

Innehållsförteckning

1. Förord	2
2. Därför Svenskt Vårdkonsumentindex	4
3. Vad har hänt under 2004?	8
4. Sammanfattande resultat VKI 2005 med kommentarer och indextabell	11
5. Läsanvisningar	13
6. FAQ	16

Svenskt Vårdkonsumentindex 2005
© Health Consumer Powerhouse
ISBN-nummer: 91-7566-590-5
Vi nås på
www.healthpowerhouse.com
eller
08-642 71 40

1. Förord

Health Consumer Powerhouse, Europas do-tank för bättre sjukvård, arbetar för att definiera och stärka vårdkonsumentens ställning. Med do-tank avser vi att vi inte bara presenterar förhoppningsvis nydanande och utmanande idéer utan även tar steget vidare: att erbjuda praktiska redskap för att belysa vårdkonsumentens belägenhet och ge henne möjlighet att själv agera.

Detta var vårt syfte när vi 2004 – fortfarande inom ramen för Timbro Hälsa – för första gången presenterade Svenskt Vårdkonsumentindex (VKI). Sedan dess har vi planerligt fullbordat vår avknoppning från tankesmedjan Timbro och i egen regi etablerat oss även i Bryssel. Den Europeiska Unionen framstår som en naturlig grund för det fortsatta vårdkonsumentarbetet. Health Consumer Powerhouse kommer i juni 2005 i Bryssel att offentliggöra EuroHealth Consumer Index – EU-applikationen av VKI. Därmed lyfter vi den konsumentrelaterade jämförelsen av den offentliga sjukvården till EU-nivån. Utvecklingen fortsätter av fler konsumenttjänster.

Vårdkonsumentens starka ställning är inget självändamål. Utveckling 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 Svenskt Vårdkonsumentindex börjar vi arbetet på systemnivå: vi granskar landstingens policier och redskap för att möta vårdkonsumenten vad gäller bemötande, service, tillgänglighet och information. Med andra ord, icke-medicinska indikatorer på sjukvårdens serviceinställning. Denna 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-rankingen 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 kommande 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 2005 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 stort mellan det mest ambitiösa landstinget och det sämst konsumentanpassade.

Svenskt Vårdkonsumentindex 2005 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 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 2005

Johan Hjertqvist
VD
Health Consumer Powerhouse

2. Därför Svenskt Vårdkonsumentindex¹

VKI jämför landstingen² 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 undersökte vi om det fanns något samband mellan hur mycket landstingen spenderade på sjukvård och vilken placering de fick i Svenskt Vårkonsumentindex. Vi fann då inget sådant samband³. Det vinnande landstinget, Kalmar, hade bara en procent högre kostnader för sjukvården än rikssnittet. Andra landsting som placerade sig högt i indexet hade kostnader som låg under rikssnittet.

Inte heller i årets Vårdkonsumentindex visar det sig föreligga något samband mellan kostnader och placering⁴. Kalmar behåller förstaplaceringen, men har nu kostnader under rikssnittet. Med undantag för Stockholm har landstingen på den övre halvan av VKI 2005 snarare lägre kostnader för sjukvård än på den undre halvan.

VKI har utformats utifrån vår bedömning av vilket bemötande och service den svenska vårdkonsumenten år 2004 bör kunna förvänta sig. Detta resonemang har fått starkt gehör från patientorganisationer och fokusgrupper, med vilka vi diskuterat indexidé, kriterier och slutlig utformning av såväl 2004 som 2005 års utgåvor 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

¹ Detta kapitel är i stor utsträckning baserat på Svenskt Vårdkonsumentindex 2004 s5ff

² Gotland är visserligen en kommun som bedriver sjukvård, men för enkelhetens skull används begreppet ”landsting” genomgående i denna rapport.

³ Svenskt Vårdkonsumentindex 2004, sid 6

⁴ Tabell E26, ” Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2003 — Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner”, Landstingsförbundet 2004

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.

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 fåfäng 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 Storbritannien⁵ är ett sådant ambitiöst privatägt informationssystem. I Nederländerna har de första stegen i ett likartat statligt system nyligen offentliggjorts⁶. Den svenska Socialstyrelsen arbetar inom projektet Info-VU (Informationsförsörjning och Verksamhetsuppföljning)⁷ med att samla och designa användarinformation, även om konsumentperspektivet ännu tycks saknas. EuroHealth Consumer Index kommer, som redan sagts, att från och med 2005 börja jämföra EU-ländernas vårdssystem ur konsumentperspektiv.

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 socialbidragstagare” och ”kostnader för flyktingmottagande”. 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

⁵ <http://www.drfooster.co.uk>

⁶ <http://www.kiesBeter.nl>

⁷ <http://www.sos.se/Hs/storproj/inf.htm>

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. Undersökningen omfattar alla landsting utom Jämtland och Gotland, men saknar ranking-inslag. 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 hemsida⁸ 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 (RIKSHIA) 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

⁸ www.vantetider.se

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”.⁹

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.

3. Vad har hänt under 2004?

Vad har hänt under det år som gått sedan Svenskt Vårdkonsumentindex introducerades? 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?

Sjukvården är en mycket stor och historietyngd organisation, fördelad på 21 landsting med olika politiska majoriteter och förutsättningar. Att förvänta sig dramatiska förändringar på bara ett år vore därför väl optimistiskt – även om vårt grannland Norge på bara ett år omvandlade stora delar av sitt sjukvårdssystem i grunden.

Vi kan dock studera det gångna året utifrån tre separata perspektiv för att få en indikation på i vilken riktning Sjukvårds-Sverige är på väg.

⁹ *Verksamhetsuppföljning i hälso- och sjukvården genom performance indicators – exempel från andra länder.* Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet. 2003. s 38 ff.

Vårdgarantin

För det första har den sedan länge aviserade vårdgarantin presenterats. Vårdgarantin fördes redan 2002 fram av socialminister Lars Enqvist i hans första maj-tal och har länge varit något som omnämnts i högtidstal och riksdagsdebatter – men utan konkreta fakta eller substans. Den 11 februari 2005 ingick så Landstingsförbundet och staten ett avtal, som kortfattat betyder att om väntetiden i ett landsting överstiger tre månader har patienten rätt att söka vård i annat landsting, med såväl resa som behandling betald av hemlandstinget. Vårdgarantin ska träda i kraft den 1 november 2005.

Utformningen är på flera sätt en överraskning. Många hade väntat sig att den bara skulle omfatta ett begränsat antal behandlingar, på samma sätt som den borgerliga regeringens vårdgaranti 1992-1994. Andra trodde att vårdgarantins införande skulle innebära att det fria vårdvalet skulle inskränkas. Ytterligare några trodde att vårdgarantin aldrig skulle materialiseras utan förbli ett diffust löfte.

Istället ska vårdgarantin nu omfatta all sjukvård utan undantag. Regeringen skjuter också till 700 miljoner kronor för att förbereda införandet av vårdgarantin under 2005.

Svensk sjukvård i internationell belysning

För det andra presenterade Sveriges Kommuner och Landsting presenterade i april i år rapporten "Svensk sjukvård i internationell belysning", en jämförelse mellan olika länders sjukvårdssystem. Rapporten var en sammanställning av flera internationella jämförelser av sjukvård och även egna studier kring nyckeltal inom sjukvården.

Att SKL, representanten för de främsta sjukvårdsproducenterna och organisatörerna av svensk sjukvård – det vill säga landstingen, skulle göra en sådan jämförelse, var inte oväntat. Jämförelser mellan olika länders system har blivit allt vanligare under senare år. Ännu är dock perspektivet folkhälsa snarare än konsumentens tillgänglighet och service.

Båda dessa händelser kan vid en ytlig blick ses som steg i riktning mot en mer konsumentorienterad sjukvård och tänkande. Tyvärr är så inte fallet, är vår bedömning.

Vårdgarantin riskerar snarare bli ett sätt att korta de formella väntetiderna än att angripa de verkliga väntetiderna. Brott mot "garantin" är inte förenat med någon sanktion. Ett landsting som har längre väntetid till behandling men vägrar betala sjukvård utomläns kan inte straffas. Vårdkonsumenten kan inte heller kräva att få vård med hänvisning till garantin.

Vårdgarantin omfattar också bara sjukvård som hemlandstinget utför, och enligt gällande prioriteringsordning. Nu pågår ett omfattande arbete inom landstingen med att definiera vad som prioriteras respektive inte prioriteras. Vad vårdgarantin faktiskt kommer att omfatta är fortfarande oklart, men det är mycket möjligt att vi kommer få 21 separata vårdgarantier – en för varje landsting.

Vårdgarantin gäller från det att remiss till behandling utfärdats. Det kommer vara fullt möjligt för ett landsting att kringgå vårdgarantin genom att fördröja utfärdandet av remiss.

Kortfattat skulle en "garanti" av vårdgarantins typ aldrig kunna lanseras i andra branscher. Vem skulle köpa en bil om garantin var beroende av i vilken kommun köpet skedde? Hur lång tid skulle det ta för en minister att kräva ingripande om hon/han fått svaret "I vårt

garantiåtagande för bilar inköpta i Tyresö kommun täcks inte rostskador – då skulle du köpt bilen i Örebro”?

SKL:s undersökning är omfattande och ambitiös, men lider av att den har tydligt producentperspektiv. Slutanvändarens synsätt beaktas inte. Av 32 diagram eller tabeller som avser sjukvård tar fyra upp ekonomi, sex behandlingsresultat och 22 övrig statistik såsom förväntad livslängd vid födseln. Ingen illustration utgår från vårdkonsumentens perspektiv eller intresse.

Undersökningen befäster bilden av sjukvård som en utgift och ett problem– inte som en möjlig tillväxtnäring där vårdproducenter och vårdkonsumenter kan samarbeta.

Svenskt Vårdkonsumentindex

En tredje möjlighet att mäta hur landstingen utvecklats är Svenskt Vårdkonsumentindex. Om man 2005 upprepar den mätning vi gjorde år 2004 med samma faktorer, och därmed mäter vilka förändringar som skett på ett år med identiskt underlag, får vi följande resultat:

- Den genomsnittliga poängen skulle stiga från 4,5 av 16 till 5,0. En liten men märkbar förbättring.
- Fem landsting fler än 2004 har nu användarvänliga bokningssystem inom primärvården – totalt 13 av 21 landsting.
- Ytterligare fyra landsting har infört möjlighet att förnya recept via Internet.
- I tre landsting har väntetiderna vuxit och blivit längre än 52 veckor.
- Ett landsting som 2004 rapporterade alla fakta till *Väntetider i Vården* gör det inte 2005 – men ytterligare två landsting rapporterar nu allt till *Väntetider i Vården*.

Kalmar skulle fortfarande behålla förstaplatsen med 8 poäng, men på efterföljande platser skulle stora förändringar ske.

VKI 2004

8 poäng
Kalmar

7 poäng
Östergötland
Jönköping

6 poäng
Uppsala
Västernorrland
Västerbotten

VKI 2004 med dagens statistik

8 poäng
Kalmar

7 poäng
Jönköping
Halland
Jämtland
Västerbotten

6 poäng
Uppsala
Sörmland
Östergötland
Västernorrland

Denna jämförelse visar två trender - en positiv, där flera landsting underlättar kommunikation mellan vårdkonsument och läkare genom automatiserade system för receptförnyelse och tidsbokning. En negativ trend är att väntetiderna växer: tre landsting som tidigare hade maximalt 52 veckors väntetid för ett urval representativa behandlingar, har nu längre väntetider än ett år.

Ett oroväckande faktum är att inga positiva reformer genomförts. Inget landsting har under året infört regler om att patienter som bokat tid och därefter måste vänta ska kompenseras för förseningen. Köerna till undersökning och behandling är genomgående fortfarande över tolv veckor, och inget landsting har lyckats sänka maximal väntetid till under ett år.

4. Sammanfattande resultat VKI 2005 med kommentarer

Topplaceringarna i VKI 2005 är som följer:

Kalmar	9
Stockholm	8
Kronoberg	8
Halland	8
Västerbotten	8
Östergötland	7
Jönköping	7
Gävleborg	7
Jämtland	7

Kalmar vinner även 2005 tävlingen om vilket landsting som erbjuder den mest vårdkonsumentvänliga sjukvården. VKI 2005 visar att Kalmar får nio av möjliga 16 poäng. Fyra "runner up"-landsting delar andraplatsen med åtta poäng: Halland, Kronoberg, Stockholm och Västerbotten. Rasat i VKI jämfört med 2004 har främst Uppsala, som nu blir sist, och Västernorrland, Västmanland och Norrbotten.

Genomsnittspoängen 2004 var 4,50 (mätt på 12 faktorer varav fem viktade, vilket gav totalt 16 poäng). I år arbetar indexet med totalt 16 faktorer. Eftersom varje indikator i år ger 1,0 poäng är maxresultatet alltså 16 poäng, det vill säga oförändrad maximal utdelning. Genomsnittet är i år 6,14 poäng eller knappt 40% uppfyllelse. 2004 var uppfyllelsegraden lägre eller knappt 30%. Med tanke på att vissa beräkningsgrunder ändrats bör dock sådana paralleller användas försiktigt men kan kanske tolkas som att en viss förbättring skett från en mycket låg nivå.

Vilka tendenser kan då utläsas av 2005 års resultat?

- Ur IT-synpunkt förbättras sjukvården – ytterligare fem landsting har det gångna året infört användarvänliga bokningssystem inom primärvården. Ytterligare fyra har infört möjligheten att förnya recept via Internet. 2004 var det bara en tredjedel av

landstingen där dessa lösningar användes i stor skala – 2005 använder hälften av landstingen dessa tjänster.

- Drygt 85 procent av primärvårdens patienter får träffa läkare inom sju dagar. Det är inte perfekt och jämfört med många andra länder fortfarande lång väntetid, men en förbättring från 2002 då bara 76 procent fick vård inom åtta dagar¹⁰. Här ökar konsumentvänligheten.
- När det gäller tillgängligheten i primärvården är situationen fortfarande dystert. Svensk primärvård fortfarande mycket otillgänglig, jämfört med andra västeuropeiska länder. De öppna mottagningarna blir allt färre och öppettider utöver kontorstid är mycket ovanliga. Svenskens relation till sin husläkare är uppseendeväckande diffus; enligt en färsk opinionsundersökning har bara 35% själva valt sin husläkare och ser honom/henne inte som någon betydelsefull kunskapskälla (varannan saknar ännu 2005 husläkare!).
- I inget landsting har öppen mottagning hos husläkare och vårdcentraler slagit igenom. Samma sak gäller vårdcentraler som är öppna minst 50 timmar i veckan för att ge konsumenten bättre möjligheter till besök. Bara en dryg tredjedel av landstingen har system som uppmuntrar läkare i primärvården att ta emot många patienter – trots att alla erfarenheter visar att ekonomiska morötter ger resultat. Här råder en negativ status quo.
- När det gäller väntetider till planerade besök och behandlingar tycks trenden gå i fel riktning, visar VKI 2005. I tre landsting har väntetiderna det senaste året ökat och blivit längre än 52 veckor. Inte i något landsting behandlar alla enheter minst 80 procent av patienterna inom tolv veckor. Inget landsting klarar att undersöka och behandla alla patienter inom tolv veckor – den tidsgräns som om fem månader kommer att gälla enligt den nationella vårdgarantin! De maximala väntetiderna växer snarare än minskar. Vad gäller tillgängligheten riskerar utvecklingen att gå bakåt.

Vårdgarantin

En mer övergripande kommentar är att den nationella vårdgarantin knappast kommer uppfyllas enligt de politiska riktlinjerna.

Tidningen Dagens Samhälle gjorde i april i år en undersökning bland landstingen om de trodde sig kunna uppfylla vårdgarantins mål. Bara tre landsting svarade positivt.

VKI 2005 visar att sannolikheten för att vårdgarantins mål ska uppfyllas enligt avtalet är ännu lägre. Inget landsting uppfyller kravet att vård ska erbjudas inom tre månader. Inget landsting kan heller erbjuda besök hos specialistläkare för undersökning inom tre månader, trots att det är en integrerad del av vårdgarantin.

Svenskt Vårdkonsumentindex mäter i detta index bara vanliga och omfattande diagnoser, vilka är tämligen lätta att behandla och korta köerna till. Vårdgarantin kommer omfatta

¹⁰ Väntetider i Vården. Väntetid till allmänläkare – första nationella mätningen våren 2002 sid 5. Landstingsförbundet 2002.

smalare och mer krävande diagnoser som anorexia, ständig smärta och andra behandlingar som idag kan ha årslånga köer till behandling.

Två tidiga delar av vårdgarantin var dels löftet på högst sju dagars väntetid för läkarkontakt, dels rapporteringen till Landstingsförbundets väntetidsprojekt Väntetider i Vården. Tillgänglighetsgarantin infördes 1997, men år 2002 fick 76 procent¹¹ av förstagsbesökarna i primärvården träffa läkare inom åtta dagar (det vill säga en dag mer än garantin avsåg) och först våren 2005 85 procent.

Väntetider i Vården lider fortfarande av bristfällig rapportering. I VKI 2004 fick bara tre av 21 landsting godkänt för medverkan i Väntetider i Vården – i VKI 2005 är det fyra landsting som rapporterar allt. Om uppfyllandet av dessa tidiga delar av vårdgarantin kan förebåda vad som kommer att hända med vårdgarantins mer konkreta mål kommer vårdgarantin inte vara till någon hjälp för vårdkonsumenten på flera år – om ens någonsin.

5. Läsanvisningar

Uppbyggnad av VKI 2005

VKI 2004 byggdes upp med dels viktade, dels oviktade faktorer. Fem av tolv faktorer gav dubbel poäng. Skälet var att vi bedömde vissa egenskaper som mer betydelsefulla för vårdkonsumenten än andra. Så fick ett landsting som till exempel klarade att behandla minst 80% av patienterna inom tolv veckor två poäng medan en faktor som att redovisa väntetidsläget gav en poäng.

Under det fortsatta arbetet med VKI 2005 har vi emellertid bestämt oss för att endast ange ”finns/finns ej”. 2005 års index viktat sålunda ej faktorer. Skälet är att de faktorer vi ser som särskilt angelägna visat sig ofta vara landstingens akilleshäla. Få har med andra ord kunnat tillgodogöra sig de dubbla poängen. Viktningen framstår därför som mindre meningsfull.

Det utesluter inte att VKI i framtiden kommer att arbeta med viktade faktorer. Men 2005 tilldelas alltså varje indikator en poäng.

Konsumentfokus

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

Faktorer:

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.

Läkarbesök inom 7 dagar

Får minst 80 procent av de besökande inom primärvården träffa en läkare inom sju dagar? Här utgår vi från SKL:s tillgänglighetsmätning för våren 2005. Endast besök som omfattas av

¹¹ Tabell 7, ”Väntetider till allmänläkare. Sjunde nationella mätningen”. Sveriges Kommuner och Landsting 2005

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.

Servicenivå inom primärvården

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

Alla vårdcentraler har inte identiska förutsättningar. Vissa vårdcentraler har färre personer inom sitt upptagningsområde, eller annan struktur på de potentiella patienterna. Därför behöver bara 80 procent av vårdcentralerna i ett landsting uppfylla kraven för att det ska ge poäng i VKI. Det vore meningslöst att kräva kvällsöppet på en vårdcentral som ligger i ett renodlat kontorsområde där alla går hem efter kl 17.00.

Faktorer:

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?

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.

Denna faktor har visat sig var en av de mest kontroversiella i hela indexet. Många läkare 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.

Det är en naturlig inställning från vårdpersonalen. 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?

50 timmar

Har minst 80 procent av vårdcentralerna i landstinget ordinarie öppettider som totalt uppgår till 50 timmar per vecka? Här avses inte jourmottagningar.

Väntetider

Allt underlag avseende väntetider har hämtats från Landstingsförbundets projekt "Väntetider i Vården", som är den bästa allmänt åtkomliga rapporteringen om tillgänglighet. Alla siffror avser planerade, icke-prioriterade behandlingar.

Faktorer:

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.

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.

Behandlas alla inom 52 veckor

Beräknas alla landstingets enheter behandla alla patienter inom de sju kategorierna som nämnts ovan inom högst ett år? Observera att detta är en prognos, inte nödvändigtvis den verkliga väntetiden.

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 enligt ovan för att landstinget ska få poäng.

Sjukvårdsinformation

Aktiva vårdkonsumenter behöver information för att kunna jämföra, söka mer information och fatta överlagda beslut. Det är inte bara mängden sjukvårdsinformation ett landsting tillhandahåller som uttrycker hur konsumentvänligt landstinget är utan i lika hög grad hur användarvänlig och väl designad informationen är. Därför lägger Svenskt Vårdkonsumentindex stor vikt vid hur informationen presenteras.

Faktorer:

Hemsida

Har landstinget en speciell hemsida för sjukvårdsinformation? Antingen kan den vara fristående från landstingets hemsida eller så kan den vara en del av den, men då ha en tydlig avgränsning så att är tydligt att bara sjukvård avhandlas där.

24 timmars sjukvårdsrådgivning

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

Landstingskatalog

Har landstinget en landstingskatalog som kommer ut varje år och skickas till alla hushåll i landstinget?

”Systemkvalitet”

Incitament inom primärvården

Får primärvårdsmottagningarna/läkarna inom primärvården en särskild ersättning per besök, utöver patentavgiften? Ersättningen kan vara liten eller stor, tilldelas vårdcentralen eller en enskild läkare – det relevanta är om landstinget har ett ersättningssystem som uppmuntrar primärvården att ta emot patienter. Om landstinget har flera primärvårdsområden med olika ersättningssystem måste alla system ha incitament för att ge poäng.

Offentliggör Vårdbarometer

Medverkar landstinget i *Vårdbarometerns* mätningar, och offentliggörs resultatet?

Sjukskrivning bland medarbetare

Är sjukskrivningen i landstinget under genomsnittet för landstingen? Här utgår vi från den statistik tidningen Dagens Samhälle publicerade 15/3 2005. Vi medger att mätmetoden innebär att hälften av landstingen per automatik får underkänt, men kunde givet dagens siffror (som innebär stor spännvidd) inte hitta någon bättre måttstock.

6. FAQ

Varför ger ni ut Svenskt Vårdkonsumtindex?

VKI vill sätta vårdkonsumenten i fokus för sjukvårdsdebatten, och framhålla 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 v konsumenten! De båda delarna kompletterar varandra. VKI:s bidrag är att belysa bemötandet av vårdkonsumenten.

Varför jämför ni just landstingen?

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.

Vi avser dock att under 2005 inleda arbetet på ett särskilt sjukhusindex, där vi vill mäta och jämföra sjukhusspecifika faktorer. Då blir det möjligt att beakta faktorer som huruvida vissa medicinska riktlinjer tillämpas, som ökar effektiviteten och säkerheten vad gäller en operationsmetod eller medicinering. Målet är att kunna utse de ”mest konsumentvänliga sjukhusen”. Därmed får den enskilde ett praktiskt redskap för att göra informerade val av var hon/han vill behandlas. Skillnaderna i kvalitet och service mellan sjukhus kommer att uppmärksammas och skapa debatt, räknar vi med.

Varför mäter ni inte felbehandlingar eller rent medicinska faktorer?

Många faktorer och aspekter inom sjukvården har vi tyvärr inte kunnat ta med. Antingen för att det ännu saknas tillgänglig information (detta gäller till exempel mycket av den medicinska kvaliteten), för att faktorn är alltför svår att mäta och att den därtill ska vara tillämplig på samtliga landsting (vilket utelämnar mått som rör bland annat högspecialiserad

sjukvård). Det är också svårt att hitta medicinska faktorer som är gemensamma på landstingsnivå. Felbehandlingar är något som bör mätas på sjukhusnivå eller ännu lägre ner i vårdstrukturen.

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

Varför?

Det är riktigt att flera indikatorer bytts ut. Kvar sedan 2004 är åtta: patientavgiften åter vid försening, användarvänlig tidbokning, bekväm receptförnyelse, primärvården öppen minst 50 timmar i veckan samt de fyra väntetidsfaktorerna. Vi har bytt ut andra, såsom förekomsten av behandlingsgaranti (som visade sig svårtolkad), det fria vårdvalet (ganska poänglöst eftersom alla infört det) och information om hur man väljer husläkare (vanskligt att avgöra var ribban skulle sättas för att VKI skulle ge poäng). Vi lär oss för varje år och vissa indikatorer, som först framstod som snillrika, visade sig ha ganska lågt informationsvärde. Vi har i VKI 2005 sökt minimera de faktorer som kräver en värdering. Vi inriktar oss nu på ”finns/saknas”-variabler som inte kräver en subjektiv tolkning. Men säkert kommer även årets utformning att förändras 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 åtta konstanta faktorerna (vilket vi också gjort, se tabell sid. 10). Vi gör inte anspråk på att redan år 2 ha byggt upp en svit av indikatorer; det tar betydligt längre tid. Man kan också jämföra landstingens med varandra respektive år. Oavsett hur man använder materialet framgår att genomsnittet ligger under halva den maximalt möjliga utfallet. Det kan tolkas som att det återstår mycket 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. Läs mer under ”förebilder” på www.vardkonsumetindex.se Svenskt Vårdkonsumetindex mäter år 2005 utgår främst politisk ambitionsnivå, servicenivå och väntetider, vilka är förhållandevis lättare att mäta och jämföra.

Vad hoppas ni blir följden av VKI?

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 presentera VKI ute i landstingen, som ett steg i en kvalitetsdialog. VKI är ett redskap för utveckling. Förhoppningsvis vill inget landsting framstå som ointresserat av vårdkonsumenten.

Vilka ligger bakom VKI?

Svenskt Vårdkonsumetindex framställs och ägs av Health Consumer Powerhouse AB (www.healthpowerhouse.com). Vi är ett privat svenskt företag 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 våra konsumenttjänster snart ska kunna presenteras.

Ni har väl några baktankar med ert index?

Inget värre än att vi hoppas att landstingen blir mer konsumentorienterade och att indexet ska stödja Powerhouse affärsutveckling. Inget värre än att vi hoppas att landstingen blir mer konsumentorienterade. VKI tar inte

ställning till hur sjukvården organiseras eller finansieras eller till vilken politisk färg landstingets ledning har. Indexet kan tillämpas oavsett om det finns privata utförare inom landstinget eller ej. VKI bygger helt på offentliga uppgifter, levererade av landstingen, som haft tillfälle att kommentera underlag och resultat.

Nog borde konsumentanpassad sjukvård vara viktig, oavsett vilken majoritet som styr landstinget?

Vad blir nästa steg?

I juni kommer vi att lansera European Health Consumer Index, där sjukvårdssystemen i ett dussin europeiska länder jämförs. Under hösten 2005 påbörjar vi ett index som jämför svenska sjukhus på samma sätt som VKI jämför landsting.

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.

Bättre konsumentbemötande behöver inte heller bara innebära ökade kostnader. Tvärtom talar mycket för att väl fungerande konsumentinformation minskar kostnader i andra delar av vårdorganisationen. Dyrast är att ha brisfällig information varvid många patienter och konsumenter hör av sig med ”onödiga” frågor, hamnar fel i systemet eller blir missnöjda med resultatet.

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.