



LUND UNIVERSITY

Koordinering och matchning inom hälso- och sjukvård – utveckling av en värdeskapande tjänst för vården

Wingner Leifland, Catharina; Nordgren, Lars

2017

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Wingner Leifland, C., & Nordgren, L. (2017). *Koordinering och matchning inom hälso- och sjukvård – utveckling av en värdeskapande tjänst för vården*. (KEFU skriftserie; Nr. 2017:1). KEFU.

Total number of authors:
2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

CATHARINA WINGNER LEIFLAND

LARS NORDGREN

**KOORDINERING OCH MATCHNING INOM
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
– UTVECKLING AV EN VÄRDESKAPANDE
TJÄNST FÖR VÅRDEN**

SKRIFTSERIE 2017:1



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSIT

FÖRORD

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet står i fokus i föreliggande KEFU rapport. Författarna argumenterar för att tillgänglighet är något mer än att patienten får en bokad tid hos en läkare. Såväl väntetider, samordning, kontinuitet och kompetens är viktiga delar för att vården skall upplevas som tillgänglig eller ej utifrån ett patientperspektiv. För att möjliggöra denna bredare ansats på tillgänglighet blir hälso- och sjukvårdens förmåga till koordinering väsentlig enligt författarna. De underbygger sina argument genom en överblick av hur tillgängligheten och koordinering fångas och beskrivs i andra europeiska länder. Författarna utvecklar också en tentativ matchningsmodell där idén är att patientens vårdbehov skall matchas mot hälso- och sjukvårdens kapacitet av hälso- och sjukvårdstjänster. Matchningsmodellen innehåller ett antal parametrar som sammantaget skapar möjligheter att öka tillgängligheten till vård för patienten. Som förslag till fortsatt forskning argumenterar författarna om behovet av att testa modellen i lite olika kliniska verksamheter för att testa dess relevans och behov av förädling.

Projektet har finansierats av KEFUs styrelse. Rapportens innehåll och struktur har diskuterats inom ramen för skriftseriens redaktionella stöd innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författarna själva för de värderingar som görs i rapporten.

Lund i maj

Ulf Ramberg

KEFU

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord.....	ii
Kapitel 1 Mot ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvård	1
1.1 Rapportens syfte och frågeställningar	4
1.2 Tillvägagångssätt	5
1.3 Disposition av rapporten.....	8
Kapitel 2 Vårdvägarnas interaktionsbegrepp	11
Kapitel 3 Koordinering av hälso- och sjukvårdstjänster i olika länder	16
3.1 Introduktion	16
3.2 Tillgänglighet beroende av väntetider, remisser och allmänläkarens roll	16
3.3 Tillgänglighet genom integrerade vårdförlopp.....	20
Kapitel 4 Ökad tillgänglighet genom matchning	25
4.1 Introduktion	25
4.2 Centrala parametrar	26
4.3 Hur gör Region Skåne idag?.....	26
4.4 Väg mot bättre tillgänglighet	28
4.5 En tentativ matchningsmodell tar form	32
Kapitel 5 Avslutande reflektioner	38
5.1 Bidrag	38
5.2 Förslag på framtida forskning	40

KAPITEL 1

MOT ÖKAD TILLGÄNGLIGHET INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Föreliggande rapportens huvudsakliga bidrag är att ge en översikt över hur koordinering av hälso- och sjukvårdstjänster sker i Sverige, Danmark, Norge, Finland och UK med avseende på väntetider, remissförfarande och integrerade vårdförlopp. Ytterligare ett bidrag är att, ur ett serviceperspektiv, diskutera vilka parametrar som är väsentliga att ha med i utvecklingen av en matchningsmodell som bland annat syftar till att koordinera de vårdresurser och vårdbehov som finns.

Bristande tillgänglighet till hälso-och sjukvård har varit och är fortsatt ett problem i Sverige. Detta kan också ses som ett exempel på bristande servicekvalitet (Myndigheten för vårdanalys, 2015; Winblad & Hanning, 2013). Bland annat har långa väntetider till planerad vård under lång tid varit föremål för kritik och debatt i olika forum. Att det läggs fokus på väntetider ska förstås mot bakgrund av att det dels är både riskfyllt och ångestskapande för de som väntar i vårdköer, dels är ett signum på ineffektivitet i hälsosystemet. Tecken på bristande tillgänglighet är många, bland annat på grund av en inte tillräckligt utvecklad koordinering av befintliga resurser och vårdbehov. Förutom den ofta diskuterade och frustrerande situationen att sitta i långa telefonköer till tidsbokningar kan det till exempel vara svårt att få en remiss till specialistsjukvård. Det kan också handla om att patienter med svårtolkade besvär får uppsöka flera olika specialister innan man 'hamnar rätt'.

Andra tecken är att patienter ligger kvar på sjukhus i avvaktan på att få en plats på ett korttidshem eller på ett äldreboende, beroende på brist på platser (Jfr. Szebehely, 2014). En ytterligare indikation på bristande tillgänglighet i offentlig hälso- och sjukvård är att antalet privata sjukvårdsförsäkringar ökat i snabb takt och uppgick till drygt 646 000 patienter år 2016 (Svensk försäkring, 2016). Privata sjukvårdsförsäkringar kan ses som ett komplement till den offentliga vården, men i förlängningen kan denna genväg till snabbare vård också, om den är effektiv, bli ett alternativ till den offentliga hälso- och sjukvården (Nordgren, 2017).

Försök har gjorts för att komma till rätta med den bristande tillgängligheten i den svenska hälso- och sjukvården. Till exempel har vårdgarantireformen och den så kallade Kömiljarden, som avskaffades i sitt dåvarande skick år 2014 och ersattes 2016 av Professionsmiljarden¹, inneburit en minskning av kötiderna framför allt till den specialiserade vården (Myndigheten för vårdanalys, 2014; Nordgren, 2013). Dock visar senare undersökning av hur patienter uppfattar möjligheten att få tillgång till vård, att tillgängligheten är sämre i Sverige än i

¹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd för att förbättra resursutnyttjandet i hälso- och sjukvården. Syftet är att göra vården bättre, patientcentrerad och mer jämlik (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

andra jämförbara länder. Våra nordiska grannländer har en högre ambitionsnivå och en bättre urskiljning och prioritering av brådskande sjukdomsfall i sina motsvarigheter till vår svenska vårdgaranti (Myndigheten för vårdanalys, 2014; Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

Euro Health Consumer Index, 2015 tar hänsyn till 48 olika faktorer som påverkar vårdkvaliteten sett ur patientperspektiv. Undersökningen täcker 35 länder i Europa samt Kanada. År 2014 har Sverige sjunkit från sjätte till trettonde plats. Detta innebär att Sverige är lägst rankad i Norden. Anledningen till placeringen är enligt undersökningen de långa *väntetiderna* i vården, där Sverige i fråga om tillgänglighet till vård delar sista-platsen med Storbritannien, Irland och Polen (Euro Health Consumer Index, 2015). Tendensen har stärkts ytterligare under 2016 och vårdköerna framstår också som ett politiskt problem. En vårdgaranti tycks vara för handen och kan komma att föreslås av regeringen under 2017.

Det finns även en pågående diskussion kring att dålig *samordning* gör att patienter tvingas möta många olika läkare som i vissa fall saknar helhetsbild av den sjuke och hans sjukdomshistoria. Patienter upplever då även en bristande *kontinuitet* i sina många läkarmöten. I vissa fall innebär det också att möten sker med läkare som saknar *specialistkompetens* rörande det aktuella fallet. Sammantaget leder detta till onödiga möten och förlängd tid innan rätt behandling ges. Detta kan därmed innebära en säkerhetsrisk i sjukvården (IVO, 2015). Tillgänglighet till sjukvård är mer än att ha möjlighet att boka ett möte med en läkare. De fyra kursiverade nyckelorden ovan; väntetider, samordning, kontinuitet och kompetens är samtliga, var och en men också tillsammans, viktiga delar för att uppleva vården som tillgänglig. Det handlar om att inom rimlig tid få kontakt med den rätta medicinska expertisen som besitter den

lämpliga kompetensen samt att inte behöva upprepa sin medicinska historia för många olika personer. Det är också av vikt att inte ha onödig väntetid mellan olika inblandade parter, t.ex. mellan läkare, röntgen, laborietester och patient. I detta sammanhang blir koordinering ett viktigt begrepp för att hantera väntetider, samordning, kontinuitet och kompetens, vilket i sin tur åstadkommer ökad tillgänglighet till sjukvård. Detta innebär också att en bättre koordinering kommer att medföra ökad servicekvalitet.

Koordinering kan ses som ett sätt att organisera tjänsteprocesser och utgör en potential för att förbättra effektiviteten i svensk hälso-och sjukvård, vilket bland annat indikeras av resultaten i EuroHOPE - projektet (EuroHOPE, 2014). Historiskt har dock inte den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling fokuserat på koordinering och samordning av patienternas vårdförlopp (Anell, 2004). Det har istället främst handlat om medicinteknologiska landvinningar och kompetensutveckling. Sverige rankas följaktligen också högt när det gäller medicinsk kompetens, men uppnår lägre ranking i sammanhang som gäller servicekvalitet (Euro Health Consumer Index, 2015). Sammanfattningsvis visar tillgängligheten på uppenbara brister som kan belysas och analyseras utifrån ett serviceperspektiv inom hälso-och sjukvården.

1.1 RAPPORTENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Utifrån problembakgrunden är syftet tvådelat. För det första att undersöka nuvarande kunskapsläge vad gäller koordinering av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta med avsikt att uppnå optimal tillgänglighet, i ett nordiskt (Sverige, Danmark, Norge och Finland) och internationellt (UK) perspektiv. För det andra att ge ett kunskapsbidrag till beskrivning av och förutsättningar för att utveckla en modell för matchning av tjänster i hälso- och

sjukvården. Modellen avser att ge möjligheter till ökad tillgänglighet, bättre koordinering och effektivare resursanvändning inom hälso- och sjukvården.

Följande delfrågor aktualiseras:

- Vilka är de viktigaste huvudbegreppen avseende tillgänglighet av hälso- och sjukvårdstjänster?
- Hur sker koordineringen av dessa tjänster idag?
- Vilka parametrar ska ingå i en modell som matchar kapaciteten och behoven av hälso- och sjukvårdstjänster?

1.2 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Rapportens första del baseras på litteratur- och dokumentstudier av böcker, vetenskapliga artiklar samt rapporter och dokument från myndigheter och organisationer. Spårning av litteratur har i vissa fall även gjorts via referensförteckningar i genomgången litteratur. Studien är begränsad till att omfatta förhållanden i Sverige, Danmark, Norge, Finland och UK.

En systematisk litteraturgenomgång har genomförts med hjälp av LUBSearch² där sökorden, coordination, cooperation, collaboration, matching, integration,

² LUBSearch är en gemensam sökmotor för bibliotekens samlade resurser av bland annat vetenskapliga artiklar, böcker, avhandlingar och tidskrifter.

waitingtime och waitinglist kombinerades med ordet healthcare. Dessutom har integrated care använts och samtliga sökord även kombinerats med ländernas namn, det vill säga Sverige, Norge, Danmark, Finland och UK. För att täcka in artiklar skrivna på svenska, norska och danska har ovanstående söktermer även översatts till respektive språk vid sökning. Sökning har också gjorts på respektive lands officiella hemsida för hälso- och sjukvård. Antalet vetenskapliga artiklar som valdes ut för genomläsning var 84 stycken. Antal artiklar och rapporter som har valts ut som relevanta för denna rapport är 46 stycken och antalet relevanta hemsidor är 12 stycken. Urvalet har skett med en prioritering av kvalitativa studier som ligger tydligt inom den diskurs som rapporten behandlar. De är utvalda för att ge en kunskap om och förståelse för hur begreppen används inom forskningen. I rapporten har främst använts artiklar publicerade under perioden 2003 – 2016. Källor använda i rapportens meta-analys är i källförteckningen märkta med *.

I avsikt att diskutera parametrar i en matchningsmodell, har studier av policydokument, vetenskapliga artiklar, rapporter, sju möten och närvaro vid ett så kallat koordineringsmöte tjänat som underlag för insamling av empiri. Mötena har ägt rum på Region Skånes Malmökontor under tiden 2014-12-10 till 2016-06-14. Vid de förstnämnda sju mötena har närvarande personer dels varit en hälso- och sjukvårdsstrateg, dels en tillgänglighets- och koordinationssamordnare, båda vid Region Skåne samt vi författare. Representanterna från Region Skåne kommer, för att anonymiseras, fortsättningsvis i rapporten att båda benämnas strategi- och koordinationssamordnare alternativt representanter för Region Skåne. Detta har gjorts för att underlätta för läsaren. Samtliga möten har spelats in, transkriberats och systematiserats efter teman såsom koordinering/samordning,

matchning, remiss, tillgänglighet, potentiella parametrar, standardiserade vårdförlopp och övrigt. Detta för att underlätta både för kommande möten och författande av rapporten.

Efter varje möte har även en sammanfattning skrivits och analyserats för att ge underlag till diskussion vid nästa möte. De teman som nämnts ovan utkristalliserade sig och valdes ut som väsentliga efter det första mötet. På detta sätt har material från ett tidigare möte kunnat användas i nästkommande möte för att föra diskussion och forskning framåt. Som forskare har vi aktivt deltagit i mötesdiskussioner, tillfört kunskap och skapat teoretisk referensram kring vad som diskuterats, en forskningsmetod som inspirerats av aktionsforskning. Vid koordineringsmötet var sju tillgänglighetskoordinatorer från olika sjukhus i Region Skåne närvarande och forskarens roll var här att observera och notera hur ett koordineringsmöte går till.

Aktionsforskning fungerar interaktivt i den meningen att både praktiker och forskare bidrar till utvecklingen och förändringen genom att använda sina olika kompetenser och erfarenheter och även applicerar dessa i arbetet att utforma till exempel en arbetsmodell (Aagaard Nielsen & Svensson, 2006; Johannisson, Gunnarsson & Stjernberg (red.), 2008; Svensson, 2002). Aktionsforskning karaktäriseras av ett kontinuerligt och nära samarbete mellan praktikerna och forskarna (Van de Ven & Johnson, 2006). Forskarnas agenda baseras på frågor och erfarenhet vilka utvecklats från teori och erfarenhet gjorda i tidigare forskning, medan praktikernas agenda baseras på problem som uppstår i organisationen (Gummesson, 2008; Van de Ven & Johnson, 2006). Som ett resultat sker ömsesidiga tolkningar och begreppsskapande i forskningsprocessen och därigenom också ett utbyte av kunskap, information och kompetens mellan forskare och praktiker (ibid.).

Aktionsforskning innebär således ett ömsesidigt lärande, forskare och praktiker emellan. Detta sker genom hela forskningsprocessen, från problemlidentifikation till analys och resultat (Aagaard Nielsen & Svensson, 2006; Johannisson et al., 2008). Van de Ven (2007) diskuterar ”engaged scholarship”, innefattande skapandet och överföringen av kunskap, som varande ett uttryck av aktionsforskning. ”Engaged scholarship” definieras som ett delägarskap mellan vetenskapliga forskare och icke-vetenskapliga praktiker. I detta samskapande bidrar båda parterers lärdom och erfarenhet till forskningsprocessen samtidigt som den förvärvade kunskapen blir bättre än om var och en agerade på egen hand. Det är alltså frågan om en deltagande form av forskning för att erhålla olika perspektiv och kompetenser vid studerandet av olika forskningsproblem (ibid.). I enlighet med denna metodik har de tankar kring parametrar som kan ingå i en matchningsmodell och som redovisas i denna artikel vuxit fram vid möten med representanter för Region Skåne. Slutligen har underlaget begreppsliggjorts, omsatts och infattats i en uppsättning parametrar som åskådliggör hur koordinering och matchning går till (Jfr. Normann, 2001).

1.3 DISPOSITION AV RAPPORTEN

I det kommande kapitel 2 diskuterar vi den teoretiska ramen inklusive begrepp som förekommer i forskningen rörande tillgänglighet och minskade väntetider i hälso- och sjukvården. Därefter beskrivs hur koordinering av hälso- och sjukvårdstjänster sker i de Nordiska länderna samt i UK. Påföljande avsnitt innehåller diskussion om de parametrar som bör ingå i en modell, där resurser och behov synliggörs och relateras till varandra på ett sätt som gynnar tillgängligheten.

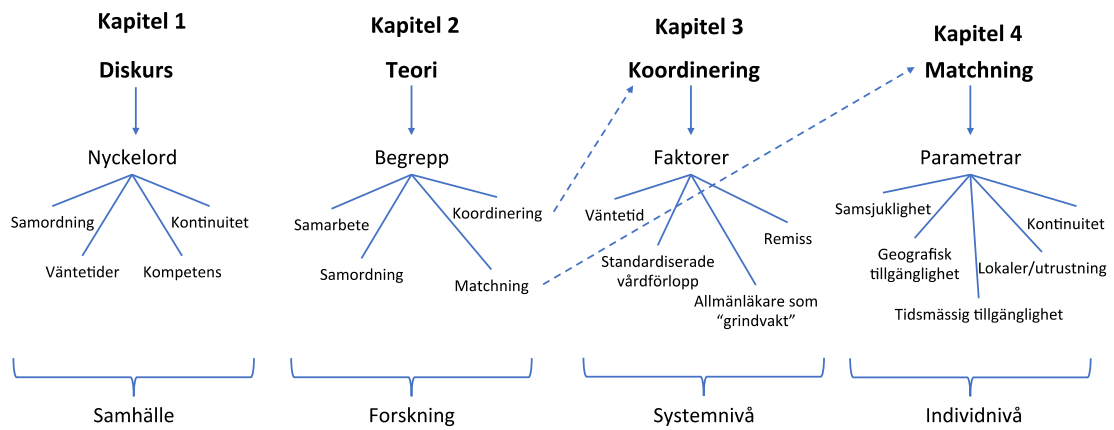
I kapitel 1 har det redogjorts för problembakgrunden och diskuterats kring den bristande tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Här poängteras också fyra nyckelord vilka är samordning, väntetider, kompetens och kontinuitet. Det är kring dessa som diskursen rörande tillgängligheten kretsar och som är väsentliga för att vården ska upplevas som tillgänglig för allmänheten.

I kapitel 2 tar vi utgångspunkt i fyra teoretiska begrepp, samarbete, samordning, koordinering och matchning vilka alla har som syfte att förbättra tillgängligheten.

Kapitel 3 tar fasta på begreppet koordinering (vilket även har inslag av samarbetet och samordning) för att visa på fyra faktorer som i Sverige, Norge, Danmark, Finland och UK spelar en viktig roll vid koordinering av hälso- och sjukvårdstjänster. Dessa faktorer är väntetider, remiser, allmänläkaren som ”grindvakt” till specialistvård samt standardiserade vårdförlopp. Vi befinner oss då på vad man kallar systemnivå i varje land.

I kapitel 4 går vi över till individnivå och behandlar de parametrar som ska ingå i en matchningsmodell. Parametrarna ska visa resurser som sjukvården erbjuder samt behov som patienterna efterfrågar. Avslutningsvis i kapitel 5 följer en sammanfattande diskussion samt förslag till ny forskning.

Rapportens disposition och innehåll kan illustreras i figur 1 på nästa sida. De termer som tas upp i figuren kommer successivt att tas upp och användas i rapporten och då ges en innebörd. Med hjälp av denna figur får läsaren en överblick av rapporten.



Figur 1: Rapportens disposition (C. Wingner Leifland)

KAPITEL 2

VÅRDVÄGARNAS INTERAKTIONSBEGREPP

Den svenska sjukvården är till viss del uppbyggd kring så kallade vårdkedjor (Åhgren & Axelsson, 2005). Dessa vårdkedjor kan också beskrivas som olika vårdvägar längs vilka begreppen integrering, samarbete, samordning och koordinering används för att beskriva olika stadier av integration längs vägarna. En diskussion kring innebörden av dessa begrepp följer senare i texten.

Vårdvägar inom sjukvården har anförts, både internationellt och i Sverige, som ett svar och en möjlig lösning vid diskussioner angående ökad kvalitet och effektivitet inom vården. Resultatet och framgången har dock varierat (Hindle & Yazbeck, 2005). Dessutom råder det ingen universellt accepterad definition på vad en vårdväg innebär, vad den bör innehålla och vilka synonymer som kan användas för termen (se t.ex. Bragato & Jacobs, 2003; Dubuc et al., 2013; Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P. & Willis, J., 2010;).

En beskrivning är att vårdvägar kan tjäna som en guide vilken beskriver hur den multidisciplinära vården ser ut för patienter med en kombination av flera diagnoser. På samma gång innehåller guiden relevanta fakta om den vård som givits till en patient (Dubuc et al., 2013; Hindle & Yazbeck, 2005). Ett annat sätt att se på vårdvägar är att de kan betraktas som verktyg, baserade på vetenskap, beprövad erfarenhet och patientens förväntningar. Dessa verktyg är avsedda att underlätta kommunikations- och koordineringsrollerna mellan till exempel de multidisciplinära vårdteamen, patienterna och deras anhöriga. Tillsammans genererar detta en högre patientnöjdhet (de Bleser, L., Depreitere,

R., De Waele, K., Vanhaecht, J. & Sermeus, W., 2006; Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M., 1998). Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. & Sermeus, W. (2010) anför att ”*pathways are more than just a document in the patient record*”.

Vårdvägarna är på samma gång formaliserade som ett koncept, en modell (inkluderande olika metoder), liksom de är en process och en produkt, allt för att förbättra kvalitet, effektivitet och tillgänglighet. Avsikten med konceptet är att introducera en patientfokuserad vård som tar hänsyn till patientens perspektiv och behov, medan modellen och metoderna är avsedda att standardisera och följa upp den vård som ges. Processen fokuserar på att förbättra, utveckla och implementera den patientfokuserade vården. För att få en väl fungerande vårdväg, det vill säga en tjänst, är det nödvändigt att anpassa konceptet, modellen och processen till den specifika organisationen i vilken vårdvägen ska inkluderas (ibid.; Nordgren, 2017).

Det är även viktigt med en kortfattad definition och analys av begreppen samarbete, samordning och koordinering. Dessa ord innebär någon form av interaktion och används alla frekvent i diskursen rörande hälso- och sjukvård. Dessutom används de ofta synonymt i dagligt tal. Samarbete har lingvistiskt även synonymen samverka medan koordinering innebär att samordna och inordna (www.saob.se). I forsknings-sammanhang finns dock en konceptuell oklarhet i vad de olika interaktionsbegreppen innebär. Många forskare använder integrering som ett samlingsbegrepp i betydelsen att samla och sammanföra olika aktörer och aktiviteter (Bihari Axelsson & Axelsson, 2009; Mc Namara, 2012). Gulati (2007) beskriver samarbete som att arbeta tillsammans i kundens intresse och med koordinering menar han en fokusering på kunden genom att harmonisera information mellan organisatoriska enheter.

I en senare artikel fastslår (Gulati, R., Wohlgezogen, F., & Zhelyazkov, P., 2012) att samarbete och koordinering är ospecificerade begrepp som är olika varandra, men även komplementerande sidor av att arbeta tillsammans. Båda orden är dock vanliga i betydelsen att agera tillsammans mot ett definierat mål. Enligt ovanstående resonemang har då begreppen samarbete och samverkan en performativ och mänsklig aspekt av betydelsen att arbeta tillsammans. Koordinering och samordning har en mer begränsad betydelse vilken innebär att olika aktiviteter eller arbetsinsatser ska arrangeras och ordnas på bästa sätt och ordens karaktär är mer instrumentella och formella (Nordgren, L., Planander, A. & Wingner Leifland, C., 2017).

Vissa forskare beskriver de olika formerna av samarbete, samverkan, samordning och koordinering som ett kontinuum, en oavbruten följd av ökad integrering (Bryson, J. M., Crosby, B. C. & Middleton Stone, M., 2006; Keast & Brown, 2007). Åhgren & Axelsson (2005) diskuterar ett kontinuum som innehåller fem olika steg av integrering och menar då samverkan. Starten är en noll-punkt som kallas fullständig segregation. Denna punkt följs av ett steg som kallas länkning eller sammankoppling där det sker samverkan mellan existerande organisatoriska enheter vilka bestämmer vad som ska göras, av vem och när. Tredje steget kallas koordinering i nätverk, men fortfarande genom existerande enheter i avsikt att dela klinisk information och koordinera olika vårdtjänster. Fjärde steget är samarbete med innebörden att inkluderar cheferna i nätverken för att på så sätt förbättra kontakten mellan de ansvariga. Sista steget som är den högsta nivån av integrering kallas fullständig integrering. I detta steg skapar samlade resurser nya organisationer som ska förbättra tjänsterna och möta patienternas behov (Åhgren & Axelsson, 2005). Nolte & McKee (2008) diskuterar i liknande termer då de förklarar begreppet

integrering som varande olika metoder avsedda att öka samarbetet, koordinering och nätverkande mellan olika delar av vården.

Begreppet matchning inom sjukvården har utvecklats av Nordgren (2009; 2011). Med matchning menar Nordgren en mer specificerad form av koordinering där hänsyn tas till resurser och behov för att etablera en jämvikt mellan dessa. Avsikten är att hitta den optimala matchningen mellan patienten och sjukvården vad gäller bland annat tid och kompetens, men även att undvika felmatchning. Ett exempel på det sistnämnda är när bokade tider skickas ut till patienter som inte kan komma på den avsedda tiden utan måste boka om (Nordgren et al., 2017). Ett fåtal artiklar behandlar matchning av sjukvårdstjänster. Ett exempel avser gynekologimottagningar som koordinerar läkare som är specialister på vissa medicinska problem och matchar dessa läkare med berörda patienter. På så sätt representerar matchning och ökad specialisering två sidor av samma mynt: patienter matchas till specialutbildade läkare och läkare blir än mer specialiserade genom att behandla flera patienter med en specifik diagnos (Epstein, Ketcham & Nicholson, 2010). Ytterligare ett exempel är användningen av ett digitalt bokningssystem som kräver daglig matchning av vårdcentralstjänster med patienternas behov av besök (Qu , Rardin, Williams & Willis, 2007). Duggal, Kumar & Shukla (2015) diskuterar behovet av tekniska lösningar som ska underlätta matchningen av olika journaler vilka finns arkiverade hos olika vårdgivare. Detta behov finns för att korrekt patientinformation ska matchas mot den som efterfrågar informationen och det ska ske i rätt tid.

Matchning av arbetsuppgifter och bemanning har diskuterats som ett verktyg för att förbättra effektiviteten, öka trivseln hos personalen och optimera den vård som ges till patienten (Fieldstone et al., 2014). Det har gjorts en

utvärdering om Västerbottens Läns Landsting har ett system som säkerställer eller underlättar rätt dimensionering och matchning av vårdplatser. Resultatet av undersökningen var att det saknades ett sådant system (Landstingsrevisionen, 2013). Ett annat exempel på matchning är digitala plattformar som koordinerar patienter att möta läkare via dator där det då sker asynkrona möten och även bilder kan överföras (Nordgren et al., 2017; www.kry.se; www.mindoktor.se). Även rådgivningstjänsten, Vårdguiden som ger rådgivning per telefon är en form av matchning (www.1177.se).

Sammanfattningsvis kan sägas att vi i det följande arbetet valt att använda samarbete synonymt med samverkan och definitionen blir då att begreppen, precis som ordet matchning, uttrycker en handling som innebär en tvåvägskommunikation, till exempel ”samarbete mellan enheter”, matchning mellan läkare och patient. Koordinering och samordning uttrycker en handling som följs av ett direkt objekt och följderna blir då en envägskommunikation, till exempel ”koordinera en patient”. Integrering används som en samlingsterm i betydelse att förena samla eller ena olika delar till en helhet. Begreppen koordinering och matchning som diskuterats här kommer att ligga till grund för den modell som redovisas i kapitel 4.

KAPITEL 3

KOORDINERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER I OLIKA LÄNDER

3.1 INTRODUKTION

Nedan följer en genomgång av hur koordinering är utformad i avsikt att ge tillgänglighet till hälso- och sjukvård i Sverige, Danmark, Finland, Norge och UK. Vid genomläsning av relaterade vetenskapliga artiklar framkom att tre faktorer spelar en framträdande roll i samtliga länder. Texten är upplagd efter dessa faktorer, vilka utgörs av väntetiderna som är olika i respektive land, hanteringen och betydelsen av remissen samt allmänläkarnas roll som ”grindvakter” för att få tillgång till specialistvård. Den fjärde faktorn, standardiserade vårdförlopp utgör en speciell form av koordinering inom hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas därför med ett avsnitt om koordinering genom standardförpackning i så kallade vårdförlopp. Figur 2 sid. 16 visar en sammanfattning av hur koordineringen ser ut i de undersökta länderna.

3.2 TILLGÄNGLIGHET BEROENDE AV VÄNTETIDER, REMISSER OCH ALLMÄNLÄKARENS ROLL

Sverige, Danmark, Finland, Norge och UK har alla lagstiftade väntetider inom hälso- och sjukvården. Dock inom olika områden och med skillnader i längd. I Sverige finns det sedan 2010 lagstiftat om väntetidsgaranti, den så kallade ”Vårdgarantin”, baserad på 0 – 7 – 90 – 90 regeln vilken innebär att patienter har rätt till rådgivning direkt per telefon, rätt att träffa primärvårdsläkare inom

7 dagar, rätt att träffa specialistläkare inom 90 dagar samt en maximal väntetid på 90 dagar från diagnos till behandling (Nordgren, 2012; SOU, 2016:2).

Danmark har den kortaste väntetiden med rätt till diagnostisering inom 30 dagar och därefter rätt till behandling inom ytterligare 30 dagar (www.sundhed.dk). Finland har längst väntetid med maximalt 3 månaders väntetid till diagnosticering av specialist och därefter behandling inom maximalt 6 månader. Dock är väntetiden till vårdcentralbesök enligt garantin maximerad till 3 dagar (www.localfinland.fi; Renholm et al., 2014). Inspirerade av vårdvalsreform i Sverige har Finland, som ett led i att minska de långa väntetiderna i primärvården, det fria vårdvalet utökats från att bara gälla offentlig vård till att gälla val mellan offentlig, privat och företagshälsovård (Tynkkynen, Chydenius, Saloranta & Kesimäki, 2016). Norge har en ordning med individuella behandlingstidsfrister för patienter som blivit tilldelade status som prioriterade. För att hjälpa läkarna att fastställa väntetider finns prioriteringsguider (Kalseth, 2010). För barn och unga under 23 år med psykiska eller drogrelaterade problem har Norge en speciell väntetidsgaranti som innebär specialistutvärdering inom 10 dagar och behandlingshjälp inom maximalt 65 dagar. Beslut om rätt till behandling måste dock ske inom 30 dagar efter mottagen remiss (Januleviciute et al., 2013). UK har lagstiftat om en maximal väntetid på 18 veckor för specialistbehandling mätt från remissdatum (Parkin, 2016; www.nhs.uk). Ett vanligt tillvägagångssätt är att väntetidsgarantierna är utformade så att alla patienter har lika prioritet oavsett deras kliniska tillstånd och den behandling de väntar på. Så är fallet i Sverige, Danmark, Finland och England. Detta kan vara effektivt för att reducera långa väntetider men den minskade väntetiden gagnar inte alla patienter eftersom vården kan välja att behandla de som egentligen har minst behov. Norge har å

andra sidan introducerat väntetidsprioritering med individuella väntetider för patienterna. Detta innebär att läkarna använder specifika riktlinjer/guider när de bedömer hur prioriteringen ska ske. Med detta sätt förbättras prioriteringen och leder till minskade väntetider för patienter med störst behov (Januleviciute, Askildsen, Kaarboe, Holmås & Sutton, 2013).

Länderna mäter väntetider i sjukvården på olika sätt. Väntetid kan mätas från remiss till behandling, från remiss till första patientkontakt eller utredning, från beslut om utredning till start av utredning eller från beslut om behandling till start av behandling (Kalseth, 2010). Danmark och England mäter väntetider från remissdatum till behandling, dock med den avsevärda skillnaden att Danmark drar ifrån utredningstiden. Utredningstiden innehåller diagnostik i form av röntgen och provtagningar, vilket i de flesta fall innebär väntetider till olika avdelningar. Norge och Finland mäter från remiss till första patientkontakt/utredning. Sverige mäter från beslut om utredning eller behandling till start av utredning eller behandling. Detta visar på svårigheterna att jämföra väntetidsstatistik mellan länder (ibid.). En lösning för många länder att komma till rätta med långa väntetider till vården har varit att sätta standards för maximala väntetider. Detta stöds av forskningsresultat men en engelsk undersökning visar dock att väntetiden från remiss till behandling inte har någon betydelse för patientens upplevda värde om väntetiden är mindre än 10 veckor (Harrison & Appleby, 2010).

En remiss från primärvårdsläkare är den vanligaste vägen till specialistvård i samtliga diskuterade länder (Kvist, 2014; Januleviciute et al., 2013; Thorlby & Arora, 2015). I Danmark och Norge agerar primärvårdsläkaren så kallad grindvakt genom att patienter knutna till en vårdcentral måste ha remiss från läkaren för att få tillgång till specialistvård. Detta gäller även i Finland där

kravet är en remiss som kan vara skriven av läkare på vårdcentral, privat vårdgivare eller företagshälsovård. I detta sammanhang kan noteras att i Finland erbjuder privata vårdcentraler och företagshälsovård även viss specialistvård. Sverige har generellt sätt ingen ”grindvakt” eller krav på remiss skriven av speciell person. (Iversen, Anell, Häkkinen, Kronborg & Olafsdottir, 2016). Det finns till och med möjlighet att själv skriva sin remiss, så kallad egenremiss. I Danmark, Norge och UK har vissa primärvårdsläkare dessutom en koordinerande funktion. Exempel på detta är anställning av primärvårdsläkare på sjukhusen 10 timmar/månad. Detta organiseras av Norska Läkarsällskapet och läkarens roll är då att identifiera områden för förbättring mellan primär – och specialistvård och att bidra till bättre koordinering och patientflöde (Romören, Torjesen & Landmark, 2011).

Många initiativ har tagits för att stärka danska primärvårdsläkares roll som koordinators av vård. Förutom att delta i olika formella och informella nätverksstrukturer har ekonomiska incitament skapats för att primärvårdsläkare ska koordinera diabetespatienter till rätt vård. De är också ansvariga för att koordinera ögonvård, samt sjukdomar i fot, ben och knä. Ett annat incitament är ökad ersättning till primärvårdsläkare som besöker äldre sjuka i hemmet (Rudkjöbing, Olejaz, , Okkels Birk, Juul Nielsen, Hernández-Quevedo & Krasnik, 2012; Vrangbaeck, 2015). Ett liknande koordineringsansvar har läkare i UK som får extra ersättning för att förbättra koordineringen av äldres hälsa. Varje vårdcentral måste ha en namngiven allmänläkare som är ansvarig för patienter över 75 år. Primärvårdsläkare får även extra ersättning för koordinering och kontroll av patienter med de mest vanliga kroniska sjukdomarna såsom diabetes och hjärtsjukdomar (Thorlby & Arora, 2015).

3.3 TILLGÄNGLIGHET GENOM INTEGRERADE VÅRDFÖRLOPP

Danmark har varit föregångsland till integrerade vårdförlopp eller vårdvägar, så kallade ”pakkeforløb”, för olika cancerformer. Dessa introducerades år 2007, som en lösning på de alltför långa väntetiderna. När denna artikel skrivs (våren 2017) finns 33 ”pakkeforløb” för olika cancerdiagnoser (Sundhedsstyrelsen, 2016). Även vissa former av hjärtsjukdomar har fått egna vårdförlopp. Målet är att reducera remiss- och diagnosticeringstider för att kunna starta behandling så fort som möjligt (www.sundhedsstyrelsen.dk). Syftet vid införandet av ”pakkeforløb” 2007 var dock inte som i Sverige (se nedan), de långa väntetiderna utan dålig vårdkvalitet och sämre överlevnad för cancerpatienter (Socialstyrelsen, 2015c). De maximala väntetider som finns är 14 dagar från att sjukhuset mottagit remiss om välgrundad misstanke om cancer till att utredning påbörjas. Efter avslutad utredning är det 14 dagar från det att patienten gett sitt medgivande till operation till att operation/strålbehandling görs och senast 28 dagar från det att sjukhuset mottagit remiss för behandling (www.retsinformation.dk). Här tydliggörs att de maximala väntetiderna inte inkluderar undersökningstiden med till exempel röntgen eller scanning. Dock sträcker sig den danska modellen över en längre period (innehåller till exempel rehabilitering, uppföljning och palliativ vård) än den nuvarande svenska satsningen, standardiserade vårdförlopp, SVF (se nedan för beskrivning). Under 2016 blev 85 % av de registrerade pakkeforløben genomförda inom den föreskrivna tiden (Sundhedsstyrelsen, 2016). Pakkeforløben har totalt sett minskat väntetiderna för cancer- och hjärtsjukdomar (Bilsted Probst, Butt Hussain & Andersen, 2011). Dessutom har de bidragit till bättre samverkan

mellan olika delar i vården samt både nöjdare patienter och mer tillfredsställd vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2015c).

Under 2015 implementerades, efter dansk modell, 29 stycken standardiserade ”pakkeforløp” för cancer i även Norge (Helsedirektoratet, 2015). De maximala väntetiderna är olika för olika former av cancer men de är uppdelade efter följande perioder: från remiss till första utredningsmöte, från start av utredning till slutdatum för utredningen, från utredningens slut till startdatum för behandling (www.helsedirektoratet.no). Detta innebär till skillnad från Danmark att utredningstiden är inräknad.

I Sverige är väntetiderna till cancervården långa, i vissa fall oacceptabelt långa och det finns dessutom stora regionala skillnader i väntetider (Socialstyrelsen, 2015a; Socialstyrelsen, 2015b). Som en lösning till detta har i den svenska sjukvården sedan 2015, och med de danska ”pakkeforløben” som förebild, successivt införts standardiserade vårdförlopp, så kallade SVF för cancerdiagnoser. Detta görs för att förkorta förloppet från misstanke om cancer till diagnos och inledd behandling.

När denna rapport skrivs finns på nationell nivå 28 stycken SVF (www.cancercentrum.se). De standardiserade vårdförloppen innebär att det finns fastställda indikationslistor för vad som är välgrundad misstanke om en viss cancerdiagnos. Dessutom anges vilka diagnostiska utredningar som ska göras och därutöver fastslås det maximala antalet dagar som varje del i vårdförloppet ska ta fram till dess att behandlingen startar (Socialstyrelsen, 2015c). Uppföljning som gjorts hitintills visar att det är stor skillnad i måluppfyllelse mellan de olika landstingen. Det finns också problem med mätningar av väntetider för de standardiserade vårdförloppen eftersom de

vårdadministrativa systemen och kvalitetsregistren inte är konstruerade för att mäta tider i SVF (ibid.).

I Finland ligger ansvaret för cancerpatienter inom respektive sjukhusdistrikt och är därmed i lägre grad nationellt samordnat än i övriga länder i Norden. Det har dock utarbetats ett 10-tal nationella riktlinjer för behandling av cancerpatienter, men dessa innehåller inte koordinering av väntetider och vilka vägar som patienten ska gå (Iversen et al., 2016; www.stm.fi/en).

UK har inte introducerat något speciellt integrerat vårdförlopp för cancer, även om speciella vårdvägar för cancer har diskuterats och även till viss del praktiserats sedan 2011, men då utan väntetidsgränser. Först 2015 infördes att patienter med cancer-och hjärtsjukdomar ska komma till en specialist inom maximalt 14 dagar efter att primärvårdsläkaren skickat en specialremiss. Därutöver finns en maximal tidsgräns på 18 veckor från remissdatum till att behandling inleds (Report, 2015; www.nhs.uk). Det finns även en rad löften från regeringen om att det 2020 ska ha införts en maximal väntetid på 31 dagar från diagnos till behandling samt att väntetiden från en specialremiss till behandling får maximalt vara 63 dagar (Handbook to the NHS Constitution for England; Parkin, 2016).

På nästa sida, figur 2 visas en sammanfattning över hur koordineringen av hälso- och sjukvårdstjänster ser ut i de undersökta länderna med avseende på faktorerna väntetider, remiss och allmänläkarens roll som ”grindvakt” till specialistvård samt förekomst av integrerade vårdförlopp.

Översikt av koordineringens utformning för de undersökta länderna

	Sverige	Danmark	Finland	Norge	UK
Standards för väntetider	x	x	x	-	x
Maximala väntetider:					
Till specialist = diagnos	90 dagar	30 dagar	90 dagar		} 90 dagar*
Från diagnos till behandling	90 dagar	30 dagar	180 dagar		
Väntetids prioritet med individuella väntetider	-	-	-	x	-
Mätning av väntetider görs från:					
Remiss till behandling		x			x
Remiss till första patientkontakt/utredning			x	x	
Beslut om utredning till start av utredning	x				
Beslut om behandling till start av behandling	x				
Remiss från allmänläkare krävs för specialistvård	-	x	x	x	-
Standardiserat vårdförlopp (SVF)	x sedan 2015	x sedan 2007	-	x sedan 2005	-

* Undantag är misstanke om hjärt- eller cancersjukdom (förutom bröstcancer) då väntetiden är maximerad till 14 dagar.

Figur 2. Sammanfattning av koordinering av hälso- och sjukvård i Sverige, Danmark, Finland, Norge och UK. (C. Wingner Leifland, 2017).

Sammanfattningsvis har det framkommit i kapitlet att de undersökta länderna i stort hanterar väntetider på liknande sätt, genom nationella lagar och riktlinjer, dock med varierande tidsgränser. Det finns också svårigheter att göra fullständiga jämförelser mellan de olika ländernas tidsgränser eftersom väntetiderna mäts på olika sätt. Remissen är den vanligaste vägen till specialistvård även om krav på att remissen ska vara skriven av en primärläkare inte gäller i samtliga länder. Primärläkarens roll vad gäller koordinering av vård skiljer sig också mellan de olika länderna. Avslutningsvis har de integrerade vårdförloppen vilka anses vara en lösning på de långa väntetiderna i cancervården diskuterats.

KAPITEL 4

ÖKAD TILLGÄNGLIGHET GENOM MATCHNING

4.1 INTRODUKTION

I detta avsnitt följer en diskussion kring parametrar som är viktiga i utvecklingen av en modell för matchning av vård till patienter. Modellen visar utbudet av vård i form av resurserna samt behovet av vårdtjänster, och där matchning sker mellan dessa olika parametrar. I rapporten har tidigare redogjorts för väntetider och standardiserade vårdförlopp, det vill säga anledningar till att koordinering behövs inom hälso- och sjukvården. Vi har även beskrivit ett sätt att hantera denna koordinering, ett sätt som först visat sig framgångsrikt i Danmark och som därefter implementerats eller diskuteras i övriga länder. Koordinering av patienter genom standardiserade vårdförlopp görs för de stora folksjukdomarna cancer och hjärtsjukdomar men koordinering behövs och görs till viss del även i mindre skala inom vården. Varje besök ska koordineras till rätt person, vid rätt tillfälle, på rätt plats, med rätt resurser o.s.v. Om nu flera diagnoser klassificerade som vanligt förekommande, idag koordineras i standardiserade vårdförlopp, hur kan övrig vård koordineras för att ge ökad tillgänglighet och effektivare resursanvändning inom hälso-och sjukvården?

4.2 CENTRALA PARAMETRAR

Den svenska vårdgarantin, som är ett av de viktigaste styrinstrumenten för vårdutförande, är till sin karaktär instrumentell och innebär enkelt mätbara tidsaspekter och processkvalitet i form av hur tidsmålen uppfylls. Den innehåller i många fall inte en hel vårdkedja och aldrig mer komplexa kvalitetsaspekter som även tar in exempelvis restider för patienter, kontinuitet i vårdmöten, rätt kompetens hos professionen, anhörigas involvering, tidpunkter på dygnet för vård etc. De sistnämnda aspekterna benämner vi i den fortsatta texten som parametrar, vilka kan matchas i en modell för vårdmatchning i avsikt att förbättra tillgängligheten till vård. Mot bakgrund av vårdgarantins instrumentella karaktär samt tidigare genomgång i rapporten hur koordinering av sjukvården sker, har det blivit tydligt att det idag saknas infrastruktur som möjliggör att vårdgivare och vårdtagare hittar varandra på bästa sätt. Övergripande ska denna infrastruktur ge svar på frågorna vem? var? när? och hur? i vården. Det finns således ett behov av en strukturerad och samordnad katalog som innehåller vårdtjänsterna och vårdbehoven vilken ska tjäna som underlag i en matchnings-modell.

4.3 HUR GÖR REGION SKÅNE IDAG?

Representanterna för Region Skåne berättar att det sedan 2005 finns ett system för att koordinera vården, patienter, kapacitet och remisser för att på så sätt förbättra tillgängligheten, minska väntetiderna och använda befintliga resurser på bästa sätt. Om inte den enhet som mottagit remissen från primärvården har kapacitet att ta hand om patienten inom vårdgarantin anmäls ärendet för samordning i den så kallade ”Kapacitetsgruppen”. Vid närvaro på koordineringsmöte kunde rapportförfattarna se hur samordningen förbereds i ett nätverk med speciella tillgänglighets-koordinatorer från de olika sjukhusen

i Region Skåne då de träffas och går igenom aktuell status. De fördelar då patienter mellan olika vårdgivare baserat på var det finns ledig kapacitet. På mötet observerades hur det fanns underlag dels i form av en patientkö, dels i form av ett Excel-ark som visade kapaciteten hos de olika sjukhusen/klinikerna att ta emot patienter som stod i kö för olika åtgärder. Det fördes en dialog mellan de olika koordinatorena hur fördelningen skulle göras. Avropen från kölistan gjordes manuellt. På detta sätt beaktades således inte patienternas eventuella individuella önskemål. Det beskrivna sättet att koordinera genom att fördela patienter till sjukhus med ledig kapacitet har som tidigare nämnts, med smärre förändringar, ägt rum sedan 2005. Dock fanns det en annan intention från början. En av strategi- och koordinationssamordnarna påtalar att *”vårt mål från början var ju att avveckla oss själva, att det skulle bli så bra att man skulle bli omhändertagen inom vårdgarantins tidsram”*.

Det blev inte enligt vad som sades i citatet ovan. Istället ökade antalet samordningar kraftigt de senaste åren på grund av försämrad tillgänglighet. Region Skåne har målet att andelen väntande till besök inom 60 dagar ska ligga på över 80 %. Andelen är för SUS, Skånes Universitetssjukhus 48 % och de övriga sjukhusen, Kryh som omfattar sjukhusen i Kristianstad, Ystad och Hässleholm samt Sund som omfattar sjukhusen i Ängelholm, Helsingborg, Landskrona och Trelleborg, har andelar som ligger mellan 58 och 78 %. För operation/åtgärd är siffrorna sämre, SUS ligger på 30 % och övriga sjukhus mellan 49 och 62 % i förhållande till ett mål på över 80 % även för dessa åtgärder. Konsekvensen har blivit att många patienter samordnas till andra vårdgivare, till exempel privata vårdgivare i Skåne med även till övriga delar av Sverige (Tillgänglighets-paket, 2016). Här uppstår då en ineffektivitet i och med att det krävs extra vårdbesök. Denna ineffektivitet tydliggörs när Region

Skånes representant förklarar att om *”patienten har varit på ett besök inom vårdgarantins tidsramar och fått väntetid till operation och patienten återoppar vårdgarantin, så ska ju patienten till någon annan vårdgivare som så vill träffa patienten en gång till. Och då blir det ju ett onödigt besök”*. Som framkommer av citatet sker detta onödiga besök på bekostnad av tillgänglighet till ett besök för en annan patient. Dessutom innebär det att ledtiderna inne i vårdkedjan blir onödigt långa.

4.4 VÄG MOT BÄTTRE TILLGÄNGLIGHET

Grunden till att uppnå en förbättrad tillgänglighet är att skapa sig en förståelse för och kunskap om hur efterfrågan och kapaciteten ser ut. Ett förslag för att komma till rätta med tillgänglighetsproblematiken är enligt en statlig utredning (SOU, 2016:2), att produktions- och kapacitetsplanera (PKP). Det är i detta sammanhang viktigt att skapa en tydlig bild av vad som ska göras, hur det ska göras och av vem. Utredningen diskuterar centrala moment som behovsanalys, där verksamheten kartläggs för att se vilka aktiviteter som utförs och vilka patienter som behandlas samt resursanalys, som definierar vilka professioner, utrustning och lokaler som behövs. Detta ligger i linje med den modell vi diskuterar i frågeställningen och de parametrar som bör ingå i en sådan modell.

Den tydliga bilden av vad som ska göras startar med remissen och hanteringen av denna. Eftersom remissen (vare sig det är en egenremiss eller skriven av en allmänläkare) betraktas som en inträdesbiljett till specialiserad vård måste detta dokument enligt strategi- och koordinationssamordnare innehålla *”... tillräckligt med information för att en riktig bedömning ska kunna göras”*. Många remisser innehåller inte tillräckligt med information för att kunna tjäna som underlag för bedömning, utan måste kompletteras med ytterligare information. Detta leder till fördröjningar i remisshanteringen samt att patienter

kontaktar vården i ärendet (ibid.). Det handlar dock inte bara om informationen i dokumentet utan även om att det finns för få erfarna remissbedömare som tittar på remisserna. Detta tydliggörs när Region Skånes strategi- och koordinationssamordnare beskriver att *”vi såg att det var väldigt spretigt beroende på vem som tittade, för alla hade olika åsikter. Så vi hade en eller två som var de mest erfarna”*.

I den specifika situationen som refererades till i ovanstående citat framkom att avdelningen på Region Skåne bestämde sig för att använda två av de mest erfarna läkarna för att göra den medicinska bedömningen. Strategi- och koordinationssamordnare förklarar att remisshantering tar också lång tid och innebär ofta en orolig väntan för patienten. Detta trots att det redan 2005 beslutades att sjukvården nationellt skulle betrakta remisshantering som en kritisk framgångsfaktor för att nå god tillgänglighet.

När det gäller utbudet av vårdtjänster är det relativt enkelt att presentera det generella utbudet, till exempel att basutbudet i urologi finns på kirurgkliniken i Kristianstad. Enligt Region Skånes representant blir det mer komplicerat med exempelvis utbudet av åderbråcksbehandling som kan opereras på olika sätt och där de olika sätten inte utförs på samma ställe. I vissa fall blir det än svårare och det behöver inte betyda att det är ett komplicerat ingrepp eller ett komplicerat hälsotillstånd hos patienten. Vad som avses är istället de situationer där det finns en kombination av olika hälsoproblem, så kallad *samsjuklighet* vilket kräver mer noggrann samordning eftersom behandlingen inte står att finna i det generella basutbudet. Strategi- och koordinationssamordnare ger ett exempel på detta i form av en synskadad patient med en blodsjukdom och som behöver en ny höft. Det finns uppenbarligen ett behov av bättre koordinering för patienter med flera olika,

kanske även kroniska sjukdomar (Iversen et al., 2016). Matchning kan här vara ett steg i att styra mot att patienterna kommer till rätt specialister i vårdssystemet och på så sätt får tillgång till en bra vård.

Erfarenheten visar att den *geografiska platsen* är viktig och att det anses lättare och bekvämare att göra sina undersökningar och få behandling på den plats man är bosatt på. Det är svårt att få patienter att ta ledigt och resa en längre sträcka för att göra en röntgenundersökning som tar tio minuter. Dock anser en av strategi- och koordinationssamordnarna att om angelägenhetsgraden hos patienten är tillräckligt hög så tendera detta att överväga ändå och man är villig att företa en resa för att få vårdtjänsten. Ytterligare ett exempel som nämns är koloskopiundersökning i Ystad av patienter från Helsingborg, vilket inte fungerade. Patienterna ansåg att det var för lång resväg med tanke på förberedelser i form av till exempel förbud att äta samt krav på laxering innan undersökning. Däremot tyckte patienter ofta att avståndet Malmö-Ystad var acceptabelt reseavstånd. Här framkommer således vikten av att ha möjlighet att matchas efter önskemål om geografisk plats.

Ytterligare en viktig aspekt är utskick av besökstider vilket idag sker manuellt från vårdens sida. Representanter från Region Skåne påtalar att många av dessa tider måste ombokas då patienter hör av sig och inte har möjlighet att komma på den bokade tiden. Med en direkt matchning mot patientens behov skulle detta till stor del kunna undvikas.

Att *kompetensen hos professionen* är relevant att ta hänsyn till visar följande påpekande av strategi- och koordinationssamordnare vid Region Skåne:

Om jag tar en aortapatient, där fanns ju fem doktorer som kunde göra den typen av operationer, men just den här patienten kunde bara en speciell doktor göra

(...) *det är inte bara själva operatören för det är ju kompetensen på omvårdnad, IVA, monitorering och kringresurser också.*

Påpekandet handlar om att det från sjukvårdens sida är viktigt att hitta rätt kompetens. Detta är också en viktig parameter för patienten för att denne ska känna trygghet och tillit. Sett ur ett patientperspektiv är dock information om kvalitet för olika behandlingsalternativ svårtillgänglig och detta innebär svårigheter för den vårdsökande att finna rätt kompetens (Nordgren, 2011).

I den statliga utredningen om effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU, 2016:2) framgår vikten av att vården är organiserad ur patientens perspektiv vilket bland annat innebär delaktighet och kontinuitet. Dessutom fastslås att många patienter säger sig vara missnöjda med att läkare inte har tillräcklig kännedom om patientens sjukdomshistoria. Att som patient få *kontinuitet* i vården genom att möta samma läkare vid upprepade konsultationer skapar trygghet och är för många en viktig aspekt. Ett alternativt är att informationen följer patienten digitalt och på så sätt är tillgänglig för behandlande läkare.

Vikten av kontinuitet exemplifieras av en landstingsanställd som berättar om sin egen patienterfarenhet att vara tvungen att upprepa sin sjukdomshistoria ett tiotal gånger vid vårdmöten relaterade till samma sjukdomshändelse (www.almedalsveckan.info/31635). I SOU-utredningen ovan diskuteras som tidigare nämnts också *utrustning* och *lokaler* såsom väsentliga parametrar vid en kapacitetsplanering (SOU, 2016:2). Enligt strategi- och koordinationssamordnare vid Region Skåne är en viktig faktor patientens val när det gäller konsultations- eller *behandlingstidpunkt*. Vissa patienter föredrar kanske att inte använda arbetstid till sjukbesök utan föredrar istället en annan besökstid. Detta skulle då även innebära att lokaler och utrustning kan användas

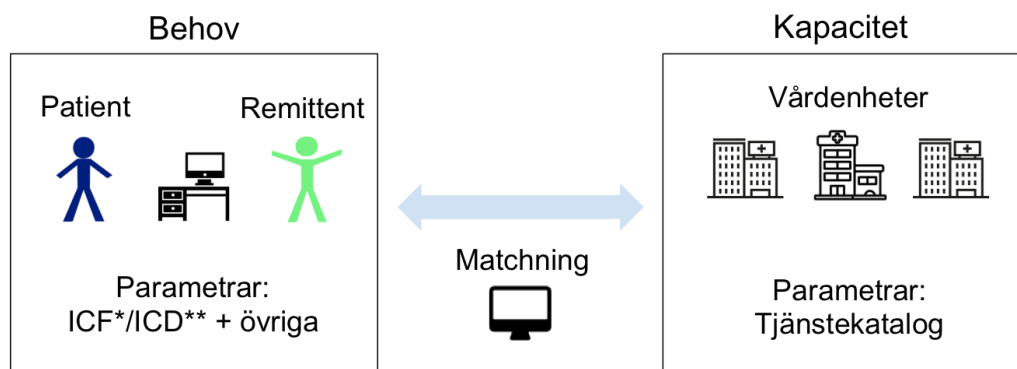
på ett mer effektivt sätt (Jfr. Dixon, 2010; Huxley, Atherton, Watkins & Griffiths, 2015). Det finns i sjukvården bland annat kostsamma magnetkameror som endast används under ett begränsat antal timmar per dag, men som både ur ett ekonomiskt perspektiv och ur ett patient-tillgänglighetsperspektiv skulle kunna användas dygnet runt.

4.5 EN TENTATIV MATCHNINGSMODELL TAR FORM

Utvecklingen av en matchningsmodell kan åskådliggöras av ett kontinuum där begreppen blir snävare och snävare och som startar med samarbete och samverkan, vilka är former att arbeta tillsammans mot gemensamma mål. Nästa steg är koordinering och samordning av patienter vilket kräver information om vårdkapacitet och vårdbehov. Denna koordinering sker idag manuellt vid de koordineringsmöten som beskrivits i kapitel 4. Vid diskussion kring begreppen som ingår i ett kontinuum enligt ovan anser Region Skånes representanter att *”samarbete är en form av samverkan som krävs för att vara samordnad”*. Dessutom måste man *”för att koordinera patienter, vilket är en process, vara samordnad och följaktligen även ha samarbetat och samverkat”*. Patienten är således inte delaktig i processen koordinering. Koordinering kan istället, som tidigare nämnts i kapitel 2, betraktas som en en-partsprocess.

Det sista steget matchning, är en form av specificerad koordinering där kapacitet och behov specificeras i parametrar såsom diagnos, tid, plats, kompetens, samsjuklighet etc. Till skillnad från koordinering är matchning en handling som innebär en två-partskommunikation vilken betonar patientens delaktighet.

En figur över hur en översiktlig matchningsmodell skulle kunna se ut visas på nästa sida, figur 3. Modellen diskuteras i Nordgren et al. (2017) och vidareutvecklas i denna rapport.



* Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (www.socialstyrelsen.se)

** Internationell statistiskklassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (www.socialstyrelsen.se)

Figur 3: Matchningsprocessen. (Fritt efter Nordgren et al, 2017)

Utgångspunkten för modellen är att patientens vårdbehov och sjukvårdens vårdkapacitet ska matchas mot varandra. Remitterande läkare klassificerar i remissen patientens vårdbehov. Detta sker idag genom att använda specifika vårdkoder (ICF/ICD), alternativt att beskriva vårdbehovet skriftligt. Vårdbehovet utgör då parametrar i sig. Därutöver behöver hänsyn tas till övriga parametrar som kan vara av värde för patienten, t.ex. önskemål om tidpunkt för vård, resväg och funktionsnedsättning. Dessa parametrar står i figuren som ”övriga” och beskrivs mer utförligt nedan.

Vårdkapaciteten består av en beskrivning av vårdinrättningar och de vårdtjänster de kan erbjuda. Detta görs i en tjänstekatalog som innehåller

klassifikation av vårdåtgärder, skrivna i form av KVÅ-koder. Dessutom innehåller katalogen även övriga parametrar av intresse för att tillgängliggöra vård, t.ex. lokaler, väntetider och öppettider. Tjänstekatalogen är digital och uppdaterad i real-tid för att säkerställa tillgänglig kapacitet.

Aktörerna i en matchningsmodell inkluderar den vårdsökande, remittenten, olika vårdinrättningar samt en oberoende matchningsenhet i form av en digital plattform (Nordgren et al. 2017). Matchningen mellan vårdbehov och vårdkapacitet kommer således att ske på en parameternivå vilket är av betydelse för graden av samordning och koordinering samt förutsättningarna för kontinuitet, kompetens och minskade väntetider.

Diskussionen tidigare i kapitlet, som fokuserat på begreppen samsjuklighet, geografisk och tidsmässig tillgänglighet, kompetens, kontinuitet, utrustning och lokaler är alla exempel på parametrar som bör ingå i en modell. Med syftet att skissa på en matchningsmodell, som på ett enhetligt sätt har förmågan att beskriva kapaciteten av vårdtjänster och behoven av desamma, är det väsentligt att fastställa de parametrar som ska användas för att koordinering av patienter och matchning ska bli så bra som möjligt. Parametrarna kan delas in i tre huvudkategorier vardera för kapacitet av tjänster respektive behov av tjänster. För kapaciteten av tjänster är dessa kategorier, resurser (R), tillgänglighet (T) och hälsotillstånd (H). För behoven är kategorierna social data (S), tillgänglighet (T) och hälsotillstånd (H). När det gäller vilka tjänster som erbjuds från sjukvårdens sida i den så kallade tjänstekatalogen, avses med resurser de lokaler och den utrustning som är tillgängliga, till exempel operationssalar, vårdplatser, röntgen- och strålningsutrustning.

Resurserna innefattar också de olika specialiteterna, till exempel ortopedi, gynekologi etc. men även den kompetens och de specialiteter som läkarna har. Exempel på dessa kan vara infektionsläkare med tropiska sjukdomar som specialitet eller hudläkare med speciell barnallergikompetens. Med tillgänglighet avses vårdens vänte- och öppettidsstatus samt den fysiska och geografiska tillgängligheten.

Slutligen behövs en parameter för hälsotillståndet där sjukvården visar vad som erbjuds i form av kompetens avseende patienter som har samsjuklighet, det vill säga två eller flera diagnoser samtidigt. När det gäller vilket behov patienten har är sociala parametrar i form av data om ålder, kön, vikt, speciella språk- och talbehov samt funktionsnedsättningar viktiga för koordineringen. Parametrar som berör hälsotillståndet är naturligtvis essentiellt. Dessa kan förutom den primära anledningen till vårdbesöket vara information om pågående vård, återbesök eller förstagångsbesök, samsjuklighet samt information om samlad läkemedelslista. Ytterligare parametrar berör den tidsmässiga tillgängligheten i form av när patienten har möjlighet och vill ha vårdbesöket.

Nedan visas en uppställning av väsentliga parametrar att användas i en modell för matchning i hälso- och sjukvården.

Exempel på väsentliga parametrar inom varje huvudkategori är:

KAPACITET VÅRDTJÄNSTER	BEHOV VÅRDTJÄNSTER
<ul style="list-style-type: none">• Resurser (R)<ul style="list-style-type: none">• Lokaler• Utrustning• Ersättningssystem• Första besök, återbesök• Rätt kompetens/professioner• Specialiteter• Kontaktperson• Avtal• Ackrediteringsvillkor• Tillgänglighet (T)<ul style="list-style-type: none">• Väntetider• Tillgänglighet fysiskt – hiss, ramp etc.• Tillgänglighet geografisk /avstånd• Tillgänglighet öppettider• Tillgänglighet infrastruktur• Hälsotillstånd (H)<ul style="list-style-type: none">• Samsjuklighet/multidisciplinär• Kompetens	<ul style="list-style-type: none">• Social data (S)<ul style="list-style-type: none">• Ålder• Kön• Vikt• Arbete/funktion• Behov av språktolk, ange språk• Tolkservice, teckenspråk, dövblind• Ekonomi• Syn/hörselskadad• Fysisk funktionsnedsättning• Psykisk funktionsnedsättning• Relevant överkänslighet, allergi• Tillgänglighet (T)<ul style="list-style-type: none">• När kan och vill patienten?<ul style="list-style-type: none">- datum, datumspann, tid på dygnet, veckodagar• Kontaktperson/kommunikation• Hälsotillstånd (H)<ul style="list-style-type: none">• Orsak/anledning• Första besök, återbesök• Pågående vård• Behov av röntgen• Samsjuklighet

Figur 4. Parametrar i matchningsmodell (C. Wingner Leifland 2017).

Matchningsmodellen med sina parametrar skapar möjlighet att öka tillgängligheten till vård samt ge patienter vård inom rimlig tid och med rätt kompetens. För att återknyta till diskussionen tidigare i rapporten rörande olika interaktionsbegrepp är det således viktigt att påtala att samtliga dessa begrepp har betydelse för och samverkar i en vårdmatchningsmodell som innehåller ovanstående parametrar. Att detta är viktigt framgår även när en av strategi- och koordinationssamordnarna vid Region Skåne beskriver att:

”det är rätt självklart att får man in en patient så vet man om vad som ska göras med den patienten (...). Det ligger i den här planeringsfunktionen och matchningen är ju egentligen det ... att man tittar på en verksamhet, att det kommer en remiss och att man läser vad som står i remissen och kan då utläsa vad som behövs göras med patienten och att man då planerar det redan från början”.

I inledningen till denna rapport diskuteras att bättre koordinering i hälso- och sjukvården även innebär en ökad servicekvalitet. Faktorer som till exempel kompetenser, tider och information är viktiga att koordinera. Sammanfattningsvis har i detta avsnitt, med utgångspunkt i de nämnda faktorerna, diskuterats ett antal parametrar som ska ingå i en matchningsmodell.

KAPITEL 5

AVSLUTANDE REFLEKTIONER

5.1 BIDRAG

I rapporten ges ett bidrag över hur koordinering av hälso- och sjukvårdstjänster sker i Sverige, Danmark, Norge, Finland och UK med avseende på väntetider, remissförfarande och integrerade vårdförlopp. Ytterligare ett bidrag är en diskussion om vilka parametrar som är väsentliga att ha med i utvecklingen av en matchningsmodell där individens behov av hälso- och sjukvårdstjänster matchas mot befintlig kapacitet av desamma.

För det första visar rapporten att bristande tillgänglighet till och väntetider är en problematik i alla de undersökta länderna Sverige, Danmark, Finland, Norge och UK. För det andra visas att integrerade vårdförlopp är ett sätt att koordinera cancervården mot kortare och standardiserade väntetider. För det tredje visar rapporten på vikten av att utvärdera en matchningsmodell som innehåller de diskuterade parametrarna. Cancervården utgör volymmässigt en mindre del av all hälso- och sjukvård och den matchningsmodell som diskuteras kan användas för övrig sjukvård. Ett exempel på hur matchning kan användas gäller av- och ombokning av tider. En patient som inte har möjlighet att komma på en utskickad besökstid önskar senarelägga besöket en vecka. Samtidigt finns det en annan patient med en senare tid, men som gärna vill ha ett tidigare besök. Ett byte av tider mellan dessa två patienters tider är idag omöjligt att göra eftersom tidbokningspersonalen inte har resurser att hitta en person som vill byta. Istället hanteras bokningen idag huvudsakligen genom utskick av tider per post, tider som sedan i många fall måste ändras manuellt via telefonsamtal

och långa telefonköer. Genom matchning skulle onödig administration kunna undvikas.

Beträffande koordinering inom hälso-och sjukvården kan det studeras utifrån olika utgångspunkter. Exempel på detta är att målen med koordinering kan vara att patienten erhåller en bättre vård ur ett medicinskt perspektiv, att vården ska vara lika för alla eller att patienten ska uppleva sig nöjd med den vård som erbjudits (se undersökning i Iversen et al., 2016). I denna rapport har vi fokuserat på koordinering för att uppnå tillgänglighet till och kortare väntetid i vården. Det är då viktigt att utgå från patientens behov och sjukvårdsorganisationens förmåga. En utmaning är att ha gemensamma system som möjliggör delning av insamlad information från olika aktörer. En annan utmaning är patientsäkerhetslagstiftningen som är väl utvecklad. En förutsättning för gemensamma system är dock att vården måste ha möjlighet att ta emot och hantera all patientinformation som i praktiken redan finns tillgänglig och därmed också skulle kunna organiseras i en vårdmatchningsmodell.

Utifrån en reflekterande ansats kan möjliga implikationer med att använda diskuterade parametrar i en matchningsmodell bland annat medföra kortare väntetider för vårdtagare till besök och åtgärd, kortare ledtider inne i vårdkedjan, kortare sjukskrivningstider, ökad samverkan, effektivare användning av återbudstider – idag måste utskickade besökstider till stor del ombokas, bättre remisshantering – till exempel gör lång, icke transparent remisstid att patient/anhörig ringer och ställer frågor.

Då modellen väl är designad, validerad och fastställd är tanken att implementering av densamma ska ske genom testning och implementering i ett

pilotprojekt. I allmän mening är implementering en process där modellen går från diskussionsstadium till praktisk handling, det vill säga till att bli en metod som används i vården. Jfr. Hansson & Nilsson, 2017, som skriver att *”Implementering kan därmed sägas vara den process som ligger mellan forskning och professionell praxis och förbinder dessa två sfärer. Implementering står med ena foten i forskningen, teorierna och de evidensprövande praktikerna och den andra foten i hälso- och sjukvårdens dagliga verksamhet”* (sid. 214). Ett fruktbart sätt att implementera en ny modell i vården, och som bör vara aktuellt för matchningsmodellen, är att använda sig av ett pilotprojekt eller simulering i en mindre organisation (se nedan under framtida forskning).

5.2 FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING

I avsikt att testa parametrarna i den presenterade matchningsmodellen skulle det vara intressant att göra en forskningsstudie där man väljer en, eller ytterligare någon klinik, som visar goda resultat i form av korta väntetider och god effektivitet. På denna klinik studera hur koordinering och matchning organiseras och utförs. Ett förslag skulle vara att djupstudera hudkliniken i Kristianstad-Ystads sjukvårdsområde. Enligt representanter från Region Skåne har denna klinik visat på avancerad tillgänglighet under många år och tar hand om de flesta av sina patienter inom 30 dagar (Å. Berling, hälso- och sjukvårdsstrateg vid Region Skåne personlig kommunikation, 14 juni 2016). Vid en dylik studie kan parameter för parameter i matchningsmodellen jämföras mot de åtgärder som hudkliniken vidtagit. Detta för att kunna validera parametrarnas betydelse i modellen.

Ett annat förslag är att studera hur vårdmatchningsmodellen skulle fungera för en diagnosgrupp, till exempel inom kataraktverksamhet, vilken karakteriseras

av ett stort antal patienter som kan välja bland flera opererande ögonkliniker (16 kliniker). En medicinsk revision har gjorts av denna verksamhet och användning av data från revisionen kan användas (Lundström, 2015).

Ytterligare en intressant forskningsstudie skulle vara att utveckla djupare kunskap om hur vårdgarantiservice är organiserad och fungerar i Region Halland. Skälet till detta är att Regionen har visat goda resultat i att uppfylla vårdgarantin. Region Halland har i ett tidigt skede organiserat en enhet för vårdgarantiservice. De var även tidigt ute med att införa vårdval (se även Nordgren, 2012, som visar varför vårdgarantin uppfylls).

1 Källförteckning

Referenser markerade med * ingår i rapportens litteraturstudie.

- Aagaard Nielsen, K. & Svensson, L. (2006). *Action and interactive research: Beyond practice and theory*. Maastricht: Shaker Publishing.
- Anell, A. (2004). *Strukturer Resurser Drivkrafter*. Lund: Studentlitteratur.
- *Bihari Axelsson, S. & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320-330.
- *Bilsted Probst, H., Butt Hussain, Z. & Andersen, O. (2011). Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians – A national Danish project. *Health Policy*, 105, 65-70.
- *Bragato, L. & Jacobs, K. (2003). Care Pathways: The Road to Better Health Services? *Journal of Health Organization and Management*, 17, (3), 164-180.
- *Bryson, J. M., Crosby, B. C. & Middleton Stone, M. (2006). The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature. *Public Administration Review*, December 2006, 44-55.
- *de Bleser, L., Depreitere, R., De Waele, K., Vanhaecht, J. & Sermeus, W. (2006). Defining Pathways. *Journal of Nursing Management*, 14, 553-563.
- *Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated Care Pathways. *BMJ*, 1998(316), 133-137.
- Dixon, R. F. (2010). Enhancing Primary Care Through Online Communication. *Health Affairs*, 29, (7), 1364-1369.
- *Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., Corbin, C., Delli-Colli, N., & Raïche, M. (2013). Development of Integrated Care Pathways: Toward a Care Management System to Meet the Needs of Frail and Disabled Community-dwelling Older People. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-13.
- *Duggal, R., Kumar K. S. & Shukla, B. (2015). Improving Patient Matching: Single Patient view for Clinical Decision Support using Big Data

Analytics. *Reliability, Infocom Technologies and Optimization. 4th International Conference*, sid. 1-6.

*Epstein, A. J., Ketcham, J. D. & Nicholson, S. (2010). Specialization and Matching in Professional Services Firms. *RAND Journal of Economics*, 41(4), 811-834.

Euro Health Consumer Index 2015 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd., 2015.

EuroHOPE. (2014). Summary of the findings of the EuroHOPE-project. Helsinki: Copy-Set Oy

*Fieldston, E., Zaoutis, L., Hicks, P., Kolb, S., Sladek, E., Geiger, D., Agosto, P., Boswinkel, J. & Bell, L. (2014). Front-Line Ordering Clinicians: Matching Workforce to Workload. *Journal of Hospital Medicine*, 9(7), 457-462.

*Gulati, R. (2007). Silo busting: How to execute on the promise of customer focus. *Harvard Business Review*, 85(5), 98-108.

*Gulati, R., Wohlgezoogen, F., & Zhelyazkov, P. (2012). The Two Facets of Collaboration: Cooperation and Coordination in Strategic Alliances. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 531-583.

Gummesson, E. (2008). Extending the Service-dominant Logic: from customer centricity to balanced centricity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36, 15-17.

*Helsedirektoratet. (2015). Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015. IS-2426.

*Handbook to the Constitution for England. 27 July 2015. www.gov.uk

Hansson, K & Nilsson, G. (2017). I: L. Nordgren (red.) *Health Management*. Att göra hälso- och sjukvård mer tillgänglig. Stockholm: Sanoma.

*Harrison, A. & Appleby J. (2010). Optimising view from the English National Health Service. *Health Economics, Policy and Law*, 5, 397-409.

*Hindle, D. & Yazbeck, A-M. (2005). Clinical Pathways in 17 European Union Countries: a Purposive Survey. *Australian Health Review*, 29(1), 94-104.

Huxley, C., Atherton, H, Watkins, J. & Griffiths, F. (2015). Digital communication between clinician and the impact on marginalised groups:

a realist review in general practice. *British Journal of General Practice*, 65(641), 813-821.

- *Iversen, T., Anell, A., Häkkinen, U., Kronborg, C. & Olafsdottir, T. (2016). Coordination of health care in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 41-55.
- IVO. (2015). Inspektionen för vård och omsorg. *Tillsynsrapport 2014*. IVO 2015-62.
- *Januleviciute, J., Askildsen, J. E., Kaarboe, O., Holmås, T. H. & Sutton, M. (2013). The impact of different prioritisation policies on waiting times: Case studies of Norway and Scotland. *Social Science & Medicine*, 97, 1-6.
- Johannisson, N., Gunnarsson, E. & Stjernberg, T. (red.). (2008). *Gemensamt kunskapande: Den interaktiva forskningens praktik*. Växjö: Växjö University Press.
- *Kalseth, B. (2010). Ventestatistikk i Norge, Sverige, Danmark, Finland, Skottland og England – Datagrunnlag och anvendelse. Rapport A16216 SINTEF Helsetjensteforskning. Augusti 2010.
- *Keast, R. & Brown, K. (2007). Getting the Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9-33.
- *Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P. & Willis, J. (2010). What is a Clinical Pathway? Development of a Definition to Inform the Debate. *BMC Medicine*, 8(31).
- *Kvist, J. (2014). Pensions, health care and long-term care. Denmark. ASISP. Country Dokument 2014.
- *Landstingsrevisionen. (2013). Granskning av landstingens system för dimensionering och matchning av vårdplatser. Rapport 06/2013. Västerbottens Läns Landsting.
- Lundström, M. (2015). Medicinsk revision av kataraktverksamheten i Skåne under vårdval. Föredrag, Regionhuset 2015-10-21.
- *Mc Namara, M. (2012). Starting to Untangle the Web of Cooperation, Coordination, and Collaboration: A Framework for Public Managers. *International Journal of Public Administration*, 35, 389-401.

- Myndigheten för vårdanalys. (2014). Låt den rätte komma in – Hur har tillgänglighet påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Rapport 2014:3.
- Myndigheten för vårdanalys. (2015). Vården ur primärläkarens perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Rapport 2015:9.
- *Nolte, E. & McKee, M. (red.) (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Open University Press, Berkshire, England.
- *Nordgren, L. (2009). Value creation in health care services – developing service productivity. *International Journal of Public Sector Management*, 22(2), 114-127.
- *Nordgren, L. (2011). Healthcare matching: conditions for developing a new service system. *International Journal of Quality and Service Science*, 3(3), 304-318.
- *Nordgren, L. (2012). Guaranteeing healthcare - what does the healthcare guarantee discourse do? *Financial Accountability & Management*, 28(3), 335-354.
- Nordgren, L. (2013). Santé publique: la Suède fixe les délais, *Constructif* N°34 mars 2013, sid. 32-34.
- *Nordgren, L. (2017). (red.). *Health Management*. Att göra hälso- och sjukvård mer tillgänglig. Stockholm: Sanoma.
- *Nordgren, L., Planander, A. & Wingner Leifland, C. (2017). *Healthcare matching as a value creating public service* (insänd 2017-03-10 till Journal of Health Organisation and Management).
- Normann, R. (2001). *Reframing Business. When the Map Changes the Landscape*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- *Parkin, E. (2016). NHS maximum waiting time standards and patient choice policies. *House of Commons Library*. Number 07171. 6 May 2016.
- *Qu, X., Rardin, R., Williams, J. A. & Willis, D. (2007). Matching Daily Healthcare Provider Capacity to Demand in Advanced Access Scheduling Systems. *European Journal of Operational Research*, 183, 812-826.

- *Renholm, M., Souminen, T., Turtianen, A-M., Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. (2014). Continuity of care in day surgical care – perspective of patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 706-715.
- *Report 2015. Report of the Independent Cancer Taskforce: Achieving world - class cancer outcome – a strategy for England 2015-2020. <http://www.cancerresearchuk.org/about-us/cancer-strategy-in-england>.
- *Romören, T. I., Torjesen, D. O. & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, 11, Special 10th Anniversary Edition, 127-134.
- *Rudkjöbing, A., Olejaz, M., Okkels Birk, H., Juul Nielsen, A., Hernández-Quevedo, C. & Krasnik, A. (2012). Integrated care: a Danish perspective. *BMJ* 2012, 345:e4451.
- *Socialstyrelsen. (2015a). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Artikelnummer 2015-2-51.
- *Socialstyrelsen. (2015b). *Väntetider i cancervården*. Artikelnummer 2015-12-2.
- *Socialstyrelse. (2015c). Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015. Artikelnummer 2015-11-6.
- *SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm 2016.
- *Sundhedsstyrelsen. (2016). *Monitoring af forløbstider på kræftområdet*. Opgørelse for 1. kvartal 2016-07-24.
- Svensk Försäkring (2016). Sjukvårdsförsäkringsstatistik 2016 Q3.
- Svensson, L. (2002). Bakgrund och utgångspunkter. I: L. Svensson, G. Brulin, P.-E. Ellerström & Ö. Widegren (red.), *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm: SKL.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Meddelande från styrelsen nr 1*. Dnr 16/00001.
- Szebehely, M. (2014). Föredrag om äldreomsorgens utveckling i Sverige i historiskt perspektiv. Stockholm: Nordiska Museet 2014-09-10.

*Thorlby, R & Arora, S. (2015). *The English Health Care System, 2015*. Nuffield Trust, London.

Tillgänglighetspaket. (2016). Hälso- och sjukvård i Region Skåne – en samlad resurs för ökad tillgänglighet. 2015-11-17.

*Tynkkynen, L-K., Chydenius, M., Saloranta, A. & Keskimäki, I. (2016). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy*, 120(3), 227-234.

Van de Ven, A. H. (2007). *Engaged Scholarship – a Guide for Organizational and Social Research*. United Kingdom: Oxford University Press.

Van de Ven, A. H. & Johnson, P. E. (2006). Knowledge for Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 31(4), 802-821.

*Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. & Sermeus, W. (2010). An Overview on the History and Concept of Care Pathways as Complex Interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123.

*Vrangbaeck, K. (2015). *The Danish Health Care System, 2015*. University of Copenhagen.

Winblad, Ulrika & Hanning, Marianne. (2013). Sweden. I: Siciliani, Luigi, Borowitz, Michael & Moran, Valerie. (Red.). *Waiting Time Policies in the Health Sector – What Works?* OECD Health Policies Studies. OECD Publishing.

*Åhgren, B. & Axelsson, R. (2005). Evaluating Integrated Health Care: a Model for Measurement. *International Journal of Integrated Care*, Nr 5, August 2005.

www.almedalsveckan.info/31635. Så vill vi knyta ihop vården-en bättre resa för patienten

*www.cancercentrum.se

*www.helsedirektoratet.no

*www.kry.se

*www.localfinland.fi

*www.mindoktor.se

*www.nhs.uk

*www.retsinformation.dk

*www.saob.se

*www.socialstyrelsen.se

*www.stm.fi/en

*www.sundhed.dk

*www.sundhedsstyrelsen.dk

*www.1177.se

KEFU SKRIFTSERIE 58
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-58-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
Fax: 046-222 42 16