



Health Consumer
Powerhouse



**VÅRD
KONSUMENT
INDEX**

2 0 0 6

En jämförelse av landstingen ur
vårdkonsumentens perspektiv
Oscar Hjertqvist, projektledare

Innehållsförteckning

1. Förord	2
2. Därför Vårdkonsumentindex	4
3. Vad har hänt under 2005?	9
4. Sammanfattande resultat av VKI 2005 med kommentarer och indextabell	12
5. Läsanvisningar	15
6. FAQ	19

Vårdkonsumentindex 2006
Health Consumer Powerhouse
ISBN 10: 91-7566-619-7.
ISBN 13: 978-91-7566-619-8.
Vi nås på www.healthpowerhouse.com
eller
08-642 71 40.

1. Förord

Health Consumer Powerhouse är Europas ledande producent av konsumentinformation om sjukvården. Vi kallar oss en ”do-tank” för bättre sjukvård. Med det vill vi säga att vi omvandlar goda idéer till konkreta redskap för att belysa vårdkonsumentens belägenhet och ge henne möjlighet att själv agera.

Detta var vårt syfte när vi 2004 för första gången presenterade Vårdkonsumentindex (VKI). Sedan dess har vi etablerat oss även i Bryssel. Den Europeiska Unionen framstår som en naturlig grund för det fortsatta vårdkonsumentarbetet. Health Consumer Powerhouse presenterade i juni 2005 EuroHealth Consumer Index (EHCI) – EU-applikationen av VKI. Därmed lyfte vi den konsumentrelaterade jämförelsen av den offentliga sjukvården till EU-nivån. EHCI 2006, innehållande alla EU-länder och fler faktorer än tidigare, kommer presenteras juni 2006. Vår utveckling fortsätter med fler konsumenttjänster: vi kommer att jämföra bröstcancer- och diabetessjukvården i Sverige, starta vårdkonsumentutbildning och medverka i skapandet av ett kanadensiskt VKI – Canadian Health Consumer Index.

Vårdkonsumentens starka ställning är inget självändamål. Utvecklingen är visserligen logisk utifrån ett demokratiskt perspektiv, men kan även bidra till att sjukvården fungerar bättre. Ingen känner sina hälsoproblem och möjligheter till livskvalitet så väl som den individen, och vem har väl starkare engagemang i hälsofrågor? Men sjukvården är ännu knappast utformad för att släppa fram och ta tillvara detta engagemang. Det goda mötet mellan konsument och vårdorganisation kommer därför alltför sällan till stånd.

Ändå är det i dag väl dokumenterat att goda möjligheter till inflytande över information, bemötande, behandling och uppföljning positivt påverkar det samlade vårdresultatet. Härvid skiljer sig människan som vårdkonsument inte från bankkunden, hyresgästen eller semesterresenären: får vi inflytande mår vi bra, tar ansvar och agerar engagerat och konstruktivt. Detta vet ledande tjänsteproducenter på många marknader. Samspel mellan producent och konsument krävs för att utveckla tjänster, service och andra relationer.

Det är därför hög tid att konsumentanpassa sjukvårdens kvalitets- och resultatredovisning. Genom att utveckla Vårdkonsumentindex började vi arbetet på systemnivå: vi granskade (och granskar fortfarande) landstingens policies och redskap för att möta vårdkonsumenten vad gäller bemötande, service, tillgänglighet och information. Med andra ord, icke-medicinska indikatorer på sjukvårdens serviceinställning. I och med 2006 års index lyfter vi också fram vårdens medicinska resultat. Respektive landstings inställning kan bjuda in konsumenten till valmöjligheter och engagemang – eller tvärtom signalera självtillräcklighet och ointresse.

I svensk sjukvård är det de 21 landstingen (Gotland inräknat) som i hög grad anger ambitionsnivå, strategi och metod för att ge konsumenten möjlighet att aktivt engagera sig. Landstingen frihet att utforma vårdsystemet är stor. Det är fullt möjligt att prioritera konsumentvänlighet i olika avseenden. Vi ser VKI-rankningen som ett viktigt komplement till försöken att värdera det medicinska vårdresultatet.

Graden av konsumentanpassning säger mycket om attityden till den enskildes inflytande, och ger därmed viktig kunskap om respektive landstings inställning till det konsument-engagemang, som kommer att bli allt viktigare. Om man inte värderar individens tid är det logiskt för landstinget att inte betala tillbaka patientavgiften, även om doktorn är kraftigt försenad till den avtalade undersökningen. Om man utgår från att alla patienter ska ta ledigt från arbete och studier för att kunna besöka husläkaren, är det beklämmande självklart att vårdcentralen är stängd kvällar och veckoslut.

Och betraktas långa vårdköer som oundvikliga bryr sig landstinget kanske inte ens om att rapportera dem till den nationella databasen *Väntetider i Vården*? Visst betonar den nationella vårdgarantin god tillgänglighet och kortare väntetider. Men så länge dagens maktförhållanden i vården består och incitamenten att förbättra tillgängligheten är svaga är det tveksamt huruvida särskilt mycket kommer att förbättras.

VKI bygger på vissa förväntningar om rimligt bemötande av och inflytande för vårdkonsumenten. Vi anger därmed en kravnivå som år 2006 framstår som högst rimlig för en europeisk välfärdsnation. Vårt sedan 2004 utvidgade index visar på förbättringar men även fortsatta brister. Det som framstår som uppseendeväckande vid ett studium av indexets resultat är inte förväntningarna, utan hur illa de fortfarande infrias. Spannet är fortfarande stort mellan det mest ambitiösa landstinget och det sämst konsumentanpassade.

Vårdkonsumentindex 2006 borde ge mycket för landstingspolitiker och tjänstemannastaber att fundera över – och att diskutera med sina uppdragsgivare. Vårdkonsumenterna hoppas vi ställer sig frågan varför andra landsting är mer serviceinriktade, varför det egna landstinget köper in så mycket mindre nya mediciner än rikssnittet och varför det ska vara nödvändigt att resa över landstingsgränserna för att korta ned väntetiderna. Och denna diskussion grundad på jämförelser är ju precis vad som är meningen med Svenskt Vårdkonsumentindex!

Stockholm i maj 2006

Johan Hjertqvist
VD
Health Consumer Powerhouse

2. Därför Vårdkonsumentindex

VKI jämför landstingen med varandra. Bemötandet av vårdkonsumenten utformas dels på politisk nivå – genom policy- och budgetbeslut i de valda landstingsförsamlingarna – dels genom löpande ställningstaganden i landstingens tjänstemannaorganisation. Vårt intryck är att politikerna alldeles för lite diskuterar vårdkvalitet liksom bemötande- och servicefrågor. Det är till exempel ovanligt att servicenivån i primärvården, eller införandet av medicinska riktlinjer, tas upp till verklig politisk debatt.

För de folkvalda, som i egenskap av medborgarombud vill öka sitt inflytande över landstingets verksamhet, borde denna uppräknings och jämförelse av olika landstings servicenivå vara en utmärkt möjlighet!

Men blir det då inte dyrt att ha fokus på vårdkonsumenten? Tar inte god tillgänglighet, valfrihet och aktiv information resurser från själva vårdverksamheten? Inget tyder på detta (bortsett från att vi inte ser någon motsägelse mellan å ena sidan god information och korta väntetider, och å den andra väl fungerande, ”vanlig” sjukvård – snarare är de olika delarna beroende av varandra).

2004 och 2005 undersökte vi om det fanns något samband mellan hur mycket landstingen spenderade på sjukvård och vilken placering de fick i Vårdkonsumentindex. Vi fann då inget sådant samband. Det vinnande landstinget, Kalmar, hade bara en procent högre kostnader för sjukvården än riksnittet. Andra landsting som placerade sig högt i indexet hade kostnader som låg under snittet.

Inte heller i årets Vårdkonsumentindex visar det sig föreligga något samband mellan kostnader och placering. Blekinge tar 2006 förstaplaceringen, men har lägre utgifter per capita än landstinget på sista plats. Östergötland och Halland, båda på delad andraplats, har bland de lägsta sjukvårdsutgifterna per capita.

VKI har utformats utifrån vår bedömning av vilket bemötande och service den svenska vårdkonsumenten av idag bör kunna förvänta sig. Detta resonemang har fått starkt gehör från patientorganisationer och fokusgrupper, med vilka vi diskuterat indexidé, kriterier och slutlig utformning av VKI.

Det finns en rad prejudicerande utslag i EG-domstolen, vilka pekar mot en tilltagande integration av den europeiska sjukvården, med växande rörlighet och samarbete över nationsgränserna. EU-kommissionen vill öka samarbetet även vad gäller den högspecialiserade sjukvården och inom områden som IT i vården och smittskydd. Den fortgående integrationen är ett starkt skäl att etablera gemensamma synsätt och ambitioner vad gäller bemötande, inflytande och kvalitet.

Vi förstår inte varför svenskar ska behöva nöja sig med påtagligt sämre standard än andra

européer när det gäller att träffa husläkare närhelst så behövs, få behandling utan onödigt dröjsmål och god information via effektiva kanaler. Sverige är en välfärdsnation i EU och det finns ingen rimlig förklaring till att den svenska vårdkonsumenten ska befinna sig i en sämre position än andra européer.

Jämförelser leder till förbättringar. Det kan vi se inom många områden, länder och former.

Kraften i jämförelser: "Vältklasse"

1997 testade tidningen *Teknikens Värld* den då nyligen lanserade Mercedes A-klass. Överraskande nog välte bilen under ett undanmanövertest – det så kallade "älgtestet". "Weltklasse" blev blixtnabbt "vältklasse". Nyheten spred sig snabbt och Mercedes tvingades att återkalla tusentals bilar för omkonstruktion.

Ett bilmärke som Mercedes, som allmänt anses hålla mycket hög klass och vara mycket exklusivt, blev alltså slaget på fingrarna när det gällde säkerheten och tvingades göra stora konstruktionsförändringar. Vinnaren i sammanhanget var naturligtvis konsumenten.

Teknikens Värld har gjort sig känd för att göra grundliga tester av bilar. Mercedes är inte det enda märke som tvingats anpassa sig efter tidningens kontroller och tester.

Teknikens värld är bara en av många aktörer som rankar, jämför och testar produkter på marknaden. Några andra är:

Sveriges Hotell- och Restaurangföretagare (SHR) har sedan 2003 ett klassificeringssystem för sina medlemshotell. Hotellen får olika antal stjärnor i förhållande till vilken standard de håller. Från SHR framhåller man att detta inte främst är ett betygssystem utan just ett sätt att klassificera medlemshotellen. Här handlar det om att typbestämma hotellet. Kunden ska veta vilken sorts hotell de tar in på; vilken standard och vilken servicenivå som man kan vänta sig.

Tidningen Råd & Rön, ges ut av Konsumentverket, har genom sina produkttester stor påverkan på producenterna. När det exempelvis gäller vitvaror vänder sig ofta företag till *Råd & Rön* för att de ska utföra tester på nya produkter innan de ska lanseras. Inte sällan tar kunder med sig tidningen till butiken för att köpa precis den vara som fått högst poäng i ett test. Sveriges televisions *konsumentmagasin Plus* åtnjuter en liknande ställning. Listan kan naturligtvis göras längre. Tidningen *Mobil* testar mobiltelefoner, tidningen *Vi föräldrar* testar barnprodukter och *Pricerunner* jämför priser på likvärdiga varor från olika leverantörer. Då det råder konkurrens inom ett område utgör dessa tester och jämförelser viktiga verktyg för konsumenten att kunna fatta rimliga och kloka beslut i valet mellan olika alternativ.

Man ska hålla i minnet att det inte bara är produkter som testas, utan också tjänster. Naturligtvis kan det vara svårare att bedöma vissa tjänster, men det görs ändå och anses fungera. Att tro att man i *Guide Michelins* ranking av restauranger kan få högt betyg enbart genom att servera förstklassig mat är en fåfång förhoppning – servicenivån väger tungt i bedömningen.

Staten stödjer

Det torde vara ganska okontroversiellt att påstå att dessa olika system och jämförelsemodeller har bidragit till en standardhöjning bland de varor och tjänster som de berör. Att man från svenska statens sida tillmäter dessa metoder för kvalitetshöjning stor vikt är lätt att inse.

Visserligen kan man gå lagstiftningsvägen för att bli kvitt produkter som inte anses hålla måttet. Men statliga aktörer - som *Plus* och *Råd & Rön* – tillhandahåller också den information som konsumenterna behöver för att välja de bra och undvika de sämre alternativen.

Offentlig sektor ännu efter

Trots att den offentliga sektorn i Sverige svarar för en stor del av den totala välfärdsproduktionen ser granskningen av kvaliteten avsevärt annorlunda ut än i den privata sektorn. Det utvärderas, granskas och mäts på längden och bredden, men fokus på brukaren saknas ofta. För konsumenten lättillgängliga rankingsystem eller tester är ännu ovanliga inslag.

Genom olika valfrihetsreformer på 1990-talet gavs medborgarna möjlighet att välja mellan olika välfärdstjänster. Men i sammanhanget glömdes en viktig aspekt bort – möjligheten att genom jämförelser göra de mest rationella valen. På andra marknader ses tester och rankingsystem som självklara instrument för vägledning för konsumenten.

Vid val av exempelvis vård eller skola är brukaren i många fall hänvisad till hörsägen, rykten och marknadsföring. Beträffande skolor görs ett slags test i och med att nationella prov genomförs. Detta resultat publiceras numera av flera dagstidningar. Men skolors snittresultat på de nationella proven ses nog av de flesta som otillräcklig grund för att kunna göra ett bra val mellan olika enheter.

Inom sjukvården börjar redovisningar av servicekvalitet dyka upp. Dr Foster i Storbritannien är ett sådant ambitiöst privatägt informationssystem. I Nederländerna har de första stegen i ett likartat statligt system nyligen offentliggjorts. Den svenska Socialstyrelsen arbetar inom projektet Info-VU (Informationsförsörjning och Verksamhetsuppföljning) med att samla och designa användarinformation, även om konsumentperspektivet ännu tycks saknas. *Öppna jämförelser* (se sid 8) har bitvis samma uppdrag, och verkar ha tagit över Info-VU:s uppdrag. EuroHealth Consumer Index jämför, som tidigare sagt, EU-ländernas vårdssystem ur konsumentperspektiv. EU-kommissionen öppnade häromdagen efter omfattande förberedelser sin Health Portal som främst omfattar information om folkhälsa och epidemier men även rymmer vissa uppgifter som skulle kunna stärka vårdkonsumenten.

Många siffror – men inte för konsumenten

Tidningen *Dagens Samhälle* (före detta Kommunaktuellt och Landstingsvärlden) gör omfattande jämförelser mellan olika kommuners verksamhet. Statistik som avser många olika aspekter av kommunal verksamhet sammanställs i lättöversiktliga listor. Några exempel är ”kostnader för barnomsorg”, ”kostnader för skola”, ”rektorstäthet”, ”antal socialbidragsmottagare” och ”kostnader för flyktningmottagande”. Presentationen av dessa jämförande listor har mottagits med stort intresse av politiker och tjänstemän i kommunerna. Statistik finns också på hemsidan för Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (www.skl.se) som är mycket välbesökt.

Med en lättöverskådlig jämförande statistik kan man lätt se skillnader mellan olika kommuners verksamhet. Detta kan leda till att man börjar se över den egna verksamheten, om det skulle visa sig att den kostar mycket mer än i andra jämförbara kommuner. Från *Dagens Samhälles* sida vet man att listorna har varit till stor nytta för olika kommuner, och lett till att kontakt initierats mellan dem och att erfarenheter utbyts.

Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ), arbetar för att stödja kvalitetsutveckling i hela samhället. Man delar varje år ut utmärkelsen Svensk Kvalitet till organisationer som uppvisar hög kvalitet och kan ses som ett föredöme. Det finns en typ av modell för kvalitetsutvärdering som SIQ har utvecklat för att vara anpassad specifikt för vården. Utvärderingsinstrumentet heter QUL (Kvalitet, Utveckling, Ledarskap), och Landstingsförbundet använder det för att bedöma olika vårdenheter efter olika variabler.

En enhet per år får en utmärkelse och ska ses som ett gott föredöme. Det handlar följaktligen inte om någon ranking av enheter, och de organisationer som tas med i bedömningen anmäler sig frivilligt.

Vårdbarometern är en rullande enkätundersökning av medborgarnas kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården, men saknar rankinginslag. Kritik har också riktats mot undersökningen, bland annat för att de intervjuade ibland varit för få och dessutom är ”medborgare”, och inte vårdkonsumenter. Svaren kommer alltså i många fall från personer som haft begränsad kontakt med, eller erfarenhet av, vården.

Köinformation

Väntetider i vården är ett projekt som drivs av SKL. På en hemsida har man samlat information om väntetiden för främst kirurgiska behandlingar vid i samtliga Sveriges sjukhus och specialistmottagningar.

Landstingen och regionerna rapporterar in sina uppgifter till den centrala databasen och ansvarar själva för att uppgifterna är korrekta och uppdaterade. Ibland kan dock uppgifter saknas genom att ett landsting eller enhet underlåtit att rapportera. Det är inte heller alla behandlingar som tas upp, utan primärt kirurgiska ingrepp.

Vårdkvalitet

När det gäller statlig ranking av offentlig vård i Sverige är nog det närmaste man kommer de nationella kvalitetsregistren. Både det Nationella Kvalitetsregistret för Hjärtintensivvård (RIKS-HIA) och Riks-stroke (kvalitetsregistret för strokevård) har offentliggjorts, och där kan man visa på skillnader i behandlingsresultat mellan olika sjukhus. Andra kvalitetsregister lämnar ut information i varierande omfattning, men utan möjlighet att identifiera särskilda sjukhus.

Dessa system må vara besläktade med de tester och rankingsystem som finns på marknader för vanliga varor och tjänster, men en viktig skillnad: informationen är inte främst ämnad för brukaren (med undantaget *Väntetider i Vården*). Åtminstone är den inte utformad och presenterad på det översiktliga och lättillgängliga vis som gör att en lekman enkelt kan ta den till sig.

Svårt för vårdkonsumenten att jämföra

Statistik och utredningar inom hälso- och sjukvården finns det, som sagt, gott om. Däremot är det ont om regelrätta jämförelser. De som finns är ofta svårtillgängliga och avsedda främst för tjänstemän och politiker, inte för dem som vården främst är till för – vårdkonsumenterna. Följande citat från en rapport utgiven av Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet är i sammanhanget illustrativt:

”Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, SBU, landstingens revisorer, patientföreningar och andra aktörer svarar tillsammans för en avsevärd löpande

publicering av sjukvårdsdata. En målmedveten läsare har mycket att hämta, i varje fall om han eller hon har tid och kunskap nog att veta var man skall leta. Men den väsentliga aspekten kvarstår: det finns idag ingen nationellt auktoriserad, regelbundet återkommande, flerdimensionell, aktivt jämförande och utvärderande publicering av data om sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Landsting, sjukhus och andra vårdgivare saknar erfarenheter av att bedömas i förhållande till andra genom publicerade jämförelser”.¹

Passar de starka?

”En målmedveten läsare” som dessutom har ”tid och kunskap nog att veta var man skall leta” kan hitta en hel del sjukvårdsdata. En grupp med stort vårdbehov är de äldre. Man måste fråga sig om den gruppen har de möjligheter som krävs för att tillgodogöra sig informationen. Offentlig statistik är oftast skriven på ett professionellt språk och knappast konsumenttillvärd. Tillspetsat skulle man kunna säga att vården ska vara till för de svaga, men informationen om den ännu utformad för att passa de starka.

Hjärt- och Lungsjuka

Ett undantag från denna norm är den ranking som Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund genomfört. Här handlar det alltså om en intresseförening, inte ett statligt initiativ. Sedan 1996 har man betygssatt svenska sjukhus. Effekten och uppmärksamheten blev stor – mycket större än man från förbundets sida hade räknat med. De jämförda sjukhusen påverkades i hög grad.

De som åsattes lägst betyg såg över sin verksamhet för att bli bättre. De sjukhus som fick höga betyg fick ta emot studiebesök från sämre enheter och fick stå som goda exempel.

¹ *Verksamhetsuppföljning i hälso- och sjukvården genom performance indicators – exempel från andra länder.* Socialstyrelsen, Landstingförbundet, Svenska Kommunförbundet. 2003. s 38 ff.

3. Vad har hänt under 2005?

Vad har hänt sedan Health Consumer Powerhouse presenterade VKI 2005 – eller för den delen sedan den första lanseringen av VKI år 2004? Har sjukvården blivit mer fokuserad på konsumenternas önskemål och förhoppningar, eller har utvecklingen tvärtom gått bakåt? Eller har summan av landstingens handlande på det hela varit konstant? Utvecklas vissa områden snabbare än andra?

Vi kan tolka utvecklingen under året som gått utifrån några händelser.

Vårdgarantin

Den första november 2005 trädde den nationella vårdgarantin i kraft. Nu skulle utfästelserna om högst 90 dagars väntan till undersökning respektive behandling realiseras.

Vårdgarantin är helt klart en utfästelse i vårdkonsumistisk riktning. Det är den enskilde konsumenten som är i fokus, inte landstingets ekonomi, sjukhusens beläggningsgrad eller någon långtidsprognos. Samtidigt är vårdgarantin ingen garanti i Konsumentverkets avseende. Brott mot vårdgarantin har inga sanktioner och det går tämligen lätt att kringgå 90-dagarsgränsen genom att helt enkelt inte ta det beslut om behandling från vilken tiden ska börja räknas.

Genom att Väntetider i Vården, den främsta källan till information om väntetider inom sjukvården, samtidigt omarbetats är det svårt att säga om vårdgarantin inneburit någon förbättring av tillgängligheten inom vården. Men det är trots allt en av många positiva förändringar.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting driver projektet ”Öppna jämförelser av vårdens kvalitet och effektivitet”. Syftet är att, enligt SKL:s hemsida, att

”... publicera lätt tillgängliga och överskådliga jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelserna ska genomföras återkommande och åtagandet är långsiktigt. Jämförelserna avser flera olika perspektiv på kvalitet och effektivitet och baseras på enhetliga nationella indikatorer.”

Fem argument för öppna jämförelser är enligt SKL

- *Medborgarens "rätt att veta" & vårdsystemets legitimitet*
- *Stödja ansvarsutkrävande - "accountability"*
- *Tävling genom jämförelser - sporra ledningar; lära av varandra*
- *Stöd för verksamhetsutveckling; "ständiga förbättringar"*

- Ger tryck på bättre data, effektivt insamlade, nationell harmonisering

Health Consumer Powerhouse ser fram mot att ytterligare ett slags jämförelse av sjukvården ur vårdkonsumentens perspektiv tas fram. Vi hoppas att projektet blir framgångsrikt och inriktat på vårdkonsumenternas behov och intressen – inte landstingens.

Europeisk jämförelse

I juni 2005 presenterade Health Consumer Powerhouse den första jämförelsen av 12 länders sjukvårdssystem i Europa – European Health Consumer Index (EHCI).

EHCI:s siffror för Sverige visade ett tydligt mönster. Klart är att svensk sjukvård håller mycket hög **kvalitet**. Sverige tar 12 poäng av 12 möjliga i EHCI vad gäller resultat kvalitet medan Tyskland får 8 poäng, Belgien 6 och Storbritannien 7. MRSA-infektioner förekommer jämförelsevis sällan på svenska sjukhus, medan det är vardagsmat i Storbritannien. Dödligheten i hjärtinfarkt är notabelt lägre i Sverige än andra länder.

Värre är det med **tillgängligheten**. Av 12 möjliga poäng i denna kategori får Sverige bara 5 poäng, medan Tyskland får 12 poäng, Belgien 12 och Storbritannien 5. Både Estland och Ungern hade bättre resultat än Sverige vad gäller väntetider. Sverige och Italien var de enda länderna som fick lägsta betyg i kategorin ”Möjlighet att få träffa läkare samma dag”.

Sammanlagt fick Sverige 40 av 60 poäng, och en delad fjärdeplats. Men hade Sverige haft samma tillgänglighet inom sjukvården som Frankrike skulle resultatet blivit hela 47 poäng och en andraplats.

Ur ett europeiskt perspektiv har svensk sjukvård alltså stor potential: det är lättare att öka tillgänglighet och korta väntetider än att förhindra MRSA-smitta eller sänka dödligheten i hjärtinfarkt.

Vårdkonsumentindex 2004-2006

Genom att jämföra resultaten för VKI de tre år indexet har funnits åskådliggörs flera tydliga trender.

En positiv sådan är att svenska landsting raskt och på bred front försöker hjälpa vårdkonsumenterna genom att införa olika tekniska lösningar. 2004 hade 8 landsting infört system för tidsbokning i stor skala inom primärvården, 2005 hade antalet stigit till 14 och 2006 är antalet 15 landsting.

Samma trend kan ses inom receptförnyelser: 2004 gick det att förnya sina recept via Internet i 7 landsting. 2005 erbjöd 11 landsting denna möjlighet, och 2006 16 landsting. Utöver detta kan Stockholms läns landstings *Mina Vårdkontakter* läggas till (även om få stockholmare anslutit sig till denna tjänst), vilket skulle höja siffran till 17.

Landsting med dygnet-runt-öppna telefonrådgivningar ökar också - från 14 år 2005 till 19 år 2006. En nationell telefonrådgivning är också under uppbyggnad och ska starta sommaren 2006.

Vad gäller icke-tekniska lösningar som att betala tillbaka patientavgiften när läkaren är försenad, öppettider som innebär att vårdkonsumenten inte måste ta ledigt från arbetet eller rapportering till Väntetider i Vården har utvecklingen i princip stått stilla.

Nyinvesteringar till trots är tillgängligheten i svensk sjukvård låg. Trots att en besöksgaranti redan 1996 fastslog att alla skulle få träffa läkare inom 7 dagar är det idag bara 17 landsting där 80% av patienterna åtnjuter detta. Antalet landsting som når denna nivå är dessutom konstant från 2005.

4. Sammanfattande resultat av VKI 2006 med kommentarer och indextabell

Topplaceringarna i VKI 2006 är:

Blekinge	12 poäng
Södermanland	11 poäng
Östergötland	11 poäng
Kronoberg	11 poäng
Kalmar	11 poäng
Halland	11 poäng
Västra Götaland	11 poäng
Västerbotten	11 poäng

Vinnare 2006 är Blekinge, som med 12 poäng avancerar från en delad fjärdeplats 2005. Goda vårdresultat och högt konsumentfokus kännetecknas Blekinges resultat i VKI 2006.

Förra årets vinnare Kalmar hamnar på andra plats med 11 poäng, och delar den med bland andra Västra Götaland, som avancerar från fjärde plats. Stockholm rasar från andra till näst sista plats. Uppsala lämnar den jumboplacering landstinget fick 2005 och finns nu på delad fjärdeplats.

Trots att indikatorerna för VKI 2006 och 2005 avsevärt skiljer sig är det notabelt att fyra av sju landsting som 2006 ligger på delad andraplats år 2005 befann sig på de tre främsta placeringarna. Halland och Kronoberg fortsätter på delad andraplats i VKI.

Genomsnittspoängen är 9,8 av 22 möjliga – 45% uppfyllelse. Tyvärr fortsätter trenden från tidigare index med lågt genomsnitt (under hälften).

Några resultat av VKI 2006 som kan framhållas:

- 7 landsting har remisstvång för att besöka specialistläkare - men utan att ha märkbart kortare väntetider, lägre kostnader eller bättre behandlingsresultat än landsting utan remisstvång. Faktum är att de landsting där högst andel (80% eller mer) av befolkningen säger sig få träffa samma läkare är landsting utan remisstvång. De eventuella fördelarna med remisstvång verkar inte att komma vårdkonsumenterna till del. Detta är inte förvånande - i EHCI 2005 visades ett klart samband mellan länder som har remisstvång och länder med långa väntetider till behandling.

- Sedan oktober 2005 gäller en överenskommelse mellan SKL och landstingen om vårdgaranti. Patienter ska kunna nå specialistläkare för undersökning inom 90 dagar eller behandlas inom 90 dagar. Vårdkonsumtindex har sedan 2004 mätt hur stor andel av patienterna som faktiskt undersöks eller behandlas inom 90 dagar, det vill säga vad vårdgarantin anser vara rimlig väntetid. Inte i något landsting har alla enheter lyckats behandla eller undersöka ens 80% av patienterna (räknat som summan av några stora representativa diagnoser). Det går dock inte att utläsa hur många individer som frivilligt väntade mer än 90 dagar på behandling.
- Vårdens resultat varierar avsevärt mellan landstingen. 30-dagarsdödligheten i hjärtinfarkt i Dalarna är under 4%, men mer än dubbelt så hög i Norbotten. Landstinget i Uppsala län amputerar mer än dubbelt så många fötter på pensionärer per capita som Blekinge. Perinealbristningar hos kvinnor som föder barn första gången är mer än dubbelt så vanligt förekommande i Västernorrlands landsting som i landstinget Västmanland. Vissa skillnader kan förklaras med folkhälsfaktorer eller geografi, men inte i denna omfattning. I en europeisk jämförelse ligger dock även de sämsta svenska landsting mycket bra till.
- Användningen av vissa strategiska läkemedel mellan landstingen varierar också avsevärt. Vi har mätt användningen av två läkemedel och noterat påtagliga skillnader. Sundsvalls sjukhus till exempel köper dubbelt så mycket herceptin (for behandling av bröstcancer) per capita som sjukhusen i Stockholm - vilka i sin tur ligger över rikssnittet. Eftersom även Västernorrlands grannlandsting köper in tämligen stora mängder av detta läkemedel torde Västernorrlands herceptinkonsumtion inte bero på att detta landsting sköter grannlandstingens bröstcancervård, utan på andra prioriteringar.
- Kundfokus är i flera avseenden undermåligt. Inget av de 21 landstingen erbjuder vad som är självklart i andra servicebrancher – nämligen öppettider utöver kontorstid. Varför ska Svensson kunna köpa sprit på lördagen, men inte besöka sin husläkare? Skulle IKEA blivit den succé det är genom att ha öppet 9-17 vardagar? Är det rimligt att behöva ta ledigt från arbetet (med ev löneavdrag, minskad produktivitet och lägre skatteintäkter) för att få träffa läkare?

5. Läsanvisningar

Uppbyggnad av Vårdkonsumentindex

VKI 2006 har 17 indikatorer (förra året 16). Fem av dessa kan ge 0-2 poäng, men ingen indikator är viktad. Orsaken till detta fränsteg från VKI:s grundläggande finns/finns inte-skala är införandet av indikatorer som mäter vårdens resultat. Det är lätt att säga att 80% av vårdcentralerna borde ha generösa öppettider – men att fastslå vad som borde vara dödligheten i hjärtinfarkt är omöjligt. Därför...

Kortfattat får de landsting som utmärker sig positivt, genom att ha extra bra vårdresultat, två poäng. De landsting som utmärker sig åt andra hållet får noll poäng. Landstingen som placerat sig mellan dessa får en poäng. Enkelt. Kanske alltför enkelt? Det får framtiden utvisa!

Konsumentfokus

Med detta avsnitt i VKI vill vi belysa i vilken utsträckning sjukvården kan sägas vara anpassad till vårdkonsumenten.

Patientavgiften åter

Får patienter som bokat tid för läkarbesök och måste vänta mer än 30 minuter efter avtalad tid tillbaka patientavgiften? Här avses inte akut- eller jourbesök, utan just tidsbokade besök. Källor: Egna kontakter med landstingen.

Nya läkemedel

Använder landstinget nya, effektiva men dyra läkemedel? Här mäter vi användningen under 2005 av två strategiska läkemedel: bröstcancermedicinen Herceptin och reumatismmedicinerna av tnf-alfa-blockerare (Enbrel, Remicade och Humira) per capita. Vad gäller Herceptin får landsting som använder mer än rikssnittet en poäng per medicin, vad gäller tnf-alfa de landsting som köper medicin för mer än 10 öre per innevånare och år. Källor: Apotekets försäljningsstatistik för 2005.

Remisstväng

Är medborgarna i landstinget fria att direkt vända sig till specialistläkare, eller måste de ha remiss från sin husläkare? Många landsting medger psykolog- eller gynekologibesök utan remiss, men för att få poäng måste remissfrihet gälla alla former av läkarbesök. Källa: SKL, "Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård - hösten 2005".

24 timmars sjukvårdsrådgivning

Har landstinget en dygnet-runt-öppen sjukvårdsrådgivning via telefon? Med detta avses en speciell sjukvårdsrådgivning, inte koppling till ett sjukhus akutmottagning. Källor: Kontakter med landstingen.

Strokevård

Vårdas minst 80% av alla strokepatienter på en särskild strokeavdelning? Gotland och Kronoberg når visserligen denna nivå, men faller från då deras rapportering varit låg vilket lett till osäkra siffror.

Källa: Riks-stroke rapport 2004.

Servicenivå inom primärvården

Primärvården är för de flesta den främsta, och kanske enda, kontakten med sjukvården. Där kan deras åkommor botas, och de behöver då ingen specialistvård. Särskilt viktigt är att primärvården är enkel att nå. Därför mäter vi hela fyra underfaktorer inom denna kategori.

Bekväm tidsbokning

Erbjuder minst 80 procent av vårdcentralerna i landstinget möjlighet att boka tid för besök via Internet eller via ett telefonsystem för återringning, till exempel Tele-Q?

Källor: Kontakter med landstingen.

Öppen mottagning

Har minst 80 procent av vårdcentralerna i landstinget öppen mottagning 1 timme per dag?

Med öppen mottagning avser vi ej tidsbokade, ej akuta besök.

Källor: Kontakter med landstingen.

Vissa landsting ogillar öppen mottagning och anser att den drar ner effektiviteten. En planerad arbetsdag där varje patient har sin tilldelade tid anses vara så mycket effektivare.

HCP anser dock att öppen mottagning har ett stort servicevärde för vårdkonsumenten.

Notabelt är också att svenska primärvårdsläkare, oavsett om de har öppen mottagning eller inte, behandlar långt färre patienter per dag än sina kollegor i andra EU-länder.

Effektivitetsargumentet verkar inte hålla.

Receptförnyelse

Erbjuder minst 80 procent av vårdcentralerna i landstinget möjlighet att förnya recept via Internet? Stockholms landsting har en egen lösning i Mina Vårdkontakter, men då få stockholmare (2-3%) anslutit sig, faller Stockholm ifrån.

Källor: Kontakter med landstingen.

50 timmar

Har minst 80 procent av vårdcentralerna i landstinget ordinarie öppettider som totalt uppgår till 50 timmar per vecka? Här avses reguljär öppettid, inte jour- eller akutmottagningar.

Källor: Kontakter med landstingen.

Väntetider

De flesta vårdkonsumenter vill behandlas så snabbt som möjligt. Långa väntetider riskerar att leda till komplikationer och onödigt lidande. En operation kostar faktiskt lika mycket för landstinget att utföra idag som om ett halvår – väntetider är inget bra sätt att spara pengar på. Alla siffror avser planerade, icke-prioriterade behandlingar.

Läkarbesök inom 7 dagar

Får minst 80 procent av de besökande inom primärvården träffa en läkare inom sju dagar? Endast besök som omfattas av besöksgarantin ingår – återbesök, som kan ha bokats månader i förväg, räknas inte med i statistiken. Inte heller besök i syfte att få intyg eller allmänna hälsokontroller ingår.

Källa: SKL:s tillgänglighetsmätning våren 2006.

Undersöks 80 procent inom 12 veckor

Undersöker varje enhet inom landstinget inom 12 veckor från remiss minst 80 procent av patienterna inom kategorierna allmänkirurgi, ortopedi, öron-näsa-hals, urologi, gynekologi och ögonsjukvård? Här avser vi inte huruvida 80 procent av det totala antalet patienter undersöks, utan om varje enskild mottagning i landstinget når målet.

Källa: Väntetider i Vården.

Behandlas 80 procent inom 12 veckor

Behandlar alla landstingets enheter minst 80 procent av patienterna som behöver primär höftplastik, operation av gråstarr, behandling av ljumskbräck, primär knäplastik, godartad prostataförstoring, urininkontinens hos kvinnor och tonsillektomi inom 12 veckor från det att beslut fattas om att behandling ska ske? Här avser vi inte huruvida 80 procent av det totala antalet patienter undersöks, utan om varje enskild mottagning i landstinget når målet.

Källa: Väntetider i Vården.

Rapporterar landstinget väntetider

Lämnar alla berörda enheter i landstinget information till Väntetider i Vården på sätt som avtalats? Här måste samtliga överenskomna uppgifter lämnas från samtliga enheter avseende alla undersökningar och behandlingar vi mäter ovan för att landstinget ska få poäng.

Källa: Väntetider i Vården.

Vårdens resultat

Hur gott är egentligen vårdresultatet? VKI mäter här fyra faktorer som representerar stora patientgrupper, såväl akutsjukvård som mer förberedda behandlingar och samspelet primärvård-slutenvård. Även sjukvårdens förmåga att erbjuda fast läkarkontakt anser vi i högsta grad vara en resultatfaktor.

Dödlighet hjärtinfarkt

Är 30-dagarsmortaliteten låg vid hjärtinfarktsvård på sjukhus för patienter under 80 år? Denna indikator avspeglar kvaliteten på intensivvården.

Om dödligheten är under 4% ges två poäng, om under 8% en poäng.

Källa: Riks-HIA årsrapport 2004.

Fotamputationer

Är amputationsfrekvensen (knä, underben och fot) låg under åren 2000-2004 för personer äldre än 65? Låg frekvens tolkar vi som uttryck för god förebyggande diabetesvård. Om färre än 500 amputationer utfördes per 100 000 innevånare gjordes under perioden ges två poäng, färre än 800 en poäng.

Källa: Socialstyrelsens statistik för operationer i slutenvård, koder NGQ och NHQ.

Samma läkare

Får personer som valt husläkare träffa samma läkare på vårdcentralen?

Om minst 80% säger sig få träffa samma läkare alltid eller oftast ges två poäng, minst 70% ger en poäng.

Källa: Socialstyrelsens befolkningsenkät 2005.

Förlossningskomplikationer

Är frekvensen av perinealbristningar hos förstagångsföderskor under åren 2000-2004 i landstinget låg? Om färre än 5,2% per år i snitt drabbades av perinealbristningar får landstinget två poäng, högst 8% får landstinget 1 poäng. Vi har valt dessa nivåer för att pedagogiskt belysa kvalitetskillnaderna.

Källa: Socialstyrelsens statistik, Medicinska födelseregistret.

6. FAQ om VKI

Här har vi samlat frågor och svar om VKI som vi tror kan vara av intresse.

Varför ger ni ut Vårdkonsumentindex?

Vårdkonsumentindex vill erbjuda vårdkonsumenten kunskap att göra välunderbyggda bedömningar. Vi framhåller de stora möjligheter till förbättring som faktiskt finns inom sjukvården. Vi vill också visa att några landsting redan arbetar för att ge vårdkonsumenten en starkare ställning. Det är viktigt att se till helheten – den medicinska kvaliteten plus bemötandet av konsumenten! De båda delarna kompletterar varandra. VKI söker spegla helheten, i motsats till kvalitetsjämförelser som bortser från service och tillgänglighet.

Varför jämför ni landsting och inte sjukhus?

Det är landstingen som styr hur sjukhus och vårdcentraler arbetar genom ersättningssystem, riktlinjer och prioriteringslistor. Det är på landstingsnivå beslut tas om policier som berör vårdkonsumenten – vilken information som ska finnas på landstingets hemsida, hur man informerar om valfrihetssystem och så vidare. Därför är det rimligt att göra jämförelser på landstingsnivå.

Varför mäter ni inte fler medicinska faktorer?

För första gången omfattar VKI medicinska resultat. Vi räknar med att detta indexsegment kommer att fortsätta att växa under kommande år. Många faktorer och aspekter inom sjukvården har vi tyvärr inte kunnat ta med. Antingen för att det ännu saknas tillgängliga data (detta gäller till exempel mycket av den medicinska kvaliteten), för att indikatorn är alltför svår att mäta och att den därtill ska vara tillämplig på samtliga landsting (vilket utelämnar mått som rör bland annat högspecialiserad sjukvård).

Vem vinner på att sjukvården jämförs?

Alla! Här är det en tydlig win-win-situation. Konsumenten blir bättre informerad och kan agera för att till exempel slippa vänta i onödan. Landstingspolitikern får ett redskap att ställa krav på och mäta sjukvårdens prestationer. Och för dem som arbetar i vården är det viktigt att veta hur verkligheten ser ut och vilka som är de starka och svaga sidorna. Det växande antal landsting som använder VKI i sitt förbättringsarbete har insett att öppenhet är det första steget mot verklig förbättring.

Detta innebär inte att alla välkomnar detta slags jämförelser. Ju bättre genomlysning desto svårare att förklara dålig service eller medicinska brister. Och visst kan det vara besvärande om konsumenterna söker sig bort från ett sjukhus med svaga resultat eller kräver att ett landsting spottar upp sig. Som så ofta är det en fråga om var man har sin lojalitet: mot konsumenterna eller mot sjukvårdsapparaten? Vi vet var vi står!

VKI 2006 skiljer sig en hel del från VKI 2005 och 2004 när det gäller valet av indikatorer. Varför?

Det är riktigt att flera indikatorer bytts ut. Kvar sedan 2004 är sju: patientavgiften åter vid försening, användarvänlig tidsbokning, bekväm receptförnyelse, primärvården öppen minst 50 timmar i veckan (2004: Vård utanför kontorstid) samt tre väntetidsfaktorer. Vi har bytt ut andra, såsom förekomsten av behandlingsgaranti (som visade sig svårtolkad), information om hur man väljer husläkare (vanskligt att avgöra var ribban skulle sättas för att VKI skulle ge poäng), förekomsten av landstingskatalog och incitament i primärvården (hade svag bäring på vårdkonsumenten) Vi lär oss för varje år och vissa indikatorer, som först framstod som snillrika, visade sig ha ganska lågt informationsvärde. Säkert kommer även årets utformning att förändras. Därför är det klokt att använda indexet måttfullt vad gäller jämförelser över tid.

Om det sker förändringar mellan åren – kan man då jämföra landstingens resultat från ett år till ett annat?

Ja, med viss försiktighet. Ett sätt är att bara jämföra de sju konstanta faktorerna. Vi gör inte anspråk på att redan efter ett par år ha byggt upp en svit av indikatorer; det tar betydligt längre tid. Man kan också jämföra landstingen med varandra respektive år. Oavsett hur man använder materialet framgår att även årets genomsnitt ligger under halva det maximalt möjliga poängutfallet. Det kan tolkas som att det återstår mycket att göra innan landstingsvården nått vad vi skulle kalla en rimlig konsumentstandard!

Går det att jämföra något så komplicerat som sjukvård?

Sjukvård är ingen unik verksamhet, utan kan mätas precis som många andra tjänsteverksamheter. Det kräver dock särskilda metoder och noggrannhet. Socialstyrelsen och sjukhusen själva mäter på sätt och vis redan dagens medicinska kvalitet. WHO och OECD jämför hela länders sjukvårdssystem. Internationellt förekommer många olika mätningar och ranking av sjukvård, sjukhus och till och med individuella läkare. VKI (liksom EuroHealth Consumer Index) är dock ensamt om att mäta konsumentaspekter i Sverige. Läs mer under ”förebilder” på www.vardkonsumentindex.se

Vad hoppas ni blir följden av VKI?

VKI stärker vårdkonsumentens ställning och driver på samhällsdebatten om sjukvårdens behov av förändring. Idealiskt kan detta redskap det bli en morot för alla landsting att bli mer konsumentvänliga. Den som arbetar metodiskt med VKI och andra hjälpmedel kan lättare förbättra sin service till vårdkonsumenten. Därför erbjuder vi oss också att kostnadsfritt presentera VKI ute i landstingen, som ett steg i en kvalitetsdialog. VKI är ett redskap för utveckling.

Vem ligger bakom VKI?

Vårdkonsumentindex framställs och ägs av Health Consumer Powerhouse AB (www.healthpowerhouse.com). Vi är ett privat svenskt informationsföretag som bedriver verksamhet i främst Bryssel och Stockholm. Vi kallar oss en ”do-tank” eftersom vi vill förena idédrivna visioner med utvecklingen av konsumenttjänster på informationsområdet. Vi säljer vårt systemkunnande till affärspartners och räknar med att tjänster riktade direkt till vårdkonsumenten snart ska kunna presenteras. Vår tidning Din Vård (www.dinvard.se) är redan en sådan tjänst och fler ska det bli. Health Consumer Powerhouse leds av Johan Hjertqvist.

Ni har väl några baktankar med ert index?

Vi vill ge konsumenten mer makt över sjukvården. Baktanke stämmer knappast – detta mål är centralt för vår verksamhet och omnämns överallt. Vi hoppas driva på landstingen att bli mer konsumentorienterade och att indexet ska stödja Powerhouse affärsutveckling. VKI tar inte

ställning till hur sjukvården organiseras eller finansieras eller till vilken politisk färg landstingens ledning har. Indexet kan tillämpas oavsett om det finns privata utförare inom landstinget eller ej. Nog borde konsumentanpassad sjukvård vara viktig, oavsett vilken majoritet som styr landstinget?

Vad blir nästa steg?

I juni kommer vi för andra gången att presentera European Health Consumer Index (EHCI), denna gång jämförande sjukvården i samtliga 25 EU:s medlemsländer samt Schweiz. Under 2006 kommer vi börja jämföra vården på diagnosnivå genom tjänster som Svenskt Bröstcancerindex, som jämför förutsättningarna för bröstcancerpatienter i olika landsting. Fler diagnosområden kommer att belysas. Vi kommer också att medverka i skapandet av ett kanadensiskt vårdkonsumentindex: Canadian Health Consumer Index (presentation 2007). ”Vårdkonsumentutveckling” är ytterligare ett nytt område med utbildningsverksamhet i konsumentfrågor som ett centralt inslag.

Vad ska de landsting göra som inte lyckat så bra i årets index?

Vi hoppas att mottagandet blir konstruktivt: att man inte gömmer sig bakom förnekanden eller hänvisningar till tolkningsproblem utan sakligt tar resultatet till sig med ambitionen att nästa år återfinnas på en betydligt bättre position. Erfarenheter från andra rankingsystem är att de som tar vara på kunskapen för att förbättra sig också lyckas, medan de som känner sig förorättade missar denna möjlighet.

Detta är vårt bidrag till förbättringsprocessen. Kriterierna kan – och bör – självfallet diskuteras. Det går säkert – inte minst i dialog – att finna ännu träffsäkrare metoder och redovisningsformer. VKI välkomna detta slags meningsutbyte.

Vi medverkar gärna i utvecklingsarbetet i landstingen genom en kostnadsfri redovisning av indexet i varje landsting. Ibland krävs det inte så mycket för att ett landsting rejält ska kunna flytta sig uppåt i placeringarna.

Sjukvården är i kris. Har landstingen verkligen råd med ”vårdkonsumism” när ekonomin blöder och personalen är utbränd?

Frågan är felformulerad, skulle vi våga säga. Landstingens och sjukvårdens problem kan delvis förklaras av att man ignorerat konsumentperspektivet. Verksamhetsmässigt ser vi ingen ”kris”, däremot imagemässigt.

Genom att primärvården inte har öppet på kvällar och helger (samt är svår att nå under kontorstid) besöker många patienter i stället sjukhusens akutmottagningar, vilket blir dyrare för landstinget. En mer lättillgänglig primärvård skulle mycket väl kunna bli billigare i längden. Konsumenternas bild av vården skulle förbättras.

Användarvänliga system för tidsbokning, receptförnyelse och annan kommunikation sparar patientens tid – en kostnad många landsting bortser från. Detta gäller även väntetider för undersökning och behandling. Den ineffektivitet som långa vårdköer vanligen är prov på vållar avsevärda kostnader även om den typiska landstingsmatematiken betraktar en uppskjuten operation som en besparing. Ökad transparent vad gäller vårdens resultat skulle ge medarbetarna information om starka och svaga sidor. Kunskap motverkar utbrändhet och cynism.

Har du hittat något fel i Vårdkonsumentindex?

Vårdkonsumentindex påstår sig inte vara ofelbart. Vi tar gärna emot eventuella felanmälningar på info@healthpowerhouse.com.

Innan du kontaktar oss, kontrollera att din information stämmer. Menar du (eller landstinget) samma sak som VKI med "Patientavgiften åter" eller "Rapporterar väntetider"? Har ditt landsting kanske ändrat sina regler eller service utan att du märkt det?

De fakta Vårdkonsumtindex vilar på samlades in under februari-maj 2006. Vi har inte kunnat beakta ännu färskare uppgifter. Ett exempel: ett landsting där sex av åtta vårdcentraler under våren hade Tele-Q har alltså fått ett "nej" i index, eftersom 80% av vårdcentralerna måste vara nåbara. Därefter kan landstinget ha utrustat de två återstående och nått 100%, men det är inget vi kunnat beakta i årets VKI.