



FORUM FÖR
HEALTH POLICY



Irrvägar i vården – *vårdflöden och remisser*

Marianne Hanning och Catharina Barkman

Layout: www.lernberger.com

Foton:

Sid. 1: Unsplash/Susan Q Yin. Sid. 4: Unsplash/Maksym Kaharlytskyi. Sid. 7: Unsplash/Jens Herrndorff. Sid. 8: Unsplash/Roberto Sorin. Sid. 17: Unsplash/Markus Spiske. Sid. 19: Unsplash/Sharon McCutcheon. Sid. 24: Unsplash/Markus Spiske. Sid. 27: Unsplash/Priscilla du Preez. Sid. 29: Unsplash/John Barkiple. Sid. 32: Unsplash/Diana Polekhina. Sid 39: Unsplash/National Cancer Institute.

Förord

Många patienter vittnar om hur de har slussats runt i vården, tvingats upprepa sina sjukdomshistorier och ta samma laboratorietester flera gånger. Patienter upplever sig vara budbärare som tvingas upprepa berättelsen om sina symptom och behandlingshistorik otaliga gånger till olika vårdgivare.

Felaktiga eller bristfälliga remisser förlänger inte bara ledtiderna för patienterna, utan de kan också innebära att patienter utsätts för medicinska risker då diagnossättningen fördröjs och behandlingen blir försenad.

Hur fungerar egentligen vårdflöden? Det är en ofta bortglömd fråga trots att smidiga vårdflöden kan vara avgörande för ett effektivt resursutnyttjande och framför allt god omvårdnad av patienterna.

Den här rapporten är skriven av Fil.dr. Marianne Hanning, Uppsala universitet och Catharina Barkman, kanslichef på Forum för Health Policy. Med förhoppning om att rapporten kan driva på utveckling och innovation för smidigare vårdflöden till gagn för både patienter och personal i vård och omsorg.

Peter Graf
Ordförande i Forum för Health Policy
Juli 2022



Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	6
2. Inledning.....	8
3. Från stuprör till processer och integrerad vård.....	10
3.1 Inledning.....	10
3.2 Olika modeller för vårdens processer.....	10
3.3 Värdebaserad vård.....	13
3.4 Vad tycker medborgarna och patienterna om kontinuiteten och samordningen i vården?.....	14
3.5 Slutsatser	16
4. Flöden till och mellan vårdens olika verksamheter	18
4.1 Inledning.....	18
4.2 Kontakt med 1177.....	18
4.3 Primärvårdens flöden	20
4.4 Akutvårdens flöden	23
4.5 Specialistvårdens flöden.....	26
4.6 Slutsatser	28
5. Remisser – en skakig länk i vårdkedjan	29
5.1 Inledning.....	29
5.2 Problemets omfattning	29
5.3 Regelverk och ”remisstväng”	31
5.4 Tillämpningen av regelverket	32
5.5 Elektroniska remisser	33
5.6 Slutsatser	33
6. Effektiviteten i olika vårdflöden.....	34
6.1 Inledning.....	34
6.2 Studier om effekter av bristande vårdkedjor	34
6.3 Vad kostar irrvägarna	36
6.4 Slutsatser	38
7. Avslutning och rekommendationer	39
8. Bilaga – Remissregler i Sveriges regioner	42

1. Sammanfattning

Kunskapsinnehållet inom sjukvården ökar exponentiellt. Idag räknar man med att en primärvårdsläkare kan träffa på mer än 8000 diagnoser hos sina patienter. Komplexiteten i vården och det faktum att allt fler lever med en eller flera långvariga sjukdomar ställer ökade krav på samordning mellan vårdnivåer och vårdgivare. Organisationen av vården i olika stuprör blir alltmer svårhanterlig.

Sedan lång tid har det utvecklats en vision om att kunna följa och korta ”patientens väg genom vården”. Ändå har det svenska vårdssystemet inte i motsvarande takt utvecklat verktygen för att lotsa patienter till rätt vårdutförare, med rätt information, vid rätt tidpunkt.

Både Inspektionen för Vård och omsorg, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, patientnämnderna och revisorerna i olika regioner påtalar återkommande brister i vårdens olika övergångar: mellan olika vårdgivare, men också mellan en vårdgivarers olika enheter. Remisshanteringen är ett exempel där medföljande information brister. Remisser skickas också ofta tillbaka ofta på grund av att det är oklart vem som har ansvar för att utföra och betala olika undersökningar, vilket i sin tur leder till att väntetiderna blir längre mellan det första besöket och nästa remissinstans.

Det kan te sig förvånande att sjukvården intresserat sig så lite för att optimera patientflöden och undvika irrvägar i vården. Försök har visserligen gjorts att utveckla olika flödesmodeller. Diskussionerna är många men de utgör en försvinnande liten del av vårddebatten som alltför sällan påverkar vårdens organisation och styrning. Hela omställningen av den nära vården handlar mycket om att primärvården ska vara navet i sjukvården och hur resurserna ska fördelas mellan sjukhusvård och primärvård, men betydligt mindre om hur

olika vårdflöden ska fungera och hur övergångarna mellan olika vårdgivare kan bli smidiga och effektiva.

Vittnesmålen om krångliga vårdkedjor och ineffektiva vårdförlopp är många. Både patienter och de anställda inom vården lyfter fram brister i kommunikation och information som problemområden. Tillkrånglade vårdkedjor förlänger vårdförloppen och resulterar i onödiga väntetider, vilket i sig leder till ytterligare ineffektivitet då patienterna får bära med sig sin sjukdomshistoria och gång efter gång upprepa den. Det är inte heller helt ovanligt att patienten får ta samma prover eller göra om undersökningar flera gånger hos olika utförare längs en kringelkrokig vårdkedja.

Exempel på smidiga vårdflöden finns, men dessa är alltför ofta beroende av lokala eldsjälar eller tillfälliga satsningar. Liksom så ofta inom vården är det svårt att få fäste och spridning av dessa goda exempel. En förutsättning för att förändrade arbetssätt ska bli långvariga är sannolikt en stabil personalsituation utan alltför stor personalomsättning, något som tycks vara allt svårare att åstadkomma i sjukvården av idag.

Långa väntetider brukar beskrivas som den svenska sjukvårdens akilleshäla som i sig kan mångdubbla irrvägarna i sjukvården när väntande patienter letar efter andra utförare eller drabbas av akuta vårdbehov. Även patientgrupper som får felaktiga diagnoser eller där diagnosen är osäker riskerar idag att slussas på irrvägar genom vården, vilket ofta förvärras av långa väntetider i varje led och en ökande benägenhet bland specialistmottagningar att avvisa remisser.

Ett område där det är särskilt angeläget med korta väntetider är cancervården. Sedan 2015 pågår ett nationellt arbete med att införa Standardiserade vårdförlopp (SVF) vars främsta syfte är att förkorta tiden mellan misstanke om cancer och start av behandling och därmed också bidra till raka vårdförlopp. De utvärderingar som



gjorts visar dock på måttliga förbättringar i väntetider och det är svårt att där se några tydliga resultat av hur SVF-förloppen i praktiken har medfört smidigare och effektivare vårdförlopp.

En förutsättning för att det ska vara möjligt att följa och styra olika vårdförlopp är att det finns aktuella och adekvata data över olika delar i förloppet och att dessa går att koppla samman. För detta krävs informationssystem som har en processtödjande infrastruktur och som ger underlag för styrning och beslutsfattande på olika vårdnivåer. Erfarenhetsmässigt har det varit svårt att nå en nationell samordning i dessa frågor då det bland annat har saknats en nationellt överenskommen informationsstruktur med standardiserade begrepp och termer samt nationella kodverk.

I den här rapporten ger vi en bild av hur vägen genom vården fungerar i dagens hälso- och sjukvård baserat på befintliga data och vad som publicerats i olika studier. Trots en lång historik av olika av teoretiska modeller och försök att processorientera vårdförloppen finns det få analyser av vilka konkreta förändringar detta har inneburit för vårdens resultat och effektivitet. Sådana analyser är nödvändiga för att kunna avgöra vilken potential olika insatser har för att ta bort onödiga och kostsamma irrvägar som drabbar patienter och personal. Påtagligt är också att det saknas incitament för att vårdgivare ska uppmuntras till att ge patienterna så korta och smidiga vårdflöden som möjligt.



2. Inledning

Patienters väg in till, genom och ut ur vården kan te sig väldigt olika. I vissa fall kan vägen vara mycket kort – kanske bara några minuter eller timmar – i andra fall kan det handla om månader och år. Den vård som ges kan gälla ett begränsat problem eller en hel livssituation. Den medicinska utvecklingen har gjort vården mer komplex i den mening att den ofta involverar insatser från fler vårdgivare på olika vårdnivåer och med olika kompetenser. Samtidigt har det svenska vårdssystemet inte i motsvarande takt utvecklat verktygen för att lotsa patienter till rätt vårdutförare, med rätt information vid rätt tidpunkt. Tvärtom förstärks fragmenteringen snarast av hur sjukvården styrs och leds, av uppdelningen i öppenvård och sjukhusvård, en eftersläpning i utvecklingen av IT-system, journalsystemens utformning, personalens arbetsätt, samt utbildning och snäva rollfördelningar för olika kompetenser.

Risken är därför stor att patienternas väg kan komma att kantas av problem som kan

leda till onödiga besök, dubbelarbete och missade diagnoser samt att patienten kan drabbas av onödiga vårdskador. Patienter med flera samtidiga hälsoproblem, inte minst kroniker är en särskilt utsatt grupp som uttrycker missnöje över en sällan sammanhängande och koordinerad vård och omsorg. Om "irrvägarna" i vården skulle kunna rätas ut kan det frigöra resurser och öka befolkningens tillit till systemet genom mindre oro och kortare väntetider.

Internationella jämförelser visar att både vårdpersonal och patienter i Sverige är mer missnöjda med koordineringen av vård än i andra länder. Det handlar om brister i kontinuitet, bristande patientinformation och remissprocesser som är krångliga och svåra att följa upp. Ett återkommande problem är också de i jämförelse med andra länder långa väntetiderna. Därtill har patienters egen värdering av tidsåtgång och oro som följer med olika vårdförlopp sällan tagits hänsyn till. Trots alla exempel på patienters irrfärder i vården till följd av bristande vårdkedjor är studier om hur vårdflöden och remitteringar fungerar i praktiken sällsynta.

Problemen med samordning och ineffektivitet i styrning och organisation inom den svenska hälso- och sjukvården är också väl kända och många utredningar med förslag på lösningar har genomförts under senare år. I utredningen ”God och nära vård” är problematiken kring kontinuitet och koordinering i vården också centrala teman.

Frågan om hur patienter bättre kan slussas till rätt vård är viktigare än någonsin. OECD hävdar i en forskningssammanställning att närmare en fjärdedel av patienterna inom primärvården råkar ut för en feldiagnos, felaktiga mediciner eller andra undvikbara fel. De uppskattar att runt 6 procent av alla sjukhusinläggningar beror på sådana misstag begångna av primärvården, att dessa kan kosta närmare 3 procent av BNP samt att de ofta beror på brister i koordinering.

Borgholmsmodellen. Några resultat.

I arbetet med självmonitorering av de sjukaste hjärtviktpatienterna har deras vårdförbrukning sjunkit drastiskt och antalet slutenvårdstillfällen gått ner till praktiskt taget 0.

Antalet slutenvårdstillfällen per patient inom HSF/psyk för Borgholms hälsocentraler (HC) hemsjukvårdspatienter 75+ har mellan 2014 och 2018 minskat med 7,2%. En ökning för övriga hälsocentraler är en ökning med 12,7%.

Antalet besök på akutmottagning per patient för Borgholms HC:s hemsjukvårdspatienter 75+ har mellan 2014–2018 minskat med 18,9%. Motsvarande siffra för övriga hälsocentraler är en ökning med 9,3%.

Den totala konsumtionen per patient för Borgholms HC:s hemsjukvårdspatienter 75+ har minskat med 3,8%. Motsvarande siffra för övriga hälsocentraler är en ökning med 9,8%

Källa: Åke Åkesson, artikel till Forum för Health Policy 2018

Hälso- och sjukvårdens utveckling i Sverige och i andra västländer har också kommit att styras av de förändrade vårdbehov som är en följd av att en större andel av befolkningen lever med en eller flera långvariga sjukdomar. Därmed uppstår också ytterligare krav på koordinering och samordning mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Detta har gjort att det idag finns en stark internationell trend kring organisatoriska förändringar av hälso- och sjukvårdssystemen i riktning mot vad som kommit att kallas ”integrated care”, det vill säga en samordning och styrning av vården som omfattar hela vårdförloppet. Processtyrning är ett viktigt verktyg i denna utveckling.

Syftet med den här rapporten är att med hjälp av befintliga rapporter och publicerad statistik om vårdflöden och vårdprocesser belysa följande frågeställningar:

- Vad vet vi om omfattningen och skepnad av vårdflödena i praktiken?
- Vad tycker medborgare, patienter och medarbetare om samordningen och koordinationen i vården?
- Hur väl fungerar remissförfarandet i mellan olika vårdnivåer och vårdgivare?
- Vad vet vi om ”effektiviteten” i olika vårdflöden?

Med vårdflöden avses vägar in till vården, samt vård som sker över olika vårdnivåer och mellan olika vårdgivare.

I kapitel 2 presenteras en historisk tillbakablick och en genomgång av olika modeller för vårdflöden samt invånares och patienters syn på samordning och kontinuitet. Därefter, i kapitel 3, beskrivs flöden till och mellan vårdens olika nivåer. Kapitel 4 behandlar remissen som verktyg och länk mellan vårdgivare. I kapitel 5 ges exempel på vilka kostnader som brister i effektivitet i vårdkedjor kan leda till. Avslutningsvis, i kapitel 6 presenterar vi våra slutsatser och ger förslag på åtgärder för att minska irrvägarna i vården.

3. Från stuprör till processer och integrerad vård

3.1 Inledning

I takt med den medicinska utvecklingen och den allt större vårdapparaten kom det under 1900-talets sista årtionden att bli tydligt att vårdens organisation och styr-system behövde vidareutvecklas. Trots en stark tillväxt fanns problem med systemets produktivitet, effektivitet, tillgänglighet och kontinuitet. Med inspiration från vad som kommit att kallas ”new public management” förändrades styrningen och organisationen av vården, vilket bland annat innebar en övergång från budgetstyrning till prestationsbaserade ersättningsmodeller och en uppdelning av beslutsorganen i ”beställare och utförare”. En allmän trend inom välfärdssektorn var också att medborgarna skulle ges större inflytande över sin vård och ses som kunder, vilket inom vården och omsorgen gjorde att begreppet brukare introducerades. Valfrihet var också en viktig fråga som kom att påverka systemets utformning, bland annat genom att det blev möjligt att söka vård utanför landstingsgränsen.

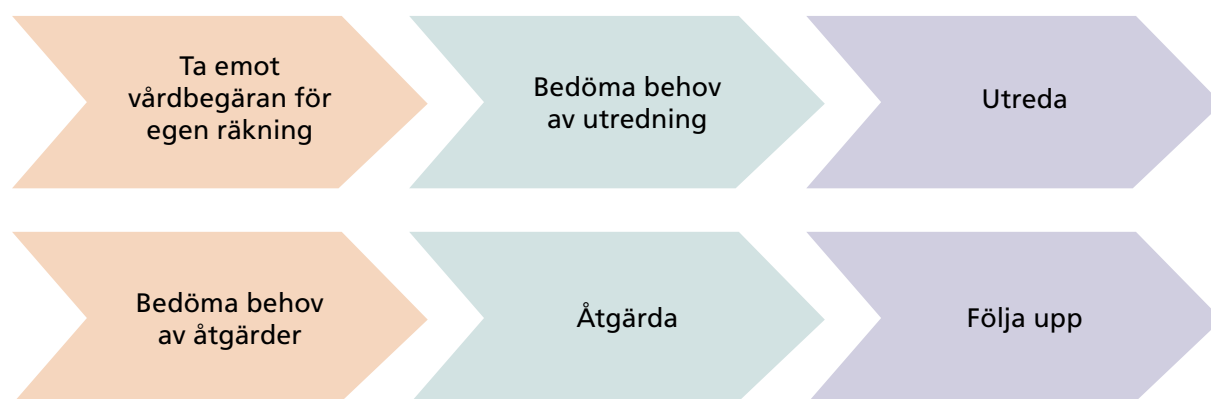
Inriktningen mot prestationsersättning öppnade också upp för ett nytänkande kring ledning och styrning av den dagliga verksamheten. Det blev viktigt att veta

hur vårdprocesserna såg ut, liksom att definiera och mäta verksamhetens prestationer och resultat. Processtyrning, lean och logistik var begrepp som hämtades från näringslivet och som har kommit att forma stora delar av förändrings- och utvecklingsarbetet i vårdens verksamheter under 2000-talet.

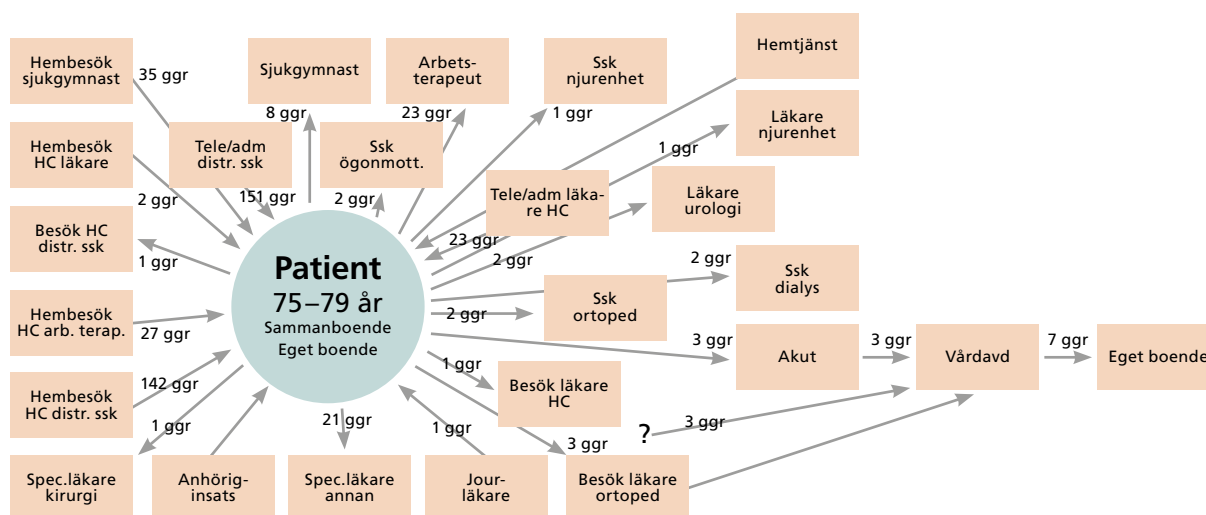
3.2 Olika modeller för vårdens processer

Enligt socialstyrelsens termbank är en vårdprocess en process avseende hälso- och sjukvård som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett avsett resultat. En vårdprocess kan omfatta vissa aktiviteter hos olika vårdenheter med ett funktionellt samband.

All vård ges utifrån ett individuellt behov och patientens väg genom vården kan se mycket olika ut. Gemensamt för all vård är dock att den utgår från en grundläggande medicinsk beslutsprocess som startar när patienten tar kontakt med vården och framför sitt vårdbehov. Därefter startas en utredning för att komma fram till vilken behandling som ska ges. Behandlingen följs upp och eventuellt tas nya beslut om behandling. Den sista fasen innebär att patienten är färdigbehandlad (figur 1). Tidsmässigt kan en vårdprocess variera från några timmar (akutbesök) till att pågå under många år (långvarig sjukdom). Organisatoriskt kan en vårdprocess omfatta en eller flera vårdgivare och utförandet kan ske inom en eller flera verksamheter.



Figur 1. Modell för vårdens huvudprocess. Källa: Socialstyrelsen.



Figur 2. Exempel på kontakter med hälso- och sjukvård för en patient. Källa: Region Gävleborg.

I det ideala fallet tas anamnesen (beskrivning av symptom och sjukdomshistoria) utan onödig tidsspillan och på ett sådant sätt att fallet vid behov kan diskuteras direkt i multiteam, till exempel på akutmottagningar med olika specialister eller föras vidare till annan vårdpersonal för en medicinsk bedömning och därefter antingen tas omhand vid den aktuella enheten eller slussas vidare till rätt vårdgivare/-nivå. Men, verkligheten är ofta mer komplicerad än så. Bilden nedan (figur 2) är hämtad från Gävleborgs plan 2018 för övergången till nära vård. Den ger ett exempel på *hur kontakterna med hälso- och sjukvården* kan se ut för en äldre person med många sjukdomar. Det är uppenbart att här finns stora utmaningar när det gäller samordning liksom stora risker för både felaktig och ineffektiv vård.

3.2.1 Nationella system för uppföljning av vårdförlopp

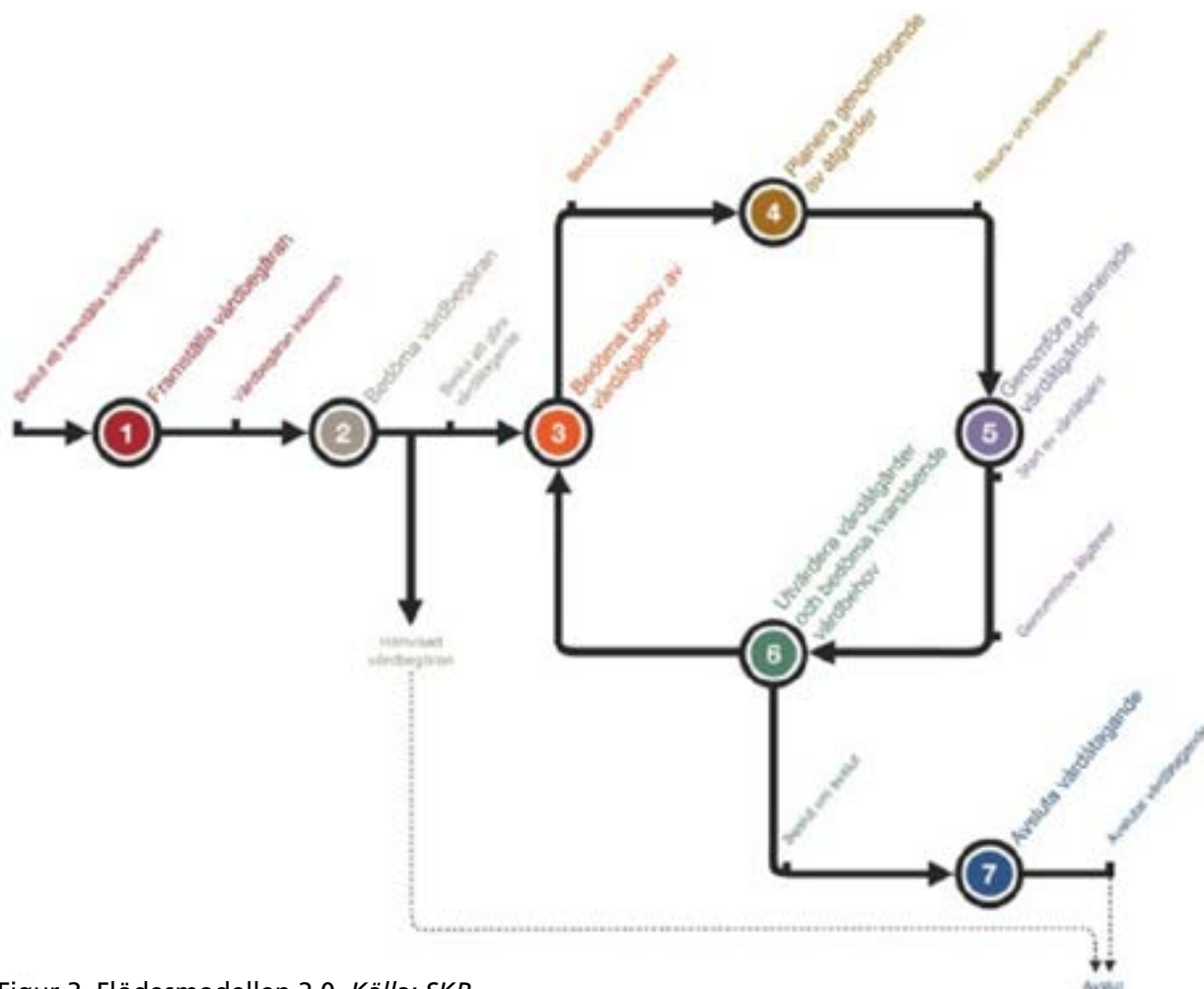
Sedan början av 1990-talet har det pågått olika utvecklingsarbeten inom svensk hälso- och sjukvård för att möjliggöra en processorienterad uppföljning av vården. Ett initialt sådant arbete var utvecklingen av ett system för att följa väntetider i vården.

Vårdgarantier i olika utformning har sedan 1992 varit den centrala åtgärden för att kontrollera och korta väntetiderna i

vården. För att stödja vården i arbetet med genomförandet av vårdgarantin skapades en modell över den del av vårdprocessen som omfattas av garanti, det vill säga från första kontakt till start av behandling. Sedan år 2000 rapporterar regionerna in de uppgifter som modellen föreskriver till en nationell väntetidsdatabas (www.vantetider.se) som administreras av Sveriges Kommuner och Regioner.

Ett problem med databasen är emellertid att den inte individbaserad, vilket medför att det inte går att koppla samman uppgifterna i en process från första kontakt till behandlingsstart. Detta gör att databasen till exempel inte kan användas för att följa upp vårdflöden mellan vårdnivåer och olika vårdgivare. Socialstyrelsen har emellertid sedan 2021 regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna för en individbaserad uppföljning av väntetider. Uppdraget ska slutredovisas hösten 2022.

I det utvecklingsarbete som ledde fram till väntetidsdatabasen ingick även ett arbete som syftade till att skapa en modell för styrning och uppföljning av vårdens huvudprocesser; Flödesmodellen (www.flodesmodellen.se). Med flödesmodellens sju mätpunkter och processteg fångas information om olika delar av patientens väg genom vården och de data som ingår i modellen kan till skillnad från väntetidsdatabasen



Figur 3. Flödesmodellen 2.0. Källa: SKR.

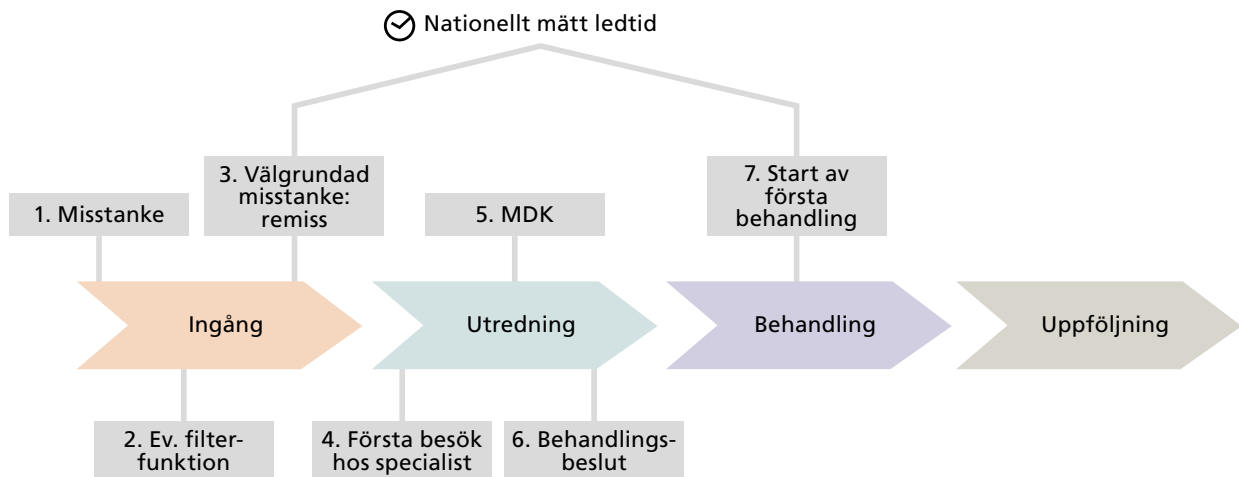
följa hela vårdförloppet, även över olika organisatoriska gränser, så att till exempel problem med flaskhalsar i processen kan analyseras (figur 3).

Väntetidsdatabasen och flödesmodellen har varit viktiga inslag i regionernas kompetensutveckling när det gäller att introducera en processororienterad styrning och uppföljning. Termer och begrepp som ingår i modellerna är numera en del av vårdens övergripande informationssystem. I och med de ”standardiserade mätpunkterna” och de gemensamma definitionerna av de data som modellerna fångar ges också en möjlighet att jämföra olika verksamheter såväl lokalt som regionalt och nationellt.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) är ytterligare ett nationellt arbete som utgår

från ett processtänkande (figur 4). SVF bygger på tanken att det genom standardisering av en process är möjligt att öka resursutnyttjandet och därmed öka genomströmningen av patienter. SVF beskriver vilka moment och insatser som en avgränsad patientgrupp ska genomgå samt inom vilken tid de olika stegen i processen ska genomföras.

Cancervården är ett område där tiden till diagnos och start av behandling är av särskild betydelse för resultatet och SVF ingår sedan 2015 i den nationella Cancerstrategin för en bättre cancervård. De första SVF:en introducerades 2015 och för närvarande finns det ett 30-tal SVF för olika cancerdiagnoser. Ansvaret för att införa och följa upp SVF vilar på regionala cancercentra i samverkan.



Figur 4. Modell för standardiserade vårdförlopp. Källa: Sveriges kommuner och regioner.

För närvarande pågår också olika utvecklingsarbeten för att introducera SVF inom andra specialiteter och diagnoser. Med förebild från SVF inom cancervården träffades 2019 en överenskommelse mellan regeringen och SKR om en satsning på, att tillsammans med regionerna, ta fram ”personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp” på fler områden.

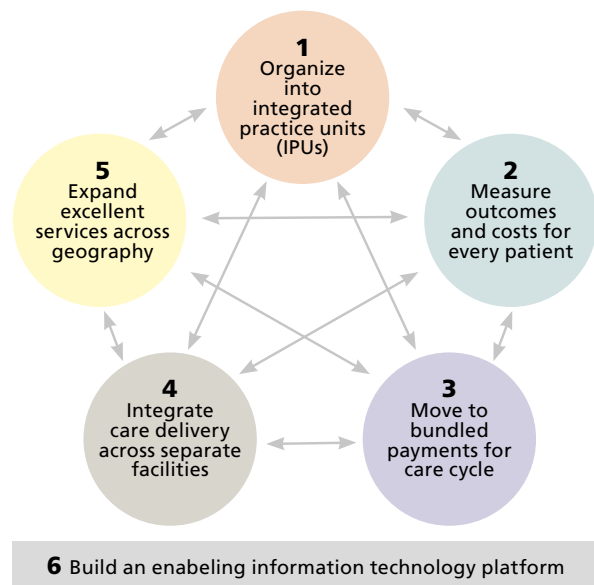
Väntetider på akuten är ett annat problemområde där det genomförts ett nationellt arbete för att mäta och följa upp förloppet mellan ankomst och avslut vid sjukhusens akutvårdsmottagningar. Sedan 2015 rapporterar regionerna de data som ingår i modellen till det nationella patientregistret vid Socialstyrelsen.

3.3 Värdebaserad vård

De modeller som hittills beskrivits är alla begränsade till att fånga hela eller delar av en vårdprocess i syfte att huvudsakligen utgöra underlag för styrning och uppföljning av vårdens prestationer. År 2006 presenterade de amerikanska forskarna Michael Porter och Elizabeth Tiesberg ett ramverk – ”värdebaserad vård” – som även omfattar vårdens organisering och finansiering (figur 5). Värdebaserad vård är ursprungligen en teoretisk modell för hur man kan styra ett hälso- och sjukvårdssystem på nationell nivå. Ramverket har sedan anpassats till att även passa andra

användningsområden, såsom verksamhetsstyrning vid enskilda sjukhus och internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdsresultat.

Grundidén i ramverket är att vården ska organiseras i processer/teman/episoder till vilka kostnaderna för de ingående åtgärderna ska föras för att sedan ställas mot resultatet av insatserna.



Figur 5. De sex komponenterna i värdebaserad vård.

Svensk hälso- och sjukvård lyftes tidigt fram som ett system med särskilt goda förutsättningar för värdebaserad vård och om-

fattande försök att implementera modellen har gjorts vid tre svenska universitetssjukhus. Tillämpningen av modellen har varierat mellan sjukhusen. I Karolinskas fall blev konceptet utgångspunkt för organisationen och styrningen av hela sjukhuset. Vid Sahlgrenska sjukhuset och Akademiska sjukhusets kom fokus istället att ligga på utfallsmått och resultatstyrning som en del av det kontinuerliga förändringsarbetet inom ett begränsat antal diagnosområden. Värdet av Värdebaserad vård som styrmodell har varit föremål för omfattande diskussioner inom såväl Sverige som internationellt och 2018 genomförde SBU en kartläggning av forskningen på området. I rapporten konstateras att forskningen om värdebaserad vård vid tiden för rapporten var begränsad, framför allt vad gäller forskning om ramverket som helhet, samt att den forskning som finns ofta har brister och uppvisar en stor variation i hur värdebaserad vård tillämpas.

År 2019 publicerade stiftelsen Leading Health Care (LHC) en omfattande rapport om värdebaserad vård. Bland de lärdomar som LHC menar att man kan dra av tillämpningen av VBV i Sverige är att det är en teoretisk modell som är svår att utnyttja i sin helhet, det vill säga som grund för organisering och styrning av hela hälso- och sjukvårdssystemet. I Sverige liksom internationellt har konceptet tillämpats på verksamhetsnivå och med undantag för Karolinska sjukhuset, endast inom vissa diagnosområden. När det gäller styrning på verksamhetsnivå framhåller LHC att det finns andra modeller som kan vara minst lika användbara och att det är viktigt att välja modell efter verksamhetens behov och förutsättningar. Även tanken om att vården ska styras utifrån relationen mellan kostnader och hälsoutfall kan i många fall vara problematisk då det för många verksamheter är svårt att hitta lämpliga mått på utfallet. Att standardisering alltid skulle leda till effektivisering menar man också kan ifrågasättas.

Ett exempel på ett försök med värdebaserad ersättningsmodell är Stockholms läns landstings införande av vårdval för höft- och knäproteskirurgi 2009 med en ny ersättningsmodell. Vårdgivarna fick ett paketpris för operation och eftervård och blev ekonomiskt ansvariga för eventuella komplikationer upp till två år efter operation. Under 2008 betalades 169 miljoner kronor för cirka 3 700 höftledsoperationer. Därefter minskade kostnaden per opererad patient och köerna försvann. År 2013 införde Region Stockholm ett värdebaserat ersättningssystem inom elektiv ryggekirurgi som utvärderats i en avhandling. Där konstateras att antalet opererade patienter ökade, vilket innebar att totalkostnaden ökade, men samtidigt minskade genomsnittskostnaden och inga försämringar i kvaliteten konstaterades. I avhandlingen konstateras att ett värdebaserat ersättningssystem möjliggör ett holistiskt perspektiv i sjukvården bland annat för att vårdgivarnas kostnadsansvar ökar viljan med att samarbeta.

3.4 Vad tycker medborgarna och patienterna om kontinuiteten och samordningen i vården?

Sedan lång tid är det känt att svensk vård har tydliga brister vad gäller väntetider, kontinuitet och koordinering. Så framkommer det till exempel i den senaste internationella jämförelsen med elva OECD-länder att Sverige uppvisar längst väntetid till vård som inte är akut och även vad gäller samordning och kontinuitet uppvisar Sverige sämre resultat än många andra länder. I undersökningen, som i den svenska delen bygger på 2 500 intervjuer med slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre, framkommer visserligen också att 63 procent av de tillfrågade anser den övergripande kvaliteten vara väldigt eller ganska bra, men även detta är en lägre nivå än i de övriga länderna.

I rapporten ger Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följande lägesbild av den svenska sjukvården ”Det är särskilt be-

kymmersamt att resultaten som rör personcentrering, som till exempel områdena samordning och kontinuitet, har legat lågt över en lång tid utan större förbättringar. Vi ser därmed tydliga utmaningar inom första linjens vård eller den vård som ska vara ”god och nära”. Svaren pekar nämligen på en vård som har långa väntetider och där samordningen och stöden till dem som har komplexa sjukdomsbilder inte alltid fungerar. Vi ser också att den svenska vårdens personkontinuitet är jämförelsevis svag, eftersom få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till för sin vård. Däremot har de flesta en ordinarie mottagning som de vanligtvis besöker.”

Det ska tilläggas att personalen inom hälso- och sjukvården i liknande undersökningar också uttrycker ett – i förhållande till andra länder – större missnöje med information och samordning inom vården.

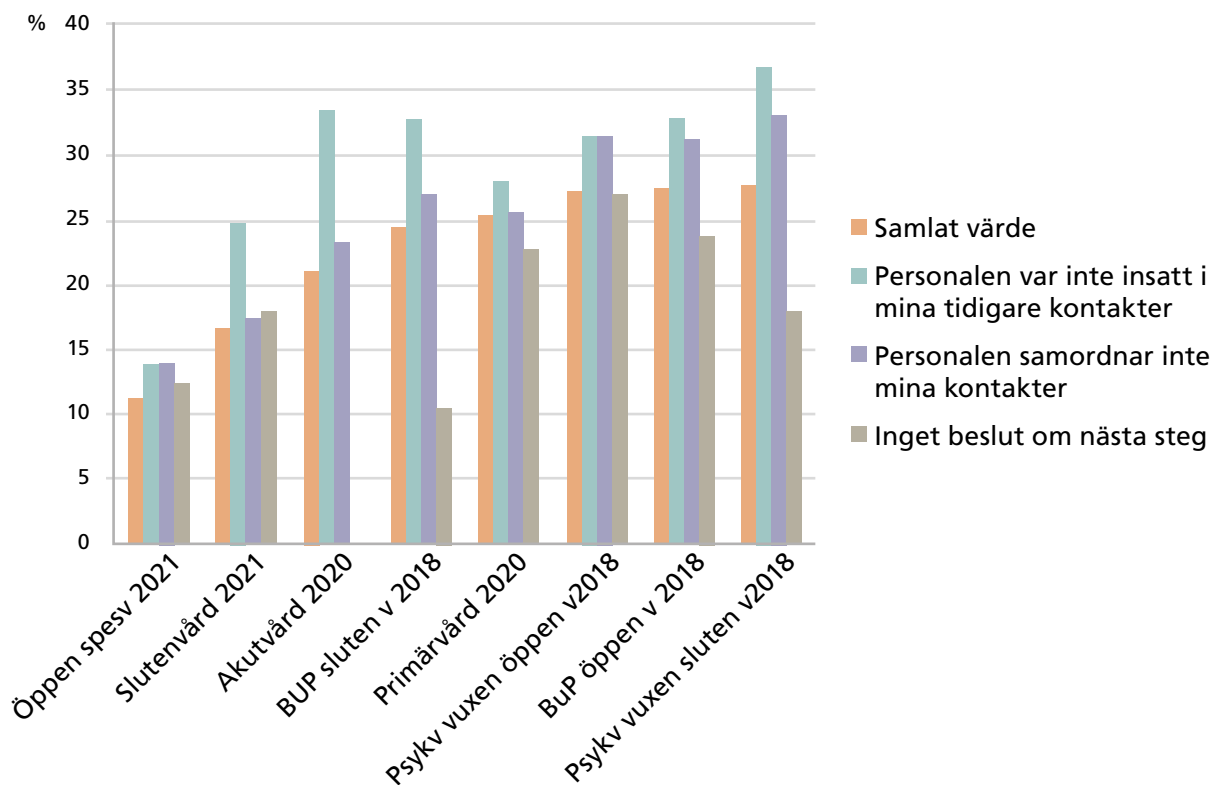
Även den Nationella patientenkäten (NPI) (www.patientenkät.se) visar att det största missnöjet med vården gäller väntetider,

koordination och kontinuitet. I figur 6 har de senaste uppgifterna från NPI på området kontinuitet och koordinering sammanställts för vårdens olika verksamhetsområden.

Som visas i figur 6 skiljer sig uppfattningarna åt mellan olika delar av hälso- och sjukvården. Minst missnöje uttrycker patienterna inom den öppna och slutna specialistvården, även om en av fyra patienter svarat att ”Personalen inte var insatt i mina tidigare ärenden”.

Störst missnöje finns inom psykiatrin. Även här är det brister i kunskapen om de tidigare kontakterna som röner störst missnöje. Var tredje patient inom vuxenpsykiatrin och den öppna barn- och ungdomsvården (BUP) är också missnöjda med samordningen av sina vårdkontakter. Inom den öppna vuxenpsykiatrin är det också många som efter besöket inte fått information om vad som är nästa steg i behandlingen. Inom den slutna BUP-vården är det däremot endast en av tio som inte fått besked om nästa steg i behandlingen.

Figur 6. Andel av patienterna som uttrycker ett missnöje inom området vårdens kontinuitet och samordning. Källa: Nationell patientenkät 2018–2021.



I den senaste internationella jämförelsen framkommer också att Sverige har den lägsta andelen av befolkningen som har en fast vårdkontakt. I Sverige är det 35 procent som svarat att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska, medan andelen i övriga länder är mellan 80 och 98 procent. I den internationella jämförelsen framkommer också att olika grupper skiljer sig åt i sin uppfattning om sjukvården. Patienter som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård uppvisar genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning. En del skillnader går också att koppla till den enskildes bakgrund och förhållanden. Exempelvis har personer med kroniska sjukdomar eller sämre självsattad hälsa generellt sämre erfarenheter av vården. De upplever också oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård.

3.5 Slutsatser

Processtyrning kräver utveckling av informationssystemen

Processtyrning har helt klart fått ett brett genomslag i svensk hälso- och sjukvård. Utöver olika nationella initiativ är det allt vanligare att processmodeller över olika behandlingar utvecklas och används lokalt. Noterbart är också att det numera i Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem i vård och omsorg (SOSFS 2011:9) ställs krav på att verksamheterna *”beskriver och fastställer de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet”*.

Med processtyrningen följer också ändrade krav på vårdens informationssystem. Vad som behövs är informationssystem som har en processtödjande infrastruktur som ger underlag för styrning och beslutsfattande på olika vårdnivåer. Vår genomgång av utvecklingen inom processtyrning visar att det inte saknas modeller och idéer kring hur vårdens verksamhet kan beskrivas och följas upp. Behovet av att utveckla en informationsstruktur som följer vård-

förlopp har således en bred uppslutning, men det har det varit svårt att nå en nationell samordning då det har saknats en nationellt överenskommen informationsstruktur med standardiserade begrepp och termer och nationella kodverk.

Socialstyrelsen har under många år arbetat med frågan att göra det möjligt att följa patientens väg genom vården. I ett arbete från 2019 framkom att det finns förutsättningar för att koppla ihop vårdhändelser inom delar av en process, men inte något av de informationssystem som används idag har möjlighet att följa hela patientens väg genom vården, det vill säga över vårdgivargränser såväl inom som utom regionen.

Socialstyrelsens rapport innehåller även en internationell kartläggning där det framgår att många länder har eller är på gång att utveckla system som gör det möjligt att hålla ihop patienters vårdprocesser. England har till exempel infört ett ”id” som följer vårdflöden inom specialistvården över alla vårdgivargränser och regiongränser. För närvarande används dock detta ”id” endast för den nationella uppföljningen av väntetider. Estland, Finland och Danmark har också infört olika typer av vårdinformationsmiljöer som är personcentrerade och även Norge planerar att införa en ny vårdinformationsmiljö där en viktig del är att förbättra möjligheterna till processuppföljning.

Studier av effekterna på väntetider, kontinuitet och effektivitet som blir följden av en processorienterad styrning inom hälso- och sjukvården är få. De studier som hittats är oftast begränsade till en vårdenhet eller till omhändertagandet av en patientkategori och de är oftast resultat av tillfälliga satsningar eller projekt. Ett undantag utgör emellertid införandet av SVF där uppföljning och utvärdering ingick som en del av överenskommelsen mellan staten och SKL. Såväl Cancercentrum i samverkan som Socialstyrelsen har kontinuerligt följt införandet. Socialstyrelsen publicerade 2019 en sammanfattande rapport där det framgår att SVF medverkat till en viss

framgång när det gäller väntetider, men även haft positiva effekter när det gäller samordning och kontinuitet, liksom att samarbetet mellan olika verksamheter förbättrats. Uppföljningen visar också att de gemensamma mallarna vid bedömning av när misstanke om cancer bör utredas, liksom de gemensamma målen för ledtiderna i processen har medverkat till att cancervården blivit mer jämlik. Avslutningsvis sammanfattar myndigheten med att konstatera att *”arbetet med SVF har fortsatt goda förutsättningar att bidra till en mer integrerad och sammanhållen vård”*.

Erfarenheterna från SVF inom cancervården resulterade i en ny överenskommelse mellan Regeringen och SKL om att införa SVF inom fler diagnosområden och sedan 2020 års överenskommelse ingår arbetet i vad som kommit att kallas *”personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp”*. Enligt överenskommelserna är målet med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i hälso- och sjukvården, samt att skapa en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas.

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft ett uppdrag av regeringen att följa upp SVF-satsningen. Rapporten bekräftar att det finns få studier av effekter av vårdförlopp när det gäller hälsoutfall, personcentrering, tillgänglighet och effektivitet. Med hänvisning till bland annat Socialstyrelsens uppföljning menar myndigheten att det kan finnas positiva effekter på följsamhet mot kunskapsstöd, samarbete och färre komplikationer. Men det kan också finnas negativa bieffekter i form av bland annat undanträngning och ökad arbetsbelastning. Vilka effekterna på lång sikt blir av denna satsning återstår således att se.

I en rapport från Socialstyrelsen konstateras att den så kallade Nationella patientöversikten (NPO) tillgodoser vårdgivarna med patientinformation över länsgränser, men informationen går inte att sortera eller gruppera. En lösning efterfrågas. Men ett utvecklingsarbete med regioner och leverantörer för de framtida vårdinformationssystemen lyser med sin frånvaro. Västra Götaland och Skåne har genomfört egna separata upphandlingar av sammanhållna vårdinformationssystem medan Region Stockholm och andra regioner har en helt annan ansats, efter misslyckade försök till gemensamt utvecklingsarbete i form av först 4R och sen 3R (fyra regioner i samarbete, sen tre regioner i samarbete).

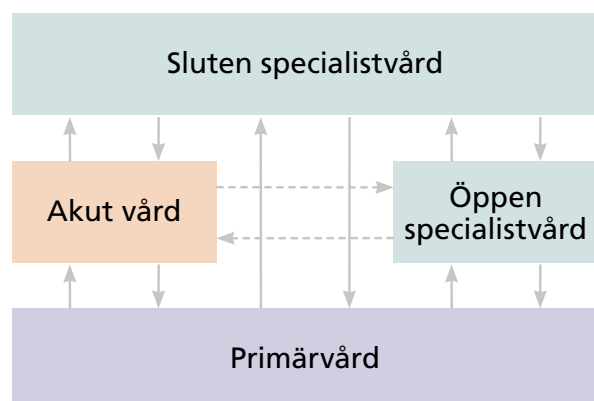
Myndigheten för digital förvaltning har nu fått i uppdrag att identifiera rättsliga hinder för utveckling av digitalisering inom bland annat hälso- och sjukvård och omsorg. Slutrapport ska presenteras i december 2024. Det är anmärkningsvärt att utredningstiden är så lång och att ingen myndighet har fått ett motsvarande uppdrag långt tidigare med tanke på behovet av konkreta förslag till lagförändring.



4. Flöden till och mellan vårdens olika verksamheter

4.1 Inledning

Av det föregående kapitlet har framgått att vården av idag i stor utsträckning sker över olika verksamhetsgränser där starten kan vara ett telefonsamtal till 1177, en kontakt med primärvården eller ett besök på akutmottagningen. Beroende på de bedömningar som görs i den första instansen kan vården sedan fortsätta inom samma verksamhet, överföras till annan vårdgivare/-nivå eller avslutas. De problem som denna rapport riktar mot är till stor del kopplade till ”skärningspunkterna” mellan olika vårdgivare och vårdnivåer och överföringen av information kring patientens problem. Problemet är särskilt markant för patienter med oklar diagnos som slussas runt när ingen läkare vill ta ansvar. Figuren nedan ger en övergripande bild av sjukvårdssystemets olika delar och i detta avsnitt kommer vi utifrån några befintliga studier och rapporter ge en bild av ”in- och utflöde” för respektive område.



Figur 7. Modell flöden mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsgrenar.

Det finns i dagsläget ingen möjlighet att på nationell nivå få samlade data om den

svenska befolkningens kontakter med olika vårdnivåer. Däremot gör regionerna vanligtvis någon form av sammanställning av vårdkonsumtionen under ett år. Med Västra Götalandsregionen som exempel kan konstateras att av de 8,8 miljoner kontakterna (besök och vårdtillfällen) var;

- 62 procent primärvård, varav en tredjedel var läkarbesök,
- 36 procent var öppen specialistvård, varav drygt hälften var läkarbesök,
- 2 procent var vårdtillfällen i den slutna specialistvården.

Av uppgifterna framgår inte hur många akuta besök som gjorts utan dessa besök ingår sannolikt i besöken inom specialistsjukvården. Uppgifter om ”flödet” mellan de olika vårdområdena har emellertid inte gått att finna. Omfattningen av patienter som rör sig mellan olika vårdnivåer torde dock vara betydande vilket framgår av att i en rapport från Myndigheten för vård och omsorgsanalys uppskattas att cirka en miljon patienter och brukare har ett relativt komplext samordningsbehov och de behöver omfattande stöd för att kunna samordna vården och omsorgen.

4.2 Kontakt med 1177

För många som söker vård har 1177 blivit en naturlig första kontakt, digitalt eller genom telefonsamtal. Samtalen till den gemensamma informationstjänsten har vuxit successivt över åren. Antalet avslutade ärenden per månad varierade under 2021 mellan drygt 1 miljon och 750 000.

När en patient ringer 1177 har personalen som tar emot samtalet flera val att göra. Det första som man behöver ta ställning till är brådskandegraden, det vill säga att beroende på bedömning av hur allvarliga symptomen är välja någon av nivåerna;

- 1) avvakta – patienten får ett råd om egenvård, vård om självhjälp, ”du behöver inte söka vård nu men om det blir värre kan du höra av dig”,
- 2) sök vård närmaste dygnet,
- 3) sök vård närmaste vardag,
- 4) sök vård skyndsamt,
- 5) sök vård omgående.



1177 bistår också den som kontaktar med att föreslå vårdnivå till exempel primärvården eller specialistvården. Om kontakten sker utanför kontorstid kan valet av specialistnivå innebära råd om att uppsöka akutmottagning.

Genom att logga in på 1177 kan olika vårdärenden genomföras digitalt. Vad man kan göra varierar mellan mottagningar. Man kan till exempel boka, omboka eller avboka en tid. Det är också möjligt att välja vårdnivå, det vill säga primärvård eller specialistnivå, vilket innebär akutmottagning utanför kontorstid och andra kliniker under kontorstid.

Inera samlar övergripande statistik för alla regioner utom Stockholm som använder leverantören MedHelp. Övergripande statistik som inte är på personnivå går att ta fram. För att följa ett specifikt vårdflöde krävs tillgång till data från regionerna. Några regioner har valt att ta hem den övergripande statistiken via API (Application Programming Interface) som är integrerad mot Ineras plattform. Fem regioner har valt att integrera journaldata från 1177

i sina IT-plattformar och kan därför följa patienterna;

En sammanställning av kontakterna med 1177 för de fem regionerna visar att drygt 90 procent av alla samtal är hänvisningssamtal till olika vårdnivåer och kliniker. Knappt 10 procent av samtalen utgörs av upplysningssamtal. Av alla samtal får 36 procent svaret att avvakta, och 26 procent att skyndsamt eller omgående söka vård. Av de samtal som har brådskegraden ”omgående” hänvisas drygt 13 procent till primärvården, drygt 62 procent till specialistvården och drygt 20 procent till ambulans. Vanliga kontaktorsaker är feber, andningsbesvär, buksmärta, bröstsmärta.

I 2021 års Vårdbarometer ingick några frågor om befolkningens uppfattning av 1177. Av svaren framgick att tre av fyra var positiva till att använda 1177:s tjänster och att denna andel ökat sedan föregående mätning. Andelen positivt inställda var hög i samtliga regioner, men den var som allra högst i Region Halland, Region Värmland, Region Kalmar län och Region Uppsala.

Samtidigt finns det få studier som behandlar nyckelfrågan om kvaliteten på hänvisningen, det vill säga har 1177-kännedom om väntetider, krav på remiss hos dem man hänvisar till, samt om det finns vilken lämplig specialisering.

4.3 Primärvårdens flöden

De vårdbehov som primärvården förväntas ta hand om varierar stort från enklare åkommor till långvariga problem med komplexa vårdkedjor. Antalet patienter är omfattande och i en rapport från Region Stockholm beräknades det att hälften av befolkningen gjort minst ett besök i primärvård under ett år. Studien fann också 8000 unika diagnoser där den vanligaste gruppen var en lång rad tillstånd som inte passar in i någon enhetlig kategori, följt av bedömning av symtom, kronisk sjukdom, infektioner och psykisk ohälsa. Digitala vårdbesök blir allt vanligare och de ökar kraftigt även om de fortfarande endast utgör 7 procent av de totala besöken till primärvården. Kostnaden för digitala vårdbesök uppskattas vara 2 procent av totalkostnaden för primärvård.

Då det inte finns något nationellt patientregister för primärvård eller något kvalitetsregister med god täckningsgrad är det svårt att få en samlad bild av primärvårdens verksamhet. Det är också stora skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen i hur primärvården är organiserad.

Sedan lång tid har primärvården ansetts vara ett ”problembarn” i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I förhållande till många andra hälso- och sjukvårdssystem anses det svenska systemet vara specialist- och sjukhuscentrerat. Under de senaste åren har flera statliga utredningar lämnat förslag som syftar till att tydliggöra och öka primärvårdens uppdrag. Som ett svar på betänkandet från utredningen ”Effektiv vård (SOU 2016:2)” tillsattes 2017 utredningen ”God och nära vård” vars syfte var att ”utifrån förslagen i betänkandet stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat

utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården”. År 2020 kom utredningens slutbetänkande God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Med nyckelord som ”sammanhållen vård” och ”personcentrerad vård” framställs primärvården som navet i den framtida sjukvården. Som svar på problemen kring samordning mellan olika vårdgivare och ett ökat patientinflytande föreslås bland annat ett införande av en samordnad individuell vårdplan och en fast läkarkontakt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har sedan 2018 regeringens uppdrag att utvärdera omställningen av hälso- och sjukvården mot en god och nära vård. I en första delrapport från 2021 var den övergripande slutsatsen att *”det finns få indikationer på att målen med reformen har uppnåtts”*.

Andra slutsatser var att det pågår många aktiviteter inom vården, men dessa har ännu inte lyckats lösa primärvårdens grundproblem. De enkäter som myndigheten genomfört visar att såväl patienter som yrkesverksamma är positiva till omställningens mål och att det finns en stark efterfrågan på förbättringar av samordning och kontinuitet.

Att förbättringspotentialen är stor inom primärvården har också visats i många patientenkäter. Exempelvis var det endast drygt hälften av patienterna som uppgav att de känner sig helt och hållet trygga med den samordning som sker av deras kontakter i vården och cirka hälften av läkarna inom primärvården rapporterar att någon av deras patienter den senaste månaden fått problem till följd av att vården inte varit samordnad.

4.3.1 Inflöde till primärvården

Dålig tillgänglighet är sedan lång tid ett uppmärksammat problem inom primärvården och primärvården ingår därför i den nationella vårdgarantin. Därmed ingår

också uppgifter om kontakter och de medicinska bedömningar som dessa leder till i den nationella Väntetidsdatabasen. Databasen får anses vara den för närvarande bästa källan för att få en övergripande bild av omfattningen av ”inflödet” till primärvården.

Under 2021 registrerades 5,1 miljoner nya kontakter med primärvården i databasen Väntetider i vården. Av dessa besvarades 83 procent samma dag så som föreskrivs i vårdgarantin. Variationen var stor mellan regionerna, från 59 procent till 96 procent. I vårdgarantin ingår också att en person som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Antalet ”bedömningar” var under februari 2022 drygt 542 000 och 83 procent av bedömningarna gjordes inom tre dagar. Även här var variationen stor mellan regionerna; från 68 procent till 94 procent.

En grupp patienter som redovisas särskilt är barn och unga med psykisk ohälsa. I denna grupp är det endast 65 procent som under februari 2022 fått en bedömning inom tre dagar.

Läkare stod för 62 procent av bedömningarna, medan sjuksköterskor gjorde den medicinska bedömningen för 25 procent av kontakterna. Knappt 10 procent av kontakterna gällde fysioterapi eller sjukgymnastik. En tydlig skillnad i tillgänglighet finns mellan läkare och sjuksköterskor och övriga yrkesgrupper. Andelen som fått en bedömning inom tre dagar var 87 procent i läkargruppen respektive 90 procent hos sjuksköterskorna. I ”övriga yrkesgrupper” var det endast mellan 50–60 procent som fått en bedömning inom tre dagar.

År 2016 blev det möjligt att besöka primärvården digitalt över hela landet genom att ett antal digitala vårdgivare etablerade sig. Antalet besök har därefter ökat kraftigt, inte minst under pandemiåren. År 2020 gjordes 2,8 miljoner besök digitalt, vilket motsvarade cirka 7 procent av alla

fysiska besök och 18 procent av de fysiska läkarbesöken i primärvården. Numer finns det också möjlighet till digitala vårdbesök inom regionernas primärvård och ”digitala vårdgivare” har också börjat etablera egna vårdcentraler.

Introduktionen av digitala besök har inneburit många frågeställningar kring hur de kan komma att påverka vårdkonsumtion, kostnader och effektivitet och nyligen kom en studie av de digitala läkarbesöken mellan 2016–2018 från Karolinska institutet. På frågan om de digitala besöken ersätter fysiska besök är svaret enligt studien att detta gäller i viss utsträckning, då det finns data som visar att de digitala besöken också kan leda till ökad konsumtion. Till exempel pekar analysen på att de patienter som sökt digital vård tenderar att öka sin totala konsumtion och gå från lågkonsumenter till högkonsumenter av primärvård. Det finns också tecken på att de digitala besöken leder till fler uppföljande besök än motsvarande fysiska besök. Även om graden av avlastning skattas olika i olika studier menar man att det finns en enighet kring slutsatsen att digitala vårdbesök tenderar att öka den totala vårdkonsumtionen.

Kostnaden för ett digitalt besök är numera betydligt lägre än kostnaden för fysiska besök i primärvård. Trots detta och att de digitala besöken delvis ersätter fysiska besök är slutsatsen i de refererade rapporterna att den digitala vården har lett till flera besök och därmed verkar ha medfört ökade kostnader för regionerna. Orsaker till detta menar man är att olika ersättningsformer tillämpas för digital och fysisk vård och minskningen av besök vid vårdcentralerna inte har lett till minskad ersättning till vårdcentralerna samtidigt som nytillkomna vårdkontakter hos digitala vårdgivare medfört ökad ersättning.

Analyserna ovan gäller regionernas kostnadsperspektiv som offentliga finansierare. En analys ur ett vidare samhällsperspektiv behöver också inkludera andra kostnader,

såsom patientens tids- och resekostnader. Vidare behöver besökens innehåll, kvalitet och hälsobidrag inkluderas vid en fullständig samhällsekonomisk jämförelse mellan digital och fysisk vård.

Baserat på utredningen ”Digifysiskt vårdval” (SOU 2019:42) lade regeringen i december 2021 en proposition (prop. 2021/22:72) där det slås fast att digitala arbetsätt kan öka tillgängligheten och leda till en mer effektiv vård för både patienter och medarbetare, men både utredningen och propositionen pekar på att digitala vårdtjänster ofta har en bristande kontinuitet och därmed i vissa fall försvårar en hållbar och integrerad utveckling i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen ansåg också att hälso- och sjukvården behöver en fungerande samverkan och koordinering för att erbjuda effektiv och patientcentrerad vård samt att det är kontraproduktivt att dela upp primärvårdens uppdrag i ett separat digitalt system som hanteras av vissa utförare och annan vård som hanteras av andra utförare.

Fortfarande finns det få studier av vilken betydelse de digitala besöken har för vårdens processer och hur de ska integreras med övrig vård för att skapa ett mervärde för patienter och för systemet i stort. Mycket talar för att de digitala besöken gör primärvården mer tillgänglig – inte minst i glesbygden.

4.3.2 Utflöde och samspel med övrig vård och omsorg

Vad som händer efter det första besöket beror naturligtvis på vilket problem patienten söker för. För patienter med enkla åkommor kanske det endast handlar om ett besök, medan patienter med långvarig sjukdom behöver följas upp under lång tid. För en stor del av de patienter som söker primärvård krävs också konsultationer och samverkan med såväl specialistvård som den kommunala omsorgen. Uppgifter om omfattningen av utflödet från primärvården till olika vårdgivare och samarbets-

partners har varit svåra att hitta, vilket torde bero på de begränsningar som finns i överföringen av information mellan olika vårdgivare.

Kommunikationen mellan primärvården och den öppna och slutna specialistvården i Sverige fungerar dock betydligt sämre än i andra länder (figur 8). Endast något över hälften av de tillfrågade primärvårdsläkarna anger att det alltid eller ofta får den information de behöver från specialistsjukvården.

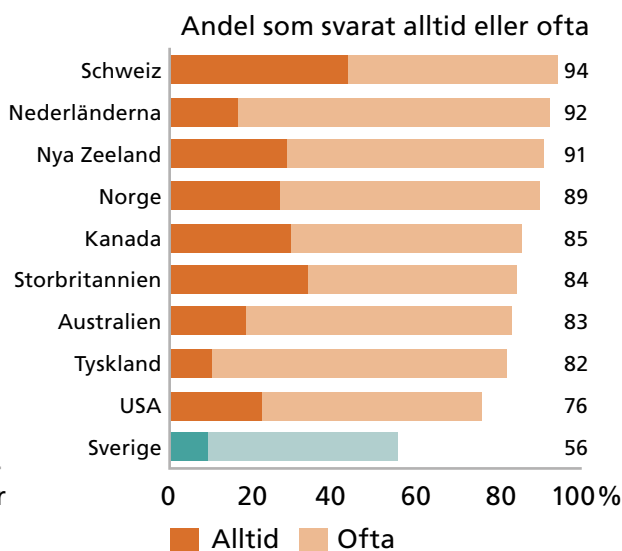
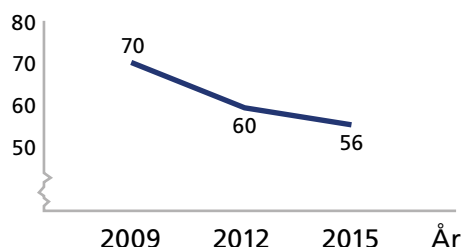
Detta är särskilt allvarlig när en patient får en felaktig diagnos i primärvården. I kombination med långa väntetider kan det leda till bestående vårdskador.

Informationen kring de patienter som träffat en läkare i specialistsjukvården tycks inte heller alltid nå fram när den behövs. Inte ens hälften av de svenska läkarna har svarat att de alltid eller ofta får informationen i *lämplig tid*, vilket naturligtvis kan ha konsekvenser för hur länge patienten får vänta på besked om eventuell sjukdom och start av behandling.

En förutsättning för att samordna vården är att nödvändig information kan delas mellan olika delar av vården och att patienter inte behöver upprepa behandlingar i onödan. Att behöva upprepa åtgärder för att information inte finns tillgänglig innebär onödiga kostnader för hälso- och sjukvården. Den internationella jämförelsen visar också att detta problem är vanligare i Sverige än i många andra länder. Trettiofem procent av primärvårdsläkarna uppgav det under den senaste månaden inträffat att tester eller åtgärder måste upprepas, eftersom resultaten inte var tillgängliga. Det landsting där flest läkare anger att de behövt upprepa ett test i onödan är Västra Götaland, där 60 procent svarade att de gjort det minst en gång senaste månaden. Det vanligaste verktyget för kommunikation mellan primärvården och specialistvården är remisser. Det kan röra sig om

När din patient har träffat en läkare i specialistsjukvården (inkl. privatpraktiserande specialistläkare och sjukhusläkare), hur ofta händer följande: du får återkoppling från läkaren i specialistsjukvården med all relevant information?

Trend i Sverige %



Figur 8. Återkoppling från specialistsjukvården. Källa: Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys

remisser för en undersökning eller laboratorieprover som behövs för att ställa diagnos och starta en behandling. I andra fall är remissen en begäran om att specialistvården ska ta över ansvaret för patienten. Eftersom remissförfarandet har stor betydelse för effektiviteten och tillgängligheten i såväl primärvården som övrig vård kommer en mer ingående analys av remissförfarandet att redovisas i kapitel 5.

En stor del av patienterna som besöker primärvården är också föremål för kommunal vård och omsorg och samverkan med kommunerna har blivit en allt viktigare uppgift i primärvårdens arbete. I enkäten till primärvårdsläkarna anger hälften att de regelbundet kommunicerar med den verksamhet som ansvarar för vården i hemmet för de patienter som får vård och omsorg i hemmet. Endast tre procent av läkarna svarar att detta aldrig sker. Kommunikation med den kommunala vården och omsorgen (eller motsvarande i de andra länderna) är vanligare i Sverige än i de flesta andra länderna i undersökningen.

4.3.3 Vad tycker patienterna om primärvården?

Patientenkäter inom primärvården visar att endast drygt hälften av patienterna uppger

att de känner sig helt och hållet trygga med den samordning som sker av deras kontakter i vården. En liknande bild framkommer i internationella jämförelser av vård och omsorg: endast drygt 45 procent av patienterna i Sverige anser exempelvis att läkaren alltid eller ofta hjälper till att samordna vården från andra aktörer. Jämfört med andra länder i undersökningen presterar Sverige sämst på denna fråga. Bristande samordning upplevs också av dem som arbetar inom vården och omsorgen. Cirka hälften av läkarna inom primärvården rapporterar till exempel att någon av deras patienter den senaste månaden fått problem till följd av att vården inte varit samordnad. Liknande brister har också på olika sätt uppmärksammats inom socialtjänsten.

4.4 Akutvårdens flöden

Akutsjukvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet både när det gäller befolkningens tillit till att få vård i tid och systemets effektivitet. Vid ett akut insjuknande är patientens första kontakt ofta en akutmottagning och den initiala bedömningen kan många gånger vara avgörande för fortsatt vård och behandling. En adekvat och tidig diagnostik är väsentlig för att patientens tillstånd inte ska förvärras under vistelsetiden på akutmottagningen.

För närvarande finns det ett 60-tal sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige med två eller fler samlokaliserade somatiska specialiteter. Hur akutvården är organiserad varierar mellan regionerna. Under 2019 gjordes cirka 2,5 miljoner besök på sjukhusbundna akutmottagningar, av patienter i alla åldrar och vid både somatiska och psykiatriska mottagningar.

Under många år har akutsjukvården varit under stark press, vilket inneburit att många patienter väntat orimligt långa tider på att bli omhändertagna. Enligt den senaste sammanställningen av data från Socialstyrelsen minskade väntetiderna något under 2020, vilket delvis ansågs kunna förklaras av att antalet besök också minskat, vilket i sin tur sannolikt var en effekt av coronapandemin.

Att akutmottagningarna står inför stora utmaningar konstateras också i en rapport från IVO. Även om varje akutmottagning har sin egen organisation, storlek, patientsäkerhetskultur och förutsättningar för att ta hand om patienter, framkom det av de intervjuer som genomförts att det finns patientsäkerhetsrisker som är gemensamma för alla akutmottagningar. Problemen var: bristande kompetens, otillräcklig bemanning, vårdplastbrist, otillräckliga lokaler, ”fel patienter”, ökat antal patienter, bristande journalsystem samt en hög arbetsbelastning och långa arbetspass.

4.4.1 Inflödet till mottagningarna

I ett försök att komma till rätta med de långa väntetiderna antog regeringen 2010 en målsättning om ”max 4 timmar på akuten”. Följden blev att Socialstyrelsen fick i uppdrag att samla data för att följa upp väntetider på sjukhusens akutmottagningar och från och med 2015 finns, som en del av det nationella patientregistret, data om bland annat väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar.



Som en del av uppbyggnaden av mätningarna genomförde Socialstyrelsen 2014–2015 en kartläggning och analys av patientflöden och väntetider vid fem akutmottagningar. Kartläggningen visade att, även om det fanns en viss variation mellan mottagningarna så kom de flesta (47 61 procent) på eget initiativ, det vill säga utan hänvisning. Av de hänvisade besöken kom den största andelen från primärvården (14 25 procent) och efter rådgivning via 1177 (6 10 procent). Mellan 20 och 30 procent av patienterna kom med ambulans. Läkare vittnar också om att primärvården ibland ger råd till patienter med svårbedömda diagnoser att vända sig direkt till akuten just för att öka chansen för multiprofessionella bedömningar direkt och slippa ännu längre väntetider vid remittering till specialist. Att många kommer till akuten utan remiss eller hänvisning har också lyfts fram som ett problem då många av dem som kommer inte har sådana besvär att det kräver ett akut omhändertagande och därför rimligen borde kunna tas om hand inom till exempel primärvården. Utifrån data från tre av de studerade enheterna kunde Socialstyrelsen i sin studie konstatera att endast cirka 20 procent av patienterna tillhörde de två högsta prioriteringsgrupperna, medan mellan 20 till 30 procent på en femgradig skala tillhörde de två lägsta grupperna.

Skäl för att söka till akutvården för mindre problem kan vara att man saknar kunskap om vilka alternativ som står till buds eller en osäkerhet kring allvarlighetsgraden.

Det finns dock få studier som mer ingående har analyserat de ”onödiga” besöken men att de kan utgöra ett omfattande problem visade en studie från barnakuten vid Östra sjukhuset i Göteborg. Av de 48 000 besökande under ett år blev var tredje hemskickad efter att träffat en sköterska. Ytterligare en tredjedel bedömdes kunna få vård inom primärvården.

4.4.2 Utflöde och samspelet med övrig vård

Socialstyrelsens studie visar att omkring en tredjedel av patienterna som söker akuten skrivs in i slutna vård. En mycket tydlig koppling finns mellan ålder och slutna vård och bland dem som är 80 år eller äldre skrivs närmare 60 procent in för slutna vård.

Ett av de problem som akutmottagningarna upplever är att bristen på vårdplatser medför att patienter skickas hem eller väljer att åka hem utan att ha utretts i önskad omfattning, vilket kan innebära en ökad risk för den enskilde patienten och att patienten återkommer inom kort tid. Bristen på vårdplatser, innebär även att patienter som ska läggas in kan bli kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats. Detta ställer ökade krav på att akutmottagningen ska kunna ge såväl omvårdnad som påbörja en behandling.

I en analys av hur väntetiderna till akutmottagningarna i Region Sörmland kunnat minskas efter att ha varit bland de längsta i landet, kunde det visas att detta hade åstadkommit genom att:

- öka läkarkompetensen och bemanningen på akutmottagningarna.
- korta väntetider för röntgenundersökning och provtagning.
- öppna upp fler vårdplatser genom ökad bemanning, vilket minskat överbeläggningarna och i snabbare takt tillgängliggör vårdplatser från patienter som skrivs ut från vårdavdelning.
- snabba på utskrivningarna av färdigbehandlade patienter genom förbättrat samarbete med kommunerna.

I en litteraturstudie av flödesprocesser på akutmottagningar har så kallade snabbspår där patienter med enklare åkommor tas omhand i en särskild process, visat sig ge en kortare vistelsetid på mottagningarna och öka effektiviteten i verksamheten. Det är oklart i vilken utsträckning sådana snabbspår används vid akutmottagningarna, men det finns flera exempel på att de tillämpas med lyckat resultat för ett antal patientgrupper med både enklare och mer akuta åkommor. Akutgeriatriska avdelningar som kan ta hand om sköra äldre har också förbättrat omvårdnaden framför allt för att patientgruppen sluppit tas till akuten.

Ett annat område där samarbete mellan olika delar av vården lett till påtagliga förbättringar de senaste decennierna är vårdförlopp för stroke. Samarbete mellan den prehospitala vården (ambulans), akutsjukhus med skyndsam rehabilitering har lett till att en markant större andel av patienterna kan klara vardagen efter tre månader jämfört med för 20–30 år sedan. Se till exempel resultat från strokevården i Region Stockholm

4.4.3 Vad tycker patienterna om akutvården?

Under 2020 svarade 15 000 patienter som besökt akutsjukvården på den nationella patientenkäten om hur de upplevt vården. Resultaten pekar på att de allra flesta patienterna är nöjda och anser att deras behov av vård har blivit tillgodosett. De flesta anser också att omhändertagandet varit gott och att de känt sig trygga. Jämfört med den föregående undersökningen så upplever en större andel av de tillfrågade patienterna att de kunnat få emotionellt stöd. Fortfarande är det dock många som menar att det finns förbättringsområden när det gäller information om väntetider och prioriteringsordningen på akutmottagningarna. Enkäten visade också att drygt 30 procent av patienterna var missnöjda med att personalen på akuten inte hade kännedom om tidigare kontakter. I återkommande jämförelse av befolkningens förtroende för olika

vårdnivåer har sjukhusen ofta klart högre förtroende än primärvården, både bland yngre (18–30 år) och allmänheten i stort.

4.5 Specialistvårdens flöden

Till skillnad från primärvården har den specialiserade sjukvården länge kunnat följas med data från det nationella Patientregistret, åtminstone när det gäller läkarbesök och vårdtillfällen. Inom den specialiserade vården har antalet vårdtillfällen under många år minskat medan besöken ökat. Bakom denna utveckling ligger inte minst den medicintekniska utvecklingen som gjort det möjligt att utföra allt fler behandlingar och operationer i öppna vårdformer. Så görs till exempel cirka 70 procent av alla operationer i dagkirurgi numera.

Enligt den senaste hälso- och sjukvårdsrapporten från SKR vårdades knappt 870 000 personer vid sjukhus under 2019 motsvarande drygt 1,4 miljoner slutenvårdstillfällen och med en medelvårdtid på cirka 5 dagar. Någon uppgift om totala antalet besök i den öppna specialiserade vården innehåller inte rapporten, men i en rapport från Socialstyrelsen framgick att det totalt gjordes knappt 13 miljoner besök i specialiserad vård under 2016. Tre fjärdedelar av besöken var planerade. För den slutna vården var förhållandet mellan planerad och oplanerad vård det motsatta, det vill säga att endast en fjärdedel var planerade inskrivningar.

Enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern har befolkningens förtroende för sjukhusvården ökat något de senaste åren och 2020 var det drygt 76 procent som uppgav sig ha stort eller ganska stort förtroende för sjukhusen i den egna regionen. Skillnaden är dock stor mellan den region som har det högsta förtroendet (Jönköping 89%) och den region som har lägst förtroende hos befolkningen (Västernorrland 69%).

4.5.1 Inflöde till de öppna mottagningarna vid sjukhus

Även om det inte finns något ”remisstvång” för att besöka en specialist finns det i de flesta fall en remiss som underlag för besöken inom den specialiserade vården. Remisserna kan komma från såväl primärvård som andra specialister. Även patienterna kan uppmanas att lämna så kallad ”egenremiss” för att underlätta klinikens bedömning av patientens vårdbehov. Det är inte helt ovanligt att remisser återsänds på grund av bristande underlag eller att de riktas till fel vårdgivare (se avsnitt 5). En stor del av besöken är återbesök, antingen för att följa upp en behandling för långvarig sjukdom eller för att följa upp en genomförd behandling.

Väntetider till nybesök och behandling har varit ett konstant (flödes)problem inom den specialiserade vården. Någon ljusning har inte kunnat ses trots särskilda satsningar under de senaste 30 åren. Formen för dessa satsningar har framför allt varit årliga överenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om vårdgarantier i olika delar av vårdkedjan. En viktig del av vårdgarantireformen har också varit att bygga upp en nationell databas för att följa utvecklingen (www.vantetiderivarden.se). Som framgått av avsnitt 3 har databasen och arbetet med att åtgärda väntetiderna medverkat till en utveckling av regionernas informationssystem enligt tankarna om sammanhållna vårdförlopp. Vårdgarantiarbetet har också medverkat till ett antal utvecklingsarbeten kring ”administrationen” av patientens väg genom vården. Ett aktuellt exempel är ett projekt för att utveckla formerna för hänvisning och stöd till patienterna vid val av vårdgivare.

4.5.2 Utflöde från den öppna specialistvården

Efter att ha fått vård vid sjukhuset och kanske utretts eller startat behandling för en långvarig sjukdom kan det vara aktuellt att flytta över den fortsatta vården

till primärvård eller vård inom kommunens omsorgsverksamhet. Några speciella studier eller närmare undersökningar av omfattningen utflödet från den öppna sjukhusvården har inte hittats, men den internationella jämförelsen av primärvård talar för att problemen med samverkan och informationsöverföring är de samma som i de övriga "övergångarna" mellan olika vårdnivåer och vårdgivare (figur 4.2 och avsnitt 4.3.2).

4.5.3 Inflöde till slutna vård

Tre fjärdedelar av inskrivningarna i den slutna vården är oplanerade, vilket innebär att patienten kommer via akutmottagningen. Den fjärdedel som är planerad vård handlar huvudsakligen om olika planerade behandlingar och operationer. Data från det nationella patientregistret visar också att omkring var tionde inskrivning är en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar från det att patienten skrivits ut.

Med ett inflöde som till stora delar är svårt att styra över och ett minskande antal vårdplatser har överbeläggningar och "utlokaliserade patienter" blivit ett allt större

bekymmer inom den slutna specialistvården. Exempel finns dock på att det kan vara annorlunda. Ledningen för Region Halland framhåller i en debattartikel att de genom ett långsiktigt arbete med informationsdriven vård har uppnått ett läge med lägst antal slutenvårdsplatser, jämfört med andra regioner och i princip inga överbeläggningar eller problem med utskrivningsklara.

Inflödet av patienter är dock bara en del av problematiken kring överbeläggningar på sjukhusen. Den andra delen är att patienter som är utskrivningsklara inte kan skrivas ut.

4.5.4 Utflöde från slutna sjukhusvård och samspelet med övrig vård

En stor andel av de som vårdas på sjukhus är multisjuka äldre som behöver fortsatt vård och omvårdnad som inte kan ges vid sjukhusen. Långa väntetider på sjukhusen för utskrivningsklara patienter har länge varit ett problem och den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Myndigheten för vård- och omsorg



har haft i uppdrag att utvärdera lagens effekter. Utvärderingen pekar på såväl positiva som negativa konsekvenser av lagen. Till de positiva hör kortare vårdtider för de utskrivningsklara och bättre samverkan mellan kommunerna, primärvården och sjukhusen. Även informationsöverföringen mellan vårdgivarna har förbättrats och särskilt gäller det mellan primärvård och kommun. Negativa konsekvenser var att administration och arbetsbelastning ökat för primärvården och kommunerna och det fanns indikationer på att kostnaderna också ökat för primärvård och kommuner. Effekterna utifrån ett patient- och brukarperspektiv är mer oklara och kräver fortsatta studier.

4.5.5 Vad tycker patienterna om specialistvården?

Den nationella patientenkäten för 2021 visar att den specialiserade vården generellt får ett högt betyg av patienterna. På de flesta områden har det också skett en positiv utveckling från mätningarna 2018. En fjärdedel av patienterna som vårdats i sluten vård uttryckte dock missnöje kring personalens kunskap om patientens tidigare vårdärenden.

4.6 Slutsatser

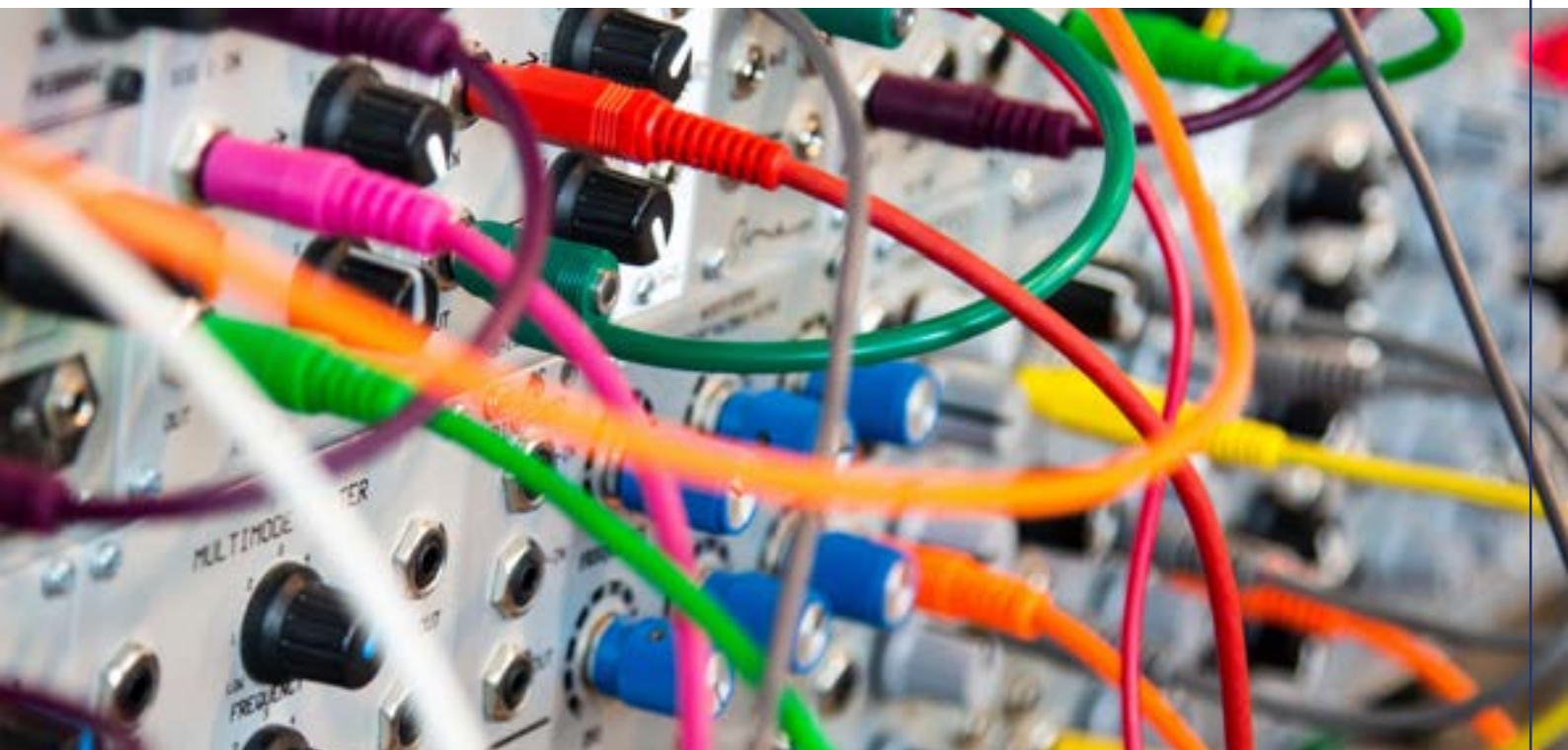
Den översiktliga genomgången av övergångarna mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden visar att det finns många skäl till att vägen genom vården inte alltid blir så ”sömlös” och effektiv som det vore önskvärt. Det gör att patienternas väntan mellan olika steg kan bli lång och kantad av osäkerhet om den fortsatta behandlingen. Otillräcklig kommunikation och inaktuell information om patientens tillstånd påverkar patientsäkerheten, men skapar också en ineffektivitet i verksamheten och leder till en sämre arbetsmiljö.

En viktig fråga är *vilken vägledning patienterna får och vilket stöd som ges till vårdgivarna för att vägen genom vården ska bli*

så effektiv och smidig som möjligt? Det är ingen tvekan om att 1177 Vårdguiden har gjort det betydligt lättare att komma i kontakt med vården och få en första bedömning av vilken vård patienten ska söka sig till. Kontakterna med 1177 har stadigt ökat och tjänsten fick ett stort genomslag i befolkningen under coronapandemin. Uppföljningar via Vårdbarometern och Nöjd-Kund-Index visar att 1177 har ett genuint förtroende hos stora delar av befolkningen. Vilka effekter 1177 har haft för att underlätta patientens väg genom vården är dock mer oklart då det inte gått att finna några sådana studier. De ökade möjligheterna till digitala vårdbesök har också onekligen lett till snabbare tillgång till kontakt med vården och digitala konsultationer direkt med en läkare.

Ett grundläggande problem är emellertid att vårdgivarna upplever att de inte har effektiva rutiner för samverkan och kommunikation mellan sig, vilket naturligtvis gör att det svårare att styra och samordna vårdförloppen – och inte minst vägleda och informera patienten. Många gånger uppkommer också tveksamheter kring ansvaret för patienten och den fortsatta vården, vilket skapar problem för såväl patienter som medarbetare.

Mot bakgrund av det starka stöd som finns för att gå från en vård uppdelad i stuprör till vårdprocessstyrning är det förvånansvärt lite intresse som riktats mot att följa och analysera flödet mellan olika vårdnivåer och vårdgivare med olika formell eller informell specialisering. Exempel på frågor som saknar svar är: *Vilken omfattning har olika flöden och ökar eller minskar de? Var och varför uppstår det flaskhalsar? Vilka patienter remitteras? Varierar remissfrekvensen mellan olika vårdgivare?* Över huvud taget ägnas frågan om effektiviteten i vårdkedjorna allt för litet intresse i förhållande till den betydelse det har för tilltron till hälso- och sjukvårdssystemet.



5. Remisser – en skakig länk mellan vårdgivare

5.1 Inledning

Sjukvård av idag är mestadels ett lagarbete med många involverade vårdgivare runt patienten. En stor del av samarbetet organiseras med hjälp av remisser som ”informationsbärare”. Remisser skickas när olika undersökningar behöver göras, när en vårdgivare vill få ett utlåtande från en kollega eller när vården av en patient måste överlämnas till en annan vårdgivare. I Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera (SOF5204:11) definieras en remiss som ”Handling om patient som utgör en beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar”.

Väl utformade remisser och en effektiv hantering av dessa är en central fråga för hur hälso- och sjukvården kan klara sitt uppdrag. Så har till exempel Socialstyrelsen

redan 2004 konstaterat att ”ett införande av säkra och väl genomarbetade rutiner för remisshantering, med stöd i administrativ datateknik, kan ge resultat i form av högre patientsäkerhet, bättre tillgänglighet för patienterna och ökad kostnadseffektivitet”.

En granskning av inkomna klagomål inom somatisk specialistvård till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) från 2014 visar dock på återkommande brister i vårdens olika övergångar, mellan olika vårdgivare, men också mellan en vårdgivares olika enheter. Myndigheten menar att det är svårt att generellt fastställa vad det beror på, men att en bidragande orsak är att remisshanteringen mellan den remitterande instansen och annan vårdenhet inte fungerar tillfredsställande, vilket leder till fördröjda remisser eller returnerade remisser som i sin tur leder till fördröjd diagnos och behandling.

5.2 Problemets omfattning

Det har varit svårt att hitta någon aktuell svensk forskning inom området remisser. Inte heller finns det någon samlad statistik över remisser mellan olika vårdgivare och

vårdnivåer. Däremot är det inte helt ovanligt att remisshanteringen tas upp av regionernas revisorer. En genomgång av revisionsrapporter från Stockholm, Kalmar, Värmland och Norrbotten visar att uppföljningen av remisser varierar stort; från ingen uppföljning alls till mer regelbundna sammanställningar.

Revisionen av remisshanteringen i Region Stockholm visade att drygt vart femte (22%) läkarbesök vid SLSO:s husläkarmottagningar resulterade i remittering till specialistsjukvård år 2016. Av dessa kom, enligt en uppskattning av husläkarmottagningarna mellan 5 och 10 procent i retur. Intervjuer med några specialistkliniker visade dock att från specialistvårdens horisont var andelen ”avvisade” remisser i många fall betydligt högre (Tabell 1).

Sjukhusmottagning	Andel remisser som återsänts/vidarebefordrats
Kirurgmottagning, Danderyd	25-33% (uppskattat) 2017
Urologmottagning, Danderyd	50-75% (uppskattat) 2017
Kvinnokliniken, Danderyd	3 – 5% (uppskattat) 2017
Ortopedi, Södersjukhuset	Omkring 50% helår 2016
Intermedicin, Södersjukhuset	43% helår 2016

Tabell 1. Andel remisser som avvisas. Region Stockholm. Källa: Landstingsrevisorerna Stockholm

Studien pekar också på den motsättning som finns mellan specialisterna och allmänläkarna vad gäller vem som ska remitteras och vilken information som remissen ska innehålla. Specialisterna menar att remittenten inte gjort en tillräckligt utförlig undersökning/utredning av patienten, medan de intervjuade vid husläkarmottagningarna å sin sida anser att det långt ifrån alltid är självklart att det är primärvårdens ansvar att utföra dessa uppgifter (till exempel prover eller MR-undersökningar etc). Flera har påtalat att primärvården ombeds stå för prover som de inte har kompetens att analysera. Många lyfter också fram ett principiellt förhållningssätt där man menar att primärvården enbart ska göra och stå för sådana undersökningar eller prover

för vilka de själva har kompetens att tolka resultatet. Det går inte heller att blunda för att oenigheten mellan vårdnivåerna påverkas av hur ersättningssystemen är utformade. En misstanke som nämns återkommande är att specialister använder returerna på remisser som ransoneringsverktyg när de upplever sig vara nära kapacitetsgränsen, samtidigt som den remitterande primärläkare inte har information om köläget hos specialister och därmed inget sätt att remittera patienter till specialister med ledig kapacitet. Detta kan särskilt drabba patienter med något diffusa symptom som då lätt bollas runt med många returnerade remisser.

I revisionen av remisshanteringen i Region Stockholm framkom också att remissarbetet av många upplevs som en onödigt krånglig process och några har till och med ansett detta vara det största arbetsmiljöproblemet på husläkarmottagningarna. Orsaken är framförallt att det är svårt och tidsödande att hitta relevanta vårdgivare att remittera till.

Ytterligare ett exempel, som antyder något om omfattningen av illa utformade remisser, kommer från en studie av ”den kärlsjuka patientens väg genom vården”. Av 188 studerade remisser från sex sjukhus bedömdes 64 procent innehålla en adekvat anamnes, men endast 34 procent innehöll adekvata statusuppgifter och för enbart 36 procent av remisserna hade det genomförts en nödvändig utredning innan remissen skickades. Vad som hände med patienterna efter ett första besök hos specialisten framgår av följande tabell.

Åtgärd	Antal (procent)
Patient återremitteras	94 (50)
Nytt besök på egen mottagning	24 (13)
Ytterligare utredning	36 (19)
Inläggning på sjukhus	24 (13)
Remiss till annan specialist	8 (4)
Återbud från patienten	2 (1)
Totalt	188(100)

Tabell 2. Åtgärder initierade efter besöket på kärlmottagningen.

Den information som remissen innehåller är också avgörande för prioriteringen av patientens vårdbehov, vilket i sin tur påverkar hur snabbt patienten kan få vård. Frågan om remissens betydelse för väntetiden behandlades redan 2002 i en studie inom ramen för projektet Väntetider i Vården. Studien som gällde 15 typiska fall inom ortopedi visade att handläggningen av remisser och sättet som dessa prioriteras på leder till betydande variationer i väntetider för samma vårdbehov. Det framkom också att många remisser returnerades då det inte bedömdes vara något fall för specialistvården eller för att underlaget var bristfälligt. Den slutsats man måste dra av denna genomgång av befintligt material är att många patienter sannolikt inte skulle ha behövt besöka en specialist. Med mer relevant information i remissen och bättre möjligheter till kommunikation och samverkan mellan remittent och mottagare skulle många frågor kunna klaras ut i ett tidigt skede utan att patienterna skulle behöva vänta på att få träffa specialisten.

5.3 Regelverk och "remisstvång"

Remissförfarandet i svensk hälso- och sjukvård regleras genom en föreskrift från Socialstyrelsen från 2004 (SOSFS 2004:11). I föreskriften anges vårdgivarens ansvar respektive verksamhetschefens ansvar på den remitterande enheten, samt verksamhetschefens ansvar på den mottagande enheten. Regionerna har därmed en skyldighet att utifrån föreskriftens krav utforma ett regelverk efter de lokala förutsättningarna. Detta innebär att remisskraven skiljer sig åt mellan regionerna (se bilaga). Undantaget är dock specialiteterna barnmedicin, gynekologi och psykiatri hos privatläkare, som ger vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning. För dessa områden krävs det remiss i samtliga regioner. För fysioterapi finns inget remisskrav i någon region och regionerna i Östergötland, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Skåne, Halland och Värmland har inget remisskrav för vare sig fysioterapeut eller specialistläkare. Från och med år 2015 är det också möjligt

att söka öppen specialistvård i hela landet. Dock gäller samma remissregler som i den egna regionen.

Med dessa remissregler har Sverige, till skillnad från till exempel Danmark och Norge, där det generellt krävs remiss från allmänläkare för besök hos specialist, en betydligt mer tillgänglig specialistvård. Frågan är emellertid hur det ser ut i praktiken?

Även om det formellt sett inte finns ett "remisstvång" är det inte helt ovanligt att specialistmottagningar ber dem som söker vård direkt, att i första hand kontakta primärvården för att eventuellt få en remiss. Motiveringen för detta är att med remissen som underlag blir det lättare att bedöma vårdbehovet och därmed kan beslut om vård ges en snabbare handläggning. I praktiken kan det emellertid ofta snarare vara ett sätt för specialistmottagningen att hantera en större efterfrågan än de kan hantera.

Sedan några år tillbaka är det också relativt vanligt förekommande att specialistmottagningar får in så kallade egenremisser, det vill säga att patienten själv lämnar underlag för bedömning och prioritering. I den revision som gjordes i Värmland framkom att knappt var tionde remiss till specialist under 2020 var en egenremiss och att omkring var tredje av dessa hade avvisats, vilket var mer än motsvarande andel 2015 då cirka 15 procent avvisades.

Då och då har frågan om remisstvång kommit upp till diskussion. Ofta har det handlat om verksamheter med långa väntetider eller problem med att styra efterfrågan till rätt vårdinstans. Ett exempel är personer som vänder sig till akutmottagningarna för mindre allvarliga problem. Ett av de förslag som utredningen "Effektiv vård" lämnade var att det ska krävas en remiss för akut hälso- och sjukvård på sjukhus. Förslaget vann dock inget gehör och ingick inte i den proposition som utredningen ledde fram till.



5.4 Tillämpningen av regelverket

Som framgått är det varje regions skyldighet att fastställa ett regelverk för remisshanteringen inom regionen. I regelverket ingår oftast också ett krav på att verksamheterna följer upp remissförfarandet. I de tidigare nämnda revisionsrapporterna ingick i uppdraget att också bedöma det regelverk som finns samt hur det tillämpas. Nedan följer några utvalda citat från dessa revisioner när det gäller remisshanteringen i respektive region.

”Detta innebär att Revisionen bedömer att det idag finns ett formellt stöd för hur remisshanteringen ska ske men noterar att en stor andel av remisserna skickas tillbaka av olika anledningar. Utifrån såväl patientens som vårdgivarens perspektiv är det ineffektivt att remisser inte skickas till rätt vårdgivare. Det skapar merarbete för vården, längre väntan för patienten och det går inte att utesluta att patientsäkerheten kan påverkas. HSN bör därför vidta åtgärder för att stärka remisshanteringen.”

”EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning

av remisshanteringen i Region Värmland. Vår sammanfattande bedömning är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, inte fullt ut säkerställt en ändamålsenlig remisshantering. Regionens remisshantering fungerar väl i flera avseenden men vi bedömer att det brister i dokumentation av rutiner samt uppföljning. Inom regionen saknas övergripande mål för remisshanteringen. Det saknas även uppföljning på lokal likväl som aggregerad nivå. Ett övergripande mönster vi noterar i granskningen är att intervjupersonerna uppfattar remissprocessen som fungerande men att uppfattningen inte baseras på faktiska data trots att data många gånger finns tillgänglig. Vi kan exempelvis inte se att efterlevnaden av svarstiderna (tre dagar), antalet avvisade remisser, egen vårdbegäran eller kompletteringar följs upp på ett systematiskt sätt. Då det inte förekommer uppföljning eller analys bedömer vi att det finns risk att regionens verksamhetsutveckling inte optimeras samt att problem som eventuellt kan påverka patientsäkerheten inte alltid fångas upp eller åtgärdas. Vår bedömning

är att den data som behövs för att säkerställa en god remisshantering finns tillgänglig eller kan göras tillgänglig men att den inte används.”

Vid en liknande granskning i Landstinget i Kalmar (2016) framkom att vissa enheter saknade aktuella skriftliga rutiner. Stora briser uppmärksammades dessutom beträffande skriftliga rutiner för bevakning av utestående remisser.

5.5 Elektroniska remisser

Remisser framstår som ett område som är särskilt lämpligt för digitalisering. E-remisser innebär flera fördelar. De förenklar hanteringen och gör den snabbare och effektivare och patientsäkerheten ökar, liksom att vårdgivarna får bättre möjlighet att följa upp remisserna. Sedan lång tid har det också varit relativt vanligt att använda elektroniska remisser inom laboratorieverksamheter. Fortfarande saknas dock en nationellt överenskommen digital tjänst som gör det möjligt att skicka laboratorieremisser över regiongränserna och Inera har för närvarande ett uppdrag att utreda frågan.

Som en del i ett nationellt utvecklingsarbete skickades våren 2017 den första E-remissen mellan två landsting. Arbetet har nu resulterat i en nationell tjänst för de cirka 100 000 remisser som skickas över regiongränsen varje år.

I Region Stockholm har det under många år pågått ett utvecklingsarbete för att skicka elektronisk remiss mellan vårdssystem, vårdgivare och landsting, men det är först i och med den nationella tjänsten som det blivit möjligt att införliva hela regionen och de vårdgivare utanför regionen som har tjänsten.

Trots detta är det fortfarande vanligt med pappersremisser. Hur vanligt är oklart då det inte finns statistik över antalet pappersremisser jämfört med elektroniska remisser. Även om pappersremisser normalt skick-

as per mail är det inte samma sak som en E-remiss där det finns ett system som gör att primärvårdsläkare och specialisten lätt kan kommunicera och där patienten och läkarna kan spåra remissen liksom att remitterande läkare får hjälp att remittera till lämpliga specialister med kortare väntetid.

5.6 Slutsatser

Efter denna genomgång är det inte svårt att hålla med KPMG som i samband med uppdraget i region Stockholm ger sin syn på remisshanteringen i svensk sjukvård. *”Vår allmänna erfarenhet både från tidigare uppdrag och från arbete med dessa frågor inom sjukvården, är att remissprocessen sällan ägnas den uppmärksamhet som den förtjänar. Remisshanteringen har en direkt koppling till vårdens flöden och därmed hur snabbt vården kan svara upp mot patienters behov. Generellt sett finns mycket kvar att göra i landstingsverige för att säkerställa remissprocessens prestanda och därmed öka vårdens produktivitet och effektivitet.”*

Remissen kan förväntas få en allt centralare roll som styrmedel inte minst i utvecklingen av en God och nära vård där övergångarna mellan vårdenheter och vårdgivare är avgörande för smidiga vårdflöden är. Det är därför viktigt att förbättra remissförfarandet inom svensk hälso- och sjukvård genom att:

- Breddinföra E-remisser och att då även koppla innehållet i remisserna till befintliga vårdprogram, standardiserade vårdförlopp och nationella riktlinjer.
- Utnyttja AI-baserade stöd för att underlätta remissprocessen för remitterande läkare. Har patienten sökt för liknande besvär tidigare, var finns de kortaste väntetiderna till specialister och så vidare.
- Göra det möjligt för patienterna att följa sina remisser på motsvarande sätt som man enkelt kan följa olika leveranser av paket, eller taxin på väg. Informationen bör innehålla relevant data om förväntade undersökningar och resultat från olika undersökningar.

6. Effektiviteten i olika vårdflöden

6.1 Inledning

Bristande vårdkedjor kostar. Remisser som skickas tillbaka eller kommer på villovägar innebär onödig administration, förlängda väntetider och kanske försämrade patientsäkerhet. Patienter som slussas runt i vården innebär stort lidande för patienten och onödig byråkrati i organisationen. Förlängda väntetider kan dessutom innebära hälsorisker i form av försämrade prognoser, inte minst inom cancerområdet.

Kontinuitet ger effektivitet, särskilt för vissa patientgrupper. Trygghet och närhet till sin egen läkare leder till mindre behov av akutbesök och därav följande slutenvård. Ett återkommande missnöje hos svenska patienter, handlar, som tidigare nämnts, just om bristen på samordning och bristande tillgänglighet. I detta avsnitt görs några nedslag bland de fåtal studier som studerat effektiviteten i olika vårdkedjor. Här ges också några exempel på kostnader till följd av bristande vårdkedjor.

6.2 Studier om effekter av bristande vårdkedjor

Kontinuitet är ett kärnvärde för primärvården och även viktigt för en sammanhållen vård och vårdepisoder. Kontinuitet kan definieras som ett implicit kontrakt mellan en patient och en läkare, som sedan tar personligt ansvar för patientens medicinska behov. Kontinuiteten begränsas inte av typen av sjukdom och överbryggas olika episoder av olika sjukdomar. Större kontinuitet hos en primärvårdsläkare har visat sig vara förknippad med lägre dödlighet, färre sjukhusinläggningar och mindre behov av akutbesök, samt även leda till färre remisser till specialistsjukvård.

I utredningen om Effektiv vård lyfts personlig kontinuitet också som ett sätt att bidra

till effektivitetsvinster på olika sätt. De patienter som har komplexa vårdbehov, inte sällan äldre med flera kroniska sjukdomar, konsumerar merparten av vårdens resurser. Ett bättre omhändertagande av dessa patienter är antagligen en av de stora möjligheterna till att minska ineffektivitet i vården. Personlig kontinuitet minskar risken för att patienten faller mellan stolarna och kan således vara en klart patientsäkerhets- och kvalitetshöjande åtgärd. Det kan både minska antalet olika vårdkontakter och bidra till ett minskat användande av laboratorieundersökningar och slutenvårdsplatser.

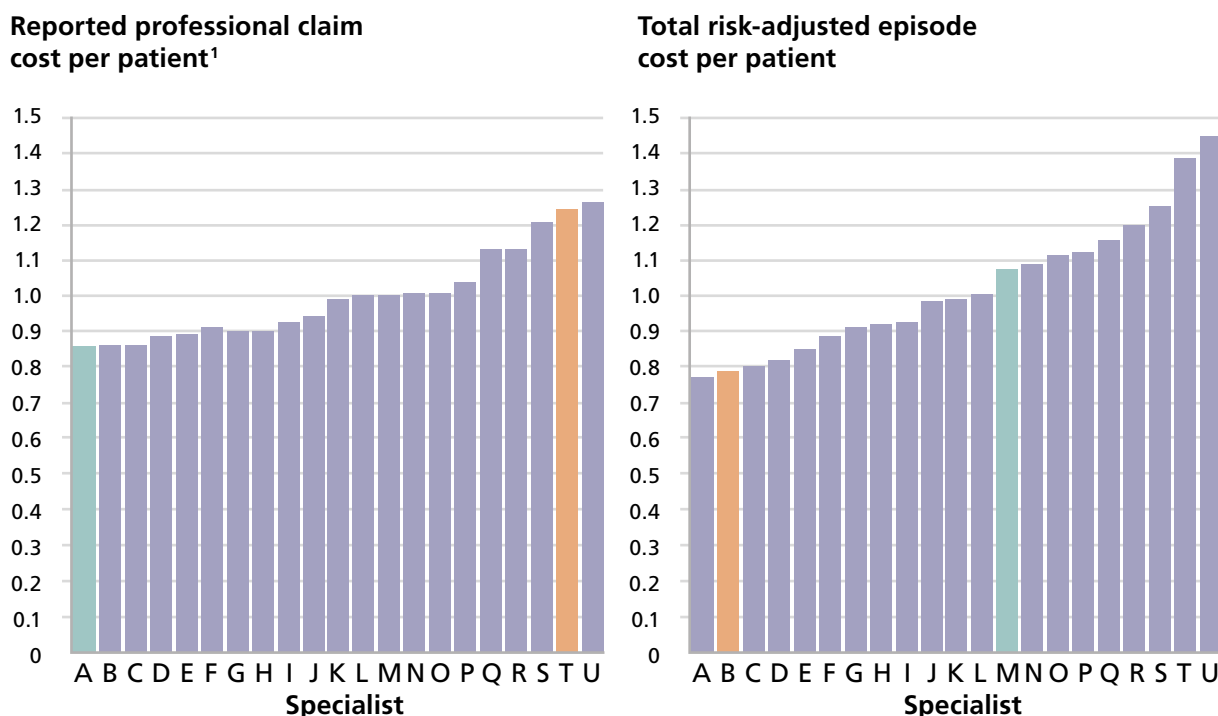
Kontinuitet bidrar också till att professionerna kan arbeta effektivare. Inläsningstiden minskar om man ”känner till” patienten och risken minskar också för den vanligt förekommande situationen att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger. Personlig kännedom minskar också behovet av att lägga tid på att kommunicera endast i syfte att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare.

Rundgångar i vården får allvarliga konsekvenser. OECD hävdar i en forskningsgenomgång att nära en av fyra patienter som besöker primärvården erhåller fel diagnos, får felaktiga mediciner eller drabbas av andra misstag som kunde ha undvikits. Cirka sex procent av alla sjukhusinläggningar beror på sådana misstag inom primärvården, vilka ofta orsakas eller förvärras av ineffektiva vårdkedjor.

Förmågan att slussa patienter rätt är inget som ingår i uppföljningen av verksamheten och ersättningssystemen är inte utformade för att stimulera till samverkan och smidiga vårdkedjor. I andra branscher, till exempel transportsektorn, uppmärksammas resenärers värdering av tid och förseningar, transporten planeras utifrån flödesoptimering och resenärer kan själva följa hur kollektivtrafiken fungerar i realtid.

Total risk-adjusted episode costs offer a different perspective on provider performance than procedure-only costs do

Relative specialist cost performance for bypass surgery (relative spending normalized to mean)



¹Defined as total cost associated with the surgeon during the procedure and associated inpatient stay. Source: McKinsey analysis of data from one state's Medicaid fee-for-service program.

Figur 9. Exempel på kostnadsskillnader i två vårdförlopp för samma problem.

Källa: McKinsey & Co

I en undersökning av cancerpatienter eller närstående till cancerpatienter framkommer att det tar lång tid för patienter med symtom som kan vara cancer från det första besöket i primärvården till diagnos. För 37 procent initieras behandling först 5 månader eller senare från första symtom. För 3 av 10 cancerdrabbade krävdes 3 besök eller fler innan en remiss skrevs. Positivt är dock att när patienter väl fått sin diagnos går det relativt fort att komma i gång med behandling – 68 procent startar behandling inom en månad efter diagnos. De cancerformer med välfungerande screening hittas snabbare än diffusa symtom. Många patienter söker själva vård tidigt då de upplever att något är fel, 34 procent söker själva vård inom 1 månad. Det är

oroväckande att det tas så få blodprover vid första kontakt med vården. I 36 procent av fallen togs inga blodprover alls och 27 procent gjorde minst två besök innan blodprov togs för större utredning.

Figur 9 ovan är hämtad från en McKinsey rapport om effektiviteten i olika vårdförlopp. Figuren är en illustration av betydelsen av rätt vägvisning. I detta exempel framstår en utförare av bypass-operation efter akut hjärtsjukdom som dyrast. Men när de totala vårdepisodkostnaderna beräknas är denne i stället bland de billigaste till följd av mindre behov av eftervård, bättre vägvisning till utförare av eftervård och annat som i hög grad avgörs av den utförande kirurgen.

I den amerikanska diskussionen om sjukvårdsstyrning påtalas ofta hur gammalmodiga sätt att kommunicera inom vården bidrar till många fel och misstag. I USA remitteras en av tre primärvårdspatienter, enligt vissa studier. Andelen av dessa patienter som på grund av fördröjningar och misstag i processen, aldrig fullföljer sin ursprungliga remiss, är 55–65 procent. Upp till hälften av de remitterande läkarna vet inte hurvida det remitterade besöket fullföljs. Amerikanska läkare anger i olika undersökningar att de är missnöjda med remitteringsprocessen, och framför allt bristande informationsflöden i denna. Detta sker mot bakgrund av att upp emot 400 000 personer uppskattas dö i USA till följd av undvikbara misstag i vården, varav många misstag beror på administrativa fel eller kommunikationsmissar. Technology CEO Council hänvisar även till undersökningar enligt vilka 3 av 10 labbtester måste göras om därför att resultaten inte kan hittas.

I en nyligen publicerad analys från Västra Götaland, baserat på klagomål till patientnämnden, konstateras att det vanligaste klagomålet är riktat mot specialistvården och handlar om den vårdkedja som sker mellan olika specialistmottagningar, inom

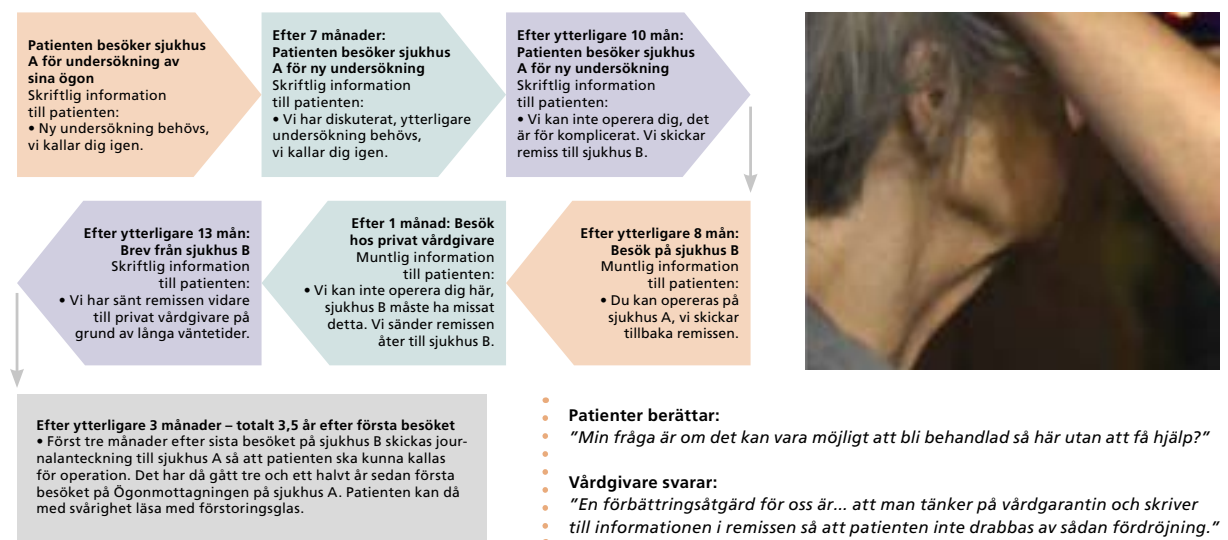
samma eller olika specialiteter. I klagomål mot psykiatrisk specialistvård framkom ofta patientbeskrivningar om långa väntetider. För patienterna var vårdansvaret oklart under denna tid. Gemensamt för en stor del av klagomålen var att patienter eller närstående upplevde att bristerna i vårdkedjan fördröjde vård och behandling, försämrade hälsotillståndet och i vissa fall orsakade felaktig behandling och vårdkedja.

Nedan (figur 10) ges exempel på ett patientfall som illustrerar hur en patient fallit mellan stolarna utan att någon vårdgivare koordinerat, tagit ansvar och följt upp vårdkedjan för patienten.

6.3 Vad kostar irrvägarna?

6.3.1 Minskat antal akutbesök sparar resurser

Flera undersökningar konstaterar att många akutbesök kan undvikas eller är onödiga. Från ett patientperspektiv kan det handla om att annan vård är otillgänglig och det är bara akutmottagningarna som är öppna dygnet runt. Akutbesök är emellertid betydligt dyrare än ett fysiskt primärvårdsbesök och ännu dyrare än ett digitalt vårdbesök. De digitala besöken har ökat kraftigt de senaste åren, och inte



Figur 10. Exempel på ett vårdförlopp som anmälts till Patientnämnden i Västra Götaland. Källa: Vägen genom vården. Patientnämndens kansli. Västra Götaland november 2021.

minst under pandemin. I en undersökning framkommer också att digitala besök delvis kan ersätta fysiska besök inom primärvården.

Ett akutbesök kostar i genomsnitt 5 000 kr. Idag görs cirka 1,9 miljoner akutbesök på år. Antag att 30 procent av dessa besök i stället kan ske i primärvården med en ungefärlig kostnad på 2 500 kr, till exempel genom fysiska besök. Det skulle innebära frigörande av resurser på drygt 1,4 miljarder kr per år. Antag att om dessa besök kan ske hos digitala vårdgivare, för en kostnad på cirka 500 kronor, skulle det innebära minskade kostnader på motsvarande 2,6 miljarder kronor per år.

6.3.2 Undvikbara slutenvårdstillfällen på sjukhus

I genomsnitt kostar ett dygn på sjukhus 7 800 kr (beroende på typ av vård mellan 4 000–14 000 kr). Ett primärvårdsbesök kostar regionerna cirka 2 500 kr/per besök och 400 kr för ett digitalt besök. För varje dygn som kan undvikas och ersätts av ett primärvårdsbesök görs en besparing på minst 5 300 kr och kan en inskrivning undvikas tack vare ett digitalt vårdbesök innebär det en besparing på i genomsnitt 7 400 kr per dygn.

Undvikbara slutenvårdstillfällen uppfattas som ett mått som ger en stark indikation på hur väl vårdflöden fungerar. Enligt en rapport från Socialstyrelsen är andelen vårdtillfällen där en oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, ungefär dubbelt så hög för de mest sjuka äldre jämfört med alla patienter 65 år och äldre. Dessutom har andelen återinskrivningar inte minskat mellan 2010 och 2019. Andelen återinskrivningar var hos multisjuka äldre (variation under perioden, min-max: 27,4–28,8 procent) respektive mest sjuka äldre (25,2–28,5 procent) ungefär dubbelt så hög som i hela gruppen äldre 65 år (13,6–14,7 procent).

Att ligga på sjukhus är alltid en risk. En smidig vårdkedja med fokus på tidig upp-

täckt, regelbunden uppföljning av kroniker och sköra patientgrupper för att undvika onödiga inskrivningar på sjukhus ger både högre patientnytta och samhällsekonomiskt värde.

Det finns en rad olika exempel som kunnat visa på minskade inskrivningar på sjukhus tack vare väl fungerande vårdkedjor. Ett känt exempel är Hemsjukhuset i Borgholm (se faktaruta sid. 9), där en så kallad sömlös nära samverkan mellan Hemsjukvård, Ambulanssjukvård och Vårdcentral ger möjlighet till kontinuerlig uppföljning av samma väl kända läkare och sjuksköterska, personligen eller digitalt vilket ökar tryggheten och behovet av slutenvård.

6.3.3 Bättre nyttjande av digitalisering kan ge effektivare vårdförlopp

I en kalkyl¹ jämförs kostnader för en representativ patient som via samtal till 1177 kommer in i vården och slussas till antingen egenvård, vårdcentral, akuten eller specialistvård. Vårdens snittkostnad för en sådan patient beräknas vara 1 800 kronor. Det flesta patienter får rådet att kontakta vårdcentral eller annan fysisk instans, som de ofta måste tidsboka själv och där en ny anamnes behöver inhämtas.²

Dessa vanliga scenarier jämförs med patientens väg vid en digital vårdmottagning där ett samtal på samma sätt kan leda till egenvård eller hjälp att komma till extern vårdmottagning. Men en viktig skillnad blir att ett antal patienter slussas omgående över till digitala möten med sjuksköterska eller läkare utan behov av ny anamnes. I detta fall beräknas vårdens snittkostnad för en patient, givet sannolikheter för de olika scenarierna, vara 900 kronor.

Enligt nämnda studie bygger kostnadsdifferensen mellan dessa två jämförelsealternativ på fyra skillnader:

A) Om den som ringer 1177 sedan behöver ringa vårdcentralen behövs ofta ett nytt liknande samtal till samma kostnad. Samtalet till sjuksköterska debiteras som regel

1. <http://media.betterfutureeconomics.com/2020/05/Fölsterdoktor1903228.pdf>

2. Enligt Inera (2017).

inte, utan kostnaden är i stället i ersättningen för digitala besök hos sjuksköterska och läkare.

B) Ersättningen till de digitala besöken är väsentligt lägre än för fysiska besök hos vårdcentralen, vilket antas spegla faktiskt lägre kostnader eftersom anamnesen redan är gjord via chatt eller det första röstsamtalet.

C) Väntetiden och restiden för patienten är lägre eller obefintlig vid de digitala besöken.

D) En mindre andel patienter som ringer 1177 och får rådet att besöka en vårdcentral kan i onödan gå till akuten i stället för vårdcentral, till exempel på grund av dålig tillgänglighet vid den fysiska vårdcentralen.³

I Sverige sker cirka 6 miljoner samtal till 1177 per år. Skillnaden i ovan beräknade kostnader som är förknippade med varje patient som ringer multiplicerat med 6 miljoner skulle då resultera i en årlig totalvinst av en mer intelligent vägvisning på 5,5 miljarder kronor för den skattefinansierade vården och 2,1 miljarder kronor i högre värdering av patienterna.

Låt oss avslutningsvis göra ett annat tankeexperiment. Andel digital läkarvård utgör preliminärt cirka 9 procent av samtliga läkarkontakter i primärvård.⁴ Bara genom att öka andelen digitala läkarbesök inom primärvården från nuvarande knappt 9 procent till 30 procent skulle drygt fyra miljarder kronor kunna frigöras årligen, en summa motsvarande till exempel 6400 läkare eller 7400 sjuksköterskor⁵. En ökad

tillgänglighet som följd kan innebära större chans för tidiga diagnoser och löpande uppföljning och därmed mindre risker att slussas runt i vården.

6.4 Slutsatser

Det finns många studier som pekar på stora brister i vårdflöden vilket kostar både resurser och lidande. Bristande remissprocesser har stora negativa konsekvenser vilket visades även i kapitel fem. Flera enkla räkneexempel illustrerar en stor potential till frigörande av tid för personalen och ett bättre omhändertagande. Minskade slutenvårdstillfällen, specialistvårdsbesök och akutbesök är resultat av Borgholmsmodellen med ett arbetssätt där primärvårdsläkaren har direktkontakt med specialistläkare, där självmonitorering och distansövervakning används och där digital teknik är en självklarhet. I Region Halland sker ett arbete med informationsdriven vård där verktyg som artificiell intelligens förbättrar analyserna av historiska data och kan förutsäga framtida händelseförlopp och vägledning.

En förbättrad digital remisshantering med relevant information och där patienten själv kan följa sin remittering är en viktig del för att förbättra vårdflöden. Dessutom har en ökad användning av AI-stöd för förbättrade analyser för läkare och annan medicinsk personal en stor potential för att underlätta arbetet för en snabb och patientsäker vård.

3. Inera redovisar en del siffror i slutet på 2017 i denna presentation:

<https://www.inera.se/globalassets/aktuellt/moten-och-evenemang/digitala-vardmoten/8.framtidens-1177.pdf>

4. <https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985c08db/1617863225113/>

Digitala-vardkontakter-i-primarvarden-2020.pdf

5. Rapport från KRY, 2021.



7. Avslutning och rekommendationer

I den här rapporten har vi med stöd av rapporter och annat publicerat material studerat det vi kallat ”irrvägar” i vården. Med irrvägar menar vi att vården är ineffektiv i den meningen att patienterna utsätts för onödig väntan, blir hänvisade till fel instans, ”faller mellan stolarna”, tvingas upprepa sin sjukdomshistoria, göra om undersökningar eller utsättas för onödiga risker. Även de som verkar inom vården drabbas på olika sätt av när vården inte lever upp till de förväntningar de har kring vad som är en god och effektiv vård.

En orsak till ineffektiva och osmidiga vårdförlopp som ofta lyfts fram, är att vården är organiserad i stuprör vilket försvårar den samverkan mellan vårdgivare och vårdnivåer som är förutsättning för att vården ska uppfylla kraven på ett gott omhändertagande med patienten i centrum. Dagens vård är också komplex i den me-

ningen att många patienter har flera långvariga sjukdomar med omfattande behov av insatser vilket också ställer stora krav på samordning. Samtidigt har den medicinska utvecklingen gjort det möjligt att behandla allt fler patienter med omfattande vårdbehov. För att komma bort från en fragmenterad vård har utvecklingen inom hälso- och sjukvården inriktats på att styra och organisera vården i ett mer integrerat och flödesorienterat system.

Trots en lång historik av olika försök att processorientera vården uppger såväl patienter som personal att det fortfarande finns problem kring samordning och koordination av vården, vilket ofta kan vara orsaken till irrvägarna i vården. De uppföljningar och analyser^{6,7} som görs löpande visar att samverkan och koordination, tillsammans med väntetider, är de områden som patienterna är mest missnöjda med. Internationella jämförelser visar också att svensk hälso- och sjukvård, som på många områden ligger i topp, presterar sämre än andra länder på dessa områden.

6. Patientenkäter.

7. Rapporter från Vårdanalys med internationella enkätstudier.

För närvarande pågår en ”omställning” av hälso- och sjukvården mot en ”God och Nära vård” där målet är att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. Vår genomgång av flödet mellan vårdens olika verksamhetsgrenar visar att vårdens olika verksamheter är starkt beroende av varandra. Därför menar vi att för att omställningsarbetet ska lyckas måste det göras utifrån en systemsyn där hela organisationen, och inte bara primärvården, ingår.

Som vi har påvisat saknas det idag viktig kunskap om sambandet mellan olika verksamheter i vården. Därför är det särskilt viktigt att övergångarna mellan olika vårdnivåer analyseras och lyfts fram så att kunskapen om in- och utflöde mellan såväl verksamhetsområden som enskilda enheter fördjupas och ingår i omställningsarbetet.

En stor del av flödet mellan olika verksamheter styrs av remisser. Felaktiga eller bristfälliga remisser förlänger inte bara ledtiderna för patienterna, utan de kan också innebära att patienter utsätts för medicinska risker då diagnossättningen fördröjs och behandlingen blir försenad. Vår genomgång av remissförfarandet i vården visar att det visserligen finns regelverk, men att följsamheten till dessa brister och att det sällan görs någon uppföljning av remisserna. Ofta saknas nödvändig och relevant information vilket gör att många remisser skickas tillbaka. Remisser skickas också fram och tillbaka då de inte riktats till rätt instans.

Remissförfarandet i svensk hälso- och sjukvård visar således stora brister och behöver utvecklas. Fortfarande är det vanligt att remisser skickas med brev och de digitala remisser som förekommer är endast en elektronisk översättning av pappersremissen. Det är viktigt att öka takten på införandet av E-remisser, men för att åtgärda de problem som finns krävs också ett utvecklingsarbete kring innehållet i remissen. Genom att koppla remissens innehåll till befintliga vårdprogram, standardiserade vårdförlopp

och nationella riktlinjer kan remissen bli en viktig del i arbetet med en kunskapsbaserad vård. I ett sådant utvecklingsarbete är det viktigt att även ta med patienternas behov av information och möjlighet att följa remissens väg genom vården.

En orsak till att remisser skickas fram och tillbaka är att det är oklart var ansvaret för olika insatser ligger och därmed också vems budget som ska belastas. För att underlätta samverkan mellan olika vårdgivare är ersättningssystemens utformning en viktig faktor. Det är dock inte ovanligt att ersättningssystemen är utformade så att de försvårar samverkan i stället för att premiera smidiga och snabba vårdflöden.

Kunskapen om omfattningen av och orsaker till ineffektiva vårdflöden behöver öka. De enkla analyser vi presenterat i rapporten pekar på att det är möjligt att med hjälp av digitalisering genomföra förändringar i olika vårdflöden som potentiellt leder till stora besparingar. Det är emellertid alltför sällan som sådana analyser ingår i utvärderingar av olika satsningar som görs inom hälso- och sjukvården.

Ett sådant exempel är 1177 Vårdguiden. Allt fler vänder sig till 1177 för att få råd och guidning in till vården och 1177 har blivit en viktig källa när det gäller att informera befolkningen om var de kan få vård. Genom att logga in på 1177 är det numera också möjligt att göra olika vårdärenden digitalt. Med 1177 har vården blivit mer tillgänglig, men i vilken mån 1177 också leder till smidigare och effektivare vårdförlopp är oklart då sådana analyser i princip saknas.

Många patienter som drabbas av irrvägar i vården har komplexa vårdbehov och behöver ha kontakt med flera olika vårdgivare. De behöver också få ett ökat stöd för att koordinera och samordna vården. Det stödet bör rimligen ges av de som har till uppgift att ge patienten vård och omsorg, men flera undersökningar har visat att

vårdgivarna upplever att de saknar effektiva rutiner för kommunikation och information mellan sig. Det finns emellertid många exempel på hur kommunikationen mellan olika vårdgivare och patienten kan förbättras, men erfarenheten är att dessa exempel alltför sällan får en bredare tillämpning.

Patienter med en fast läkarkontakt har i studier visat sig ha en lägre dödlighet, färre vårdtillfällen, mindre behov av akutvård samt i lägre utsträckning remitteras till andra vårdgivare^{8,9,10}. Utredningen Effektiv vård¹¹ pekar också på att kontinuitet i vårdkontaktarna bidrar till olika effektivitetsvinster. Särskilt viktig är kontinuiteten för de många patienter som har komplexa vårdbehov eller någon långvarig sjukdom.

Stabilare patientkontakter underlättar också i vårdarbetet då kontinuiteten gör att inläsningstiden minskar om man ”känner till” patienten och risken minskar att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger.

Att öka den personliga kontinuiteten, som i jämförelse med andra länder är låg, är således en av de viktigaste åtgärderna för att minska irrvägarna i den svenska hälso- och sjukvården.

I regionernas informationssystem finns mängder av data, men de används inte i sin fulla potential. Ett exempel på nytänkande när det gäller att utnyttja befintliga data som stöd i vårdarbetet är det som i Region Halland kommit att kallas informationsdriven vård och där artificiell intelligens (AI) används för att göra analyser av historiska data, förutsäga framtida händelseförlopp och vägleda om åtgärder för att i en specifik situation nå ett önskat utfall¹². Exempel på frågor som kan besvaras med

dessa analyser är; *Har patienten sökt för liknande besvär tidigare? Var finns de kortaste väntetiderna till specialister?* Svar på dessa och liknande frågor bäddar för effektiva, patientanpassade vårdkedjor.

I decennier har det funnits en efterfrågan på en nationell IT-infrastruktur för att få en gemensam terminologi och kodverk samt inte minst göra olika system kompatibla med varandra. Erfarenheterna från de modeller som utvecklats för att följa patientens väg genom vården är dock att så länge det inte finns en gemensam nationell infrastruktur så kommer det inte vara möjligt att få det underlag som krävs för de förändringar av vården som gör det möjligt att följa och styra olika vårdflöden och vårdförlopp. Arbetet med att fastställa en nationell infrastruktur bör därför prioriteras.

Avslutningsvis kan vi konstatera att det finns en stor enighet om att smidiga vårdkedjor är av avgörande betydelse för att hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad, tillgänglig, säker och kostnadseffektiv. Samordning och samarbete är honnörsord som ofta uttalas. Det är dock många som rapporterat om att detta inte överensstämmer med den hälso- och sjukvård som bedrivs idag. I rapporten har vi också kunnat konstatera att få studier har gjorts av hur olika satsningar påverkat samordning, koordination och informationen till patienterna och att kunskapen om vårdens flöden och olika vårdförlopp är alltför bristfällig. Detta kan vara en orsak till att svenska patienter fortfarande upplever problem kopplade till bristande information, kontinuitet och långa väntetider. Men, kunskap i all ära, för att den ska omsättas i handling krävs tydliga mål och en styrning av vården där smidiga och effektiva vårdkedjor premieras.

8. Pereira Gray DJ, Sidawy-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? BMU Open 2018.

9. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions BMJ 2017.

10. Olthof M, Groenhof F, Berger MY. Continuity of care and referral rate. Fam Pract 2019.

11. SOU 2016:2.

12. Forum för Health Policy intervju sjukhuschef Carolina Samuelsson

8. Bilaga – Remissregler i Sveriges regioner

Följande regioner har varken remisskrav för läkare eller fysioterapeuter: Östergötland, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Skåne, Halland och Värmland.

Region Stockholm har sedan den 1 september 2021 remisskrav inom vårdval specialiserad neurologi och från och med den 1 oktober 2021 blir det remisskrav inom vårdval ortopedi och handkirurgi.

Följande regioner har remisskrav för läkare:

STOCKHOLM

Remisskrav gäller för LOU-upphandlade avtal inom:

- gastroenterologi och hepatologi
- kardiologi
- specialiserad kirurgi i öppen vård

Remisskrav gäller till vårdgivare med avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) inom:

- fotsjukvård
- logopedi
- obstetriska ultraljud
- ortopedi och handkirurgi
- planerad specialiserad neurologisk rehabilitering
- planerad specialiserad lymfödemrehabilitering
- ryggkirurgi
- specialiserad hudsjukvård
- specialiserad neurologi
- specialiserad öron-, näsa- och halssjukvård
- specialistmottagning för ME/CFS (Myalgic Encefalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome)

Remisskrav för neuropsykiatrisk och kognitiv utredning.

Remisskrav gäller vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) inom:

- hud- och könssjukdomar
- kardiologi
- medicinsk gastroenterologi och hepatologi
- kirurgi
- öron-, näsa- och halssjukvård

UPPSALA

Remisskrav för psykoterapi till vårdgivare med avtal enligt lagen 2008:962 om valfrihets-system (LOV). Remisskrav gäller även för neuropsykiatriska och kognitiva utredningar.

SÖRMLAND

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar.

JÖNKÖPING

Remisskrav för psykoterapi till vårdgivare med avtal enligt lagen 2008:962 om valfri-hetssystem (LOV) inom öppen specialiserad ögonsjukvård för vuxna, 18 år och äldre.

GOTLAND

Remisskrav till barnmedicin för barn över 2 år. Remisskrav gäller även för neuropsy-kiatriska och kognitiva utredningar.

VÄSTRA GÖTALAND

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar. Remissen ska utfärdas av läkare inom barn- och ungdomspsykiatri eller vuxenpsykiatri.

ÖREBRO

Remisskrav för skolbarns besök hos logoped vid dyslexi-bedömning från elevhälsan och specialistläkare. Vid språkstörning även psykologbedömning samt vid dyskalkyli även särskilt underlag.

Remisskrav gäller även för utredning av könsdysfori och för neuropsykiatriska utredningar.

VÄSTMANLAND

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar.

DALARNA

Remisskrav endast till psykoterapi och neuropsykiatriska utredningar.

GÄVLEBORG

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar.

VÄSTERNORRLAND

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar.

JÄMTLAND/HÄRJEDALEN

Remisskrav endast för smärtbehandling av specialistläkare.

VÄSTERBOTTEN

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar.

NORRBOTTEN

Remisskrav endast för neuropsykiatriska utredningar.



**FORUM FÖR
HEALTH POLICY**

