



**FORUM FÖR
HEALTH POLICY**

Framtidens vård – rekommendationer inför valet 2022



Policy Brief – December 2021

Innehåll

Förord _____	3
Sammanfattning och rekommendationer _____	4
Sjukvårdspolitiken inför valet 2022 _____	4
Forum för Health Policy vill särskilt lyfta fram följande policyrekommendationer: _____	5
Det långsiktiga svaret är inte mer resurser _____	6
1. Förändrad styrning är nödvändig _____	6
2. Dra nytta av digitalisering och hälsodata _____	8
3. Psykisk ohälsa – vad bör göras? _____	9
4. Framtidens livsmiljö – både hållbart och effektivt _____	11
Policyrekommendationer _____	14
Vad bör då styras mer, bättre och av vem? _____	14
English summary _____	18
Bilaga 1 Deltagare på workshopen den 20 oktober 2021 _____	20

Förord

Tidningar är fyllda av artiklar om hälso- och sjukvårdens stora belastning, kris i förlossningsvården, överbeläggningar, kompetensbrist och många andra tillkortakommanden. En vårdskuld har byggts upp i samband med Coronapandemin och redan långa väntetider ökar. Risken finns att diagnoser inte sätts i tid som kan spara lidande och för tidig död. Samtidigt har Sverige en hög andel av BNP som läggs på hälso- och sjukvården och en hög läkartäthet i förhållande till andra länder.

Det finns starka skäl att tro att hälso- och sjukvårdens problem inte handlar enbart om resurser utan om avsaknad av strukturella reformer.

Den 20 oktober 2021 anordnade Forum för Health Policy tillsammans med RISE en workshop ”*Framtidens vård – inför valet 2022*”. Olika grupper och nyckelpersoner var representerade; patientorganisationer, fackliga företrädare, experter på sjukvårdssystemet, forskare, läkare, sjuksköterskor, entreprenörer med flera. Utgångspunkten för workshopen var: Vilka policybeslut behövs inför framtidens utmaningar i hälso- och sjukvård och omsorg och vilka instrument borde användas? Fyra olika teman lyftes fram; styrning, digitalisering och hälsodata, psykisk ohälsa och samordnad vård.

Denna policy brief baseras delvis på inspel från workshopen den 20 oktober men även på Forum för Health Policys publicerade skrifter. Både workshopen och rapporten har skett i nära samarbete med RISE, forskningsinstitut och innovationspartner i Sverige som också är medlem i Forum för Health Policy.

Rapporten är författad av Catharina Barkman och presenterar vilka utmaningar/problem som behöver lösas och hur detta bör ske. Skriften vänder sig framför allt till beslutsfattare och politiker på nationell, regional och kommunal nivå.

Stort tack till RISE och alla deltagare (se Bilaga 1) som bidragit till rekommendationer och förslag.

Under 2022 anordnar Forum för Health Policy en rad olika politikerträffar för att diskutera analysen och förslagen.

Peter Graf
Ordförande, Forum för Health Policy
December 2021

Sammanfattning och rekommendationer

Sjukvårdspolitiken inför valet 2022

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Trots en hög andel hälso- och sjukvårdskostnader av BNP, jämfört med andra OECD länder, har Sverige återkommande problem i form av långa väntetider till vård, bristande vårdkedjor och en sjunkande produktivitet som kan hänföras till ineffektiva arbetsprocesser med bland annat betungande administration. Sverige har också många läkare per invånare men förhållandevis få läkarbesök per dag.

Idag pågår en omställning mot en ”God och Nära Vård” där vården ska flytta fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. För 2019–2021 har regeringen träffat årliga överenskommelser med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). I en utvärdering från Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys konstateras att regeringen har avsatt närmare 15,5 miljarder kronor i form av stimulansbidrag till regioner och kommuner. Samtidigt konstaterar Vårdanalys att ”det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. En aspekt handlar om kvarstående brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens i primärvården.” Samtidigt har Coronakommissionen presenterat två delrapporter om den svenska pandemihanteringen med omfattande kritik. Redan 2014 konstaterades utredningen ”Effektiv vård” att mer resurser till hälso- och sjukvården inte är lösningen på de utmaningar som finns.

Vilken väg bör Sverige gå för att utveckla hälso- och sjukvårdssystemet till det bättre och klara av dagens och framtidens utmaningar?

De politiska utspelen är många och kommer intensifieras inför valet 2022: ”Staten måste ta över styrningen av sjukvården”, ”Mer resurser till vård och omsorg”, ”Primärvården måste stärkas” och så vidare. Tyvärr saknas ofta analyser på djupet om vilka problem som ska lösas och hur förändrad styrning eller mer resurser är lösningen.

Forum för Health Policy vill fördjupa analysen och bidra till diskussionen om framtidens hälso- och sjukvård och sociala omsorg. Därför genomförde Forum för Health Policy, tillsammans med RISE, den 20 oktober 2021 en workshop på temat ”*Framtidens vård – inför valet 2022*”. Olika grupper och nyckelpersoner var representerade; patientorganisationer, fackliga företrädare, experter på sjukvårdssystemet, forskare, läkare, sjuksköterskor, entreprenörer med flera. Utgångspunkten för workshopen var: Vilka policybeslut behövs inför framtidens utmaningar i hälso- och sjukvård och omsorg och vilka instrument borde användas? Fyra olika teman lyftes fram; styrning, digitalisering och hälsodata, psykisk ohälsa och samordnad vård.

Forum för Health Policy har publicerat ett antal policyrapporter och artiklar med rekommendationer och förslag för ett förbättrat hälso- och sjukvårdssystem. De, tillsammans med workshopens resultat, ligger till grund för denna policy brief som innehåller en analys av vilka utmaningar/problem som behöver lösas och hur detta bör ske. Både workshopen och rapporten har skett i nära samarbete med RISE, forskningsinstitut och innovationspartner i Sverige, också medlem i Forum för Health Policy. Skriften vänder sig framför allt till beslutsfattare och politiker på nationell, regional och kommunal nivå.

Forum för Health Policy vill särskilt lyfta fram följande policyrekommendationer:

- ▶ **Staten behöver säkra upp IT-system som pratar med varandra och där informationen sömlöst kan flyta mellan systemen.**
- ▶ **Staten, regioner och kommuner bör se till att patienten äger sina egna data.**
- ▶ **Regionerna behöver stärka incitamenten för första linjens sjukvård.**
- ▶ **Pröva nya arbetssätt/ny organisation för att stärka den förebyggande vården.**
- ▶ **Regioner behöver gemensamt med kommuner utveckla ersättningsmodeller.**
- ▶ **Regionerna bör öppna upp för nya utfallsbaserade finansieringsmodeller.**
- ▶ **Tillgängligheten behöver öka inte minst för personer med psykisk ohälsa.**
- ▶ **Utveckla användandet av digitala lösningar såväl vad gäller besök, behandlingar och egenmonitorering.**
- ▶ **Underlätta upphandling av en sammanhållen vårdkedja.**
- ▶ **Skapa förutsättningar för samarbete och sammanhållna vårdkedjor mellan fler aktörer.**
- ▶ **Förenkla dokumentationen och skärp uppföljning och utvärdering.**
- ▶ **Informationsdriven vård – lär av Region Halland.**

Det långsiktiga svaret är inte mer resurser – fyra perspektiv

1. Förändrad styrning är nödvändig

”Ersättningsystem - styrmodeller kan leda fel om man inte styr på exakt det man är ute efter utan något i närheten. Nya styrmodeller och finansieringsmodeller har potential att främja prevention.”

Citat från workshop 20 oktober 2021

Svensk hälso- och sjukvård och omsorg har stora utmaningar. Långa väntetider, samordningsproblem, fallande produktivitet. Detta bekräftas av bland annat IHP, International Health Policy Survey (2021) som årligen genomför undersökningar. I en rapport¹ presenteras hur befolkningen från 65 år och äldre i Sverige anser att hälso- och sjukvården fungerar och jämfört med befolkningen i tio andra länder, jämfört med 2017

Sammanfattningsvis ser hälso- och sjukvårdssystemet ut enligt följande:

- gott om resurser i vården (samlad)
- hög medicinsk kvalitet för ett antal livshotande diagnoser
- svag tillgänglighet, långa köer
- ofta bristande samordning mellan vårdnivåer samt mellan vård och omsorg
- sjunkande produktivitet i sjukhusvården
- många läkare men få besök
- sjukhustungt system, relativt svag primärvård
- lågt utnyttjande av digitaliseringens möjligheter

En viss förbättring har skett för personer som är 65 år och äldre avseende fast läkare eller sjuksköterska de går till för vård. Sverige är dock fortsatt det land i jämförelsen som har lägst andel med fast vårdkontakt. Sverige har en hög andel patienter som fortfarande rapporterar att samordningen av information mellan den ordinarie läkare och specialistvården inte fungerar tillräckligt bra. Den svenska befolkningen 65 år och äldre rapporterar fortfarande bland de längsta väntetiderna i jämförelsen till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus. Långa väntetider är något som svenska patienter återkommande har rapporterat och inga tydliga förbättringar framkommit. Till exempel har andelen som fick vård inom två dagar minskat med sju procentenheter sedan den senaste undersökningen 2017.

Coronakommissionen har i två delrapporter granskat hanteringen av pandemin.² Kommissionen konstaterar att det som har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg är utöver den allmänna smittspridningen i samhället, sedan länge

¹ Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2021)

² <https://coronakommissionen.com>

välkända strukturella brister. Samverkan mellan hälso- och sjukvården i regional regi och den kommunala omsorgen har inte fungerat. Dessutom är teknikutvecklingen, som är absolut nödvändig för att klara efterfrågan och service, alldeles för långsam i den sociala omsorgen. I en rapport³ om digitalisering granskas sju kommunala tjänster. I studien beräknas effektiviseringspotentialen utifrån hur stor andel som använder digitala tjänster i stället för manuella/analoge tjänster, den digitala nyttjandegraden. Den årliga besparingspotentialen är omfattande i samtliga kommuntyper som undersökts. Rapporten visar också att det finns betydande besparingsmöjligheter även om bara en av tio använder det fyra e-tjänsterna inom hemtjänsten.

I dag pågår en omställning mot en ”God och Nära Vård” där vården ska flytta fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande vilket ska underlätta för både patienter och brukare. För 2019–2021 har regeringen träffat årliga överenskommelser med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). I en utvärdering från Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys⁴ konstateras att regeringen har avsatt närmare 15,5 miljarder kronor i form av stimulansbidrag till regioner och kommuner. Samtidigt konstaterar Vårdanalys att ”det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse.”

Kvarstående brister finns när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens i primärvården. Vårdkedjor/vårdflöden upplevs ofta som ett problem och patienter faller mellan stolarna. Ingen har ett tydligt koordinerande ansvar för patienten. Stora statliga satsningar och till viss del regionala satsningar görs på ”Nära vård”. Men vad betyder det i praktiken? Vilka resultat syns (utöver enstaka projekt)? Vad och vem ingår i god och nära vårdkonceptet? Nyttjas intressenter och resurser på bästa sätt? Behövs en större systemförståelse runt patienten/individ. Hur kan bättre kartläggning göras och resurser samordnas runt patienten/individ på ett effektivare sätt? Och hur tas människor omhand vars vårdbehov på sikt kraftigt kan minskas genom primärprevention? ***Hela omställningen till God och Nära vård behöver konkretiseras och fördjupas.***

Sjukvårdssystemet består av silos. Lagstiftning, budget, ansvarsområden främjar inte en personcentrerad vård på riktigt. Det finns bra exempel från Danmark och Norge med bland annat kontinuitet, fasta läkarkontakter, färre inläggningar, bättre och tydligare vårdflöden. Om vi jämför läget i Sverige med situationen i Danmark visar det sig tydligt att styrningen av sjukvården varit avgörande för hur snabbt de olika länderna kommit i gång med behandlingar och operationer under pandemin. Sjukvården i Sverige har ännu inte kommit upp i samma nivå som före pandemin i samtliga 21 regioner. I både Danmark och Norge kom behandlingar och operationer i gång igen redan under våren 2020, och var snabbt tillbaka till normal kapacitet. (Läkartidningen 2021-01-13)

De ekonomiska incitamenten hänger inte med den digitala utvecklingen och behovet av en sammanhållen vård. Finansieringsmodeller och ersättningsmodeller behöver ses över för att stärka prevention och skapa förutsättningar för digitalisering. Idag finns intressanta exempel på utfallskontrakt med resultatbaserad finansiering. Region Stockholm har till exempel infört en så kallade hälsoobligation för prevention kring diabetes typ 2.⁵

³ När blir digitala tjänster i kommunerna lönsamma? Digitaliseringsrådet, RISE, Stelcon. Februari 2019

⁴ God och Nära vård i sikte? Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2021)

⁵ <https://www.regionstockholm.se/om-regionstockholm/ekonomi/Ekonominyheter/Behallare-for-ekonominyheter/2020/06/region-stockholm-ar-forst-med-en-halsoobligation-med-avkastning-efter-resultat/>

2. Dra nytta av digitalisering och hälsodata

”God och nära vård är en väldigt komplex funktion/tjänst som blottar vilka brister vi har i systemet. Det kan t.ex. vara svårigheter med att dela data mellan huvudmän, otydliga ledningsstrukturer, otydlig styrning och ersättningsmodeller som inte fungerar i verkligheten.”

Citat från workshop 20 oktober 2021

Flera studier visar på stora möjligheter till kvalitetsförbättringar och effektiviseringar med hjälp av digitalisering och användandet av hälsodata. En studie från McKinsey (2016) visade på minskade vårdenhetskostnader med upp till 25% över en tioårsperiod genom systematisk tillämpning av digitala tekniker inom 14 områden. Digitala lösningar och verktyg är underutnyttjade inom kommunerna och äldreomsorgen. Det kan handla om larm och övervakningskameror men också om en total översyn av hela den administrativa processen. En chef för ett äldreboende berättar att en sjuksköterska loggar in i åtta olika system och tvingas dokumentera samma information flera gånger. Ung nyutbildad sjukvårdspersonal, van vid mobiltelefoner, och smidiga datahantering, blir förskräckta över den tungrodda IT-tekniken inom vården.

Digitala läkarkontakter har ökat mycket snabbt sedan 2016 och representerade 2020 cirka 11% av alla primärvårdskontakter (SKR 2021). Utvecklingen av digitala psykologtjänster har även den varit snabb. Sedan 2018 har möjligheterna för vuxna att ta del av olika former av psykoterapi via internet vuxit markant i Sverige.

Region Halland har färre vårdplatser per 10 000 invånare än hela Sverige i genomsnitt och Sverige har färre vårdplatser jämfört med andra länder. Vårdplatsbristen är ett återkommande problem men varför har inte Region Halland någon brist? Ett svar är arbetet med informationsdriven vård.⁶ Data används kontinuerligt med stöd av AI-baserade program för att följa patientens väg i vården, identifiera de stora kostnadskrävande delarna av vårdkedjan, fördela resurser och personal på ett smidigt sätt där de bäst behövs.

Utvecklingen av digital teknik ihop med den vetenskapliga och teknologiska utvecklingen inom medicinen leder till att allt mer data om enskilda personers hälsa samlas in och lagras digitalt. Hälsodata samlas in inom vården och omsorgen, av forskare men också av individer själva via exempelvis olika hälsoappar. Hälsodata utgör mycket mer än våra journalsystem och begränsas inte till information om oss som patienter utan omfattar allt som är hälsorelaterat i våra liv: från vårddata och kartläggning av vår arvs massa till uppgifter om vår fysiska aktivitet och mycket mer. Gemensamt för allt detta är att informationen redan finns tillgänglig eller ganska enkelt kan tas fram.

Det handlar om enorma datamängder som kräver stor lagringskapacitet, nya metoder för databehandling och möjligheter att kombinera och dela data. Lagring av data är en utmaning, inte minst vad gäller kraven på både tillgänglighet och datasäkerhet. Men det är mer en legal och ekonomisk fråga än ett tekniskt problem. Genom utvecklingen av metoder baserade på artificiell intelligens (AI) skapas nu effektiva processer som kan hantera mycket omfattande datasamlingar. Det stora problemet är *datadelning* – hur informationen ska kunna delas på ett effektivt, legalt och etiskt korrekt sätt. Det finns en vilja att dela egeninsamlade hälsodata med vården. Många patienter tar för givet att datadelning är möjlig. ***Nära fyra av fem svenskar är villiga att dela med sig av sin egeninsamlade hälsodata***⁷ till sin vårdgivare, hälsocoach,

⁶ Hälso- och sjukvårdspodden. Avsnittet med Markus Lingman, överläkare, Region Halland.

⁷ Från Sjukvård till hälsovård (2019) PwC, Apoteket AB, AbbVie, Roche Diagnostics och Tamro

apotekspersonal med flera och vill bidra till forskning. Dagens juridiska regelverk präglas emellertid av en restriktiv syn på informationsdelning mellan patient och vårdgivare.

Digitaliserade hälsodata bedöms ha stor potential att bidra till en bättre och säkrare vård, ökad tillgänglighet och stärkt patientautonomi. Genom att patienten äger sina egna data till exempel genom ett personligt, digitalt hälsokonto kan individen få kontroll över sina egna data och själv bestämma vem han eller hon vill dela informationen med.

3. Psykisk ohälsa – vad bör göras?

”Involvera patienter och personal för att hitta lösningar.”

Citat från workshop 20 oktober 2021

Psykiska ohälsan kostar i lidande och enorma resurser för samhället. ***Cirka 5% av BNP utgör kostnader för psykisk ohälsa.*** Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige. Över en miljon svenskar äter antidepressiva läkemedel. Behoven är stora av både förebyggande insatser, vård och rehabilitering.

Psykisk hälsa är ett stort begrepp. Definitionsmässigt finns lättare psykisk hälsa och välbefinnande och å andra sidan psykiatriska tillstånd och psykiatriska sjukdomar. Det är svårt att sätta en människas mentals hälsa i ett fack eftersom tillståndet kan förändras snabbt och hen kan glida mellan dessa definitioner. Ett exempel är att en människa med självmordsbenägenhet inte nödvändigtvis har diagnosticerats inom hälso- och sjukvården och hälsotillståndet kan förklaras av annat som ångest, ensamhet, social exkludering mm. Hela psykiska ohälsa sfären från besvär till sjukdom är komplex. Det behövs ett bredare perspektiv kring psykisk hälsa då problemen ibland kräver andra insatser än hälso- och sjukvård.

Det finns en risk att hälso- och sjukvårdssystemet idag har för stort fokus på somatik utan att hänsyn till helheten kring människan. Det ska vara enkelt att till exempel få ett samtal i skolan om sömn eller ångest. Det finns goda exempel från vårdcentraler där primärvårdsläkaren hjälper patienten med det den sökte för och om det framkommer att behovet var något mer direkt kan hänvisa till psykologerna som sitter vägg i vägg med dem och som både pratar enkelt med patienten och ger stöd till egenvård. Samtidigt är det viktigt med åtkomst till psykiatrisk specialistbehandling vid behov. Risken finns att många hänvisas till primärvårdens psykologer vilket naturligtvis är bra för vissa men för andra är den hjälpen för kort och otillräcklig.

Den bristande tillgängligheten till bland annat psykologer, psykoterapeuter och kuratorer och behovet av förebyggande insatser är en förklaring till att arbetsgivare bekostar privata sjukvårdsförsäkringar. Idag har cirka 690 000 personer i Sverige en privat sjukvårdsförsäkring.⁸

När det gäller ungas psykiska hälsa Sveriges kommuner och regioner (SKR) konstaterar att antalet besök till barn- och ungdomspsykiatri ökade med 11% mellan 2017 och 2020. Visserligen ökar kapaciteten inom BUP men vårdbehoven ökar snabbare. Långa köer riskerar att förvärra enklare tillstånd.

⁸ <https://www.svenskforsakring.se>

Med nya arbetssätt kan psykiatrin nå fler. Kognitiv beteendeterapi via internet, som erbjöds redan 2007 i Stockholm kan enligt samstämmig vetenskaplig evidens⁹ ge likvärdig effekt som sedvanlig KBT och dessutom spara in dyrbar behandlartid. Mins fyra gånger fler patienter kan få hjälp med internet KBT jämfört med ”vanlig” KBT räknat i effektiv behandlartid.

När den digitala vården introducerades, kom även männen in, män med invandrabakgrund. Den ökade tillgängligheten möjliggör hur fler kan söka hjälp. Många kanske rentutav föredrar en chatt framför fysiskt möte. Viktigt är att bygga lågtröskellösningar där det blir lättare att ta kontakt och tillåta variation i kontaktvägarna.

Ett helhetstänkande och individanpassade löningar kräver reellt samarbete mellan olika professioner och huvudmän, som inkluderar organisationer i lokal – och civilsamhället.

Det finns goda exempel. Fokushuset i Norrtälje är ett unikt samarbete i öppenvård mellan psykiatri, beroende och socialpsykiatri. Fokushusets grunduppdrag är att arbeta utifrån den enskildes behov med ett salutogent förhållningssätt med fokus på symptom snarare än diagnos. Organisationens tre inriktningar i samma enhet (som på andra håll i landet har olika huvudmän) minskar risken för att ansvaret för den hjälpsökande bollas runt.

Det finns även behov av en nationell strategi för att olika samhällsaktörer i samarbete ska främja medborgares psykiska hälsa, en strategi som kan hanteras systematiskt för att fånga goda exempel och ständigt förbättras.

Civilsamhällets olika organisationer har en viktig roll. Ett exempel är Tilia, en ideell organisation som arbetar för att främja ungas psykiska hälsa. Tilia finns tillgängligt kvällar, helger och lov och allt stöd är rikstäckande och kostnadsfritt. Tilia erbjuder bland annat en stödchatt som är öppen 365 dagar om året. Ett annat exempel är Mind, en ideell förening som erbjuder samtalsstöd för alla åldersgrupper. Det finns bland annat en Självmordslinje som är öppen dygnet runt och även en Äldrelinje och Föräldralinje.

Att inkludera personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom ökar sannolikheten för att vården utformas och utvecklas utifrån patienternas verkliga behov. Ett exempel är de brukarinflytandesamordnare som finns inom psykiatrin i Region Stockholm, vars uppgift bland annat är att lyssna på vad patienterna behöver.

Patientlagen som tillkom den 1 januari 2015 har utvärderats av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys. Patientlagen är särskilt viktig för utsatta patientgrupper. (2021:10). Myndigheten konstaterar att det finns flera brister i patientlagens genomslag och få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad över tid. Brister som lyfts fram i vårdens tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och samordning. I intervjustudier med patientföreträdare med psykisk sjukdom framkommer bland annat att vården måste ge patienten mer inflytande över sin vård och behandling, att närstående behöver involveras betydligt mer jämfört med idag.

Uppföljning och nyttoberäkningar av offentliga medel som satsas inom området behöver stärkas för att skapa någon form av förflyttning och se värdet av insatserna. I en utvärdering¹⁰ konstateras att uppföljning saknats av statliga miljardsatsningar på psykisk hälsa. Inte minst har diffusa målsättningar försvårat utvärderingar. Avsaknad av grunddata och indikationer eller bristande sammanställning av indikatorer på ett värdeskapande sätt lyfts också fram.

⁹ Läkartidningen 2017;114:D77R

¹⁰ SOU 2018:90

Att skifta resurser från reaktiv vård till preventiva insatser är inte enkelt. En rad utmaningar försvårar besluten att investera i preventiva vårdmodeller, inte minst detaljerade fastlagda budgetramar. Finansiering genom så kallade hälsoobligationer som utvecklas i offentlig-privat samverkan, är därför en ny möjlighet för satsningar på prevention. Region Stockholm¹¹, prevention diabetes typ 2 är ett exempel. Diabetes typ 2-vården kostar Region Stockholm cirka 2,5 miljarder kronor årligen. Genom att preventivt tillföra resurser tidigt förhindras ett insjuknande och medborgare aktiveras i sitt eget hälsofrämjande i stället för vårdens omhändertagande. Återbetalningen och räntan är kopplad till hur framgångsrik den preventiva insatsen blir.

4. Framtidens livsmiljö – både hållbart och effektivt

”Viktigt att fokusera på prevention (både primär och sekundär) – prevention som motor för digitalisering.” Citat från workshop 20 oktober 2021

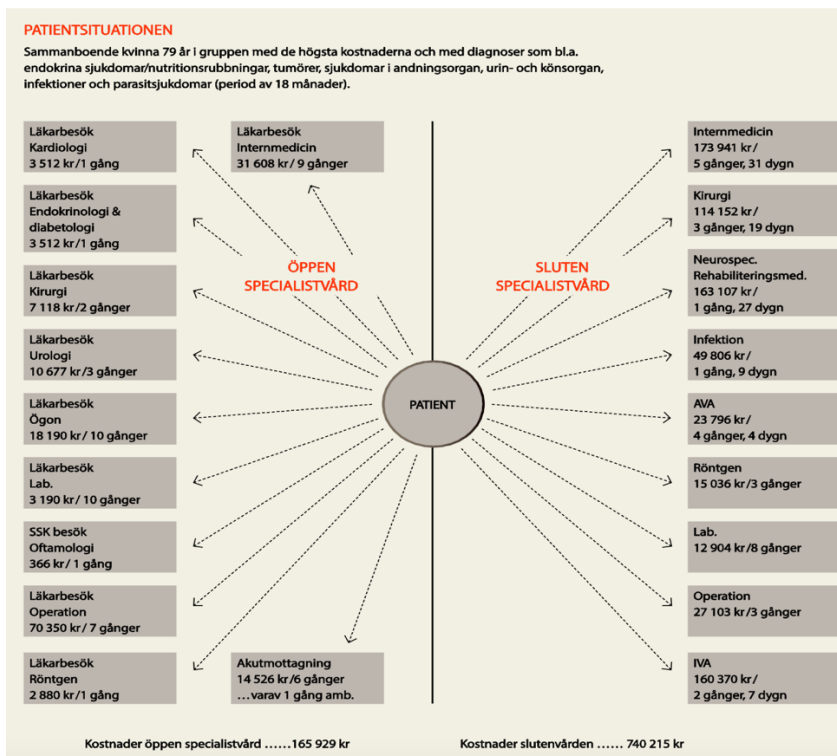
Flera utredningar visar på brister i samordningen mellan de aktörer som personer med stora vård – och omsorgsbehov förlitar sig på. Patienter, brukare och den medicinska professionen är missnöjda med koordineringen. Utebliven samordning leder till stora kostnader och potentiellt lägre vårdkvalitet och även till en sämre upplevelse och livskvalitet för patienter och brukare. Utmaningarna blir inte mindre av en komplicerad struktur med tre politiska nivåer, staten, 21 regioner och 290 olika kommuner. Beräkningar har visat att den demografiska utvecklingen med nuvarande köer till särskilt boende innebär i princip att det borde öppnas två nya äldreboenden i veckan.

I Sverige finns cirka en miljon personer med stora vård- och omsorgsbehov som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Ofta handlar det om personer som är multisjuka (dvs. har fler än två diagnoser) och/eller är äldre. Vården och omsorgen i Sverige är emellertid utformad utifrån organisationen snarare än från personen. Patienter och brukare faller ofta mellan stolarna och en bristande samordning leder till ett lidande för personer som är i stort behov av god kontinuitet och hög kvalitet. Bristande samordning leder också till att resurserna inte används så effektivt som de borde. I flera rapporter¹² presenteras framgångsrika exempel t.ex. i Skaraborg, och omsorg. Fortfarande finns stora problem i samarbetet mellan olika verksamheter och huvudmännen runt individer med sammansatta behov. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens sammantagna förmåga brister för att fånga upp individers behov för att undvika vård och minimera behovet av socialtjänsten.

¹¹ <https://www.regionstockholm.se/nyheter-stockholms-lans-landsting/2020/06/region-stockholm-ar-forst-med-en-halsoobligation-med-avkastning-efter-resultat/>

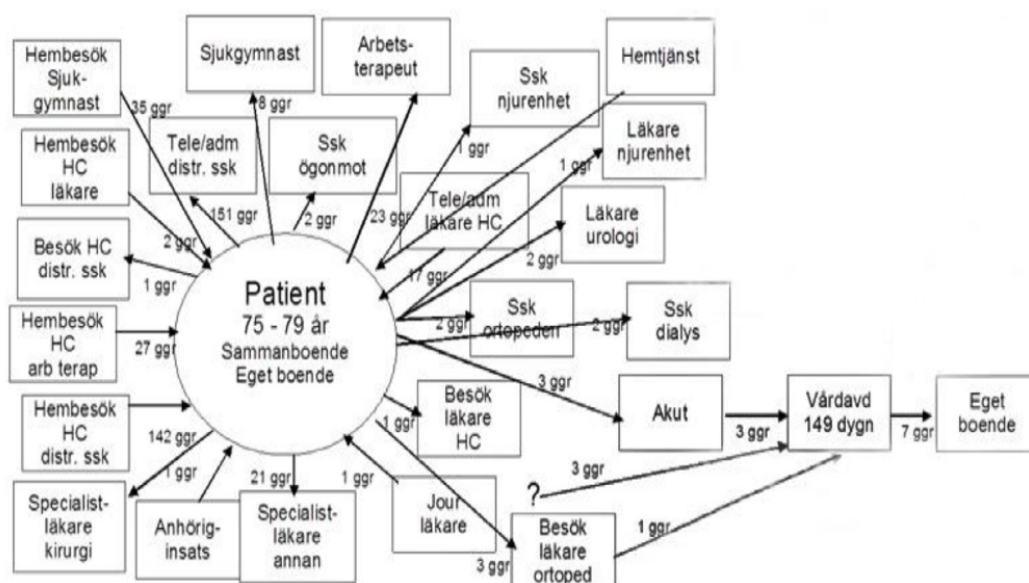
¹²Effektiv Vård SOU 2016:2, En sammanhållen effektiv vård och omsorg Forum för Health Policy 2017 m.fl.

Nedan illustreras ett exempel på kostnader för en multisjuk äldre person vilket tydliggör vilka vinster som kan uppnås med en sammantagen vård, både ur ett patientperspektiv och ur ett ekonomiskt perspektiv.



Källa: Norén, Dag, Hälsa- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte, 2015

Organisationsbilden nedan som är ett exempel hur det kan se ut för en äldre person, bekräftar bilden av en djungel av aktörer där patienten själv eller anhöriga får stå för koordineringen av vården.



Källa: Gävleborgs plan (2018) för övergången till nära vård

En avgörande fråga är hur preventiva insatser och egenvården kan stärkas genom andra aktörer utöver hälso- och sjukvården, för att bidra till en mer hållbar och hälsosam livsstil och därmed underlätta för invånare och avlasta hälso- och sjukvårdssystemet.

Civilsamhället med ideella föreningar m.fl. har ofta en gedigen kunskap och utgör en bärande del. Patientföreningar såsom Riksförbundet HjärtLung, Reumatikerförbundet, Nätverket mot Cancer m.fl. är starka röster för patienterna. Andra exempel är Tilia, Mind, BRIS, Suicide zero, Rädda barnen m.fl. Röda Korset har inrättat väntjänster för äldre som upplever ensamhet och Mind har en Äldrelinje.

Apoteken som har erfarna och kunniga apotekare skulle kunna ha en starkare roll med fokus på prevention, hälsa, livsstil och egenvård och därmed avlasta hälso- och sjukvården. Farmaceuter, både apotekare och receptarier, har gedigen läkemedelsutbildning och deras kunskap och kompetens i kundmöten kan utnyttjas bättre. Apoteken är lättillgängliga och har öppet även när vårdcentraler har stängt. Om apoteken kan bli integrerade med vårdgivares och laboratoriers digitala system öppnas möjligheten för mer patientnära tjänster till exempel i form av egenmonitorering av stora folksjukdomar. Detta kan stärka folkhälsan och minskar trycket på sjukvården. Samtidigt är det viktigt att ta hänsyn till potentiella risker för att till exempel undvika överförskrivning av läkemedel.

Försäkringsbolag har lång erfarenhet av sjukvårdsförsäkringar, processer för effektiva vårdinsatser, prevention och rehabilitering. Sjukvårdsförsäkringar fokuserar bland annat på vård genom tidiga insatser. Mer än 50% av de minsta företagen har sjukvårdsförsäkringar för sina anställda för att minska risken för långa sjukskrivningar till följd av långa väntetider till offentlig vård. Försäkringsbolag skulle kunna, inom ramen för den skattefinansierade vården, t ex medverka i utfallsbaserade finansieringsmodeller. Med sin kunskap om risk och riskdelning samt skadeförebyggande insatser skulle försäkringsbranschen även kunna ta en större roll med fokus på bland annat tidiga och förebyggande hälsoinsatser och effektiv och patientnära koordinering.

Förbättrade förutsättningar för ett samarbete mellan hälso- och sjukvård och omsorg å ena sidan och utomstående aktörer å andra sidan bäddar för innovation och utveckling. Det finns försök till olika plattformar. Region Norrbotten utvecklar till exempel tillsammans med det civila samhället samverkansformer för att möta framtidens samhällsutmaningar.

Vad bör då styras mer, bättre och av vem?

Staten behöver säkra upp IT-system som pratar med varandra och där informationen sömlöst kan flyta mellan systemen.

En rad myndigheter och organisationer har i uppdrag att bidra till en ”infrastruktur” för digitalisering; Inera, Digitaliseringsmyndigheten, e-Hälsomyndigheten mfl. Samtidigt har flera regioner genomfört upphandlingar av olika Vårdinformationsmiljöer. Data kan fortfarande inte delas mellan sjukvården och omsorgen och heller inte delas fullt ut inom regionerna. Men ingen har ett övergripande ansvar. Det är dags att staten tar sitt ansvar med ett helhetsgrepp av informationsförsörjningen i form av regelverk, standardisering och lagstiftning med en inriktning från organisation till individ, som i praktiken möjliggör informationsöverföring och samverkan över alla gränser (mellan huvudmän, mellan privata och offentliga vårdgivare) och som främjar kompatibla system.

Staten, regioner och kommuner bör se till att patienten äger sina egna data.

Om patienterna äger sin data underlättas tillvaron med snabb information av labbsvar, remisser, hälsoinformation direkt till mobiltelefonen. Ett arbete behövs för att skapa en nationell infrastruktur och lagring av patientdata oberoende av vilka system som nyttjas i landsting och regioner, hos privata vårdgivare, digitala tjänster och applikationer. Invånare i Sverige bör av demokratiska skäl äga och bestämma över vem som ska få hantera ens data, på motsvarande sätt som att bestämma över vilken bank som ska hantera pengarna. Volymerna av patientdata ökar kraftigt vilket är en stor möjlighet men också en risk att den blir splittrad och svåråtkomlig. Det är dags att politiker på nationell och regional nivå tar ett ansvar för att en nationell infrastruktur och lagring av patientdata.

Regionerna behöver stärka incitamenten för första linjens sjukvård.

Första linjens sjukvård är av stor vikt för rätt behandling, omhändertagande på rätt nivå i vårdkedjan, prevention och sammanhållning och uppföljning av vårdprocessen för patienten och mycket mer. I internationella undersökningar framgår att patienter och läkare är missnöjda med både samordning och informationsöverföring. Det saknas idag incitament för första linjens sjukvård att ta det omfattande ansvar som åligger dem. Primärvården har idag både ett förebyggande, samordnande och uppföljande ansvar för patienten men blir inte belönade för att hålla patienter friska och undvika för många besök och slutvårdsinläggningar.

Pröva nya arbetssätt och ny organisation för att stärka den förebyggande vården.

Det förebyggande arbetet i form av både primär- och sekundärprevention är helt nödvändigt för att minska belastningen på hälso- och sjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården aktivt verka för att förhindra sjukdom uppstår, återkommer eller förvärras. Samtidigt används endast mellan 3 - 4% av den offentliga hälso- och sjukvårdens budget till att förebygga att sjukdom uppstår. I en undersökning¹³ konstateras att det finns en uppfattning om att vården saknar ändamålsenliga processer för att möta efterfrågan på förebyggande hälsovård och endast en tredjedel anser att vården i hög utsträckning är engagerad i att förebygga sjukdomar. Respondenterna vill kunna kontrollera sin hälsa och monitorera sin sjukdom. De säger sig också vara villiga att dela sin personliga hälsodata med vården. I England finns så kallade trusts, i Kalifornien och Israel så kallade Health Maintenance Organisations (HMO) där alla har ett helhetsansvar för patienterna inklusive förebyggande vård. Om förebyggande vården brister ökar kostnaderna för HMOs i form av annars kanske undvikbar vård. Dessutom kan patienterna välja bort ett HMO om de inte är nöjda vilket ökar incitamenten för satsning på både prevention och rehabilitering. Sverige bör pröva liknande angreppssätt, t.ex. genom att införa flera modeller liknande den i Norrtälje (Tiohundra) i offentlig eller privat drift.

Regioner behöver gemensamt med kommuner utveckla ersättningsmodeller.

Ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården stimulerar sällan samordning och prevention och utgör hinder för den tekniska utvecklingen. Regioner och kommuner gör gemensamt skapa ersättnings- och uppföljningssystem som stärker koordineringen av individens hela vård- och omsorgsbehov. Ersättningsystemen bör undanröja hinder för både samordning och främja innovation, särskilt med fokus på digitaliseringen.

Regionerna bör öppna upp för nya utfallsbaserade finansieringsmodeller.

Innovativa finansieringsmodeller som stödjer satsningar på prevention prövas nu. Så kallade utfallskontrakt¹⁴ är en struktur för finansiering och organisering av samverkan mellan idéburet, offentligt och privat där finansiärer fonderar en budget för en specifik insats. Parterna kommer överens om vem som skall driva insatsens olika delar och vilken operativ samverkan och styrning som krävs. Om insatsen leder till avsedda resultat och överstiger överenskomna tröskelvärden för ekonomiska och sociala utfall får finansiären tillbaka sin kapitalinsats. Ett exempel är Region Stockholms hälsoobligationer till stöd för satsning på prevention, diabetes typ 2.

¹³ Från sjukvård till hälsovård. PwC (2019)

¹⁴Hugo Mörse. Blogg till Forum för Health Policy 2021

Tillgängligheten behöver öka.

Långa väntetider inför ett första besök riskerar både lidande och försämring för patienterna. Olika insatser för att förbättra tillgängligheten för personer i behov av stöd behövs. En utgångspunkt är en väl fungerande och stärkt primärvårdsnivå med effektiva arbetssätt med goda förutsättningar för både fysiska och digitala besök. Andra faktorer är minskad administration, effektiva IT-system och nyttjandet av digitaliseringen. Det handlar om att skapa incitament för att minska köerna. Ett sätt är ekonomiska sanktioner vid för långa väntetider i specialistvården. En annan möjlighet är att patienten de facto blir hjälpt av hemregionen att hitta en annan vårdgivare om väntetiden är för lång. Alla vårdgivare bör nyttjas för att minska väntetiderna.

Utveckla användandet av digitala lösningar vad gäller besök, behandlingar och egenmonitorering.

Digitaliseringen har lett till förbättrad tillgänglighet, inte minst för patienter med psykisk ohälsa. Det finns fortfarande mycket stigma kring den mentala hälsan. Möjligheten till olika kontaktvägar till vården underlättar. Patienter som annars inte skulle ha sökt vård kan få stöd tack vare nya digitala kontaktvägar. Dessutom kan online besök kännas tryggare i hemmiljö och effektivare för att slippa resandet. Distansmonitorering/egenmonitorering innebär självständighet och sparar tid för patienterna. Egenmonitorering är nationellt prioriterat för att förverkliga vision e-hälsa 2025.

Underlätta upphandling av en sammanhållen vårdkedja.

Coronapandemin har tydligt visat på behov av en bättre samordning och/eller förändrat huvudmannaskap rörande hälso- och sjukvårdsinsatserna. Diskussionen om huvudmannaskap har pågått i decennier. Närmare samarbete mellan vård och omsorg har efterfrågats. Samtidigt finns det bara en organisation i hela Sverige som har en landstingskommunal gemensam styrning. Reformen behövs. Förenkla förutsättningarna för samarbeten mellan regioner och kommuner genom exempelvis upphandling av en eller flera vård- och omsorgsgivare som kan ta ett helhetsansvar för både regionernas och kommunernas sjukvård och omsorg vid sidan av nuvarande strukturer. Vårdgivare med ett helhetsansvar kan lättare utforma en sömlös vård och omsorg. Ett exempel kan vara att patienten/brukaren får med sig en ”ryggsäck” (gemensam från både region och kommun) med pengar och kan välja att lista sig hos en av flera valbara vårdorganisationer (offentliga eller privata).

Skapa förutsättningar för samarbete mellan fler aktörer

Det finns stor potential att tänka innovativt och samverka med andra aktörer för att göra skillnad för särskilt äldre. Flera aktörer kan bidra för att stärka prevention och avlasta sjukvården och äldreomsorgen. Ett exempel är apoteken som har erfarna och kunniga apotekare. Apoteken skulle kunna ha en starkare roll med fokus på prevention, hälsa, livsstil och egenvård och därmed avlasta hälso- och sjukvården och omsorgen. Civilsamhället, byggbolag, vård- och omsorgsbolag, försäkringsbolag och andra aktörer med tjänster inom vård och omsorg kan bidra till en bred och konstruktiv diskussion kring förbättringar för att klara framtidens utmaningar. Regioner och kommuner behöver gemensamt underlätta och uppmuntra till innovativa samarbetsprojekt och släppa in flera samhällsaktörer som vill och kan bidra till bättre hälsa, vård och omsorg t ex genom innovationsupphandling eller en gemensam innovationsarena. Samarbetande aktörer behöver forma ett gemensamt mål och 'det nya gemensamma', för att inte hamna i enbart vad som gynnar den egna organisationen. 'Den gemensamma rörelsen' bör utgå från individen och hinder och möjligheter samt vilka ytterligare aktörer som kan bidra för att nå målet bör identifieras tillsammans. Formerna, grundläggande infrastruktur och vilka organisatoriska förändringar som måste vara på plats för ett samarbete behöver urskiljas, och incitament behöver skapas för spetsiga aktörer och bolag som vill och kan driva förändring och innovation.

Förenkla dokumentationen och skärp uppföljning och utvärdering

Ökad kunskap om vård och omsorg är en förutsättning både för bättre policybeslut och för nya innovationer. Variationer i vårdens resultat utgör en utmaning för beslutsfattare, praktiker och forskare att analysera. Det gäller både behoven av vård och omsorg som skiljer sig mellan individer och det gäller hur hälso- och sjukvård och omsorgen utförs. Regioner i samarbete med både staten och kommunerna bör förenkla dokumentation och uppföljning, införa samma dokumentationskrav i hela landet, ställa krav på färre men relevanta uppföljningsmått och undvika dubbelregistreringar.

Informationsdriven vård – lär av Region Halland

Sverige har en lång tradition av att samla in och presentera data, och närmast unika datakällor som belyser variationer i vården som dock används i alltför liten utsträckning för förändringar. Region Halland har färre vårdplatser än genomsnittet i övriga regioner, samtidigt som Sverige har lägre antal vårdplatser än andra länder. Halland har inga problem med överbeläggningar eller utlokaliseringar, mycket tack vare satsning på informationsdriven vård¹⁵. Statistik analyseras för att få en faktabaserad bild. AI används för att leta mönster. En effekt som kan påvisas av detta arbetssätt är en effektiv vårdkedja vid stroke.

¹⁵ <https://www.regionhalland.se/nyheter/markus-lingman-nominerad-till-arets-ai-svensk-2020/>

English summary

Swedish healthcare faces major challenges. Despite a high proportion of health care costs of GDP compared with other OECD countries, Sweden has recurring problems such as long queues, lack of care episodes and a declining productivity that can be attributed to inefficient work processes and heavy administration burden. Sweden also has many doctors per inhabitant and relatively few visits per doctor.

On October 20, 2021, the think tank Forum for Health Policy, together with RISE, organized a workshop "Future care - ahead of the 2022 election". Various groups and key people were represented, patient organizations, trade union representatives, experts in the healthcare system, researchers, doctors, nurses, entrepreneurs and more. The starting point for the workshop was the question of which policy decisions are needed to meet future challenges in health care and which instruments should be used. Four different themes were highlighted; governance, digitalisation and health data, mental illness and coordinated care.

This policy brief presents an analysis of which challenges / problems need to be solved and how this should be done. The publication is primarily aimed at decision-makers and politicians at national, regional, and municipal level.

The Health Policy Forum would especially like to highlight the following policy recommendations:

- ▶ **The state needs to secure the national IT infrastructure in health care.**
The state, regions, authorities, the state work to create digital infrastructure in health care and elderly care. Many actors are involved but no one takes the helm. There is a great demand for IT systems that talk to each other and where the information easily can flow between the systems.
- ▶ **The state, regions and municipalities should ensure that the patient owns their own data.** Long-term work is needed to create a national infrastructure and storage of patient data regardless of which systems are used in county councils and regions, with private care providers, digital services and applications.
- ▶ **The regions need to strengthen incentives for first-line healthcare.**
There is currently a lack of impetus and incentives for first-line healthcare to take on the extensive responsibility incumbent on them.
- ▶ **Try new ways of working/organization to strengthen preventive care.**
The preventive work in the form of both primary and secondary prevention is necessary to reduce the burden on health care.
- ▶ **Regions, together with municipalities, need to develop relevant reimbursement models.**
Create compensation and follow-up systems that strengthen the coordination of the individual's entire care and nursing needs and facilitate innovation and digitalisation.

- ▶ **Accessibility needs to increase, especially for people with mental illness.**
An important starting point is a well-functioning and strengthened primary care level with efficient working methods with good conditions for both physical and digital visits.
- ▶ **Utilize technological development for digital physical visits / treatments.**
Digitization has led to improved accessibility for patients. Patients who otherwise would not have sought care can receive support thanks to new digital contact channels.
- ▶ **Facilitate procurement of a cohesive care chain.**
Simplify the conditions for collaborations between regions and municipalities by, for example, procuring one or more care providers who can take overall responsibility for both the regions and municipalities healthcare and care in addition to current structures. Caregivers with overall responsibility can more easily design seamless care.
- ▶ **The regions should allow for new performance-based financing models.**
Financing through so-called social impact bonds is an opportunity for investments in prevention. Region Stockholm, prevention diabetes type 2 is an example.
- ▶ **Create conditions for cooperation between more actors.**
There is great potential for thinking innovatively and collaborating with other actors to make a difference, especially for the elderly. An example is pharmacies that have knowledgeable pharmacists. Civil society, construction companies, insurance companies are other actors.
- ▶ **Simplify documentation and sharpen follow-up and evaluation.**
Regions in collaboration with both the state and the municipalities should simplify documentation and introduce the same documentation requirements throughout the country, set requirements for fewer but relevant follow-up measures and avoid double registrations.
- ▶ **Information-driven care - learn from Region Halland.**
Region Halland has fewer care places than the average in other regions in Sweden. Despite Halland has no problems with overcrowding or relocations, much thanks to the investment in information-driven care. Statistics are analyzed to get a fact-based picture.

Bilaga 1 Deltagare på workshopen den 20 oktober 2021

Anders Morin, Svenskt Näringsliv, vice ordförande Forum för Health Policy,
Jonas Ek, RISE
Eva-Maria Dufva, Reumatikerförbundet
Helena Conning, Forum för Health Policy
Ulrika Winblad, Uppsala universitet
Tina Crafoord, Sveriges läkarförbund
Mattias Lundbäck, Ratio
Livia Holm, KRY, styrelseledamot Forum för Health Policy
Robin Molander, Västra Götalandsregionen
Eva Wikström, Göteborgs universitet
Kristina Ström Olsson, If
Parinazz Iranmanesh
Åsa Steinsaphir, IVO
Fredrik Lindencrona, Sveriges kommuner och regioner (SKR)
Marit Preuter, RISE
Lotta Håkansson, Reumatikerförbundet
Nasim Farrokhnia, Mindler
Marie Ohrlander, MSD
Georg Engel, Stockholms sjukhem
Katja Werner, KRY
Magnus Lejelöv, LIF, styrelseledamot Forum för Health Policy
Monika Lydin, RISE
Sara Riggare, Uppsala universitet
Mårten Blix, Institutet för Näringslivsforskning
Richard Grönevall, Carmona, styrelseledamot Forum för Health Policy
Roger Molin, Roger Molin Analys AB
Marlene Furbeck, Vårdförbundet
Henric Carlsson, Omilon
Cecilia Karlsson, Region Värmland, styrelseledamot Forum för Health Policy
Catharina Barkman, Project Director Forum för Health Policy
Gabriella Hauser, SAS Institute
Camilla Evensson, RISE
Mona Jonsson, RISE
Peter Graf, VD Tiohundra, ordförande Forum för Health Policy
Carina Carlman, RISE
Birger Forsberg, Region Stockholm och Karolinska Institutet
Karin Thalén, Stockholms sjukhem
Eva Krutmeijer, Apoteket
Inger Ros, Riksförbundet HjärtLung, styrelseledamot Forum för Health Policy
Sylvie Bové, RISE
Tomas Mattson, Länsförsäkringar
Martin Persson, Nätverket mot Cancer

Policy Brief 2021

Kontakt: info@healthpolicy.se

Författad av: Catharina Barkman, Forum för Health Policy

Layout/redigering: Helena Conning, Forum för Health Policy

Allt ursprungligt material finns på: <https://healthpolicy.se>

Forum för Health Policy är en ideell och politiskt obunden tankesmedja som vill stärka analysen av hälso- och sjukvårdspolitik i Sverige och stimulera till innovation och nya policyalternativ.

www.healthpolicy.se - info@healthpolicy.se