

Vårdmatchning för ökad tillgänglighet och likvärdighet

Lars Nordgren¹ Anki Eriksson² Anders Morin³

¹Med en bakgrund som ekonom, organisationskonsult och sjukhusdirektör inom hälso- och sjukvården är docent Lars Nordgren verksam som universitetslektor och forskare vid institutionen för Service Management, Lunds Universitet. E-post: lars.nordgren@ism.lu.se.

²Seniorkonsult vid Time Care AB och ³Välfärdsansvarig vid Svenskt Näringsliv har bidragit till artikeln med värdefulla idéer och kommentarer.

Då nuvarande sjukvårdsstruktur inte förmår realisera ett effektivt kapacitetsutnyttjande inom och mellan vårdenheter och skapa likvärdig tillgänglighet av vård i landet, finns ett behov av att utveckla en ny tjänst - *Vårdmatchning*. Tjänsten innebär matchning av vårdtjänster utifrån vårdbehov och är tänkt att ge möjlighet att välja vård i hela landet i syfte att underlätta likvärdigheten för vårdsökande genom förbättrat utnyttjande av resurser och kompetens. Tjänsten är tänkt att utföras med ett matchningssystem som hanteras av en matchningsenhet, som utgör ett oberoende mellanled mellan patient och vårdproducenter. Genom att matcha kapacitet skapas en samordnad vårdtjänst som erbjuds den vårdsökande och dess remittenter. Systemet ska kunna appliceras inom ett landstingsområde, regionalt eller nationellt och kunna tillämpas inom offentlig och privat hälso- och sjukvård.

As healthcare lacks incentives and structures for matching capacity between various care providers and for coordinating episodes of care, the result is capacity management that is difficult and uncertain. The organising of healthcare is not adapted to be able to assume the overall responsibility for the coordination of processes of care. The lack of coordination of care forms the departure point for outlining the conditions for designing a service system adapted to healthcare. The head point is to outline the conditions for a matching system in order to better match the available capacity in and between healthcare units in order to meet the value creating process of the patients. As an effect a coordinated service will be offered the patients and their agents.

Introduktion - problem med tillgänglighet¹

En gängse uppfattning i svensk hälso- och sjukvårdsdebatt indikerar att service i sjukvården som tillgänglighet till vård, med fokus på mätning av väntetider, fortfarande hör till sjukvårdens akilleshälar.² Ett skäl till att denna brist fokuseras kan vara att ett system som producerar vård inom begränsade ekonomiska och geografiska ramar inte matchar vare sig behov eller efterfrågan av vård. En annan orsak kan vara att drivkrafter för utveckling av sjukvården inte primärt är inriktade på att gynna utveckling av system för sam³ ordning av vårdförlopp för patienter. Anders Anells forskning om vårdprofessionens hegemoni tyder på att sjukvårdens utveckling och den professionella, eller akademiska, samt konkurrensens följer i form av medicinsk utveckling, kompetensutveckling, stuprör, specialisering och revir i allt väsentligt utgör hinder för samverkan inom hälso- och sjukvården.⁴ Koordinering och matchning av kapacitet och kompetens till patienten såväl inom som mellan vårdenheter, t.ex. sjukhus, uppfattas också som otillräckligt utvecklade. Det saknas således samlad information som underlag för planering av kapacitet över geografiska och organisatoriska gränser, vilket illustreras av att det kan finnas tillgäng-

liga resurser i ett landsting samtidigt som det finns brist i ett annat.⁵

Ett annat problem handlar om att organisering av sjukvårdsarbete påverkar möjligheterna till kontinuitet i vården då den vertikala uppdelningen av det medicinska arbetet, liksom sjukhusläkarnas organisatoriska knytning till arbetsschema och fasta positioner skapar bristande möjligheter till samordning av vårdförlopp för patienter.⁶ Även om det görs betydande insatser så har sjukvården inte anpassat sin arbetsorganisation för att kunna ta ett helhetsansvar för patientens vårdförlopp utan patienten slussas från en station till nästa, vilket jämte svårigheter med att överföra remisser och journalinformation som åtföljer patienten, bidrar till bristande kontinuitet för patienten.

En given förutsättning är vidare att vårdenheter enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård för befolkningen inom sitt landstingsområde. Detta innebär att landstingens intresse för att tillgodose valfrihet över landstingsgränser är starkt begränsat, vilket även framstår som tydligt i hälso- och sjukvårdslagen.⁷ Ulrika Winblads forskning om vårdvalsreformerna visar att valfrihet för patienten, i synnerhet om valfriheten gäller nationell nivå, av

¹Artiklens teoretiska delar bygger vidare på Nordgren L., Utveckling av tjänsteproduktivitet inom hälso- och sjukvård, Socialmedicinsk tidskrift no 4, 2008, sid. 340-353, samt på Nordgren L., 2009, i vilken potentialen för ökad produktivitet utvecklas.

²WHO 2000, Hanning 2005, Prop. 2004/05:1, Finansdepartementet 2005: "Att få bort väntetider och köer för besök och behandlingar är enligt vår uppfattning den strategiskt sett viktigaste åtgärden om man vill behålla en offentlig finansierad sjukvård med lika villkor för alla medborgare (ibid., sid. 84).

³Anell 2004.

⁴Ibid.

⁵Kapacitetsskillnader kan förklaras av joursystemets uppläggning, säsongsmässiga variationer av sjukdomsfrekvens och av att det förekommer ineffektivt utnyttjande av tid (se Nordgren 2008 b).

⁶Vinge 2005, sid. 110 som associerar till maskinbyråkrati.

⁷Winblad 2007, Nordgren 2010.

förtroendevalda i landstingen kan uppfattats som en maktförskjutning till patienterna och har därför motarbetats. Det är t.ex. inte möjligt att lista sig på en vårdcentral utanför det egna landstingsområdet och det har funnits ett motstånd mot att samverka om resurser mellan landstingen.

En annan given förutsättning är att sjukvårdens tjänster inte kan lagras till ett senare tillfälle. Ett visst tillfälle till vård som inte verkställs minskar då värdet av insatta resurser.

Kännetecknande för kostnadsstrukturen i sjukvården är höga fasta kostnader. Tillkommande kostnader i samband med behandlingar och besök är vanligen marginella jämfört med de fasta, varför det är ekonomiskt intressant att utnyttja fasta tillgångar väl. De beställningssystem som används för att reglera efterfrågan på sjukvård kan dock förvärra problematiken. Om sjukhusets beställningsvolym är för liten i förhållande till efterfrågan, kan detta medföra att sjukhuset har slutfört sitt beting av operationer innan budgetåret är slut samtidigt som det finns kö och ledig kapacitet som inte utnyttjas. Ytterligare problem för patienter och vårdgivare är att regler för valfrihet och vårdgaranti anses som svårtolkade och oöverblickbara för patienten.⁸ Vidare saknas tillgänglig information för patienter om kvalitet för olika behandlingsalternativ.

I november 2005 infördes en nationell vårdgaranti med syftet att förbättra tillgängligheten av sjukvård. Garantin sammanfattas under parollen 0 - 7 - 90 - 90, där siffrorna symboliserar antalet dagar som en patient behöver vänta för att få tillgång till primärvård, läkarbesök, specialistläkare och behandling. Från det att patienten fått en remiss till specialistläkare kan det ta upp till ett halvt år (90 plus 90 dagar) innan behandling ges. För många patienter kan detta inte anses vara en kort tid. Det är också osäkert om garantin, även med en resursförstärkning, kommer att få en långsiktig effekt på vårdköer och om den kan ses som bindande för landstinget.⁹

Sammanfattningsvis saknar hälso- och sjukvården system för matchning av kapacitet och samordning av vårdepisoder, vilket medför en osäker kapacitetsstyrning. Långa vänte- och ledtider mellan vårdinsatser, beroende på bristande samordning av vårdflöden, innebär ökade risker för patienten och bidrar till att vårdkapacitet och personalens tid används ineffektivt, vilket kan betyda att resurser kan stå outnyttjade. Samarbetet mellan olika vårdgivare anses också vara otillräckligt utvecklat och ta för lång tid. Om kapacitet och kompetens inte matchas optimalt uppstår situationer där patienten kan hamna på ”fel vårdnivå” eller i kö, med kvalitetsförsämring och kostnadsökning som följd.

⁸Nordgren 2010
⁹SOU 2008:127

Behov av matchning

I den gjorda problembeskrivningen har identifierats olika skäl till bristande koordinering av vårdförlopp och till varför incitament och system för att använda sjukvårdens resurser över organisatoriska och geografiska gränser inte utvecklats. Hur skulle då ett system för matchning kunna utvecklas? Genom analys av forskning om effekter av reformer för valfrihet och vårdgaranti är en slutsats att ett system för ”Vårdmatchning” behöver utvecklas, där tillgänglighet och kvalitet för verksamheter ska kunna följas och där patientens val av vårdgivare matchas genom information, råd och erbjudanden.¹⁰ Villkor för matchning är:

- kunskap om patientens behov, egna önskemål och medverkan i systemet
- tydliga nationella regler för vårdgaranti och valfrihet
- faktaredovisning och kvalitetsregister som samlas och görs transparenta
- incitament (kalkyl) för samverkan över institutionaliserade gränser mellan enheter
- samordnade IT-system för informationshantering och administrativt stöd
- system för att matcha vårdtjänster över gränser som möjliggör bokning av kapacitet inom hela systemet i hela Sverige

Utan översikt om sjukvårdens kapacitet (lokalt, regionalt och nationellt)

saknas förutsättningar för kapacitetsstyrning mellan vårdenheter inom och mellan olika landsting.

Idé

Tanken är att redovisa ett underlag för att kunna utveckla en ny tjänst som syftar till att matcha och boka vårdtjänster utifrån vårdbehov. Utgångspunkten är att komplettera, stödja och matcha den värdeskapande process som patienten själv är en del av.¹¹ Om en patient söker sig till ett visst sjukhus ska denne få ett erbjudande antingen till detta sjukhus eller till ett annat, i första hand i närheten av hemmet, vilket medför att patienten inte själv behöver ringa runt till olika vårdenheter som f.n., dvs. till en förbättrad servicekvalitet. Tjänsten är tänkt att utföras med hjälp av ett matchningssystem som hanteras av en professionell matchningsenhet. Enheten utgör ett oberoende mellanled mellan patient och producenter. Genom matchning av tillgänglig kapacitet och insatser ska en samordnad vårdtjänst erbjudas den vårdsökande och dess remitterter. Systemet ska kunna användas lokalt (inom ett landsting), regionalt (inom en region) och nationellt (i hela landet) och utgöra en funktion för att möjliggöra valfrihet och vårdgaranti. Målet är att öka tillgängligheten till vård, minska vårdköer och öka likvärdigheten att få vård för medborgare i hela landet. En annan effekt blir ökat kapacitetsutnyttjande och förbättrad samhällsekonomi. Någon kalkyl har dock inte gjorts av vilket ekonomiskt utrymme

¹⁰Hanning 2005, Winblad 2007, Le Grand 2007, Anell 2008, Nordgren 2010

¹¹Nordgren 2009

som skulle kunna skapas.

Teoretiskt bygger idén på att kombinera service management, yield management, matchmaking och agent-teori.¹² Idén utgår även från nationella kriterier och policies för att säkra tillgänglighet, kvalitet och likvärdighet för medborgare. Med ökat samarbete över geografiska gränser med stöd av ”Vårdmatchning” bör vårdens effektivitet kunna utvecklas.¹³

Användning av Vårdmatchning

”Vårdmatchning” är tänkt att användas som verktyg för planering, styrning och bokning av vårdinsatser baserat på matchning av tillgänglig kapacitet i ett givet produktionsled. Tjänsten skall möjliggöra för samverkande leverantörer av vård och motsvarande vårdenheter att matcha kapaciteten inom respektive enhet i relation till patientens behov, önskemål, valfrihet och vårdgaranti. Tjänsten innebär att det skapas tjänsterbjudanden till vårdsökande med behov, erbjudanden som dessa kan välja bland utifrån regler för valfrihet och vårdgaranti. Vårdsökande skall också ha möjlighet till egna initiativ.

Som stöd för matchningsprocessen och utifrån praxis bygger idén på remissförfarande, vilket betyder att remitter medverkar som agenter som

stödjer patienten i att göra val med information, rådgivning och bokning.¹⁴ En tjänst som vårdguide (finns i några landsting) bör erbjudas patienter som behöver och önskar detta särskilda stöd. Guidefunktionen är viktig och bör kunna vidareutvecklas i linje med ett fungerande agentskap. I England finns det särskilda tjänster som patientrådgivare som ger råd, utöver den kunskap patienten själv förväntas ha, beträffande val av vårdgivare.¹⁵ Idén kan successivt utvidgas till att omfatta styrning av vårdplaner, stöd vid val av behandling och planering av särskilda resor, vid översättning, bokning, användning av IT-system och i samband med egenvård.¹⁶ Det handlar om att coacha patienten, en servicefunktion som försäkringsbolagen använder reguljärt.¹⁷ I Sverige har några landsting/regioner insett behovet och organiserat servicefunktioner såsom vårdgarantiservice, vårdguide, vårdlots eller vårdsluss.¹⁸

Grundläggande är att sjukhus eller annan vårdenhet med kapacitet inom ett visst område ska erbjuda denna till ett annat sjukhus/enhet och vice versa.¹⁹ Tjänsten innebär att

- redovisa, jämföra och matcha kapacitetsutnyttjandet inom och mellan enheter
- ge stöd till vårdenheter i att styra sina befintliga resurser effektivt
- matcha resurser/kompetens i

¹²Beskrivs i Nordgren 2008 b och 2009

¹³Cederkvist 2008, Nordgren 2009

¹⁴Agentrollen diskuteras i Nordgren 2008 b.

¹⁵S.k. patient care adviser enligt Le Grand 2007, p. 118-119.

¹⁶Le Grand 2007

¹⁷Norén 2009, p. 71

¹⁸Se Fotaki et al 2008 som betonar stödfunktionen till patienten.

¹⁹Hur detta ska gå till diskuteras inte i detalj. Betr. incitament för samverkan mellan aktörer se ”Intressenter samt incitament för huvudmän och vårdgivare att medverka”.

syfte att skapa erbjudanden om vård till patienter

Avsikten är att sjukvårdshuvudmän och vårdenheter ska få möjligheter att systematiskt värdera det inre och det yttre kapacitetsutnyttjandet inom sina enheter och ges stöd i att avveckla vårdköer. Avsikten är också att hitta rätt matchning till individen och att därmed undvika mismatch.²⁰ I boken ”Recept för vården” beskriver patienter själva hur de väntat, träffat ”fel” läkare, blivit missförstådda och inte känt sig delaktiga i vården, beskrivningar som kan tolkas som mismatch.²¹ Det handlar om att undvika onödigt lidande, oönskade väntetider och hjälplöshet.²²

Erfarenheter av ”liknande” tjänster

En tjänst som kan ge erfarenheter vid utveckling av ”Vårdmatchning” förefaller vara sjukvårdsförsäkring, som erbjuds av försäkringsbolag. Syftet med denna tjänst är att leverera snabb primär- och specialistvård till de försäkrade och i jämförelse med vårdgarantin betydligt snabbare. Tjänsten fungerar på liknande sätt vid olika försäkringsbolag.²³ Serviceleveransen går till så att ”när försäkringstagaren blir sjuk ringer hon eller han till ett telefonnummer som är öppet 24 timmar om dygnet 7 dagar i veckan där vanligtvis en sjuksköterska svarar. Sköterskan bokar tid hos en läkare

som i sin tur kan ordna besök hos en specialist för behandling. Sjuksköterskan tar också ansvaret för kundens hela behandling”.²⁴ Tjänsten innebär, till skillnad från vårdgarantin, samordning av en hel vårdkedja.

Ett annat exempel är den matchning av erbjudanden av företagshälsovård till kunder på Internet som bedrivs av Wellnet.²⁵ Tjänsten innebär att tillhandahålla en webbaserad e-handelsportal, som f.n. används av ca 1200 leverantörer av friskvård och med ca 5000 olika hälsotjänster.²⁶ För ett företag anslutna till friskvårdstjänsten är Wellnets uppgift att inspirera, förmedla och matcha lämpliga friskvårdsaktiviteter till anställda. Varje anställd vid ett anslutet kundföretag ges en egen sida i portalen med egen inloggning. I portalen kan den anställda välja en viss leverantör och tjänst som föredras. Rätt aktivitet kan då matchas till varje individ. Författarna har skapat en modell som illustrerar en välfungerande interaktiv plattform som symboliserar en marknad där användare möter leverantörer.

Ett tredje exempel är sjukvårdsrådgivningen, som ger vårdsökande råd per telefon och rekommenderar vårdnivå.

I England tillämpas sedan 2008 det elektroniska bokningssystemet ’Choose and Book’, som ett

²⁰Ovelock and Wirtz 2007

²¹Cederqvist 2008

²²Ibid.

²³Norén 2009, sid. 61

²⁴Ibid.

²⁵Råstam et. al., 2008

²⁶Ibid. p. 8

hjälpmedel för att fritt kunna välja specialist vid sjukhuskliniker och mottagningar i hela England, 'at the point of referral', efter det att allmänläkaren har skrivit remiss. Bokning av tid görs på en särskild web - plats efter det att remissnummer och lösenord har sänts.

Intressenter och incitament för huvudmän och vårdgivare att medverka

Detta avsnitt är avgränsat till i huvudsak ekonomiska incitament. Andra viktiga incitament som makt och valfrihet, som berördes under "Introduktion" behandlas inte här. Ett utförligare resonemang om incitament för huvudmän, vårdgivare och patienter kräver en artikel i sig och bör ingå i ett fortsatt arbete.

"Vårdmatchning" vänder sig till sjukvårdshuvudmän och enskilda vårdenheter/organisationer (sjukhus, när-sjukvårdsenheter etc.) i hela landet. Som intressenter identifieras ägare, produktionsansvariga och beställare, ansvars- och branschorgan, medborgare och patienter i hela landet. Andra intressenter är försäkringsbolag som upphandlar samordnade insatser för arbetsgivares och/eller försäkrades räkning.

För att modellen ska fungera väl krävs rättvända incitament för huvudmän och vårdgivare.²⁷ Om man till att börja med utgår från situationen att vårdmatchning tillämpas inom ett landsting torde incitamentsstrukturen se ut

på följande sätt. Sjukvårdshuvudmannen, d v s landstinget i egenskap av finansiär, har mycket starka incitament att tillämpa modellen, eftersom det totala kapacitetsutnyttjandet kan bedömas öka, och köerna kan bedömas minska utan att kostnaderna behöver öka. I den mån staten ekonomiskt premierar landsting som uppfyller vårdgarantin kommer också detta att bli ett incitament för huvudmannen att tillämpa modellen. Vårdgivare, vars kapacitet inte är utnyttjad kommer självklart också att ha goda incitament att gå in i modellen eftersom kapacitetsutnyttjandet då kan förbättras och därmed lönsamheten (här förutsätts att vårdgivaren får en icke obetydlig del av sin ersättning i form av prestationsersättning, t ex per höftledsoperation). Vårdgivare som har nått kapacitetstaket och har kö kan tänkas bli av med en del av sin efterfrågan och därmed en del av sina framtida intäkter. Deras incitament att gå med i detta är begränsade. Detta problem bör kunna hanteras då sjukvårdshuvudmannen har möjlighet att bestämma att de offentliga vårdgivarna ska ingå i modellen. För att behålla sina kunder måste vårdgivaren effektivisera verksamheten, annars går de till annan vårdgivare utan kö (under förutsättning att det inte finns överenskommelse om garanterade volymer eller motsvarande). Samma synsätt bör sjukvårdshuvudmannen kunna anlägga på de privata vårdgivare som anlitas, d v s sätta villkor att gå med i modellen och inga garanterade volymer. Det bör observeras att hela resonemanget bygger

²⁷Underlaget för avsnittet har skrivits av Anders Morin, välfärdsansvarig vid svenskt Näringsliv.

på att vårdgivarna till betydande del ersätts genom prestationsersättning. Det förutsätts också att landstingen inte håller olönsamma offentliga vårdgivare under armarna. Vid anslagsfinansiering uppnås inte de ekonomiska fördelarna för landstingen. När det gäller aspekter på samverkan mellan landsting är förhållandet mer komplicerat. Varför ska ett landsting som har köer gå med i modellen om det innebär att man tvingas avveckla produktion på hemmaplan? Argumentationen kan föras utifrån olika aspekter. För det första minskar köerna för landstingets patienter. För det andra kan det innebära att man får del av statens pengar (den s.k. kömiljarden) som används för att stimulera landstingen till att fullfölja vårdgarantin. För det tredje kan det bli ett effektiviseringsverktyg gentemot landstingens egna enheter. Om de egna enheterna är ineffektiva riskerar de att tappa patienter till vårdgivare i andra landsting. Samma synsätt bör landstingen anlägga på landstingsdrivna som privata producenter. Man ska dock ha klart för sig att andra aspekter kan komma in för landstingen som tillgänglighetsaspekter (man vill ha kvar vårdgivare regionalt), att det tar tid och är politiskt kostsamt att lägga ned enheter m.m. En särskild diskussion gäller kostnadssidan. Om det är dyrare – per operation eller annan åtgärd – för ett landsting att anlita vårdgivare (utan kö) utanför det egna landstinget jämfört med att anlita vårdgivare från det egna landstinget (med kö) så kan det totalt bli dyrare för landstinget att gå med i detta.

En särskild fråga gäller upphandlingsreglerna. Landsting A har ju inte avtal att anlita privata vårdföretag som bara har avtal med landsting B.

Vilka effekter ger ”Vårdmatchning?

Ett realiserande av idén bedöms bidra till ökad tillgänglighet för vård sökande och för samhälle. Möjligheterna till likvärdighet att få vård ökar då för medborgarna. Den ökade tillgängligheten av vård ökar även patientsäkerheten samtidigt som det skapas ett ekonomiskt utrymme för huvudmännen som en följd av det förbättrade kapacitetsutnyttjandet. Vidare ger tjänsten möjlighet till ökat lärande och service för kunder och producenter.

En gängse uppfattning är att produktiviteten har utvecklats svagt de senaste decennierna. Förändringstakten har kanske varit hög, men effekter av strukturåtgärder, nya styrmodeller och produktionsformer uppfattas som svårbedömbara. Potentialen i form av bättre använd kapacitet bedöms dock vara god, men behöver synliggöras och realiseras. Det gäller utvecklade beskrivningar och mått som kopplas till värdeskapande inkl. redovisning av kapacitet som kopplas till resursutnyttjande samt att använda dessa beskrivningar och mått. Detta kan ske genom att tillämpa ”Vårdmatchning”.

Då ”Vårdmatchning” bygger på lösningar i samverkan mellan vårdmatchningsfunktionen, remitterande

vårdenhet och den vårdsökande, bidrar det till att anpassa utbudet till behov och efterfrågan. Under- och överkapacitet balanseras genom att matchade tjänster ger underlag för styrning. Systemet utvecklar därmed, genom samverkan på organisations- och ägarberoende basis, interaktion i det lokala/regionala sjukvårdssystemet. Det ger även underlag för

- Kapacitetsöversikt för samordnad bokning inom och mellan avslutna producenter
- Kunskap om organisering av system för ökad tillgänglighet
- Kunskap om organisering av system för valfrihet och jämförelser
- Kunskap om samordning av vårdprocesser med flera aktörer

Systemet bör vara tillämpligt för samordning av länsövergripande divisionsorganisationer, samverkande universitetssjukhus samt organisation av beställarefunktion för att styra eventuellt avreglerad vård, då vårdproduktionen sker av producenter i olika regi

Slutsats och förslag till vidare forskning

Då nuvarande sjukvårdsstruktur inte förmår skapa likvärdig tillgänglighet av vård i landet, finns ett behov av att utveckla en ny tjänst kallad Vårdmatchning. Tjänsten innebär matchning av vårdtjänster utifrån vårdbehov och är tänkt att underlätta tillgänglighet, möjlighet att välja vård i syfte att underlätta likvärdigheten för vårdsökande i hela landet

genom ett förbättrat utnyttjande av resurser och kompetens. Den utförs med hjälp av ett matchningssystem som hanteras av en professionell matchningsenhet, som utgör ett oberoende mellanled mellan patient och vårdproducenter. Genom att matcha kapacitet och insatser skapas en samordnad vårdtjänst som erbjuds den vårdsökande och dess remitterer. Idén bygger på teorier och metoder för värdeskapande, yield management och matchningsprocesser, agentteori samt på nationella kriterier för kvalitet och likvärdighet. Den bör kunna appliceras inom ett landstingsområde, regionalt eller nationellt och kunna tillämpas både inom offentlig och privat hälso- och sjukvård. Särskild vikt läggs vid att utveckla och studera matchningsprocesser med fokus på hur aktörer samverkar/agerar.

Systemet ger underlag för innovationstjänsteforskning inom flera fält. För det första innebär "Vårdmatchning" interaktion mellan aktörer i vården med olika bakgrund, mål och kunskap som möts för gemensamma insatser. Samarbetet och de situationer som skapas därmed aktualiserar frågeställningar kring organisationers identitet och relatering till samarbetets identitetsskapande och medarbetarens identifikationsprocesser, som är relaterad till meningsskapande, motivation och lojalitet, med stor betydelse för samarbetets utveckling. I detta fält ingår hur samverkan mellan privata och offentliga aktörer utvecklas i praktiken. Inom fältet finns en påbörjad forskning.

Ett andra forskningsfält rör patientens valproblematik, mobilitet och medverkan i ”matchningen”. Hur sker patientens deltagande, vilken roll kan patienten spela och vilket stöd behövs för att kunna använda information och erbjudanden? Vad händer om patienten inte vill medverka och välja? Både områdena är nydanande inom hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Ett tredje fält gäller utveckling av en strategi för att realisera idén. Inom fältet organisering skulle kunna analyseras om tjänsten är lämplig att drivas som en samverkansorganisation som svarar för jämförelser av styr- och nyckeltal och för samordnad bokning av kapacitet. De olika vårdenheter som väljer att etablera systemet som styr- och bokningsfunktion skulle då kunna ingå i organisationen i nätverk eller i fastare former.

Referenser

- Anell, A. (2004), *Strukturer Resurser Drivkrafter*, Studentlitteratur, Lund.
- Cederkvist, J. (ed.), *Recept för vården. Effektivitet i sjukvård och äldreomsorg*, SNS 2008.
- Fotaki M., Roland M., Boyd A., McDonald R., Scheaff R., Smith L. (2008) “What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*. Vol. 13 No 3, sid.178-84.
- Grönroos, C. and Ojasalo, K. (2004), “Service Productivity - Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in service business”, *Journal of Business Research*, Vol. 57 No. 4, sid. 414-423.
- Gummesson, E. (2004), *Many-to Many Marketing. Från one-to-one till many-to-many*, I nätverksekonomin marknadsföring, Liber Ekonomi, Malmö.
- Gummesson, E. (2007), “Exit services marketing – enter service marketing”, *Journal Of Consumer Behaviour*, Vol. 6, No. 2, sid. 113-141.
- Hanning, M. (2005), *Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy To Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996*, Thesis, Acta Universitatis, Uppsaliensis Uppsala Universitet.
- Le Grand, J. (2007), *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition*. University Press, Princeton
- Lindberg, K., Blomgren, M. (2009), *Mellan offentligt och privat Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Santérus, Lightning Source, UK.
- Lusch, R. F. and Vargo, S. L. (2006), “Service-dominant logic; reactions, reflections and refinements”, *Marketing Theory*, Vol. 6 No 3, sid. 281-288.
- Ministry of Finance. (2005), *Iakttagelser om landsting*. Ds 2005:7.
- Mol, A. (2008), *The Logic of Care - Health and the problem of patient choice*, Routledge, London and New York

forskning och teori

- Norén, L. (2009), Sjukvård - En fråga om vårdgaranti eller sjukvårdsförsäkring? i Lindberg, K., Blomgren, M. (2009) Mellan offentligt och privat Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården. Santérus, Lightning Source, UK, sid. 53-72.
- Nordgren, L. (2003), Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Academic dissertation. Lund University.
- Nordgren, L. (2008 a), "The Performativity of the Service Management Discourse - 'Value Creating Customers' in Health Care", *Journal of Health Organization and Management*, 2008, Vol. 22 No. 5, sid. 510-528.
- Nordgren, L. (2008 b), 'Utveckling av tjänsteproduktivitet inom hälso- och sjukvård'. *Socialmedicinsk tidskrift*. no 4 08, sid. 340-353.
- Nordgren, L. (2009), 'Value Creation in Health Care Services - Developing Service Productivity - Experiences from Sweden', *International Journal for Public Sector Management*, Vol. 22 No. 2.
- Nordgren, L. (2010), 'Mostly empty words - What the discourse of 'choice' in health care does', *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 24, No. 2, sid. 109-126.
- Normann, R. and Ramírez, R. (1993), "Designing Interactive Strategy: From Value Chain to Value Constellation", *Harvard Business Review*, Vol. 71 No 4, sid. 65-77.
- Normann, R., Ramírez. R. (1994), *Designing Interactive Strategy: From Value Chain to Value Constellation*, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex.
- Normann, R. (2001), *När kartan förändrar affärslandskapet (Rethinking Business)*, Chichester:Wiley). Liber, Malmö.
- Nutek (Swedish Agency for Economic and Regional Growth) (2008), *Mer vård för pengarna - genom organisatoriska innovationer*, Nutek R 2008:01.
- Råstam, M., Schenström, E., Svensson, F., (2008) 'Kan man bli frisk via nätet? En fallstudie om digitalisering av människonära tjänster', D-uppsats, Lunds Universitet, Institutionen för Service Management.
- SOU (2008:127), *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*, Stockholm.
- Vargo, S. L., Lusch, R. F. (2004), "Evolving to a New Dominant Logic for Marketing", *Journal of Marketing*. Vol. 68, pp. 1-17.
- Winblad Spångberg, U. (2003), *Från Beslut till Verklighet. Läkares roll vid implementeringen av valfrihetsreformen i hälso- och sjukvården*, Thesis, Acta Universitatis, Uppsaliensis Uppsala Universitet.
- Winblad, U. (2007), *Valfriheten: en misslyckad sjukvårdsreform? I Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*, SNS, Stockholm, sid. 132-156.