


Drivkrafter och hinder vid
läkemedelsbehandling i hemmet
istället för på mottagning

Analys av fallet Humira

ISBN: 978-91-980169-5-6
Utgiven av tankesmedjan Leading Health Care (LHC)
Grafisk form: Cecilia Kusoffsky





Drivkrafter och hinder vid läkemedelsbehandling i hemmet istället för på mottagning

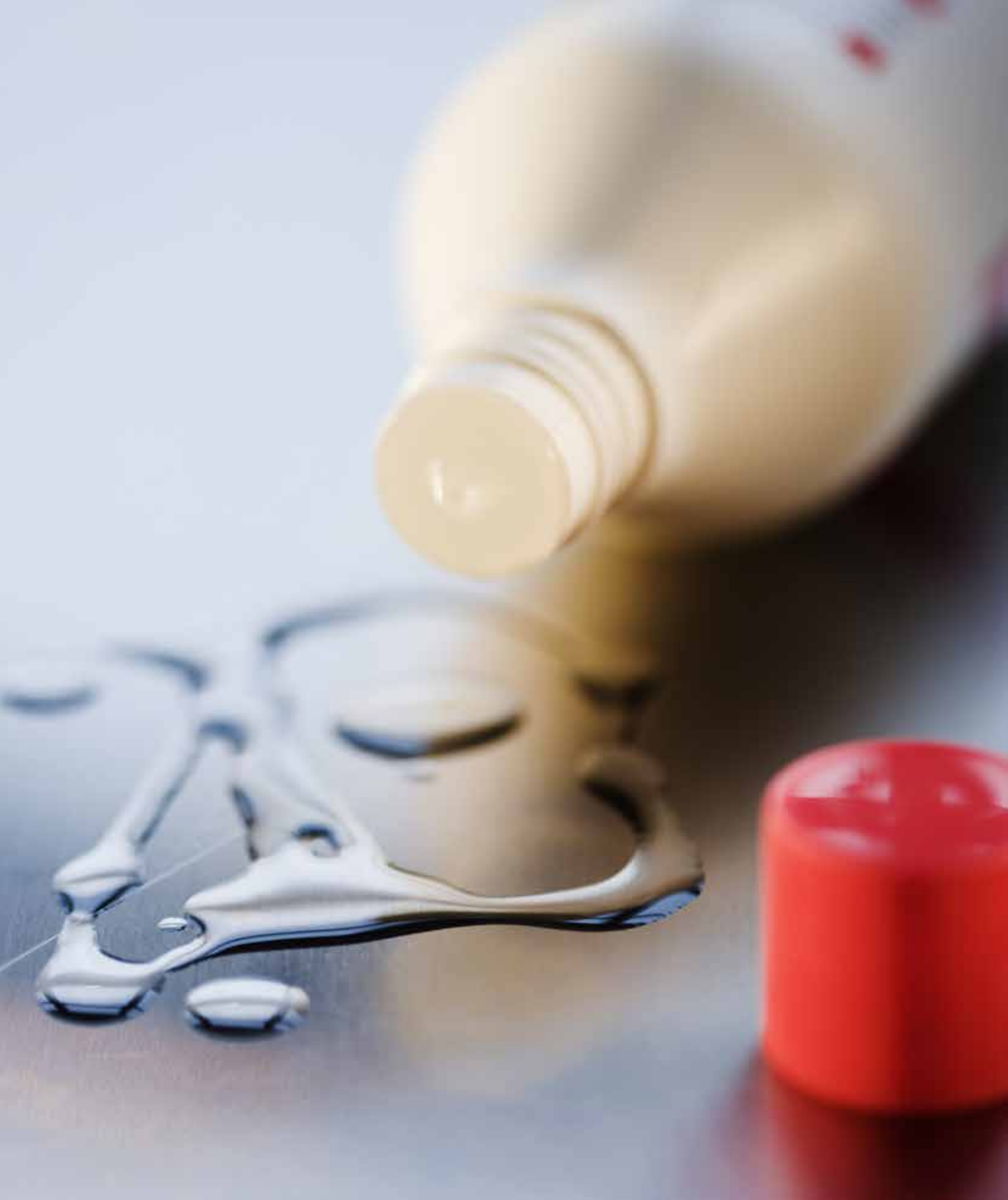
Analys av fallet Humira

Författare: Jon Rognes, Anna Krohwinkel och Peter Markowski

Innehåll

FÖRORD	3
INLEDNING	4
BAKGRUND OCH UPPLÄGG	5
INNOVATION, MOTTAGLIGHET OCH HINDER	6
Innovation	6
Mottaglighet	6
Hinder	7
Ersättningsystem som innovationsbroms	8
EXEMPLET HUMIRA – FLYTT AV BEHANDLING FRÅN SJUKHUS TILL HEMMET	10
Sjukhusvård	12
Egenmedicinering i hemmet	12
PENGAFLÖDEN OCH ERSÄTTNINGAR	12
Ersättning för sjukhusvård jämfört med egenvård	12
Kostnad för klinikläkemedel jämfört med receptläkemedel	13
Hantering av skillnader i pengaflöden	16
METOD OCH GENOMFÖRANDE	16
HINDER FÖR MOTTAGLIGHET – RAMVERK	18
Typer av hinder	18
Hinder kan finnas på flera nivåer	20
CENTRALA AKTÖRER – DRIVKRAFTER OCH MÅLBILD	22
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU/profession	22
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV	22
Läkemedelsbolag	23
Hälso- och sjukvårdsförvaltning på regionnivå	23

Verksamhetschef i sjukvården	25
Behandlande/förskrivande läkare	26
Sköterska	26
Patient	27
Sammanfattning – empiriska argument för och emot läkemedelsadministrering i hemmet	27
EKONOMI SOM PRESTATIONSMÅL – VILKEN ROLL SPELAR DET OCH FÖR VEM?	29
Målvärden och övervägningar	29
Sammanfattning – hänsyn, målvärden och mandat vid val av administrationssätt	31
ANALYS OCH SLUTSATSER	33
Aktörers räckvidd och påverkan	33
Vem påverkar vem?	33
Konsekvenser av påverkansstruktur	34
IMPLIKATIONER	38
Ekonomi trubbigt som incitament i vården?	38
Administrativa konsekvenser är viktiga att beakta	38
Lokala avvägningar kräver lokal kompetens	39
Många olika värden samtidigt ger stort lokalt handlingsutrymme	39
OM STIFTELSEN LEADING HEALTH CARE	41
Vill du veta mer?	41



Förord

Stiftelsen Leading Health Care har fått i uppdrag av AbbVie att genomföra en jämförande studie kring en administrationsform (Humira) som möjliggör IBD-behandling i hemmet istället för på mottagning. Medicinering i hemmet eller på annan plats där det passar patienten kommer troligen att bli vanligare för en lång rad av sjukdomstillstånd i framtiden, med nya tekniska lösningar och ett ökat tryck på sjukvården.

Studien av drivkrafter och hinder vid förändring från sjukhusbehandling till egenadministrerad medicinering utgör ett av de kompletterande fall som LHC har analyserat inom ramen för den följeforskning som görs av projekten i Vinnovas utlysning ”Ersättningsmodeller som främjar innovation i vård och omsorg”. Detta är del av ett större arbete inom LHC kring mottagligheten för innovationer inom hälso- och sjukvården.

Traditionellt har satsningar på innovation fokuserat på framtagandet av nya idéer och produkter. Implicit ligger ett antagande att nyheterna, då de är verifierade i sitt utvecklingsområde, kommer att implementeras i praktiken. Så fungerar det dock sällan. Många är de nyheter som ger både bättre effekt för patienter och lägre totalekonomiska kostnader men som inte tas upp och sprids i vardagsvården.

Denna rapport förmedlar insikter från en prövning av ett nytt sätt att ge behandling som påverkar arbetssättet i vården.

Insamlingen av empiriskt underlag har huvudsakligen utförts av Peter Markowski, doktorand vid Stockholms universitet och Jon Rognes vid Stiftelsen Leading Health Care. I skrivandet av slutrapporten har även Anna Krohwinkel, LHC, deltagit.

Stockholm i juni 2015

Hans Winberg, Ek Lic

Generalsekreterare Stiftelsen Leading Health Care



Inledning

Vi har i denna studie fokuserat på mottaglighet för nya administrerings sätt av läkemedel inom sjukvården. Studien görs genom en aktionsforskningsinsats, där AbbVie medverkar. Genomförandet består i att följa försök att införa nya administrationsformer, dokumentera mottaglighet för förändring samt analysera bakomliggande faktorer.

Som studieobjekt har vi i detta projekt valt att studera ett läkemedel (Humira) som möjliggör behandling av kronisk inflammatorisk mag-tarmsjukdom, IBD¹, i hemmet istället för på mottagning. Vid IBD finns idag två sätt att ge medicinsk behandling när det kommer till anti-TNF, det ena som ges på sjukhus var 8:e vecka, en intravenös droppbehandling, det andra är en subkutan självinjicerbar förfylld penna/spruta som patienten själv kan ta hemma, eller där det bäst passar. Idag medicineras runt 50 procent av patienterna med intravenös droppbehandling på sjukhus, varav de flesta sköts vid enheter med specialiserad öppenvård.

Vi vill i detta projekt undersöka processen kring införandet av en ny behandlingsrutin, där uppgifter och kostnader flyttas samt flera olika vårdgivare/enheter är involverade. Förändringen från sjukhusbehandling till behandling i hemmet förenklar ofta för patienten och medger en hel del resurs. Det kan innebära en total kostnadsminskning för vården, men påverkar olika enheter och budgetar på olika sätt.

Genom intervjuer och genomgång av tillgänglig data har vi kartlagt hinder och drivkrafter relaterade till en förändring från sjukhusadministrerad behandling till behandling i hemmet. Studien belyser hur olika aktörer ser på förändring av behandlingsform, vilka argument och drivkrafter som kan finnas, samt vilka möjliga problem och hinder man ser i just detta fall.

Relevanta faktorer kan vara av typen:

- Ekonomi och ersättningsmodeller
- Regler och riktlinjer
- Organisation och ledarskap
- Tekniska system och IT
- Professionella normer
- Kompetens och kompetensutveckling

¹Inflammatory Bowel Disease, till exempel ulcerös kolit eller Crohns sjukdom.



Bakgrund och upplägg

Leading Health Care har genom sitt arbete med organisering, ledning och styrning av hälso- och sjukvården kommit att intressera sig för skärningen mellan innovation, verksamhetsutveckling och policyfrågor. Utifrån diskussioner parter från sjukvårdssektorn har vi identifierat ett område som särskilt viktigt, nämligen mottagligheten för innovationer i dagens sjukvårdssystem. Mycket resurser läggs på att ta fram nya produkter och lösningar, men nya idéer och arbetssätt stöter ofta på patrull.

LHC har fått i uppdrag från Vinnova att under 2014-2015 följa ett antal innovativa projekt inom hälso- och sjukvården och undersöka vilka hinder de upplever i sina försök att få till en förändring. Fokus i dessa projekt ligger särskilt på att utveckla ersättningsmodeller som främjar innovationer, och ett syfte bakom satsningen att analysera sambandet mellan förändrad ekonomisk styrning och verksamhetsutveckling (jfr Vinnova 2014, utlysningen Ersättningsystem som främjar innovation). Den förändring från sjukhusbehandling till behandling i hemmet som möjliggörs av det studerade läkemedlet Humira medför även en förändring i den ekonomiska incitamentsstrukturen, eftersom klinikläkemedel och receptläkemedel ersätts på olika sätt.

Vi har valt att analysera införandet av den nya behandlingsformen med hjälp av ett allmängiltigt ramverk som utarbetats för att analysera mottagligheten för innovationer inom hälso- och sjukvården. Detta är en fristående rapport som tagits fram på uppdrag av AbbVie, men delar av innehållet har även återgivits i den sammanfattande rapport som LHC har gjort för Vinnova under 2015.

Rapporten är upplagd enligt följande. Vi inleder med en allmän bakgrund kring hur vi ser på innovation, mottaglighet och hinder. I anslutning till detta tar vi särskilt upp kopplingen mellan ersättningssystemens utformning och utrymmet för innovation. I nästföljande avsnitt presenteras den innovation som studeras i rapporten – möjligheten att ge läkemedelsbehandling i hemmet istället för på sjukhus. Vi beskriver vår metod för att studera fallet samt det ramverk kring faktorer som påverkar mottaglighet som har använts för

att analysera materialet. Därefter följer en redogörelse för observerade drivkrafter och hinder i fallet Humira. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion kring mottagligheten för nya terapiformer som innebär en förflyttning av vården ut från sjukhusen.

Då rapporten är skriven under 2014-2015 tar den ej hänsyn till eventuella biosimilarer på marknaden. Sedan studien genomfördes har andra läkemedel inom området blivit godkända, men det handlar fortfarande bara om två olika administrationsformer, infusion eller subkutant, när man kommer till det behandlingssteg som anti-TNF tillhör.

Innovation, mottaglighet och hinder

Innovation

Innovation handlar om att introducera något nytt. En nyhet kan vara en produkt, tjänst, process eller organisationslösning. Innovationer tar sig därmed uttryck i förändringar i produkter, processer, marknadsföring, distribution eller i nya sätt att definiera ett erbjudande.

Apparater för magnetkameraundersökningar är ett exempel på en innovativ produkt. Psykologstöd via internet för patienter med lindrigare psykiska åkommor, är ett exempel på innovativ distribution som rönt stor framgång. Noggranna sanitetsrutiner är ett exempel på en innovativ process som i sig fått positiva effekter på såväl forskning i laboratorium som behandling av patienter. På samma sätt klassificeras nya styrmekanismer, administrationsrutiner och uppföljningsmekanismer som exempel på innovativa processer.

Ofta innebär innovation en kombination av flera del-innovationer. En ny produkt förutsätter ofta nya processer för att fungera effektivt i organisationen. Det kan i sin tur leda till att nya organisationsformer behöver utvecklas. Nyheten som introduceras är med andra ord sällan endimensionell utan är i regel en del av ett komplext sammanhang av förändringar.

Graden av nyhet varierar förstås mellan olika innovationer. En praktisk typologi skiljer mellan stegvis innovation och radikal innovation. En stegvis innovation innebär en viss förbättring av något som redan finns, exempelvis en ny produktgeneration. En radikal innovation innebär att det som introduceras påtagligt skiljer sig från det som fanns tidigare.

Tidigare har IDB-behandling i övervägande grad getts genom infusion på sjukhus (Remicade). Humira innebär en innovation i administreringsätt då läkemedlet tas subkutant av patienten själv, exempelvis i hemmet.

Mottaglighet

Mottaglighet handlar om i vilken grad en organisation har förmåga att ta till sig exempelvis ny teknologi eller förändrade arbetsätt. Inom innovations-

forskningen diskuteras en organisations absorptionsförmåga som väsentlig för mottagligheten. I princip avser absorptionsförmåga i vilken grad organisationen kan förstå och ta till sig kunskap från omvärlden. I en vidare mening handlar det dels om möjligheterna att förstå och ta till sig, och dels förutsättningarna att förändra organisationen för använda t ex externt utvecklad teknologi. Mottaglighet förutsätter därför både tekniska och organisatoriska förändringar. Organisationsrelaterade förändringar kan till exempel hänga samman med svårigheterna att införa nya arbetsätt i en miljö som dominerar av en stark profession, tvärfunktionella förändringar i funktionella miljöer, och skapandet av ett innovativt organisationsklimat.

I fallet Humira innebär övergången till att patienten själv administrerar sitt läkemedel ett förändrat arbetsätt för vården. Det finns olika uppfattningar om vad förflyttningen av utförande innebär och vilka effekter det får, något som vi kommer att utveckla i studien.

Hinder

Den här rapporten ingår i en större studie vars fokus ligger på att identifiera hinder för mottaglighet av innovationer i vården. Anledningen till att vi valt detta angreppssätt, och inte att lyfta fram lyckade exempel eller best practice, är att det rent vetenskapligt är lättare att identifiera hinder och hur de kan överbryggas, än att på ett relevant sätt lyfta fram de mest stödjande faktorerna.

Hinder blir tydliga just genom att de utgör hinder, det vill säga kritiska faktorer för att förändring inte kommer till stånd. Enskilda stödjande faktorer däremot är i många fall svåra att identifiera som avgörande. Ett exempel kan vara tillgång till elektricitet. Det kan anses vara en mycket viktig stödjande faktor för de flesta vårdverksamheter, men tas sällan upp i sammanhanget. På samma sätt kan det göras en lång lista på stödjande faktorer där sannolikheten att de kommer få en avgörande betydelse är liten.

Genom att fokusera på hinder, och söka mönster i form av återkommande hinder på olika nivåer, har vi en mekanism där vi kan hitta avgörande faktorer som lett till explicita problem. Vi kan på så sätt fånga relevanta framgångsfaktorer med en omvänd ansats.

Framgång beror på en lyckad kombination av åtgärder, men vilka dessa är, beror av situationen. Hinder kan å andra sidan vara mer generiska, och uppträda i olika situationer. Det räcker dessutom att det finns ett hinder för att det skall få (negativ) effekt, medan omvänt alla framgångsfaktorer måste vara på plats för att uppnå ett lyckat resultat. Om man vill kunna dra generella slutsatser är det därför mer relevant att undersöka hinder än framgångsfaktorer.

I den här studien studerar vi konsekvenser av en möjlighet till egenadministrerad medicinering. Det är alltså inte för- eller nackdelar med användning av själva läkemedlet i medicinskt hänseende (dess kliniska effekt) som bedöms.

Ersättningssystem som innovationsbroms

Ett strukturellt hinder till att innovationer inte kommer fram eller tas emot inom vården är att de styrsystem som finns på plats inte utvecklas i samma takt. Detta gäller i synnerhet den ekonomiska styrningen, där innovativa aktiviteter ofta missgynnas på grund av ersättningssystemens konserverande och avgränsande egenskaper.

Ett första problem är eftersläpningar i den ekonomiska styrningen, det vill säga att ersättningssystemen inte revideras tillräckligt snabbt när nya arbetsätt eller behandlingsmetoder har tagits fram. Osäkerheter kring vilken ersättning en vårdgivande enhet kommer att få om man använder sig av en ny metod försvårar den bredare spridningen av dessa metoder, även om den medicinska nyttan med innovationen är oomtvistad. Detta gäller speciellt när ersättningen utgår per åtgärd. Kapitering och fast anslag ger generellt bättre stöd för användningen och implementeringen av innovationer, eftersom flexibiliteten för vårdgivaren att variera arbetsätt utan att det påverkar intäkterna är större inom ramen för dessa modeller.

Ett annat, delvis relaterat problem är att det inom ramen för dagens ersättningsmodeller finns begränsat med incitament för vårdgivare att satsa på innovationer som innebär en minskning av den egna produktionen (och därmed intäkterna). Ett sådant exempel är vård på distans där utveckling av avancerad teknologi och e-tjänster idag möjliggör att patienter i många fall kan vårdas i hemmet med samma medicinska säkerhet som om de var

på sjukhus. Det finns dock inte många ersättningsmodeller som ekonomiskt premierar en minskning av antalet vård dygn, vilket försvårar etableringen av vård på distans.

Exemplen ovan illustrerar en mer grundläggande problematik som grundar sig i att investeringar och besparingar av innovationer inom vården typiskt sätt spänner både över både tid och organisationsgränser. Nya arbets sätt inom hälso- och sjukvården kan minska kostnaderna i t ex äldreomsorgen, eller tvärtom för den delen. Att kostnader och vinster hamnar i olika enheter krockar med betoningen i den nuvarande styrningen på enskilda enheters resultatansvar: Varje vårdenhet ges ett avgränsat ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer. Då ersättning ges som budgettilldelning till, eller per utförd åtgärd inom, en specifik enhet uppmuntras en effektiv vård inom varje del av vårdkedjan/processen, oberoende av vilken effekt det får för den övriga vården. Traditionell ekonomisk styrning leder följaktligen till att enheter vars verksamheter är nära kopplade blir ekonomiskt avgränsade från varandra. Det primära för varje enhet blir att klara sitt eget avgränsade uppdrag, snarare än att se till helheten för patienten. Därmed minskar också incitamenten till innovation över verksamhetsgränser.

Eftersom sjukvårdens organisation i hög grad utgår från medicinska specialiteter och specifika yrkesuppgifter kan nya tvärfunktionella lösningar få stora ekonomiska konsekvenser för en verksamhet. Ibland hotas hela verksamhetens existens. Ett särskilt starkt motstånd brukar uppkomma när en innovation leder till att den verksamhet som tidigare hanterat ett sjukdomstillstånd förlorar resurser, samtidigt som den verksamhet som får ta över behandlingen inte anser att de får tillräcklig kompensation för sina uppgifter. Ny medicinsk teknik har exempelvis gjort det möjligt att flytta behandling av stora folksjukdomar, som diabetes, från specialistvård till primärvård, utan att primärvården ansett att de fått tillräcklig kompensation.

Humira ett exempel på en innovation som medför förändringar i den ekonomiska incitamentsstrukturen, eftersom medicinering i hemmet ej ersätts jämfört med behandlingsbesök på sjukhus. Vi har dessutom en komplikation i att receptläkemedel (som hämtas ut av patienten) ersätts med en annan ersättningsmodell än klinikläkemedel (som ges på sjukhus). Humira och

övriga subkutana läkemedel som administreras i hemmet är receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen och regleras därför av TLV. Infusionsläkemedel som administreras på klinik upphandlas av sjukhuset och omfattas därför av rekvisitionsläkemedel. Vi skall försöka reda ut implikationerna av detta i denna rapport.





Exemplet Humira – flytt av behandling från sjukhus till hemmet

I Sverige har ca 0,5-1 procent av befolkningen en inflammatorisk mag- tarm-sjukdom, IBD. Det är en grupp inflammatoriska tillstånd i mag- tarmkanalen utan påvisbar infektion. Ulcerös kolit och Crohns sjukdom är de vanligaste tillstånden och kan behandlas med en TNF-hämmare som Humira. Vanligen är det personer som redan provat andra läkemedel, vanligen kallat konventionell behandling, som får Humira.

Med effektiv medicinsk behandling kan man uppnå symtomlindring. Många som behandlas kan leva ett normalt liv tack vare att inflammationen i tarmen dämpas. Sjukdomsförloppet kan variera mycket från patient till patient. En hög sjukdomsaktivitet, skov, kan innebära mycket lidande för den enskilde personen och även kräva en hel del sjukhusvård. Det är inte ovanligt att delar av tarmen blir tvungen att opereras bort även om frekvensen sedan anti TNF började användas runt år 2000 har gått ner något.

Data från år 2013 visar att det inom Stockholms Läns Landsting, SLL, fanns ca 11 600 patienter med IBD, drygt 8000 av dessa söker vård årligen. Vårdkostnaden skiljer sig åt mellan sjukdomarna: Crohns-patienter har 85 procent högre genomsnittlig vårdkostnad, i genomsnitt 40 000 kronor per år, att jämföra med 22 000 för ulcerös kolit. 10-20 procent av alla IBD-patienter behandlas med TNF-hämmare (Humira, Remicade eller annat preparat). Total vårdkostnad med IBD som huvud- eller bidiagnos var 335 mkr under 2012 i Stockholms Län. Det ger en uppskattad kostnad för landet på ca 1,5 miljarder.

En mindre grupp patienter, ca 10 procent av IBD-patienterna, är särskilt resurskrävande och står för 95 procent av slutenvårdskostnaden. Inom SLL beräknas att denna grupp kostar totalt ca 75 mkr per år. Den mest sjuka 1 procenten av patienterna, stod för 36 procent av kostnaderna, med ett snitt på 350 000 kronor per person och år. Det är denna grupp, eller de som riskerar att hamna i denna grupp, som är aktuell för behandling med Humira eller motsvarande läkemedel.

Humira innebär en behandling som visserligen får anses vara kostsam (ca 156 675 kronor för ett års behandling³) men som avsevärt förbättrar patientens livssituation. Motsvarande behandlingskostnad för TNF-hämmaren Remicade det första året är 159 840 kr. En effekt är att man genom medicinering kan förhindra att patienten behöver opereras, och därmed i förlängningen sparar ett avsevärt högre vårdkostnadsbelopp. Remicade för behandling av IBD ges som intravenös droppbehandling på sjukhus, men nyheten med det nyare preparatet Humira är att likvärdig behandling kan administreras av patienten själv i hemmet eller där det passar personen bäst.

I korthet har sjukvården alltså möjligheten att ge en kostsam men verksam behandling, som kan ges på två alternativa sätt – på sjukhus eller hemma – som vi beskriver kort nedan. Det kan vara värt att notera här att till skillnad från många andra implementeringsstudier är det alltså fråga om en valmöjlighet som studeras, och inte en styrd övergång i dagsläget.

Ekonomiska uppskattningar kring olika former av IBD-behandling

För IBD krävs en viss basbehandling. Ca 10-15 % av de kroniskt IBD-sjuka kräver en behandling av anti-TNF. Priset på olika preparat på TLV.se, där kan man se och om man jämför produkter kommer man fram till följande:

Infusion:

Sedan 1 januari 2015 kostar 1 ampull Remicade (intravenös) 4 995 kr. Enligt Fass doserar man vid IBD 5 mg/kg vecka 0, 2, 6 och sedan var 8 vecka. Det innebär 4 ampuller * 8 infusioner per år. Det ger 159 840 kr i årlig direkt läkemedelskostnad. Enligt Socialstyrelsens nationella prislista för att ge en infusion är ersättningen till kliniken 4 879 kr per tillfälle (2015). Det ger 39 032 kr i administrationskostnad. Den uppskattade totalkostnaden för infusion är 198 872 kr.

Subkutant:

En penna Humira kostar enligt TLV.se 5 222,50 kr. Enligt Fass dosering vid IBD ger det 5 222,50 * 30 pennor. Det ger en årlig direkt läkemedelskostnad på 156 675 kr.

Not 1: I vissa landsting kan det föreligga en rabatt efter upphandling av klinikläkemedel (infusion).

Not 2: I ovanstående ingår inte alternativkostnader för den tid som patienten lägger på sina behandlingsbesök på sjukhus och resor dit och därifrån.

³Stockholm 2012, varierar mellan landsting och över tiden. Vid direkta förfrågningar har kostnader mellan 70 000 och 140 000 kronor nämnts, beroende på var och för vilken period frågan ställs.

Sjukhusvård

Behandlingen är en intravenös droppbehandling som sker på en mottagning, vid ett öppenvårdsbesök (dagvård). Proceduren är ganska enkel för utbildad personal. Dock är behandlingen relativt långdragen – i snitt handlar det om ca 6 timmar för den enskilde personen som ska få denna droppbehandling. Detta benämns att läkemedlet ges via infusion.

De argument som vanligtvis anges som skäl för att medicinera på sjukhus är att man sedan tidigare har väl inarbetade rutiner och en välbekant process. Man anser sig även få god kontroll över patienten.

Egenmedicinering i hemmet

Behandlingen sker genom att patienten ger läkemedlet till sig själv genom att sticka sig med en liknande ”penna” som diabetiker använder vid egenbehandling. Detta benämns att läkemedlet ges subkutant.

Administration i hemmet är oftast förstahandsalternativ om det är kliniskt möjligt, och om patienten vill. De argument som vanligtvis ges för att medicinera i hemmet är en enklare hantering, mindre arbetsbelastning i vården, lägre totala vårdkostnader, samt att det är smidigare för patienten.

Pengaflöden och ersättningar

Ersättning för sjukhusvård jämfört med egenvård

Vid vård på sjukhus får kliniken ersättning för den utförda behandlingen enligt ett lokalt ersättningsystem, ofta baserat på den nationella tariffen som Socialstyrelsen sätter. Ersättning kan ges för utförd åtgärd, per patient och år (kapitering), eller via ett anslag (fast belopp för att bedriva verksamheten).

I det första fallet, som är relativt vanligt, innebär det att vid behandling på sjukhus kommer den behandlande kliniken att få ersättning för utfört arbete. I Stockholm beräknas kostnaden (ersättningen) för infusion på specialiserad öppenvårdsmottagning till 24 499 kr per patient och år (2012)⁴.

I många landsting finns dock idag inga motsvarande schabloner för ersättning för patienthantering på distans. Vid behandling i hemmet (subkutant) beräknas kostnaden för vård till 0 kronor per år. Administration av läkemedel i hemmet innebär alltså att ersättning till sjukhuset uteblir.

Kostnad för klinikläkemedel jämfört med receptläkemedel

Kostnaden för de läkemedel som administreras inom sjukhusvården hanteras av landstingen. Läkemedel ingår i princip som en del av vårdkostnaden (även om de ofta budgeteras separat på klinik). Bedömningen av om ett läkemedel skall användas görs av behandlande läkare, på medicinska grunder. Behandlande läkare har inte alltid direkt ansvar för läkemedelskostnaden.

Kostnaden för de läkemedel som administreras av patienten är reglerad av TLV. Prisnivån sätts centralt, och ersättning för höga patientutlägg sker på nationell nivå genom det så kallade högkostnadsskyddet. Bedömning av om ett läkemedel ska subventioneras till patient görs av en tjänsteman på TLV, på hälsoekonomiska grunder.

Totalkostnaden för ett receptläkemedel ställs inte nödvändigtvis i relation till kostanden för motsvarande behandling i slutenvården. Det innebär en risk att ökade kostnader för receptläkemedel ses som en fördyring även om en motsvarande eller större besparing görs inom hälso- sjukvården i stort.

Sammanfattningsvis innebär ovanstående att klinikläkemedel som ges på sjukhus och receptläkemedel som tas i hemmet har olika pengaströmmar, och hanteras därför olika i systemet (jfr. faktaruta).

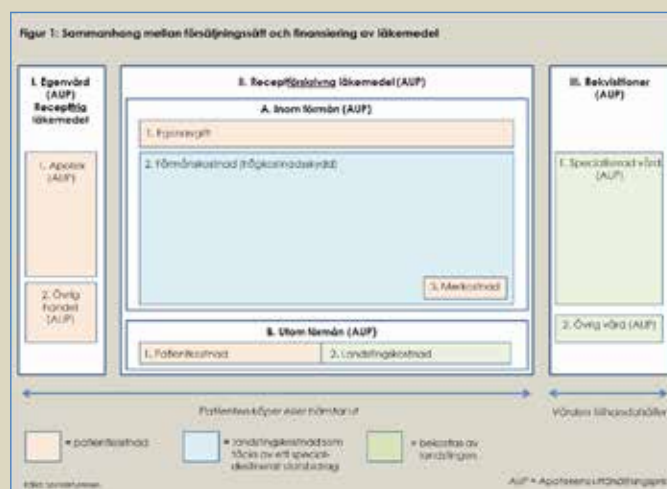
⁴Källa: Förstudie – behandling av inflammatorisk tarmsjukdom inom SLL, Slutrapport inom ramen för Testmiljön i SLL, Ett samarbete mellan SLL och AbbVie, 2013.

Utdrag ur Socialstyrelsens rapport Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, 2014.

I Sverige redovisas läkemedelskostnader primärt i tre huvudkategorier, som var och en motsvarar ett försäljnings sätt:

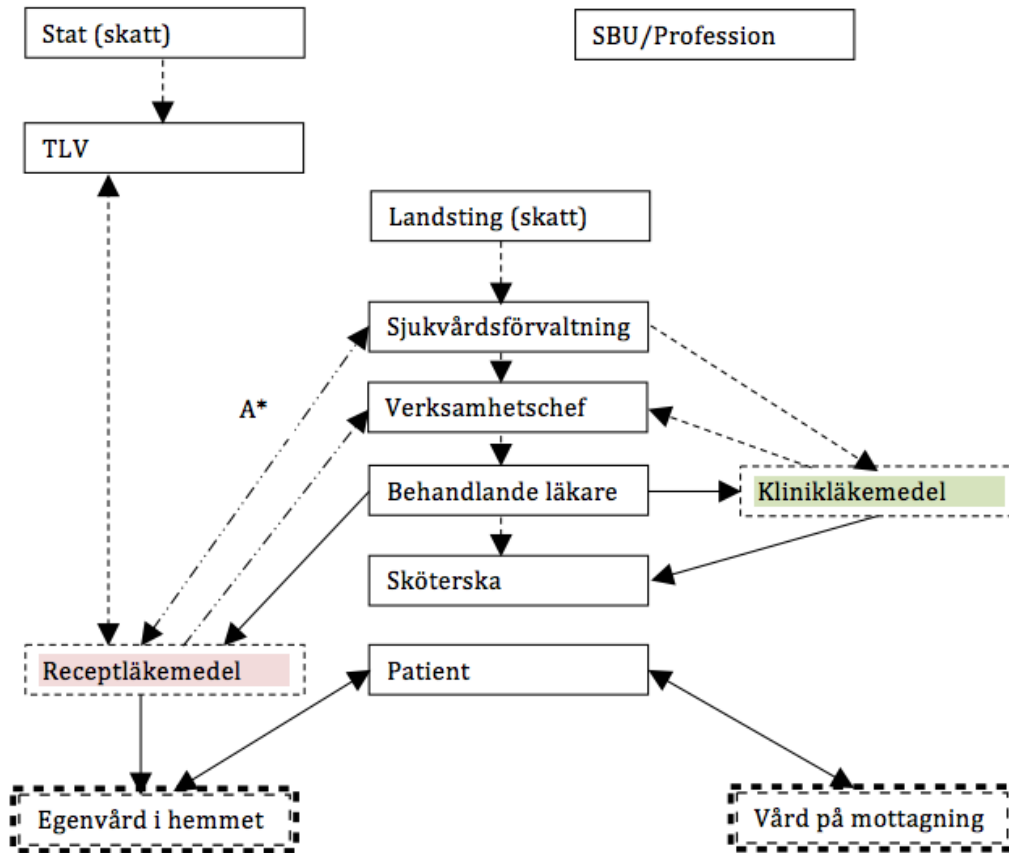
1. Egenvårdsläkemedel (receptfria läkemedel): säljs antingen på apotek eller, i form av ett mer begränsat utbud, i övrig handel.
2. Receptförskrivna läkemedel: säljs endast på apotek och ingår ofta i förmånssystemet, men inte alltid.
3. Rekvisitionsläkemedel (eller klinikläkemedel): avser läkemedel som upphandlas av landstingen och som i regel ges till patienter under överseende av hälso- och sjukvårdspersonal, i den specialiserade vården eller – i mer sällsynta fall – i andra vårdformer.

Figuren nedan visar hur dessa försäljnings sätt förhåller sig till varandra och vilka aktörer som bekostar läkemedel och läkemedelsnära produkter i de olika grupperna. Beteckningen AUP i figuren betyder att kostnaderna redovisas som apotekens utförsäljningspris och är ett mer begripbart sätt för att uttrycka läkemedelskostnader på övergripande nivå.



Även kostnaderna för läkemedel utom förmånen finansieras på olika sätt. Beroende på typ av läkemedel och situation är det antingen patienten eller landstinget som bekostar läkemedlet. Här återfinns exempelvis helt nya läkemedel som TLV har bedömt inte är tillräckligt kostnadseffektiva, etablerade läkemedel som med anledning av myndighetens omprövningar har utslutits ur förmånssystemet och läkemedel som har begränsad subvention men förskrivs på andra indikationer. Här finns också läkemedel från företag som inte har sökt subvention eller som på eget initiativ har lämnat förmånssystemet.

Figuren nedan illustrerar översiktligt de olika pengaflödena vad gäller administration av läkemedel på sjukhus respektive i hemmet. Skillnaderna tillför komplexitet vid överväganden mellan olika behandlingsalternativ.



Figur 1: Inblandade parter och pengaströmmar
 Streckade linjer är pengaströmmar. Heldragna linjer är beslutsvägar.

A* I fallet Humira administreras ca 5 % av läkemedlet via sjukhus och 95 % direkt till patient via apoteken. I det senare fallet påverkas inte klinikbudgeten.

Hantering av skillnader i pengaflöden

Eftersom ersättningar och kostnader skiljer sig åt mellan de två typerna läkemedel kan det innebära att de hanteras olika av ekonomiska skäl. En oönskad konsekvens av detta skulle kunna bli att ett klinikläkemedel belastar klinikens budget, medan ett receptläkemedel enbart belastar högkostnadsskyddet, vilket skulle vara fördelaktigt för klinikens ekonomi.

För att undvika detta har ett flertal landsting valt ekonomiskt likställa läkemedel som ordineras av läkare, oavsett var behandlingen sker. Läkemedel hanteras i dessa fall på central nivå i landstingsförvaltningen, och är kostnadsneutrala för klinikerna. Hanteringen av höga läkemedelskostnader varierar dock mellan landsting och mellan sjukhus.

Den faktiska kostnaden för alternativa läkemedel har varierat beroende på vem man frågar och för vilken tidsperiod. Prisförhandlingar görs lokalt i regioner, medan högkostnadspriset är nationellt framtaget. Det har även gjorts försök med upphandlingar av receptläkemedel, vilket har överklagats i domstol.

Även skillnaderna mellan ersättning för fysiska besök jämfört med hemvård varierar mellan regioner, men det är allmänt sett ett större problem i landsting med en stor andel rörliga ersättningar. Ett visst utvecklingsarbete pågår med ersättningsmodeller som i högre grad ska kompensera för distansvård inom olika områden.



Metod och genomförande

Syftet med denna studie har varit att undersöka utmaningar vid införandet av den nya behandlingsrutin som möjliggörs av läkemedlet Humira. En explorativ ansats har använts för att utforska hur aktörer på olika nivåer ser på denna behandlingsform, samt dess alternativ. En kvalitativ forskningsmetodik har använts, till största del grundad i intervjuer med läkare och nyckelpersoner inom sjukvårdsadministrationen. Intervjuerna har varit semi-strukturerade, vilket innebär att ett frågeunderlag har utgjort utgångspunkten för intervjuerna, som sedan tagit formen av en mer djupgående diskussion. Som komplement till intervjuerna har skriftligt material från AbbVie, vetenskapliga artiklar inom området samt bakgrundsmaterial i form av populärartiklar och informationsmaterial. Dessutom har underhandsmöten och workshops hållits med AbbVie för att återkoppla och stämma av information och observationer.

Frågorna som ingått i intervjuunderlaget baseras på det ramverk för undersökning av hinder för mottaglighet som Leading Health Care tagit fram (se vidare påföljande avsnitt om ramverk samt bilagor – intervjustöd). Intervjuerna har strukturerats på följande sätt:

- Introduktion till studien;
- Öppen fråga till respondent om faktorer som påverkar val av administrationssätt för IBD-behandling;
- Djupare diskussion om de eventuella problemområden som respondenten själv lyfter upp;
- Frågor och eventuell efterföljande diskussion om vart och ett av de områden som anges i Leading Health Cares ramverk för undersökning av hinder.

Intervjuerna har genomförts med representanter på varje nivå. Fokus har legat på sjukhusnivå, verksamhetschefer samt behandlande läkare. Några personer har varit aktiva på flera nivåer samtidigt, till exempel är ofta en verksamhetschef även behandlande läkare, och har intervjuats i båda rollerna. Totalt har 15 personer intervjuats, antingen personligen eller per telefon. Intervjuerna utgör grunddata från vilket en övergripande bild tecknats av vilka faktorer de olika aktörerna lyfter fram som centrala vid val av antingen subkutan eller intravenös behandling i fallet Humira. De funktioner/nivåer som intervjuats är TLV, landstingsförvaltning, professionsföreträdare, verksamhetschefer, förskrivande läkare, sköterskor, patientföreträdare samt läkemedelsbolag.

Hinder för mottaglighet – ramverk

Att innovationers genomslag påverkas av sammanhanget i vilket de introduceras är väl känt. Som vi redan påtalat har forskning som rör implementering emellertid haft påtagliga svårigheter att identifiera generella ”framgångsfaktorer”. Detta beror just på kontextbundenheten: det som kan vara en gynnsam egenskap eller förutsättning för ett positivt utfall i ett visst sammanhang, kan vara mindre fördelaktigt i en annan lokal situation. Policyforskare pekar på så kallad ”inbäddning” som en förklaring till dessa svårigheter. Aspekter som förefaller centrala och möjliga att påverka, som exempelvis karakteristika hos själva innovationen och vilka implementeringsaktiviteter som vidtas, är inbäddade i djupare liggande strukturella förhållanden av social, organisatorisk, teknisk eller ekonomisk art. Kontextuella faktorer kan inte påverkas enbart genom att ändra innehållet i eller planen för genomförandet av en viss förändring, varför de brukar sorteras bort som ”kontrollvariabler” i många konservativt utformade implementeringsstudier. I den här studien vill vi tvärtom visa på hur ett fokus på kontextuellt förankrade systemhinder kan vara en väg till att hitta nya typer av strategier och åtgärder för att öka mottagligheten av innovationer i hälso- och sjukvårdssystemet.

Typer av hinder

Nedan beskrivs en kategorisering som utgör ett försök till syntes av ansatser för att beskriva olika kontextuella faktorer som kan påverka mottagligheten för innovation negativt. Inspiration är hämtad från framför allt innovationsforskning, organisationsteoretisk implementeringsforskning och forskning om kunskaps- och forskningsanvändning. Litteraturgenomgången har kompletterats med insikter från tidigare workshops och intervjuer med praktiker (se vidare Forskningsprojekt kring innovation i hälso- och sjukvården: Mottaglighet – den sista biten i pusslet. Ansökan till Vinnova ingiven av Stiftelsen Leading Health Care i januari 2014).

För varje huvudkategori ges ett antal exempel på hur hinder kan uttrycka sig inom kategorin. Det betyder inte att de kategorier som redovisas nödvändigtvis är ömsesidigt uteslutande. Gränsen mellan exempelvis ledarskap och professionella normer måste dras från fall till fall, beroende på innovationens art. Det finns också relationer mellan olika kategorier som inte framgår när

kategorierna beskrivs för sig, till exempel mellan ekonomisk styrning och målen/ansvarsfördelningen mellan olika enheter och avdelningar.

Ekonomi och budgetar

- Kostnader och vinster hamnar i olika enheter
- Nya innovativa aktiviteter ersätts inte i dagens system
- Budgetsystemet försvårar finansiering och genomförande
- Långsiktig medelstildelning, svårt få medel efter projektfasen
- Omfördelning av resurser över tid

Regler och riktlinjer

- Förändringen tillåts inte inom ramen för nuvarande regelverk
- Genomförandet försvåras av exempelvis upphandlingslagstiftning
- Kunskapsstyrning släpar efter eller är för specialiserad
- Uppdatering av riktlinjer tar lång tid
- Konkurrens/konflikt mellan olika regleringar, omöjligt att följa alla
- Följsamhet till nya riktlinjer är dålig, svårt få till förändring

Organisation och arbetsfördelning

- Problem med roller och ansvarsfördelning mellan enheter/avdelningar
- Olika mål för olika enheter/avdelningar som måste samverka
- Personrelaterade samarbetssvårigheter
- Projektet motverkas av andra uppsatta mål
- Projektet kräver nya rutiner och/eller merarbete som konkurrerar med andra arbetsuppgifter

Tekniska system och IT

- Existerande IT-system stödjer inte innovationen
- Dålig kompatibilitet med andra tekniska system
- Närliggande avdelningar saknar ny teknik
- Resurser för förändring av teknikstöd saknas
- Konflikter med andras krav på tekniska lösningar

Professionella arbetssätt och samverkan

- Problem med roller och ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper
- Projektet kräver nya samarbeten som tar tid att etablera

- Förändringströghet – så har vi aldrig gjort
- Innovationen skapar en ofördelaktig bild av delar av nuvarande verksamhet

Kompetens och kompetensutveckling

- Personalrotation försvårar lärande
- Kompetens hos dagens personal passar inte nya arbetssättet
- Rekrytering av ny kompetens en flaskhals
- Tid och resurser för utbildning fattas

Hinderkategorierna ovan har i den här studien främst använts som metodstöd i intervjuerna, för att se till att relevanta områden täckts in (jfr bilaga - intervjustöd). I analysen diskuteras hur hinder uppfattas på olika nivåer, samt hur ekonomiska faktorer hänger ihop med andra överväganden.

Hinder kan finnas på flera nivåer

Den här studien utgår vi från ett systemperspektiv på innovation. Innovation är inte bara spridning, det är försök till att påverka verksamheter så att en ny metod eller ett nytt arbetssätt bejakas. Hur väl detta lyckas är beroende av innovationen i sig, men också av kringliggande strukturer och konkurrerande styrsignaler. Utifrån detta perspektiv är implementeringen av ett projekt inte enbart en sak för den som har formellt ansvar för genomförandet, utan många olika aktörer med olika intressen är involverade. I större organisationer finns det dessutom ofta flera samtidiga initiativ som konkurrerar om pengar, tid och uppmärksamhet. Implementeringsstrategier som tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan finnas mellan innovationer och omgivande verksamhetsprocesser, prioriteringar och intressen har större sannolikhet att få ett brett och hållbart genomslag i praktiken.

Praktiskt bygger detta steg av analysen på att hinder kan förekomma på olika nivåer: policynivå, strukturnivå samt verksamhets-/processnivå:

Policynivå

- Här återfinns hinder relaterade till projektets förankring på policynivå och hos andra centrala beslutsfattare, övergripande prioritet, politisk vilja, stöd på ledningsnivå, värdering av nytta, relationer till andra satsningar, tid till resultat, med mera. I detta fall är policynivån representerad av TLV, samt indirekt även regering och landstingsfullmäktige.

Förvaltningsnivå

- Här finns hinder relaterade till omgivande strukturer och styrsignaler, i form av regler och riktlinjer, rutiner, budgetutrymme och ekonomiska incitament, arbetsfördelning, gemensamma tekniska system. Här kommer landstingsförvaltningen in med utformningen av ersättningsystem och kostnadsansvar, men även centralt utformade riktlinjer och krav på följsamhet till dessa.

Verksamhets-/processnivå

- Hinder relaterade till intern förmåga att genomföra förändringen, till exempel tillgång till tid och resurser, tekniska förutsättningar, kunskap och kompetens att arbeta nytt, arbetsbelastning, faktorer rörande innehållet i och utformningen av förändringen i sig, inklusive upplevd lokal nytta. Avgörande här är verksamhetschefer, behandlande läkare samt sköterskor.

Samma typ av hinder kan också förekomma på flera nivåer samtidigt. Det är också viktigt att understryka att nivåstruktureringen inte säger något om olika hinders relativa betydelse, utan detta måste bedömas från fall till fall.

Praktiskt innebär detta steg i analysen att vi kartlagt de viktigaste aktörerna på olika nivåer i systemet och relaterat deras argument, mandat och påverkansmöjligheter till varandra (se vidare nästa avsnitt).



Centrala aktörer – drivkrafter och målbild

Vi har intervjuat en eller flera representanter för ”inblandade parter” på olika systemnivåer. De parter vi har valt att lyfta fram är myndigheterna SBU och TLV, läkemedelsbolag, landstingens hälso- och sjukvårdsförvaltning, verksamhetschef i vården, förskrivande läkare, sköterska samt patient (jfr figur 1). Nedan presenteras ett urval intervjuцитat som illustrerar hur dessa aktörer argumenterar för vilka värden som är mest centrala för dem när det gäller val av behandlingsalternativ mot IBD: behandling i hemmet subkutant eller behandling på mottagning med infusion.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU/profession

- Påverkar övergripande valet av läkemedel genom argument som bygger på kliniska studier.

Priset är viktigt i detta fall, det är mycket pengar och nya billigare substitut kan komma att leda till prispress på alla.

Biosimilarer kommer att påverka, de måste först ges intravenöst, men kommer troligen subkutant inom kort. Därför kommer kanske behandling på klinik att öka ett tag. Man måste ge det mest kostnadseffektiva.

Värt att komma ihåg är att professionens röst består av framstående läkare. Dessa har även rollen som verksamhetschefer och/eller förskrivande läkare. SBU har på grund av sina rigorösa krav på evidens i form av upprepade randomiserade studier en avsevärd eftersläpning i sina rekommendationer. Detta kan vara ett problem när det gäller nya terapier, och påverkar även arbetssätt i vården.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV

- Påverkar på systemnivå ramar för läkemedelsanvändning nationellt.

För TLV är utgångspunkten bästa patientnytta till lägsta kostnad. Vi räknar in alla kostnader i hälsoekonomiska kalkyler.

Vi ser till patientens/samhällets bästa, men väger inte in produktionsfördelar som inte direkt påverkar hälsoekonomiskt. Helhetskostanden tas med, även besparingar inom slutenvård. Modeller och beräkningar görs till stor del av det sökande läkemedelsbolaget, som input till TLV.

Ett grundantagande är att "systemet" är logiskt och har en överblick, och därigenom väljer de som beslutar om vården bästa alternativ utifrån helheten.

Budgetavvägningar och faktisk användning skall ske inom landstingen, TLV har inte insyn i det. Högkostnadsskyddet går via landstingsförvaltningen. HSF skapar lokala mekanismer för att hantera det.

Vi skall ha ett patientfokus, om det är bättre att behandla i hemmet borde det långsiktigt styras ditåt. Beslut om val av behandling görs av ansvarig läkare, men vi vet inte om de har helhetsbilden.

Läkemedelsbolag

- Kunskapsnod och aktör med intresse att främja sina läkemedel.

Respondenterna har uttalat sig om införandet av och mottagligheten för nya läkemedel och terapier i allmänhet, och därmed indirekt även om nya rutiner och arbetssätt i vården.

Läkemedelsbolag har under senare decennier fått begränsad möjlighet att påverka interna processer i sjukvården.

Man kan påverka receptläkemedel genom TLV, via pris och nyttoberäkningar. Modeller och beräkningar för en utvärdering av ett läkemedel görs ofta av de sökande läkemedelsbolagen, som input till TLV. De är inte offentliga för granskning, modeller är inte tillgängliga pga sekretess (affärshemligheter).

Vid diskussioner med läkemedelsbolagen och deras representanter framkommer ofta en tydlig frustration kring förändringströgheter i vården. Sverige har fri förskrivningsrätt enligt lag, läkaren/förskrivaren har rätt att själv göra en medicinsk bedömning och utifrån det själv välja läkemedel.

... frustration över trögheter i dagens system, det kan ta lång tid att få till stånd ett skifte till en ny behandling eller ett nytt läkemedel.

Det finns en rätt för varje läkare att överpröva andras beslut eller vetenskaplig evidens.

Hälso- och sjukvårdsförvaltning på regionnivå

- Beställare – styr sjukvården och allokerar pengar.

Landstingen har fullt budgetansvar för sina kliniker. Både för rekvisitionsläkemedel och klinikläkemedel. De likställs. Men det är inte alltid en viktig faktor lokalt.

Här bör det noteras att läkemedel som administreras i hemmet inte omfattas av denna budget. För vår grupp patienter, IBD, hämtas uppemot 95 % av de läkemedel som administreras i hemmet ut på apoteket, och berör då inte landstingets budget.

Det finns sällan några direkta tak för vad en behandlingstyp får kosta per år. Det finns nationella riktlinjer för hur läkemedel skall ges, men de är medicinska.

Kostnadsansvar skiljer sig åt, några landsting har decentraliserat kostnaderna, några har en central pott, några låter specialiteten ta kostnad för läkemedel, ex urologen tar kostnad för urolog-läkemedel. Här följer två exempel.

I Stockholm finns ett lokalt kostnadsansvar. Kostnad för läkemedel är 100 % ersättning för rekvisitionsläkemedel och 50 % som belastas klinik för klinikläkemedel (subkutant). Observera att i vårt fall är endast ca 5 % av läkemedlen uttagna är till klinik. Patienterna hämtar oftast ut sitt läkemedel på apotek.

... vet inte om förskrivarna ser denna skillnad själva. Det innebär en fördel för läkemedel som går på högkostnadsskydd på kliniknivå, men vet inte om det påverkar.

I Östergötland hamnar kostnaden för båda sorter på klinik. Detta gäller liksom ovan läkemedel som tas ut på sjukhuset. Här har man dessutom valt att ta bort den direkta ersättningen för att ge infusion. Kliniken får en ”påse” pengar årligen och fördelar pengarna själva. Infusion innebär mer arbete för kliniken,

men ersätts alltså inte separat.

I de flesta fall är det neutralt ekonomiskt för kliniken vilken typ av läkemedel som ges.

Vid frågor om införande av nya arbetsätt och behandlingar finns det en medvetenhet om att det kan vara svårt att ändra detta.

Det finns definitivt trögheter, man vill inte lägga ner fungerande system på klinikerna, de är konservativa.

Man kan inte byta för fort, det sker på initiativ av kliniken själva. Man ställer inga krav, kliniken tar ställning till vad man skall använda.

Gränsen mellan egenvård, öppenvård och slutenvård suddas ut mer o mer. Det gör att det blir svårt skilja olika klasser läkemedel.

Notera att den mesta behandlingen ges i öppenvård på specialistklinik, eller som egenmedicinering i hemmet. Primärvården är sällan inblandad när det gäller diagnosticerad IBD.

Verksamhetschef i sjukvården

- Lokalt verksamhetsansvarig, med budgetansvar.

Faktorer som vägs in vid val av subkutant eller infusion är bland annat läkemedlet i sig, patientens önskemål samt organisation och ekonomi. Det finns stora lokala skillnader vad gäller synen på de två alternativen.

(Verksamhetschefen) vet inte riktigt hur det ser ut, kommer fram till att båda (receptläkemedel och klinikläkemedel) idag går på deras budget. Ingen skillnad idag, han gör inte övervägandet. Vet att det är dyrt.

Budgetrören möts på klinik, men behandlande läkare tänker inte på kostnad vid olika typ av läkemedel. Klinikchefen vet om det.

Bekvämligheten med subkutant är inte ett starkt skäl. Duger definitivt inte med dagens prisskillnad.

Här kan vi notera att flera verksamhetschefer verkar ha en ganska oklar bild av det faktiska prisläget. Det kan vara gamla uppgifter, eller en sammanblandning av hälsoekonomiska resonemang och del lokala budgeten.

...föredrar egentligen att få in patienter till mottagningen. Väldigt lite merkostnad på klinik. En sköterska kan hantera väldigt många infusioner. Det gör en väldigt liten påverkan på kliniken. Man får bättre kontroll.

Trend mot mer patientbehandling i hemmet? – vet inte riktigt, går på compliance och på kliniska data, sjukdomen är det som styr.

Idag har man brist på sköterskor – subkutant är förstahandspreparat.

De flesta vill ta hemma för att slippa komma in, men vissa vill komma in.

Som vi kan se finns det stora lokala skillnader i synen på val av arbetssätt och behandling. Inarbetade rutiner och personliga preferenser kan vara avgörande, och kombinerat med den fria förskrivningsrätten som vi diskuterat ovan leder det till en stor lokal frihet att välja det arbetssätt som man personligen föredrar.

Behandlande/förskrivande läkare

- Medicinskt ansvarig för val av behandling, väljer läkemedel och därmed även arbetssätt, möter patienten.

Hur läkemedlet fungerar är viktigast, man gör ett kliniskt avvägande, är det medicinskt motiverat.

Som behandlande läkare gör jag inte en samhällsekonomisk bedömning – man gör en klinisk bedömning.

...anser att de (andra behandlande läkare) inte ser / gör skillnad på rekvisitionsläkemedel eller klinikläkemedel.

Att ge infusion/intravenöst på klinik är en avsevärd tidsåtgång. Det är mycket intravenöst, men jag ser inte en trend mot subkutant, intravenöst står sig bra.

Vad gäller nya läkemedel är det komplicerat. Ett preliminärt förhållningssätt är att inte ändra ett vinnande koncept. Man är lite försiktig. Man kan använda nya läkemedel vid nystart.

Även här kan vi se stora lokala variationer. Den fria förskrivningsrätten kombinerat med inarbetade rutiner, och att detta är endast ett beslut av många i det dagliga arbetet, gör att det finns en inbyggd förändringströghet. Det behöver inte vara fel, men försiktigheten leder till att införandet av nya arbetssätt kan ta lång tid.

Sköterska

- Hanterar vårdprocessen, möter patienten.

Vi ger infusion i dagvård. Det är ont om plats, växande patientgrupp och fullt i rummen. Man får ersättning per åtgärd, men det påverkar inte val av behandling. Det är ont om resurser, så man styr bort från sjukhuset om det går, dessutom vill patienten det.

Det finns en risk med att man inte har kontroll, compliance, men vi upplever inte ett stort problem kring det.

Det är viktigt med uppföljning, prover, att schema följs mm.

Det är bra med egenbehandling, Om möjligt så föredrar vi att använda penna

För erfarna patienter är det inte en stor grej att få infusion.

Om man ej behandlar blir det snabbt sämre och mycket dyrare, man vinner i det långa loppet på att behandla.

Pengar vägs in men styr inte.

En observation är att sköterskor verkar vara mer förändringsbenägna än läkare vad gäller arbetssätt och nya rutiner. Det är ofta sköterskor som hanterar logistiken kring patienten, och som på ett tydligare sätt ser vinsterna med nya sätt att arbeta.

Patient

- Bör ha möjlighet att påverka sin egen behandling.

Det är olika mellan personer hur man vill ha sin behandling. Vissa vill inte till sjukhus utan klarar sig helst själva, medan andra känner trygghet att få komma in till en sköterska.

Patientens syn på saken spelar in, vilka önskemål man har; Långt att åka? Ta ledigt från jobb? Enklare för patienten att ta själv Vill man ta själv/sticka själv obehagligt?

Sammanfattning – empiriska argument för och emot läkemedelsadministrering i hemmet

I tabellen nedan sammanfattas argumenten för och emot medicinering på sjukhus respektive i hemmet, som framkommit i intervjuerna med de olika aktörerna.

	Hänsyn	Infusion +	Subkutant +
SBU/ profession	Medicinsk evidens och erfarenhet	Indikation, ej konsensus	Indikation, ej konsensus
TLV	Hälsoekonomi, totala samhällsvinster och -kostnader	Ej inblandade	Pris/nytta
Läkemedelsbolag	Egen ekonomi, långsiktighet, räckvidd	Pris Kunskap Kringtjänster	Pris Kunskap Kringtjänster
HSF	Budget och medel, ersättningssystem	Belastar budget	Högekostnadsskydd till 95 %, utanför påverkan
Verksamhetschef	Medicinska avvägningar, egna verksamheten	Compliance Kontroll Indikation Pris	Resurser Patientval Indikation Pris
Förskrivande läkare	Enskilda fall, beslut om behandlingsval och läkemedel	Compliance Kontroll Indikation	Erfarenhet Patientval Indikation
Sköterska	Organisation och arbete, patientplanering, mottagning	Kontakt Kontroll	Resursbesparing Enklare
Patient	Egna önskemål, egen tid, egen hälsa	Vill till sjukhus Trygghet	Enklare Spar tid

Figur 2. Argument för och emot behandlingsformer per aktör

Tabellen återger de viktigaste argument som lyfts fram av de olika aktörerna ur deras perspektiv när det gäller val av behandlingsform och därmed hur läkemedlet administreras (jfr. tidigare återgivna citat).

Tabellen ska inte läsas som en jämförelse i klinisk bemärkelse mellan de lika behandlingsformerna, utan argumenten för subkutan eller för infusion gäller val av administrationssätt, givet att de är medicinskt likvärdiga. Det kommer ändå upp argument kring indikation, eftersom det trots likvärdiga terapier kan finnas individuella, patientspecifika skäl att välja det ena eller det andra. Vi kan inte avgöra till vilken grad detta är en evidensbaserad skillnad eller en erfarenhetsbaserad preferens. Notera att det inte finns en enad bild hos professionen, kunskapsläget anses oklart.





Ekonomi som prestationsmål – vilken roll spelar det och för vem?

I det här avsnittet presenteras en fördjupad teoretisk analys, vars syfte är att tolka och förklara de empiriska mönster som har identifierats genom strukturering av intervjudata i föregående steg. Det innebär en teoretisk analys som är fördjupande. Genom den teoretiska analysen skapas förutsättningar att identifiera underliggande förklaringar till mottaglighet av innovation. Den teoretiska analysen bidrar också till att sätta de observerande mönstren i relation till tidigare forskning. Detta lägger grunden till att formulera generaliserbara resonemang utanför det studerade fallet.

En övergripande observation är att det finns många fler målvärden än ekonomi som påverkar valet av behandlingsform. Förekomsten av flera samtidiga målvärden, samt att målvärden varierar mellan olika aktörer som alla kan påverka behandlingsvalet på olika sätt, gör att det inte på ett entydigt sätt går att uttala sig om de ekonomiska incitamentens roll, utan att ta hänsyn till de konkurrerande incitament som förekommer samtidigt. Vi har här valt att beskriva problematiken med mångfaldiga prestationsmål utifrån teori från området operations management och operations strategy, som hör hemma inom företagsekonomi.

Målvärden och övervägningar

Det finns inom organisationsteori⁵ fem generiska prestationsmål för en verksamhet. Prestationsmålen beskriver vad som kan vara viktigt för att uppnå ett gott resultat. Dimensioner som brukar nämnas är att:

- Verksamheten skall göra rätt, dvs man vill undvika att göra fel åtgärder eller att göra åtgärder med undermåligt resultat. Det leder till kvalitetsfördelar.
- Verksamheten skall göra uppgiften fort, dvs man vill minimera tiden i något avseende.
- Verksamheten skall göra uppgiften i rätt tid, dvs lyckas förutse tiden innan man kan leverera eller helt enkelt acceptera ett krav på leverans och sedan hålla detta löfte. I detta fall har dessa två tidsaspekter slagits ihop till en allmän kategori, tidsfördelar.

⁵Slack 2014, *Operations Strategy*

- Verksamheten skall kunna möta förändringar gällande exempelvis volym, utförande eller annat. Att kunna ändra sig skapar flexibilitetsfördelar.
- Verksamheten skall göra sin uppgift effektivt och utan onödig resursförbrukning. Att vara effektiv och kostnadsmedveten leder till kostnadsfördelar.

Vi får därigenom fyra verksamhetsmål, som alla behöver beaktas och prioriteras, beroende på vilken typ av verksamhet som bedrivs. En viktig aspekt är att de påverkar varandra, men att de inte går att kombinera i ett enda målvärde, eftersom de mäts med olika enheter.

Kvalitet innefattar många olika dimensioner. En dimension är att undvika rena fel och misstag. Här kan man välja en acceptabel felnivå, eller ha en nollvision. Nästa dimension är att välja rätt nivå på vald behandling eller utrustning. Att välja för hög kvalitet leder till onödig kostnad. En mjukare dimension av kvalitet är patientupplevd kvalitet.

Kvalitet mäts ofta i procent eller i antal. Några vårdrelaterade begrepp som faller under kvalitet är indikationer, kliniskt utfall, conformance, patientnöjdhet.

Tidsaspekter innehåller många typer av tid, tid till åtkomst, väntetider i processen, total processtid, tid att utföra en specifik åtgärd. Här är ofta målet en kort tid eller en relevant tid. Vi har även målet att vara exakt i tidsangivelsen, dvs att leva upp tid det man utlovat.

Tidsaspekter mäts i tidsenheter eller i procent. Några dimensioner att hålla reda på i vården är patientens tid, samt resursutnyttjande och tidsåtgång i produktionen.

Flexibilitet innebär möjligheten att ändra vad man gör, när man gör det och på vilket sätt man gör det.

Produkt/serviceflexibilitet – att kunna förnya sina olika åtgärder för att möta utvecklingen.

Mixflexibilitet – att behärska ett stort antal olika behandlingar för olika patienter.

Volymflexibilitet – att kunna variera volymen över tiden för att kunna möta en fluktuerande efterfrågan.

Tidsflexibilitet – att kunna erbjuda alternativa tider för utförande efter patientens behov.

Flexibilitet kan mätas på olika sätt, och kan vara svårt att återge med ett kvantitativt mått.

Kostnad och effektivitet. Med begränsade resurser är alltid effektivitet av vikt, och därmed även kostnadsmedvetenhet. Kostnad är relativt enkelt att mäta, åtminstone direkta kostnader, och inom en avgränsad enhet. Kostnader hantearas vanligtvis genom budget och ekonomisk uppföljning.

Viktigt att ta med sig är att kostnaden och effektiviteten kan påverkas av de andra tre dimensionerna, men att dessa inte kan mätas i kronor på ett entydigt sätt. Det går inte att objektivt optimera dessa sammanslaget, eftersom de mäts i olika dimensioner.

Ekonomi i vården kan antingen röra interna enheter, och vi betecknar det då som budgetekonomi, eller så kan det röra samhället i stort, och vi betecknar det då som hälsoekonomi.

Sammanfattning – hänsyn, målvärden och mandat vid val av administrationssätt

Tabellen nedan illustrerar hur det teoretiska resonemanget kring olika typer av verksamhetsmål kan användas för att beskriva de överväganden som olika aktörer gör när det gäller att påverka valet av administrationssätt.

Hänsyn: de områden inom vilka aktörerna gör avvägningar när det gäller rekommendationer kring arbetssätt och behandling, och därmed även val av hur läkemedel administreras.

Målvärden: de värden som är centrala för de olika aktörerna, enligt ramverket ovan. Observera att de olika målvärdena, exempelvis kvalitet, i sin tur tolkas på olika sätt av aktörerna, se resonemanget i texten.

Mandat: möjligheten att faktiskt påverka beslutet kring på vilket sätt behandling skall ske, och därmed även administrationssätt.

	Hänsyn	Målvärden	Mandat
SBU/ profession	Medicinsk evidens och erfarenhet	Kvalitet	Kliniskt starkt, finns flera åsikter
TLV	Hälsoekonomi, totala samhällsvinster och -kostnader	Kvalitet Kostnader	Ger ramar, påverkar ej i enskild situation
Läkemedelsbolag	Egen ekonomi, långsiktighet, räckvidd	Kvalitet Kostnader	Förhandlar och sätter pris, underlag till TLV
HSF	Budget och medel, ersättningsystem	Kostnader Tid Flexibilitet	Olika modeller, budget främsta verktyg
Verksamhetschef	Medicinska avvägningar, egna verksamheten	Kvalitet Kostnader Flexibilitet	Lokalt stark, verkar inom professionen
Förskrivande läkare	Enskilda fall, beslut om behandling val och läkemedel	Kvalitet Flexibilitet	Avgör faktisk behandling (i samråd)
Sköterska	Organisation och arbete, patientplanering, mottagning	Kvalitet Tid	Varierar
Patient	Egna önskemål, egen tid, egen hälsa	Kvalitet Tid Flexibilitet	Varierar

Figur 3. Aktörer, målvärden och mandat

Som illustreras ovan skiljer sig hänsyn, målvärden och mandat åt mellan olika aktörer när det gäller val av behandlingsform.

Särskilt värt att notera är att läkaren som beslutar om behandling för den enskilda patienten har en avgörande roll när det gäller att påverka valet av administrationssätt. För honom/henne är ekonomiska överväganden inte de som är starkast. Hur viktiga de är beror på verksamheten och vilken kostnadskultur den har. För att stimulera nya innovativa behandlingsformer inom vården räcker det alltså inte att arbeta med ekonomiska incitament, man måste också adressera ”mjukare” systemfaktorer såsom organisationskultur och professionella normer.

Analys och slutsatser

I den här studien har vi tittat på vad som hämmar mottagligheten för innovation i vården, exemplifierat av ett nytt administrationssätt för ett läkemedel. Ett skäl att strukturera hinder nivåbaserat, som vi gjort i de beskrivande avsnitten, är att möjligheterna att hantera hindren varierar beroende på var de placeras. Hantering av policyhinder handlar ofta om att övertyga, hantering av strukturella hinder handlar om att förändra omgivningen eller justera den avsedda förändringen så att den passar bättre med rådande strukturer, medan verksamhets- och processfrågor kräver lokal hantering. Olika aktörer kan utifrån sina mandat och relationer påverka på olika sätt och på olika nivåer, men alla styrnings- och påverkansförsök har begränsad räckvidd åt något håll. Problem kan lätt uppstå om man försöker parera för hinder på en nivå med åtgärder på en annan, vilket är vanligt och en av anledningarna till att resultaten av många förändringsinitiativ inte blir varaktiga.

Aktörers räckvidd och påverkan

En central observation i vår undersökning är att centralt utformade styrsignaler och incitament inte automatiskt sipprar ner i verksamheten när det gäller att påverka valet mellan sjukhus- vs. egenadministrerad medicinering. Styrning med prisnivåer och ersättningar påverkar endast i begränsad omfattning på verksamhetsnivå. Styrning från HSF når verksamhetschef, men inte nödvändigtvis förskrivande läkare. Förskrivande läkare har en nyckelposition, men frihetsgraderna kan variera.

Vem påverkar vem?

SBU/profession

Påverkar i huvudsak TLV samt förskrivande läkare. Huvudsakliga argument är kring medicinskt utfall och behandlingskvalitet. Här vägs knappast ekonomi in alls, det lämnas åt andra instanser.

TLV

Gör en bedömning av pris, och om ett läkemedel skall omfattas av högkostnadsskyddet. Skall göra en hälsoekonomisk bedömning av nytta vs kostnad. Påverkar i huvudsak läkemedelsbolagen (genom att sätta press på priset) samt HSF, som behöver hantera klinikläkemedel med och utan högkostnadsskydd.

Läkemedelsbolag

Kan påverka genom pris, samt genom tilläggstjänster i form av utbildning, IT-stöd, hjälpmedel mm. Påverkar TLV, landstingsförvaltningar (prisförhandlingar) samt även förskrivande läkare, genom information och stöd.

HSF

Sätter interna regler och budgetar, påverkar verksamhetschefer genom att sätta ekonomiska ramar för verksamheten, och styr i varierande detaljeringsgrad hur pengar får användas under året. Påverkar i huvudsak verksamhetschefer, och genom dem indirekt förskrivande läkare och sköterskor.

Verksamhetschef

Sätter ramar för klinikens verksamhet, och styr även praxis bland förskrivande läkare i varierande grad. Har även en relativt stark position relativt HSF, genom medicinska argument. Är även en del av professionen, och påverkar därmed även på en övergripande nivå genom specialistgrupperingar.

Förskrivande läkare

Är den som i slutändan tar beslut om behandling, och genom det även beslut om arbetssätt och läkemedelsadministration. Påverkar patienten i sitt möte med denne, och kan rekommendera ett individuellt val. Påverkar även sköterskans arbete genom sitt val av behandling. Mycket av det slutliga valet görs här, även om det kan vara kraftigt kringskuret av regler eller informella normer. Stora variationer mellan olika läkare och olika miljöer.

Sköterska

Möter och hanterar patienten, utför ofta behandling, berörs troligen mest av hur arbetssätt och läkemedelsadministration ser ut. Kan indirekt påverka patientens preferenser, men har i övrigt ganska liten påverkan på val av behandling.

Patient

Har i princip rätten att välja behandlingsform, men har ett informationsunderläge, och överlåter ofta valet till läkaren. Patienternas preferenser skall påverka TLV, men oklart i vilken omfattning det sker. Stora skillnader mellan personer och vilka preferenser dessa har vad gäller sin behandling.

Konsekvenser av påverkansstruktur

- Styrning med prisnivåer och ersättningar påverkar endast förskrivande läkare i begränsad omfattning.
- Styrning från HSF når verksamhetschef, men inte nödvändigtvis förskrivande läkare.
- Patientens faktiska påvekan varierar.
- Förskrivande läkare ser endast delar av helheten, och styrs relativt lite av flera av de undersökta styrinitiativen.



Diskussion och konsekvenser

En utmaning inom vården är att möta framtidens behov av innovativa vårdformer, bland annat nya administrationsformer för läkemedel som kräver mindre resursutnyttjande inom vården och ger större frihet för patienten. Ett ökat patientinflytande har eftersträvat under många år, och den nya Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015 ger en möjlighet att driva på utvecklingen och arbeta mer aktivt med nya arbetssätt, bemötande och kommunikation som ökar kvaliteten i mötet med patienten. Syftet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, exempelvis när det gäller valet av medicinering.

Vid införandet av nya läkemedel, eller nya sätt att administrera läkemedel, finns det ett flertal faktorer som spelar in vad gäller användning. De verkar på olika nivåer i systemet, och kan i många fall motverka varandra. Riktade åtgärder har ofta en begränsad räckvidd genom systemet, vilket gör att en förändring på en övergripande nivå kan få svaga eller oanade effekter på en operativ nivå.

Styrning via ekonomiska incitament kan vara ett sätt att belöna nya innovativa sätt att administrera läkemedel, eller i vart fall inte hindra att nya sätt testas (exempelvis genom en ekonomiskt neutral ersättning vid sjukhus- respektive egenvård). Lika viktigt för att åstadkomma förändring är dock att adressera organisatoriska faktorer såsom förlegade arbetssätt och bristande kunskap kring faktiska förhållanden och redan idag befintliga monitoreringsverktyg för vård på distans. Dessa faktorer kan ha en större påverkan där de faktiska besluten om behandlingsform tas⁶.

I detta fall är besluten en avvägning mellan bland annat läkemedelskostnad idag, förväntad kostnad i framtiden, intern organisation och flexibilitet, kliniska indikationer och patientens preferenser. Det faktum att flera olika dimensioner ska vägas samman ger ett stort utrymme för lokala bedömningar och avvägningar baserade på lokala prioriteringar.

⁶Dessa slutsatser är väl i linje med en nyutkommen rapport från den brittiska tankesmedjan Nuffield Trust kring förutsättningarna för innovation i öppenvården. I denna konstateras bland annat att:

- Targeted financial micro-incentives are one method for achieving change and are in widespread use. However, evidence suggests that while they can stimulate change in specific areas of care, they do not result in deeper service transformation.
- A different balance is needed between creating financial incentives for change and providing developmental support to practices. Such support should address skills deficits, strengthen inter-professional working relationships, build leadership capability and develop new organisational systems and processes (Nuffield Trust 2015, Transforming general practice: what are the levers for change?).

En implikation är att man från centralt håll måste inse att den egna styrsignalen inte är den enda, och att en ännu starkare styrning med de medel man har att tillgå inte nödvändigtvis leder till önskat resultat.

De centrala frågorna blir då:

Vilka av dessa dimensioner är det som ska prioriteras?

Vem har sista ordet?





Implikationer

I de fall man upplever att det finns hinder för att genomföra en förändring i arbetssätt inom vården, till exempel då ekonomiska incitament inte ger avsedd effekt, kan problemet vara att de upplevda hindren på verksamhetsnivå inte verkar i samma dimension. Att då lägga ännu mer kraft på att stärka sina argument kan vara direkt kontraproduktivt. Argument inom en dimension måste kunna mötas med argument på samma grund. För att nå en lösning behövs en förhandling och en överenskommelse om vad som skall prioriteras och vad som har företräde i det enskilda fallet.

Flexibilitet är exempelvis en dimension som kan användas som argument för att behålla en dyrare vård på mottagning. Det är ett argument som behöver hanteras på strategisk nivå, vilken grad flexibilitet är man beredd att betala för. Skall det finnas kapacitet på mottagningarna för alla eventuella utvecklingar? Vi vet sedan länge att flexibilitet kan leda till höga kostnader.

Ekonomi trubbigt som incitament i vården?

Ekonomi är ett relativt trubbigt styrmedel i vården, eftersom verksamhetens logik inte främst är att tjäna pengar utan att bota och förebygga sjukdom. Fram tills för 10-15 år sedan var det mer eller mindre tabu att tala pengar, vi sysslar med sjuka människor, liv och död, inte med att tjäna pengar. Det har skett en förändring under dessa år, och idag pratas det alltmer om budget och ersättningar.

Ersättningssystem kan vara ett hinder för att utföra rätt vård, om man inte får betalt för den på rätt nivå. Å andra sidan får en hög ersättning inte vara skälet att man utför åtgärder som annars inte skulle gjorts.

Administrativa konsekvenser är viktiga att beakta

Under senare år har allt mer ljus riktats mot den ekonomiska styrningens roll som förklaring till olika typer av problem inom vård och omsorg, inklusive bristande effektivitet, patientsäkerhet, samverkan och innovation. Det finns ofta en underliggande förhoppning att en justering av de ekonomiska incitamenten kan överbrygga andra typer av hinder för mottaglighet i berörda verksamheter. Utifrån våra observationer från parallella projekt kring implementering och

mottaglighet för förändring ser vi att de administrativa förändringar som krävs för att förändra ersättningsystem kan ha större praktisk påverkan än de ekonomiska incitamenten i sig. De beteendepåverkande effekterna av den ekonomiska styrningen är ofta svåra att skatta och utvärdera på verksamhetsnivå – däremot kan det snabbt bli tydliga kringeffekter av försök till förändring i ersättningsmodeller, i form av administrativt merarbete, som upplevs som betungande. Det kan utgöra ett hinder för förändringen, särskilt då stödstrukturer för det nya sättet att arbeta inte finns på plats.

En tillfällig lösning med manuellt arbete är ofta nödvändig vid test av nya arbetssätt, vilket kommer att kräva mer resurser under en period. Att utveckla mer permanenta lösningar och hållbara rutiner som fungerar inom ordinarie system bör ses som en central del av utvecklingsarbetet. Följaktligen bör administrativt merarbete betraktas som en utvecklingskostnad och inte som en grund för utvärdering av den långsiktiga nyttan med projektet.

Lokala avvägningar kräver lokal kompetens

Som en konsekvens av att helheten måste hanteras detaljerat och lokalt behövs det en kompetens lokalt att göra detta. Det ställs höga krav på den lokala organisationen att förstå avvägningarna som skall göras, väga in relevanta dimensioner och balansera dessa mot varandra. Idag har läkaren sällan någon insikt i andra konsekvenser än de medicinska, och i värsta fall endast inom sitt specialtområde. Rollen som specialist leder inte automatiskt till rollen som ansvarstagande del i en helhet. Här behövs en balansgång mellan vad som får beslutas lokalt och vad som styrs uppifrån. Vi har sett att brist på uppföljning och brist på konsekvenser kan leda till att lokala chefer driver en egen agenda.

Ett problem är att läkare inte har någon formell utbildning i ledarskap, organisering, ekonomi eller logistik, men de antas ta ansvar för det i sina roller som chefer. En långsiktig lösning är att komplettera den medicinska utbildningen med detta, antingen i grundutbildningen eller genom kompletterande utbildning för de som väljer att ta en ledningsposition, och därmed ett ansvar för detta.

En annan väg är att låta externa intressenter stå för vidareutbildning. Där kan även nya arbetssätt, organisering och rutiner ingå, förutom ren produktinformation. Här kan vi få ett dilemma om det blir det en balansgång mellan nyttig utbildning och försäljningsargument för en produkt.

Många olika värden samtidigt ger stort lokalt handlingsutrymme

Ett problem som upplevs av dem som försöker påverka värden och åstadkomma en förändring är att det tycks finnas en form av lokalt veto på många områden.

Det finns massvis med småpåvar och egna kungadömen. Man kan ha sin egen agenda utan att bli motsagd. Varje klinik kan göra i stort sätt som man vill, för så har vi alltid gjort.

En möjlig förklaring till det är att det alltid går att byta dimension i sina argument, och på så vis kunna välja själv. Ekonomiska krav kan mötas med kvalitetsargument, eller argument kring framtida flexibilitet. Kvalitetsbrister kan mötas med argument kring bristande resurser.

I detta fall kan en kostnadsbesparing vid införandet av en subkutan egenadministrerad behandling i hemmet (ekonomisk vinst) mötas med argument kring nödvändigheten att ha kontroll (kvalitetsvinst), att ha resurser att hantera en eventuell återgång till infusion (flexibilitet). Vinsten kan även motiveras utifrån andra argument, såsom frihet och enkelhet för patienten (tidsvinst) eller brist på sköterskor (resurser).

Det är inte en exakt vetenskap att ställa dessa värden emot varandra och ta fram en optimal lösning. Detta är mycket viktigt att förstå. Det går inte att mäta på samma sätt, med det går att värdera. Alla värderingar bygger dock på en åsikt snarare än en sanning, och de involverade parterna behöver kommas överens, snarare än att få ett svar som är "rätt". Det i sin tur kräver en öppenhet i argumenten som inte alltid är populärt.



Om Stiftelsen Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

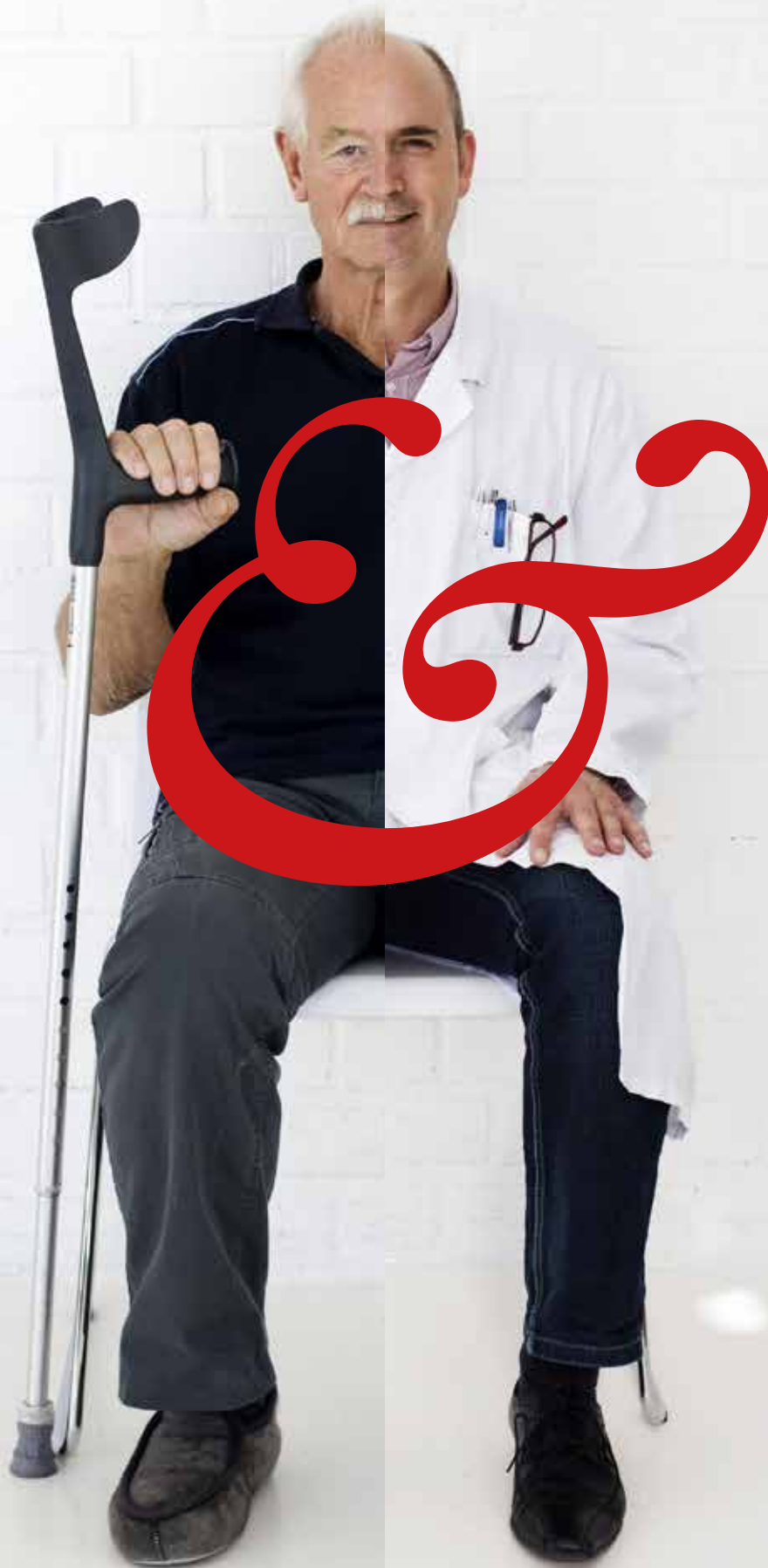
LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makronivå. Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienter och brukare får en bättre vård och omsorg.

Vill du veta mer?

På vår sajt hittar du information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se





Leading Health Care