underlättar att värderingar sprids. En ökad polarisering har även kopplingar till olika förutsättningar mellan stad och landsbygd, till digitaliseringen, migrationen, klimathotet samt inkomstutvecklingen. Sverige tillhör de EU-länder där inkomstskillnaderna ökat mest under det senaste årtiondet, även om inkomstfördelningen fortfarande är relativt jämn jämfört med andra länder (SCB 2019). En faktor som bidragit till utvecklingen är lågt beskattade kapitalinkomster. Drygt hälften (54 procent) av de sammanlagda kapitalinkomsterna år 2017 tillföll den hundradel av hushållen som hade högst disponibel inkomst. Upplevelser av en ökande polarisering kan bidra till ett hårdare politiskt klimat, som försvårar långsiktiga lösningar i en tid när de behövs som mest. Det kan finnas intresse hos enskilda att förstärka de problem som finns i vården och föreslå enkla lösningar för att vinna kortsiktiga politiska vinster. En sådan vårddebatt med fokus på problem och brister kan även bidra till att allt fler invånare väljer att skaffa sig en egen privat lösning. Antalet svenskar med tillgång till privat sjukvårdsförsäkring har ökat snabbt från drygt 200 000 år 2006 till drygt 650 000 år 2018 (Svensk försäkring 2019).

1.2 Specifika utmaningar i vård och omsorg

Utöver utmaningar som kan kopplas till övergripande megatrender som berör samhället i stort finns flertalet specifika utmaningar inom hälso- och sjukvården. I både svensk vård och i andra OECD-länder lyfts ofta dessa utmaningar fram:

- › en accelererande teknologisk/medicinsk utveckling
- › allt fler individer med (många) kroniska diagnoser
- › en specialistvård som blir alltmer differentierad och nivå-strukturerad
- › behov att utveckla och förstärka primärvården inklusive hälsofrämjande insatser
- › behov av ökad kontinuitet och bättre samverkan mellan olika vårdgivare
- › ökad uppmärksamhet kring variationer mellan vårdgivare när det gäller kvalitet och produktivitet
- › ökad uppmärksamhet kring variationer i tillgången till vård och hälsa mellan befolkningsgrupper
- › ökade förväntningar bland patienter och hos befolkningen i stort.

En grundläggande utmaning är den snabba medicinsk-teknologiska utvecklingen. Denna utmaning hänger också samman med förändringar i sjukdomspanoramat. Framsteg inom medicinen kan generera nya kroniska sjukdomar. Människor som lever längre hinner få flera kroniska diagnoser. Ökade kunskaper och ny teknik påverkar också vårdens arbetsformer (Anell 2004). Specialistvården blir alltmer differentierad. Sluten sjukhusvård ersätts av behandling i öppen vård eller kan förebyggas genom preventiva insatser. I ett historiskt perspektiv har till exempel infektionsmedicinen genomgått radikala förändringar. Utöver bättre levnadsförhållanden har vacciner och antibiotika kraftigt minskat behovet av sluten-vårdsplatser. Vacciner är särskilt intressanta eftersom de inneburit att sjukdomar effektivt kan förebyggas eller till och med utrotas (Anell och Glenngård 2007). Vacciner utgör därför exempel på »riktig« högteknologi även om de ofta är billiga att producera och administrera. Samhällskostnaderna av att *inte* ha ett effektivt vaccin tillgängligt har blivit extremt tydliga i ljuset av covid-19-pandemin. Sambanden mellan olika teknologinivåer och vårdens organisation och kostnader har tidigare belysts av Weisbrod (1991). Om det inte finns någon bot alls är vårdkostnaderna ofta låga medan kostnaderna för samhället i form av omsorg och sjukskrivningar inte sällan är höga. Med investeringar i medicinska innovationer kan en del av samhällskostnaderna reduceras. Nya lösningar erbjuder successivt möjligheter att ompröva arbetsformerna och ställa om resurserna. Dyr slutenvård kan i bästa fall ersättas med

billigare insatser i öppna former. Det som kostar allra mest i vården är därför frånvaron av effektiva behandlingar och förebyggande insatser.

Omställning av vårdens resurser är dock lättare sagt än gjort. På kort sikt är ofta resurserna uppbundna och består till stor del av kunskaper och färdigheter som inte enkelt kan ändras. Vårdens organisation och arbetsformer har utvecklats över tiden, men inte utan problem. En övergripande trend är överföring av vård från slutenvård till öppna mottagningar och avancerad vård i hemmet. En annan övergripande trend i många länder sedan 1990-talet är att flera mindre akutsjukhus lagts ned eller ombildats till specialistsjukhus med inriktning på planerad behandling eller äldre vård. En aktuell fråga i både Sverige och andra länder är så kallad nivåstrukturering där viss diagnostik och behandling koncentreras till större sjukhus som anses ha den volym på verksamheten och kompetens som behövs (Vårdanalys 2013:3). Samtliga dessa förändringar inom den specialiserade vården har varit omdebatterade. För- och nackdelarna med nivåstrukturering diskuteras fortfarande (Läkartidningen 2018a; Avdic 2019). En annan omdiskuterad fråga sedan mitten av 1990-talet är bristen på vårdplatser (se vidare ruta 1.1). Utvecklingen går också vidare. Digital teknik och precisionsmedicin med mera individualiserade behandlingar kommer att leda till ytterligare »kreativ förstörelse« genom att arbetsformer och vårdens organisation får omprövas på nytt (Topol 2012).

Förändringar inom specialistvården och bland sjukhusen får konsekvenser för vården utanför sjukhusen. I takt med att specialistvården blir mer specialiserad, differentierad och geografiskt avlägsen ökar kraven på primärvårdens kompetens, resurser och tillgänglighet. Dessutom ökar kraven på samverkan eftersom flera olika vårdgivare kan vara inblandade i patienters vård. Utöver förändringar i den medicinska teknologin påverkas primärvården även av samhällsförändringar i stort. Utvecklingen av kroniska sjukdomar och ohälsoproblem har stor koppling till levnadsvanor i form av rökning, dålig kost, fysisk inaktivitet och stress, vilket ökar behovet av preventiva insatser. Primärvården ställs i allt högre grad inför problem som har en social snarare än medicinsk förklaring. En tredjedel av alla personer som besöker primärvården har någon form av psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser svarar för knappt hälften av all utbetald försäkringsersättning (Rödholm m.fl. 2017).

Sammantaget leder utvecklingen till krav som svensk primärvård har svårt att leva upp till. Detta har också noterats i flertalet utredningar under senare år (SOU 2016:2, 2017:53, 2018:39, 2019:29). Andelen svenska läkare som är specialister i allmänmedicin är låg jämfört med de flesta andra OECD-länder, och andelen har minskat de senaste 15 åren (Vårdanalys

2017:4, 2018:5). Även tidigare har primärvårdens andel av vårdens resurser i Sverige legat på en låg nivå (Anell 2005). Bristen på tillräcklig utveckling när det gäller svensk primärvård visar på nytt hur svårt det är att ställa om resurserna i vården.

1.3 Ärvårdens utmaningar större än tidigare?

Vårdens utmaningar består till stor del av sådant som ständigt måste hanteras snarare än definitivt lösas. Vården har till exempel alltid behövt prioritera hur tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt. Förändringar i teknologin har både förr och nu ställt krav på utveckling av arbetsformerna och en förändrad organisation. Men även om prioriteringar och omställning alltid behövts i vården är det inte säkert att gårdagens lösningar passar framtiden. Megatrender och specifika utmaningar inom hälso- och sjukvården skapar nya förutsättningar. Även om en del av utmaningarna är desamma som tidigare ställer varje tid krav på delvis olika lösningar.

Trots likheterna när det gäller behov av prioriteringar och kontinuerlig omställning utifrån förändringar i medicinsk teknologi finns flera argument för att vårdens utmaningar faktiskt är större nu än tidigare. Sedan många årtionden finns närmast kroniska besvär i form av brister i tillgängligheten och indikationer på en svagare personcentrering än i många andra länder. Detta trots att de samlade vårdresurserna hela tiden ökat. Med tanke på den demografiska utvecklingen i kombination med en svag ekonomisk tillväxt finns påtaglig risk för att tillgänglighetsproblemen kommer att förvärras. Covid-19-pandemin har ytterligare spätt på problematiken genom att många behandlingar skjuts på framtiden. Det finns också risk för att omställningen till förmån för primärvård eller »nära vård« försvåras till följd av försämrade prognoser när det gäller vårdens finansiering. En öppen konflikt om resurserna mellan sjukhusvård och primärvård skulle sannolikt leda till att den senare vårdformen förlorade. Det har åtminstone varit det vanliga utfallet sett till historien. En annan aktuell och betydande utmaning är hur vården kan bli mera innovativ genom att utnyttja nya digitala möjligheter. Det är en stor omställning för patienter men kanske i ännu högre grad för vårdpersonal som delvis måste ompröva sina kunskaper och synsätt när det gäller hur man förhåller sig till patienter (Topol 2012).

En helt nödvändig förutsättning för att klara vårdens utmaningar är att det finns kompetent och motiverad vårdpersonal. Detta är en självklarhet men glöms ändå ofta bort. Ljuset riktas oftare mot externa förutsättningar och vårdens övergripande struktur och organisation. Arbetsmiljön och villkoren i svensk vård måste vara tillräckligt attraktiva för



Ruta 1.1 Utvecklingen av antal vårdplatser

Det absoluta antalet vårdplatser vid svenska sjukhus har minskat sedan början av 1970-talet. Ställt i relation till befolkningen har antalet vårdplatser minskat sedan mitten av 1960-talet (Anell och Claesson 1995). Den främsta förklaringen till utvecklingen är ny kunskap och teknologi.

Vårdtiderna har kortats och slutenvård har överförts till vård i öppna former. Under 1970- och 1980-talen resulterade ett förändrat synsätt inom den psykiatriska vården i en kraftig reduktion av antalet psykiatriska slutenvårdsplatser. Från 1990-talet har ytterligare förklaringsfaktorer tillkommit. I samband med åstramningar i den offentliga sektorn under 90-talskrisen drog många sjukhus ned på antalet vårdplatser för att klara ekonomin (Anell m.fl. 2012a). Sådana krav har 2019 på nytt blivit aktuella för många sjukhus. Under senare år har även upplevda brister i arbetsmiljön haft stor betydelse. Det har varit svårt för många sjukhus att rekrytera och behålla erfarna sjuksköterskor vilket begränsat antalet disponibla vårdplatser. Bristen på vårdplatser vid många sjukhus har i sin tur lett till ytterligare försämringar i arbetsmiljön.

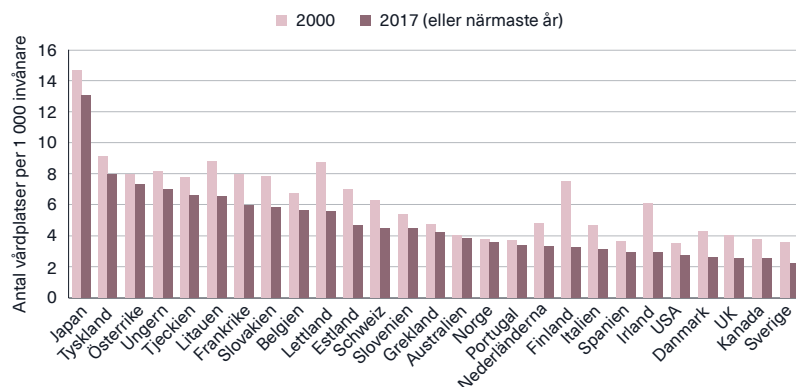
I jämförelser med andra länder har svenska sjukhus få vårdplatser (se figur nedan) och förhållandevis korta vårdtider. Samma resultat återfinns om vi jämför med statistik från år 2000. Sedan dess har i stort sett alla länder minskat antalet vårdplatser på sjukhusen. Minskningen i Sverige har procentuellt sett varit lika stor som i många andra länder, trots att det fanns

få vårdplatser per invånare i Sverige redan år 2000.

Jämförelser baserade på statistik från OECD är dock inte exakta eftersom definitioner och sjukhusens åtagande kan variera mellan länder och över tid. Statistik över antal vårdplatser vid sjukhusen ger inte heller hela bilden av de resurser som finns. Många sköra äldre vårdas vid kommunens särskilda boenden eller i sina hem. Det finns särskilda enheter för palliativ vård. Förekomsten av avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) som utgår från sjukhusens resurser varierar mellan regioner och en samlad statistik saknas. ASiH har till exempel större betydelse i Region Östergötland där också verksamheten först utvecklades vid lasarettet i Motala. Förekomst av väl fungerande mobila team och ett bra samarbete mellan sjukhus och kommuner kan minska behovet av vårdplatser eftersom sköra äldre kan lämna sjukhuset tidigare än vad som annars skulle vara fallet. Risken för akuta besök och återinläggningar påverkas även av samverkan mellan kommuner och primärvård och tillgången till allmänläkare. Andra faktorer som påverkar behovet av vårdplatser är arbetssätt på akutmottagning och vårdavdelningar. Faktorer som lyfts fram som viktiga för att minska behovet av vårdplatser är en snabb handläggning av erfarna läkare på akutmottagningen samt snabbt upprättande av vårdplaner för de patienter som skrivs in inklusive preliminärt hemgångsdatum.*

* Taranger, M. »Krisen i akutsjukvården beror inte på för få vårdplatser«. Forum för Health policy, Blogg Mars nr 1 2020.

Antal vårdplatser på sjukhus per 1 000 invånare i urval OECD-länder år 2000 och 2017 (eller närmaste år). Källa: Data hämtade från OECD.Stat 14 april 2020.



att locka studenter till utbildningarna. Vården måste kunna behålla befintlig vårdpersonal och motivera den att göra sitt bästa. Tyvärr finns många indikationer på att arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården ofta är bristfällig och snarare har försämrats under senare tid. Många vårdgivare är beroende av hyrläkare (Läkartidningen 2018b), vilket tyder på att läkare och sjuksköterskor inte uppfattar en fast anställning som tillräckligt attraktiv. Anmälningar till Arbetsmiljöverket från sjukhusvården har ökat, vilket främst förklarats av problem med överbeläggningar som i sin tur hänger samman hög personalomsättning, många vikarier och brist på sjuksköterskor.² En särskilt allvarlig utveckling med tanke på behovet av omställning till förmån för »nära vård« är att många primärvårdsläkare upplever sitt arbete som mycket stressigt. Enligt en enkätundersökning år 2019, som jämförde upplevelser bland primärvårdsläkare i 11 länder³, upplevde 65 procent av drygt 2 000 medverkande svenska primärvårdsläkare sitt arbete som mycket eller oerhört stressigt (Vårdanalys 2020:5). Det är en ökning med 10 procentenheter jämfört med resultaten från samma undersökning år 2015 och en högre nivå av upplevd stress än i de 10 andra länder som medverkade i enkätstudien. Den högre andelen svenska primärvårdsläkare som upplever sitt arbete som »extremt« eller »mycket« stressigt kan inte förklaras av att svenska primärvårdsläkare tar emot fler patientbesök. Medan svenska primärvårdsläkare enligt studien tar emot i genomsnitt en patient per arbetad timme tar läkare i de andra tio länderna emot två till tre gånger så många. Även den genomsnittliga tiden per patient är högre i svensk primärvård; 25 minuter mot 10–20 minuter i de andra länderna. Trots dessa skillnader är det endast en av tio svenska primärvårdsläkare som var mycket nöjd med den dagliga arbetsbördan och den tid som kan läggas på varje patient. Det visar kanske i första hand att antal patientbesök är ett bristfälligt mått på arbetsbördan. I svensk primärvård tenderar läkarbesöken vara långa och komplexa, och många besök i primärvården tas omhand av sjuksköterskor (Vårdanalys 2017:1).

Problem med utmattning och stress bland läkare och sjuksköterskor finns i många länder (Britnell 2019). Ofta kan problemen kopplas samman med en hög arbetsbörda. För ungefär hälften av jordens befolkning varar ett läkarbesök mindre än fem minuter och en läkare i exempelvis Kina kan ta emot 100 patienter per dag. Det finns också andra faktorer som kan bidra till upplevelser av stress. Bland läkare i USA bidrar mängden administration och hanteringen av IT-system till stress (Britnell 2019). Den faktorn har sannolikt stor betydelse även i svensk vård. Bland sjuksköterskor internationellt tillkommer brist på karriärvägar, begränsad flexibilitet liksom dålig lön som förklaringar bakom upplevd stress. Det är faktorer som även lyfts fram i den svenska debatten. Ytterligare faktorer som kan bidra till stress är upplevelsen av att ha ett otydligt och

2. Dagens Medicin nr 36 2019, »Anmälningar om arbetsmiljön ökar rejält«.
3. Utöver Sverige ingick Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA i studien. Enkätundersökningen var en del av den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP) som genomförs årligen med olika teman och målgrupper.

gränslöst uppdrag som inte svarar mot tillgängliga resurser. Den faktorn har sannolikt stor betydelse för svensk primärvård och svenska allmänläkare.

Brister i arbetsmiljön tillsammans med de utmaningar som beskrivits är en mycket farlig kombination. Med antagandet att resurserna inte kommer att kunna öka i takt med behoven blir den huvudsakliga lösningen på vårdens utmaningar att öka verksamhetens produktivitet. I annat fall måste ambitionsnivån sänkas. Flera tidigare studier har visat att produktiviteten i svensk sjukhusvård är svagare än i många andra länder (Rehnberg 2019) vilket indikerar att det finns potential till förbättring. Samtidigt är »ökad produktivitet« något som många i vården inte alls vill höra talas om då det förknippas med fokus på kostnader och produktionsvolym. Det ska springas snabbare i korridorer och bemannas glesare. Den typen av upplevelser kan leda till att det blir ännu svårare att behålla och motivera vårdpersonalen och att misstroendet mot ledningen och styrningen ökar ytterligare. Den allra största utmaningen är därför hur man kan förändra och effektivisera vården samtidigt som arbetsmiljön förbättras. En sådan utveckling förutsätter innovationer och nya arbetsformer snarare än en ökad produktivitet inom befintliga ramar. Sådana nya arbetsformer kan till exempel handla om hur digital teknik utnyttjas och hur patienter och anhöriga involveras i vården. Det handlar också om hur bästa tillgängliga kunskap används samt hur vårdpersonal samverkar, delar information och vet »vem som gör vad«. På en övergripande nivå handlar »vem som gör vad« också om samverkan mellan kommuner, primärvård och sjukhusvård.

Nya arbetsformer utvecklas inte av sig själva utan kräver engagemang och »verkstad« ute i verksamheten. Förändringar måste till stor del drivas och utvecklas underifrån. Enkla förändringar kan varje läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal själv genomföra. Mera komplexa förändringar kräver dock ett ledarskap som kan hålla samman och skapa riktning i förändringsarbetet.

1.4 Rapportens fortsatta disposition

Rapportens introduktion har målats med breda penseldrag i syfte att ringa in några av de många utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Sammanfattningsvis innebär utmaningarna att det kommer att ställas ökade krav på vården samtidigt som finansieringen blir mer problematisk. Lösningen ligger knappast i att öka produktiviteten inom befintlig organisation och nuvarande arbetsformer. Sådana krav kan snarast förvärra de problem med arbetsmiljön som redan existerar. Det finns istället behov av att utveckla nya arbetsformer som även utnyttjar digitaliseringens möjligheter och behovet av

en ökad personcentrering. En sådan utveckling och komplex förändring ställer krav på en styrning och ledning som möjliggör innovationer samt underlättar långsiktig omställning.

Rapportens fortsatta disposition och kapitel delas in i två olika delar. I första hand fokuseras den hälso- och sjukvård som de 21 regionerna ansvarar för i form av sjukhus, specialistmottagningar och primärvård. Material hämtas från relevant forskning, från utredningar och statistik. I en första del fördjupas diskussionen om två av de utmaningar och möjligheter som berörts. Det gäller dels innebörden av en ökad personcentrering (kapitel 2), dels hur ett bättre utnyttjande av digitaliseringens möjligheter kan bidra till både ökad produktivitet i vården och ökad grad av personcentrering (kapitel 3). Både personcentrering och digitalisering, som dessutom hänger samman, förutsätter en omprövning och utveckling av arbetsformerna om potentialen till förbättringar ska nås fullt ut. Personcentrering och digitalisering kan på så sätt ge bättre möjligheter att hantera kombinationen ökande vårdbehov, stigande förväntningar och begränsade resurser. Men sambanden är inte självklara och det finns risker. En ökad grad av personcentrering kan ta mera tid i anspråk. Tillgången till personcentrerad och digital vård kan komma att variera beroende på socioekonomiska förutsättningar. En utveckling av arbetsformerna utifrån personcentrering och digitalisering måste därför utgå ifrån generella målsättningar i vården, där ibland en resursfördelning efter vårdbehov. Det leder in på frågan om styrning, vilket är temat för rapportens andra del.

Kapitel 4–7 fokuserar på olika sätt vårdens styrning och finansiering och är rapportens huvudsakliga bidrag. Resonemangen är i vissa avseenden teoretiska och den historiska belysningen ges stort utrymme. Ambitionen är att problematiseringen utifrån teori och erfarenheter ska ge djupare förståelse och en mer stabil grund för de förslag som lämnas.

I kapitel 4 redovisas utvecklingen och erfarenheterna när det gäller införande av nya styrmodeller i svensk vård. Med »nya styrmodeller« avses den styrning som införts främst på regional nivå, som omfattar hela eller delar av hälso- och sjukvården och baseras på ekonomiska incitament. Kapitlet berör bland annat utvecklingen mot så kallad new public management (NPM). Erfarenheter när det gäller värdebaserad vård analyseras mera i detalj. Det huvudsakliga syftet med kapitlet är att redogöra för de stora dragen i utvecklingen under de senaste 30–40 åren och vilken erfarenhet som finns när det gäller styrningens förmåga att bidra till innovationer och nya arbetsformer.

Kapitel 5–6 fokuserar på alternativ för den framtida styrningen. Kapitel 5 är en fortsättning på kapitel 4 men med blickpunkten på den framtida regionala styrningen. Eftersom förändrade ersättningsprinciper ofta lyfts fram som en viktig del av nya styrmodeller på regional nivå granskas vilka anta-

ganden som ligger bakom detta synsätt. Denna granskning leder i sin tur in på en teoretiskt förankrad diskussion om vilken motivation som *egentligen* finns i en professionell verksamhet som hälso- och sjukvård. Med denna utgångspunkt diskuteras sedan hur en styrning som fokuserar innovationer och utveckling av arbetsformerna borde utformas. Ett viktigt budskap är att styrningen i högre grad måste beakta professionella drivkrafter och bidra till ett systematiskt lärande så att man kan utveckla något nytt. Bland annat diskuteras hur uppföljningen bör förändras och hur externa perspektiv och jämförelser kan bidra till nya idéer och förändringskraft. I kapitel 6 fokuseras den övergripande och långsiktiga styrningen av vården, vilket leder in på statens ansvar och hur staten bör styra. Temat i kapitlet avgränsas till den så kallade omställningen i vården till förmån för en utvecklad primärvård och bättre »nära vård«. Det historiska perspektivet ges stort utrymme för att visa hur svårt det varit att lösa problemen och ändra på vårdens strukturer och den övergripande resursfördelningen. Det förslag som redovisas när det gäller en utvecklad nationell vårdvalsmodell i primärvården tar i hög grad sin utgångspunkt i nya digitala möjligheter och erfarenheter med så kallade nätläkare.

I kapitel 7 behandlas frågan om hälso- och sjukvårdens finansiering. Grundläggande frågor om motivation bland vårdpersonal byts ut mot andra och lika grundläggande frågor om individers friheter, rättvisa samt hälso- och sjukvårdens portalparagraf om vård på lika villkor och efter behov. Lösningar när det gäller framtidens finansiering påverkar även styrningen. I kapitlet diskuteras statens ansvar för den långsiktiga och gemensamma finansieringen och behovet av tydligare ansvarsutkrävande gentemot regionerna. Andra teman som diskuteras är konsekvenser av frivilliga sjukvårdsförsäkringar samt hur med- och egenfinansiering genom avgifter kan bidra till ökad personcentrering.

I kapitel 8 redovisas rapportens viktigaste slutsatser och rekommendationer. Kapitlet innehåller också resonemang om förutsättningarna för att de förslag som redovisats ska kunna genomföras.

2. Vad innebär personcentrerad vård?

DET FINNS EN BRED uppslutning både internationellt och nationellt kring att hälso- och sjukvården ska vara patient- eller personcentrerad. Uppslutningen kommer till uttryck i olika policydeklarationer av organisationer som WHO och EU och de toppmöten dessa organiserar, men även i nationell lagstiftning om individers rättigheter och vårdgivares skyldigheter samt i praktisk handling (Nolte m.fl. 2020a). Exempel på utvecklingen mot personcentrering finns på individuell patientnivå i form av ökad delaktighet i behandlingen men även på kollektiv nivå i form av samverkan med representanter för patienter och anhöriga som stöd inför beslut eller vid utveckling av arbetsformer. Patienter och befolkningen kan också ges inflytande genom att systematiskt insamlade upplevelser och erfarenheter används som utgångspunkt för vårdens förbättringsarbete. Mera generellt kan patienter och befolkning ges inflytande genom sin röst (»voice«), genom val av vårdgivare och behandling (»choice«) och genom att vara aktiv medskapare i sin egen vård (»co-production«).

Uppslutningen bakom patient- eller personcentrering är inte ny (Nolte m.fl. 2020b). Vissa etiska grunder när det gäller att patienter ska behandlas med respekt och integritet kan spåras bakåt ända till antiken och utgör en fundamental del av läkaretiken. I modern tid har inte minst allmänläkare och senare även sjuksköterskor betonat behovet av att se till helheten och individen, snarare än individens enskilda diagnoser. Det finns också andra perspektiv. I kontrast till vårdgivares perspektiv och ett fokus på omhändertagande står tankar om »empowerment« i form av maktförskjutning till fördel för enskilda patienter och brukare. Sådana tankar uppkom inom patient- och brukarföreningar i USA under 1960-talet och har senare spridits till andra länder under paroller som »nothing about me without me«. Under senare tid har patient- eller personcentrering blivit en självklar del av referensramar som

anger hälso- och sjukvårdens olika mål. WHO:s referensram enligt Världshälsorapporten år 2000 (WHO 2000) skiljer mellan förbättrad folkhälsa (»health«), rättvis finansiering (»fair financial contribution«) samt lyhördhet för människors förväntningar (»responsiveness to people's non-medical expectations«). Ungefär samtidigt identifierade Institute of Medicine (2001) i USA patientsäkerhet (»safe«), effektivitet (»effective«), patientcentrering (»patient-centered«), tillgänglighet (»timely«), kostnadseffektivitet (»efficiency«) och rättvis fördelning (»equity«) som viktiga mål. Ett svenskt exempel är Socialstyrelsens definition av »god vård« utifrån sex kvalitetsområden: kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård och jämlik vård (Socialstyrelsen 2005:12). Synen på patient- och personcentrering har också expanderat från ett fokus på det enskilda mötet mellan vårdgivare och patient till att inkludera hur patienter och befolkningen kan få ökat inflytande över vården på organisations- och systemnivå. Inte heller denna syn är dock helt ny. I WHO:s Alma Ata-deklARATION år 1978 sägs i fjärde artikeln att »the people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care«.

2.1 Många olika definitioner men en gemensam kärna

Det lär knappast finnas någon sjukvårdspolitik, läkare eller sjuksköterska som tycker att patient- eller personcentrering i vården är en dålig idé. Själva begreppen har en positiv klang och framstår närmast som en självklarhet. Många tycker dessutom att det redan är infört. Även bland patienter och anhöriga finns starka förväntningar på att patient- och personcentrering ska vara en ledstjärna i vården. Samsynen blir förmodligen mindre om man skrapar på ytan och förtydligar vad begreppen egentligen innebär.

Betydelsen av patient- och personcentrering har varierat över tid och beroende på perspektiv och det är därför svårt att ge begreppen en allmängiltig och entydig definition. Ett urval definitioner från olika tidpunkter redovisas i tabell 2.1. De olika perspektiven kan delvis kopplas samman med om det är patientcentrering eller personcentrering som används. Studier och rapporter av sjuksköterskor har tenderat att använda begreppet personcentrering för att betona helheten och ett humanistiskt perspektiv. Det finns också skillnader i begreppsanvändningen mellan anglosaxiska länder (patientcentrering vanligare) och kontinentala Europa (personcentrering vanligare) liksom över tid (personcentrering vanligare). Personcentrering är det begrepp som används fort-

sättningsvis i rapporten eftersom det omfattar alla aspekter av patientcentrering, även de sammanhang där individer har inflytande över vården i första hand som personer snarare än som aktiva patienter.

Även om terminologin och definitionerna varierar finns en gemensam kärna som handlar om att patienter ska behandlas och mötas med respekt och värdighet och att vården ska beakta individers behov samt egna förmågor och preferenser (Nolte m.fl. 2020b). Personcentrering handlar också om att tillvarata patienters och anhörigas erfarenheter och kunskaper i utformningen av hälso- och sjukvård. Det motsvarar den definition som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gett begreppet (Vårdanalys 2018:8). Konsekvenserna av denna övergripande definition är dock inte självklara eftersom den rymmer flera potentiella målkonflikter. Det kan finnas olika synsätt mellan vårdpersonal och patienter när det gäller i vilken grad patienters egna preferenser och önskemål ska beaktas och vägas mot behov. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv kan det vara naturligt att fokusera helt på behov och individens förmågor och sedan ge information om de val vården gör med dessa utgångspunkter. Detta synsätt kan passa många patienter medan andra patienter efterlyser större hänsyn till de egna preferenserna och en mer aktiv medverkan i besluten. Det finns också potentiella målkonflikter i förhållande till övergripande mål som kostnadskontroll och kostnadseffektivitet som innebär att patienters individuella preferenser och önskemål inte alltid kan höras sammas.

Även argumenten bakom personcentrering varierar. Olika personer kan vara överens om hur personcentrering ska definieras men ha olika uppfattningar om dess betydelse. Argumenten kan vara både etiska och instrumentella. En etisk argumentation utgår ifrån att personcentrering har ett värde i sig. En instrumentell argumentation innebär istället att personcentrering är viktigt om det kan bidra till att andra och mera centrala mål uppnås. Under senare årtionden har det blivit allt vanligare med en instrumentell syn på personcentrering (Nolte m.fl. 2020b). Personcentrering ses som betydelsefullt eftersom det ökar följsamheten till vårdgivares rekommendationer, bidrar till att patienter tar ett ansvar för sin egen vård eller till att vårdkostnaderna kan minska. Andra exempel är införande av vårdval utifrån argument om att konkurrens skapar incitament bland vårdgivare att förbättra verksamhetens kvalitet. En sådan instrumentell tillämpning av personcentrering kan i värsta fall leda till en utveckling som går emot de ursprungliga tankarna. Det blir snarare vårdgivares preferenser och värderingar som står i centrum. Många olika vårdval kan till exempel leda till ökade frihetsgrader för vårdgivare att etablera sig, men samtidigt ge en fragmenterad vård där patienterna själva antas svara för koordineringen mellan vårdgivare. Ett påtvingat ansvar för egenvård kan leda

Tabell 2.1 Ett urval definitioner av patient- och personcentrerad vård. Källa och referenser: Efter Nolte, Merkur och Anell (2020b), s. 23.

(Balint, 1969)	Patientcentrerad medicin förstår patienten som »a unique human-being«. (s. 269)
(Gerteis m.fl., 1993)	Patientcentrerad vård är en ansats som »consciously adopts the patient's perspective«. (s. 5)
(Laine & Davidoff, 1996)	Patientcentrerad vård är hälso- och sjukvård som är »closely congruent with and responsive to patients' wants, needs and preferences«. (s. 152)
(Institute of Medicine, 2001)	Patientcentrering innebär vård som är »respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions«. (s. 6)
(International Alliance for Patients' Organizations, 2006)	Patientcentrerad vård innebär att hälso- och sjukvården är »designed and delivered to address the healthcare needs and preferences of patients so that healthcare is appropriate and cost-effective«. (s. 1)
(Berwick, 2009)	Patientcentrerad vård är »the experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualization, recognition, respect, dignity and choice in all matters, without exception, related to one's person, circumstances, and relationships in health care«. (s. 560)
(Canadian Medical Association, 2010)	Den viktigaste principen bakom patientcentrerad vård är att vården är »provided in a manner that works best for patients. Health care providers partner with patients and their families to identify and satisfy the range of needs and preferences«. (s. 8)
(International College of Person-centered Medicine, 2011)	Personcentrerad medicin är »dedicated to the promotion of health as a state of physical, mental, social and spiritual wellbeing as well as to the reduction of disease, and founded on mutual respect for the dignity and responsibility of each individual person«. (s. 1)
(The Health Foundation, 2014)	Personcentrerad vård »supports people to develop the knowledge, skills and confidence they need to more effectively manage and make informed decisions about their own health and health care. It is coordinated and tailored to the needs of the individual. And, crucially, it ensures that people are always treated with dignity, compassion and respect«. (s. 3)
(Haut Autorite de Sante, 2015)	En patientcentrerad ansats är »based on a partnership of the patient, their relatives and the health care professional or a multi-professional team to achieve the development of care plan, the monitoring of its implementation and its adjustment over time«. (s. 1)

till övervältringar av kostnader och ansvar på patienten som är oönskat sett ur patienters perspektiv.

Mållkonflikter och olika argument innebär att personcentrering kan bli svårt att genomföra även om alla tycks vara överens på ett yligt plan. Det finns risk att personcentrering lyfts in i mål- och policydokument utan att något substantiellt ändras. Personcentrering »på riktigt« kan antas få stora konsekvenser för hur verksamheten organiseras, hur patienter och anhöriga involveras, vad som mäts och hur prioriteringar genomförs.

2.2 Rättighet, mål eller medel?

Utifrån olika definitioner och argument kan det finnas skilda uppfattningar om huruvida personcentrering ska betraktas som en fundamental rättighet, ett mål bland andra eller ett medel för att uppnå andra mål. I tabell 2.2 redovisas exempel på patienträttigheter hämtade från europeiska ramverk och hur de hänger samman med olika dimensioner av personcentrering. Även om formuleringarna kan vara desamma varierar formerna för rättigheterna i olika länder. Rättigheter kan vara legalt utkrävbara eller utformade som moraliska skyldigheter. I Sverige finns en tendens att patienträttigheter snarare är regioners och vårdgivares skyldigheter. Det ger utrymme för olika tolkningar och att patienträttigheterna balanseras mot andra mål. I vissa fall kan patienträttigheterna urholkas helt, i andra fall är behovet av balansering mot andra mål mera begränsat.

Rättigheter i form av att patienter behandlas med respekt och har rätt till information om sin sjukdom och den vård man får är relativt oproblematiska. I de fall rättigheterna påverkar resursfördelningen och kostnaderna finns större risk för mållkonflikter. Om inflytande vid val av behandling skulle upphöjas till fundamental rättighet – en rättighet som inte får vägas mot andra mål – skulle konsekvenserna förmodligen bli stora. Det gäller även om patienternas önskemål skulle begränsas till diagnostik och behandling som det finns stöd för enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Mot den bakgrunden har det också införts begränsningar i patientlagen (2014:821). Patienten har förvisso rätt att få information om tillgängliga behandlingsalternativ och ska ges möjligheter att välja mellan dessa. Vården har samtidigt rätt att neka möjligheten att välja viss behandling om kostnaderna anses som höga i förhållande till uppnådd effekt och nytta för patienten. Ett annat exempel är rätten till ny medicinsk bedömning (»second opinion«) vid allvarlig sjukdom som i praktiken kan begränsas till bedömning av andra vårdgivare i Sverige. Graden av personcentrering vägs i dessa exempel mot andra övergripande mål som jämlikhet, kostnadseffektivitet och kostnadskontroll. Personcentrering blir ett mål som vägs mot andra mål i vården.

Tabell 2.2 Dimensioner av personcentrering och exempel på patienträttigheter.
Källa: Efter Palm m.fl. (2020), s. 258.

Olika dimensioner av personcentrering	Patienträttigheter
Självbestämmande	Rätten till informerat samtycke Rätten till inflytande vid val av behandling och planering av vård
Konfidentialitet	Rätten till konfidentialitet när det gäller data Rätten att läsa sin egen journal
Tillgång på vård	Rätten till vård efter behov och fast vårdkontakt Rätten till patientsäker vård av god kvalitet inom rimlig tid
Val	Rätten att välja vårdgivare Rätt till ny medicinsk bedömning (»second opinion«)
Information	Rätten till begriplig information om den egna hälsan och aktuell behandling Rätten till information om vårdgivare Rätten till information om rättigheter
Överklagan	Rätten att lämna synpunkter och framföra klagomål på vården Rätten till kompensation vid patientskada

Personcentrering kan också uppfattas som helt instrumentell, det vill säga som ett medel för att uppnå andra och viktigare mål. I så fall är det konsekvenserna av personcentreringen som hamnar i fokus. Personcentrering har inget värde i sig men kan vara en intervention för att uppnå bättre hälsa, mera jämlikhet, ökad kostnadseffektivitet, bättre tillgänglighet, högre medicinsk kvalitet eller lägre kostnader. Patienter som är involverade i sin behandling kan till exempel vara bättre på att förstå och följa behandlingsråden. I de fall personcentrering enbart leder till nöjdare patienter utan att några andra mål påverkas blir stödet för personcentrering med ett sådant synsätt svagt.

Om personcentrering uppfattas som en intervention för att uppnå andra mål blir studier om effekterna avgörande för att bedöma om personcentrering är något bra och hur interventionen i så fall ska utformas. Det finns många studier som fokuserat personcentrering i den kliniska praktiken, särskilt när det gäller inflytande och delat beslutsfattande vid val av behandling (Légaré m.fl. 2020). Enligt flera studier ser de allra flesta patienter positivt på att vara välinformerade och de flesta vill dela besluten om val av behandlingsalternativ med sin läkare. Eftersom förutsättningarna för patientinflytande

varierar beroende på vårdområde, hälso- och sjukvårdssystem och patientgrupper är det dock svårt att ge något enhetligt och generellt svar när det gäller vilka effekter som uppnås. I ett svenskt perspektiv har flera kliniska studier om effekterna av personcentrerad vård genomförts vid Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC). Resultaten från forskningen visar på positiva effekter på patienters livskvalitet men även på andra utfallsmått inom områden som kronisk hjärtsvikt, höftledsfrakturer och reumatoid artrit.⁴ Evidensen är mera bristfällig när det gäller effekter av ökad personcentrering på övergripande organisations- och systemnivå (Nolte m.fl. 2020a). Det hänger också samman med svårigheterna att designa sådana studier så att man får kunskap om orsakssambanden.

Olika syn på personcentrering bland vårdpersonal, sjukvårdspolitiker och patienter kan till stor del förklaras av vilket perspektiv man har på vården och hur det egna ansvaret ser ut. Vårdpersonalen är förmodligen mer benägen att fokusera på kvalitet i det enskilda patientmötet. Flera patienträttigheter kan närmast betraktas som en del av yrkesetiken. Samtidigt har främst läkare en traditionell roll som auktoritet gentemot patienter. Denna traditionella yrkesroll kan vara svår att lämna till förmån för ett partnerskap där patienters värderingar och preferenser ges ökat utrymme. Som vårdgivare har man ett ansvar för behandlingen och utfallet oavsett vem som beslutar. Kunskapsstöd som baseras på tillgänglig evidens om behandlingars nytta och risker har stor betydelse för vårdens beslut. Patienter kan gärna ha preferenser och värderingar, men till sist är det ändå vårdgivarnas synpunkter som avgör. Den evidensbaserade synen kan också leda till att personcentrering uppfattas som en intervention bland andra, vilket motsvarar ett instrumentellt synsätt.

Bland sjukvårdspolitiker och chefer i vården finns en skyldighet att ansvara för kostnadskontroll och kostnadseffektivitet. Istället för mål på klinisk nivå fokuseras mål på organisations- och systemnivå. Patienters medverkan i den egna vården kan i så fall anses bra eftersom det avlastar vården och bidrar till lägre kostnader. Vårdval är bra eftersom det bidrar till konkurrens som antas främja tillgänglighet och kostnadseffektivitet. Bland patienter finns sannolikt ett begränsat intresse av att de egna målen balanseras mot övergripande mål, även om man kan förstå varför en sådan avvägning behöver göras. Individerna själva kan anse att vårdval är bra eftersom man får välja en vårdgivare som matchar ens egna behov och som man har förtroende för, snarare än att vårdvalet bidrar till konkurrens på systemnivå. I den utsträckning man anser att inflytande över behandlingar och hänsyn till de egna preferenserna urholkas helt kan det ligga nära till hands att efterlysa legalt utkrävbbara rättigheter.

Ett resonemang om personcentrering som rättighet, mål

4. För referenser, se <https://gpcc.gu.se/forskning>.

eller medel tydliggör de olika intressen och perspektiv som finns mellan olika aktörer. Det blir också tydligt att olika intressen och perspektiv kan vara svåra att förena. Traditionella värderingar om rättvis fördelning av de samlade vårdresurserna är starka i svensk hälso- och sjukvård (Anell 2015; Blomqvist 2020). Detta synsätt bidrar förmodligen till tendenser att personcentrering i första hand betraktas som ett medel för att uppnå andra mål och ses som underordnat i jämförelse med målen som hälsa och jämlikhet. Det kan också finnas uppfattningar om att en personcentrerad vård leder till en utveckling som strider mot vetenskap och erfarenhet. Personcentrering accepteras i högre grad om det ger positiva effekter på sådant som vårdgivarna eller sjukvårdspolitikerna själva bedömer som relevant.

Mållkonflikterna ska dock inte överdrivas. Patienter är i allmänhet inte intresserade av att ensamma fatta beslut om val av behandling. Enligt de studier som gjorts i både Sverige och andra länder vill patienter i första hand ha ett delat ansvar och partnerskap med sin vårdgivare (Vårdanalys 2017:9; Fotaki m.fl. 2020; Légaré m.fl. 2020). Samtidigt kan det finnas delade meningar om hur nyttan av olika interventioner ska bedömas. Individer kan sätta ett annat och högre pris på utfallen än vad som är utgångspunkten i de samhällsekonomiska kalkylerna som ligger till grund för vårdens prioriteringar. Ska vårdgivare då hänvisa till strikta prioriteringar eller ska patienters värderingar och preferenser beaktas genom att man ger utrymme åt frivilliga försäkringar och avgifter? Mer om detta i kapitel 7.

2.3 Exempel på olika former av personcentrering

Innebörden av personcentrering har hittills diskuterats på en generell nivå. För att ge konkreta exempel kan olika former av personcentrerad vård diskuteras utifrån hur det skulle kunna se ut för patienter med vanliga kroniska sjukdomar som diabetes eller astma/KOL. Vanligtvis får patienter med sådana diagnoser sitt vårdbehov tillgodosett inom primärvården. Med utgångspunkt i målsättningar att uppnå ökad hälsa och resurseffektivitet skulle följande aktiviteter kunna prioriteras vid en vårdcentral:

- › Ökad betoning på preventiva och hälsofrämjande insatser i befolkningen och framför allt i riskgrupper, som leder till god kost, fysisk aktivitet och rökstopp, vilket i sin tur kan minska förekomsten av ohälsa och sjukdom.
- › Patienter som redan har en diagnos kan få utbildning och information som gör att de förstår sjukdomen och den behandling som satts in, vilket kan förbättra följsamheten till behandlingen och minska behovet av akuta vårdkontakter.

- › Patienter kan själva följa upp sin behandling och registrera utfallen, vilket skulle kunna frigöra resurser på vårdcentralen.
- › Utifrån patienters egen uppföljning kan fysiska besök ske när det behövs och är motiverat snarare än efter visst tidsintervall, vilket kan minska antalet fysiska besök och frigöra resurser.

5. www.riggare.se.

Dessa exempel ger uttryck för att personcentrering i första hand uppfattas som ett medel för att uppnå något annat. Om patienterna kan göra en del av arbetet själva kan tillgängliga vårdresurser användas för att lösa mera kvalificerade problem. Den bästa interventionen är förstås om vårdbehoven helt kan undvikas genom att patienter tar ökat ansvar för sin egen hälsa. Översikter av »self-management«-program i olika länder visar att en sådan syn på syftet med patienters medverkan i vården av sin egen kroniska sjukdom inte alls är ovanlig (Nolte och Anell 2020). Personcentrering handlar i så fall till liten del om att beakta patienters värderingar och preferenser. Det är dock förhållandevis enkelt att ändra på formuleringarna om patientens medverkan så att målsättningarna inkluderar en personcentrering som i högre grad beaktar individers preferenser och har ett värde i sig:

- › De patienter som önskar och har rätt förutsättningar kan själva följa upp behandlingen mera frekvent och i »vanlig miljö«, vilket ger mer och bättre data om hälsostatus och utfall.
- › Uppföljningen och kommunikationen med vården kan ske när det passar individer utan krav på bokade tider, tid och kostnader för resor samt väntetider på mottagningen.
- › De fysiska vårdbesöken kan genomföras när det är särskilt motiverat och behövs. I andra fall kan kontakt ske genom telefonsamtal eller digitalt.

En personcentrering som utgår från patienternas vardag skulle sannolikt välkomnas av många patienter. Många kroniskt sjuka patienter kanske gör ett uppföljningsbesök i vården per år. Resterande tid (det vill säga 8 759 timmar) ägnar de åt egenvård.⁵ En integrering av uppföljningen och behandlingen i vardagen skulle förmodligen uppskattas av många patienter, även om det medför att man måste göra mera själv. Samtidigt förutsätter utvecklingen att patienter får relevant utbildning och stöd för de egna insatserna. Motsvarande utbildning och stöd behövs även för vårdpersonal. Arbetsformerna måste utvecklas och anpassas till patienters olika förutsättningar och önskemål.

Intentionerna bakom en ökad grad av personcentrering har förmodligen stor betydelse för i vilken grad patienterna är villiga att medverka med egna insatser. Om de egna insatserna syftar till bättre kvalitet och individanpassning är det

förmodligen fler patienter som är intresserade av att delta än om interventionen syftar till avlastning och kostnadskontroll. Goda intentioner bakom personcentreringen i kombination med rätt utbildning och stöd kan också få effekt på utfallet av behandlingen. Patienter som förstår och känner sig trygga följer antagligen behandlingsråden i högre grad än patienter som saknar kunskap och är missnöjda. Större följsamhet till den behandling man kommit överens kan ge bättre hälsa och livskvalitet, som i sin tur leder till färre oplanerade vårdbesök. Det finns därför ingen absolut motsättning mellan personcentrering »på riktigt« och möjligheten att uppnå positiva effekter på andra mål. Möjligheterna att nå andra mål påverkas dock av arbetsformerna och verksamhetens styrning och ledning. Det är också genom styrning och ledning som negativa och oönskade effekter kan undvikas.

2.4 Personcentrering som drivkraft till utveckling av arbetsformer och organisation

Personcentrering handlar inte enbart om den enskilda patientens möte med vården. Man kan också tala om personcentrering på kollektiv nivå där befolkningens och patienternas *samlade* upplevelser, erfarenheter och värderingar används för att ge stöd för utveckling av arbetsformer och organisation. Men tanke på att det finns ett stort behov av innovationer när det gäller arbetsformer borde det vara intressant att försöka använda en ökad personcentrering som drivkraft till utvecklingen. En systematisk satsning på ökad personcentrering kan även bidra till att ena olika uppfattningar bland vårdens professioner genom att fokusera på patientnyttan och patienternas perspektiv.

Innovationsforskning har visat att organisationer som samarbetar med externa aktörer ofta är mera framgångsrika i sitt innovationsarbete (Fagerberg 2006). Detta förhållande tycks gälla även inom hälso- och sjukvården (Greenhalgh m.fl. 2004) och har visats i en tidigare enkätstudie av svenska sjukhus och vårdcentraler (SCB 2015). SCB:s studie visade att de mest innovativa sjukhusen hämtade idéer till innovationer från många olika håll och hade flest externa samarbetspartner, däribland med patientorganisationer. Motsvarande resultat identifierades för vårdcentraler. De mest innovativa vårdcentralerna uppgav i högre grad att de fick idéer från patienterna. Samtidigt var externa samarbeten mera ovanliga i sjukvården jämfört med andra sektorer, och de ansågs inte heller särskilt viktiga av vårdaktörerna själva. Svenska studier tyder på att befolkning och patienter är intresserade av att bidra till att utveckla vården, möjligen som en konsekvens av att de upplever

att organisationen och arbetsformerna brister (Fredriksson m.fl. 2018). Det finns också spetspatienter som lyfts fram som en särskilt användbar resurs för att åstadkomma systemförbättringar (Riggare m.fl. 2020). Från vårdens sida har dock intresset inte varit lika stort. Personcentrering har accepterats som ett instrument för att uppnå andra målsättningar, men inte mycket mer än så. En sådan snäv syn på personcentrering blir knappast någon drivkraft till större förändringar.

Om personcentrering ska utnyttjas som drivkraft till utveckling av organisation och arbetsformer behövs stöd från den övergripande styrningen och ledningen. Tidigare studier har identifierat flera organisatoriska faktorer som kan hindra eller möjliggöra en utveckling mot ökad personcentrering (Liberati m.fl. 2015). Bland möjliggörande faktorer återfinns en engagerad övergripande ledning, en organisationskultur som främjar lärande och innovationer och ett systematiskt grepp som samlar och tillvaratar patienters upplevelser och erfarenheter för att utveckla arbetsformer och organisation. Hindrande faktorer har främst att göra med traditionella värderingar och maktförhållanden som kan vara svåra att påverka. Digitaliseringen har dock gett ny fart till utvecklingen och bidrar till ett bredare synsätt. Den primära källan till information om vård, behandling och hälsa är idag internet. För personer med kroniska sjukdomar ger plattformar på sociala medier möjligheter till stöd från ett stort antal liknande patienter med egna erfarenheter (Allen m.fl. 2016).

I en snar framtid kan individer även skapa sina egna digitala lösningar med virtuell rådgivning och uppföljning av den egna hälsan i hemmiljö. Digitaliseringen ger på så sätt befolkning och patienter nya verktyg för att själva utforma sin vård parallellt med de insatser som kommer från den »traditionella« vård. Utvecklingen är tydlig och förmodligen oundviklig. Risken för ojämlikheter i tillgången till digitala lösningar är också påtaglig om inte vården förändras. Efter flera år av snarast passivt motstånd gör också den offentliga vården stora investeringar i ny digital teknologi och erbjuder nya digitala lösningar i kontakter med patienter och befolkning. Som kommer att diskuteras i nästa kapitel finns förutsättningar för att digitaliseringen i snabb takt kan bidra till en mera personcentrerad vård. Digitaliseringen, liksom personcentreringen, är en utmaning – men framför allt en mycket stor möjlighet – som kan bidra till utvecklingen av nya arbetsformer och en förbättrad produktivitet och kvalitet i vården.

3. Digitaliseringen ger möjligheter att arbeta mer personcentrerat

DIGITALISERINGEN HAR på förhållandevis kort tid fått stora konsekvenser för samhälle och individer och skapar förutsättningar för det som beskrivits som den fjärde industriella revolutionen. Digitaliseringen är en disruptiv och transformativ innovation, en »game changer«. Den kan användas för att öka produktiviteten inom befintliga arbetsformer och givna rutiner men skapar framför allt möjligheter att arbeta och kommunicera på helt nya sätt. Det finns positiva förhoppningar om att automatisering av repetitiva arbetsuppgifter genom artificiell intelligens (AI) i olika former ska frigöra tid och sluta tvinga människor att agera som om de vore maskiner (du Sautoy 2019). Mot bakgrund av utmaningar i vården och kraven på ökad produktivitet som beskrivits i kapitel 1 bör digitaliseringen ses som en välkommen möjlighet att utveckla hälso- och sjukvårdens arbetsformer. Som nämnts i kapitel 2 erbjuder digitaliseringen också nya möjligheter att utveckla personcentreringen i vården.

Trots förhoppningarna har digitaliseringen ännu så länge haft förhållandevis liten effekt på vårdens arbetssätt och arbetsformer jämfört med dess betydelse inom branscher som media och kommunikation, detaljhandel, resor och transporter samt bank- och finansindustri (OECD 2019). Specialiserade algoritmer med fokus på att söka och analysera information i stora datamängder används för att snabba upp och öka kvaliteten i en mängd arbetsflöden och tjänster (Smith 2018). Det kan handla om sökmotorer på internet, ansiktigenkänning vid passagekontroller eller mönsterigenkänning vid kreditbedömningar, virtuella assistenter och rådgivare, robohandel på börsen med mera. I dagligt tal refereras utveckling av specialiserade algoritmer baserat på maskininlärning och analys av »big data« vanligen som AI. Det är till viss del missvisande sett till vad som kan förväntas av utvecklingen på kort- och medellång sikt. Begreppen »artificial intelligence« och »machine

learning« myntades redan under 1950-talet. Allt sedan dess har generell »riktig« artificiell intelligens oftast bedömts ligga 20–50 år framåt i tiden (Smith 2018).

Uppfattningarna om AI påverkar den allmänna diskussionen om för- och nackdelar. Hot från AI som tar över mänskligheten har debatterats allmänt. På kort sikt finns förmodligen ett större hot i form av att teknologin inte används, inte anpassas till användare eller att arbetsformerna inte omprövas. Ett annat problem är om människor litar för mycket på teknologin. Maskininlärning och analyser av »big data« ändrar inte på grundläggande statistik (Smith 2018). Om tillräckligt många variabler analyseras utifrån mycket stora datamängder tillräckligt länge finns möjligheter att utveckla en modell som belyser samvariation mellan variablerna. Det är inte samma sak som att samvariationen återspeglar kausala samband eller att modellen är relevant för prediktioner om framtiden (du Sautoy 2019). Ett annat hot är intrång i den personliga integriteten som kan uppkomma i samband med ökad användning av digitala tekniker. Individers rätt till personlig integritet hamnar i nytt ljus eftersom digitaliseringen ger möjligheter att lagra och koppla samman stora datamängder om många människor.

Oavsett när »riktig« generell artificiell intelligens utvecklas erbjuder digitalisering, olika former av maskininlärning och specialiserade algoritmer redan idag stora möjligheter att förändra och utveckla olika typer av tjänster. Repetitiva tjänster som människor tillhandahåller långsamt och med varierande kvalitet kan genom digitala lösningar göras mycket snabbare, billigare och med en konstant hög kvalitet. Det frigör tid och resurser som kan ägnas åt annat. Utvecklingen går fort.

I hälso- och sjukvårdens finns en mängd data och potentialen att förbättra kvalitet och produktivitet med hjälp av olika former av AI bedöms som mycket stor (OECD 2019). Det finns en mängd tjänster och arbetsuppgifter som karakteriseras av mönsterigenkänning och repetition, inte minst när det gäller diagnostik och administration. Digitala lösningar kan också användas som alternativ till fysiska vårdbesök och förbättra möjligheterna till uppföljning på patienternas villkor. Digitala lösningar kan också bidra till delning av erfarenheter och kunskaper bland patienter samt en mera individualiserad rådgivning. Mer och bättre digitalt insamlad information om patienters erfarenheter kan även användas systematiskt för att utveckla vårdens arbetsformer. Enligt en kartläggning av Socialstyrelsen (2019a) pågår mycket forskning men användningen av AI i hälso- och sjukvården är fortfarande begränsad i Sverige. Som beskrivs i en annan svensk genomgång av Blix och Levay (2018) är digitala innovationer inte alltid komplicerade. Även enkla tillämpningar som sms-påminnelser inför vårdbesök kan ha stort värde för både vårdgivare och patienter.

Det finns ingen motsättning mellan en fortsatt digitalise-

ring och önskemålen om att vården ska vara mera personcentrerad. Digitaliseringen skapar tvärtom förutsättningar för en mera individualiserad och personcentrerad vård. Vägen dit är dock inte oproblematisk. Det finns risk för att tekniken sprids ojämnt i befolkningen eller påtvingas individer som har dåliga förutsättningar att använda digitala lösningar. Ungefär en halv miljon svenskar, flertalet äldre, använder aldrig internet (Internetstiftelsen 2018) och 10 procent av befolkningen känner sig inte alls delaktiga i det digitala samhället (Internetstiftelsen 2019). Nya lösningar måste också få konsekvenser för arbetsformerna och kompetensförsörjningen. I annat fall realiseras inte produktivitetsvinsterna, och digitaliseringen kan försämra snarare än förbättra arbetsmiljön.

3.1 Digitalisering frigör tid för personcentrering bland läkare

Som noteras av Topol (2019) kan en transformering i hälso- och sjukvården med användning av specialiserade algoritmer för repetitiva uppgifter frigöra tid hos läkare och sjuksköterskor. Den tiden kan användas för mera kvalificerade uppgifter, inklusive samtal med patienter och för att möta det som är oväntat och inte kan förutsägas. Läkare, sjuksköterskor och andra legitimerade yrken i vården får i högre grad ägna sig åt det man ville när man sökte till utbildningen, snarare än åt rutinuppgifter. Det ökar produktiviteten men förbättrar även kvaliteten och arbetsmiljön.

Diagnostik handlar till stor del om mönsterigenkänning. Det är därför inte förvånande att algoritmer och AI utvecklats först inom områden som radiologi (bilder på frakturer med mera), dermatologi (hudförändringar), patologi (cellförändringar), ögon (till exempel kontroll av diabetespatienter) men även inom områden som kardiologi (hjärtrytm) och sepsis (behov av snabb diagnostik) (Topol 2019). Bedömningen är att rutinmässiga diagnostiska analyser i allt högre grad kommer att göras mycket snabbare och mycket billigare av specialiserade algoritmer. Kvaliteten kommer att vara jämnare och lika god som den diagnostik som görs av de mest rutinerade läkarna. Specialiserade algoritmer gör sitt arbete lika bra hela veckan och oberoende av arbetsbördan. Algoritmer kan även användas i andra fall som handlar om att minimera eller maximera sannolikheter givet en mängd olika parametrar. Det kan till exempel gälla diagnostik och val av behandling vid cancersjukdom.

Hälso- och sjukvården kommer även i framtiden att vara en arbetsintensiv bransch även om många uppgifter kan automatiseras (McKinsey 2017). Digitalisering och AI tar i första hand över avgränsade uppgifter snarare än hela jobb (Britnell 2019). Det kommer fortfarande att behövas radiologer och patolo-

ger men digitala stöd blir allas »virtuella kollega«. En sådan utveckling förändrar således arbetsformerna men ställer också nya krav på kompetensförsörjningen. Det behövs specialister på nationell och internationell nivå som tillsammans med experter på maskininlärning och AI kan arbeta med att utveckla kunskapsstöden. För de allra flesta läkare är det dock användningen av tekniken som står i fokus. På sikt kan utvecklingen påverka vem som är mest lämpad för arbete i vården. Enligt Topol (2019) leder avancerade kunskapsstöd förmodligen till minskade skillnader i kvalitet mellan läkare utifrån att man har olika fackkunskaper. De specialiserade fackkunskaperna finns i högre grad tillgängliga för alla i kunskapsstödet. Det kan i sin tur innebära att generalistkunskaperna – däribland förmågan att lyssna, visa empati och skapa trygghet och förhoppningar bland patienterna – får större betydelse. Framtidens sjukvård kan på så sätt bli teknologiskt avancerad men samtidigt erbjuda en revansch för grundläggande humanistiska värden. En sådan utveckling är helt i samklang med personcentrerad vård.

Ett annat område med fokus på mönsterigenkänning som kan frigöra tid är digital triagering inför en patients första vårdkontakt. Genom att svara på ett antal standardiserade frågor kan patienterna vägledas till rätt kompetens och vårdnivå. Tekniken används numera av både privata och offentliga vårdcentraler. I vilken grad triagering bidrar till ökad personcentrering beror på hur tekniken används. Digital triagering kan användas för att prioritera och begränsa möjligheterna att träffa en läkare om det inte behövs. Men tekniken kan också användas för att öka graden av personcentrering. Om patienter har möjlighet att svara på standardiserade frågor innan besöket blir det mer tid över för samtal om de upplevda problemen och hur de kan lösas.

3.2 Digitala vårdbesök, personcentrerad provtagning och uppföljning i hemmet

Svensk hälso- och sjukvård ligger långt framme jämfört med andra länder när det gäller användning av videobesök till läkare (SOU 2019:42). Det är dock ett resultat av omständigheter snarare än någon medveten satsning från den offentligt finansierade vårdens sida. En första omständighet är att tillgängligheten till läkarbesök i primärvården inte svarat mot befolkningens förväntningar. En andra omständighet är ett regelverk som tillåter fritt vårdval nationellt inom primärvården sedan 1 januari 2015. Det regelverket förutsåg inte expansionen av så kallade nätläkare. Nätläkare med underleverantörsavtal i en region blev en vårdresurs även för befolkningen i de övriga 20 regionerna. Kontakter med nätläkare ersattes till en början mycket generöst utifrån riksavtalet för utomlänsvård med 2 000 kronor per besök. Genom nationella

marknadsföringskampanjer ökade befolkningens kännedom om aktörerna och antalet digitala vårdkontakter expanderade snabbt. Ersättningsbeloppen har därefter justerats nedåt (500 kronor per digital läkarkontakt från 2019) men användningen av nätläkare har fortsatt att öka. Covid-19-pandemin har förstärkt expansionen.

År 2018 var 4,6 procent av alla besök hos läkare i primärvården privata digitala utomlänskontakter. Regionernas kostnader för de 500 000 digitala utomlänskontakterna uppgick samma år till 263 miljoner kronor (SKR 2020). De digitala besöken är inte jämnt fördelade i befolkningen. En genomgång av statistik och studier av Vårdanalys (2020:1) visade att flest besök görs i tätbefolkade områden, särskilt Stockholm, och bland yngre. Det är också fler kvinnor än män som använder digitala besök. Ett annat mönster är att användningen varierar med socioekonomiska förutsättningar. I kommuner med större andel invånare med lägre inkomst är det färre som använder digitala vårdtjänster. Mot bakgrund av den snabba utvecklingen finns bland allmänläkarna själva farhågor om att utvecklingen inte svarar mot riktlinjer för prioriteringar och urholkar vården för patienter med större behov (Vårdanalys 2020:1).

En omdebatterad fråga är i vilken grad nätläkare avlastar den traditionella vården eller inte. En studie med data från Region Skåne åren 2016–2018 visade att patienter som använde digitala vårdtjänster även kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och besökte akutmottagningar minst lika ofta (Ellegård och Kjellsson 2019). Resultaten, som tyder på att den traditionella vården inte avlastas, stämmer med motsvarande studier internationellt i sammanhang där nätläkare ersätts per åtgärd.⁶ Enligt Ellegård och Kjellsson talar detta för att det finns fördelar med att integrera nätläkarvården i det traditionella vårdvalssystemet där vårdgivare ersätts med fast belopp per listad individ. Motsvarande bedömning görs i den statliga utredning som föreslog en integrerad digifysisk vårdvalsreform (SOU 2019:42). Enligt förslaget skulle invånares listning liksom kraven på att utförare kan tillhandahålla digitala besök regleras nationellt. Den parallella valfriheten till nätläkare nationellt genom utomlänssavtal avskaffas. Befintliga nätläkarbolag får istället verka som underleverantörer för vårdcentraler i respektive region alternativt bygga upp en egen fysisk verksamhet i de regioner där man vill verka.

Även om inga förändringar gjorts i de nationella regelverken kan noteras att allt fler regioner och offentliga vårdcentraler erbjuder videobesök som alternativ till fysiska vårdkontakter. Den utvecklingen har påskyndats som följd av spridningen av coronaviruset och covid-19. Det finns dock anledning att ställa kritiska frågor om varför tekniken inte använts mer redan tidigare i den traditionella vården. Vård på distans etablerades i Västerbotten redan under 1990-talet och sedan dess har

6. Däremot kunde viss avlastning noteras i en studie av »Accountable Care Organizations« (ACOs) i USA där nätläkare används inom ramen för integrerade primärvårdssystem som ersattes med fast belopp per listad individ.

flera arbetssätt utvecklats. Studier tyder på att det ofta saknas stöd för en bredare implementering av lösningar och en övergripande strategi som håller ihop utvecklingen och utnyttjar samordningsvinsterna (Västerbottens läns landsting 2016). Det är mera sällan som nyttan med de nya distanslösningarna utvärderats systematiskt med dokumentation av erfarenheter. Utöver att digitala vårdkontakter kan användas när avstånden är långa borde tekniken vara intressant i områden där det är svårt att rekrytera och behålla läkare eller som alternativ till öppna infektionsmottagningar med sjuksköterskor. Det är också relevant att ställa frågor om digitala vårdkontakter kan utnyttjas oftare för kända patienter och som alternativ till fysiska återbesök. Att innovationer ofta får genomslag genom etablering av helt nya fristående aktörer är dock inte förvånande utan följer väl etablerade historiska mönster från andra marknader (Fagerberg 2006). Kommersiella nätläkarbolag har fått en viktig funktion när det gäller att motivera till digital förändring bland vårdcentraler mera generellt.

Digitala vårdtjänster har trots allt utvecklats snabbt i svensk vård i jämförelse med många andra länder. Digitaliseringen är uppskattad bland individer som använder sig av tjänsterna (Vårdanalys 2020:1). Fler alternativ när det gäller olika former av vårdkontakter ökar också graden av personcentrering. Man kan dock hävda att lösningar bör erbjudas systematiskt efter personers förutsättningar, preferenser och behov, snarare än som konsekvens av omständigheter. Studier visar att individer ofta föredrar ett fysiskt vårdbesök framför ett digitalt. Preferenserna varierar emellertid beroende på utbildning, inkomst, digitala erfarenheter och vårdbehov (Vårdanalys 2020:1). Föräldrar som söker vård för barn med övre luftvägsinfektion kan till exempel värdera ett digitalt vårdbesök högre och då gärna med en sjuksköterska som vid behov kan konsultera läkare och utfärda remiss och vissa recept.

Digitaliseringens möjligheter kan också belysas utifrån de exempel som användes i föregående kapitel när det gäller uppföljning för patienter med kronisk sjukdom. Ett exempel är Patientens Egen Provtagning (PEP) för patienter med reumatiska sjukdomar, ett projekt vid Karolinska Universitetssjukhuset.⁷ Patienter kan själva beställa tid för provtagning vid det laboratorium och den tidpunkt det passar dem själva genom egenremiss via Mina vårdkontakter i 1177. Även provsvaren inklusive jämförelser med referensvärden blir tillgängliga digitalt genom 1177. Om patienten har frågor kan kontakt tas med specialistsjuksköterska. Patienter blir på så sätt involverade i uppföljningen av sin egen hälsa och sjukdom på tider som passar dem själva. Dessutom sparar patientens egna insatser tid för vårdpersonalen.

Det finns flera andra exempel och utvecklingsprojekt där provtagning och uppföljning görs i patientens hem (se Blix och Levay 2018). Ett särskilt område är digital teknik inom

7. För mer information, se <https://ki.se/lime/pep-patientens-egen-provhantering>.

äldreomsorgen såsom olika larm, nattlig tillsyn och påminnelser för medicinintag (Vårdanalys 2020:2). Det finns skäl att anta att nya möjligheter och funktioner kommer att introduceras i takt med utvecklingen av olika sensorer och enklare utrustning som fungerar i hemmiljö. Sensorer i hemmet kan även handla om att detektera avvikelser i ansiktsuttryck, gång och tal genom kameror och mönsterigenkänning. En sådan uppföljning skulle kunna ha stor betydelse bland äldre men även bland personer med psykisk ohälsa. Återkopplingen kommer att kunna ske uppkopplat och automatiserat utan krav på särskilda insatser från patienter eller vårdpersonal. Utifrån en sådan uppföljning kan patienter få bättre stöd och förebyggande insatser som sätts in så tidigt som möjligt. Vårdkontakterna kan genomföras när det är motiverat snarare än utifrån visst tidsintervall. Utvecklingen medför nya risker och har ifrågasatts. Det är dock inte givet att digital teknik leder till försämringar när det gäller exempelvis den personliga integriteten. Berörda äldre personer kan själva uppleva att en kamera för nattlig tillsyn är att föredra framför upprepade fysiska besök av vårdpersonal.

3.3 Sociala plattformar och virtuell rådgivning

För patienter med kronisk sjukdom är det ofta värdefullt att ta del av erfarenheter från andra patienter och få tips på hur man klarar sin vardag. Digitaliseringen har genom sociala plattformar skapat möjligheter till enkel delning av kunskaper och erfarenheter bland ett mycket stort antal patienter. Sådan återkoppling kan även ge patienter stöd inför deras val av vårdgivare. Även för patienter med sällsynta sjukdomar finns möjligheter att ta del av erfarenheter hos andra patienter runt om i världen.⁸

Digitaliseringen skapar också nya förutsättningar för generella preventiva och hälsofrämjande insatser. Mycket av dagens allmänna hälsofrämjande arbete går ut på att försöka få individer att leva så sunt som möjligt i största allmänhet. Evidensen hämtas vanligen från stora observationsstudier där man på gruppnivå hittat samband mellan ohälsa och till exempel rökning, övervikt eller fysisk inaktivitet. På en mera detaljerad nivå varierar dock riskerna för ohälsa beroende på egenskaper som är mera personbundna. Sådan egenskap kan ha att göra med genetik eller individers tarmflora.⁹ Personbundna faktorer kan till exempel påverka vilka matvanor som är mer eller mindre viktiga i ett individperspektiv (Topol 2019). En rådgivning baserad på individuella parametrar är tekniskt sett redan möjlig. I en framtid kan rådgivningen kommuniceras via en personlig virtuell assistent som är ständigt uppdaterad på ny evidens om olika risker och effekter av egenvårdsinsatser.

8. Motsvarande möjligheter till informationsdelning på digitala nätverk för att uppnå »best practice« finns bland läkare. Ett exempel är ParkinsonNet, se <https://www.parkinsonnet.com>.
9. Sammansättning av bakterier, svampar och virus i mage och tarmar.

3.4 Digitalisering och behov av ny informationsstruktur

Idag registreras digital information om symptom, diagnos, behandlingar och behandlingars utfall för patienter av vårdgivare i elektroniska journaler. Om patienter besöker flera olika vårdgivare finns inte alltid någon samlad information om aktuella diagnoser och behandlingar. Det kan skapa problem med patientsäkerheten. För en del patienter finns särskilda läkemedelslistor som i bästa fall (om de är uppdaterade) ger en aktuell bild över vilka läkemedel som patienten tar, i vilka doser och av vilken anledning. Den informationen är viktig för vårdgivare som överväger att påbörja en ny läkemedelsbehandling, eller om en patient som tar många läkemedel hamnar på sjukhusets akutmottagning. Annan digital information om patienter och patienters hälsa finns i särskilda kvalitetsregister. Dessa register ger möjligheter till uppföljning utifrån specifika diagnoser eller ingrepp och kan därför användas som underlag för systematiskt förbättringsarbete. Utfallen av olika interventioner för olika grupper av patienter kan jämföras över tiden och mellan vårdgivare. I de flesta fall registreras uppgifter i både journaler och kvalitetsregister, vilket innebär en arbetsmässig dubbelregistrering. Eftersom det extra arbetet tar tid och är ointressant tenderar det att finnas långa eftersläpningar när det gäller dokumentation i kvalitetsregister. Dessa omfattar inte heller alla vårdgivare eller alla specialistområden (Vårdanalys 2014:9). Inom primärvården tänker man annorlunda. Istället för att utveckla ett eget kvalitetsregister utvecklas ett nytt system – Primärvårdskvalitet – som hämtar data om definierade kvalitetsindikatorer från befintliga elektroniska journaler.¹⁰

I allt fler kvalitetsregister följs behandlingar upp med patientrapporterade utfalls- och erfarenhetsmått, så kallade PROMs (patient reported outcomes measures) och PREMs (patient reported experience measures), se ruta 3.1. Patientrapporterade mått i form av PROMs används exempelvis av Nationella Diabetesregistret, Svenska Höftprotesregistret, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, Nationella Prostatacancerregistret och flertalet andra kvalitetsregister. Det är dock mera ovanligt med patientrapporterade erfarenheter. Bland de 150 indikatorerna i systemet Primärvårdskvalitet finns varken PROMs eller PREMs. Frånvaron av patientrapporterade mått i uppföljningen stämmer också med erfarenheter från andra länder. Sett i ett historiskt perspektiv har patientupplevda erfarenheter av vården varit undanträngda, liksom patientrapporterade utfallsmått (Coulter m.fl. 2020).

I takt med ambitionen att utveckla en mera personcentrerad vård finns anledning att i högre grad fånga patienternas upplevelser i uppföljningen (Coulter m.fl. 2020). Sådan information kan påverka enskilda individers behandling men

10. Se vidare <http://primarvardskvalitet.skil.se/>. För närvarande har cirka 150 kvalitetsindikatorer definierats.



PROM (patient reported outcomes measure) och PREM (patient reported experience measure) har olika perspektiv och syften. Patientrapporterade utfallsmått (PROM) används vanligen för att studera effekten av viss intervention. Patienten kan till exempel utvärdera sitt eget hälsotillstånd före och efter en behandling. Exempel är mätning av generell livskvalitet med SF-36, funktionsförmågor med ADL (Activity of Daily Living) och smärtupplevelser med Pain Disability Index (PDI). Inom hälsoekonomiska utvärderingar har EQ-5D blivit en standard. EQ-5D mäter patienters hälsotillstånd utifrån fem dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet.

Patientrapporterade erfarenhetsmått (PREMs) avser patienters eller anhörigas upplevelser och erfarenheter av vården. Exempel är om man blir lyssnad på, om man får vara delaktig i beslut, hur man bedömer tillgängligheten och om man upplever att det finns en kontinuitet i vården. Patienternas svar påverkas av förväntningar, vilket leder till skillnader i uppmätta erfarenheter mellan grupper och över tiden som inte nödvändigtvis förklaras av faktiska skillnader i vården. Patientrapporterade erfarenheter kan också avse specifika bedömningar. Exempel är frågor om huruvida patienterna upplever att de har tillgång till fast vårdkontakt och om det finns en kontinuitet i samband med

återbesök. Patientrapporterade erfarenheter kan på så sätt vara ett komplement eller alternativ till processmått som baseras på uppgifter som registreras av vårdgivare. Det går att fråga patienterna om de upplever en kontinuitet i vården, snarare än att man följer upp kontinuiteten i form av återkommande besök till samma vårdgivare. Patientrapporterade erfarenheter kan också bidra till en kvalitetssäkring av volymbaserade processmått. Om en vårdgivare har registrerat många samordnade individuella vård- och omsorgsplaner (så kallad SIP) och patienter eller anhöriga samtidigt inte anser att de fått medverka i planeringen (vilket är grunden för SIP) kan planernas kvalitet ifrågasättas.

Från år 2015 har fokus i den svenska nationella patientenkäten förskjutits mot mätning av faktiska upplevelser snarare än värderande omdömen, vilket underlättar tolkning och analys. Enkäterna genomförs dock med långa tidsintervall. De nationella patientenkäterna inom primärvården är i viss mån ett undantag. Eftersom varje vårdcentral bidrar med få observationer (enkätsvar) finns en slumpmässig osäkerhet i resultaten. Enkäterna har också en låg svarsfrekvens som innebär att det kan finnas systematisk skevhet i resultaten.

även bidra till ett externt perspektiv på verksamheten som kan omsättas i lärande, förbättringsarbeten och utveckling av arbetsformerna. Patientrapporterade mått har tidigare varit kostsamma att följa upp jämfört med uppgifter som registreras av vårdgivare direkt i register eller journaler. Digitaliseringen skapar dock helt nya sätt att beakta patienters erfarenheter och perspektiv. Patienters upplevelser kan följas upp genom elektroniska enkäter. Det går också att samla in upplevelser genom digitala plattformar, vilket delvis görs i några regioner genom möjligheter för patienter att lämna synpunkter på vården via 1177. Dessa möjligheter är dock fragmenterade, vilket leder till att det blir svårare att använda informationen som underlag för systematiskt förbättringsarbete (se ruta 3.2).

Enkla återkopplingar från patienter i form av korta berättelser om deras egna erfarenheter kan ge ett värdefullt komplement till statistik och annan information. Det gäller särskilt

kvaliteter och berättelser som är svåra att följa upp strukturerat och kvantitativt. Enskilda berättelser från patienter kan också fungera som utgångspunkt för verksamhetsnära diskussioner om hur arbetsformer bör ändras. Sådana berättelser fungerar sannolikt bättre för att skapa engagemang och motivation bland vårdpersonalen jämfört med statistik som presenteras i tabeller och diagram. Patienters berättelser, sökningar och online diskussioner ger också möjligheter att identifiera relevanta forskningsfrågor, vilket redan görs utifrån online-forumet PatientsLikeMe (Okun och Goodwin 2017).

Investeringar i journalsystem och register som leder till att digitala hälsouppgifter kan integreras och delas mellan vårdgivare skapar stor nytta men även risker. En viktig frågeställning är hur människors integritet ska skyddas. Enligt en tidigare enkätstudie är befolkningens grundinställning positiv till användningen av digitala hälsouppgifter (Vårdanalys 2017:10). Det finns snarast förväntningar på att sådana uppgifter ska vara tillgängliga och användas för att öka patientsäkerheten. Samtidigt vill befolkningen att informationen är korrekt och att den hanteras på ett säkert sätt. Man vill även veta vad som står samt bli tillfrågad om informationen ska användas på nya sätt.

En fortsatt utveckling mot uppföljning i hemmet genom olika former av sensorer, digitala appar och virtuella rådgivare skapar också nya förutsättningar när det gäller frågor om lagring, integrering och ägande av data. Om flera miljoner människor använder sig av samma system för egen uppföljning av hälsan i hemmiljö kommer en enorm mängd data att genereras. Värdet av den informationen skulle vara än större om den kunde kopplas samman med den information som finns lagrad i vårdens journaler och register. Då uppkommer frågan om hur den samlade informationen ska lagras och vem som äger data. Det är inte givet att digitala journalsystem kommer att vara den enda basen för framtidens informationsstruktur i vården. Ett alternativ är att information från både journalsystem och andra källor samlas i övergripande nationella hälsodatabaser där det är individerna själva som äger data. En sådan princip skulle minska kraven på att olika journalsystem är kompatibla. Principen motsvarar vad som utvecklas i Estland där information från olika journaler och andra hälsodata sparas i en gemensam portal där patienterna själva äger data enligt lag.¹¹ Den vårdgivare som behöver samlad information om patienten kan få denna via den gemensamma portalen snarare än via journalsystemen. Topol (2019) menar att individers ägande av sin hälsoinformation bör upphöjas till en grundläggande rättighet. Larson m.fl. (2020) menar istället att data bör betraktas som allmännyttan och inte ägas av vare sig vårdgivare eller patienter. Utifrån den utgångspunkten menar man också att data bör delas generöst i syfte att skapa bättre vård för framtida patienter.

11. För mera information, se <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record>.



Patienters och anhörigas möjligheter att klaga och lämna synpunkter på vården omreglerades från 1 januari 2018. Klagomål och synpunkter ska i första hand lämnas till berörd vårdgivare eller ansvarig chef. I varje region och kommun finns en eller flera patientnämnder som ska vara behjälpliga med att föra fram klagomål och få dem besvarade. Genom telefonsamtal till patientnämnden finns också möjligheten att lämna klagomål och synpunkter anonymt. I några regioner finns möjlighet att fylla i en blankett som är tillgänglig via 1177. När det gäller privata vårdgivare ska man alltid vända sig direkt till berörd vårdgivare. Om det gäller kommunal vård ska man vända sig direkt till kommunen. Sett i ett patient- och anhörigperspektiv finns således flera ingångar till hur klagomål och synpunkter kan framföras. Fragmentiseringen innebär att det inte finns någon samlad statistik över hur klagomålen och synpunkterna utvecklats över tiden. Det finns inte heller någon gemensam standard för hur synpunkter och klagomål ska kategoriseras. Dessa brister försvårar uppföljning och analys liksom systematiskt förbättringsarbete på organisations- och systemnivå.

Den digitala plattformen Care Opinion används i bland annat England och Skottland. Care Opinion är en öppen plattform där patienter och andra kan dela upplevelser och erfarenheter med vården enkelt och anonymt. Care Opinion har en fristående ställning gentemot hälso- och sjukvårdssystemet, vilket anses skapa förtroende hos patienterna. Enligt en tidigare förstudie av Socialstyrelsen (2019b) skulle ett svenskt Care Opinion kunna komplettera befintliga kanaler för lämnning av både positiva och negativa synpunkter på vården. En sådan plattform skulle även kunna bidra till ett förhållningssätt där synpunkter från patienter ses som något positivt och som bidrar till ett systematiskt förbättringsarbete. Samtidigt noterar Socialstyrelsen i rapporten att det finns risker. Ytterligare en ingång för klagomål och synpunkter kan skapa ökad otydlighet. En annan risk som förs fram är att den samlade informationen inte används eller enbart ökar den administrativa belastningen på vården om patienter förväntar sig återkoppling på sina berättelser.

3.5 Digitalisering och utveckling av nya arbetsformer

Som visats i detta kapitel ger digitaliseringen möjligheter till en mera personcentrerad vård på flera olika sätt. Digitalisering kan frigöra tid för läkare och sjuksköterskor som kan användas till mera kvalificerade arbetsmoment och samtal med patienter. Digitaliseringen erbjuder också möjligheter till nya former för vårdkontakter, uppföljning och virtuell rådgivning som kan anpassas till individers behov och preferenser. Den virtuella rådgivningen behöver inte enbart avse den egna hälsan utan kan också avse beslutsstöd inför val av vårdgivare utifrån vad som bäst matchar de egna preferenserna och vårdbehoven. Det är lätt att fascineras av alla dessa möjligheter. Samtidigt finns ett stort glapp mellan visioner och praxis (Blix och Levay 2018). Även om det finns öar av »goda exempel« där digital teknik och specialiserade algoritmer används har hälso- och sjukvården inte fullt ut anammat de nya möjligheter som finns. Digitala utmaningar i praktiken handlar inte sällan om befintliga IT-systemen som är gamla och fragmentiserade.

Överföringar av information från ett system till ett annat görs ofta manuellt. Läkare och sjuksköterskor vill ha enkla inloggningsrutiner, ett system som inte »saggar« eller slänger ut användare. De vill ha möjlighet att se relevant information som andra vårdgivare dokumenterat. Allt detta sägs vara tekniskt möjligt men är mera sällan något som uppnås i praktiken. En stor digital utmaning *i praktiken* är att utveckla stabila och användarvänliga system som kan kommunicera sinsemellan.

Som noteras av Blix och Levay (2018) kommer fördelarna med en digitalisering i vården inte av sig själva. Det behövs aktivt stöd i form av styrning, organisering och samarbete. Motsvarande rekommendationer görs i en rapport från Myn-digheten för vård- och omsorgsanalys som fokuserade digital teknik när det gäller äldreomsorg (Vårdanalys 2020:2). För att utveckla vårdens arbetsformer utifrån digitala möjligheter krävs en förmåga att ställa om och utveckla något nytt. Arbetet måste i hög grad göras tillsammans snarare än av varje läkare, sjuksköterska eller annan yrkesutövare var för sig. En sådan omställning ställer stora krav på både den övergripande och den verksamhetsnära ledningen. Om varje vårdcentral och sjukhusklinik ska utveckla egna digitala lösningar för att ge stöd åt befintliga rutiner och arbetsformer går vinsterna med en digitalisering till stor del om intet. De stora fördelarna med en digitalisering i vården följer av gemensamma satsningar och lösningar som används av många. Samtidigt måste de gemensamma lösningarna anpassas till skilda förutsättningar och leda till utveckling av nya arbetsformer och rutiner lokalt.

Det är väl bekant att hälso- och sjukvårdens professioner kan vara mycket konservativa när det gäller att anamma det som är nytt. Det gäller särskilt om det nya kommer »ovan-ifrån« eller har utvecklats av »någon annan«. Till viss del är det konservativa inslaget sunt. Det finns på goda grunder särskilda krav på evidens vid införande av nya behandlingar i vården liksom att patientsäkerheten inte försummas. På samma sätt som gäller för nya läkemedel är inte allt som glimmar guld bland de digitala lösningarna. Ny digital teknik inklusive algoritmer och AI-lösningar bör förstås utvärderas i randomiserade kontrollerade studier. Det måste finnas rimlig trans-parens kring hur algoritmer byggts upp och fungerar så att patientsäkerhet och nytta kan bedömas på ett oberoende sätt. Det måste finnas rutiner för att följa upp sällsynta »biverkning-ar« och avvikelser när de nya lösningarna implementeras på bredare front. Men motstånd kan också förklaras utifrån att ny teknik och nya kunskaper utmanar gamla invanda rutiner och auktoritetsförhållanden. Den verksamhetsnära ledningen måste därför få med sig teamet när det gäller att utveckla arbetsformerna. En sådan resa kommer att behöva göras inom många olika specialiteter och verksamheter när det handlar om hur kunskapsstöd och AI påverkar arbetsinnehåll och roll-fördelning. Fokus i styrningen och ledningen bör därför vara

på lärande, innovationer och utveckling av nya arbetsformer, snarare än på hur produktiviteten kan öka inom befintliga organisatoriska ramar.

4. Hur styrs svensk hälso- och sjukvård?

DEN HÄR RAPPORTEN har så här långt beskrivit hälso- och sjukvårdens utmaningar och hur dessa ställer krav på ökad produktivitet genom utveckling av nya arbetsformer. De utmaningar och möjligheter som beskrivits delas i stor utsträckning med vården i andra OECD-länder. Varje land har dock en egen tradition, historia och kultur som gjort avtryck på hur vården styrs och organiseras. I det här kapitlet beskrivs hur styrningen utvecklats i svensk hälso- och sjukvård under de senaste decennierna. Som kommer att visas finns ett gap mellan styrningens tidigare fokus och de krav som kan formuleras utifrån de utmaningar och möjligheter som beskrivits i kapitel 1–3.

Inledningsvis presenteras en enkel modell som beskriver hur styrning kan definieras och vilka övergripande styrformer som finns. Därefter redogörs för de stora dragen i utvecklingen och vilken erfarenhet som finns när det gäller styrningens förmåga att bidra till innovationer och nya arbetsformer. Redovisningen avgränsas till den styrning som införts främst på regional nivå och som omfattar hela eller delar av hälso- och sjukvården och anknyter till ekonomiska incitament. Kapitlet berör därmed utvecklingen mot så kallad new public management (NPM) och även erfarenheter när det gäller värdebaserad vård.

4.1 Vad är styrning?

Det finns många olika definitioner av begreppet styrning, och möjligen ännu fler referensramar över hur styrning kan förstås och utformas. Variationen förklaras av att styrning återfinns i en mängd situationer. Komplexiteten och kunskaperna om hur parametrar hänger samman i dessa olika situationer varierar. Vi kan tala om styrning på operativ och enkel nivå

inom ramen för system med parametrar som låter sig förstås och kontrolleras fullt ut. Exempel är ett schema för att sätta ihop en bokhylla inköpt på Ikea. Förutsatt att schemat följs kommer det att finnas liten variation i utfallen. I andra sammanhang är målen abstrakta och det finns parametrar som inte låter sig förstås, kontrolleras eller ens är kända på förhand. Styrningen blir beroende av situationen (kontexten) och möjligheterna till standardisering är mera begränsade. Det gäller till exempel styrning i sammanhang som går ut på att försöka få många individer med olika intressen att agera tillsammans för att nå övergripande och gemensamma mål. Det är den typen av komplex styrning som fokus ligger på i denna rapport.

En mycket förenklad modell som kan användas för att förstå och diskutera styrning skiljer mellan tre funktioner eller komponenter (Smith m.fl. 2012):

- › normer – vad som ska åstadkommas och/eller vilka mål som ska nås
- › uppföljning – monitorering av vad som faktiskt sker i förhållande till normer/mål
- › ansvarsutkrävande – som innebär att avvikelser mellan normer/mål och faktisk utveckling enligt uppföljningen får konsekvenser.

I små grupper av människor kan styrningen ske informellt och genom social kontroll. Historiken Yua Noah Harari (2012) beskriver hur gemensamma myter (som kan betraktas som normer) alltid haft en central betydelse för människors beteende och förmåga till samverkan och samarbete. Brist på respekt för gemensamma normer kunde tidigare resultera i ett hårt ansvarsutkrävande i form av att individer blev utlämnade och utfrysade ur gemenskapen. Även i modern tid är den typen av motivation – att söka gemenskap och undvika socialt utanförskap – grundläggande för människors beteende. I det sociala samspelet formas identiteter som är en mycket stark mänsklig motivationsfaktor (Akerlof och Kranton 2000, 2008). Den drivkraften är också påtaglig i hälso- och sjukvården i form av professionella värderingar och normer i kombination med social kontroll. Professionella drivkrafter utgör i praktiken den viktigaste styrformen i hälso- och sjukvården.

I större grupper och organisationer är det inte tillräckligt med värderingar och normer för att styra verksamheten. Det kan också finnas olika värderingar och normer beroende på vilken del av gruppen eller organisationen som studeras. I hälso- och sjukvården finns till exempel flera olika professioner och yrkesgrupper med identiteter som inte sällan konkurrerar med varandra. I större grupper och organisationer krävs därför någon form av formella styrsystem för att skapa en gemensam riktning. Krav på formella styrsystem kan också komma från externa aktörer som har intresse av hur verksamheten drivs och hur pengarna används.

På en övergripande och förenklad nivå kan formella och teknokratiska styrformer diskuteras med referens till byråkrati respektive marknad. Byråkratiska styrformer avser allt sådant som sker inom ramen för en och samma organisation, till exempel strategier, planer, budgetar, uppföljning, incitamentsmodeller. Utöver sådana byråkratiska styrformer finns möjligheter att styra genom marknader och konkurrens. För en region finns till exempel möjligheter att upphandla en viss volym vård av privata vårdgivare eller att införa vårdvalssystem i primärvården där pengarna följer patientens listning hos privata eller offentliga vårdcentraler.

Oavsett styrform – social kontroll, byråkrati eller marknad – kan styrningen diskuteras i termer av normer, uppföljning och ansvarsutkrävande. Denna enkla modell kan också användas för att ställa en övergripande diagnos på styrproblemen i svensk hälso- och sjukvård. Sammanfattningsvis kan sägas att det finns *en mängd olika och ofta konkurrerande normer* i vården. Dessa normer följer av både den professionella, byråkratiska och marknadsmässiga styrningen. Professionella normer kommer till uttryck i evidensbaserade riktlinjer och rekommendationer men även i yrkesgruppers värderingar och en professionell identitet. Idealet handlar om att göra det bästa möjliga för patienten men även att bevara den egna autonomin som är professionens grund. Vikten av den egna autonomin innebär att normer hos olika professioner och yrkesgrupper lätt kan hamna i konflikt med varandra. Konflikter kan exempelvis uppstå i samband med teamarbete eller vid försök att arbetsväxla så att sjuksköterskor får ta över en del av läkarnas arbete. Byråkratiska normer uttrycks i lagar som reglerar huvudmäns och vårdgivares skyldigheter och som politiska och administrativa krav på att hålla budgetar och nå produktionsmål. I vårdpersonalens perspektiv blir byråkratiska normer snarare restriktioner. Byråkratiska normer sätter begränsningar för i vilken grad de egna idealen kan uppnås. Marknadsmässiga normer kan uttryckas som regler när det gäller konkurrensneutralitet i primärvården och att individens val av vårdgivare ska påverka resursfördelningen. Även i detta avseende kan det uppstå skillnader gentemot de egna idealen. Det kan till exempel avse uppfattningar att vården i alltför hög grad fokuserar den generella patientnöjdheten och inte patienter med störst behov. Närvaron av flera och ibland konkurrerande normsystem är inget unikt för vården utan förekommer också i andra verksamheter. Möjligen kan sägas att antalet normer är fler och dess företrädare desto mer separerade i hälso- och sjukvården, vilket också ökar risken för konflikter och »kulturkrockar«. Organisationsforskaren Henry Mintberg har beskrivit detta som en separation mellan »cure« (det medicinska, företrätt av läkare), »care« (omvårdnaden, företrätt av sjuksköterskor) och »control« (den administrativa överbyggnaden) baserat på sjukvården i USA (se till

exempel Mintzberg 2017). Motsvarande analys av politiska, administrativa och professionella sfärer som i hög grad levt sina egna liv finns även för svensk hälso- och sjukvård (Hallin och Siverbo 2002). Mångfalden av styrsignaler som inte är koordinerade skapar i sin tur problem, inte minst för verksamhetsnära chefer (SOU 2016:2).

De olika normsystemen har successivt tydliggjorts genom att *uppföljningen har förbättrats och blivit mera transparent*. Tidigare var den uppföljning som fanns tillgänglig för politiker, administratörer och allmänheten begränsad till information om insatsfaktorer som pengar, personal och utrustning samt övergripande mått på verksamheten som antal besök och vårdtillfällen på sjukhus. En viktig milstolpe i utvecklingen mot ökad transparens var påbörjandet av Öppna jämförelser i samverkan mellan staten och landstingen år 2006 (Vårdanalys 2012:4). Idag är information om vårdens tillgänglighet, kvalitet och variationer mellan regioner och vårdgivare allmänt tillgängliga på internet i form av rapporter och statistik. Ytterligare uppföljningar visar att det finns variationer och omotiverade skillnader i den behandling som ges till patienter beroende på socioekonomiska faktorer (Vårdanalys 2019:8).

Förbättrade och mer transparenta uppföljningar har gett anledning för den politiska och administrativa sfären att flytta fram positionerna och ställa frågor om hur gapet mot normer kan slutas. Det gäller oavsett om gapet avser kvalitetsskillnader, problem med att hålla budgetar, väntetider som inte följer vårdgarantin eller en konkurrensneutralitet som inte upprätthålls. Det finns dock *brister och problem när det gäller ansvarsutkrävandet*. Många avvikelser är inte nya utan återkommer. Patientlagen får till exempel inte genomslag eftersom den inte alltid »prioriteras« av vårdgivare som väljer att hålla andra normer som viktigare (Vårdanalys 2017:2). Bristen på följsamhet gäller inte bara byråkratiska och marknadsmässiga normer. De nationella och professionellt grundade riktlinjer för behandling som tagits fram av Socialstyrelsen har till exempel inte haft någon självklar följsamhet bland vårdgivare (Vårdanalys 2015:7). Brister och svagheter i ansvarsutkrävandet, på många olika nivåer, bidrar sannolikt till att styrningen upplevs som otydlig. Få beslutsfattare och aktörer inom vården tycker att de själva har makten, den finns alltid någon annanstans.

4.2 Hur har styrningen förändrats över tiden?

Sett över tiden har länders hälso- och sjukvårdssystem genomgått olika faser där prioriteringen mellan olika övergripande målsättningar ändrats (Cutler 2002). Olika fokus när det gäller målsättningar har i sin tur påverkat utvecklingen av styrningen (Anell 2010, Anell m.fl. 2012). Nya mål om

kostnadskontroll, kostnadseffektivitet, värde för pengarna och valfrihet har från 1980-talet och framåt lagts till tidigare mål som i huvudsak fokuserat på utbyggnad och jämlikhet. Den utvecklingen har också inneburit en ökad användning av först byråkratiska och senare marknadsmässiga styrformer. Professionella drivkrafter har samtidigt fått en mera undanskymd plats jämfört med hur det var tidigare.

Under perioden 1950 fram till slutet av 1970-talet möjliggjorde en god ekonomisk tillväxt en snabb utbyggnad av hälso- och sjukvården utifrån målsättningar om *jämlig vård*. Allmänna socialförsäkringssystem för finansiering av öppen vård och receptläkemedel infördes i slutet av 1950-talet. Landstingen finansierade investeringar i nya sjukhus och en bättre och mera tillgänglig specialistvård. Det är också under 1960- och 1970-talen som den integrerade och decentraliserade svenska hälso- och sjukvårdsmodellen formas (Anell m.fl. 2012). I första hand överförs verksamheter från staten, till exempel får landstingen överta ansvar för provinsialläkarsystemet och mentalsjukvården. Åren 1970–1971 överförs också verksamheter från privat till offentlig regi. Landstingen fick driftansvar för all öppenvård vid sjukhusen från och med 1970, som tidigare hade drivits av sjukhusläkare i privat regi. Året därpå ersattes privata apotekare av ett nationellt monopol i form av Apoteksbolaget AB.

I början av 1980-talet var i stort sett alla delar av hälso- och sjukvården integrerade till landstingen som fick ett uttalat helhetsansvar för verksamheten och ökade frihetsgrader att själva organisera och styra verksamheten. I statliga utredningar utvecklades tankar om att landstingen skulle gå ifrån ett tidigare fokus på sjukvårdspolitik till en bredare hälsopolitik som inkluderade ökade satsningar på förebyggande arbete (SOU 1984:39). En sådan förändring förutsatte en mer aktiv styrning av verksamheten, vilket var något nytt. Omfördelning av resurser var dock lika svårt då som idag, även om landstingen var huvudmän för alla delar av vården och hade de frihetsgrader som behövdes. Det mesta av skattepengarna gick även fortsättningsvis till investeringar i sjukhusvård.

Omvandlingen av den byråkratiska styrningen i landstingen under 1980-talet kan förklaras av introduktionen av nya mål. Mot bakgrund av återkommande ekonomiska kriser sedan 1970-talet lyftes behovet av skärpt *kostnadskontroll* när det gäller de offentliga utgifterna, däribland utgifter för hälso- och sjukvård. Styrsystemen utvecklades mot en ökad decentralisering till distrikt, förvaltningar och kliniker. Parallellt introducerades rambudgetar och internpriser i syfte att betona varje verksamhets kostnadsansvar. Sjukhus betraktades ofta som en »galleria« snarare än ett varuhus, vilket innebar att olika verksamheter i hög grad fick sköta sig själva. Verksamhetschefer var i första hand seniora och ofta forskningsmeriterade läkare. Informella nätverk kunde ha avgörande betydelse för

besluten (Anell 2004).

I slutet av 1980-talet utsattes landstingen för hård press från bland annat medierna på grund av långa väntetider och köer. Tidigare studier av ESO hade visat på en svag produktivitet-utveckling (Roos 1985). Den typen av ifrågasättande av vården var något helt nytt. Som följd av debatten ändrade fokus från kostnadskontroll till *kostnadseffektivitet och produktivitet*. Styrningen och ersättningsprinciperna ändrades på nytt. I allt fler landsting introducerades beställare–utförare-modeller, valfrihet för patienter och ersättning per prestation (Anell 1996). Rambudgetar, som tidigare var en lösning, var nu en del av problemet. Ersättning per prestation blev en del av de nya lösningarna. Prestationer på sjukhusen definierades som diagnosrelaterade grupper (DRG) medan man fick nöja sig med ersättning per viktade besök i öppenvården. Även privata lösningar med upphandlad vård diskuterades och infördes i en del landsting (Blomqvist 2004). Det fanns planer på privatisering av sjukhus i exempelvis Stockholm och Skåne. De faktiska privatiseringarna av hela sjukhus begränsades dock till Sankt Görans sjukhus Stockholm som privatiserades år 1999.¹²

Förändringarna under första halvan av 1990-talet kan beskrivas som den första vågen av NPM-reformer i svensk vård och hade sin motsvarighet i andra länder liksom i andra delar av den offentliga sektorn (Diefenbach 2009, Arnaboldi m.fl. 2015). Reformerna pausades abrupt när 1990-talets ekonomiska kris drabbade välfärdssektorn, inklusive hälso- och sjukvården. För den övergripande ledningen blev kostnadskontroll på nytt det viktigaste. Målsättningen blev att genomföra nödvändiga besparingar med så liten negativ effekt som möjligt på verksamheten. En snabb återgång till en mer centraliserad styrning var också möjlig. De kontrakt som upprättats mellan beställare och utförare var enbart interna överenskommelser och hade inte någon legal betydelse (Anell 1996). När kostnaderna ökade som resultat av ersättningen per prestation kunde därför landstingen sänka priserna eller införa volymtak, även i efterhand. Den typen av förändrade »spelregler« innebar förstås att vårdgivares förtroende för de nya styrsystemen urholkades. Ett annat sätt att urholka incitamenten var att kliniker som gick med överskott fick dela med sig av detta till verksamheter med underskott. Uttryckt med de begrepp som använts tidigare fanns oklarheter om vilka normer som faktiskt gällde och vilket ansvarsutkrävande som var reellt.

I det nya millenniet förändrades den byråkratiska styrningen i landstingen ytterligare. Tidigare målsättningar om jämlikhet, kostnadskontroll och produktivitet fanns kvar men kompletterades nu med större fokus på *kvalitet och »värde för pengarna«*. Sammantaget kan utvecklingen beskrivas som en andra våg av NPM-reformer. Skillnaden mot 1990-talets reformer var att det nu ansågs viktigare att fokusera på patientnytta

12. En stopplag för privatisering av akutsjukhus beslutades av riksdagen 2005 men togs bort 2007 efter tillträde av Alliansregeringen. En stopplag har därefter aktualiserats på nytt av S-ledda regeringar men inte haft stöd i riksdagen.

och kvalitet snarare än produktivitet i en snäv bemärkelse. En viktig förklaring bakom förändringen var en ökad transparens som tydliggjorde att det fanns skillnader i kvalitet mellan vårdgivare. Främst i amerikansk vård uppmärksammades att ersättningsprinciper och andra incitament bland vårdgivare helt premierade en stor volym vård snarare än hög kvalitet (Institute of Medicine 2001). Mot den bakgrunden introducerades så kallad målrelaterad ersättning (»pay-for-performance«, P4P) som senare spreds till brittiska National Health Service (NHS) och en rad andra länder, däribland Sverige (Anell 2010). I samma anda ändrades även argumenten bakom privatiseringar i svensk vård. Tidigare hade landstingens upphandlingar av privata vårdgivare till stor del handlat om att nå fördelar i form av lägre kostnader och bättre kostnadseffektivitet. Den nya lösningen blev vårdvalssystem som skapade ökad valfrihet för befolkningen och ansågs stimulera en kvalitetskonkurrens. Vårdval i primärvården infördes av landstinget i Halland år 2007, av Västmanland och Stockholm år 2008 och av bland andra Skåne och Västra Götaland år 2009 (Anell 2011). Främst i Stockholm har vårdvalssystem även introducerats inom specialiserad öppenvård. År 2010 infördes en tvingande lag om vårdvalssystem i primärvården. Lagen gav landstingen stora möjligheter att själva reglera vårdvalet. Genom att ställa större eller mindre krav på utförare och ha mer eller mindre förmålig ersättning kunde landstingen påverka vårdvalets konsekvenser, däribland intresset från privata aktörer.

Något år före den nya lagen om vårdval i primärvården omreglerades även apoteksväsendet. Det nationella monopol som funnits sedan början av 1970-talet avskaffades. Flera nya privata apotekskedjor etablerades snabbt och det statliga Apoteket AB konkurrensutsattes. Införande av vårdval i primärvården och omreglering av apoteken kan beskrivas som ett trendbrott. Byråkratiska lösningar ersattes av marknadslösningar. I ett längre tidsperspektiv är det dock snarare perioden 1970–2010 som kan betraktas som ett trendbrott. Även före 1970 organiserades den öppna vården och apoteken i privat regi. Det finns dock väsentliga skillnader mellan de marknadslösningar som valts förr och nu. Tidigare privata lösningar bland sjukhusläkare och apotekare var professionella privilegier med begränsad konkurrens och lite insyn. Verksamheten var privat men inte särskilt konkurrensutsatt. Senare lösningar baserades på en önskan att nå övergripande, kollektiva mål genom konkurrens och etableringsfrihet för privata alternativ som accepterar de krav och villkor som gäller. Det handlar alltså inte om någon tillbakagång till tidigare privata lösningar. Både vårdvalsreformer och omregleringen av apotek har lett till etablering och konkurrens mellan företag och kedjor, snarare än ökade frihetsgrader för professioner (Anell 2015). Utifrån enskilda professionellas perspektiv har en form av byråkrati (offentlig regi) övergått i en annan (privat

regi). Det bidrar också till att det kan finnas olika meningar bland exempelvis allmänläkare om huruvida vårdvalsreformen har varit bra eller inte.

Även om de övergripande utvecklingslinjerna är desamma finns idag förhållandevis stora skillnader mellan olika regioner i hur verksamheten styrs och organiseras. Den byråkratiska styrningen är olika utformad och mer eller mindre uppbladdad med marknadsmässig styrning. I Region Stockholm är de privata och marknadsmässiga inslagen relativt stora. Det finns flera vårdval inom specialistvården och inom primärvården är nästan 70 procent av alla vårdcentraler privata (SKL 2019). I till exempel Region Örebro är andelen privata vårdcentraler bara 14 procent. En förklaring bakom skillnaderna är den decentraliserade struktur som infördes efter 1982 års hälso- och sjukvårdslag och 1991 års kommunallag. Dessa lagar kan ses som startskotten för att verksamheten, och framför allt organisation och styrning, i regionerna utvecklades på olika sätt. Staten kan försöka påverka utvecklingen genom lagar men även genom olika former av nationella initiativ som är kopplade till riktade statsbidrag. Det kan handla om insatser för att förbättra tillgängligheten, samverkan för äldre, insatser mot psykisk ohälsa eller förbättring av kvinnors hälsa. Efterhand som regioner skiljer sig åt blir den typen av nationellt riktade insatser allt svårare att implementera. Det som har högst prioritet i Stockholm är inte nödvändigtvis lika angeläget i alla andra regioner. Det har inte hindrat staten från att i allt större utsträckning försöka påverka verksamheten genom särskilda satsningar, samordnare och riktade bidrag (Riksrevisionen 2016:29).

Sett ur professionellas perspektiv har utvecklingen av både byråkratisk styrning och marknadsstyrning sedan 1980-talet inneburit att egna professionella normer och värderingar urholkats. Den byråkratiska styrningen och marknadsmekanismerna har efterhand kommit närmare den kliniska vardagen. Långt efter att begreppet myntades av Christopher Hood i början av 1990-talet har NPM blivit ett skällsord. En starkt bidragande faktor var Maciej Zarembas artikelserie »Patienten och prislappen« i Dagens Nyheter våren 2013, som pekade ut NPM som en huvudorsak till problemen i sjukvården. I juni samma år togs initiativ till Läkaruppropet som snabbt fick in 9 000 namnunderskrifter.¹³ Bland många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper – och även utanför vårdsektorn bland lärare och poliser – kom NPM att symbolisera ökad administration, detaljstyrning och upplevda krav på att trixa med ersättningssystemen för att få ihop tillräckligt med pengar för verksamheten. Mot den bakgrunden utvecklades krav på att styrningen borde bli mer tillitsbaserad, vilket resulterade i att staten initierade utredningar om en mera tillitsbaserad styrning (se SOU 2018:47). I de flesta regioner har också den byråkratiska styrningen ändrats och backat. Rambudgetar har

13. Se Läkartidningen.
2014;III:CWAU.

återinförts istället för DRG-ersättning; målrelaterad ersättning har på flera håll avvecklats (Ellegård och Glenngård 2019). Effekterna på verksamheten är dock osäkra. En ny debattfråga bland vårdpersonalen är expansionen i regionernas administrativa överbyggnad. En granskning i tidskriften *Vårdfokus* 2018 visade att antalet chefer, handläggare och administratörer i regionerna ökade med 36 procent under perioden 2010–2017.¹⁴ Uppfattningar om en ständigt expanderande administrativ överbyggnad som inte bidrar till patientnyttan bidrar sannolikt till att förtroendet för styrningen urholkas.

14. <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2018/maj/fler-styr-och-raknar-farre-vardar-patienter/>.

4.3 Evidens och erfarenheter – fallet värdebaserad vård

En övergripande beskrivning av hur styrsystemen utvecklats under lång tid innebär med nödvändighet att detaljer måste exkluderas och att den dynamik som präglar varje skifte inte fångas. För att illustrera hur utveckling av styrsystemen kan gå till på en mer detaljerad nivå fokuseras i detta avsnitt lanseringen och införandet av så kallad värdebaserad vård. Värdebaserad vård var för tio år sedan en hyllad, eller åtminstone mycket omtalad, metod för att styra hälso- och sjukvården. Den tidigare entusiasmen kan delvis härledas till missnöje med tidigare lösningar med fokus på besök och volymen vård. Det är också svårt att vara motståndare till en värdebaserad vård – vem vill inte ha det?

I praktiken omfattar värdebaserad vård många komponenter och har getts olika innebörd när den lanserats bland svenska regioner och sjukhus (Krohwinkel m.fl. 2019). Det är egentligen inte meningsfullt att söka efter någon evidens bakom värdebaserad vård som helhet. Däremot finns studier och evidens när det gäller de enskilda delarna. Sett till dokumenterade erfarenheter leder värdebaserad vård inte till den förändring av vården som hävdats. På ett mera teoretiskt och principiellt plan är det också svårt att använda utfallsmått och patientnytta som underlag för en styrning på det sätt som förrespråkats inom värdebaserad vård. Utfall för patienter är ofta svåra att mäta och uppkommer först på sikt. Det som följs upp i praktiken är oftast olika intermediära mått där kopplingen till patientnyttan inte är självklar. Utfall påverkas dessutom av faktorer som inte enskilda vårdgivare kan kontrollera – och av slumpen (Davies 2005). Ekonomiska incitament kopplat till osäkra mått på utfall och patientnytta leder till ytterligare problem (Anell 2019:11). De senaste åren har också kritiken vuxit. Det tillhör det vanliga mönstret när nya styrmodeller introduceras i vården. Efter några inledande år av entusiasm växer insikten om vilka problem som förbisetts och att det inte var så enkelt att implementera de nya lösningar som först antogs.

4.3.1 VAD ÄR VÄRDEBASERAD VÅRD?

Åtminstone tidigare har begreppet värdebaserad vård ibland uppfattats som att det är vårdpersonalens värdegrund som ska styra vården. Det är inte alls en sådan utgångspunkt som är kärnan i »value based health care« såsom det definierades av de amerikanska professorerna Michael Porter och Elisabeth Teisberg (Porter och Teisberg 2006; Porter 2009), se vidare ruta 4.1. De ursprungliga tankegångarna var istället att utfallsmått (»outcome measures«) som speglar objektiv patientnytta, inte vårdpersonalens värderingar, skulle användas som underlag för vårdens styrning och organisering. Värdebaserad vård var på detta sätt ett uttryck för den andra våg av NPM som beskrevs tidigare. Dessa utfallsmått skulle användas för

- › kvalitetsdriven konkurrens
- › kvalitetsdrivna ersättningssystem
- › omorganisation och uppföljning efter patientprocesser.

De första två användningsområdena är exempel på användning av ekonomiska incitament för att motivera vårdgivare till bättre prestationer. Med ökad transparens om skillnader i utfall ska patienterna kunna välja den bästa vårdgivaren, vilket i sin tur antas stimulera till kvalitetsdriven konkurrens mellan vårdgivare. Motsvarande positiva effekter på verksamhetens kvalitet antas uppnås genom att vårdgivare får viss ersättning utifrån uppnådda resultat, så kallad »pay-for-performance« (P4P). Den tredje användningen – en organisering utifrån patientprocesser – blir mer eller mindre än konsekvens av incitamenten. En organisation runt patienternas behov, snarare än vårdpersonalens fackkunskaper, beskrivs som ett sätt att öka värdet av vårdens resurser och uppnå framgång i system där konkurrens och ersättning premierar kvalitet och patientnytta.

I den svenska debatten framhölls värdebaserad vård ofta som något annorlunda och mycket bättre än den tidigare ekonomistyrningen baserad på »pinnar« och produktion. Den övergripande kärnan, att fokusera på värdet för patienterna i förhållande till resursinsatsen och att undvika stuprör, var knappast revolutionerande. Samma budskap har varit utgångspunkten för hälsoekonomiska utvärderingar sedan början av 1970-talet (Drummond m.fl. 2006). Under 1990-talet fick hälsoekonomiska utvärderingar ökad uppmärksamhet och från början av 2000-talet har sådana utvärderingar varit underlag när Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden, LFN), fattar beslut om subventioner för receptläkemedel. Hälsoekonomiska utvärderingar har dock haft begränsat inflytande över styrningen generellt inom vården.

Perspektivet i hälsoekonomernas kalkyler har varit att få fram underlag för enskilda investeringsbeslut, ofta med fokus på nya läkemedel och andra behandlingar. En fokusering



I den amerikanska kontexten har tidigare arbeten av Institute of Medicine (IOM) och en följande debatt om kvalitetsbrister haft stor betydelse för utvecklingen. År 1999 presenterade IOM rapporten »To err is human: Building a safer health system« som fick omfattande spridning i både amerikanska och internationella medier. I rapporten visades att det fanns omfattande problem i amerikansk vård i form av en bristande patientsäkerhet. Rapporten lyfte fram patientskador (»medical errors«) som ett kroniskt hot mot folkhälsan lika allvarligt som bröstcancer eller trafikolyckor. Underlaget i rapporten var egentligen inget nytt utan hade publicerats tidigare. Med IOM:s rapport uppmärksammades problemen i allmänna medier. I en senare rapport år 2001 – »Crossing the quality chasm: A new health system for the twenty-first century« – sattes problemen med patientsäkerheten in i ett bredare perspektiv. Kvalitetsbrister i amerikansk sjukvård lyftes fram mera generellt. Dessa brister kopplades även samman med vårdens organisation och styrning. Finansiering av vården och ersättning till olika vårdgivare ansågs premiera en stor volym vård, snarare än en vård som resulterade i nytta för patienterna. Mot den bakgrunden argumenterades också för en komplett »re-design« av vården, utan att IOM närmare beskrev hur detta skulle gå till. Det är mot den bakgrunden som strategi- och konkurrensforskaren Michael Porter i samarbete med Elisabeth Teisberg publicerar boken »Redefining health care: Creating value-based competition on results« år 2006. Budskapet i boken, och även i senare artiklar av Porter, var att konkurrensen mellan försäkringsbolag respektive vårdgivare måste inriktas på att skapa värde för patienterna, snarare än att man försöker maximera ersättning och vinster genom att generera en så stor volym vård som möjligt, undvika risker och vältra över kostnaderna på andra.

Värdebaserad vård letar sig så småningom fram till svensk vård och får under några år stor betydelse för debatten och utvecklingen. Porter föreläser för en utvald svensk publik år 2007 genom inbjudan från Läkemedelsindustriföreningen (LIF). Vid den tiden hade LIF och flertalet läkemedelsföretag identifierat värdebaserad vård som något önskvärt, bland annat influerade av IOM:s rapport 2001.

Läkemedelsföretagen drev redan från slutet av 1970-talet en linje att nya läkemedel borde prissättas utifrån dess värde för patienter och vården och var därför först med att investera i hälsoekonomisk kompetens och hälsoekonomiska utvärderingar. Dessa tankar om »value-based pricing and reimbursement« spreds sedan till att även vårdgivare och läkare borde tänka i termer av värde när man fattar beslut om användning av läkemedlen. Ett stöd för värdebaserad vård blev en motkraft till vårdens fokusering på kostnadskontroll och stuprörstänkande som ansågs hindra spridningen av nya effektiva läkemedel. LIF var därför också en tidig förespråkare för »pay-for-performance«. Man gav till exempel finansiellt stöd (tillsammans med Näringsdepartementet) till det så kallade Q-sviktsprojektet som handlade om målrelaterad ersättning för vård till hjärtsviktpatienter (Olsson m.fl. 2010). Andra tongivande aktörer som bidragit till spridningen av »value-based health care« både i Sverige och internationellt är globala strategikonsulter. För svenskt vidkommande är det framför allt Boston Consulting Group (BCG) som gjort avtryck på utvecklingen.

BCG publicerade år 2009 en rapport om »resultatstyrd vård« som en strategi för att möta utmaningarna för västerländsk sjukvård. Utifrån ett sådant »nytt paradigm« skulle också intresset från industrin att satsa på klinisk forskning i Sverige öka. Kopplingen mellan värdebaserad vård och samverkan med medicinteknisk industri är inte förvånande med tanke på att rapporten finansierades av bland andra AstraZeneca. Sverige bedöms i rapporten ha visst försprång jämfört med andra länder tack vare världsledande kvalitetsregister. För att behålla och vidareutveckla detta försprång krävs dock nationella investeringar. I rapporten beskrivs möjligheten att utveckla en världsledande industriell plattform under de kommande 10 åren, det vill säga fram till 2019, samtidigt som en avkastning på 10 gånger investerat belopp genom långsammare ökning av sjukvårdskostnaderna utlovas, utöver de vinster som uppstår i form av bättre livskvalitet för patienterna och minskade antal sjukskrivningar. Tajmningen för BCG:s rapport är väl vald. Vid tidpunkten pågår diskussioner om hur de medicinska kvalitetsregistren kan vidareutvecklas. Det handlar dock främst om

vidareutveckling i ett kliniskt forskningsperspektiv, snarare än att informationen ska användas inom ramen för kvalitetsdriven konkurrens eller kvalitetsdrivna ersättningssystem. I en rapport år 2010 av Måns Rosen på uppdrag av Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) föreslås också en nationell satsning på kvalitetsregistren åren 2011–2015. I en senare internationell rapport från BCG år 2012 jämförs elva länders resultat, kostnader och förutsättningar för »value-based health care«. Sverige rankas högst av de elva länderna, bland annat utifrån goda resultat till rimliga kostnader, bra kvalitetsregister och en hög beredskap och »readiness« att arbeta på nya sätt. Möjligen hade denna för Sverige smickrande position också betydelse för de investeringar i värdebaserad vård som skulle göras.

Värdebaserad vård har framför allt fått uppmärksamhet på Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset. KI-forskare har också varit engagerade och bidragit till utvecklingen på den internationella arenan. År 2012 bildades »International consortium on health outcomes measurement« (ICHOM) av initiativtagare vid Harvard Business School, BCG och KI. Syftet var att utveckla internationella standarder för hur utfall inom olika behandlingsområden och patientgrupper kan mätas och följas upp. Detta initiativ har sedan tagits upp av OECD inom det så kallade PaRIS-projektet (se vidare Krohwinkel m.fl. 2019).

på värde för pengarna på övergripande organisations- och systemnivå genom kvalitetsdriven konkurrens och kvalitetsdrivna ersättningssystem kunde därför lyftas fram som ett nytänkande. Fokus för styrningen flyttades mot resultat och utfall (kvalitet för patienterna) snarare än besök och aktiviteter (volym). Själva styrformen motsvarar de klassiska kriterier för NPM som formulerades tidigt 1990-tal (Hood 1991). Värdebaserad vård är på det sättet lika mycket NPM som den kritiserade metoden att ersätta sjukhusvården utifrån diagnosrelaterade grupper (DRG). För att skapa grogrund för en implementering var det dock viktigt att värdebaserad vård lyftes fram som något nytt.

4.3.2 INFÖRANDE I SVENSK VÅRD

Förhoppningarna kring värdebaserad vård var som störst kring åren 2012–2015. Globala strategikonsulter och världsledande managementforskare hade satt ljuset på möjligheterna för svensk vård att bibehålla positionen som världsledande när det gäller medicinska kvalitetsregister. Både regeringen och enskilda landsting investerade stora belopp för att förverkliga visionerna om ökat värde för patienterna och en dämpad kostnadsutveckling.

Efter hand blir det tydligt att den svenska versionen av värdebaserad vård påverkas av nationella förhållanden och traditioner (Krohwinkel m.fl. 2019). Begreppet omtolkas. Porters tankar om hur man kan skapa nya incitament bland konkurrerande försäkringsbolag blir inte intressanta i ett svenskt perspektiv där det bara finns en finansiär av vården. Likaså föll Porters tankar om konkurrens bland vårdgivare bort i det svenska arbetet, även om de kunde ha tillämpats inom ramen för vårdvalssystem. Fokus för arbetet låg inledningsvis i stort sett helt på utveckling av ersättningssystem som baserades på vårdepisoder (snarare än enskilda besök) kompletterat med målrelaterad ersättning som fokuserade utfall för patienterna. Ett vid tidpunkten ofta refererat exempel var införande av nya ersättningsprinciper för höft- och knäledsplastik samt ryggkirurgi i Stockholms läns landsting. Vårdgivare fick ersättning för hela vårdepisoden som inkluderade visst kostnadsansvar för åtgärder i samband med komplikationer som uppstod efter ingreppen. En mindre del av ersättningen baserades på utfall för patienterna (se Anell 2013, Lindgren 2014).

I ett svenskt perspektiv kan etableringen av SVEUS år 2013 betraktas som ett viktigt skede i införandet av värdebaserad vård mera brett i landsting och regioner. SVEUS, Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården, bildades av regeringen och sju landsting och regioner.¹⁵ Till en början var SVEUS arbete till stor del inriktat mot att utforma nya ersättningssystem baserat på vårdepisoder och utfallsmått. Fokuseringen på ersättningssystem inom SVEUS blev dock inte långvarig utan avvecklades kring

15. Inom SVEUS har ett flertal organisationer verkat. Stora delar av verksamheten baseras på arbete som görs inom olika specialistföreningar med stöd av IVBAR, ett privat konsultbolag som var dedikerat för att ge tekniskt stöd åt lösningar baserade på Värdebaserad vård.

år 2015. Arbetet kom därefter att fokusera på att definiera utfallsmått och utveckla uppföljningssystem. Frågan om hur utfallsmåtten skulle användas, inklusive former för ansvarsutkrävandet, skulle varje landsting själv avgöra.

4.3.3 VÄXANDE KRITIK OCH SVAG EVIDENS

Från 2016 och med tilltagande styrka under 2017 blev värdebaserad vård mycket omdebatterad och kritiserad, inte minst bland läkare. Ett flertal kritiska debattartiklar har publicerats i bland annat Dagens Samhälle och Läkartidningen.¹⁶ Det är inte alltid lätt att bedöma vilka komponenter i värdebaserad vård som kritiker argumenterar mot. Det är däremot enkelt att dra slutsatsen att de allra flesta kritiska artiklar utgår från tillämpningar vid Karolinska Universitetssjukhuset. Kritiken mot värdebaserad vård blandas även samman med kritik av privat-offentlig samverkan, dyra konsultnotor och byggandet av Nya Karolinska Solna.

Eftersom värdebaserad vård inte kan betraktas som *en* metod är det svårt att söka evidens för ansatsen mera generell. Detta noterades också av SBU i ett försök att kartlägga befintlig evidens på området (SBU 2018). En systematisk översikt publicerad år 2016 har tidigare refererats till i den svenska debatten för att ge stöd åt värdebaserad vård (Korenstein m.fl. 2016) men översikten visar snarast på problematiken. Studien inkluderade utvärderingar av 28 »system-level interventions« åren 2003–2014 som syftade till att öka värdet av vården definierat som balansen mellan kvalitet och kostnader. I en tredjedel av alla utvärderingar studerades dock inga utfallsmått. I ytterligare en tredjedel av utvärderingarna studerades utfallsmått men interventionerna påverkade inte dessa. I den resterande tredjedelen av utvärderingarna kunde en varierande påverkan på utfallsmåtten visas. I den enda randomiserade studien påvisades en förbättring i 2 av 11 mått.

Sammanfattningsvis ger översikten inget övertygande stöd för att de studerade interventionerna skulle påverka utfallsmått. Det är också tveksamt om de studier som inkluderades i översikten är relevanta för svenska förhållanden när det gäller värdebaserad vård. Tolv av de studier som inkluderades avsåg utvärderingar av »patient-centered-medical home« (PCMH) vilka närmast kan liknas vid svenska vårdcentraler. Värdebaserad vård i den svenska kontexten har i första hand fokuserat på planerad specialistvård. Tio av utvärderingarna avsåg »pay-for-performance«-program. Dessa utvärderingar är mera relevanta men samtidigt fångar översikten endast en liten del av alla de studier som gjorts om denna form av ersättningsprincip.

För svenskt vidkommande är erfarenheter av vårdepisod-ersättning och målrelaterad ersättning ett mera relevant forskningsområde och bättre sökbegrepp eftersom det specifikt fokuserar hur utfallsmåtten var tänkta att användas. När det

16. <https://www.dn.se/debatt/lag-kvalitet-och-fel-utbud-risk-i-marknadsstyrd-varld/>.

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/11/Mat-vardens-varde-for-varje-patient/>.

<https://www.dagenssamhalle.se/debatt/vaerdebaserad-vard-strider-sannolikt-mot-lagen-32233>.

<https://www.dagenssamhalle.se/debatt/vardens-problem-er-brist-pa-kvalitet-inte-pa-resurser-32415>.

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/06/Stoppa-inte-det-vi-paborjat/>.

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/12/Sahlgrenska-Svag-evidens-for-vardebaserad-varld/>.

gäller målrelaterad ersättning, eller pay-for-performance (P4P), finns en omfattande litteratur och flera systematiska översikter. Entydiga slutsatser från dessa översikter är att P4P har begränsad effekt på processmått och vanligtvis ingen effekt på utfallsmått (Van Herck m.fl. 2010, Scott m.fl. 2011, Eijkenaar m.fl. 2013, Ogundeje m.fl. 2016). Dessa fynd motsvarar också vad som dokumenterats i svenska studier (Ellegård m.fl. 2018, Ödesjö m.fl. 2017, 2015, Anell och Glenngård 2014). Den svaga evidensen för att P4P har betydelse för utfallsmått kan naturligtvis ha att göra med att det är svårt att påvisa sådana effekter, särskilt i studier som har en kort uppföljningstid. Samtidigt säger detta något om begränsningarna och osäkerheten när utfallsmått används som underlag för ekonomiska incitament. P4P-studier rapporterar dessutom om icke-avsedda effekter i form av att vårdgivare manipulerar data eller att vårdgivare ändrar sitt agerande för att nå målen på ett sätt som inte alltid är till fördel för patienterna (Bevan och Hood 2006; Anell 2019:11).

Även när det gäller kvalitetsdriven konkurrens finns förhållandevis gott om studier som pekar på begränsningarna, både när det gäller val av vårdgivare (Ellegård m.fl. 2017, Fotaki m.fl. 2020) och val mellan konkurrerande hälsosystem (»health plans«) (van Ginneken m.fl. 2020). Sammanfattningsvis visar flertalet studier att individer ofta inte tar del av den kvalitetsinformation om vårdgivare som faktiskt finns. Det kan bero på att denna information uppfattas som otillgänglig eller ofullständig. De val som faktiskt görs av individer är inte alltid rationella sett till objektiva mått på kostnader och skillnader i kvalitet. Det finns inte heller någon övertygande evidens för att kvalitetsdriven konkurrens genom individens val av vårdgivare leder till bättre kvalitet och innovationer (se Ellegård m.fl. 2019). De utvärderingar som gjorts av vårdval i svensk primärvård visar att övergripande mått på patientnöjdheten är högre i områden med mer konkurrens men i övrigt kan varken positiva eller negativa effekter på kvaliteten påvisas (Dietrichson m.fl. 2020).

När det gäller omorganisation av vården utifrån patientprocesser finns färre studier. Med tanke på alla variationer som kan förekomma, och att implementeringen och involveringen av vårdpersonalen sannolikt har stor betydelse för resultaten, är det också svårt att bygga upp någon generell evidens på detta område. En beskrivning och analys av arbetet vid Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala av Leading Health Care illustrerar denna problematik (Krohwinkel m.fl. 2019). Den tydligaste erfarenheten är att implementering av ett värdebaserat förhållningssätt vid dessa sjukhus förefaller ha varit svår. Som vid alla omorganisationer uppstår en »kostnad« och en osäkerhet. I den osäkerheten finns också grogrund för kritik som spär på svårigheterna. I detta avseende erbjuder värdeba-

serad vård inget nytt jämfört med introduktionen av tidigare styrmodeller.

4.4 Styrning och framtida utmaningar

Sammanfattningsvis har styrningen av svensk hälso- och sjukvård genomgått stora förändringar över tiden. Fram till 1980-talet var styrningen främst inriktad på att administrera utbyggnaden av vården. Från tidigt 1980-tal har det blivit mer av byråkratisk styrning och från 1990-talet även mer av marknadsstyrning. Styrningen genom professionella drivkrafter har samtidigt tryckts undan. Ofta har införandet av nya styrformer fokuserat de problem som upplevts som mest angelägna för stunden. Det har inneburit ett senare behov av att hantera de målsättningar som hamnade i skymundan. Förhoppningarna med nya styrmodeller har vanligtvis mattats av i takt med vunna erfarenheter, vilket initierat ett sökande efter någon ny styrmodell. Helst ska lösningarna inte ha prövats förr – det är svårare att argumentera mot »nya« lösningar eftersom det saknas kunskaper och erfarenheter om de problem som kan uppstå. Grogrunden för helt nya oprövade styrmodeller har på det sättet varit bättre än för styrmodeller som utvärderats.

Delvis kan alla reformer förstås som den övergripande ledningens sökande efter legitimitet snarare än verksamhetsmässig effektivitet. En analys av utvecklingen måste i så fall skilja mellan pratet om styrmodellerna, besluten om dess införande och det faktiska implementeringsarbetet (Brunsson 1986). Om målsättningen är att legitimera verksamheten (och dess ledning) kan det räcka med att prata om lösningar som uppfattas som legitima och fatta beslut om införandet. Om det uppstår problem vid den faktiska implementeringen – och det gör det alltid – kan man backa och pröva något annat. Det förklarar även varför landstingen vanligtvis varit snabba med att kopiera andras lösningar och modeller för att på det sättet framstå som »moderna« och att man hänger med i tiden. Som noteras i en tidigare ESO-rapport har anknytningen mellan NPM-reformer och faktiska problem ofta varit svag och konsekvensanalysen har varit otillräcklig (Molander 2017). En del reformer har varit mera bestående, som vårdval i primärvården. En tänkbar förklaring kan vara att vårdvalsreformen i primärvården även reglerades i lag. Samtidigt har de tänkta marknadsmässiga drivkrafterna i vårdvalet delvis urholkats av en parallell byråkratisk styrning i regionerna. För många offentliga vårdcentraler har listningen ingen avgörande betydelse eftersom verksamheten i första hand styrs av övergripande förvaltningsbeslut om kostnader och bemanning. Få regioner har dessutom satsat på information som kan hjälpa invånarna i deras val.

Sett ur vårdpersonalens perspektiv finns uppfattningar om att nya styrmodeller baserat på NPM lett till mer administration och en sämre arbetsmiljö. Många uppfattar att den byråkratiska och marknadsmässiga styrningen bryter mot egna professionella normer och värderingar. Därför har många bland vårdpersonalen också förlorat förtroendet för styrningen. De olika styrformer och mekanismer som prövats har inte heller varit överdrivet lyckosamma när det gäller stimulans till innovationer och utveckling av nya arbetsformer. Mot bakgrund av de stora utmaningar och möjligheter som beskrivits i rapporten i kapitel 1–3 finns därför anledning att tänka nytt. Det finns samtidigt skäl att undvika tidigare mönster och uppfinna någon ny modell som har begränsad hållbarhet över tiden.

Ett första steg i omprövningen är att definiera styrning i vården som ett komplext eller »wicked« problem (Rittel och Webber 1973). Det är då farligt att tro att en förenkling av problemet och förslag på enkla lösningar skulle leda till någon framgång. Det ställs snarare krav på en någorlunda tydlig färdriktning tillsammans med många olika lösningar på avgränsade problem. Det måste dessutom finnas en beredskap att ompröva och vidareutveckla lösningarna utifrån dokumenterade erfarenheter. Ett andra steg i omprövningen är att utgå ifrån vad som bäst motiverar vårdpersonalen till de förändringar som krävs och hur ett rimligt förtroende för styrningen kan återskapas. En traditionell byråkratisk eller marknadsmässig styrning utgår ifrån en snäv uppfattning om individens motivation. I den marknadsmässiga styrningen kopplas incitamenten i första hand samman med konkurrens eller de ersättningsprinciper som används. I den byråkratiska styrningen antas istället att förändringar kan åstadkommas genom krav på följsamhet till nya regler. Båda utgångspunkterna passar mindre bra med förutsättningarna i hälso- och sjukvården där många medarbetare i huvudsak identifierar sig med sin professionella yrkesroll. Det är svårt att se att förtroendet för styrningen kan återskapas om man inte explicit tar hänsyn till professionens egna drivkrafter. Med denna utgångspunkt kan det också finnas bättre möjligheter att ge stöd åt en utveckling av arbetsformerna genom styrningen. Det är också temat för nästa kapitel.

5. Framtidens styrning – fokus på lärande och innovationer

SOM REDOGJORTS FÖR i det föregående kapitlet finns inga indikationer på att de nya styrmodeller som införts sedan 1980-talet haft någon påtagligt positiv effekt när det gäller utveckling av nya arbetsformer. Ganska många bland vårdpersonalen upplever snarast att nya styrmodeller är ett arbetsmiljöproblem. Nya styrmodeller kopplas samman med minskade professionella frihetsgrader, ökad administration och ett överflöd av rutiner. Bland flertalet medarbetare saknas förtroende för att den övergripande styrningen kan vara till någon nytta för verksamheten.

I det här avsnittet ges förslag på hur en omprövning av styrningen skulle kunna se ut. Eftersom fokus vid införande av nya styrmodeller ofta hamnar på ersättningsmodeller redovisas inledningsvis de antaganden som ligger bakom denna typ av styrmekanism. Därefter diskuteras mera förutsättningslöst vad som kan antas motivera vårdpersonalen och hur en styrning med denna utgångspunkt bör utformas. Bland annat diskuteras utvecklingen mot kunskapsstyrning och hur system för uppföljning och återkoppling av information till olika vårdgivare kan förbättras. Viktiga övergripande budskap är att styrningen i högre grad måste beakta professionella drivkrafter och att ett bra verksamhetsnära chefskap förmodligen har stor betydelse för möjligheterna att utveckla arbetsformerna och samtidigt förbättra arbetsmiljön. En styrning som enbart förlitar sig på tillit blir samtidigt naiv, vilket ställer särskilda krav på ansvarsutkrävandet.

5.1 Ersättningsprinciper som motivations- eller hygienfaktor?

Frågan om ersättningsprincipernas utformning hamnar ofta i fokus när vårdens styrning diskuteras. Detta kanske i första hand kan förklaras av att ersättningsprinciper kan ändras relativt enkelt snarare än att just denna styrmekanism skulle vara särskilt effektivt (Greß m.fl. 2006). Som visats i förgående kapitel är ersättningsprinciper flexibla genom att de kan konstrueras på flera olika sätt. På gott och ont kan de snabbt anpassas till förändrade målsättningar över tiden.

Det finns en omfattande litteratur om för- och nackdelar med olika ersättningsprinciper och många empiriska studier som belyser effekterna i praktiken. Svenska sammanfattningar av för- och nackdelar liksom praxis i regionerna finns redovisade i tidigare SNS-rapporter (Lindgren 2014, 2019). En entydig slutsats från olika genomgångar är att det inte finns några optimala enkla lösningar. Detta sammanfattas elegant i inledningen till en tidigare översiktsartikel:

»There are many mechanisms for paying physicians; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation and salary« (Robinson 2001, s. 149).

Vid tidpunkten för denna formulering hade värdebaserad vård och »pay-for-performance« inte lanserats på bred front. Alternativet målbaserad ersättning ändrar dock inte den övergripande slutsatsen: det finns inga optimala ersättningsprinciper. Samma slutsatser kan dras om olika ersättningsprinciper studeras utifrån vad som bäst främjar utveckling av nya arbetsformer. En fast ersättning ger fördelar när det gäller att ändra arbetsformerna inom befintliga kostnadsramar men också nackdelar genom att extra arbete inte ger någon ytterligare ersättning. Med en rörlig ersättning finns en tydligare koppling till mängden arbete men det blir samtidigt svårare att ändra på arbetsformerna om ersättningen baseras på befintliga aktiviteter och besök. Frånvaron av optimala lösningar stämmer också med en tidigare studie som kartlade upplevelser hos knappt 700 verksamhetschefer bland svenska vårdcentraler (Anell m.fl. 2012b). Oavsett ersättningsprincipernas utformning, som varierade mellan olika regioner när det gäller till exempel andelen rörlig ersättning, var verksamhetscheferna i stort sett lika missnöjda.

Nackdelarna med olika ersättningsprinciper kan belysas om vi för ett ögonblick gör det realistiska antagandet att det inte finns någon annan motivation i vården än den som följer av de ekonomiska incitamenten, se tabell 5.1. Det blir då mycket tydligt att ersättningsprinciperna bara kan vara en del av styrningen, oavsett utformningen. Med en fast ersättning blir det viktigt att följa upp produktiviteten medan en rörlig

ersättning leder till krav på någon form av kostnadskontroll, till exempel genom överenskommelser om den volym vård som ersätts. Det är också en återkommande rekommendation i litteraturen. Oavsett vilka ersättningsprinciper som väljs måste nackdelar uppmärksammas och hanteras i andra delar av styrningen.

Resultaten från olika empiriska studier finns redovisade i flertalet översikter, inte minst när det gäller målbaserad ersättning (Van Herck m.fl. 2010, Scott m.fl. 2011, Eijkenaar m.fl. 2013, Ogundeje m.fl. 2016). I stora drag redovisar empiriska studier vad som kan förväntas enligt logiska resonemang. En rörlig ersättning premierar till exempel en ökad volym vård i jämförelse med fast ersättning och kapitering. Det är dock tydligt att effekterna av en viss ersättningsprincip beror på sammanhanget och därför kan variera eller helt utebli. Frånvaron av tydliga effekter när det gäller tidigare målbaserade ersättningssystem i amerikansk vård kan till exempel förklaras av att vårdgivare i första hand ersätts enligt »fee-for-service« (se referenser i Anell 2010). Det blir därför förhållandevis ointressant för vårdgivare att försöka ändra sitt beteende för att eventuellt nå vissa mål som ger större intäkter, när de istället kan generera samma ökade intäkter genom att öka antalet besök. Vårdgivare kan också försöka nå målen genom att ta genvägar och uppnå det som belönas på andra och enklare sätt än vad som var tänkt av finansören. Det gäller särskilt om de mål som belönas inte upplevs som väsentliga av vårdgivarna själva. Sådana beteenden refererar forskarna till som »box ticking behavior« (Maisey m.fl. 2008; Campbell m.fl. 2008) eller »reaching the target but missing the point« (Frey m.fl. 2013). Man gör det som behövs för att nå målen i syfte att få pengarna, snarare än för att målen uppfattas som viktiga.

Det är viktigt att komma ihåg att den svenska kontexten skiljer sig från de kontexter där internationella studier vanligtvis görs. De flesta svenska läkare är anställda med fast lön. En rörlig ersättning per besök i primärvården kan då inte förväntas ge samma ekonomiska incitament som i Norge, Danmark eller Nederländerna där ersättningen i princip motsvarar bruttointkomsten för primärvårdsläkarna. Ytterligare exempel på kontextens betydelse är att kapitering i primärvården i kombination med konkurrens kan ge helt andra effekter än kapitering utan konkurrens. Med konkurrens finns åtminstone teoretiskt sett möjligheter att motverka en del av kapiteringens potentiellt negativa effekter i form av brister i produktivitet och tillgänglighet. Även fördelarna med en fast ersättning »beror på«. Om budgetdisciplinen och följsamheten mot de fasta anslagen är dålig blir kostnadskontrollen därefter.

Eftersom för- och nackdelar med olika ersättningsprinciper varierar är en annan återkommande rekommendation i studierna att blanda principerna. Om en viss andel av ersättningen är fast och resterande del rörlig är förhoppningen att de ten-

Tabell 5.1 Olika ersättningsprinciper och ekonomiska incitament. Källa: Efter föredrag av professor Martin Marshall, Health Policy Forum, september 2011.

Ersättningsprincip	Ekonomiska incitament
Fast lön/budget	Gör så lite som möjligt för så få som möjligt
Kapitering (fast ersättning per listad individ)	Gör så lite som möjligt för så många som möjligt
Per besök eller åtgärd	Gör så många besök/åtgärder som möjligt, oavsett nyttan
Målbaserat (P4P)	Uppfyll de mål som ersätts, men inte mer, och så lite i övrigt som möjligt

denser till över- respektive undervård som följer av enskilda principer kan undvikas. I flertalet regioner används också en sådan princip. Vårdcentraler och mottagningar får till stor del sin ersättning genom fast belopp per listad individ (kapitering) men i många regioner finns också en mindre andel ersättning per besök. Bland flera andra länder är förhållandena tvärtom. Allmänläkare ersätts i huvudsak enligt »fee-for-service«. Andelen kapitering utifrån antalet listade individer är ofta liten, om den alls existerar. I flertalet länder finns önskemål bland finansierarna att öka andelen kapiteringsersättning i primärvården, det vill säga att ersättningsprinciperna ska bli mer lika de som används i Sverige. I specialistvården talas istället om fördelar med en utveckling mot vårdepisodersättning och »comprehensive payment«, det vill säga ersättning för mera heltäckande uppdrag. Dessa internationella rekommendationer utgår dock från praxis i andra länder där rörlig ersättning inom specialistvården är mycket vanligare än i Sverige. Det gäller inte minst i USA men även i stora delar av Europa där sjukhusvården ofta ersätts utifrån DRG-system eller motsvarande (Rehnberg 2019).

I Sverige har kapitering och vårdepisodersättning ofta lyfts fram som lämpliga eftersom dessa ersättningsprinciper anses främja innovationer och erbjuder vårdgivare möjligheter att utveckla arbetsformerna (se till exempel Lindgren 2014; 2019). En rörlig besöksersättning anses istället skapa inlåningseffekter samt hindra arbetsväxling och utveckling av e-hälsa som alternativ till fysiska vårdbesök. Även om kapitering, vårdepisodersättning och andra former av fasta ersättningsprinciper ger dessa möjligheter är det långt ifrån säkert att en förändring av arbetsformerna faktiskt blir av. Man måste

skilja mellan att ge möjligheter för förändring och att skapa motivation till förändring. En fast ersättning ger bättre möjligheter för utveckling av nya arbetsformer, vilket är en bra början. Samtidigt skapar en fast ersättning ingen motivation i sig för lärande, utveckling och förändring. Det illustreras också av svenska erfarenheter. Svenska sjukhus och vårdcentraler har i mycket hög grad ersatts med fasta anslag i olika former. Ändå efterlyses mera innovationer och e-hälsa. Det indikerar att motivationen att ändra på arbetsformerna måste komma från ytterligare drivkrafter som går utöver de ekonomiska incitament som följer av ersättningsprinciperna. I förlängningen innebär ett sådant synsätt att ersättningsprinciper snarare bör betraktas som en hygienfaktor än en motivationsfaktor. »Dåliga« ersättningsprinciper kan skada och hindra. »Bra« ersättningsprinciper kan istället skapa möjligheter. Själva motivationen att utveckla arbetsformerna måste dock primärt komma från andra drivkrafter.

5.2 Vad motiverar vårdpersonalen?

De ekonomiska incitament som följer av en viss ersättningsprincip existerar förstås inte i ett vakuum. Ändå finns tendenser att beslutsfattare ofta glömmer bort alla övriga faktorer som påverkar individers motivation. Mera generellt kan individers motivation förklaras av flera olika faktorer, och sambandet mellan motivation och incitament är komplext. Utifrån forskning som har relevans för styrning kan i först hand fyra typer av motivation eller drivkrafter identifieras (Ryan och Deci 2000; Frey 1997; Frey och Jegen 2001; Fehr och Falk 2002; Ellingsen och Johanesson 2007):

- › motivation som förklaras av att uppgiften i sig är intressant
- › motivation som förklaras av att individer vill verka på ett sätt som stämmer med självbilden och den självupplevda identiteten (»self-approval«)
- › motivation som förklaras av önskemål att bli accepterad av andra (»social-approval«)
- › motivation som förklaras av externa incitament i form av ekonomiska belöningar och sanktioner.

Den första drivkraften har att göra med den inre motivation som förklaras av uppgiften i sig. Sådan motivation är enklare att utveckla för uppgifter som är intressanta och komplexa, förutsatt att individer känner att de har tillräcklig kompetens. Den andra och tredje drivkraften utgår istället från individers preferenser samt sociala normer. Preferenser avser hur individer uppfattar sig själva och vem man vill vara. Det finns en identitet och självbild man vill leva upp till. Den förklarar också varför individer kan agera altruistiskt och rättvist även om handlingarna inte observeras av andra. Sociala normer

avser istället hur individers motivation påverkas av att man vill bli accepterad och gillad av andra. Det är ett djupt rotat mänskligt beteende att söka bekräftelse från andra och undvika att hamna utanför. Vi blir särskilt motiverade om vi får positiv bekräftelse från individer som vi själva ser upp till (Fehr och Falk 2002). En läkare med stark professionell identitet blir sannolikt mer motiverad av positiv bekräftelse från seniora och högt aktade kollegor än av bekräftelse från någon vårdadministratör. En bekräftelse från »fel håll« kan till och med fungera omvänt, som en signal att man kanske fjärrmat sig från den egna (professionella) identiteten.

Kortfattat skulle man kunna säga att individers motivation påverkas av möjligheterna att samla »sociala poäng« i relationen med andra och vid bedömning av det egna handlandet (Fehr och Falk 2002). Utfallen är i sin tur kopplade till känslor av stolthet och skam (»pride and shame«) (Elingssen och Johansson 2007). Individer kan känna stolthet över sin identitet och sociala tillhörighet när man lyckas leva upp till idealen och normen. Här finns också en koppling till den inre motivationen eftersom det är enklare att utveckla social acceptans och beundran från andra om uppgiften är komplex, särskilt om uppgiften dessutom är nyttig för befolkningen och samhället i stort. Det är därför inte alls konstigt att det finns empiriska belägg för att motivation som följer av uppgiften i sig, identiteter och sociala normer har större betydelse i en professionell verksamhet som i hög grad förlitar sig på individers kompetens och autonomi (Frey m.fl. 2013).

Den fjärde motivationsfaktorn har att göra med externa incitament i form av materiella belöningar och sanktioner. Individers handlingar och ansträngningar motiveras med denna utgångspunkt av att man vill uppnå något annat, till exempel högre ersättning. I den klassiska principal agent-modellen antas att det finns en priseffekt såtillvida att mer belöningar och kraftigare sanktioner förstärker motivationen. Empiriska studier visar dock att det inte alltid blir som man tänkt sig. Det kan i sin tur förklaras av de tre andra drivkrafterna. Utöver priseffekten kan externa incitament även skapa signaleffekter. Användningen av externa incitament kan till exempel ge indikationer om vilket förtroende ledningen har för verksamheten samt även påverka den egna autonomin, vilket i sin tur kan påverka motivationen negativt. Priseffekter kan också tränga undan andra professionella normer och värderingar och den motivation som följer av dessa. Generella begrepp som lyfts fram för att beskriva oväntade och oönskade effekter av externa incitament är »hidden cost of control«, »hidden cost of reward« och »crowding out« (Frey och Jegen 2001, Gneezy och Rustichini 2000, Falk och Kosfeld 2006). För repetitiva och tråkiga uppgifter är det svårare att mobilisera någon inre motivation eller identitet och stolthet kopplade till uppgiften. Det finns därför sällan någon inre motivation att tränga

undan. Historiskt sett är det också i första hand för repetitiva och enkla uppgifter som man använt sig av »pay-for-performance«. I komplexa verksamheter, som är svårare att mäta och kräver professionell autonomi, ökar riskerna för oönskade effekter vid försök att styra verksamheten utifrån direkta externa incitament (Holmstrom och Milgrom 1991, Cerasoli m.fl. 2014).

De olika formerna av motivation är inte nödvändigtvis antagonistiska. Externa incitament behövs även i professionella verksamheter. Läkare, sjuksköterskor och andra professionella vill ha rimlig lön och en lönespridning som upplevs som rättvis. Om så inte är fallet blir det svårt att rekrytera nya medarbetare och det blir svårare att behålla dem man redan anställt. Utan villkor som upplevs som rättvisa finns risk att i första hand högpresterande individer blir mindre motiverade och/eller söker sig till annan arbetsgivare. Utifrån det perspektivet blir också förekomsten av bemanningsföretag i hälso- och sjukvården problematiska. Bemanningsföretag löser akuta personalproblem. Samtidigt kan den fast anställda personalens upplevelser av orättvisa arbetsvillkor öka. Det kan i sin tur leda till att ännu fler lämnar organisationen. En sådan utveckling bidrar knappast till ökad kvalitet, patientsäkerhet eller produktivitet på längre sikt. Det är också svårt att bygga ett lokalt system av lärande och systematiskt förbättringsarbete om det finns brister i personalkontinuiteten.

Även om ekonomiska incitament är betydelsefulla för att rekrytera och behålla vårdpersonal är de andra motivationsfaktorerna viktigare i det dagliga arbetet. En stark professionell identitet och starka professionella normer kan ge tydliga incitament för kvalitetsförbättringar och utveckling av arbetsformerna. Det är också dessa drivkrafter som förklarar att hälso- och sjukvården hela tiden förbättras när det gäller medicinsk kvalitet, trots att den övergripande styrningens bidrag till utvecklingen kan betraktas som svagt. Det finns också kontrollerade studier som specifikt belyst frågan. En tidigare studie bland hjärtkirurger i USA visade till exempel att den motivation som var knuten till den professionella identiteten var starkare än de ekonomiska incitamenten (Kolstad 2013).

Samtidigt som en stark professionell kultur har stora fördelar och ger tydliga incitament till kvalitetsförbättringar finns också potentiella nackdelar. Normer som av professionen upplevs som »externa« kan ignoreras; komplexa förändringar som kräver samverkan med andra yrkesgrupper kan bli svårare att genomföra. Att helt förlita sig på den motivation som följer av professionella drivkrafter är knappast hållbart. Det är dock mycket värre att ignorera dessa drivkrafter och helt fokusera på de ekonomiska incitamenten. En byråkratisk styrning behövs för att ange restriktioner och övergripande mål. Men själva motivationen till att utveckla nya arbetsformer genom lärande och systematiskt förbättringsarbete bör i första hand utgå ifrån

professionella drivkrafter. Det är svårt att se att någon annan utgångspunkt kan ha tillräcklig legitimitet och motivera till de förändringar som behövs.

Hur kan då styrningen på organisations- och systemnivå utvecklas på ett sätt som beaktar professionella drivkrafter? Vad ska regionerna göra för att skapa ökat fokus på lärande, innovationer och utveckling av nya arbetsformer? För det första kan konstateras att det knappast finns behov av att utveckla någon ny styrmodell som aldrig prövats förut. En bättre strategi är att utgå från de motivationsfaktorer och drivkrafter som redovisats i detta avsnitt och gradvis utveckla styrningens tre komponenter – det vill säga normer, uppföljningen och ansvarsutkrävandet. Utvecklingen av normer med ökad tyngd på professionella drivkrafter kan bygga på det nationella system för kunskapsstyrning som redan är under utveckling. Utveckling av uppföljning och återkoppling kan utgå från den evidens som i internationell litteratur brukar benämnas som forskning inom »audit & feedback«. Utvecklingen när det gäller ansvarsutkrävandet kan i högre grad baseras på tillit men även en ömsesidighet som leder till skärpt styrning om det behövs.

5.3 Betydelsen av bättre kunskapsstöd

Som beskrivits tidigare förutsätter styrning någon form av normer. Sett till professionella drivkrafter är normer som baseras på evidens, som i sin tur byggts upp av flera kontrollerade studier, en mer eller mindre självklar utgångspunkt för hur man bör agera mot patienter. Så har det inte alltid varit. Tidigare var vården mer erfarenhetsbaserad. I bästa fall fanns riktlinjer som byggde på konsensus bland seniora läkare. I takt med utvecklingen av evidensbaserade synsätt och ökad betydelse av kunskapsöversikter har betydelsen av enskilda personers makt och inflytande minskat. »Opinion-based medicine« har utvecklats mot evidensbaserad medicin, EBM. Ett viktigt bidrag till utvecklingen i svensk vård var sannolikt Läkartidningens stora satsning på återkommande temanummer om EBM åren 2000–2002. Både metod- och debattartiklar publicerades. I den allra första artikeln beskrev professor Lars Werkö EBM som ett »konkret verktyg för vårdens verkstadsgolv« och en »praktisk filosofi, som innebär att varje åtgärd i sjukvården skall vara baserad på bästa möjliga tillgängliga kunskap« (Werkö 2000). Det fanns kritiker både i Sverige och internationellt som menade att vården för enskilda patienter kunde försämrats och att den skulle byråkratiseras. Den kritiken har inte klingat av helt även om EBM blivit allmänt accepterat. Tjugo år efter Läkartidningens satsning kan också konstateras att kunskapsöversikter och evidensbaserade riktlinjer inte alltid gör något tydligt avtryck i praxis.

Till en del kan gapet mellan evidens och praxis förklaras av att utvecklingen av svenska kunskapsstöd varit långsam och fragmenterad. Mot den bakgrunden har en ny modell för kunskapsstyrning byggts upp inom svensk hälso- och sjukvård under de senaste 10 åren. För ungefär 10 år sedan fick nationella myndigheter som Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskyddsinstitutet (SMI) och TLV ett gemensamt uppdrag att samordna och utveckla den nationella kunskapsstyrningen (Socialstyrelsen 2012). Kraven på samverkan och undvikande av dubbelarbete mellan nationell och regional nivå ökade, liksom att kunskaper och riktlinjer skulle användas. I regeringsförklaringen i oktober 2014 uttalades att »nationella riktlinjer ska bli obligatoriska för att säkra en likvärdig sjukvård«. En statlig utredning fick i uppdrag att ge förslag på hur följsamheten till nationella riktlinjer kunde stärkas. Utredningen avfärdade ganska snabbt kraven på obligatorisk följsamhet, bland annat utifrån att en sådan styrning skulle ge negativa effekter på professionens frihetsgrader och motivation. De förslag som lyftes fram av utredningen tog istället sin utgångspunkt i den utveckling som redan var på gång bland landstingen (SOU 2017:48). Våren 2017 tog landsting och regioner beslut om utveckling av ett nytt gemensamt nationellt system för kunskapsstyrning (se ruta 5.1), en infrastruktur för kunskapsbaserade normer som utvecklats vidare sedan dess.

Utvecklingen mot en gemensam och nationell struktur för kunskapsstyrning ger förutsättningar för ökad tydlighet och mindre fragmentering när det gäller normer. Det är dock inte givet hur arbetet ska bedrivas. Det kan fortfarande betraktas som en öppen fråga om delar av arbetet skulle kunna ledas bättre av statliga myndigheter. Det finns också debattörer som menar att de riktlinjer som tas fram internationellt är tillräckliga och att utvecklingen med ett svenskt kunskapsstöd och arbetet inom NPO och samverkansgrupper främst bidrar till ökad administration. Det motsvarar den kritik som framfördes mot EBM för 20 år sedan – enskilda professionella vill hellre tänka själva och värnar den egna autonomin.

Utifrån de utmaningar och möjligheter som beskrivits tidigare i denna rapport, samt med utgångspunkt i tidigare erfarenheter när det gäller styrning i regionerna och resonemang om professionella drivkrafter, kan flera allmänna rekommendationer formuleras som stöd för fortsatt utveckling av kunskapsstyrningen. En första rekommendation är att legitimitet och trovärdighet blir väsentliga för genomslaget, oavsett om arbetet sker av regioner i samverkan eller av myndigheter. Det blir viktigt att arbetet bemannas med betrodda experter och verksamhetsföreträdare som har hög och relevant kompetens. En andra rekommendation är att det bör finnas möjligheter till inflytande och insyn i processen, även



Arbetet med ett nationellt system för kunskapsstyrning har till stora delar inspirerats av den tidigare statliga satsningen på regionala cancercentrum (RCC). Idag finns 26 nationella programområden (NPO) och ett nationellt primärvårdsråd som leder kunskapsstyrningen inom respektive område. Ett NPO återspeglar i huvudsak medicinska specialiteter och en indelning av kunskap och evidens efter sjukdomsgrupper. Det finns till exempel särskilda NPO för akutvård, cancer, hjärt-/kärlsjukdomar och infektionssjukdomar. Vårdskapet för olika NPO är fördelat mellan de sex sjukvårdsregionerna. I några fall har SKR vårdskapet i väntan på överföring till sjukvårdsregion. Det finns nationella samverkansgrupper för exempelvis metodstöd, kvalitetsregister och uppföljning och analys som berör samtliga NPO.

Uppdraget till varje NPO är brett och består av att*

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält

- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och identifiera behov av kunskapsstöd
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används
- omvärldsbevaka
- bidra till ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar
- bidra till nivåstrukturering
- bidra i arbete med eventuella statliga satsningar.

Varje region har förbundit sig att verka enligt intentionerna bakom det nationella systemet, bidra till arbetet i NPO och nationella samverkansgrupper samt även anpassa den regionala styrningen och ledningen utifrån det arbete som görs och den kunskap som tas fram.

* <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html>.

om man inte tillhör de experter som medverkar i själva arbetet. En sådan möjlighet till medverkan och dialog tar tid men ökar sannolikheten för att de normer som tas fram faktiskt används och får effekt. En tredje rekommendation är att ha beredskap för att den kunskap som tas fram inte alltid kommer att gillas av varje enskild region eller av varje enskild profession eller vårdgivare. Både EBM och kunskapsstyrning innebär att autonomin för enskilda yrkesutövare begränsas samtidigt som autonomin för professionen som helhet behålls. Det finns också andra initiativ som bidrar till utvecklingen mot en ökad professionell standardisering, till exempel införande av standardiserade vårdförlopp. Standarder kan också vara utmanande för regioner eller vårdgivare som inte klarar kraven på väntetider eller inte har tillräcklig kapacitet att sätta in de åtgärder som rekommenderas. De konflikter som kommer att uppstå talar för att verksamheten bör bedrivas och organiseras på ett sätt som är långsiktigt stabilt och oberoende av enskildas intressen. Det finns också anledning att undvika tendenser att styrningen går för långt. Kritiken mot detaljerad ekonomistyrning kan annars ersättas av en ännu större kritik mot en alltför detaljerad professionell styrning. En fjärde rekommendation är att säkerställa att patient- och brukarperspektivet tas

med i utvecklingen av ny kunskap samt att använda patienters upplevelser och erfarenheter som stöd för arbetet. En femte rekommendation är att kunskapsstyrningen inte hindrar en utveckling av arbetsformerna som tar utgångspunkt i verksamhetens specifika förutsättningar och upplevda problem.

5.4 En uppföljning som ger stöd för lärande och innovationer

Det nationella systemet för kunskapsstyrning omfattar även målsättningar om förbättrad uppföljning och analys. Det är uppföljningen som ska leda till lärande och analyser ute i verksamheterna om hur man kan bli bättre. Mera generellt omfattar uppföljningen flera delar. Det gäller dels vilka indikatorer som definierats och vilka data som följs upp, dels hur data och indikatorers utfall sammanställs till information som återkopplas till beslutsfattare. Det finns idag flera system i svensk vård där olika indikatorers utfall följs upp (se avsnitt 3.4). Det som brister är snarare att data inte analyseras eller att sammanställningar inte används av vårdens beslutsfattare fullt ut. Därmed finns också begränsningar i det lärande och förbättringsarbete som kan uppstå. En viktig fråga är hur uppföljningen kan utformas så att den skapar ökat intresse för lärande och starkare drivkrafter till förändring. Frågan är generell och mot den bakgrunden finns också ett etablerat forskningsfält inom området. Flertalet kontrollerade studier har genomförts och evidensen från dessa har sammanställts i systematiska översikter. En sammanfattning av evidensbaserad »best practice« när det gäller utformningen av »audit & feedback« redovisas i tabell 5.2.

Särskilt intressant är att många kontrollerade studier visar att återkoppling av information och jämförelser till vårdgivare kan skapa motivation till förändringar utan inblandning av finansiella incitament (Ivers m.fl. 2012, Brehaut m.fl. 2016). Det finns därutöver gott om fallstudier som visar på positiva effekter av transparens och jämförelser i sig (Bevan m.fl. 2019). Det är också intressant att notera att det i stort sett saknas rapporter om oväntade och dysfunktionella effekter till följd av uppföljning och återkoppling (Anell 2019). Det är inte alltid som interventionerna har avsedd effekt, men de tycks sällan leda till oönskade effekter. Resultaten från studier kan förklaras av de motivationsfaktorer och drivkrafter som redovisades i föregående avsnitt. Vårdgivare som får information om att de avviker från självbilden eller vad andra vårdgivare gör får motiv att ändra sig. De måste leva upp till sin professionella identitet för att få acceptans från sig själva och av andra. I litteraturen talas om »professional reputation mechanisms« men i grund och botten handlar det om allmänna mänskliga drivkrafter och en önskan att känna stolthet över sig själv och

Tabell 5.2 »Best practice« vid utformning av uppföljning och återkoppling.

Utifrån resultaten av en tidigare Cochrane-översikt som omfattade 140 randomiserade studier (Ivers m.fl. 2012) har forskare inom området (Ivers m.fl. 2014, Brehaut m.fl. 2016) föreslagit följande utformning av en evidensbaserad uppföljning och återkoppling (»audit & feedback«).

Vilka data omfattar återkopplingen?	Data är validerade Data avser aktuella prestationer Data avser individens/gruppens egna prestationer Återkopplingen upprepas, med uppdaterade data vid varje tillfälle
Hur sker återkopplingen?	Återkopplingen är multimodal (textbaserad, grafisk/visuell, muntlig) Återkopplingen sker från någon som verksamheten har förtroende för (chef, kollega) Jämförelser med relevanta andra verksamheter inkluderas
Krav på beteendeförändring?	Den beteendeförändring som önskas kan rimligen uppnås genom återkoppling Den som mottar återkopplingen är kompetent och ansvarig för förbättringar i verksamheten
Förekomst av mål- och handlingsplaner	Det finns målnivåer som är i linje med verksamhetens prioriteringar En handlingsplan tas fram vid tydliga avvikelser

Rekommendationerna baseras på den kunskap som finns utifrån tidigare studier och hur dessa designats, vilket är en begränsning. Utgångspunkten i dessa studier har vanligtvis varit att det finns viss evidens för önskvärt beteende och att »audit & feedback« ska sluta gapet mellan praxis och evidens. Svenska exempel kan hämtas från läkemedelsområdet och förskrivning av antibiotika där Strama följt upp och jämfört förskrivningsmönster för att motverka onödig användning. Utgångspunkten för de uppföljningssystem som studerats är alltså att det finns ett kunskapsbaserat »facit« som accepteras av flertalet och kan ligga till grund för formuleringen av gemensamma mål.

sitt arbete. Människor är särskilt benägna att undvika sådant som kan skapa negativa känslor. Det kan också förklara varför effekten av återkoppling och transparens vanligen är större bland vårdgivare som redovisar sämst utfall.

Även om befintlig kunskap om uppföljning och återkoppling kan användas som utgångspunkt för en framtida styrning finns också brister och frågetecken. En stor andel av den tidigare forskningen har varit empirisk utan tydlig koppling till teoretiska förklaringsmodeller. Det har lett till begränsad progression över tiden (Ivers m.fl. 2014), liksom brister i designen av studier och i tolkningen av resultaten (Colquhoun m.fl. 2013, 2017). De olika motivationsfaktorer som redogjorts för tidigare skulle kunna vara utgångspunkt för framtida studier. Utifrån professionella drivkrafter baserade på stolthet och skam (»pride and shame«) kan vi förstå varför effekten av

återkoppling är tydligast bland vårdgivare med sämst resultat (tydligast avvikelse i förhållande till identitet och normer) och varför effekterna tenderar att förstärkas om jämförelser är transparenta och tillgängliga för kollegor och allmänheten (förluster i »sociala poäng« ökar ju fler som kan ta del av resultaten). Utifrån samma teorier kan vi också anta att effekterna förmodligen uteblir om det inte finns en koppling mellan det som följs upp och professionens egna normer. Effekterna ökar sannolikt också om återkopplingen sker från någon som mottagarna har förtroende för och uppfattar som ett föredöme. Det kan vara en chef men kanske mera troligt en senior kollega som man ser upp till. Chefer har förvisso tillgång till ekonomiska belöningar och sanktioner men detta har liten betydelse om uppföljningen och återkopplingen tar sikte på den motivation som följer av professionella drivkrafter (Anell 2019). Detta resonemang talar till fördel för att återkopplingen av data och jämförelser i första hand bör genomföras som en kollegial granskning. På samma sätt som det blir viktigt att bemanna olika NPO utifrån legitimitet och trovärdighet ställs motsvarande krav på de aktörer som ska komma med frågor och utmana verksamhetsföreträdare utifrån uppföljningen.

5.5 Hur ge stöd för komplexa förändringar?

En förutsättning för att en förändring faktiskt ska ske är att vårdgivare inte bara är motiverade utan också anser att en förändring är möjlig. Om en förändring inte anses möjlig finns stor risk att en förstärkt uppföljning och transparens skapar mer frustration än positiva drivkrafter. Vårdgivare ser behovet av en förändring men inte hur förändringen ska kunna genomföras. Olika medarbetare kan också ha skilda åsikter om vad som bör göras även om man är överens om problemen.

Tidigare studier av uppföljning och återkoppling visar att positiva effekter oftast uppstår för enkla förändringar, till exempel att varje enskild läkare kan ompröva sin förskrivning av antibiotika. Komplexa förändringar, till exempel innovationer när det gäller arbetsformerna inom ett vårdteam, kräver samverkan och gemensamma ansträngningar och är därför svårare att realisera. Förändringen blir än mer komplex om den rör en hel organisation eller samverkan inom ett vårdsystem. Vid komplexa förändringar finns inget entydigt »facit« för vad som ska göras och kraven på organisatoriskt lärande och innovationer »underifrån« ökar. Även i detta avseende finns en brist i tidigare studier inom området »audit & feedback«. Studier har oftast fokuserat interventioner som syftat till att sprida enkla innovationer och evidensbaserade riktlinjer, snarare än uppföljning och återkoppling som syftat till att ge stöd för mera komplexa förändringar.

För att uppföljning och återkoppling ska kunna ge stöd åt mera komplexa förändringar finns anledning att ta lärdom från innovationsforskningen. Jensen m.fl. (2007) har tidigare skiljt mellan två ansatser – »Science, Technology and Innovation« (STI)-ansatsen respektive »Doing, Using and Interaction« (DUI)-ansatsen. STI-ansatsen dominerar inom hälso- och sjukvården och medicinen. Innovationer har ofta utvecklats av någon annan. Det kan vara nya behandlingar, nya former av diagnostik men även evidens och riktlinjer framtagna av professioner eller myndigheter. Vårdgivare kan delta i innovationsarbetet genom att ta fram nya kunskaper, vanligtvis genom medverkan i kontrollerade studier. Man kan också delta i arbetet med att utveckla riktlinjer och vårdprogram. Mycket av innovationsarbetet handlar dock om att sprida innovationerna och sluta gapet mellan evidens och praktik. Spridningen av innovationer åstadkoms framför allt genom enkelriktad information, exempelvis genom konferenser, facktidsskrifter, seminarier och möten. STI-ansatsen utgår från att alla vårdgivare ska behandla patienter lika och enligt evidensbaserad standard. Variationer i tillämpningarna ses som ett problem som bör minimeras.

DUI-ansatsen baseras istället på praktiska erfarenheter och lösningar som passar i en specifik organisatorisk kontext. Det kan fortfarande finnas gemensamma mål för verksamheten, men de organisationer som berörs har möjligheter att utvecklas på olika sätt för att nå målen. Variationer i tillämpningarna blir en lösning snarare än ett problem. Uppföljning och jämförelser med andra verksamheter är fortfarande intressant. Men istället för uppföljning mot en helt gemensam plan uppmuntras vårdgivare att definiera sina egna mål och utvecklingsplaner utifrån sina egna specifika problem och villkor. Ansatsen är därför mer betydelsefull om de lokala villkoren för verksamheten varierar. Exempel kan hämtas från primärvården. De lokala villkoren för vårdcentraler påverkas i hög grad av vilka individer man listar och i vilket geografiskt område man verkar. Det påverkar i sin tur vilka arbetsformer som kan anses mest lämpliga.

De två ansatserna står inte i konflikt med varandra. Det är istället kombinationen av dem som kan antas förbättra en organisations samlade innovationskapacitet (Isaksen och Nilsson 2013). Det finns inget som hindrar att en vårdcentral följer övergripande mål och evidensbaserade standarder när det gäller förebyggande insatser, diagnostik och behandlingar samtidigt som man utvecklar egna organisatoriska lösningar och arbetsformer när det gäller samverkan, arbetsväxling och hur tillgänglighet, kontinuitet och personcentrering uppnås. Som redovisats tidigare i rapporten innebär digitaliseringen att arbetsformerna behöver utvecklas om man fullt ut ska realisera vinsterna med den nya tekniken. Även idéer om ökad

personcentrering behöver utvecklas och anpassas till den organisatoriska kontexten.

Förkärleken till STI-ansatsen i hälso- och sjukvården kan förklaras av det medicinska paradigmet dominans. Detta paradigm har skapat stora värden för patienter och befolkning och är helt rationellt och ändamålsenligt med fokus på medicinsk kvalitet. Vid ambitioner att utveckla hälso- och sjukvårdens organisation och arbetsformer har dock ansatsen brister. Även om det finns kunskaper och evidens också inom detta område behövs så gott som alltid en »översättning« så att innovationen passar in, förstås och accepteras av medarbetare. De medarbetare som berörs behöver involveras i utvecklingen. Deras erfarenheter och reflektioner behöver tas tillvara. Om behovet av översättning och anpassning inte beaktas uppstår sannolikt problem. Medarbetare kan protestera eftersom man inte förstår varför en förändring behövs eller vad den ska leda till. Detta är förhållanden som den pågående utvecklingen av ett nationellt system för kunskapsstyrning bör ta hänsyn till. Det är riskfyllt att i alltför hög grad förlita sig på en STI-ansats. Framtagandet av riktlinjer, vårdförlopp och andra former av standarder ovanifrån bör därför kombineras med möjligheter att utveckla organisatoriska lösningar och arbetsformer underifrån. Det är den typen av förändringar som kan förbättra verksamhetens produktivitet.

Den formativa och involverande process som krävs för att utveckla arbetsformer och genomföra komplexa förändringar ställer en rad krav. Uppföljningen och återkopplingen bör bidra till ökad självinsikt bland vårdgivare om de egna resultaten samt generera motivation till förändring snarare än peka ut vilka lösningar som ska implementeras. Det måste finnas tid för reflektion och intern kommunikation mellan medarbetare. Faktorer som kan bidra till nya idéer är att det finns möjligheter till externa relationer och perspektivskiftet, bland annat genom användning av patienters upplevelser och erfarenheter. Det måste också finnas ett lokalt ledarskap som kan hålla samman och driva på utvecklingen. Verksamhetschefer måste ha frihetsgrader att utveckla egna lösningar och även ha tillgång till resurser så att lösningarna kan införas. Samtliga dessa faktorer – tillräckligt med tid, externa perspektiv, intern kommunikation och tillräckliga frihetsgrader – återkommer också i systematiska översikter över vad som främjar innovationer i hälso- och sjukvården (se Greenhalgh m.fl. 2004).

5.6 Konsekvenser för ledarskapet på olika nivåer

Det är tydligt att ett ökat fokus på lärande, innovationer och utveckling av arbetsformer ställer större krav på det verksamhetsnära ledarskapet, att det finns någon som kan samla de



Ett generellt problem i svensk primärvård är brister i bemanningen och dålig arbetsmiljö. En av flera förklaringar är upplevelsen av att uppdraget är otydligt och obegränsat. Det finns många exempel på att ett bra verksamhetsnära chefskap trots utmaningarna kan bryta negativa trender samt förbättra arbetsmiljö och bemanning. Det finns flera sätt att ge stöd för ett bra verksamhetsnära chefskap genom ökade frihetsgrader och bättre långsiktighet i villkoren (Anell 2018):

- Öka möjligheterna för verksamheter att planera sin egen verksamhet genom mer långsiktighet och mindre ryckighet vid förändring av krav och regler i vårdvalssystemen. Förändringar i kraven bör i ökad grad ske genom förhandling och i dialog med vårdgivare, snarare än ensidigt utifrån beställarens/regionens bedömningar.
- Skapa frihetsgrader för verksamhetschefer att prioritera lokala problem och utmaningar och utveckla egna lösningar utifrån förutsättningarna. Det innebär att detaljstyrningen bör minska. Den främsta källan till detaljstyrning är i flera regioner den interna styrningen snarare än de krav som ställs på vårdgivare enligt vårdvalssystemen.
- I jämförelse med andra länder har svenska vårdcentraler ett omfattande kostnadsansvar, även när det gäller kostnader som de inte själva kan påverka. Vårdcentraler

förväntas i de flesta regioner ta ett kostnadsansvar för både receptläkemedel, utredningar och besök hos andra vårdgivare. Flera kostnadsposter är inte möjliga att kontrollera. Det kan till exempel gälla patienters besök hos fysioterapeuter och så kallade nätläkare. Uppföljning och återkoppling av sådant man inte kan påverka skapar inte motivation till komplexa förändringar utan kan snarare bidra till frustration.

Vårdcentraler och berörda verksamhetschefer bör därför som princip inte ha ansvar för kostnader som de inte kan påverka. De bör inte heller ha kostnadsansvar för dyrbar diagnostik och behandling där enskilda listade personer med omfattande vårdbehov kan påverka ekonomin för en hel verksamhet.

- I många fall är vårdcentraler förhållandevis små och det kan vara svårt att skapa frihetsgrader och långsiktighet utifrån egna resurser. Det finns därför skäl att förbättra möjligheterna till olika samverkanslösningar och filialer. Små grupper av vårdcentraler med en gemensam verksamhetschef är redan vanliga i många regioner. Förändringen består i att ge verksamhetschefer större frihetsgrader i hur vården erbjuds. I många regioner utgår krav och regelverk från vilka resurser och kompetenser som ska finnas fysiskt tillgängliga vid varje enskild vårdcentral.

professionella drivkrafterna. Ett väl fungerande, verksamhetsnära chefskap har också stor betydelse för arbetsmiljön medan ett dåligt chefskap ofta leder till bemanningsproblem och negativa spiraler (Anell 2018). Det är därför angeläget att det verksamhetsnära chefskapet är attraktivt och att det är möjligt att rekrytera chefer som förstår vårdens förutsättningar och har stort förtroende bland medarbetare. Chefer behöver tillräckliga frihetsgrader för att kunna utveckla lösningar utifrån lokala behov och förutsättningar. Det måste också finnas långsiktighet i de övergripande villkoren, se ruta 5.3.

Ökade frihetsgrader och befogenheter för verksamhetsnära chefer är inte utan risker. Brister i chefskapet och misslyckade

rekryteringar måste få konsekvenser, vilket tillhör den övergripande ledningens uppgifter. Det övergripande ledarskapet handlar dock mera om att ge stöd och möjliggöra, snarare än att direkt kontrollera (Glenngård 2015, 2019). Den främsta uppgiften för region-, sjukhus- och primärvårdsledning blir att stötta arbetet med att utveckla arbetsformerna underifrån likaväl som man ger stöd åt den gemensamma kunskapsstyrningen ovanifrån. Man måste också ha fokus på de frågor som inte kan lösas av verksamheterna själva och som kräver en övergripande samordning. Det gäller till exempel en fortsatt utveckling av kunskapsstyrningen och uppföljningssystemen. Andra exempel på investeringar i vårdens infrastrukturer är digitala satsningar och en kompetensförsörjning som är anpassad till framtida krav och möjligheter.

17. De redovisar även en fjärde kategori i form av »rational maniacs« som lyckligtvis är mera sällsynt.

5.7 Tillit och ömsesidighet som grund för ansvarsutkrävandet

En relevant fråga mot bakgrund av tankegångar om en i huvudsak stödjande och möjliggörande styrning är i vilken grad man kan lita på professionens egna drivkrafter. Resonemang om professionalism som disciplinerande kontrollmekanism är inget nytt utan har funnits långt tidigare (Fournier 1999). Erfarenheterna pekar mot att denna mekanism är ofullständig precis som byråkratin eller marknaden. En styrning som enbart förlitar sig på tillit kan därför betraktas som naiv.

Bevan och Hood (2006) har föreslagit tre huvudsakliga kategorier som illustrerar skillnader mellan vårdgivares motivation: »saints«, »honest tryers« och »reactive gamers«.¹⁷ De olika kategorierna kan ses som en vidareutveckling av Le Grands (2003) tidigare resonemang utifrån kategorierna »knights« och »knaves«. »Saints« (liksom »knights«) har en stark professionell och samhällsnyttig identitet och inre drivkraft. Dessa vårdgivare drivs av en vilja att göra rätt och utvecklar sin verksamhet på egen hand i syfte att ständigt bli bättre. De har också kapacitet och kompetens för uppgiften. Den övergripande ledningen eller finansiären av verksamheten behöver inte skapa någon särskild motivation till förändring eller utveckling, den finns redan. Det kan däremot finnas behov av att sätta gränser och ramar. »Honest tryers«, som sannolikt är fler till antalet, har ett ärligt uppsåt men mindre egen kapacitet och kompetens. De behöver därför stöd i olika former, till exempel genom en transparent uppföljning och tydlig återkoppling med relevanta jämförelser levererade av individer som uppfattas som förebilder. Störst problem finns med »reactive gamers«. Sådana vårdgivare utnyttjar möjligheter att manipulera systemet för egna syften. Exempel är att arbetsformerna ändras för att ge maximal ersättning även om det inte är till fördel för patienterna, eller mer eller mindre

uttalad manipulation av register för att nå en målbaserad ersättning. Manipulation kan också handla om att möta krav på systematiskt förbättringsarbete med att genomföra enkla projekt med minimal insats, snarare än projekt som är angelägna men samtidigt komplexa och svåra att genomföra.

Det är rimligt att anta att andelen »reactive gamers« inte är absolut utan beror på omständigheterna, däribland hur styrningen uppfattas. Om styrningen uppfattas som orättvis eller bristfällig, eller om man saknar förtroende för den övergripande ledningen, kan det ur verksamhetens perspektiv anses helt legitimt att manipulera systemet. Manipulationen behöver inte göras för att uppnå egna syften utan för att åstadkomma det som man egentligen tycker behövs. En riktigt dålig styrning kan på så sätt tvinga de flesta vårdgivare att bli »reactive gamers«. Det gäller inte minst de vårdgivare som egentligen kan betraktas som »saints«. På samma sätt kan en övergripande ansats i styrningen som antar att majoriteten av vårdgivare är »saints« eller åtminstone »honest tryers« minska graden av manipulation.

I sammanhanget finns anledning att påminna om allmänna och djupt rotade tendenser till ömsesidighet i människors beteende. Exempel är medarbetare som medvetet »ger igen« mot chefer som uppfattas som själviska och som inte behandlar sina anställda rättvist och med respekt (Ellingsen och Johansson 2008, Carpenter och Dolifka 2017). I en professionell verksamhet kan sådant agerande initieras i de fall man uppfattar att styrningen har en negativ påverkan på den egna autonomin eller möjligheterna att leva upp till professionens normer. Medarbetare som tvärtom känner sympati med ledningens intentioner kan förmodligen leva med många brister när det gäller styrningen. Medarbetare kommer att hjälpa till och »lappa och laga« efterhand som det krävs och känna stolthet över både sitt arbete och sin organisation. Avgörande är förtroendefulla relationer, att ledningens intentioner bedöms som goda, att man förstår vad som ska uppnås och att man behandlas rättvist och med respekt. I organisationer som fungerar mindre bra och där en förtroendefull relation med ledningen saknas kommer medarbetarna snarare att distansera sig mot organisationen och utveckla en egen identitet (Akerlof och Kranton 2000, 2008). Den egna identiteten kan omfatta att så långt möjligt ignorera den övergripande ledningen. Istället för att hjälpa till och fylla mellanrummen söker man avgränsning och fokuserar på det egna arbetet.

Det finns förmodligen en blandning av olika motivation och viss andel »reactive gamers« bland både privata och offentligt drivna vårdgivare, även om det kommer till delvis olika uttryck. Det talar för att den övergripande ledningen och uppdragsgivaren måste vara »beredd till bådadera«. Istället för att anta att alla verksamheter behöver en närgående styrning utifrån mål och pekpinnar kan kontrollerande och di-

rekta styrformer användas mera selektivt. Bevan med flera (2019) refererar till detta som en ömsesidighet i styrningen. Möjligheten att använda en hårdare styrning med sanktioner vid behov kan troligen uppfattas som rättvist bland en majoritet av vårdgivarna. Ytterst syftar en sådan beredskap till att motverka ett beteende bland enskilda som kan hota frihetsgraderna för flertalet.

En ömsesidighet i den övergripande styrningen kan användas inom regioner, sjukhus och offentlig primärvård men även i mera kontraktsmässiga relationer. En fördel med sådana relationer är att de förhållandevis enkelt kan avslutas om de inte fungerar. Det går därför inte att använda den form av styrning som beskrivits ovan som argument för att all vårdverksamhet bör ligga i egen offentlig regi. Vikten av frihetsgrader, en tydlig ömsesidighet från uppdragsgivarens sida och rekrytering av bra verksamhetsnära chefer kan snarare tala för att det finns fördelar med en utveckling mot fler fristående vårdgivare. En sådan utveckling behöver inte innebära att verksamheten kommersialiseras eller att hela sjukhus blir privata. Ett alternativ, som diskuteras av Rehnberg (2019), är att kontraktera sjukhusläkarna istället för att erbjuda en traditionell anställning. Sådana kontrakt för grupper av läkare skulle kunna definiera ett kollektivt uppdrag utifrån krav på kompetens, kapacitet och kontinuitet snarare än arbetad tid. Motsvarande kontraktslösningar skulle även kunna tillämpas för allmänläkare och små grupper av offentliga vårdcentraler. I primärvården finns dock bättre förutsättningar att istället låta läkare driva verksamheten i privat regi.

6. Hur klara omställningen i vården?

I FÖREGÅENDE KAPITEL behandlades hur styrning på verksamhets- och organisationsnivån kan ge bättre stöd för lärande, innovationer och utveckling av arbetsformerna underifrån. Det är inte särskilt troligt att en sådan styrning och ledning kommer att ge någon omställning i vården på övergripande systemnivå. Beslut om nivåstrukturering inom specialistvården eller förändrad resursfördelning mellan primärvård och sjukhusvård blir inte enklare. En stark professionell identitet och starka drivkrafter för förbättring i vårdens olika delar kan till och med göra det svårare att genomföra förändringar på mera övergripande nivå. Man får dock komma ihåg att det är bättre att ha problem med samordningen mellan olika delar som fungerar hyfsat väl, jämfört med ett perfekt samordnat system av misslyckade delar.

I det här kapitlet diskuteras hur styrningen kan bidra till en övergripande omställning med fokus på primärvården. Som redovisades i kapitel 1 är det svårt att se att de utmaningar som vården står inför kommer att kunna mötas på ett bra sätt utan en stark primärvård. Inledningsvis görs en historisk återblick av hur den öppna vården förändrats och varför svensk primärvård är svagt utvecklad jämfört med primärvården i många andra länder. Flertalet utredningar har under årens lopp berört behovet av en omställning i vården till förmån för primärvård och vad som under senare tid benämnts »en god och nära vård«. Många av dessa utredningar berör också behovet av bättre samordning och samverkan för sköra äldre som behöver insatser från både kommuner, primärvård och specialiserad sjukhusvård. Samtidigt förändras hela tiden kraven på primärvården och även möjligheterna, till exempel när det gäller användning av digitala tjänster. Det är därför inte säkert att framtidens primärvård kan baseras på de lösningar som använts tidigare. I kapitlet ges flera förslag. Det gäller bland annat hur den statliga styrningen bör utformas, hur ett

förändrat vårdval i primärvården med fokus på matchning kan öka graden av personcentrering och användningen av digitala tjänster samt hur man kan skapa bättre förutsättningar för samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal vård.

6.1 Tidigare strukturreformer

När landstingen bildades för drygt 150 år sedan var syftet att expandera dåtidens lasarettsvård. Under perioden 1865–1874 ökade antalet vårdplatser i landet med närmare 40 procent (Agnell 1950). Små sjukstugor utvidgades och man byggde nytt. Före landstingens övertagande fanns i regel bara en läkare och sjuksköterska per lasarett. Sjuksköterskan hade i regel sitt hem på lasarettet. Landstingen hade redan från start möjlighet att ta ut inkomstskatt från befolkningen men finansierade verksamheten i första hand med avgifter och donationer. För de fattigaste var vården avgiftsfri. De som hade ekonomiska möjligheter undvek lasaretten helt och fick sin vård i hemmet.

Allmänhetens förtroende för lasaretten stärktes efter hand som verksamheten utvecklades. Hygienen förbättrades och ny medicinsk teknik när det gäller till exempel kirurgi introducerades. Det blev fler läkare och sjuksköterskor och verksamheten delades in i kliniker. Ur de medicinska och kirurgiska klinikerna avknoppades nya specialiteter. Odelade lasarett var dock vanliga långt in på 1900-talet. År 1950 fanns de allra flesta vårdplatserna vid så kallade delade lasarett men knappt hälften av Sveriges 104 lasarett var fortfarande odelade (se tabell 6.1). Oavsett indelning erbjöd samtliga lasarett i princip vård dygnet runt även om jouren inte var föremål för någon särskild reglering. Utöver lasaretten fanns flera institutioner med slutenvård och även sjukstugor som kunde ta hand om akut sjuka som hade långt till närmaste lasarett. I många fall var provinsialläkare knutna till läkartjänsten vid sjukstugorna (Kock 1963).

Sjukhusläkarna hade fast lön från landstingen för arbete i slutenvården och skyldighet att infinna sig på mottagningar vid olyckor eller akuta sjukdomsfall. Därutöver kunde sjukhusläkarna öppna egna privata polikliniska mottagningar. Någon annan öppen vård vid sjukhusen än akutmottagningen och läkarnas privata mottagningar fanns inte. Behovet av reglering hade tagits upp i flera statliga utredningar men lasarettsdirektioner och landsting tyckte inte det fanns anledning att ändra på praxis. I slutet av 1930-talet hade ändå en reglering påbörjats. Efter flera års förhandlingar med bland annat Läkarförbundet och Svenska lasarettsläkarföreningen reglerades patientens avgifter till sjukhusläkare enligt en bestämd taxa. Arbetstiden för öppen sjukvård skulle inte regelmässigt över-

Tabell 6.1 Olika typer av lasarett och fördelning av vårdplatser år 1950.
Källa: Anell & Claesson (1995), s. 28.

Typ av lasarett	Antal	Totala antalet vårdplatser	Genomsnittligt antal vårdplatser
Undervisningslasarett	5	5 093	1 019
Speciallasarett	3	908	303
Delade lasarett, minst 3 specialkliniker (utöver medicinsk och kirurgisk klinik)	24	12 949	540
Delade lasarett, minst 2 specialkliniker (utöver medicinsk och kirurgisk klinik)	25	6 405	256
Odelade lasarett	47	4 735	101

stiga 3 timmar per dag. Vid annonsering av nya lasarettsläkartjänster blev landstingen också tvungna att informera om att läkare som önskade öppna en egen privat mottagning skulle lämna ersättning för verksamheten till sjukhuset samt att den reglerade taxan för patientavgifter måste följas. Läkarprofessionen markerade sitt missnöje genom att under en tid vägra sätta in annonser med dessa villkor i sin egen tidskrift (SOU 1948:14).

Ett första genomgripande förslag att bygga ut offentliga hälsocentraler och att landstingen skulle ansvara för lasarettens öppenvård presenterades i en statlig utredning i slutet av 1940-talet (SOU 1948:14). Många i läkarkåren var starkt kritiska till »förvandlingen av hela läkarkåren till totaltidsanställda tjänstemän» (Knutsson 1946) och »det totala förstatligandet av den öppna läkarvården i Sverige» (Holm 1947). Förslaget genomfördes aldrig. Även senare utredningar lyfte fram behovet av bättre öppenvård utanför sjukhusen och bättre samordning med sjukhusvården (SOU 1958:15). Under 1960-talet påbörjas också en förändring. Landstingen fick överta det statliga provinsialläkarväsendet år 1963 i syfte att förbättra samordningen med sjukhusvården. Det blev dock inte några förändringar i antalet läkare utanför sjukhusen. År 1968 var en tredjedel av alla provinsialläkartjänster vakanta, värst drabbade var Norrlandslänen (Läkartidningen 1968). Bristen på provinsialläkare resulterade i så kallade dubbelförordnanden, vilket innebar ytterligare försämrade arbetsvillkor och tung jourbörda.

År 1970 totalreglerades den öppna vården vid sjukhusen parallellt med den så kallade 7-kronorsreformen. Patienter-

na slapp betala en varierande och på förhand okänd avgift till sjukhusläkarna, för att sedan få tillbaka tre fjärdedelar av beloppet från Försäkringskassan. Ersättningen från Försäkringskassan gick istället direkt till landstingen i form av en fast summa på inledningsvis 31 kronor per besök. Parallellt reglerades sjukhusläkarnas arbetstid utifrån en fast lön som avsåg både sluten och öppen vård. Reformen genomfördes snabbt och utan stöd av någon offentlig utredning eller dialog med Läkarförbundet (Heidenheimer 1980, Carder och Klingberg 1980). Möjligheterna till prestationsbaserad ersättning genom privat öppen mottagning upphörde, vilket fick stora konsekvenser för både läkare och landsting. Landstingens möjligheter att rekrytera läkare genom att erbjuda möjligheter till privat öppen mottagning försvann. Sjukhusläkarnas ekonomiska incitament att bedriva öppen vård förändrades i princip över en natt. Lönerna mellan olika specialiteter utjämnades. Under 1970-talet följde långa och stundtals hårda förhandlingar med Läkarförbundet om kompensationsledighet för jour och beredskap (Anell och Claesson 1995).

Från början av 1970-talet och framåt har både antalet vårdplatser och antalet sjukhus blivit färre. Som beskrivits i kapitel 1 kan utvecklingen i första hand förklaras av bättre medicinsk teknologi och förbättrade kunskaper men den har också påverkats av strukturella reformer och ändrade ekonomiska förutsättningar. ÄDEL-reformen 1992 överförde landstingens ansvar för vård vid sjukhem till kommunerna. Utgångspunkten var att kommunerna skulle ta ett samlat ansvar för äldres vård och omsorg och att sjukhusen skulle kunna skriva ut äldre patienter så snart de var medicinskt färdigbehandlade. Några år efter ÄDEL-reformen drabbades vården av besparingskrav som följde av 90-tals krisen i svensk ekonomi. Antalet vårdplatser minskade. Många små sjukhus ombildades till närsjukhus utan akutmottagningar eller till specialsjukhus med inriktning mot planerad verksamhet. Även de större sjukhusen påverkades genom sammanslagningar och viss koncentration av högspecialiserad verksamhet.

Utvecklingen mot koncentration av vård och så kallad nivåstrukturering har fortsatt under 2000-talet utifrån argument och studier som visar på förbättringar i verksamhetens kvalitet (SOU 2015:98, Avdic 2019). Dagens sjukhusstruktur kan i mycket högre grad beskrivas som regionala nätverk där de olika delarna (sjukhusen) har delvis komplementära roller. Det är en stor förändring jämfört med tidigare då varje sjukhus skulle klara sig själv så långt som möjligt. För patienter finns inte bara fördelar. Fler patienter har fått längre till akutmottagningar och specialiserad sjukhusvård och det finns större behov av transporter, planering och koordinering. Många kirurgiska verksamheter vid centralsjukhusen har avlövats, vilket i åtminstone en del fall påverkat specialistläkarnas motivation negativt. Nya relationer mellan både sjukhus och

specialister har fått byggas upp som ersättning för de relationer som funnits tidigare.

6.2 Ytterligare utredningar om behovet av en utvecklad primärvård

Vid tidpunkten för 7-kronorsreformen var den öppna vården utanför sjukhusen dåligt rustad att ta emot patienter som vant sig vid att gå till sjukhusens öppna mottagningar. Andelen läkare utanför sjukhusen ökade under 1970- och 1980-talen i samband med att läkarutbildningen expanderade, men från en låg nivå (Diderichsen m.fl. 1987). Landstingens vårdcentraler byggdes ut enligt förslag från nationella myndigheter men utvecklingen gick trögt (Spek 1980). Sverige gick samtidigt från att vara ett land med förhållandevis få läkare per invånare till att vara ett land med förhållandevis gott om läkare. De flesta nyutexaminerade läkare anställdes dock av sjukhusen som fortsatte att expandera. 1982 års hälso- och sjukvårdslag och 1991 års kommunallag gav landstingen ett formellt helhetsansvar för organiseringen av hälso- och sjukvården. Helhetssyn, förebyggande insatser och vård efter behov skulle vara i fokus enligt lagar och nationella utredningar. De strukturella obalanserna mellan primärvård och sjukhusvård fanns emellertid kvar.

Utvecklingen inom den specialiserade sjukhusvården har fått konsekvenser för både kommunal vård och primärvård, liksom behovet av samverkan mellan de olika delarna. Allt större del av vård av till exempel vanliga kroniska sjukdomar har flyttat ut till primärvården. Kommuner har fått ett allt tyngre ansvar för vård av äldre i hemmet och i särskilda boenden, vilket också ställer krav på bättre samverkan och tillgång till läkarstöd. Redan i slutet av 1990-talet myntades begreppet »den ofullgångna strukturomvandlingen«. Det syftade på att strukturförändringarna bland sjukhusen inte lett till motsvarande utveckling av primärvård och kommuner. Mot den bakgrunden beslutade regeringen år 2000 att förstärka primärvårdens och den kommunala vårdens resurser och utvecklingskraft genom en nationell handlingsplan. I många landsting påbörjades ett utvecklingsarbete med så kallad närsjukvård. I flera landsting betonades att det var funktionen som stod i fokus snarare än en viss vårdgivare, vårdnivå eller profession (Anell 2004). Närsjukvård var inte enbart primärvård utan även delar av sjukhusvård och kommunal vård.

Även om allmänläkarna sågs som basen i närsjukvården fanns det delade meningar om vem som skulle ha det avgörande inflytandet. Bland internmedicinare fanns betänkligheter om allmänläkarnas kompetens var tillräcklig för de multisjuka äldre (Hallén och Hansson 2003, Clyne m.fl. 2003). Många allmänläkare var å sin sida tveksamma till intåget av andra spe-

cialister inom närsjukvården eftersom man menade att detta kunde påverka den egna yrkesrollen negativt (Persson och Rydén 2003). En del ledande allmänläkare var starkt kritiska, vilket illustreras av följande citat från en debattartikel i tidskriften Allmänmedicin hösten 2004:

»De allmänläkare som vill arbeta som personliga läkare måste vända primärvården ryggen, tacka för sig och fokusera patientarbetet – kärnan i uppdraget. Primärvårdsmedicinen kan byråkrater, sjuksköterskor och specialistkollegor få sköta själva.« (Jaktlund m.fl. 2004).

I ett historiskt perspektiv var närsjukvården ingen helt ny företeelse. Sett till definition, innehåll och kompetens motsvarade den till stora delar den primärvård som skisserades i början av 1970-talet. Nya ingredienser var betoningen på samverkan med kommuner, vilket kan förklaras med att närsjukvården i mycket hög grad fokuserade en bättre vård för äldre. Kommunal insats ansågs vara en viktig del av närsjukvården. Trots detta var medicinskt ansvariga sköterskor i kommunerna till liten del delaktiga i utformningen av dess arbetssätt (Socialstyrelsen 2003).

Runt år 2005 fanns stora frågetecken kring primärvårdens fortsatta utveckling i Sverige. Även internationellt publicerades nya rapporter om behovet av en stärkt primärvård, bland annat utifrån förändringarna inom sjukhusvården och ambitionerna att utveckla en god och jämlik vård (Saltman m.fl. 2006). WHO publicerade en rapport med den talande titeln »Primary care – now more than ever« (WHO 2008). Även i svensk vård var de flesta överens om att primärvården behövdes mer än någonsin, men det fanns många olika uppfattningar om hur den borde utformas (Anell 2005). En skiljelinje i debatten var om primärvården skulle fokusera allmänläkarnas insatser eller ett teamarbete mellan läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. En annan skiljelinje var om primärvården skulle ha ett traditionellt geografiskt befolkningsansvar eller om befolkningen skulle ha möjlighet att lista sig hos valfri mottagning. Den framtida inriktningen blev en blandning av tradition och förnyelse. Traditionen av teamarbete som utvecklats sedan 1970-talet behölls. Däremot övergavs det traditionella befolkningsansvaret till förmån för individers fria val. Vårdval infördes först i Halland år 2007 och spreds därefter till andra landsting. När den nya Alliansregeringen införde obligatoriskt vårdval med etableringsfrihet för privata mottagningar år 2010 var principen redan införd för halva befolkningen (Anell 2011).

Effekterna av vårdval i primärvården är omdebatterade och resultaten från olika studier varierar (Vårdanalys 2015:6, Dietrichsen m.fl. 2020, Burström m.fl. 2017). Det finns dock inga indikationer på några större effekter på verksamhetens

kvalitet eller utveckling av arbetsformerna. Vårdval har inte heller lett till någon omställning av resurserna. Den samlade kapaciteten har inte förbättrats. Mot den bakgrunden är det inte heller förvånande att etableringen av fler vårdcentraler inte förbättrat tillgängligheten ur befolkningens perspektiv. Ungefär samma antal läkare som innan är utspädda på fler vårdcentraler och mottagningar. Fler läkare antas till ST-utbildningar i allmänmedicin men det har hittills i stort sett kompensert för de läkare som går i pension. Det är också många läkare som arbetar deltid och flera väljer att arbeta för bemanningsföretag för att kunna avgränsa sitt arbete. Många vårdcentraler, särskilt i offentlig regi, är beroende av hyrläkare.

Under senare år har flera nationella och regionala utredningar och projekt på nytt syftat till omställning av vårdens strukturer och resurser. På nationell nivå resulterade slutbetänkandet från utredningen om effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2) i ytterligare utredningar om »Samordnad utveckling för god och nära vård« (SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19). Begreppet närsjukvård har på nytt aktualiserats men omformulerats till »nära vård«. På nytt sägs att det är funktionen som är det viktiga, vilket precis som tidigare innebär att bättre samverkan blir centralt. Utredningen menade bland annat att kraven på formell samverkan mellan huvudmännen borde öka och formulerade även nya krav på individuella planer som syftar till att samordna vården för individer. I ytterligare utredningar fokuseras styrningen inom primärvården, hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätläkare kan skapas, hur kontinuitet i vården kan främjas och hur användande av inhyrd personal kan minskas (SOU 2018:55, 2019:42). Sammantaget pekar de nya utredningarna entydigt på behovet av att förstärka primärvården. De kan läggas ovanpå alla andra utredningar som pekat i samma riktning sedan Höjer-utredningen 1948. Men samtidigt som behoven av en mer resursstark primärvård blir alltmer uppenbara förändras förutsättningarna. Sedan några år tillbaka finns en nationell valfrihet i den öppna vården. Detta har snabbt utnyttjats av privata aktörer i form av så kallade nätläkare. Nya digitala lösningar för kontakter med vården har också kommit att värdesättas av allt fler i befolkningen (se avsnitt 3.2).

I slutbetänkandet från utredningen Styrning för en mer jämlik vård (2019:42) ges förslag på en integrerad digifysisk vårdvalsreform. Ett av flera konkreta förslag är att listning, det vill säga registrering på viss utförare, införs i lagstiftningen och blir grunden för befolkningens relationer och kontakter med primärvården. Patienterna förväntas i högre grad söka vård hos den utförare där man är listad. Utredningen föreslår att regionerna gör det enklare för befolkningen att lista sig och få information om alternativen genom att utveckla en gemensam listningstjänst. Utredningen föreslår också högre

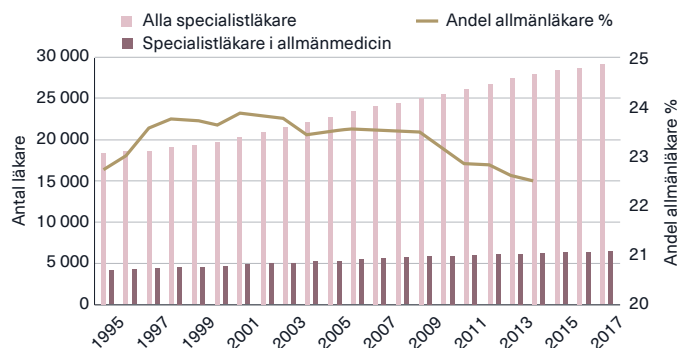
krav på utförare, bland annat när det gäller kontinuitet och möjligheter för patienter att knytas till fast läkarkontakt. Andra krav är att utförare ska kunna tillhandahålla både fysiska och digitala besök. För så kallade nätläkare innebär det att man måste öppna egna fysiska mottagningar alternativt bli underleverantörer till andra fysiska mottagningar med regionavtal. Utredningen ger också flera andra förslag som skulle leda till ökad nationell enhetlighet, däribland gemensamma ersättningsprinciper med fokus på kapitering och nationellt reglerade patientavgifter. I andra delar öppnas för förslag som kan öka de geografiska skillnaderna. Enligt utredningen bör regioner få möjligheter att dela in vårdvalssystemen geografiskt för att på så sätt kunna styra nya etableringar. Regioner bör också få större möjligheter att besluta om begränsningar i antal invånare som får lista sig på viss utförare. Något generellt listningstak föreslås dock inte. Detta står annars högt upp på många läkares egen önskelista, vilket också framgår av Läkarförbundets remissvar på utredningen. Utredningen följer också etablerade svenska traditioner i och med att listning även fortsättningsvis rekommenderas ske på utförare snarare än enskilda allmänläkare.

6.3 Det behövs en tydligare statlig styrning

Den så kallade omställningen syftar till att utveckla primärvård och »nära vård« utifrån att kraven på verksamheten ökat. Till stor del, men inte enbart, handlar det om att korrigera för strukturella brister som funnits långt tidigare. Landstingen tog över ett mycket bristfälligt provinsialläkarsystem från staten i mitten av 1960-talet och några år senare slopades sjukhusläkarnas prestationsbaserade ersättning för öppen vård. Utbyggnaden av primärvården tog dock aldrig fart. Strukturförändringar inom sjukhusen under senare årtionden, liksom samhällsförändringar med bland annat fler sköra äldre och ökad psykisk ohälsa, har tydliggjort de grundläggande problemen. Svensk primärvård förväntas ta minst samma ansvar som primärvården i andra länder, men med klart färre allmänläkare och utifrån ett otydligt uppdrag och mandat.

Den förmodligen viktigaste insatsen för att skapa en långsiktigt hållbar omställning är att öka antalet allmänläkare. De senaste årtiondena har utvecklingen i detta avseende gått åt fel håll, trots alla utredningar. Som framgår av figur 6.1 har andelen allmänläkare till och med minskat under de senaste 20 åren. Mot den bakgrunden blir utbildningssystemens kapacitet och inriktning förmodligen avgörande för vårdens framtida strukturer och för en lyckad omställning. Det finns därför anledning för staten att överväga former för en tydligare nationell planering och styrning av kompetensförsörj-

Figur 6.1 Utvecklingen av antalet läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården, uppdelat på totala antalet specialistläkare och allmänläkare. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.



ningen. Det handlar inte enbart om volymer utan även om utbildningens innehåll och en anpassning till framtidens vård. Digitaliseringen kommer som tidigare redovisats att leda till stora förändringar i arbetsformerna för vissa specialiteter och påverka alla specialiteter. Mot bakgrund av den snabba medicinskt-teknologiska utvecklingen och behovet av innovationer kan också finnas anledning att reglera formerna för vidareutbildning. Så görs redan i flera andra länders primärvård (Anell 2017). En reglerad vidareutbildning kan också bidra till externa perspektiv och reflektioner över det egna arbetssättet, vilket i sin tur kan främja innovationer och utveckling av arbetsformer (se avsnitt 5.5). I många regioner tvingas primärvårdsläkare istället dra ned på sin vidareutbildning för att hinna med sitt uppdrag.

I många regioner finns en förhoppning om att mer resurser till primärvård ska leda till en mera dämpad kostnadsutveckling inom övrig specialistvård. Även om så kan vara fallet är denna logik inte självklar. Det finns flera empiriska studier som visar en samvariation mellan en »stark« primärvård och positiva hälsoutfall, mer jämlik hälsa och lägre kostnader (se till exempel Starfield m.fl. 2005). Andra studier har visat att starka europeiska primärvårdssystem snarast samvarierar med *högre* totala hälso- och sjukvårdskostnader (Kringos m.fl. 2013). En norsk uppföljning av effekter efter införande av fastläkarsystemet med data från 2008–2009 kunde inte heller ge stöd åt hypotesen att fler allmänläkare minskade behovet av specialistvård (Godager m.fl. 2015). Det fanns snarast en liten ökning av antalet remisser efter införande av fastläkarsystemet.

Förhoppningar om att satsningar på primärvård ska leda till besparingar i sjukhusvården har således inget entydigt stöd i litteraturen. Ett sådant snävt perspektiv på primärvården utgår dock från sjukhusens behov och kan ifrågasättas. Satsningar på primärvården kan naturligtvis vara effektiva även om de inte skulle leda till besparingar i sjukhusvården. Det förmodligen viktigaste argumentet är att investeringar i primärvård förbättrar jämlikheten (Starfield 2006, Anell 2016).

Ett historiskt perspektiv kan hävdas att omställningen i hög grad handlar om att upprätta ett nytt samhällskontrakt mellan befolkningen och vården som i högre grad utgår från primärvården snarare än sjukhusen. Primärvården har en särställning i hälso- och sjukvården eftersom dess uppdrag till stor del bestäms av en organisatorisk roll. De flesta specialiteter har en medicinsk kunskapsbas och utifrån denna ges diagnostik och behandling till patienter utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller även i primärvården. Allmänläkare ska tillhandahålla allmänmedicinsk diagnos och behandling för vanliga sjukdomar i befolkningen. Men primärvård och allmänläkare ska även agera som vårdens första linje, skicka remiss till relevant specialiserad vårdgivare och koordinera den vård som ges av andra. Villkoren och förutsättningarna för att klara av dessa uppgifter påverkas av det mandat som ges till primärvård och allmänläkare genom övergripande organisatoriska beslut. Vanliga sådana beslut i andra länder handlar om att befolkningen kan lista sig hos en allmänläkare och att det finns krav på remiss för att söka specialiserad vård. I frånvaro av övergripande beslut om primärvårdens och allmänläkarnas uppdrag finns inget tydligt mandat, vilket också urholkar primärvårdens organisatoriska roll. Primärvården kan i så fall ha hur stor kompetens som helst. Om de övergripande besluten om uppdrag och mandat saknas kommer man ändå ha svårt att bidra till ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Tydligare uppdrag och mandat kan åstadkommas genom övergripande politiska beslut, om viljan finns. Förtroende från befolkningen måste däremot förtjänas. Vikten av en förtroendefull relation mellan primärvård och befolkning är förstås inget nytt. Frågan har också sedan lång tid tillbaka kopplats samman med att patienter bör ha möjlighet att välja sin primärvårdsläkare. Professor Barbara Starfield, tongivande forskare och hängiven förespråkare för primärvård under många decennier, menade till exempel att en »freely chosen primary care practitioner provides better assurance of a good relationship than does assigning a provider« (Starfield 1998, s. 151). Parallellt med övergripande politiska beslut för att stärka primärvårdens resurser och som tydliggör uppdraget bör därför statliga insatser främja en utveckling av vårdval i primärvården som fokuserar personcentrering och matchning utifrån individers behov och preferenser.

6.4 Förändrat vårdval med fokus på matchning

På en principiell nivå finns åtminstone två argument för att individer ska ges möjlighet att välja sin vårdgivare. De anknyter till den tidigare diskussionen om rättigheter, mål eller medel som argument bakom ökad personcentrering (se avsnitt 2.2). Det första argumentet är att individers behov, preferenser och värderingar kan matchas mot vårdgivares erbjudanden. Med detta synsätt är vårdval ett mål i sig men även ett medel för att uppnå bättre hälsa genom bättre matchning. Det andra argumentet utgår istället ifrån att valmöjligheter för individer är ett medel som stimulerar vårdgivare till bättre tillgänglighet och kvalitet. Det finns naturligtvis ingenting som hindrar att man kan se ökade valmöjligheter som både mål och medel. Beroende på vilket som fokuseras hamnar dock olika interventioner och perspektiv i centrum. I ett personcentreringsperspektiv finns anledning att utgå ifrån det första argumentet. Att individers val och matchning med utförare fungerar någorlunda väl är också en förutsättning för att det andra argumentet ska kunna uppnås. Ändå ägnas oftast mest uppmärksamhet åt vad vårdvalet betyder för olika vårdgivare.

Erfarenheter både i Sverige och i andra länder visar att det inte är helt enkelt att realisera tänkta fördelar med val av vårdgivare i praktiken (Fotaki m.fl. 2020). Som redan nämnts (se avsnitt 4.3.3) visar studier av vårdval i svensk primärvård att konkurrensen hittills haft en blygsam effekt på utvecklingen av primärvårdens patientupplevda kvaliteter (Dietrichson m.fl. 2020). Det finns flera möjliga förklaringar till att effekterna inte blivit större. Bland utbudsfaktorer kan konstateras att ersättningssystemen, med fokus på kapitering, inte i sig främjar hög produktivitet eller god tillgänglighet. I många regioner är konkurrensen genom vårdval också urholkad genom bristen på allmänläkare. Flera populära privata vårdcentraler vill snarast begränsa antalet listade eftersom man inte har någon ledig kapacitet. För vårdcentraler i offentlig regi innebär en kontrollerande intern styrning att de ekonomiska incitamenten att lista fler eller färre invånare inte är självklara. Den vårdcentral som är väl bemannad kan få rycka in och hjälpa vårdcentraler som fungerar dåligt. Ekonomiska överskott och underskott balanseras mot varandra. Bland faktorer på efterfrågesidan kan noteras att invånares intresse av att aktivt välja och lista sig på en vårdcentral varierar. De flesta invånare vill välja sin vårdgivare, vilket visats i enkätstudier (Winblad m.fl. 2012). Det är inte samma sak som att man i praktiken gör ett eget aktivt val. Bland de »byteskostnader« som uppstår finns den tid det tar att ta reda på vad som skiljer alternativen åt när det gäller kvalitet. Kunskaperna om hur man gör för att lista om sig och välja en ny vårdcentral kan också variera. Stora delar av befolkningen har inget större behov av att uppsöka primär-

vården regelbundet, vilket begränsar motivationen att välja ett alternativ som passar de egna behoven.

Kontrollerade experiment som genomförts i Skåne visar att det går att främja individers val genom att ge bättre information om alternativen och underlätta själva valet (Anell m.fl. 2017). En utvecklad tjänst för att underlätta individers val skulle till exempel kunna förbättras med hjälp av digitala hjälpmedel motsvarande det beslutsstöd som utvecklades i samband med tidigare val till riksdag, regioner och kommuner (»Valkompassen«). Genom svar på ett antal frågor om vårdbehov, preferenser, värderingar och bostadsort kan alternativ som i olika grad matchar den egna profilen listas. En sådan digital tjänst utvecklas bäst nationellt och delvis oberoende från enskilda regioner och vårdgivare, till exempel som del av 1177. Parallellt med förbättrad information och beslutsstöd måste vårdvalssystemen fånga upp individer som av olika anledningar avstår från att välja aktivt. »Default«-alternativ för listning kan baseras på tidigare vårdkontakter i kombination med avstånd från hemadress som redan är praxis i många regioner.

Idag finns en rad olika modeller för hur primärvård kan bedrivas bland de 21 regionerna. Det finns stora och små vårdcentraler. En del små vårdcentraler fungerar som filialer till större vårdcentraler där man delar på resurserna. I en del regioner är möjligheterna att upprätta filialer mera begränsade. Triagefunktioner där behov bedöms per telefon eller med hjälp av digitala frågeformulär är mer eller mindre uttalade, liksom användningen av digitala vårdkontakter. Utöver de fysiska vårdcentralerna finns nätläkare som helt har digitala vårdkontakter. Utifrån själva förekomsten av olika alternativ, men även utifrån debatten, kan man dra slutsatsen att läkare, sjuksköterskor med flera vill arbeta på olika sätt. Mot den bakgrunden är det också bra med alternativa arbetsgivare som ger möjligheter till detta. Desto mera betydelsefullt är att preferenserna också varierar i befolkningen. De flesta invånare som blir tillfrågade skulle vilja ha en fast läkarkontakt och man värderar ett fysiskt besök högre än ett digitalt (Vårdanalys 2020:1). Det relativa värdet av dessa egenskaper i jämförelse med andra kvaliteter, såsom snabb tillgänglighet och att slippa resa, kan dock variera beroende på vårdbehov och situation. Individer som sällan besöker vården vill ha kontinuitet i pågående vårdepisoder, men kan klara sig utan fast vårdkontakt däremellan. Patienter med smärre behov liksom föräldrar till barn med luftvägsinfektioner kan se fördelar med ett första digitalt vårdbesök, för att slippa boka tid för besök på en mottagning (Vårdanalys 2020:1).

Det finns också flera andra studier som visar att befolkningen har olika preferenser när det gäller värdering av kvaliteter. En tidigare experimentell studie visade att relationell kontinuitet i läkarbesöken värderas högre bland äldre och patien-

ter med stora vårdbehov; bland förvärvsaktiva patienter som besökte primärvården mera sällan värderades tillgänglighet högre (Hjelmgren och Anell 2007). En senare och liknande experimentell studie av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kunde skilja mellan tre grupper när det gäller befolkningens preferenser (Vårdanalys 2020:9): en som värderade fast vårdkontakt högst, en som värderade korta väntetider högst och en som i första hand värderade delaktighet.

Med ambitioner att öka graden av personcentrering är det variationen i individers vårdbehov och preferenser som bör vara styrande, snarare än att det ska finnas variationer mellan regioner. Därför bör det i första hand finnas en variation inom varje region. Det är mellan olika invånare som behoven och preferenserna varierar, inte mellan olika regioner. Det talar för att vårdvalen bör utvecklas nationellt. Ett sådant synsätt är också helt i linje med att vårdvalet i första hand bör fokusera personcentrering och att skapa matchning mellan vårdgivare och listade individer.

En möjlighet att åstadkomma bättre matchning – samtidigt som kraven på resursfördelning efter behov, jämlikhet och rimliga krav på utförare beaktas – är att dela upp vårdvalet i två nivåer med olika krav och åtagande. Ett första nationellt vårdval skulle innebära listning på utförare som i första hand erbjuder digitala vårdkontakter och fysiska besök efter behov. De fysiska besöken kan erbjudas vid egna mottagningar eller sådana mottagningar som utförare har avtal med. För digitala utförare som verkar på nationell nivå, och som därför kan lista många invånare, finns bättre möjligheter att utnyttja digitaliseringens alla fördelar, till exempel genom stärkt förmåga att erbjuda tjänster och information på olika språk. Om sådana utförare har avtal med fysiska vårdgivare i flera regioner kan de fysiska besöken erbjudas på många olika platser, till exempel både där man bor och arbetar och där man råkar befinna sig när man är ute och reser i landet. Oavsett var man är kan man vända sig till den digitala utföraren, som vid behov kan lotsa vidare till fysisk vårdgivare. Ett andra vårdval är mer regionalt och innebär att listningen sker på fysisk mottagning. Detta vårdval erbjuds selektivt till alla äldre, till patienter med kronisk sjukdom eller efter särskild remiss. Kraven på tillgång till olika kompetenser, kontinuitet och en fast fysisk vårdkontakt är högre. Uppskattningsvis skulle det andra vårdvalet erbjudas till ungefär halva befolkningen. De individer som motsvarar det andra vårdvalets kriterier men ändå vill lista sig på en utförare i det första vårdvalet kan få göra det, förutsatt att berörd utförare också accepterar listningen.

Förslaget om två vårdval kan ses som en vidareutveckling av de förslag som lämnats i slutbetänkandet från utredningen Styrning för en mer jämlik vård (SOU 2019:42). Betoningen på »digi« eller »fysisk« skiljer sig dock beroende på om första eller andra vårdvalet studeras. Utförare inom de olika vårdva-

len behöver inte ha samma åtagande och arbetssätt. Utförare i första vårdvalet kan utnyttja alla skalfördelar i digitaliseringen, medan kontinuitet och fast fysisk vårdkontakt kan premieras i det andra vårdvalet.

En medveten indelning i två vårdval förtydligar utförarens helhetsansvar. Det blir också tydligt för befolkningen vart man ska vända sig. Det är en stor skillnad jämfört med nuvarande parallella system av vårdcentraler, läkarmottagningar och nätläkare, som tillkommit som en följd av omständigheter snarare än medvetna beslut. Dagens nätläkaraktörer skulle få ta ett större helhetsansvar genom listning av invånare och en ersättning baserad på kapitering och viss rörlig ersättning. Det är på denna första vårdvalsnivå som förändringarna blir störst. För befintliga vårdcentraler och mottagningar i regionerna innebär förändringarna framför allt att det bara är en del av befolkningen som har rätt att lista sig och få tillgång till fast vårdkontakt med höga krav på kontinuitet. Begränsningarna är med andra ord en prioritering som gör det lättare för äldre och patienter med större vårdbehov att få den kontinuitet som behövs. För vårdcentraler som har ledig kapacitet finns möjligheter att arbeta som underleverantör till utförare i det första vårdvalet, eller att själv välja att bli en utförare även inom den första vårdvalsnivån utifrån de ersättningsprinciper som gäller i detta vårdval. Ersättningssystemen för det andra vårdvalet kan bygga på riskjusterad kapitering som idag. Genom att justera den fasta ersättningen utifrån andelen nylistade skapas bättre förutsättningar för nyetableringar och utförare som växer. För vårdcentraler med minst 10 000 listade bör det finnas möjligheter till integrerat kostnadsansvar och omfördelning av resurserna enligt samma villkor som gäller i flera regioners nuvarande vårdvalssystem. Bland små vårdcentraler bör däremot kostnadsansvaret och även möjligheter till omfördelningar vara mera begränsade. En sådan princip kan anses etiskt försvarbar och underlättar även etableringen av nya mottagningar genom att det blir mindre riskfyllt för utförare att lista enskilda individer med höga förväntade vårdkostnader.

6.5 Hur skapas bättre förutsättningar för samverkan?

Brister i samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal vård har varit ett återkommande tema i vårddebatten under 2000-talet. Det är också sådana brister som lett till att diskussionerna ofta kommit att fokusera de bredare begreppen närsjukvård eller nära vård snarare än primärvård. Bakom samverkansproblemen finns som tidigare konstaterats en utveckling inom sjukhusvården som lett till större krav på både kommuner och primärvård. Men sannolikt finns det även flera

andra faktorer som kan bidra till brister i samverkan (Anell 2018). Det kan till exempel gälla:

- › okunskap om vårdgivares uppdrag och bristande kompetens
- › olika syn på vem som ska göra vad och hur
- › en strävan efter avgränsning av det egna uppdraget
- › bristande motivation att ta ansvar för helheten.

Okunskap om vårdgivares uppdrag och bristande kompetens kan till exempel innebära att patienter remitteras i onödan, till fel vårdgivare eller med brister i underlagen och de utredningar som gjorts. Den typen av samverkansbrister är sannolikt enklast att åtgärda. En remissgranskning år 2016 i Region Skåne visade att en tredjedel av läkares remisser hade bristfällig kvalitet.¹⁸ Det var en lika stor andel av remisserna från allmänläkare till specialiserad vård, som från specialiserad vård till allmänläkare, som hade brister. Vanliga brister var avsaknad av viktig information, oklar frågeställning, orimliga tidskrav eller oklarhet om vem som skulle göra vad.

Det är svårare att åtgärda samverkansbrister som förklaras av olika synsätt och perspektiv. I primärvården kan det finnas delvis andra professionella ideal som fokuserar individen snarare än enskilda diagnoser. I primärvårdens perspektiv kan det därför anses olämpligt att följa alla de rekommendationer som lämnats av andra specialister om det inte gagnar patienternas livssituation. Inte minst kan det finnas olika synpunkter på hur exempelvis sköra äldre med många sjukdomar ska behandlas. Motsvarande skillnader kan också finnas gentemot kommunens vårdpersonal som i högre grad betonar det friska hos olika individer. Med skillnader i synsätten kan man inte förutsätta att verksamheter samverkar bara för att det finns ett utbyte av information. Ett första utbyte av information och en inledande dialog kan tvärtom resultera i konflikter som behöver hanteras. Olika syn på vem som ska göra vad anknyter till att varje profession vanligtvis strävar efter att själv avgränsa sitt uppdrag (Abbott 1988). Det gäller organspecialiteter likaväl som allmänläkare. »Det här gör vi, resten får någon annan ta hand om.« Sämst förutsättningar att avgränsa sitt uppdrag har förmodligen primärvård och allmänläkare (Anell 2004). Drivkrafterna tydliggörs om resurserna är begränsade, till exempel genom hårdare prioriteringar av vilka patienter som tas emot. Med ökad oenighet om uppdragen växer mellanrummen. Ingen vill ta ansvar för helheten.

Om orsakerna bakom brister är komplexa och sammansatta måste insatser som syftar till att förbättra samverkan omfatta flera åtgärder och få utvecklas över tid. Eftersom brister i samverkan i första hand drabbar patienter och anhöriga är det angeläget att synliggöra problemen genom att uppföljning utifrån patienternas perspektiv får ökad betydelse (se avsnitt 3.4). Om beslutsfattare och vårdgivare ständigt påminns om

18. Remissgranskning vår/sommar 2016. »En tredjedel av läkarnas remisser är ej ok – vad gör vi åt det?« Marie Nilsson, Magnus Kåregård, Sten Tyberg.

brister i helheten utifrån patienternas perspektiv blir det svårare att förbise problemen. Utifrån primärvårdens perspektiv kan ett tydligare uppdrag och mandat också ge bättre möjligheter att utforma regionala och lokala överenskommelser när det gäller former för samverkan med kommuner och specialiserad vård. Avgörande för om samverkan ska lyckas är dock förmodligen utvecklingen underifrån och utvecklingen av relationer mellan medarbetare. Ett sådant arbete blir förstås mer komplext när medarbetare arbetar i olika organisationer och till och med för olika huvudmän. Utan ett sådant arbete finns dock stor risk att samverkansdokument och samverkansplaner förblir pappersprodukter. I detta sammanhang kan ett uppdelat vårdval underlätta samverkan. Det blir enklare för vårdcentraler att prioritera läkarstödet till den kommunalt finansierade äldreården.

Utifrån ett tydligare uppdrag och mandat för primärvården finns också möjligheter att utveckla ett bättre konsultstöd från övrig specialistvård. En sådan investering är ett alternativ till de tankar som funnits sedan början av 1970-talet att flytta ut andra specialistläkare till vårdcentralerna. I en utredning av Spri (1972:14) skisserades att större vårdcentraler kunde ha både hudläkare, ögonläkare, öronläkare, allmänkirurger och internister, utöver de psykiatrer, gynekologer och barnläkare som kunde finnas även vid mindre vårdcentraler. Utflyttning av specialister prövades också under 1970- och 1980-talen men erfarenheterna visade att behoven av att anställa specialister utöver allmänläkare inte var så stora. Trots dessa erfarenheter har tanken om att flytta ut specialister till den öppna vården utanför sjukhusen återkommit med jämna mellanrum. Sett till internationella studier i bland annat Kanada och England finns inget stöd för några tydliga stordriftsfördelar inom primärvården (se referenser i Anell 2016). Det finns fördelar med att läkare går samman i mindre grupper, som därigenom kan anställa sjuksköterskor och andra kompetenser, men fördelarna förvandlas ganska snabbt till nackdelar om verksamheten blir för stor. Det är därför svårt att uppnå rimlig kostnadseffektivitet om andra specialistläkare ska arbeta med mera avgränsade patientgrupper. Utvecklingen går också vidare, vilket innebär att det kan bli allt svårare för specialistläkare att »passa in« i primärvården och bibehålla kompetensen. Specialistläkare kan behöva avancerad utrustning som inte finns tillgänglig på vårdcentraler. En utflyttning av andra specialistläkare till vårdcentraler löser inte heller primärvårdens problem med ett generellt ökat söktryck, fler sökande med psykosociala problem och vård till allt fler patienter med kroniska sjukdomar. Mot bakgrund av dessa problem skulle det vara mera motiverat att andra specialister först blir allmänläkare (och därmed kan arbeta bredare), att man fortsätter med arbetsväxling till andra yrkesgrupper (sjuksköterskor,

fysioterapeuter, kuratorer, psykologer) eller att man skapar nya yrkesgrupper som kan ta ökat ansvar för vård i första linjen eller för viss kronisk sjukdom.

Frågan om utflyttning av andra specialister hamnar också i ett nytt ljus i kölvattnet av digitaliseringen. Det finns idag helt nya möjligheter att kommunicera digitalt och gemensamt granska och diskutera bilder och utredningsresultat i realtid. Behovet av fysiska möten mellan läkare har reducerats.

Mot bakgrund av tidigare erfarenheter och nya möjligheter till digital kommunikation finns anledning att överväga bättre konsultstöd till allmänläkare, utbildningsträffar och förbättrade möjligheter till dialog som alternativ till utflyttning av andra specialistläkare. En sådan strategi skulle kunna beröra hela primärvården och alla allmänläkare. Det är en stor skillnad jämfört med de öar av förändring som vanligtvis åstadkoms med ambitionen att flytta ut andra specialistläkare till primärvården. Förbättrade möjligheter till konsultstöd och mera dialog kan också bidra till externa perspektiv och ett gemensamt lärande om varandras arbetsvillkor, vilket kan ha stor betydelse för innovationskraften och förmågan till utveckling av arbetsformerna.

7. Vårdens framtida finansiering

HÄLSOEKONOMER, OCH ÄVEN ANDRA, har under lång tid ropat »vargen kommer« när det gäller behovet av att säkra vårdens långsiktiga finansiering (se till exempel Borg 2009, Lyttkens 2010). Nu är vargen här. Mot bakgrund av de utmaningar som redovisats i kapitel 1 finns skäl att tro att frågor om prioriteringar blir allt svårare att undvika. Allt färre förvärvsaktiva ska finansiera vården för allt fler. Den medicinsk-tekniska utvecklingen går vidare i snabb takt. Det finns alltid många goda argument för att man kan och bör göra mer. Det går alltid att identifiera patientgrupper vars vårdbehov har hamnat på undantag. Även om svensk vård skulle lyckas med den omställning och utveckling av arbetsformerna som diskuterats i tidigare kapitel kommer den mest grundläggande frågan att kvarstå: Vilken vård kan vi anse oss ha råd med?

Frågor om prioriteringar och vårdens finansiering är förstås inte nya. Det finns inte heller några principiellt sett nya lösningar att ta till. Vården kan finansieras med olika kombinationer av skatt, försäkringar och avgifter. Så var det tidigare och så kommer det att förbli i framtiden. Precis som när det gäller styrningen kan dock var tid ha större eller mindre acceptans för olika alternativ när det gäller finansieringen. Sett till utvecklingen hittills har expansionen av olika länders hälso- och sjukvårdssystem finansierats genom obligatoriska försäkringssystem eller skatter. Betydelsen av en sådan grundläggande gemensam finansiering har snarast ökat över tiden och det finns skäl att anta att den trenden kommer att fortsätta även i framtiden. Samtidigt har allt fler invånare i europeiska länder en frivillig privat sjukvårdsförsäkring (Kullberg m.fl. 2019). Även i Sverige expanderar marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar, även om ökningen under de senaste 20 åren skett från en mycket låg nivå (Vårdanalys 2020:3). Drygt 650 000 svenskar har numera tillgång till en privat sjukvårdsförsäkring, vanligtvis genom sin arbetsgivare. Det finns också andra privat

finansierade marknader som växer, till exempel när det gäller olika digitala hjälpmedel.

Utifrån vårdens utmaningar och tidigare trender kring finansieringen kan två centrala frågor formuleras. En första fråga är hur den gemensamma långsiktiga finansieringen bör utformas. I kapitlet framförs argument för att statens ansvar för den långsiktiga finansieringen bör öka och att detta också bör påverka statens styrning. En andra fråga är hur den gemensamma finansieringen kan kombineras med privata alternativ för att finansiera sådana behov som den offentligt finansierade vården inte prioriterar. Även om frivilliga försäkringar fortsätter att växa kommer de att ha liten betydelse för vårdens samlade finansiering. De kommer sannolikt att ha större betydelse för vårddebatten. I första hand diskuteras i kapitlet villkoren för direkt med- och egenfinansiering, exempelvis genom avgifter för olika hjälpmedel. Frågan ställer krav på ställningstagande kring vikten av ökad personcentrering i förhållande till jämlikhet. Som kommer att visas i kapitlet anknyter frågan även till vårdpersonalens förutsättningar att informera om de alternativ som finns. I kapitlet argumenteras för ökad transparens och enhetlighet genom statlig styrning av de villkor och kriterier som ska gälla.

7.1 Vilka är alternativen?

Vården i Sverige betalas av befolkningen och prioritering av vård innebär att något annat får stå tillbaka. Detta är förstås en självklarhet men glöms ändå ofta bort i den allmänna debatten. Alternativkostnaden om vården får mer pengar kan till exempel vara mindre pengar till utbildning, färre poliser och/eller minskat utrymme för privat konsumtion. Även det grundläggande villkoret för finansieringen – den ekonomiska tillväxten – ignoreras ofta, särskilt i perioder med högkonjunktur. Det bästa sättet att säkerställa en god finansiering av framtidens vård är att främja utvecklingen av svensk ekonomi och konkurrenskraft.

Även om den svenska vården till sist alltid betalas av befolkningen påverkas fördelningen av finansieringsbördan och fördelningen av vårdens resurser av den finansieringsform som används. De grundläggande alternativen är som redan nämnts enkla: skatter, försäkringar eller avgifter. Var och en av dessa alternativ kan dock utformas på en mängd olika sätt och även kombineras. Varje land får på detta sätt en nästan unik finansieringslösning som förklaras av många olika beslut som fattats under lång tid i en kulturellt betingad kontext. Det som tas för givet och självklart i ett land kan framstå som främmande i ett annat.

I de allra flesta OECD-länder finns en grundläggande finansiering genom skatter och/eller någon form av obligatoriska

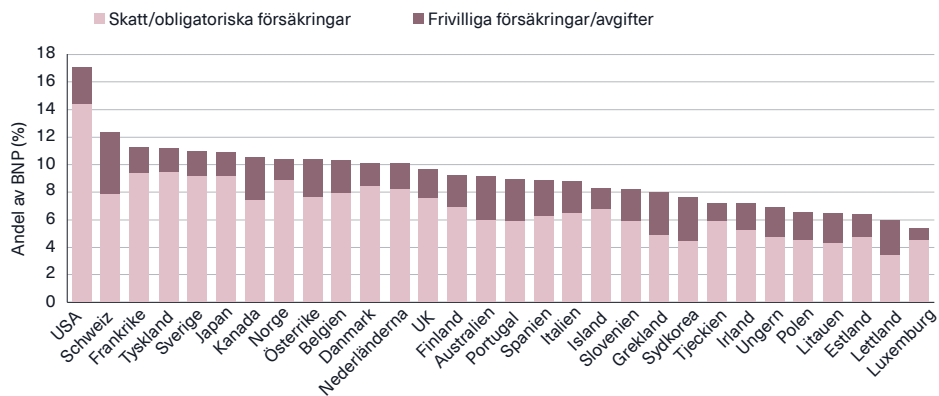
försäkringspremier, se figur 7.1. Detta återspeglar universella värderingar att vården i huvudsak bör finansieras gemensamt utifrån betalningsförmåga snarare än vårdbehov. För USA har redovisningen av finansieringskällor förändrats påtagligt från år 2014, vilket kan förklaras av genomförandet av Affordable Care Act (»Obamacare«) som innebär en utökad skyldighet för individer att skaffa sig en sjukvårdsförsäkring.¹⁹ Fram till år 2013 redovisade både OECD Health Data och WHO Global Health Expenditure Database knappt hälften av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i USA som obligatoriska, vilket då omfattade skattefinansierade federala och delstatliga system för vård till äldre över 65 år respektive för fattiga utan egen försäkring. Den skattefinansierade vårdens andel av BNP i USA har ökat över tid och är nästan lika omfattande som hela den offentliga finansieringen av vården i Sverige. Ändå står över 30 miljoner amerikaner utan ett försäkringsskydd. Drygt 70 procent av alla amerikaner är anslutna till en privat försäkringsgivare, i de flesta fall genom sin arbetsgivare. De privata försäkringsgivarna finansierar dock inte mer än drygt 30 procent av de samlade vårdutgifterna. Detta förklaras av att de högsta vårdkostnaderna återfinns hos äldre som till stora delar finansieras genom federala medel.

Privat finansiering i form av avgifter återfinns i samtliga OECD-länder men i varierande omfattning, se figur 7.2. Avgifter innebär att individer betalar för vården i proportion till faktiskt utnyttjande. De med stora vårdbehov får betala mer; de med sämst betalningsförmåga drabbas hårdast. I länder med väl utbyggda hälso- och sjukvårdssystem används därför avgifter i första hand som prioriterings- och styrinstrument, snarare än som grund för finansieringen. Genom avgifter får individer incitament att inte utnyttja vården »i onödan« och att man söker till rätt vårdnivå. I svensk vård finns till exempel differentierade patientavgifter som styr patienter till primärvården, snarare än till akutmottagningar och specialistvård. I flera länder som Norge, Danmark, Nederländerna och Storbritannien finns istället remisskrav för besök i specialistvården. I Danmark och Storbritannien finns inte några avgifter alls för besök till allmänläkare. Även i Nederländerna är läkar- och sjuksköterskebesök i primärvården avgiftsfria medan det finns en förhållandevis hög självrisk motsvarande avgifter för cirka 4 000 kr (385 euro) per år för specialistvård (Kroneman m.fl. 2016). Det finns möjligheter för befolkningen att sänka sin årliga sjukvårdspremie i utbyte mot dubblerad årlig självrisk för specialistvård.

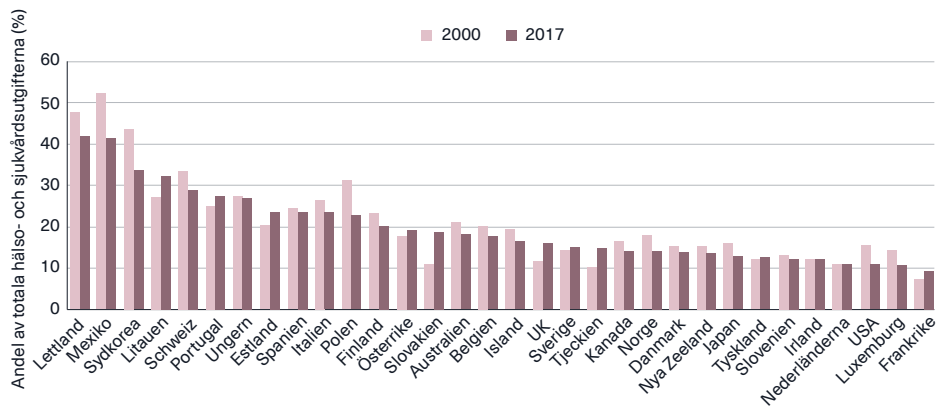
I flera länder är det vanligt att invånare har en privat, frivillig försäkring som täcker patientavgifterna. Detta tar förstås bort avgifternas styrande funktion, vilket också förklarar varför en del länder inte tillåter denna typ av försäkringar. Någon sådan försäkring finns inte heller i Sverige. Det förklaras av ett allmänt högkostnadsskydd som innebär att de maximala av-

19. Detta kan dock komma att ändras beroende på utfall av pågående överklagandeprocesser i federal domstol.

Figur 7.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP uppdelat på olika finansieringskällor år 2017, urval OECD-länder. Källa: Data hämtade från WHO Global Health Expenditure Database 12 april 2020.



Figur 7.2 Andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna som finansieras genom avgifter år 2000 och 2017, urval OECD-länder. Källa: Data hämtade från WHO Global Health Expenditure Database 12 april 2020.



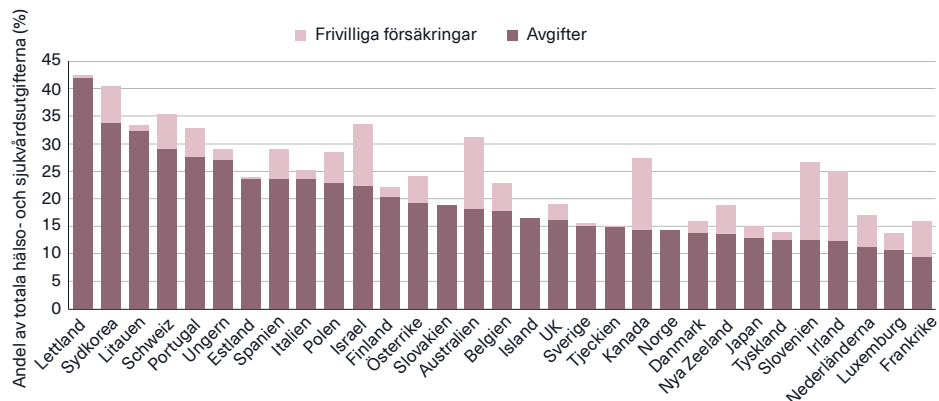
gifterna varje 12-månaders period begränsas till 1 150 kronor (år 2019). Många besökare i svensk vård betalar inte några avgifter alls eftersom de nått upp till högkostnadsskyddet. Andra undantag från avgifter gäller barn och unga. Det finns ett parallellt högkostnadsskydd för receptläkemedel som är utformat som en trappa där subventionerna efter hand ökar. De maximala avgifterna varje 12-månaders period är 2 300 kr (år 2019). Särskilda regler för subventioner och högkostnadsskydd finns för hjälpmedel, sjukresor och tandvård. En del insatser subventioneras inte alls. Sammantaget kan de olika systemen innebära att enskilda personer i Sverige kan nå ganska höga årliga avgifter för vård, sjukresor, hjälpmedel med mera.

Frivilliga försäkringar förekommer i varierande grad i alla OECD-länder. Även om de ofta är mer omdebatterade än avgifter svarar de frivilliga försäkringarna vanligtvis för en liten andel av hälso- och sjukvårdens finansiering, se figur 7.3. Det gäller inte minst i Sverige där privata sjukvårdsförsäkringar svarar för mindre än 1 procent av de samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna. Undantag är bland andra Irland och Australien där privata sjukvårdsförsäkringar sedan länge haft större betydelse (McAid m.fl. 2009, Healy m.fl. 2006).

Precis som när det gäller avgifter finns det flera olika former av frivilliga försäkringar. Privat försäkring som *substitut* till obligatorisk försäkring återfinns i några få länder (Tyskland, Österrike, Tjeckien) och har en tradition framför allt i Tyskland, där drygt 10 procent av invånarna har en privat försäkring som substitut till det obligatoriska systemet. Ungefär hälften är personer som arbetar eller har arbetat i offentliga skolor, universitet och inom statsförvaltningen och som sedan länge exkluderats från systemet med obligatoriska sjukvårdspremier. Staten har istället betalat hälften av sjukvårdsutgifterna och för resterande del har individerna tecknat en privat försäkring. Bland övriga individer med privat försäkring återfinns egenföretagare och personer med högre inkomster. Det finns flera regler för när en helt privat lösning kan väljas, vad som då måste erbjudas av privata försäkringsbolag och villkor för återinträde. Reglerna har dessutom ändrats flera gånger över tiden (Busse och Blümel 2014).

Komplementära försäkringar täcker upp för tjänster som inte subventioneras av den obligatoriska vården och/eller de avgifter som betalas i samband med besök (Busse och Blümel 2014). I Frankrike har majoriteten av befolkning en privat försäkring som ger skydd mot höga avgifter (Chevreul m.fl. 2015). En komplementär försäkring är också vanlig i vårt grannland Danmark för att täcka avgifter för läkemedel (Alexandersen m.fl. 2016). I några länder kan komplementära privata försäkringar också avse viss utvecklad tjänst. Det kan till exempel gälla eget rum på sjukhus och/eller att bli behandlad av överläkaren på kliniken.

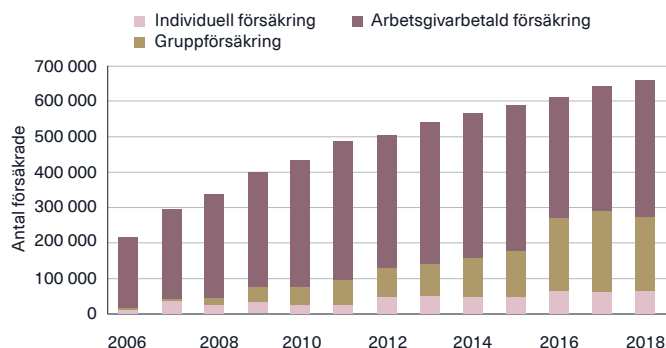
Figur 7.3 Andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna som finansieras genom frivilliga försäkringar och avgifter år 2017, urval OECD-länder. Källa: Data hämtade från WHO Global Health Expenditure Database 12 april 2020.



Supplementära eller parallella privata försäkringar förekommer i många länder och är den mest relevanta för svenskt vidkommande. Denna typ av försäkring baseras på att det finns en vilja att »betala dubbelt« för att få tillgång till vård. Den primära drivkraften i länder där denna typ av försäkring återfinns är uppfattningar om att den offentligt finansierade vården inte är tillräckligt tillgänglig och/eller att den inte har tillräckligt god kvalitet (Sagan och Thomsson 2016). Försäkringsformen finns i alla de nordeuropeiska länderna med skattefinansierad vård, inklusive Storbritannien och framför allt Irland, men även i många andra länder. En parallell försäkring ger vanligtvis snabbare tillgång till vård med kortare eller inga väntetider. I flera länder kan en supplementär försäkring även ge ökade valmöjligheter. De svenska privata försäkringarna ger tillgång till en vårdkoordinator, vilket lyfts fram som ytterligare en potentiell fördel jämfört med den offentliga vården (Kullberg m.fl. 2019).

Antalet personer i Sverige med tillgång till privat sjukvårdsförsäkring har ökat förhållandevis snabbt, se figur 7.4. Ungefär 60 procent av de 658 000 svenskar som hade en privat sjukvårdsförsäkring år 2018 hade fått den genom sin arbetsgivare. Resterande försäkringstagare har tecknat försäkringen genom övrig gruppförsäkring (cirka 30 procent) eller helt individuellt (10 procent). Sett över tiden har andelen med övrig gruppförsäkring ökat mest, i många fall genom avtal som tecknats med

Figur 7.4 Utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige. Källa: Svensk försäkring (2019).



fack- eller yrkesförbund. Ofta bygger försäkringslösningarna på att man i första hand ska vända sig till offentligt finansierade vårdcentraler för smärre problem. Självrisker för att utnyttja den privata försäkringen varierar men kan vara mycket högre än ett läkarbesök i offentligt finansierad primärvård.

I jämförelse med andra länder har fortfarande en relativt liten andel av svenskarna en privat försäkring (Kullberg m.fl. 2019, Vårdanalys 2020:3). Andelen av befolkningen som har en privat försäkring är högre i vårt grannland Norge (9 procent), trots att det finns gott om resurser i den norska offentliga vården och en primärvård med god kontinuitet och tillgänglighet när det gäller läkarbesök. Andelen med en privat supplementär försäkring är också högre i Storbritannien (9 procent), Finland (21 procent) och Danmark (32 procent). Reglerna ändrades i Sverige år 2018 då tillgång till privat sjukvårdsförsäkring som betalas av arbetsgivaren blev en skattepliktig förmån. Allt annat lika borde den förändringen leda till en mera dämpad efterfrågan. Den fortsatta utvecklingen beror dock på en mängd faktorer. En viktig faktor är utvecklingen när det gäller förtroendet för den offentligt finansierade vården liksom tillgången till vård med rimliga väntetider. Ytterligare argument för att teckna en privat försäkring kan handla om mer subjektiva uppfattningar att den offentligt finansierade vården inte är tillräckligt bra och inte anses kunna leva upp till de egna förväntningarna. I exempelvis Irland och Storbritannien, men i växande grad även i de nordiska länderna, finns argument som utgår från klasskillnader och synen

på den egna identiteten i förhållande till andra i samhället (Tynkkynen m.fl. 2018). I Finland har det under lång tid varit vanligt att många familjer tecknar en privat försäkring så att barnen kan gå till en privat praktik istället för den offentliga vårdcentralen (Alexanderson m.fl. 2016). I Sverige är det i huvudsak förvärvsaktiva som har tillgång till en privat sjukvårdsförsäkring. Sett till det absoluta antalet försäkringstagare har genomslaget åtminstone under senare tid varit stort inom exempelvis byggindustrin. Genomslaget som andel av dem som arbetar inom olika sektorer är dock större bland egenföretagare och inom till exempel finanssektorn. Bland många privata arbetsgivare som anställer välutbildade och välbetalda tjänstemän betraktas tillgång till privat sjukvårdsförsäkring som en naturlig förmån.

7.2 Alternativ för vårdens långsiktiga finansiering

Det finns en rad olika förslag på hur vårdens framtida finansiering kan säkras. Ett förslag som framförts tidigare är att höja avgifterna, till exempel genom att införa ett mindre generöst högkostnadsskydd som baseras på individers årsinkomst (se till exempel Söderström 1991). Även internationellt har föreslagits system där personer måste sätta av viss del av inkomsten till ett eget personligt »medical savings account« som sedan används för att täcka avgifter för vård. Förslagen har inte fått några större genomslag men höjda patientavgifter är ändå ett återkommande inslag i debatten om vårdens finansiering.

Det finns dock skäl att vara försiktig med generellt höjda avgifter i vården. Som tidigare nämnts är avgifter i första hand ett styr- och prioriteringsinstrument. Höjda patientavgifter innebär att individer får anledning att ransonera det *första* besöket i vården. Istället för att kontakta läkare eller vårdcentral får individer incitament till egenvård och att man avvaktar någon dag för att se hur symptomen utvecklas. Det är inget bekymmer när de upplevda vårdbehoven är lågt prioriterade och går över av sig självt, men ett större problem om de upplevda symptomen kan botas med en behandling eller tyder på någon allvarigare sjukdom. Tidigare studier har visat att personer i största allmänhet är ganska dåliga på att veta när de bör besöka vården. Höjda generella avgifter riskerar därför att ransonerar bort »onödiga« besök likaväl som motiverade besök i ett medicinskt perspektiv (Lohr m.fl. 1987, Rice och Morrisson 1994, Rice 2003). Eftersom individers beslut påverkas av betalningsförmågan kommer den ransonerande effekten vara större bland individer som har lägst inkomster, vilket i sin tur samvarierar med sämre hälsa och större vårdbehov. Mot den bakgrunden är det också logiskt att avgifterna till primärvård är låga i de flesta OECD-länder. Efter det första besöket är det

i regel läkare eller annan vårdpersonal som avgör behovet av ytterligare diagnostik och behandling, inklusive de kostnader som uppstår. För att uppnå kostnadseffektivitet i dessa beslut behövs incitament på utbudssidan, snarare än för patienterna i form av avgifter (Ellis och McGuire 1993). Kostnaderna för i synnerhet sjukhusvård är också ojämnt fördelade i befolkningen; en liten andel av befolkningen svarar för en stor andel av utgifterna. För individer som har behov av mycket vård har i regel höjda avgifter ingen effekt alls på grund av olika former av högkostnadsskydd.

Det finns också förslag på att privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna bidra till vårdens långsiktiga finansiering. Ett argument som förts fram är att den offentligt finansierade vården skulle avlastas om fler tecknar en sådan försäkring. Det finns dock flera motargument. Ett första är att privata sjukvårdsförsäkringar i första hand tecknas av förvärvsaktiva med relativt små behov av vård. För äldre och personer med redan existerande kroniska sjukdomar är det mycket dyrt eller omöjligt att teckna en försäkring (Kullberg m.fl. 2019). Det är samtidigt i dessa grupper som behovet av en avlastning är som störst. För att privata försäkringar ska spela någon avgörande roll för den långsiktiga och grundläggande finansieringen i svensk hälso- och sjukvård krävs att de blir obligatoriska, vilket i sin tur skulle ställa omfattande krav på regleringar när det gäller bland annat premier och riskfördelning.

Andra motargument när det gäller den avlastande effekten utgår ifrån att privata försäkringar kan förväntas påverka prioriteringar och löner. Privata försäkringar ger till exempel inte bara tillgång till snabbare vård utan medför sannolikt att fler insatser görs jämfört med vad som skulle skett i en offentligt finansierad vård. En del försäkringar marknadsförs utifrån att man får möjlighet att träffa specialister direkt utan att gå via primärvården. Det upplevs sannolikt som positivt av många försäkringstagare men bidrar inte till någon övergripande kostnadseffektivitet inom vården. Privata vårdgivare ersätts också i högre grad enligt principen »fee-for-service« från försäkringsbolagen, vilket allt annat lika leder till en större volym vård och högre kostnader (se avsnitt 5.1). Avlastningen är därför inte så stor som den privata sektorns volym först kan ge intryck av. En privat vårdsektor kan också erbjuda bättre löner för läkare, sjuksköterskor med flera som innebär att lönerna måste höjas även inom den offentligt finansierade vården. Särskilt i låg- och medelinkomstländer kan parallella helprivata system leda till att det blir svårare för offentliga vårdgivare att konkurrera lönemässigt och rekrytera läkare. Sverige är inget låg- eller medelinkomstland men det är inte långsökt att tänka sig att samma effekt kan uppstå i vårt land eftersom arbetsmarknaden för läkare, sjuksköterskor med flera tidigare dominerats av en enda arbetsgivare i form av regionerna. En löneglidning är inget problem för läkare, sjuksköterskor och

andra berörda yrkesgrupper, som kan anse att det är högst rimligt att det finns alternativa arbetsgivare och att ingen enskild arbetsgivare ska kunna diktera villkoren. Det högre löneläget ställer emellertid nya krav på finansieringen, vilket är den fråga som diskuteras här.

Sammantaget finns det skäl att utgå ifrån att den långsiktiga finansieringen av vården enbart kan säkras genom någon form av skatt som idag och/eller obligatoriska försäkringar. Det finns många andra lösningar som kan bidra till bättre effektivitet och produktivitet, underlätta prioriteringar, bidra till ökad personcentrering med mera. Men alla dessa lösningar utgör ingen finansieringslösning på längre sikt om vi ska ha kvar samma ambitionsnivå för vården. Till en del kommer de framtida finansieringsproblemen handla om att säkra finansieringen för nya, dyra insatser och behandlingar bland personer som har svåra sjukdomar och stora vårdbehov. Kostnaderna för enskilda individer kan bli höga men det kommer förmodligen, liksom tidigare, att bli svårt att säga nej.

20. Namnet kommer av den liberala politikern William Beveridge som bland annat låg bakom den rapport som resulterade i bildandet av National Health Service (NHS) i Storbritannien 1948.

7.3 Hur kan den statliga finansieringen utvecklas?

Svenskarna har i ett historiskt perspektiv varit tålmodiga skattebetalare. Den skattefinansierade vården och välfärden är också typiska för vår region. Norden och Storbritannien benämns i litteraturen som tillhörande kategorin Beveridge-länder²⁰, det vill säga länder där vården i huvudsak finansieras genom någon form av skatt. I kontrast till det centraliserade National Health Service (NHS) i England, Wales respektive Skottland har de nordiska ländernas vård och omsorg i huvudsak finansierats av kommuner och regioner. Den decentraliserade strukturen har varit mest uttalad i Sverige och Finland. Både Norge och Danmark har tagit tydliga steg mot ett mera centraliserat hälso- och sjukvårdssystem under senare årtionden.

Ett radikalt framtida alternativ för svensk vård är att ersätta skattefinansieringen med obligatoriska sjukvårdspremier motsvarande de system som finns i Nederländerna, Tyskland och andra så kallade Bismarck-länder. I Tyskland har tidigare funnits en mängd olika sjukförsäkringar (»Krankenkasse«) knutna till yrken och olika geografiska områden. Över tiden har antalet reducerats och numera finns ett drygt hundratal kassor där de tio största svarar för vård till två tredjedelar av befolkningen (Busse och Blümel 2014). Den allra största (»Techniker Krankenkasse«) ansvarar för en befolkning som nästan motsvarar antalet invånare i Sverige. Sjukförsäkringarna är icke-vinstsyftande kooperativ som agerar under särskild lagstiftning. De flesta invånare betalar en inkomstbaserad premie för vård till en gemensam fond, som i sin tur betalar ut en riskjusterad premie till den sjukförsäkring individen tillhör. I Nederländerna fanns

tidigare ett motsvarande system med flertalet olika sjukkassor kopplade till yrken och geografiska områden. Reformen för att stärka invånares valmöjligheter och enhetliga regler för olika typer av sjukkassor genomfördes 1990 respektive 2006. På samma sätt som i Tyskland har antalet sjukkassor minskat över tiden. Det ställs krav på att invånare har en sjukvårdsförsäkring och betalar sina premier. I annat fall kan invånare först få böter och i sista hand påtvingas en försäkring (Kroneman m.fl. 2016).

I ett svenskt perspektiv skulle våra 21 regioner kunna likställas med geografiskt baserade sjukkassor, som omfattar alla invånare men saknar valmöjligheter när det gäller den finansiär invånare »tillhör«. Ökade valmöjligheter på finansieringssidan likt det system som finns i till exempel Nederländerna skulle få omfattande konsekvenser. I princip kan man tänka sig ett system där försäkringsbolag får konkurrera om invånares registrering, ett slags vårdval på finansieringssidan. Några försäkringsbolag skulle kunna vara kooperativ eller statligt ägda, resten kommersiella aktörer. Ett alternativ är att samtliga aktörer måste vara icke-vinstsyftande. Ett sådant hälso- och sjukvårdssystem finns i exempelvis Israel där invånare kan välja att registrera sig hos en av de fyra landstäckande icke-vinstsyftande försäkringsplaner som finns etablerade (Rosen m.fl. 2015).

Oavsett regleringen får finansiärer ansvar för att tillgodose registrerade invånares behov av vård. Varje finansiär måste därför ha överenskommelser och teckna avtal med vårdgivare. Det är svårt att föreställa sig att privata, eller för den delen icke-vinstsyftande finansiärer, skulle teckna avtal med akut-sjukhus som ägs och styrs av regioner med politiska nämnder som idag. En första konsekvens av att införa konkurrens på finansieringssidan blir därför att utbudssidan måste organiseras om. Den omorganisationen är förmodligen mera krävande än förändringarna på finansieringssidan. I sammanhanget bör nämnas att Sverige i stort sett helt saknar de betydande inslag av privata, icke-vinstsyftande institutioner som återfinns i många andra länders hälso- och sjukvård. I Tyskland är två tredjedelar av sjukhusen privata, men hälften av dessa är icke-vinstsyftande organisationer. I Nederländerna, där vården till stor del tillhandahålls genom privata aktörer, är icke-vinstsyftande sjukhus helt dominerande. Det är en stor kontrast jämfört med Sverige där det huvudsakliga alternativet till offentligt ägda sjukhus är privata kommersiella sjukhus.

En annan konsekvens av konkurrens på finansieringssidan är att olikheter i erbjudanden rimligen måste accepteras. Sådana olikheter finns förvisso redan idag. Utbud, tjänster och prioriteringar skiljer sig mellan regioner och sjukhus. Dessa olikheter diskuteras dock som problem och något som bör motverkas. Med konkurrerande finansieringslösningar bör skillnader beroende på vilken försäkring som valts accepteras och till och med uppmuntras. Försäkringsgivare kan till ex-

empel erbjuda mer eller mindre valfrihet och sänka premien i utbyte mot acceptans för högre självrisk, såsom sker i till exempel Nederländerna. Sammantaget leder detta till skillnader mellan invånare beroende på vilken försäkring man valt. Sådana olikheter utifrån konkurrens om invånares registreringar är också själva poängen med att introducera valmöjligheter på finansieringssidan. En reglering utifrån ambitionen att alla invånare ska få samma erbjudanden innebär att det blir tämligen meningslöst att introducera valmöjligheter och konkurrens på finansieringssidan.

Om inte olikheter i villkoren accepteras är det mera logiskt med en skattebaserad grundläggande finansiering av vården som idag. Det hindrar inte att finansieringen kan reformeras. Ett förslag som ofta framförs är att införa en statlig finansiering av vården. En sådan kan genomföras utan några radikala förändringar av organisation och ägande. Regioner kan kvarstå som ägare till akutsjukhus och vårdcentraler och precis som idag teckna kontrakt med privata vårdgivare för att täcka invånares behov av vård. Istället för att ha beskattningsrätt får regionerna ett riskjusterat anslag utifrån behov och förutsättningar i respektive region. Förändringen kan tyckas blygsam men skulle förmodligen ändå kunna få stora konsekvenser. Regionerna kan utvecklas till »kravmaskiner« för en utökad statlig finansiering, mer än vad som redan är fallet. En annan rimlig konsekvens är att invånare bör få likartade förutsättningar när det gäller vårdresurser oavsett var man bor. Det är svårt för staten att motivera att invånare i Stockholm skulle få mera pengar för sin vård än invånarna i exempelvis Skåne. Problemet för staten är att det finns stora skillnader i utgångsläget som förklaras av regionernas tidigare beslut när det gäller skatt och utgifter. Vården i Stockholm kostar mer per invånare än i många andra regioner. Med en statlig finansiering skulle skillnader behöva utjämnas, det gäller även skatteuttagen. Man kan anta att det är långt ifrån alla regioner och invånare som skulle se positivt på en sådan förändring. Problemen illustreras väl av regioners och kommuners olika synpunkter när skatteutjämnningssystemet förändras.²¹ En statlig finansiering kan förstås anpassas till dagens skatteuttag och vårdutbud i olika regioner. En berättigad fråga är i så fall vad som är poängen med förändringen.

Sammanfattningsvis är det på ett principiellt plan inte så svårt att diskutera alternativ till den nuvarande finansieringen av svensk vård. Det gäller oavsett om förslagen handlar om statlig finansiering eller mera radikala förslag om ett införande av ett obligatoriskt försäkringssystem. Det blir mycket svårare om också konsekvenserna beaktas. Om det fanns möjlighet att bygga om svensk hälso- och sjukvård från grunden skulle lösningen sannolikt *inte* vara att lägga över ansvaret på 21 geografiska och politiskt styrda regioner. Den möjligheten att bortse från nuvarande organisation finns dock inte, lika lite i

21. Se till exempel remissvar efter utredningen SOU (2018:74) Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting.

Sverige som i något annat land. Det mest troliga är därför att den långsiktiga finansieringen kommer att formas utifrån de lösningar som redan finns, snarare än att något helt nytt etableras. Det är inget unikt för svensk vård. Även i andra länder kan noteras samma begränsningar och bundenhet till tidigare institutionella spår. Frånsett nya system som utvecklats i Östeuropa efter Sovjetunionens upplösning finns få exempel på radikala förändringar. Tidpunkten för en radikal reform av organiseringen på både finansierings- och utbudssidan är också illa vald. Utmaningarna som beskrivits i kapitel 1 innebär att förändringar i vårdens produktivitet och arbetsformer måste ske här och nu, inte som eventuell konsekvens av en reform som tar 10–20 år att genomföra.

Utifrån ovanstående resonemang bör ljuset riktas mot den statliga finansiering som redan finns. Av flera skäl finns anledning att tro att denna behöver förstärkas och förändras. Det finns behov av mer pengar till vården, men även pengar som ger stöd för en omställning och för att kompensera för skilda förutsättningar mellan olika delar av landet. Slutsatsen att den långsiktiga finansieringen oundvikligen blir ett statligt problem även med den svenska decentraliserade modellen har framförts långt tidigare av andra ekonomer (se till exempel Lyttkens 2010). Det är också det samlade budskapet från regioner och kommuner: statens ansvar för vårdens och omsorgens finansiering måste öka. Samtidigt vill regioner och kommuner slippa de öronmärkta bidragen. Under senare årtionden har staten i allt högre grad satsat pengar i vården genom särskilda projekt (Riksrevisionen 2016:29). Dessa satsningar har varit ett alternativt sätt för staten att bedriva politik jämte förändringar i lagstiftningen som tenderar att ta lång tid. För regioner och kommuner innebär de statliga satsningarna att projektledare måste rekryteras och egna projekt initieras. Satsningarna kan därför ha bidragit till en expansion av regionernas administrativa överbyggnad. Långsiktigheten i satsningarna blir samtidigt bristfällig om projekt avvecklas när den statliga finansieringen upphör. Ansvarsutkrävandet från statens sida har ofta handlat om att regioner och kommuner måste redovisa hur man använt pengarna. I många fall är det närmast omöjligt att säga om satsningarna haft avsedd effekt. Uppföljningstiden är ofta för kort och det är svårt att definiera och mäta relevanta utfall.

Det finns naturligtvis alternativa sätt att utforma den statliga finansieringen, särskilt om den ska öka i betydelse. Regionernas egna önskemål är att staten satsar alla pengarna på generella statsbidrag. En alternativ utgångspunkt är att staten istället riktar ljuset mot investeringar som kan bidra till en omställning i vården och använder mindre energi, tid och pengar åt kortsiktiga öronmärkta satsningar. Utifrån tidigare kapitel i denna rapport kan sådana långsiktiga satsningar till exempel avse den nationella digitala infrastrukturen (kapitel

3), gemensamt kunskapsstöd och system för uppföljning och återkoppling (kapitel 5) samt inte minst kompetensförsörjning och utveckling av olika vårdvalssystem i primärvården (kapitel 6).

En rimlig utveckling som konsekvens av statliga satsningar är att villkoren för befolkningen görs mera enhetliga över landet, även om en sådan utveckling utmanar det kommunala självstyret. Det kan gälla investeringar i digital infrastruktur som kommer hela befolkningen till del och en samlad och enhetlig information till befolkning och patienter via 1177, till exempel när det gäller olika vårdval i primärvården eller hur man kan lämna synpunkter och framföra klagomål på vården (ruta 3.2). Satsningar på gemensamma kunskapsstöd och system för uppföljning och återkoppling kan också följas av tydliga krav på transparens samt användning av patientrapporterade utfall och erfarenheter. Med en större andel statlig finansiering är det också rimligt med ett större mått av ansvarsutkrävande från statens sida när det gäller de investeringar i vårdsystem som byggs upp i olika regioner. Det är naturligtvis en fördel om varje enskild region inte planerar var för sig och i ett kortsiktigt perspektiv. De regionala strukturerna bör självklart hänga samman. Möjligheterna till samverkan mellan regioner och på nationell nivå måste utnyttjas fullt ut.

Det finns inget som tyder på att patienter och brukare skulle se negativt på ett ökat statligt inflytande. Befolkningens förtroende för det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet förefaller relativt svagt i jämförelse med det höga förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen (Vårdanalys 2018:4). Även bland vårdpersonalen finnas många positiva röster för ett ökat statligt inflytande. Med oförändrat kommunalt självstyre finns inget som hindrar att regioner väljer att gå sin egen väg. Priset bör i så fall vara att man riskerar att få avstå delar av den statliga finansieringen. Som diskuterades i SNS Konjunkturrådsrapport 2019 (Mörk m.fl. 2019) finns också möjligheter att stärka det demokratiska ansvarsutkrävandet genom att införa olika valdagar för val till riksdag respektive regioner.

Statliga satsningar som fokuserar kortsiktiga problem i form av väntetider, samverkansbehov för äldre eller kvinnors hälsa är förstås inte meningslösa. Covid-19-pandemin har skapat en mycket speciell situation och argument för fortsatta kortsiktiga satsningar. Samtidigt pekar pandemin även på betydelsen av att satsa långsiktigt; att investera i ökad beredskap för att hantera kriser och katastrofer även i framtiden. Sett över en längre period har många av de statliga satsningarna fokuserat på problem som regioner och kommuner redan är skyldiga att lösa enligt gällande lag och inom ramen för den löpande verksamheten. Man kan därför hävda att regioner och kommuner själva, eller gemensamt, borde finansiera utvecklingsprojekt som handlar om exempelvis bättre tillgänglighet. Regioner och kommuner har sannolikt bättre förutsättningar att ut-

forma projekten så de passar olika förutsättningar och blir mera långsiktiga. Om staten tydligare markerar sin roll som normgivare och främjare av långsiktigt goda villkor genom nationella investeringar blir det också tydligare att det är regioner och kommuner själva som har ansvaret för styrning i den dagliga verksamheten. Trenden under senare tid har snarare varit att staten tar allt större ansvar för styrningsfrågor som borde vara regionernas och kommunernas ansvar. Samtidigt finns det ingen som fullt ut tar ansvar för långsiktiga frågor och investeringar i exempelvis primärvård som kan bidra till en omställning av vården.

En utveckling mot mer långsiktighet i de statliga vårdsatsningarna kräver nationella politiker som i hög grad agerar som upphöjda statsmän. Principerna bör därför läggas fast genom parlamentariska beslut och långsiktiga uppdrag till myndigheter. Myndigheterna bör i sin tur vara öppna för insyn och ha höga ambitioner för samverkan med vården och relevanta forskare.

7.4 Personcentrering och frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar

Den lösning som skisserades i föregående avsnitt innebär att den gemensamma finansieringen av vården i högre grad kommer att utgå från den statliga nivån snarare än den regionala eller kommunala. Tendenserna till en sådan utveckling är redan tydliga. Det gäller särskilt i den kommunala sektorn där utmaningarna när det gäller demografiska behov och försörjningskvoter för många små kommuner är särskilt tydliga. En förändring mot ökad andel statlig finansiering genererar inte i sig mera pengar i samhällsekonomin men kan bidra till geografiska utjämnningar, ett kraftfullare stöd för långsiktig omställning samt ett tydligare statligt ansvarsutkrävande. Om förändringen kan påverka antalet invånare med en privat sjukvårdsförsäkring är mera osäkert. Den utvecklingen påverkas av i vilken mån den offentligt finansierade vården förmår leva upp till invånares förväntningar, inte minst vad gäller väntetider. Med en försämrad ekonomi påverkas möjligheterna att bejaka alla medicinska och teknologiska möjligheter negativt. Betydelsen av riktlinjer och prioriteringar efter vårdbehov ökar. Det »allra bästa« måste prioriteras till dem med stora vårdbehov. Sådana ransoneringar och prioriteringar kan accepteras i större eller mindre grad av individer.

Bland individer som inte får sina förväntningar på vården infrade kan en frivillig sjukvårdsförsäkring betraktas som en lösning snarare än ett problem. De som har en sådan försäkring kan uppfatta att vården blir mer personcentrerad, att vården i högre grad utgår från individens preferenser och värderingar. Det kan vara att man vill ha möjlighet att vända sig

direkt till viss specialistläkare eller har stora krav på anpassning från vårdens sida när det gäller tillgänglighet och bekvämlighet, krav som det inte är rimligt att den offentligt finansierade vården beaktar oavsett resurstillgång. En stor fördel med ett frivilligt system, jämfört med obligatoriska sjukvårdsförsäkringar i konkurrens, är att det inte behöver regleras i någon särskild ordning. Det finns inget behov av att definiera ett basutbud av vård som försäkringarna ska täcka eller vilka avgifter som ska gälla. Politiker eller myndigheter behöver inte bekymra sig över principer och system för riskjustering av premier och hur dessa ska räknas upp över tid utifrån förändringar i medicinsk teknologi. Alla dessa beslut, inklusive hur man ska kontraktera, ersätta och följa upp vårdgivare, kan överlåtas till marknadens aktörer. Däremot kan det behövas särskilda kontrakt och regler för privata vårdgivare som verkar med finansiering från både regioner och privata försäkringar. En stor del av befolkningen kan förmodligen tycka att privata vårdgivare som i huvudsak finansieras med offentliga medel måste klara vårdgarantierna för offentligt finansierade patienter först, innan man eventuellt kan erbjuda sin överkapacitet till privata försäkringsbolag.

Argument att frivilliga försäkringar bidrar till ökad personcentrering kommer inte att övertyga alla. En stor del av befolkningen menar förmodligen att det finns en negativ effekt av själva möjligheten att teckna en privat försäkring eftersom den utmanar den traditionella principen om universalism, att alla ska behandlas lika (Blomqvist 2020). Debatten lär fortsätta. Även om antalet privat försäkrade i framtiden skulle bli många fler än idag kommer bidraget till vårdens finansiering med största sannolikhet att vara relativt måttligt. Frivilliga privata försäkringar kan bidra till ökad personcentrering men är ingen lösning på vårdens finansieringsproblem.

7.5 Personcentrering, avgifter, och egenfinansiering

Som tidigare redovisats är generella patientavgifter ett trubbigt instrument för att ransonera efterfrågan på vård. Alla vårdkontakter för symtom och besvär som ännu inte har diagnosticerats bör därför ha relativt låga avgifter, om avgifterna alls ska existera. När det gäller insatser efter första besöket kan däremot avgifterna differentieras beroende på vad som avses. För en del insatser, som prioriteras lägre, kan avgifterna vara högre eller att patienten får stå för hela kostnaden själv. Exempel på med- och egenfinansiering finns inom både läkemedels- och hjälpmedelsområdet. Möjligheterna bidrar till att fler individer kan få det man önskar sig jämfört med om strikta prioriteringar används. Precis som med frivilliga försäkringar kan därför med- och egenfinansiering ses som ett medel för

att öka graden av personcentrering.

Med- och egenfinansiering anknyter till tidigare diskussioner om patientinflytande och vårdval men fokuserar behandlingsnivån snarare än val av vårdgivare. Den typen av patientinflytande har fått relativt lite uppmärksamhet i svensk vård, vilket noterades redan i början av 1990-talet av professor Richard Saltman i en tidigare SNS-rapport:

»I praktiken har producentperspektivet kommit att dominera valfrihetsdebatten, som i huvudsak handlat om vårdgivares etableringsfrihet och villkoren för patienters »logistiska« val av vårdgivare [...]. Valfrihet i termer av att ge patienterna mer information och inflytande i behandlingssituationen har till stor del ignorerats.« (Saltman, 1992).

Möjligheten till med- och egenfinansiering utmanar på samma sätt som frivilliga försäkringar den traditionella tanken om universalism i vården, att alla ska få lika vård. Trots det finns redan många exempel på med- och egenfinansiering inom svensk hälso- och sjukvård. I en del landsting har det varit möjligt att betala extra för att få tillgång till multifokala linser i samband med kataraktoperation och man har kunnat välja en dyrare hörapparat mot extra avgift (Anell 2014). I andra landsting har sådana valmöjligheter bara funnits om patienterna betalat allt själva hos privata aktörer. Flera exempel finns också på läkemedelsområdet. När så kallade livsstilsläkemedel lanserades i Sverige i slutet av 1990-talet var dessa subventionerade som alla andra receptbelagda läkemedel. Detta ändrades av den nybildade Läkemedelsförmånsnämnden (numera Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV) år 2002.²² Argumenten var att kostnaderna skulle urholka möjligheten att subventionera mera angelägna vårdbehov. Det finns också senare exempel från läkemedelsområdet där patienter under en begränsad tid, innan TLV hade förhandlat fram ett pris som innebar att läkemedlet kunde omfattas av läkemedelssubventionen, kunde få tillgång till dyra nya cancerbehandlingar om de betalade ur egen ficka (Carlsson och Tingshög 2013). Flera andra beslut har också indirekt inneburit att patienter kan få tillgång till annan vård om de betalar extra. Den nationella valfriheten för öppen specialistvård innebär till exempel att patienter som är beredda att betala för resan kan få tillgång till öppen vård i andra regioner. Motsvarande möjlighet finns när det gäller vård i andra EU-länder. Ersättningen för så kallad EU-vård lämnas av Försäkringskassan men patienterna måste själva svara för merkostnader i form av resor.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER, 2014:1) har tidigare gjort bedömningen att med- och egenfinansiering i vården inte är etiskt försvarbar. Utgångspunkten för den bedömningen var att den offentligt finansierade vården alltid bör prioritera efter behov och kunna ge en vård av god kvalitet till alla. En

22. <https://www.lakemedelsvarlden.se/stor-okning-av-potenslakemedel/>.

restriktiv syn på individers egna val och medfinansiering har även framförts av Hjälpmedelsutredningen (SOU 2017:43). Mot bakgrund av vårdens alla utmaningar är det framtida svaret inte lika givet. Om svensk vård ska behålla högt ställda ambitioner och i grunden vara offentligt finansierad kan det krävas ett ökat inslag av privat finansiering (Lyttkens 2010). Det finns i sammanhanget anledning att komma ihåg att vårdgivare sedan 1997 (numera enligt patientlagen 2014:821 kap. 7) har en lagstadgad skyldighet att informera patienten om de alternativ för behandling som finns. Läkare och andra vårdgivare kommer dock knappast att informera om behandlingsalternativ som man själv prioriterat bort eftersom det skulle urholka patienternas förtroende för vården. Sådana brister i informationen från vårdgivare kan i sin tur leda till att det enbart är välinformerade patienter som fullt ut känner till behandlingsalternativen. Krav och önskemål från välinformerade patienter kan leda till omotiverade skillnader i den vård man får. Välinformerade patienter får i högre grad det man önskar sig, dock utan någon med- eller egenfinansiering.

Frågan om med- och egenfinansiering är inte ny utan har behandlats tidigare (Tinghög m.fl. 2010, Lyttkens 2010, Tinghög och Carlsson 2012, Drummond och Towse 2012, Anell 2014). Mot bakgrund av praxis är frågan knappast om med- och egenfinansiering ska accepteras eller inte. Med- och egenfinansiering finns redan, men inte alltid på ett genomtänkt sätt, och möjligheterna skiljer sig mellan regioner. De geografiska olikheterna i avgifter är som mest påfallande inom hjälpmedelsområdet där även transparensen är begränsad (SOU 2017:43).

Sannolikt är de flesta överens om att ett otydligt system där det går att »krångla sig igenom« och få det som prioriterats bort inte kan försvaras. I så fall kan två huvudsakliga alternativ identifieras. Det första alternativet är att vårdgivare arbetar utifrån strikta prioriteringar där patienters och anhörigas önskemål om att få något annat hänvisas till den helt privata sektorn. Det innebär att färre patienter kan få det som prioriteras bort eftersom kostnaderna blir högre. Patienter får betala hela kostnaden istället för mellanskillnaden jämfört med det alternativ som tillhandahålls av den offentligt finansierade vården. Det andra alternativet är det finns ökad acceptans för medfinansiering. Fler patienter kan få det man önskar sig eftersom man enbart måste betala den överskjutande delen av kostnaden. Man kan få den hörapparat man önskar sig genom att själv betala mellanskillnaden jämfört med den hörapparat som subventioneras.

Det är inte självklart vilket alternativ som är bäst. Bedömningen beror på ens värderingar och vilken typ av vård som avses. Samtidigt som medfinansiering kan accepteras för viss typ av enklare hjälpmedel framstår det som helt otänkbart i andra sammanhang där människors liv står på spel. Ett argument

mot en sådan »det beror på«-strategi är att en försiktig tillämpning kan leda till att med- och egenfinansiering används även på andra områden, när principen efter hand accepteras och tas för given.

För att motverka tendenser till att med- och egenfinansiering blir en »Pandoras ask« eller ett »sluttande plan« finns anledning att lägga fast vilka grundläggande kriterier som ska gälla. Det är också svårt att försvara att kriterier ska variera geografiskt, därför bör de vara nationella. En nationell enhetlighet bidrar till ökad transparens och till att befolkningen kan få information om vad som faktiskt gäller. Besluten skulle kunna fattas enligt samma oberoende principer som gäller för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Ett kriterium som de flesta sannolikt uppfattar som mer eller mindre självklart är att det ställs samma krav på evidens, beprövad erfarenhet och patientsäkerhet som för den vård som subventioneras fullt ut. Det ska med andra ord inte gå att betala extra och få tillgång till alternativa behandlingar som saknar evidens. Ett ytterligare kriterium som de flesta sannolikt kan vara överens om är att med- och egenfinansiering inte har några negativa externa effekter. Patienter med större vårdbehov får inte bli drabbade. Mot den bakgrunden är det enklare att acceptera med- och egenfinansiering för hjälpmedel, digitala tekniker och läkemedel, än för insatser som kräver mer vårdpersonal och tillgång till begränsade resurser. Det är också enklare att acceptera med- och egenfinansiering för smärre vårdbehov.

På samma sätt som gäller för frivilliga försäkringar kan med- och egenfinansiering bidra till ökad personcentrering men det är inte någon lösning på vårdens långsiktiga finansieringsproblem. Många i befolkningen kan tycka att principen leder till ökad orättvisa. Man får dock inte glömma bort att jämföra med alternativen. Även i framtiden kommer det att vara möjligt för individer att köpa sig den vård man vill ha i privat regi, på ett eller annat sätt. Frågan är snarare vilken typ av ojämlikhet som är mest rättvis. Ökad acceptans för med- och egenfinansiering innebär att fler har möjlighet att köpa det man vill ha. Utan med- och egenfinansiering kommer färre att ha den möjligheten. Det finns också ökad risk för att patienter inte får information om alla behandlingsalternativ och att välinformerade patienter »krånglar sig igenom« systemet och ändå får det de vill ha.

8. Slutsatser och rekommendationer

SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD är på många sätt i världsklass när det gäller folkhälsa, akuta insatser vid hjärtinfarkt och stroke, överlevnad efter cancer samt medicinska resultat vid en lång rad andra sjukdomar och behandlingar. Motsvarande bedömning har gjorts i flera tidigare internationella jämförelser. På samma sätt som vårdens positiva sidor känns igen över tiden finns återkommande problem med långa väntetider. Andra problem är dålig kontinuitet, bristande samverkan och en svag personcentrering. Ett grundläggande problem som diskuterats av och till sedan mitten av 1940-talet är en resurssvag primärvård med för få allmänläkare.

Även om mycket känns igen är en del av de utmaningar och problem som diskuteras i vården nya. Som redovisas i rapporten finns flera indikationer på att många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper upplever en försämrad arbetsmiljö. Till en del kan dessa försämringar spåras till obalanser i resurserna – alltför få allmänläkare, svårigheter att rekrytera och behålla sjuksköterskor på sjukhusen – men problemen hänger också samman med hur verksamheten styrs. Många vårdgivare är beroende av bemanningsföretag. Sådana kortsiktiga lösningar kan förvärra de grundläggande problemen om sambanden urholkas mellan de insatser som görs och villkor i form av lön och möjligheter att avgränsa arbetet. En ökad upplevelse av orättvisa leder till ytterligare problem med att behålla den mest kvalificerade personalen.

Rekryteringsproblem och bristande motivation är allvarliga problem. Utan kvalificerad och motiverad personal finns ingen möjlighet att anta alla de utmaningar som vården står inför. Den demografiska utvecklingen i kombination med lågkonjunktur kommer att ställa stora krav på vården. Med ambitionen att behålla målsättningen om en god vård till hela befolkningen måste produktiviteten öka.

Framtiden rymmer dock inte bara utmaningar och problem

utan även stora möjligheter. Digitaliseringen ger möjligheter att arbeta på helt nya sätt, både när det gäller kontaktytor mot befolkning och patienter och när det gäller interna arbetsformer, kommunikation och beslutsstöd. Digitaliseringen skapar också förutsättningar för ökad personcentrering. Det kan gälla videobesök och uppföljning i hemmet som alternativ till fysiska kontakter med vårdgivare för patienter med kronisk sjukdom. Både digitalisering och personcentrering skapar möjligheter att utveckla arbetsformerna, vilket i sin tur kan bidra till ökad produktivitet.

Även om digitalisering och personcentrering ger möjligheter att arbeta på nya sätt kommer detta inte att ske av sig självt. Det behövs en styrning och ledning i vården som främjar lärande och utveckling av arbetsformer. En sådan styrning och ledning kan inte enbart handla om att innovationer som tagits fram av »någon annan« ska implementeras och spridas bland vårdgivare. Det måste också finnas möjligheter till anpassning och utveckling av de nya lösningarna bland vårdgivarna själva, en utveckling underifrån. Det är i denna lokala process där man omprövar, utvecklar och anpassar de verksamhetsnära arbetsformerna som vinsterna uppstår. Sådana möjligheter till eget lärande och utvecklingsarbete är också avgörande för vårdgivares motivation att bidra till ett förbättringsarbete som fokuserar på lokala problem och förutsättningar.

8.1 Hur har svensk hälso- och sjukvård styrts tidigare?

Kortfattat kan sägas att man fram till 1980-talet inte styrde mycket alls i hälso- och sjukvården, i alla fall inte så att det märktes ute i verksamheten. Den styrning som fanns var främst inriktad på att administrera utbyggnaden av vården och att integrera ansvaret till landstingen. Från tidigt 1980-tal har det blivit mer av byråkratisk styrning och från 1990-talet även mer av marknadsstyrning. Olika styrformer och mekanismer har prövats. Det är svårt att leda i bevis att några av dessa har varit särskilt lyckosamma i att ge stöd till lärande och utveckling av arbetsformerna. Ett vanligt mönster har varit att reformer och införandet av nya styrformer fokuserat på de problem som upplevts som mest angelägna för stunden. Det har i många fall inneburit ett senare behov av att backa från de nya lösningarna, för att hantera de problem och målsättningar som först hamnade i skymundan och som senare gjorde sig påmind när de nya lösningarna implementerats. Så var det när beställare–utförare-modeller infördes i början av 1990-talet och när DRG-ersättningen först infördes och sedan avvecklades. Liknande tendenser finns när det gäller mera sentida förändringar mot så kallad värdebaserad vård.

Det ligger nära till hands att förstå mycket av det tidigare re-

formarbetet med styrning i regionerna som ett sökande efter politisk legitimitet, snarare än verksamhetsmässig effektivitet. Tendenserna att kopiera andras lösningar för att framstå som legitim finns också i andra branscher och i hälso- och sjukvården globalt. Samtidigt som svenska regioner framstår som moderna när de talar om reformer och fattar övergripande beslut om införande är man långt ifrån bäst på att hålla i och implementera. En del reformer har varit mera bestående, som vårdval i primärvården. En förklaring kan vara att vårdval i primärvården även reglerades i lag. Samtidigt har de tänkta drivkrafterna i vårdvalet urholkats i många regioner av en parallell byråkratisk styrning. För många offentliga vårdcentraler spelar det mindre roll hur listningen utvecklas eftersom verksamheten ändå styrs av övergripande förvaltningsbeslut om kostnader och bemanning. Få regioner har satsat på information och stöd som kan hjälpa invånarna i deras vårdval.

Tendenserna i den statliga styrningen att i allt högre grad koppla riktade statsbidrag till särskilda satsningar och projekt har snarast bidragit till kortsiktighet, fragmentisering och snabba kast i regionernas övergripande styrning. Flera statliga satsningar avser också frågor och problem som kan anses vara regionala. Det gäller till exempel frågor om ledarskap och styrning. Parallellt finns en utveckling bland regionerna själva som innebär att man i allt högre grad arbetar tillsammans. Exempel är det pågående arbetet med en sammanhållen nationell struktur för kunskapsstyrningen. Det finns alltså tendenser till att staten ägnar sig åt problem som regionerna borde lösa – samtidigt som regionerna tillsammans försöker lösa de problem som i huvudsak borde vara en nationell angelägenhet.

8.2 Vad kan man göra istället?

I första hand kan konstateras att styrning i vården är ett komplext – eller »wicked« – problem. Det finns då en fara i att tro att en förenkling av problemet och förslag på enkla övergripande lösningar skulle leda till framgång. Det ställs snarare krav på en någorlunda tydlig färdriktning tillsammans med många lösningar på avgränsade problem. Det måste också finnas en beredskap att ompröva och vidareutveckla lösningarna utifrån dokumenterade erfarenheter. De förslag som redovisats i rapporten har också haft denna utgångspunkt.

Helt säkert kommer det att finnas politiker och debattörer som både nu och i framtiden erbjuder alternativ och föreslår till synes enkla lösningar. Det kan gälla införande av konkurrerande försäkringsbolag, ett förstatligande av vården eller andra lösningar som hämtas från andra länder. Sådana förslag kan låta enkla men är i praktiken radikala och skulle ta mycket lång tid att genomföra. Det finns en tendens att enbart fokusera problem med väntetider och ett implicit antagande att

alla fördelar med svensk hälso- och sjukvård kan behållas även om systemet ändras i grunden. Till synes enkla men radikala lösningar är ofta dåligt underbyggda, svåra att genomföra och riktar inte sällan fokus åt fel håll. Fokus bör riktas mot styrning och omställning som kan bidra till en utveckling av arbetsformerna på ett sätt som främjar både ökad produktivitet och bättre arbetsmiljö.

8.3 Rekommendationer till regionerna

När det gäller den regionala nivån handlar den övergripande färdriktningen om att ompröva styrningen så att den kan bidra till behovet av innovationer och utveckling av nya arbetsformer underifrån samtidigt som arbetsmiljön förbättras. I ökad grad bör styrningen utgå ifrån den motivation som redan finns i verksamheten i form av professionella drivkrafter. Det är svårt att se att någon annan form av styrning kan ha tillräcklig legitimitet och skapa de förändringar som behövs. En sådan styrning ställer stora krav på den verksamhetsnära ledningen. Det är den verksamhetsnära ledningen som ska samla de professionella drivkrafterna så att verksamheten som helhet utvecklas, snarare än att varje enskild läkare eller sjuksköterska gör de ändringar man förmår inom ramen för egna arbetsuppgifter. I rapporten ges konkreta exempel på hur man kan skapa större frihetsgrader för verksamhetschefer i primärvården. Samtidigt måste utvecklingen underifrån och genom större frihetsgrader utmanas och hållas samman. I rapporten ges flera rekommendationer för hur kunskapsstödet kan utvecklas samt hur uppföljningen kan utformas så att den ger stöd åt komplexa förändringar. Ytterligare teman som diskuteras och som berör styrning och ledning på organisationsnivån är hur tillit till professionella drivkrafter kan kombineras med ömsesidighet som leder till mer direkta former för ansvarsutkrävande om det behövs.

8.4 Rekommendationer till staten

På statlig nivå handlar den övergripande färdriktningen om ökad statlig finansiering i kombination med en tydligare långsiktighet i den statliga styrningen och ett större mått av ansvarsutkrävande gentemot regioner och kommuner. Som redovisats i rapporten är en ökad statlig finansiering troligtvis det enklaste och mest rimliga sättet att lösa hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansieringsproblem. På kort sikt kan mer statliga pengar även kompensera för neddragningar som annars skulle skett till följd av försvagningar i konjunkturen. Staten måste då ställa frågan hur pengarna ska fördelas och användas. Enligt denna rapport är det rimligt att en större

del av pengarna används för investeringar som underlättar en omställning i vården. Staten bör ägna mindre energi, tid och pengar åt kortsiktiga öronmärkta satsningar och istället fokusera på långsiktiga investeringar i den digitala infrastrukturen, nationella system för kunskapsstöd och uppföljning samt inte minst kompetensförsörjningen. En rimlig utveckling som konsekvens av satsningarna är att villkoren för befolkning och patienter görs mera enhetliga över landet. Det är också rimligt med ett större mått av ansvarsutkrävande från statens sida så att regionernas egna investeringar i vårdssystem tar tillvara samverkansmöjligheter.

Ett särskilt tema i rapporten är hur primärvården kan utvecklas med fler allmänläkare och ett tydligare uppdrag och mandat. En möjlighet är att dela upp primärvårdens vårdval i två nivåer med olika åtaganden och krav. Satsningar bör inkludera en nationell tjänst för att ge stöd åt individers vårdval i primärvården med ambitionen att skapa matchning mellan utförare och individers behov och preferenser. Ett första vårdval innebär listning på utförare som främst erbjuder digitala vårdkontakter och fysiska besök vid egna mottagningar eller mottagningar som utförare har avtal med. Ett andra vårdval innebär att listning sker till fysisk mottagning med högre krav på bred kompetens, kontinuitet och fast vårdkontakt. Detta vårdval erbjuds selektivt till alla äldre, patienter med kronisk sjukdom eller efter särskild remiss. Med en uppdelning i olika nivåer behöver utförare inte ha samma åtagande. Även i dagens primärvård tar vårdcentraler, läkarmottagningar respektive så kallade nätläkare mer eller mindre ansvar för de vårdbehov som finns. Nuvarande parallella system har dock tillkommit som en följd av omständigheter snarare än efter medvetna beslut. Lösningarna varierar mellan regionerna och inte utifrån befolkningens behov och preferenser. Med en medveten indelning i två vårdvalsnivåer, som regleras nationellt, blir villkor och ansvar tydligare för både utförare och befolkning.

8.5 Rekommendation att ompröva synen på avgifter

Oavsett om vården lyckas med omställningen och att utveckla nya arbetsformer kommer det förmodligen finnas individer som vill ha mer än det som den offentligt finansierade vården kan erbjuda. Förväntningar på vården som inte infrias ger i sin tur grund för förekomsten av frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar. Som redovisas i rapporten ger sådana försäkringar fördelar för individer och deras arbetsgivare (som ofta betalar premien) medan effekterna för vården och samhället är mera osäkra. Samtidigt som personcentreringen ökar kan flera i befolkningen ifrågasätta själva existensen av privata sjukvårds-

försäkringar eftersom de innebär att traditionen om universalism, att alla ska behandlas lika, urholkas. Oavsett den fortsatta utvecklingen av frivilliga sjukvårdsförsäkringar kommer sannolikt avgifter att ha större betydelse för vårdens finansiering och styrning. I rapporten argumenteras för att vården bör ha låga generella avgifter, i synnerhet för vårdkontakter med primärvården. Det finns samtidigt skäl att överväga om det ska finnas större utrymme för med- och egenfinansiering än idag för sådana insatser som vården inte prioriterar. Nuvarande system bidrar till att vårdgivare får incitament att dölja information om exempelvis alternativa läkemedel och hjälpmedel. Det finns ökad risk för att välinformerade individer ändå får det man vill ha, men på bekostnad av den gemensamma finansieringen. Med nationella kriterier och beslut finns förutsättningar för ökad enhetlighet och transparens när det gäller med- och egenfinansiering. Fler individer kan få det de önskar sig på de områden där med- och egenfinansiering accepteras.

8.6 Finns politiska förutsättningar för en förändrad styrning?

De förslag som redovisats i rapporten har sammantaget karaktären av »många små förändringar inom nuvarande institutionella ramar« snarare än någon radikal omstöpning av ansvarsförhållanden. Det hindrar inte att förändringarna skulle bli stora för både befolkning, vårdgivare, myndigheter och sjukvårdspolitiker. Den förändring i den statliga finansieringen och styrningen som föreslås kan tyckas enkel men är förmodligen en stor utmaning. Hur ska regering och departement stå emot trycket från media och förväntningarna på att lösa alla problem i vården? Varför skulle inte oppositionspartier utnyttja eller överdriva problemen för att nå egna framgångar? En utveckling mot mer långsiktighet i de statliga våldsatsningarna kräver nationella politiker som i hög grad agerar som upphöjda statsmän. Principerna bör därför läggas fast genom brett förankrade beslut och förankras i långsiktiga uppdrag till myndigheter. Myndigheterna bör i sin tur vara öppna för insyn och ha höga ambitioner när det gäller samverkan med vården och relevanta forskare. Det finns inget som tyder på att befolkning och patienter skulle se negativt på ett ökat statligt inflytande. Även bland vårdpersonalen finnas många röster för ett ökat statligt inflytande. Störst blir förändringen för regionpolitiker som tappar en del av makten och blir utsatta för mer ansvarsutkrävande från statligt håll. Med oförändrat kommunalt självstyre finns i princip inget som hindrar att regioner går sin egen väg och avstår från delar av den statliga finansieringen. Det kan finnas skäl att stärka det demokratiska ansvarsutkrävandet, till exempel genom att olika valdagar införs för val till riksdag respektive regioner.

Referenser

- ABBOTT, A. (1988) *The systems of profession*. Chicago: University of Chicago.
- AGNELL, A.-L. (1950) *Svenska sjukhus – En översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt*. Tredje delen. Stockholm: Gothia.
- AKERLOF, G.A. & R.E. KRANTON (2000) Economics and identity. *The Quarterly Journal of Economics*; 65(3): 715–753.
- AKERLOF, G.A. & R.E. KRANTON (2008) Identity, supervision, and work groups. *American Economic Review*; 98(2): 212–217.
- ALEXANDERSEN, N., A. ANELL, O. KAARBOE, J.S. LEHTO, L.-K. TYNKKYNNEN & K. VRANGBAEK (2016) The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*; 4(1): n68–83.
- ALLEN, C. m.fl. (2016). Long-term condition self-management support in online communities: a meta-synthesis of qualitative papers. *Journal of Medical Internet Research*; 18:e61.
- ANELL, A. (1996) The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience, *Health Policy*; 37: 9–33.
- ANELL, A. (2004) *Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.
- ANELL, A. (2005) *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- ANELL, A. (2010) *Värden i vården – En ESO-rapport om mål-baserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Finansdepartementet.
- ANELL, A. (2011) Choice and privatization in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 6(4): 549–569.
- ANELL, A. (2013) *Vårdval i specialistvården. Utveckling och utmaningar*. Stockholm: SKL.
- ANELL, A. (2014) *Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård*. Uppdrag Välfärd.
- ANELL, A. (2015) The public-private pendulum – Patient choice and equity in Sweden. *New England Journal of Medicine*; 371(1): 1–4.
- ANELL, A. (2016) *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Bilaga till SOU (2016:2) Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- ANELL, A. (2017) *Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- ANELL, A. (2018) *Utvärdering av primärvårdens organisation i egen regi*. KEFU-rapport 2018:I.

- ANELL, A. (2019:II) *Performance management and audit & feedback to support learning and innovation – Theoretical review and implications for Swedish primary care*. Paper No. 2019/II. CIRCLE, Lund University.
- ANELL, A. & R. CLAESSE (1995), *Svenska sjukhus förr och nu: ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*. Lund: IHE.
- ANELL, A. & A. GLENNGÅRD (2007) *Vacciner i Sverige – ett hälsoekonomiskt perspektiv*. Lund: IHE.
- ANELL, A. & U.G. GERDTHAM (2010) *Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010*. Stockholm: SNS Förlag.
- ANELL, A., A.H. GLENNGÅRD & S. MERKUR (2012a) Sweden. Health system review. *Health System in Transition*; 14(5): 1–159.
- ANELL, A., P. NYLINDER & A.H. GLENNGÅRD (2012b) *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: SKL.
- ANELL, A. & A. GLENNGÅRD (2014) The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people. A case study of primary care services in Sweden. *International Journal of Integrated Care* 2014; Oct–Dec.
- ANELL, A., J. DIETRICHSON, L.-M. ELLEGÅRD & G. KJELLSSON (2017) *Information, switching costs, and consumer choice: Evidence from two randomized field experiments in Swedish primary health care*. Working Papers, Department of Economics, Lund University No. 2017:7.
- ARNABOLDI, M., I. LAPSLEY & I. STECCOLINI (2015) Performance management in the public sector: The ultimate challenge. *Financial Accountability & Management*; 31(1): 1–22.
- ARVIDSSON, G. m.fl. (2007) *Medicin för Sverige! Nytt liv i en framtidsbransch*. Stockholm: SNS Förlag.
- AVDIC, D. (2019) *Samband mellan volym och kvalitet inom sjukvården*. SNS Analys nr 62. Stockholm: SNS.
- BEVAN, G. & C. HOOD (2006) What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*; 84(3): 517–538.
- BEVAN, G., A. EVANS & S. NUTI (2019) Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. *Health Economics, Policy and Law*.
- BLIX, M. & C. LEVAY (2018) *Operation digitalisering – en ESO rapport om hälso- och sjukvården*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2018:6.
- BLOMQVIST, P. (2004) The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s. *Social Policy & Administration*; 38:2: 139–155.
- BLOMQVIST, P. (2020) *Privatisation and Marketisation Within a Healthcare System: The Swedish Experience*. Collyer, F. & Willis, K. (red.) *Navigating Private and Public Healthcare*. Singapore: Palgrave Macmillan.

- BORG, P. (2009) *Den långsiktiga finansieringen – välfärds- politikens klimatfråga*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2009:I.
- BREHAUT, J.C. m.fl. (2016) Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Annals of Internal Medicine*; 164(6):435–441.
- BRITNELL, M. (2019) *Human – Solving the global workforce crisis in healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- BRUNSSON, N. (1986) Politik och handling. I Brunsson N. (red.) *Politik och ekonomi*. Lund: Doxa.
- BURSTRÖM, B., K. BURSTRÖM & G. NILSSON m.fl. (2017) Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*; 16: 29.
- BUSSE, R. & M. BLÜMEL. (2014) Germany. Health Systems Review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1–296.
- CAMPBELL, S.M., R. MCDONALD & H. LESTER (2008). The experience of pay-for-performance in English family practice: A qualitative study. *Annals of Family Medicine*; 6(3): 228–234.
- CARDER, M. & B. KLINGEBERG (1980) Towards a salaried medical profession: How »swedish« was the Seven Crowns reform? I Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm Ltd.
- CARLSSON, P. & G. TINGHÖG (2013) *Läkemedel. När är det rimligt att betala själv?* Stockholm: SNS Förlag.
- CARPENTER, J. & D. DOLIFKA (2017) Exploitation aversion: When financial incentives fail to motivate agents. *Journal of Economic Psychology*; 61: 213–224.
- CERASOLI, C.P., J.M. NICKLIN & M.T. FORD (2014) Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: A 40 year meta-analysis. *Psychological Bulletin*; february 3.
- CHEVREUL, K. m.fl. (2015) France. Health Systems Review. *Health Systems in Transition*; 17(3): 1–218.
- CLYNE, N. m.fl. (2003) Närsjukvården klarar inte av de äldre multisjuka patienterna. *Dagens Medicin*; 47: 33.
- COLQUHOUN, H. m.fl. (2013) A systematic review of the use of theory in randomized controlled trials of audit and feedback. *Implementation Science*; 8:66.
- COLQUHOUN, H. m.fl. (2017) Reporting and design elements of audit and feedback interventions: a secondary review. *BMJ Quality and Safety*; 26: 54–60.
- COULTER, A. m.fl. (2020) Listening to people: measuring views, experiences and perceptions. I Nolte, E., Merkur, S. & Anell, A. (red.) (2020) *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.

- CUTLER, D. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40(3): 881–906.
- DAVIES, H. (2005) *Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature*. Discussion paper. NHS Quality Improvement Scotland.
- DIDERICHSEN, F., R. ELIASSON, R.Å. GUSTAFSSON, U. JANLERT & P. NYGREN (1987) *Samhällsvetenskap, vård och omsorg – Vården i historisk, sociologisk och psykologisk belysning*. Andra upplagan. Stockholm: Esselte.
- DIETRICHSON, J., L.M. ELLEGÅRD & G. KJELLSSON (2020) Patient Choice, Entry, and the Quality of Primary Care: Evidence From Swedish Reforms. *Health Economics*; 29: 716–730.
- DIEFENBACH, T. (2009) New public management in public sector organizations: The dark side of managerial »enlightenment«. *Public Administration*; 87(4): 892–909.
- DRUMMOND, M.F., G. BOTTEN, U. HÄKKINEN & K.M. PEDERSON (2016) *An evaluation of Swedish health economics research*. Stockholm: Swedish Council for Working Life and Social Research (FAS).
- DRUMMOND, M. & A. TOWSE (2012) Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe? *European Journal of Health Economics*; 13: 1–5.
- EIJKENAAR, F., M. EMMERT, M. SCHEPPACH & O. SCHÖFFSKI (2013) Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*; 110(2–3): 115.30.
- ELLEGÅRD, L.M., J. DIETRICHSON & A. ANELL (2018) Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? *Health Economics*; 27: e39–e54.
- ELLEGÅRD, L.M. & A.H. GLENNGÅRD (2019) Limited Consequences of a Transition From Activity-Based Financing to Budgeting: Four Reasons Why According to Swedish Hospital Managers. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*; 56:1–10.
- ELLEGÅRD, L.M. & G. KJELLSSON (2019) Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral. *Läkartidningen*; 116: FSWP.
- ELLINGSEN, T. & M. JOHANESSON (2007) Paying respect. *Journal of Economic Perspectives*; 21(4): 135–149.
- ELLINGSEN, T. & M. JOHANESSON (2008) Pride and prejudice: The human side of incentive theory. *The American Economic Review*; 98(3): 990–1008.
- ELLIS, R.P. & T.G. MCGUIRE (1993) Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives*; 7(4): 135–151.

- FAGERBERG, J. (2006) Innovation: A guide to the literature. I Fagerberg, J., Mowey, D.C. & Nelson, R.R. (red.) *The Oxford Handbook of Innovation*.
- FALK, A. & M. KOSFELD (2006) The hidden cost of control. *The American Economic Review*; 96(5): 1611–1630.
- FEHR, E. & A. FALK (2002) Psychological foundation of incentives. *European Economic Review*; 46: 687–724.
- FOTAKI, M. m.fl. (2020). Choosing payers. I Nolte, E., Anell, A. & Merkur S. (red.) *Achieving person-centred health systems: trends, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- FOURNIER, V. (1999). The appeal to »professionalism« as a disciplinary mechanism. *The Sociological Review*; 47(2): 280–307.
- FREDRIKSSON, M., M. ERIKSSON & J. TRITTER (2018) Who wants to be involved in health care decisions? Comparing preferences for individual and collective involvement in England and Sweden. *BMC Public Health*; 18, 18.
- FREY, B. (1997) On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation. *International Journal of Industrial Organization*; 15: 427–439.
- FREY, B. & R. JEGEN (2001) Motivation Crowding theory. *Journal of Economic Surveys*; 15(5): 589–611.
- FREY, B., F. HOMBERG & M. OSTERLOH (2013) Organizational control systems and pay-for-performance in the public service. *Organization studies*; 34(7): 949–972.
- VAN GINNEKEN, E. m.fl. (2020) Choosing payers: can insurance competition strengthen person-centred care? I Nolte, E., Anell, A., Merkur, S. (red.) *Achieving person-centred health systems: trends, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GLENNGÅRD, A.H. (2015) *Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – Erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne*. Lund: KEFU.
- GLENNGÅRD, A.H. (2019) Pursuing the objectives of support to providers and external accountability through enabling controls - a study of governance models in Swedish primary care. *BMC Health Services Research*; 19:114.
- GNEEZY, U. & A. RUSTICHINI (2000) Pay enough or don't pay at all. *The Quarterly Journal of Economics*; August: 791–810.
- GODAGER, G. m.fl. (2015) Competition, gatekeeping, and health care access. *Journal of Health Economics*; 39: 159–170.
- GREENHALGH, T. m.fl. (2004) Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*; 82: 581–629.
- GREß, S. m.fl. (2006) Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. I Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W.G.W. *Primary care in the*

- driver's seat? Organizational reform in European primary care.* European observatory on health systems and policies series.
- HALLÉN, A. & E. HANSSON (2003) Internmedicin i framtidens närsjukvård – lämna inte de äldre i sticket! *Läkartidningen*; 36: 2790–2793.
- HALLIN, B. & S. SIVERBO (2002) *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Rapport nr 3.
- HARARI, Y.N. (2012) *Sapiens. En kort historik över mänskligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- HEALY, J. m.fl. (2006) Australia. Health Systems Review. *Health Systems in Transition*; 8(5): 1–178.
- HEIDENHEIMER A.J. (1980) Conflict and compromises between professional and bureaucratic health interests 1947–72. I Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm Ltd.
- HJELMGREN, J. & A. ANELL (2007) Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy*; 82: 314–322.
- HOLM, S. (1947) Generaldirektör Axel Höjer och förstatligandet av den öppna sjukvården. *Svenska Läkartidningen*; 44: 1962–1964.
- HOLMSTROM, B. & P. MILGROM (1991) Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design. *Journal of Law, Economics & Organization*; 7, Special Issue: 24–52.
- HOOD, C. (1991) A public management for all seasons? *Public Administration*; 69 (spring): 3–19.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the twenty-first century*. National Academies Press.
- INTERNETSTIFTELSEN (2018) *Svenskarna och internet 2018*.
- INTERNETSTIFTELSEN (2019) *Svenskarna och internet 2019*.
- ISAKSEN, A. & M. NILSSON (2013) Combined Innovation Policy: Linking Scientific and Practical Knowledge in Innovation Systems, *European Planning Studies*; 21:12, 1919–1936.
- IVERS, N.M. m.fl. (2012) Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Syst Rev*. Issue 6.
- IVERS, N.M. m.fl. (2014) No more »business as usual« with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinigorated intervention. *Implementation Science*; 9(14)
- JAKTLUND, E., B. MATSSON, C.-E. RUDEBECK, G. SJÖNELL & M. STOLT (2004) Fångarna i primärvården. Allmänmedicin blir primärvårdsmedicin. *Allmänmedicin*; 5: 15–17.

- JENSEN, M.B., B. JOHNSON, E. LORENZ & B.E. LUNDVALL (2007) Forms of knowledge and modes of innovation. *Research Policy*, 36(5): 680–693.
- KNUTSSON, D. (1946) Läkaren som fri yrkesutövare eller sjukvårdstjänsteman. *Svenska Läkartidningen*; 43: 2230–2239.
- KOCK, W. (1963) Lasaretten och den slutna kroppssjukvården. I Kock, W. (red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Stockholm: Nordiska bokh.
- KOLSTAD, J.T. (2013) Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards. *American Economic Review*; 103(7): 2875–2910.
- KORENSTEIN, D. m.fl. (2016) Do health care delivery system reforms improve value? The jury is still out. *Med Care*; 54(1): 55–66.
- KRINGOS, D.S. m.fl. (2013) Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*; 32(4): 686–694.
- KROHWINKEL, A. m.fl. (2019) *Värdebaserad vård*. Leading health care (LHC) rapport nr 2.
- KRONEMAN, M. m.fl. (2016) Netherlands. Health Systems Review. *Health Systems in Transition*; 18(2): 1–275.
- KULLBERG, L., P. BLOMQVIST OCH U. WINBLAD (2019) Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden. *Health Policy*; 123: 737–746.
- LARSON, D.B. m.fl. (2020) Ethics of using and sharing clinical imaging data for artificial intelligence: A proposed framework. *Radiology*; 00: 1–8.
- LÉGARÉ, F. m.fl. (2020) Choosing treatments and the role of shared decision-making. I Nolte, E., Anell, A., Merkur, S. (red.) *Achieving person-centred health systems: trends, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LE GRAND, J. (2003) *Motivation, agency, and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- LIBERATI, E. m.fl. (2015) Exploring the practice of patient centered care: The role of ethnography and reflexivity. *Social Science & Medicine*; 133, 45–52.
- LINDGREN, P. (2014) *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. SNS Förlag: Stockholm.
- LINDGREN, P. (2019) *Ersättningen och e-hälsan*. SNS Förlag: Stockholm.
- LOHR, K.N. m.fl. (1986) Effects of cost sharing on use of medically effective and less effective care. *Medical Care*; 24: s31–s38.
- LYTTKENS, C.H. (2010) Sjukvårdens långsiktiga finansiering. I Anell, A., Gerdtham, U.G. (red.) *Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010*.
- LÄKARTIDNINGEN (1968) Hur skall dagens akuta kris för provinsialläkeriet lösas? *Svenska Läkartidningen*; 65(46): 4804–4813.

- LÄKARTIDNINGEN (2005) Var tionde utfärdad legitimation till läkare utbildade i Polen. *Läkartidningen*; 102(42): 3010.
- LÄKARTIDNINGEN (2018a) Svensk kirurgisk förening: Bromsa centraliseringen av högspecialiserad vård. *Läkartidningen* 2018; 115: E7TL.
- LÄKARTIDNINGEN (2018b) Få når målet för hyroberoende. *Läkartidningen*; 115: FEFP.
- MAISEY, S. M.F. (2008). Effects of payment for performance in primary care: qualitative interview study. *Journal of Health Services Research & Policy*; 13(3): 133–139.
- MCAID, D. M.F. (2009) Ireland. *Health Systems Review. Health Systems in Transition*; 11(4): 1–298.
- MCKINSEY & COMPANY (2017) *A future that works: Automation, employment, and productivity*. McKinsey Global Institute.
- MINTZBERG, H. (2017) *Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community*. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- MOLANDER, P. (2017) *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2017:1. Stockholm: Finansdepartementet.
- MÖRK, E., G.Ó. ERLINGSSON & L. PERSSON (2019) *Konjunkturrådets rapport 2019. Kommunernas framtid*. Stockholm: SNS Förlag.
- NOLTE, E. & M. MCKEE (red.) (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press.
- NOLTE, E., S. MERKUR & A. ANELL (red.) (2020a) *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NOLTE, E., S. MERKUR & A. ANELL (2020b) Person-centredness: exploring its evolution and meaning in the health system context. I Nolte, E., Merkur, S. & Anell, A. (red.) *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NOLTE, E. & A. ANELL (2020) The person at the centre? The role of self management and self management support. I Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (red.) *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge University Press.
- OECD (2019) *Health in the 21st century. Putting data to work for stronger health systems*.
- OGUNDEJI, Y.K., J.M. BLAND & T.A. SHELDON (2016). The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*; 120(10): 1141–1150.
- OKUN, S. & K. GOODWIN (2017) Building a learning health community: By the people, for the people. *Learn Health Sys*, 1, e10028.

- OLSSON, B.S. m.fl. (2010) Förbättrad hjärtsviktsvård med Q-svikt. *Läkartidningen*; 37(107): 2154–2157.
- OSBORN, R. m.fl. (2016) In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. *Health Aff*(Millwood); 35: 2327–2336.
- PALM, W. m.fl. (2020) Patients' rights: from recognition to implementation. I Nolte, E., Merkur, S. & Anell, A. (red.) *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- PERSSON, J. & S. RYDÉN (2003) Nära-kutmottagningar viktig del av ny sjukvårdsstruktur i Skåne. *Läkartidningen*; 41: 3238–3240.
- PORTER, M. & E. TEISBERG (2006) *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- PORTER, M. (2009) A strategy for health care reform – toward a value based system. *New England Journal of Medicine*; 361: 109–112.
- REHNBERG, C. (2019) *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2019:8.
- RICE, T. & K.R. MORRISON (1994) Patient cost sharing for medical services: A review of the literature and implications for health care reform. *Medical Care Review*; 51(3): 235–287.
- RICE, T. (2003) *The economics of health reconsidered. Second Edition*. Chicago: Health Administration Press.
- RIGGARE, S., A. KROHWINKEL, H. LINDQVIST & H. CONNING (2020) *Spetspatienter. En ny resurs för systemförbättring*. Delrapport 1 från projektet Spetspatienter.
- RIKSREVISIONEN (2016:29) *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*. En granskningsrapport från riksrevisionen. DNR: 31-2014-1481.
- RITTELL, H.W.J. & M.M. WEBBER (1973) Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*; 4: 155–169.
- ROBINSON, J.C. (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149–177.
- ROOS, P. (1985). *Produktions-, kostnads- och produktivitet-utvecklingen inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Finansdepartementet.
- ROSEN, B., R. WAITZBERG & S. MERKUR (2015) Israel. Health systems review. *Health systems in transition*; 17(6): 1–212.
- ROSÉN, M. (2010) *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015*. Stockholm: Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting.
- RYAN, R.M. & E.L. DECI (2000) Intrinsic and extrinsic motivation: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*; 25: 54–67.

- RÖDHOLM, M., S. WÅHLSTEDT & M. DAMBERG (2017) Samarbetsvård för psykisk hälsa på väg implementeras i Sverige. *Läkartidningen*; 115: E7UH.
- SAGAN, A. & S. THOMSON (2016) *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*: Observatory Studies Series; 43. World Health Organization.
- SALTMAN, R. (1992) *Patientmakt över vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- SALTMAN, R.B., A. RICO & W.G.W. BOERMA (2006) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European observatory on health systems and policies series.
- DU SAUTOY, M. (2019) *The creativity code: How AI is learning to write, paint and think*. London: 4th Estate.
- SBU (2018) *Värdebaserad vård – Kartläggning av kunskapsläget*. SBU Bereder, rapport 285/2018.
- SCB (2015) *Innovationer i sjukvården 2012–2013*. SCB.
- SCB (2019) *Inkomstrapport 2017 – individer och hushåll*. Ekonomisk välfärdsstatistik 2019:I.
- SCOTT, A., P. SIVEY, D. AIT OUAKRIM, L. WILLENBERG, L. NACCARELLA, J. FURLER, & D. YOUNG (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 9(9), CD008451.
- SKL (2005) *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. Stockholm: SKL.
- SKL (2018) *Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2018*. Stockholm: SKL.
- SKL (2019) *Köp av verksamhet 2017. Kommuner, landsting och regioner 2006–2017*. Stockholm: SKL.
- SKR (2019) *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi*. Stockholm: SKR.
- SKR (2020) Digitala vårdtjänster i primärvården, 7 maj 2020 <https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/digitalavardtjansteriprimarvarden.28301.html>.
- SMER (2014:I) *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter*. Statens medicinsk-etiska råd rapport 2014:I, Stockholm.
- SMITH, P.C., A. ANELL & R. BUSSE m.fl. (2012) Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*; 106(1): 37–49.
- SMITH, G. (2018) *The AI delusion*. Oxford University Press.
- SMITH, E. & P. BLOMBERG (2017) Genterapi – från idé till verklighet. *Läkartidningen*; 114: EWYL.
- SOCIALSTYRELSEN (2003) *Folkhälsa och sociala förhållanden 2002*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN (2012) *Förslag till nationell modell för Kunskapsstyrning. Enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SOCIALSTYRELSEN (2005:12) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN (2019a) *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN (2019b) *Fördjupad förstudie om ett svenskt Care opinion/»Tyck om vården«*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1948:14) *Den öppna läkarvården i riket*. Stockholm.
- SOU (1958:15) *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Stockholm.
- SOU (1984:39) *Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90)*. Liber: Stockholm.
- SOU (2015:98) *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patienters bästa*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2016:2) *Effektiv vård*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2017:43) *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2017:48) *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2017:53) *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2018:39) *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2018:47) *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdsektorn*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2018:55) *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2019:29) *God och nära vård. Vård i samverkan*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2019:42) *Digifysiskt vårdval*. Stockholm: Norstedts.
- SOU (2020:19) *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Stockholm: Norstedts.
- SPEK, J.E. (1980) Why is the system so costly? Problems of policy and management at national and regional levels. I Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm Ltd.
- SPRI (1972:14) *Den öppna vårdens organisation*. Spri rapport nr 14, Stockholm.
- STARFIELD, B. (1998) *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford university press.
- STARFIELD, B. m.fl. (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3): 457–502.
- STARFIELD, B. (2006). State of art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(1): 11–32.

- SVENSK FÖRSÄKRING (2019) <https://www.svenskforsakring.se/statistik/skedeforsakring/sjukvardsforsakring/>.
- SÖDERSTRÖM, L. (1991) *Hur skall vården betalas?* Stockholm: SNS Förlag.
- TILLVÄXTANALYS (2018:06) *Den svenska life science-industrins utveckling – statistik och analys*. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser.
- TINGHÖG, G., P. CARLSSON & C.H. LYTTKENS (2010) Individual responsibility for what? – a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. *Health Economics Policy and Law*; 5: 201–223.
- TINGHÖG, G. & P. CARLSSON (2012) Individual responsibility for healthcare financing: An application of an analytical framework exploring the suitability of private financing of assistive devices. *Scandinavian Journal of Public Health*; 40(8): 784–794.
- TOPOL, E. (2012) *The creative destruction of medicine*. New York: Basic Books.
- TOPOL, E. (2019) *Deep medicine. How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- TYNKKYNEN, L.K., N. ALEXANDERSEN, O. KAARBØE, A. ANELL, J. LEHTO & K. VRANGBREK (2018) Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*; 122(5): 485–492.
- VAN HERCK, P., D. DE SMEDT & L. ANNEMANS m.fl. (2010) Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*; 10: 247.
- WEISBROD, B.A. (1991) The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic literature*; 29: 523–552.
- WERKÖ, L. (2000) Evidensbaserad medicin. Ett konkret redskap för vårdens verkstadsgolv. *Läkartidningen*; 97(22): 2710–2713.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems. Measuring Performance*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008) *Primary Health Care. Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization.
- WINBLAD, U., D. ISAKSSON & P. BERGMAN (2012) *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård en kartläggning av kunskapsläget*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2012:4) *Grönt ljus för Öppna jämförelser?* Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2013:3) *Centralisering med patienten i centrum. Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i riks-sjukvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- VÅRDANALYS (2014:9) *Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2015:6) *Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2015.
- VÅRDANALYS (2015:7) *Långväg till patientnytta*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2017:1) *Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2017:2) *Lag utan genomslag*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2017:4) *Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2017:5) *Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2017:9) *Från medel till mål*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2017:10) *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2018:4) *Förnuft och känsla*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2018:5) *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2018:8) *Från mottagare till medskapare*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2018:12) *Möten med mening. En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2019:8) *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2020:1) *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2020:2) *Innovation efter funktion. Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2020:3) *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- VÅRDANALYS (2020:5) *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÅRDANALYS (2020:9) *Vårdcentral på befolkningens olika villkor. En studie om befolkningens erfarenheter och preferenser med fokus på kontinuitet*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING (2016) *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting. Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden*.
- ÖDESJÖ, H., A. ANELL, A. BOMAN, J. FASTBOM, J. THORN & S. BJÖRCK (2017) Pay for performance associated with increased volume of medication reviews but not with less inappropriate use of medications among the elderly – an observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 35(3): 271–278.
- ÖDESJÖ, H., A. ANELL, S. GUDBJÖRNSDOTTIR, J. THORN & S. BJÖRCK (2015) Short-term effects of a pay for performance program for diabetes in a primary care setting — an observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 33(4): 291–297.

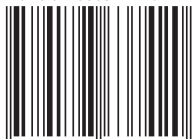
MED DENNA RAPPORT vill Anders Anell, professor vid Ekonomihögskolan i Lund, bidra till diskussionen om den framtida styrningen och finansieringen av svensk hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt i erfarenheter, utmaningar och möjligheter beskrivs hur styrningen kan förbättras och hur den framtida finansieringen bör utformas.

En stor utmaning är hur vården kan förändras och effektiviseras samtidigt som arbetsmiljön förbättras. En sådan utveckling förutsätter innovationer och nya arbetsformer snarare än ökad produktivitet inom befintliga ramar. Anell menar att den regionala styrningen behöver ett nytt fokus på förbättringsarbete och utveckling av arbetsformer, som inkluderar bättre utnyttjande av digitala möjligheter och kunskapsstöd samt ökad grad av personcentrering. En annan central rekommendation är att staten tar ett ökat ansvar för vårdens långsiktiga finansiering och att den statliga styrningen blir mera långsiktig. Anell föreslår även ett nationellt reglerat vårdval med två nivåer, en med utförare som i första hand är digitala och en med fysiska mottagningar inriktade på bland annat äldre.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare på olika nivåer inom vården och till dem som forskar om vården eller deltar i vårdutbildningar.

Rapporten ingår i SNS forskningsprojekt Vård och omsorg i det 21:a århundradet.

ISBN 978-91-88637-42-0



9 789188 637420