

# Onödig administration i sjukvården



**Rapport 2023**

Catharina Barkman och Lisa Aasa

# Förord

Många studier visar att personal i vården använder en stor del av sin tid till administration. Ofta uttrycks kritik att den dessutom är både tungrodd och onödig. Under pandemin märktes att det går att dra ner på den onödiga administrationen. Läkare vittnar om att de då fick ägna sig åt att ta hand om patienterna i stället för att sitta framför datorn. Det är inte bara vårdpersonal som upplever detta som ett problem. Patienter vittnar om brister i administrationen eftersom de ofta får upprepa sin sjukdomshistoria, ta samma labbtester flera gånger och hamnar mellan stolarna.

Forum för Health Policy har publicerat flera rapporter med rekommendationer för att utveckla hälso- och sjukvården. Det handlar bland annat om att minska administrationen och göra IT-systemen mer lättillgängliga och interoperabla. Få rapporter beskriver dock problemen på djupet med administration som kan betraktas som onödig. Det kan vara en anledning till att administrationen i vården inte minskar, att patienter fortfarande upplever att de bollas runt i systemet, samt att köerna ökar och leder till förhöjda risker för patienter.

Syftet med den här rapporten är att diskutera varför administrationen har ökat så kraftigt, ge konkreta exempel på onödig administration från olika perspektiv samt presentera policyrekommendationer. Vi hoppas att rapporten leder till diskussion och dialog om hur administrativa bördor kan minskas till gagn för personal och patienter.

Tack till alla läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, patienter och patientföreningar, Läkarförbundet, Vårdförbundet och många fler som bidragit med konkreta inspel. Särskilt tack till Magnus Røjvall för läsning och kommentarer.

Rapporten är skriven av Catharina Barkman och Lisa Aasa.

Peter Graf, ordförande Forum för Health Policy  
Stockholm, juni 2023

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Förord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
Rapportens rekommendationer i korthet	7
<b>Inledning och metod</b> .....	<b>8</b>
<b>Administratörer – en växande skara</b> .....	<b>10</b>
Vad beror den ökade administrationen på?	10
Läkarna hinner inte med	11
Staber växer snabbare än klinisk personal	12
<b>Dokumentationshysterin</b>	
<b>- en samhällsutveckling</b> .....	<b>13</b>
Krav från myndigheter	13
Etisk stress	14
Hälso- och sjukvården är politiskt styrd	14
Rädsla för att göra fel	14
Ökade dokumentationskrav	15
Riktlinjer och direktiv	16
<b>Tidstjuvar</b>	
<b>– byråkratin är vårdens värsta fiende</b> .....	<b>17</b>
Lista över de värsta tidstjuvarna i vården	18
<b>Vi behöver ett vårdens trafikverk</b> .....	<b>19</b>

<b>Digitalisering – automatisera det som går</b> .....	<b>21</b>
Enkla tekniksprång	21
Inga scheman ska behöva göras manuellt	21
Läkemedelsrobotar frigör tid för personalen	22
Digital triagering, digital anamnes	22
Exempel: Kontroll av 50 patienter samtidigt	23
Taligenkänning efterfrågas	23
Vård online och självhjälpsverktyg	24
Fax och ordinär post används fortfarande	24
Klick, på klick, på klick...	26
<b>Journalsystemen – tungrodda och krångliga</b> .....	<b>27</b>
Journalsystem borde kopplas till kvalitetsregister	29
Ett exempel: Fysisk aktivitet får inte hindras av tungrodda system	30
<b>Onödig administration påverkar patienterna</b> .....	<b>32</b>
Ett exempel: Anhörig till patient (barn) berättar om onödigt krångel med system och papper	33
Remissystemet skapar onödig administration och oro för patienter	34
Ett exempel: Ett patientfall från Patientnämnden i Region Stockholm	35
<b>Uppgiftsväxling – rätt person på rätt plats</b> .....	<b>36</b>
Ett exempel: Sjuksköterskor leder mottagning	38
Farmaceuter/receptarier i vården – en resurs	39
<b>Time to treat</b> .....	<b>40</b>
<b>Rekommendationer</b> .....	<b>41</b>
<b>Summary in English</b> .....	<b>44</b>



# Sammanfattning

Northcote Parkinson diskuterade byråkratins ohejdade tillväxt redan på 1930-talet och lyckades förutspå att den brittiska flottan skulle komma att få fler amiraler än man hade fartyg. Ju större en byråkrati är desto fler behöver förhålla sig till varandra och vidarebefordra uppgifter sinsemellan vilket bidrar till att handlingskraften för initiativ kan strypas på vägen.

Syftet med denna rapport är att diskutera varför administrationen i hälso- och sjukvården har ökat så kraftigt och ge konkreta exempel på onödig administration. Rapporten är baserad på inspel från personer som arbetar i hälso- och sjukvården, rapporter, utvärderingar, forskning, samtal med närmare 100 experter i Forum för Health Policys Hälso- och sjukvårdspodd, 400 bloggartiklar. En ofta återkommande reflektion är en frustration över byråkrati i vården.

Vad beror den ökade administrationen på? Varför uppfattas dessutom en väsentlig del som onödig utan att skapa ett mervärde? Samhällsutvecklingen har lett till att krav ställs från olika håll på dokumentation (styrelser, regioner, myndigheter med flera). Regelverket har svällt i form av verksamhetsplaner, vårdprogram, riktlinjer, resultatkrav, jämställdhet, hållbarhet, jämlikhet. Kraven läggs på varandra utan överblick av helheten och framför allt utan att samtidigt minska den administrativa bördan på andra håll. Krav från myndigheter kring kvalitetsarbete, patientsäkerhetsarbete, miljöarbete, brandutbildning och dylikt måste hanteras och givetvis dokumenteras. Miljöinspektörer, Socialstyrelsens krav, Inspektionen för vård- och omsorg - alla sköter sina separata uppdrag.

Administration är självklart nödvändig men det handlar om att prioritera rätt och undvika onödig och tungrodd administration som tar energi och kraft från kärnverksamheten.

En politiskt styrd vård skapar dessutom särskilda, föränderliga och inte sällan detaljerade krav på uppföljning. Många har lyft frågan om smidigare processer i samband med efterdyningarna av pandemin. Det var å ena sidan fruktansvärt med lidande och dödsfall. Samtidigt var det tydligt att personalen äntligen kunde fokusera på arbetet med patienterna och slapp en rad administrativa pålagor. Rädslan att göra fel och inte motsvara interna och externa krav kan också leda till överdokumentation.

I den här rapporten görs en djupdykning i varför administrationen har ökat och vilken typ av administrativa åtgärder som av personal och patienter upplevs som onödiga. Det skall understrykas att "onödiga" åtgärder inte nödvändigtvis innebär att de inte behövs alls utan det kan till exempel vara så att samma resultat skulle kunna uppnås mycket enklare eller med mindre arbetsinsats.

Detta är inte bara ett svenskt problem. För att följa riktlinjerna för förebyggande vård i primärvården skulle amerikanska läkare enligt en studie behöva ägna drygt sju timmar av sin arbetsdag åt det. Skulle de dessutom följa alla riktlinjer för behandling av kronisk sjukdom och akutvård behövs det en arbetsdag på 27 timmar.

En svensk distriktssköterska på en hälsocentral beskriver distansmonitorering med att hon hinner följa upp 50 patienter varje dag vilket vore otänkbart på hälsocentralen. Samtidigt upplevs arbetet som mer flexibelt. Det finns stor risk att onödigt betungande administration leder till ökade väntetider som i sin tur riskerar lidande för patienter.

I rapporten finns en rad konkreta exempel på onödig administration: dubbel/trippeldokumentation, överdokumentation, krångliga och gamla IT-system, ohemula krav på dokumentation och olika tolkningar av regelverk beroende på region, pappersfaxande,

diktering, patienter som budbärare i vården som måste upprepa sin sjukdomshistoria, bara för att nämna några.

Det finns en viktig koppling mellan onödig administration som tar för mycket tid av kärnverksamheten och väntetider. Mer tid för patientarbete kan minska köer. Bristande tillgänglighet i sin tur kan leda till patientsäkerhetsrisker, inkomstbortfall, sämre psykisk hälsa och minskat förtroende för hälso- och sjukvården.

Ledningar på olika nivåer behöver kraftsamla för smidigare processer i hälso- och sjukvården och omsorgen.

Exemplen på onödig administration som beskrivs i rapporten uppkommer inte av en slump. Någon är ansvarig och bör ta sitt ansvar. Om onödig administration beror på att regioner har olika regelverk för samma saker, till exempel vad som får journalföras och inte, ligger ansvaret hos regionledningarna att arbeta för samordning, och på staten eller SKR att se till att likställa regelverk. Krångliga IT-system som inte möjliggör delande av data är ett absolut ansvar för regionledningar och även staten.

Ett avgörande första steg mot mindre onödig administration är att ansvaret för detta diskuteras, synliggörs, tas och utkrävs.



## Rapportens rekommendationer i korthet

- Automatisera det som går – lågt hängande frukter
- Nationellt och lika utformade krav på dokumentation och inrapportering
- Dubbelregistreringar/trippelregistreringar måste bort
- Distansmonitorering innebär självständighet för patienten och sparar tid och resurser
- Walraffa i vården, t.ex med hjälp av läkarstudenter
- Låt patienten äga sin egen data
- Inför intelligenta remissystem
- Time needed to treat
- Scouta, pilota, skala – kopiera andras innovation
- Uppgiftsväxling
- Ansvar för implementering

Avgörande för att driva igenom enklare och smidigare administration är ett ledarskap som håller ihop arbetet på olika nivåer. Vi menar att det finns goda möjligheter för såväl region som stat att åtgärda problem kring onödig administration.

- Regionerna bör ålägga de många stabsfunktioner som redan finns idag att ha som en huvuduppgift att förenkla administrationen med tydliga kvantitativa mål. Använd och signalera ut i hela organisationen den så kallade sunset-principen där varje förslag till ny administrativa pålaga eller detaljerade rutin ska åtföljas av förslag som totalt sätt spar in på administrationen.
- Stärk det nära ledarskapet. Med ett välfungerande nära ledarskap kan det dagliga förbättrings-arbetet fungera inklusive att identifiera tidstjuvar i medarbetares och patienters vardag. Tidstjuvar som inte kan åtgärdas lokalt behöver signaleras uppåt och tas på största allvar av ledningen.

- Någon av statens befintliga myndigheter bör ha som ett uppdrag (genom omprioritering, inte tillägg av resurser) att fastställa tolkningar av lagar och regler, införa digitala standarder, ta fram gemensamma och lika dokumentations- och uppföljningskrav som gäller för alla regioner. Det bör också vara en del av uppdragen att ständigt leta efter best-practice i omvärlden med avseende på smidiga verktyg och processer och förmedla kunskapen till regionerna.

Vi gör inte anspråk på att ge en heltäckande bild i denna rapport. Det finns säkerligen många verksamheter som har väl fungerande administrativa processer. Förslag och konkreta exempel på onödig administration är en rörlig materia. Utvecklingen går snabbt, till exempel med digitalisering. Vissa förslag i rapporten kanske redan har genomförts. Vår förhoppning är att rapporten leder till diskussion och dialog om hur administrativa bördor kan minskas till gagn för personal och patienter.

# Inledning och metod

Kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården är en stor utmaning och det kommer bli alltmer ont om personal. SKR har fastslagit att rekryteringsunderlaget är krympande under många år framöver.<sup>1</sup> Samtidigt ökar befolkningen och antal äldre. Färre måste ta hand om fler. Därför är det så viktigt att skärskåda effektiviseringspotentialen, till exempel att undvika onödig och tungrodd byråkrati i vården.

Flertalet studier har mätt tiden för administration och visar att personal i sjukvården tvingas använda en stor del av sin tid på administration. Överdriven byråkrati skapar också stressmoment och otrivsel som försvårar möjligheten att attrahera och behålla kompetens.

Forum för Health Policy har publicerat flera rapporter med förslag på översyner av administration och IT-system för att underlätta arbetsmiljön för sjukvårdspersonal och därmed bättre utnyttja olika yrkesgruppers kompetens bättre. I den här rapporten görs en djupdykning i varför administrationen har ökat och vilken typ av administrativa åtgärder som av personal och patienter upplevs som onödiga. Det skall understrykas att "onödiga" åtgärder inte nödvändigtvis innebär att de inte behövs alls utan det kan till exempel vara så att samma resultat skulle kunna uppnås mycket enklare eller med mindre arbetsinsats.

Forum för Health Policy skickade ut en öppen förfrågan om konkreta förslag på onödig administration med följande frågor:

1. Vilka administrativa arbetsuppgifter som du utför idag uppfattar du som onödiga, det vill säga de behövs överhuvudtaget inte?
2. Vilka administrativa arbetsuppgifter som du utför idag uppfattar du att andra yrkesgrupper kan och bör utföra?
3. Vilka administrativa arbetsuppgifter som du utför idag, kan på olika sätt effektiviseras, till exempel genom digitalisering, förändrade arbetsprocesser?

Frågorna väckte stor respons från läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, patienter och patientorganisationer. Det var som att öppna Pandoras ask. Det visar på en frustration över tungrodda system och ett uppdämt behov av att minska och effektivisera administrationen idag.

Denna rapport är således baserad på en mängd inspel från olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården samt publicerade rapporter och utvärderingar. Dessutom finns en guldgruva av kunskap i Forum för Health Policys närmare 100 poddintervjuer<sup>2</sup> med nyckelpersoner i hälso- och sjukvården och 400 bloggartiklar<sup>3</sup> av experter inom vård och omsorg som inte sällan beskriver en frustration kring tung byråkrati. De flesta personer som skickat in exempel vill vara anonyma, vilket vi respekterar, citaten är därför endast markerade med profession. I de fall det finns publicerade källor hänvisas till referenser.

<sup>1</sup> DN 2022-07-05

<sup>2</sup> <https://healthpolicy.se/podden/>

<sup>3</sup> <https://healthpolicy.se/blogg/>

Rapporten gör inte anspråk på att ge en heltäckande bild. Det finns säkerligen många verksamheter som har väl fungerande administrativa processer. Men rapporten ger en rad olika konkreta exempel som kan vara av värde för en utveckling mot smidigare processer som sparar tid och frustration.

Självklart behövs administration i hälso- och sjukvården. Frågan handlar mer om vilken typ av administration, vem som ska utföra administrativa uppgifter, vilka uppgifter som behövs och inte, samt hur processerna och systemen görs smidigare. Vi har utgått från läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter som arbetar i den kliniska vardagen och deras upplevelser. Patienter och patientföreningar har också hört av sig med konkreta exempel på hur de upplever onödig administration, inte minst när de måste upprepa sin sjukdomshistoria och ta om samma labtester hos olika vårdgivare. En rad publicerade utvärderingar har analyserats.

Vår bedömning är att alla inspel från enskilda personer är relevanta och konkreta. En farhåga var att vissa förslag på "onödig administration" från ett perspektiv (till exempel personalens) kan uppfattas som fullt relevanta från ett annat perspektiv (till exempel regioner, myndigheter). Den farhågan har inte infriats. Inga kommentarer har till exempel handlat om kritik att rapportera in data till kvalitetsregister eller journalsystem. Däremot finns en frustration kring hur det görs, kring systemen och processerna.

En viktig fråga är kopplingen mellan onödig administration som tar för mycket tid av kärnverksamheten och väntetider. Mer tid för patientarbete kan minska köer. Bristande tillgänglighet kan leda till patientsäkerhetsrisker men det kan även innebära inkomstbortfall, sämre psykisk hälsa och minskat förtroende för hälso- och sjukvården.

Vår förhoppning är att denna rapport kan bidra till en minskning av onödig administration för att frigöra viktig tid till kärnverksamheten.



# Administratörer – en växande skara

## Vad beror den ökade administrationen på?

Den offentliga sektorns ökande administration är ett växande fenomen, inte bara inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är kommunikatörer. Expertgruppen för studier i offentlig förvaltning visar till exempel att kommunikatörer i statliga myndigheter är 3600 och andelen har ökat fyra gånger snabbare än antalet övriga anställda under perioden 2006–19.<sup>4</sup>

Forskarna Alvesson och Olsson menar att osjälvständigt regelföljande och funktionell dumhet har blivit en central samhällsprincip. Måttfullheten, menar de, har ersatts av att man närmast löper amok i viljan att formellt reglera. Ett illustrativt exempel som de lyfter fram var förslaget i Tillitsdelegationen om en obligatorisk introduktionsutbildning för 260 000 anställda i statsförvaltningen till en kostnad för över en miljard. Den som ej deltar skulle utsättas för legala sanktioner.<sup>5</sup>

Experter i offentlig förvaltning beskriver en utveckling av en framväxande kader av nya typer av administratörer med yrkesbeteckningar: utvecklingsledare, kommunikatörer, hr-strateger, planerare och IT-strateger varav ingen vill jobba med triviala arbetsuppgifter. Dessa skjuts i stället neråt i organisationen mot kärnverksamhetens yrkesutövare.

En central observation är att det pågår en så kallad elevering, en upphöjning, av administrativt arbete. ”De administrativa yrkesutövarna strävar mot mer avancerade arbetsuppgifter av strategisk och övergripande karaktär, samtidigt som de avhänder sig mer triviala uppgifter. Personalen i kärnverksamheten sitter plötsligt och utför enkla uppgifter av typen att fylla i reseräkningar och leveranskvittera beställningar, samtidigt

som administratörerna tar fram en ny strategisk kommunikationsplan. Elevering innebär att enklare administrativa arbetsuppgifter skiftas ut, ofta till dem som jobbar ute i verksamheten och till chefer på lägre nivå.”<sup>6</sup>

Krönikören, barnläkaren, Annika Jönsson reflekterar över att det som var en god strävan att skapa säkra rutiner har drivit långt från vårdens vardag och tappat markkontakten.<sup>7</sup> Det skapas program som måste synkas med andra inblandade. Samverkan har blivit ett modeord. Programmakeriet äter mänsklig kraft och tid som kan användas till annat.

Statsvetaren Patrik Hall har bland annat visat<sup>8</sup> att antalet lärare och poliser i relation till befolkningen minskat över tid samtidigt som antalet chefer och högstatusadministratörer har ökat. Administrativ personal som gett stöd till yrkesprofessioner har också minskat. Den typen av administration förväntas göras av poliser och läkare.

Inom hälso- och sjukvården har en stor mängd studier presenterats som kartlägger personalens tid. I en avhandling<sup>9</sup>, baserad på studier av elva vårdcentraler, framkommer att bara 37 procent av personalens arbetstid ägnas åt direkt patientarbete. För sjuksköterskorna något mer, 43 procent, och för läkarna något mindre, 36 procent. I studien fick personalen svara på hur mycket tid de trodde att de ägnar åt olika arbetsuppgifter. Därefter gjordes tidsstudier.

En intressant observation var att personal inom samtliga yrken hade underskattat hur mycket tid som administrationen tar. Personalen trodde att de ägnade mer tid åt patienter än vad de i själva verket gjorde. Det som framför allt underskattades var ”övrig administration”, till exempel möten, e-post, handledning, schemaläggning, hantering av utrustning, lokaler och datorer.

4 [https://eso.expertgrupp.se/rapporter/2021\\_3\\_ingen-reklam-tack/](https://eso.expertgrupp.se/rapporter/2021_3_ingen-reklam-tack/)

5 <https://www.dn.se/debatt/viljan-att-reglera-och-lagstifta-har-lopt-amok/>

6 <https://www.dn.se/debatt/varning-for-strategerna-som-slipper-gora-jobbet/>

7 Dagens Medicin

8 <https://www.dagenssamhalle.se/chef-och-arbetsgivare/kompetensforsorjning/sa-manga-fler-chefer-har-anstallts-en-byrkratisering/>

9 <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/sjukskoterska/administration-far-mer-tid-an-patienter-2/>

## Läkarna hinner inte med

En arbetsmiljöenkät från Läkarförbundet<sup>10</sup> visar att mer än 20 procent av läkarna inte hinner med det direkta patientarbetet inom ramen för sin normala arbetstid. Bland läkare i allmänmedicin svarar en tredjedel att de inte instämmer alls, eller i låg grad, i påståendet ”jag hinner med det indirekta patientarbetet inom ramen för min arbetstid”. Över hälften av läkarna uppger att de inte hinner med det administrativa arbetet under normal arbetstid. En av fem har även svårt att hinna med det direkta patientarbetet. Hälften av läkarna hinner inte med sitt jobb inom normal arbetstid. Ofta är det administrativa arbetsuppgifter som inte hinns med inom ordinarie arbetstid. En tredjedel av läkarna inom allmänmedicin uppger att de inte ens hinner med det direkta patientarbetet inom sin normala arbetstid.

”Det krävs att man jobbar övertid flera timmar i stort sett varje dag för att hinna med den stora administrativa bördan som inte hinns med under själva patientbesöken.”

*Läkare*

I den årliga internationella undersökningen IHP (International Health Policy Survey)<sup>11</sup> där tio OECD-länder har deltagit, framkommer att 66 procent av de svenska läkarna svarar att deras arbete är mycket eller oerhört stressigt, jämfört med 56 procent för alla länder i genomsnitt. Enligt rapporten träffar primärvårdsläkarna i Sverige i genomsnitt färre patienter per vecka jämfört med de andra länderna i undersökningen.

Den genomsnittliga tiden per patient är också längre i Sverige. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys pekar på att bristande kontinuitet kan vara en faktor som gör att patientkontakterna tar längre tid. Informationsöverföringens mellan primärvården och specialistvården fungerar dåligt och har blivit sämre jämfört med 2019.

Färre svenska läkare än i övriga länder svarar att de får information om förändringar i patientens vård efter att deras patienter besökt specialistvården. Läkarna i Sverige anser i lägre utsträckning att de är förberedda och fått information på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar. Dessa resultat har försämrats sedan 2019.

Sverige är samtidigt det land som oftast erbjuder olika digitala tjänster för patienter i kontakt med vården. Det kan vara så att efterfrågan på digitala tjänster har varit större pga väntetider så att patienter försöker få kontakt med vården på andra sätt.

I en artikel<sup>12</sup> konstateras att år 2001 fanns 42 837 årsarbetare och år 2021 är det 43 957 i Västra Götalands sjukvård. Samtidigt ökade patientunderlaget under samma period från 1,5 till 1,7 miljoner. Andelen av de anställda som är sjuksköterskor och undersköterskor sjönk från 52 procent 2001 till 39 procent 2021. Vårdyrken har ersatts med anställningar i annan verksamhet. År 2001 var posten administrativ personal 3958, en siffra som 2021 ökat till 5953. I det som kallas ”koncernkontoret” och Närhälsans ”stab” finns nästan 2000 anställda. Artikelförfattaren menar att av dessa 2000 personer är i princip ingen direkt inblandad i vård av patienter.

<sup>10</sup> <https://slf.se/app/uploads/2023/01/tiden-racker-inte-till-arbetsmiljorapport2022-web.pdf>

Enkäten skickades ut under en period med normal arbetsbelastning

<sup>11</sup> Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys 2023

<sup>12</sup> <https://www.gp.se/debatt/slakta-all-meningsslös-verksamhet-på-sjukhusen-som-inte-är-vård-1.89784416>

## Staber växer snabbare än klinisk personal

I en rapport från McKinsey<sup>13</sup> konstateras att lednings- och stabsfunktioner i sjukvården i Sverige växer snabbare än den kliniska personalen. Under en tioårsperiod visar personalutvecklingen i samtliga regioner att gruppen ledning och administration inom regionerna (stabstjänster) har ökat mest, med hela 15 procent sedan 2008.

Samtidigt har den regionanställda vårdpersonalen ökat med 7 procent (sjuksköterskor och undersköterskor med 2–3 procent). Antalet vårdadministratörer, som arbetar nära den kliniska verksamheten har minskat med 7 procent. Detta har sannolikt lett till ökad administration för den medicinska personalen. Under samma period har folkmängden i Sverige ökat med 9 procent. I rapporten konstateras att det verkar som regionerna har investerat mer i vårdens styrsystem än i de yrkesgrupper som utför vården.

I en artikel<sup>14</sup> framkommer att gruppen chefer, handläggare och administratörer (undantaget vårdadministratörer) har mellan 2018 och 2020 ökat med drygt 5 procent i hela landet, enligt statistik från Sveriges Kommuner och regioner. Även sjukvårdspersonalen har ökat, men i något mindre utsträckning. Läkare, barnmorskor och sjuksköterskor har under samma period blivit drygt 3 procent fler.

Personalutvecklingen i samtliga regioner 2008–2017/2018:

Ledning & administration, övrigt landsting	+50%
Ledning & administration, vårdverksamhet	+15%
Vårdpersonal	+7%
Vårdadministratörer	-7%

Källa: McKinsey Tid till vård ger vård i tid. Juli 2019

Vad kostar onödig administration i vården, dvs sådan administration som skulle kunna göras snabbare och mer effektivt eller inte göras alls? Tillförlitliga bedömningar är svåra att hitta.

Men låt oss ta ett räkneexempel. Regionernas kostnader uppgick till 421 miljarder kronor år 2021. Av det utgör 82% kostnader för sjukvården, dvs 345,2 miljarder kronor.<sup>15</sup> Antag att onödig administration tar 10%, 20% eller 30% av resurser i anspråk vilket inte är orimliga uppskattningar utifrån studierna som refererats tidigare. En minskning av onödig administration skulle då frigöra resurser motsvarande 34 miljarder SEK (10%), 69 miljarder SEK (20%) alternativt 104 miljarder SEK (30%). För jämförelsens skull innebär en miljard SEK ca 1600 sjukskötersketjänster.<sup>16</sup> Lågt räknat, antag att onödig administration endast utgör 10% av resurserna. Detta motsvarar 54 400 sjuksköterskor.

13 <https://slf.se/app/uploads/2019/07/lakarrapport-rgb-digital.pdf>

14 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/01/fortsatt-okning-av-administratorer-nagra-regioner-gar-mot-strommen/>

15 <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Offentlig-ekonomi/kommunal-ekonomi/landstingens-kostnader-och-intakter/>

16 <https://www.vardfokus.se/arbetsmiljo/miljard-ska-oka-antalet-sjukskoterskor-i-aldreomsorgen/>



# Dokumentationshysterin – en samhällsutveckling



Vad beror den ökade administrationen på?  
Varför uppfattas dessutom en betydande del som onödig utan att skapa ett mervärde?

I våra samtal menar många att det är en del av en samhällsutveckling. Krav ställs från olika håll på dokumentation (styrelser, regioner, myndigheter mfl). Regelverk, verksamhetsplaner, vårdprogram, riktlinjer, resultatkrav, jämställdhet, hållbarhet, jämlikhet. Kraven läggs på varandra utan överblick av helheten och framför allt utan att samtidigt minska den administrativa bördan.

En erfaren läkare jämför sin tid som underläkare för 30 år sen och nuläget

”Det är en enorm ökning av olika in-rapporteringskrav, utöver myndigheters olika tillsynsuppdrag som driver på administration. Alla olika externa krav, relevanta inom respektive område, innebär en stor börda.”

## Krav från myndigheter

Krav från myndigheter kring kvalitetsarbetet, brandutbildning, patientsäkerhetsarbetet, miljöarbete måste hanteras och givetvis dokumenteras.

Miljöinspektörer, Socialstyrelsens krav, Inspektionen för vård och omsorg som gör inspektioner. Ska en medarbetare inom sjukvården delta på en konferens måste chefen fylla i olika blanketter. Om verksamheten tar hand om AT-läkare under utbildningen görs regelrätta SPUR-inspektioner löpande för att kontrollera att läkaren har omklädningsrum, egen dator, en chef att rapportera till. Detta i sig har förstås lett till förbättrad arbetsmiljö för AT-läkarna men är en del i mängden av administrativt arbete.

Läkare måste hantera en rad olika intyg, till exempel körkortsintyg och sjukintyg. Framför allt primärvården som har patienter med kroniska sjukdomar, skriver ofta sjukintyg och kan hamna i en sits mellan patientens vilja och kraven från Försäkringskassan. Intygsskrivande upplevs av många som tidskrävande och frustrerande och trots att längden på intygen förlängts över tid är önskemål och kompletteringar vanligt.

”Att skriva intyg är det jobbigaste med jobbet”  
*Läkare*

## Etisk stress

Etisk stress används ofta i vården för att beskriva upplevelsen av att i sin yrkesroll inte kunna handla på det sätt som man själv uppfattar som det moraliskt rätta. Mängden av riktlinjer och rutiner kan skapa en etisk stress. En läkare berättar om nya rutiner för att ta av sig ett visir, i nio steg, i all välmening, som skulle leda till att vårdinsatserna måste minskas. Det upplevs vara ett större patientsäkerhetsproblem att följa givna detaljerade riktlinjer som tar för mycket tid.

”Vårt jobb blir inte att följa givna riktlinjer, utan att med professionellt omdöme välja vad vi kan strunta i.”<sup>17</sup>

*Läkare*

## Hälso- och sjukvården är politiskt styrd

Hälso- och sjukvården är politiskt styrd vilket i sig ger verksamheten en särskild prägel. Politiska partier har olika fokus och vill sätta sin egen prägel och ha ”egna” parametrar för uppföljning som sedan ändras beroende på valresultat och enskilda politiker. Den politiska överbygganden i sig skapar mycket administration.

Flera läkare har i diskussionen om byråkrati i vården påmint om pandemin. Det var på många sätt en fruktansvärd tid med ett stort antal dödsfall. Samtidigt uttrycker personal med emfas att de äntligen fick arbeta med patienterna och behandling och slapp en rad administrativa pålagor. Alla jobbade mot samma mål: att rädda patienter och minska smittspridningen.

Det är inte ovanligt med otydliga och motstridiga målsättningar inom stora organisationer, så även inom regioner. Detta skapar frustration och risk för att målen inte uppnås. I en studie<sup>18</sup> av Region Stockholms målstyrning av hälso- och sjukvården ges en beskrivning av mål som inte går att mäta och motstridiga mål i olika styrdokument.

## Rädsla för att göra fel

Det kan också finnas en rädsla att ta beslut som läkare och sjuksköterska. Om dokumentationen inte är fullständig finns en oro för att IVO påtalar detta som i värsta fall kan leda till indragen legitimation. Denna farhåga kan var en orsak till överdokumentation i journalen, som flera vittnar om.

Media, den tredje makten, ställer också stora krav. Journalister har rätt att kräva ut allt offentligt material, hur liten och ibland irrelevant frågan kan vara. Detta är en självklar del av en rättsstat. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om alla delar som sjukvårdspersonal inklusive ledningar måste hantera. Chefen för Karolinska universitetssjukhuset Björn Zoega konstaterar i ett poddsamtal<sup>19</sup> att vi är lite överbyråkratiserade och lite rädda i sjukvården vilket inte är konstigt för utbildningen är konservativ och rigid. Det går inte att pröva saker som är ”farliga”. Då är det bättre att göra på samma sätt som tidigare.

En läkare påminner att barnläkarfallet, även kallat Astrid Lindgren-fallet, som fortfarande finns i många minne. Det var ett svenskt rättsfall där en läkare misstänktes för att avsiktligt ha berövat ett spädbarn livet. Läkaren var narkosläkare men omnämndes allmänt i media som barnläkare. Barnet föddes 2008 och vårdades för svåra hjärnskador på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna. Läkaren hämtades av uniformsklädda poliser med handbojor mitt bland kollegor på sitt arbete. Efter rättegång 2011 friades läkaren helt från alla misstankar.

”Vilka signaler skickar det ut? Ingen vågar göra fel. Det är bättre att röntga en gång för mycket.”

*Läkare*

<sup>17</sup> <https://www.dagensmedicin.se/opinion/gastkronika/om-jag-foljer-rutinerna-finns-ingen-tid-for-patienten/>

<sup>18</sup> [https://www.sbs.su.se/polopoly\\_fs/1.520996.1602152400!/menu/standard/file/AES2020-1%20Region%20Stockholm.pdf](https://www.sbs.su.se/polopoly_fs/1.520996.1602152400!/menu/standard/file/AES2020-1%20Region%20Stockholm.pdf)

<sup>19</sup> <https://healthpolicy.se/ep-91-vi-samtalar-med-bjorn-zoegas/>

## Ökade dokumentationskrav

I samtal med personal som arbetar i vården lyfts ofta ohemula dokumentationskrav. Många läkare och sjuksköterskor vittnar samtidigt om att de klarade av väsentligt mycket mer under coronapandemin därför att administration och onödig byråkrati kunde sättas på sparlåga. Denna utveckling är viktig att analysera och ta tillvara.

En professor (och kliniskt verksam) i högspecialiserad vård som bara ser "toppen på isberget" reflekterar:

"Onödig administration är en komplex fråga. Upplevelsen är att administration, dokumentationskrav och registreringar ökat i hälso- och sjukvården. Därtill finns 21 regioner som dessutom ställer olika krav på inrapportering. Detta drabbar vårdgivare som har verksamhet i flera regioner men även forskningsprojekt med samarbete över regiongränserna.

” **Samhällsförändringar i stort påverkar kraven på hälso- och sjukvården. Ökat fokus på styrning, jämlik vård, hållbarhet och miljö, registrering av resultat, förebyggande vård efterfrågas från olika håll...** ”

Samhällsförändringar i stort påverkar kraven på hälso- och sjukvården. Ökat fokus på styrning, jämlik vård, hållbarhet och miljö, registrering av resultat, förebyggande vård efterfrågas från olika håll som på många sätt är viktigt men leder till en massa följdter med registrering och dokumentation så att kärnverksamheten, att möta patienten som lider och som du har framför dig, hamnar längre bak i kön.”

En överläkare, djupt engagerad i covid-vården, reflekterar:

”Det finns lärdomar från coronapandemin, inte minst vad de medicinska professionerna lyckades åstadkomma. De organiserade flödena på ett utmärkt sätt.

Medicinska personalen bör även i idag ha större ansvar att organisera flöden med tydligare befogenheter, större ansvar och tydliga skyldigheter och därmed också självklart friare tyglar. Överbyggnaderna under pandemin på olika håll lyfte sig själva och det skapades fora som var beslutsföra och kunde peka med hela handen. Det fanns en samsyn om vad som var medicinskt motiverat. Genom åren har det funnits en osäkerhet hos administratörerna vilken agenda som den medicinska personalen jobbar efter, en typ av ömsesidigt misstroende mellan administrationen och medicinska professionen. Under pandemin uppstod en närmare samverkan med ett gemensamt fokus. Regionledningarna drog också ner på de administrativa kraven.”

En specialist i allmänmedicin berättar:

”Jag känner väl igen dokumentationshysterin. Finns säkert en tanke, till exempel att man ska kunna följa precis vad som hänt med en patient av patientsäkerhetsskäl, om någon avvikelse sker. Men i journaler finns bisarrt mycket information. Samma information står på flera ställen, är onödigt långt formulerad, ibland fylld av negeringar (”har inte ont i bröstet, har inte hjärtklappning, har inte andnöd” etc).”

”Värst är det när någon inhämtat mängder av information som förs in i journalen (med journal-sökord som en slags checklista på allt man ska fråga patienten om). Och sen görs ingen bedömning eller ingen planering baserat på den information man hämtat in. Den bara dokumenteras, ibland av politiska skäl till dokumentation (typ ”vi måste arbeta mer med stöd till bättre levnadsvanor, därför måste detta dokumenteras tydligt i journal”) – men utan incitament att hjälpa patienter bli av med en dålig vana.”

”

**”Värst är det när någon inhämtat mängder av information som förs in i journalen /.../. Och sen görs ingen bedömning eller ingen planering baserat på den information man hämtat in.**

”

Frågan är hur allt används som dokumenteras och rapporteras in till regionledningar, myndigheter, olika register.

## Riktlinjer och direktiv

Minna Johansson, disputerad allmänläkare och direktör vid det oberoende Cochrane sustainable healthcare, skriver tillsammans med professorerna Victor Montori och Gordon Guyatt om dokumentationshysterin i tidskriften BMJ (British Medical Journal).<sup>20</sup> De hänvisar till många studier som visar att det i västvärlden blivit omöjligt att följa alla riktlinjer.

Ett exempel ges i en amerikansk studie som granskat tidsåtgång och dokumentationskrav för förebyggande insatser, kroniskt sjuka samt akut sjuka. Där framkom att varje allmänläkare skulle behöva arbeta 27-timmarspass och lämna allt annat åt sidan för att fullfölja direktiven. I en annan studie granskades den kravlista för livsstilsinterventioner som åligger Storbritanniens allmänläkare. För att verkligen dokumentera korrekt skulle det inte räcka om örikets samtliga sjuksköterskor och läkare sattes att utföra uppgiften.

Ett annat exempel är riktlinjer för att screena patientens motionsvanor (oavsett sökorsak): Först ska allmänläkaren fylla i ett formulär. Om patienten inte får tillräckligt många motionspoäng när rutorna räknas ihop så ska

denne: Ge korta allmänna råd om värdet av fysisk aktivitet. Därefter gå över till mer av individuella råd, innefattande diskussion om motivation och mål; nuvarande aktivitetsnivå och möjligheter, hälsotillstånd, omständigheter, preferenser samt hinder för att träna. Läkaren väntas vidare gå igenom vilka möjligheter för fysisk aktivitet som finns på orten utifrån funktionsförmåga, preferenser och behov. Sedan kommer dokumentationen. Den bör rymma en översikt av givna råd, målsättning och utfall av diskussionen med patienten. Samt en ny läkartid för uppföljning.<sup>21</sup>

En sjuksköterska från Västra Götaland reflekterar över upprepad dokumentation.

”Tänker på all dubbeldokumentation. Vi dokumenterar i Melior, SAMSA<sup>22</sup> (patienter med samordnade insatser eller behov av det). Vi rapporterar, skriver omvårdnadsepikriser och faxar dessa underlag till sjuksköterskan. Information finns till NPÖ<sup>23</sup> men man håller fast vid både muntlig rapport och fax då det inte går att skriva ut från NPÖ. Man vill skanna in dokumenten för att få en kronologisk ordning på händelser. Det tar tid och det kan dessutom vara svårt att nå varandra pga. ronder, raster, patientarbete, hembesök eller rapport. FVM – Framtidens Vårdmiljö kommer lösa delar av problemet då målet är att vi skall ha en gemensam journal där alla kan läsa. Detta är framskjutet till 2026.”

”Tänker också på ifall vi skulle kunna koppla patientens tidigare sjukdomar och aktuella insatser från kommun och primärvården till ett dokument vid rapporteringen, då den informationen, om den är uppdaterad i Melior är densamma hela vårdtiden då det rapporteras samma information gång på gång, då kontinuiteten bland personal är låg och omsättningen hög. Jag tänker att information från Meliors patientbakgrund länkas till aktuellt rapportblad för att i stället lägga fokus på det som är aktuellt och inte det som hör till bakgrunden.”

<sup>20</sup> <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/01/forskare-vill-att-lakares-tid-ska-raknas-med-nar-riktlinjer-skrivs/>

<sup>21</sup> <https://www.dn.se/ledare/hanne-kjoller-det-allmanlakarna-utsatts-for-ar-inget-annat-an-byrkratisk-misshandel/>

<sup>22</sup> SAMSA är ett IT-stöd för att stödja kommunikationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland.

<sup>23</sup> NPÖ, Nationell patientöversikt är ett verktyg för nationellt sammanhållen journalföring. Med NPÖ kan vårdpersonal ta del av journalinformation som finns i andra vårdgivares journalsystem.

# Tidstjuvar – byråkratin är världens värsta fiende

I en rapport från Läkarförbundet och McKinsey<sup>24</sup> framgår att nästan hälften av läkares arbetstid läggs på andra uppgifter än att behandla patienter och i snitt går en arbetsdag i veckan till administration och dokumentation. Det kan handla om att göra journalanteckningar, operationsanmäla patienter, söka vårdplatser, ringa efter provsvar, kontakta andra sjukhus för att få ut journalanteckningar, signera journaler, skriva sjukintyg mm.

Tidstjuvar är ett begrepp som för tanken till att tiden går åt till något onödigt, något störande eller som inte borde höra hemma i verksamheten. Karolinska universitetssjukhuset ställde frågan till 700 chefer om de värsta tidstjuvarna i vården<sup>25</sup> (se nästa sida). Sannolikt illustrerar svaren exempel på åtgärder som kan göras betydligt effektivare eller delegeras till andra yrkesgrupper.

Introduktion vid nyanställningar (passerkort och behörigheter), schemaplanering och krångliga program står överst på listan. Olika program och IT-system upplevs också ta onödigt med tid. Cheferna önskar en enklare process med exempelvis standardkategorier/checklista. I det här exemplet från Karolinska Universitetssjukhuset framkom att digital signering, systemstöd som Heroma och avvikelshanteringssystemet HändelseVis upplevs som svår använda och ineffektiva.

Schemaplaneringen har bristande IT-stöd och bokning, kallelser och ombokning av rum och patienter har otillräckligt systemstöd. Taligenkänning för diktering önskas, intranätet Inuti är svårt att navigera och fakturahanteringen och inköpsprocessen upplevs som krångliga. Möteshanteringen upplevs också som ineffektiv och saknar funktioner som bytestid.

I en undersökning från Region Värmland<sup>26</sup> bland sjukvårdspersonal om vad som upplevs vara de största tidstjuvarna i arbetet visar resultaten att dokumentation och administration upplevdes som den främsta tidstjuven för många avdelningar. Bland cheferna däremot ansåg endast 9% att dokumentation och administration var en tidstjuv. Däremot lyfte cheferna fram låg IT-mognad och IT-kunskap, vårdpersonalens vilja att använda papper, för dålig kunskap om nya verktyg (de kommer först och sedan byts dom ut), analoga medarbetare, människor som inte vågar använda ny teknik.

På Alingsås lasarett utförs 50% fler operationer än före pandemin vissa perioder. Det finns inga vakanser till operation och specialistsjuksköterskor hör av sig och vill jobba där. Personalen är med och påverkar. Inhyrd personal blir dyrare och har gett sämre kontinuitet. Med bättre lokalutnyttjande, utan mer personal, opereras fler under normal arbetstid. Det är där ett flödestänk kommer in för att få bort tidstjuvar både före och efter operationen.<sup>27</sup>

24 <https://slf.se/app/uploads/2019/07/lakarrapport-rgb-digital.pdf>

25 <https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/arbetsmiljo/700-chefer-har-ar-de-varsta-tidstjuvarna-i-varden/>

26 Region Värmland, Tidstjuvar (2016)

27 <https://www.svd.se/a/VPoOx6/pa-alingsas-lasarett-vaxer-inte-vardkoerna-har-finns-inga-vakanser-allt>



## Lista över de värsta tidstjuvarna i vården enligt 700 läkare på Karolinska Universitetssjukhuset<sup>28</sup>:

- Praktikaliteter vid nyanställning (till exempel kort, behörigheter). Detta upplevs mycket tidskrävande och ineffektivt av cheferna som önskar en förenklad process med exempelvis standardkategorier/checklista.
- Digital signering. Behov finns av att få på plats och brett börja använda digital signering. Det för att minska tidsödande pappershantering.
- Avvikelsehanteringssystemet HändelseVis. Systemet upplevs som svåränvänt och ineffektivt. Det tar mycket tid, gör det svårt att följa upp avvikelser, och bidrar därmed eventuellt till en minskad benägenhet att rapportera avvikelser.
- Systemstödet Heroma. Det upplevs som trögt och svårnavigerat. Systemet stjäl mycket tid. Support och utbildning upplevs som otillräcklig. Systemet upplevs också som oflexibelt.
- Schemaplanering. Det it-stöd som finns upplevs som undermåligt, och skillnader i it-stöd mellan olika delar av sjukhuset skapar problem. Det finns också önskemål om att kunna få ut statistik.
- Bokning, kallelser och ombokning av rum och patienter. Dessa moment upplevs ta väldigt mycket tid och ha ett otillräckligt systemstöd (till exempel att sjukhuset skickar papperskallelser).
- Diktering av tal till text. Taligenkänning önskas av många för att effektivisera och snabba på hantering av journalföring.
- Intranätet Inuti. Intranätet upplevs som svårt att navigera och söka i. Svårigheter att hitta kliniska riktlinjer lyfts som ett problem.
- Fakturahantering. Systemet för fakturahantering upplevs som otillfredsställande. Det bidrar exempelvis till att fakturor snurrar runt mellan olika personer.
- Inköpsprocessen. Inköpsarbetet upplevs vara för krångligt och ta för lång tid. Upplevelsen är att det är svårt att hantera och blanketterna upplevs vara krångliga. Det uppstår också merarbete när avtal löper ut utan att de har ersatts med nya avtal att beställa ifrån.
- Möteshantering; Det finns en upplevelse av en ineffektiv möteshantering som exempelvis saknar en funktion för bytestid. Det gör exempelvis att en del möten inte startar i tid.

# Vi behöver ett vårdens trafikverk

En utmaning som ofta framkommer är att 21 regioner innebär 21 olika system för inrapportering, 21 olika krav, 21 olika vårdvalssystem med olika regler och ersättningar, olika krav för forskning mm. Oavsett synpunkter på antalet regioner idag är det anmärkningsvärt att alla har olika krav. Regioner i samarbete med både staten och kommunerna bör analysera och förenkla dokumentation och uppföljning, införa samma dokumentationskrav i hela landet, ställa krav på färre men relevanta uppföljningsmått.

En överläkare/forskare konstaterar:

”Ett problem som stjälar mycket tid från oss på Karolinska är den granulära indelningen i 21 regioner, mycket tid går åt att jaga beslutsfattare i andra regioner för att få klartecken att de betalar behandlingar som till exempel levertransplantation eller andra specialundersökningar, och att besluta vem som är primärt ansvarig för patienten. Detta problem är ju specifikt för oss. Jag önskar dock att vi bara hade sex regioner, ett för varje universitetssjukhus, det skulle underlätta.”

Trösklar för forskare med regionövergripande projekt bekräftas också av överläkaren och professorn i molekylär patologi David Gisselsson Nord intervjuad i Forum för Health Policys hälso- och sjukvårdspodd.<sup>29</sup>

En läkare som jobbat både i Sörmland och Västernorrland (samma journalsystem) berättar att i ena regionen fick hen skriva en anteckning i journalen direkt som grund för inläggning (med beskrivning av besvär och plan). I andra regionen fick hen inte skriva intagningsanteckningen själv i journalen (regionallmänna riktlinjer) utan behövde diktera intagningsanteckning och skriva en extraanteckning som beskrev planen. Extraanteckningen ödslar tid, fyller journalen med onödig dubbelinfo och gagnar ingen.

En frustrerad vårdgivare, verksam i flera regioner konstaterar:

”Den underliggande infrastrukturen (och därtill hörande protokoll, standarder etc) för att kommunicera och dela data inom vårdsvetige är alldeles för fragmenterad, 21 olika lösningar som inte hänger samman. Samma sak (ex. vårdproduktion) måste rapporteras i 21 olika format och med till viss del olika definitioner av innehållet. Detta skapar otroliga mängder onödig administration.

”

**Vi behöver ett vårdens trafikverk – någon statlig aktör som äger vägarna, beslutar om gemensamma regelverk – till exempel, vi kör på höger sida av vägen, 50 i staden, 70 på landsväg och 110 på motorvägen – i hela Sverige.**

”

Vi behöver ett vårdens trafikverk – någon statlig aktör som äger vägarna, beslutar om gemensamma regelverk – till exempel, vi kör på höger sida av vägen, 50 i staden, 70 på landsväg och 110 på motorvägen – i hela Sverige. Sedan kan vi som vårdgivare själva besluta exakt vilka fordon (ie. System) som vi själva använder vilka är anpassade efter verksamhetens specifika behov. DATA skall absolut delas inom infrastrukturen), men inga monolitiska tvingande system-lösningar, det blir bara segt, oflexibelt, extremt dyrt och därmed dåligt för alla. Jämför med andra industrier: en biltillverkare kan idag skicka ett standardiserat meddelande (t.ex. EDIFACT-XX) från sitt valda system till en underleverantör på andra sidan jorden som har ett helt annat system. De förstår varandra exakt och kan samarbeta extremt effektivt. Idag kan vi inte skicka samma meddelande till VGR som vi skickar till Halland.”

<sup>29</sup> <https://healthpolicy.se/ep-84-vi-samtalar-med-david-gisselsson-nord/>



”Idag finns 21 olika juridiska tolkningar av gällande lagar och regler. I väldigt många fall när vi vill göra något inom ramen för den nationella infrastrukturen (till exempel läsa våra listade patienter via INERA) så tolkar varje enskild region, reglerna på helt olika sätt – 5 av 13 regioner (där vi är aktiva) ger oss godkännande att läsa vår egen listningsdata via listningstjänsten, men 8 regioner ger oss inte tillåtelse att göra det (tolkar det som att det inte är inom gällande regelverk.) Detta blir galet ineffektivt och skapar enormt mycket onödig administration”

Det pågår en diskussion om hur sjukvården bör styras. I dagsläget finns kanske för många regioner. Men det är samtidigt en komplicerad process att göra om systemet. Ett enklare första steg torde dock vara att digitala standarder och tolkning av lagar och regler bestäms av en central myndighet. Det behövs också analyser av andra länder och andra system och våga pröva nya sätt.



# Digitalisering – automatisera det som går

Digitaliseringen har inneburit enorma förbättringar i hälso- och sjukvården. Väl fungerande digitala verktyg är också något som både personal och patienter efterfrågar för smidigare administration. En specialist i allmänmedicin framhåller att rätt använda kan nya digitala arbetssätt ge större patientnytta, bättre arbetsmiljö för medarbetarna, samt mindre onödigt administrativt arbete. Det finns fortfarande flera lågt hängande frukter som flera efterlyser.

## Enkla tekniksprång

Många bäckar små... Varje separat del av administrativa processer kanske inte alltid uppmärksammas även om de är frustrerande. Att tvingas starta om Windows 20–30 gånger om dagen och logga in är frustrerande och tar mycket tid. En ST-läkare, på Södersjukhuset akutmottagning, också IT-intresserad var frustrerad över den långa inloggningstiden och alla omstarter som behövdes. En översyn gjordes som skapade nya smidigare inloggningssätt. Den sparade tiden motsvarar två heltidstjänster på SÖS akuten.<sup>30</sup>

En ung sjuksköterska på Karolinska Universitets-sjukhuset, född i digitaliseringsåldern, hanterar sin Iphone för i princip allt reflekterar över sitt arbete:

”

**Vad är det för ställe jag har kommit till? Känns som att komma tillbaka till stenåldern.**

”

”Vad är det för ställe jag har kommit till? Känns som att komma tillbaka till stenåldern.

Så här går det till. Jag går in till patienten för att ta blodtryck, undersöka trycksår mm, med mitt block och penna. Jag skriver ner i blocket. Sen tar jag blocket och går in på sjuksköterskeexpeditionen. Där finns det en dator. Den är upptagen så jag får vänta. Sen loggar jag in vilket tar 3–4 minuter och skriver in det jag ska. Journalsystemen verkar dessutom så gamla med trista typsnitt och tafflig layout. Varför har inte alla sina egna mobila jobbtelefoner för att enkelt registrera och kommunicera?”

I ett experiment i äldreboenden i Norrtälje där tre grupper jämfördes, de som fått egen jobbtelefon och de utan jobbtelefon. Resultatet var inte oväntat mycket framgångsrikt för undersköterskorna som fick egen jobbtelefon. Det sparade in tid och pengar. Dessutom hanterades mobiltelefon med yttersta försiktighet och stolthet.

## Inga scheman ska behöva göras manuellt

Flera röster har lyft fram automatiserade scheman, helst där personalen själva har ansvaret för schemalaggningsen. Studier har gjorts, både inom hemtjänsten och i sjukvården som visar på goda resultat med digitaliserade scheman som personalen själv fyller i och byter tider med varandra. Förvånande nog framkommer att scheman fortfarande ofta görs manuellt.

En läkare reflekterar:

”Automatisera allt som kan automatiseras – En rapport från McKinsey & Company visar att av alla arbetstimmar som utförs i Sverige så kan vi redan med dagens teknik automatisera 46% av dessa. Med fortsatt innovation ökar den siffran varje månad. Idag lägger vi för mycket tid på

<sup>30</sup> <https://www.svd.se/a/47ky80/tricket-mot-tidstjuvar-i-windows-ger-mer-tid-for-patienter-pa-sos>

saker inom vården som kan automatiseras vilket binder upp tid och pengar som i stället skulle kunna investeras i innovation. Om något är repetitivt och kvantitativt så kan det ofta automatiseras. Ett exempel är schemaläggning som redan idag till fullo kan automatiseras. Inga scheman ska behöva göras manuellt.”

Det här är en beskrivning av Malou som arbetat i hemtjänsten över 15 år:

”Arbetsmiljön talas det stort om, men man glömmer ofta att vårdens största arbetsmiljöbov är arbetsschemat. Det är felaktigt fastställda scheman som gör att personal slits ut och stressar för mycket. Detta resulterar i fler sjukskrivningar och platsbyten. Skulle vården lägga mer tid på att fördela tungt jobb på flera så skulle fler också vara kvar på samma enhet längre. Viktningen av passen i schemat kan mycket väl ligga hos personalen. De har kunskapen om vad som görs och hur tungt det är hos vårdtagaren.

”

**Om man skulle ta det ett steg längre och ge personalen mer ansvar gällande deras scheman så blir det med stor sannolikhet bättre och mer kontinuitet hos vårdtagaren.**

”

Om man skulle ta det ett steg längre och ge personalen mer ansvar gällande deras scheman så blir det med stor sannolikhet bättre och mer kontinuitet hos vårdtagaren. En bonus skulle också vara att personalen känner mer ansvar för sin uppgift. En viktig pusselbit är att de som ansvarar för att lägga scheman då skulle frigöra tid för andra kvalitetshöjande åtgärder. Detta skulle bli effektivare och bättre, således något positivt.”

## Läkemedelsrobotar frigör tid för personalen

I en studie av införandet av en läkemedelsrobot för dispensation av läkemedel i hemsjukvården<sup>31</sup> i fyra kommuner framkommer att kommunerna sparade mellan 28 och 45 minuter per dag och individ, beroende på hur beräkningarna tog hänsyn till andra besök av hemtjänsten eller hemsjukvård som sammanföll med utlämningen. Detta motsvarar en tidsbesparing på mellan 14 och 22 timmar per användare per månad. En tidsbesparing av denna storleksordning kan översättas till besparingar i kronor och ören utifrån lönekostnaden vilket presenteras i rapporten. Det intressantaste är att kommunerna använt den frigjorda tiden till att styra om personal till andra besök (utan att det totala antalet ökat). Förhoppningen var att minska behovet av nyrekryteringar. Man kan hantera fler patienter med samma antal medarbetare med minskad övertid samt skapat mer luft i planeringen.

## Digital triagering, digital anamnes

Digital triagering, digital anamnes, process-, eller patientflödesverktyg innebär att patienten svarar på frågor ställda av en dator i stället för av en person vilket blir allt vanligare. Frågorna leder, beroende på svar, till följdfrågor om besvären, eventuella läkemedel eller allergier. Svaren summeras sedan till sjuksköterska och läkare. Systemen bidrar också med statistik och återkoppling från patienterna som är användbar för mottagningens utveckling.

Synpunkter har framkommit att digitalisering av anamneser efterfrågats. Digital anamneser, där en dator ställer frågor till patienten efter en algoritm, blir allt vanligare och används idag i flera digitala plattformar i ordinarie vård i flera regioner med miljontals ärenden (Capiro, Praktikertjänst, Plattform24, Visiba med flera system). Detta borde därför vara en lågt hängande frukt.

<sup>31</sup> <https://healthpolicy.se/kan-robotar-losa-personalbristen/>

## Ett exempel: Kontroll av 50 patienter samtidigt

Hälsocentralerna i Hammarstrand och Stugun har satsat på egenvård. Patienter som är med får en blodtrycksmätare, en våg och ett aktivitetsband som mäter puls, kalorier och antal steg. Våg, mätare och armband är kopplade till en app i mobilen.<sup>32</sup>

”Jag går in och tittar varje dag på patienters profiler. Jag kan hinna titta på 50 blodtryck. Det vore otänkbart att hinna med så många här på hälsocentralen”  
säger Linda, distriktssköterskan.

De flesta patienter som är med i systemet har problem med blodtrycket, hjärtat, psykisk ohälsa eller diabetes. Det kommer snart att gälla även patienter med kol och astma. Arbetet har blivit mer flexibelt.

”Jag kan koppla upp mig och ha kontakt med patienterna var som helst. Jag har varit hemma med sjuka barn och arbetat vid köksbordet. Den digitala egenvården ska ge färre akutbesök och ambulansutryckningar och målet är att det även ska minska behovet av hyrläkare.” Dessutom tror distriktssköterskan Linda Göransson att möjligheten att kontrollera patienter hemma kan locka sjuksköterskor att jobba i Ragunda kommun.”

## Taligenkänning efterfrågas

”Varför ska vi behöva skriva ut diktat vilket tar onödig tid. Taligenkänning borde införas”  
*Läkare, medicinsk chef*

Taligenkänning är ett något som återkommer som förslag på effektivisering. I stället för att personal måste lyssna på diktat och dokumentera vilket tar mycket tid finns en rad olika system med just taligenkänning. Detta innebär dokumentationshjälp på distans med hjälp av teknik med smarta funktioner och AI. Resultatet blir mer tid för patientbesök till rätt person inom vården, högre säkerhet på dokumentation med beslutstöd samt färre återbesök. Dessutom finns en viktig patientsäkerhetsaspekt. En stor vinst är att journalen hamnar på plats direkt.

Idag kan journaler ligga utskrivna i många dagar vilket är en stor patientsäkerhetsrisk och tidstjuv (när läkare måste lyssna på egna eller andras diktat eller helt missar vad som är planerat).

I en artikel<sup>33</sup> konstateras att det finns besparingspotential på över 3 miljarder kronor utöver alla timmar vi frigör per vecka. Enligt beräkningar på regionnivå handlar det till exempel om 117 miljoner kronor i Region Västerbotten, 18 miljoner för Region Gotland och 564 miljoner för Västra Götalandsregionen. Totalt för alla regioner skulle det kunna handla om besparingar på 3,2 miljarder bara inom detta specifika administrativa moment. Samtidigt blir inte ”digitalisering” målet i sig, utan målet är rätt läkartid, bättre beslutstöd för den enskilda läkaren och mer kvalitativ vård till patienten. Detta är bara ett exempel på att underlätta för vårdens administration.

<sup>32</sup> <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/jamtland/sjukskoterskan-kan-ontrollera-50-blodtryck-samtidigt>

<sup>33</sup> <https://healthpolicy.se/regionerna-kan-spara-over-3-miljarder-genom-smart-administration/>

## Vård online och självhjälpssverktyg

Med tanke på ökade sjukvårdskostnader i kombination med ökad efterfrågan och demografiska utmaningar behöver alla verktyg som kan minska administration och nå ut till flera utvärderas och användas.

Ett exempel är psykiatri som kan nå fler med nya och digitala arbetsätt. Kognitiv beteendeterapi (KBT) via internet kan enligt vetenskaplig evidens<sup>34</sup> ge likvärdig effekt som sedvanlig KBT och samtidigt öka effektiviteten genom att dyr behandlingstid sparas in.

I en forskningsstudie initierad av SKR<sup>35</sup> konstateras bland annat att patienter söker i hög grad digitala vårdtjänster för sådant som kan hanteras digitalt, den absoluta majoriteten av hälsoproblem har kunnat bedömas och behandlas av den digitala läkaren.

E-hälsomyndigheten konstaterar i en rapport<sup>36</sup> att digitaliseringen innebär att det är lättare än någonsin att hitta information och råd om psykiska besvär, och bidrar på många sätt också till ökad tillgänglighet för den som vill söka hjälp. Digitaliseringen kan därmed stärka individens möjlighet att inhämta kunskap om psykisk hälsa, och få bättre insyn i vård och stödinsatser. Det finns redan idag en rad olika digitala lösningar för att stärka psykiska ohälsan, både offentligt drivna och i privat regi.

## Fax och ordinär post används fortfarande

Det är idag svårt för vårdpersonal att ta del av journaluppgifter för patienter som gått till en annan vårdgivare. I Skåne får till exempel vårdcentraler och kommuner med gemensamma patienter faxa eller skicka brev.

Distriktsläkare i Skåne beskriver hur de begär journalkopior från andra vårdenheter där patienter sköts tidigare.

”I princip alltid får vi papperskopior på journalen. Det kan vara stora luntor. I dagens värld borde vi kunna ta del av den informationen på lättare sätt digitalt.”

*Läkare*

”Skriva ut och faxa dokument tar tid”

*Sjuksköterska*

En medicinskt sakkunnig, tillika kirurg konstaterar:

”Idag används fax och ordinär post för att skicka patientdata (remisser) mellan regioner och direktkontakt mellan remittenter förmedlas genom respektive vårdgivarens telefonväxel (läs: kö). Digitala lösningar som inte kräver systemintegration, är säkra, billiga, arbetsbesparande, kommunicerande och därmed till gagn för verksamheterna på golvet idag, har utvecklats och finns att tillgå/prova.”

”

**Användandet hämmas dock, inte av tekniska skäl eller olika journalsystem, utan av enskilda regioners/vårdgivares inslagna planer för sina framtida digitala system...**

”

”Användandet hämmas dock, inte av tekniska skäl eller olika journalsystem, utan av enskilda regioners/vårdgivares inslagna planer för sina framtida digitala system, även om dessa ligger år framåt i tiden. Under tiden får enkla kreativa lösningar och verksamheterna stå tillbaka trots att de kan effektivisera vården idag och i väntan på att de systembyggen som är planerade är på plats och som då förhoppningsvis även inkluderar interregional remisshantering och kommunikation.”

<sup>34</sup> <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/vardutveckling/2017/01/internet-kbt-ger-effektiv-behandling/>

<sup>35</sup> <https://healthpolicy.se/digitala-vardmoten-med-lakare-hett-tyckande-versus-aktuellt-kunskapslage/>

<sup>36</sup> [https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3\\_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf](https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/fokusrapport---digitalt-stod-for-psykisk-halsa.pdf)

Privatläkare får idag bara skicka remisser till andra vårdgivare med brev.

” I alla välmening är GDPR:s syfte att värna om den personliga integriteten och det är väl bra. Men detta är jag mycket tveksam till om den gör.”

*Läkare*

Privatläkare som inte har samma journalsystem som andra vårdgivare kan inte skicka remisser elektroniskt till andra vårdgivare. Mail och fax får inte heller användas om inte de sista siffrorna i personnumret tas bort. Detta innebär dock att en ytterligare kontakt måste tas med vårdgivaren för att tala om vem patienten är. Däremot anses det GDPR -mässigt och patientsäkert att skicka remisser med papperspost.<sup>37</sup> I sammanhanget är det värt att notera att problemen med Postnord och utredningen Posttjänst som föreslår postutdelning var tredje dag i ett rullande schema, vilket kan innebära att det kan ta en vecka för en remiss att komma fram.

I den här rapporten ligger fokus på den medicinska personalens och patienternas upplevelse av onödig administration.

Det finns givetvis en rad olika rent administrativa processer som kan förenklas.

Med hjälp av en mjukvarurobot och Robotiserad Process Automation (RPA) har Primärvården i Västra Götaland effektiviserat ett administrativt arbetsflöde med flera dagar i månaden. Det handlar om en administrativ förenkling av underlag för ekonomisk ersättning från koncernkontoret till de vårdcentraler som har tjänstgörande ST-läkare. Hittills har hanteringen skett manuellt genom att vårdcentralerna, privata och offentligt drivna, ansvarat för att fylla i ett underlag i Excel. Underlaget har sänts via e-post till koordinators på en enhet i Västra Götaland som därefter behövde mycket tid för rättning och dialog. Nu finns ett nytt underlag som mjukvaruroboten kan läsa och hantera.<sup>38</sup>

Ett storskaligt automatiseringsexempel är vaccinationsprocessen under pandemin och hur administration och journalföring kunde automatiseras för hundratals vaccinationer.<sup>39</sup>



<sup>37</sup> Dagens Medicin 7 mars 2023

<sup>38</sup> Regionhälsan 6 mars 2023

<sup>39</sup> <https://www.mynewsdesk.com/se/capio/pressreleases/capios-innovativa-massvaccineringsprojekt-vinnare-av-ramsay-sante-innovation-award-3161300>

## Ett exempel: Klick, på klick, på klick...

Det var säkerligen inte bättre förr men när det gula receptblocket togs fram och läkaren skrev ut ett recept så var det klart. Däremot saknades registrering, ingen uppföljning av antalet recept som skrevs ut, inget underlag för forskning om läkemedelsanvändning mm. Men det gick otroligt snabbt och lätt. IT-utveckling och digitalisering underlättar och effektiviserar men kan också skapa merarbete och krångel.

En läkare beskriver hur det går till att skriva ut samma recept idag<sup>40</sup>:

- Steg 1. Logga in på datorn.
- Steg 2. Logga in i journalsystemet.
- Steg 3. Välj din roll i journalsystemet.
- Steg 4. Skriv in patientens personnummer och gå in i patientens journal.
- Steg 5. Gå in i läkemedelsmodulen.
- Steg 6. Sök upp Kåvepenin och rätt styrka.
- Steg 7. Godkänn "konflikten" att patienten får Kåvepenin trots att hen tidigare fått det.
- Steg 8. Godkänn att patienten kan få ett generiskt läkemedel.
- Steg 9. Beskriv orsaken till att patienten får Kåvepenin.
- Steg 10. Fyll i doseringen.
- Steg 11. Skriv orsaken till att antibiotika behövs.
- Steg 12. Om patienten är under 18 år, skriv in patientens vikt\* och signera med signeringskod.
- Steg 13. Skapa ett recept.
- Steg 14. Välj förpackningsstorlek.
- Steg 15. Klicka i om patienten är förmånsberättigad.
- Steg 16. Stoppa in id-brickan i tangentbordet.
- Steg 17. Stoppa in id-brickan i tangentbordet igen, då det inte fungerade första gången.
- Steg 18. Välj vilken enhet på sjukhuset som ska belastas ekonomiskt.
- Steg 19. Skriv in underskriftkoden.

\*Hjälpssystemet säger att patientens vikt är inaktuell. Detta är viktigt, för varje år är det många ungdomar som dör i oavsiktliga Kåvepenin-överdoser.



## Journalssystemen – tungrodda och krångliga



En narkosläkare reflekterar över journal-systemen:

”Vi har många tvingande fält av bokföringskaraktär i journalsystemet. Jag förstår att det är för att lättare kunna följa och styra. Men det är ett oskick att man utan tanke på arbetsmängden på golvet kan lägga till dessa moment. Alla extra moment i journalsystemet borde vägas på guldväg och när man vill komma åt nya saker att mäta borde man anstränga sig så långt det är möjligt att göra det utan att det kräver extra manuell inmatning.

Jag brinner för standardiserade val när vi dokumenterar i den mån det är möjligt i stället för fritext så att vi kan lägga mer tid på det man

faktiskt är utbildad för att ge vård till patienter. Nya tekniska lösningar innebär ofta ytterligare administrativa bördor.

Det finns även en stor individuell variation mellan hur mycket, hur lite och framför allt vad som ska dokumenteras. Många, framför allt yngre läkare, vill visa sig duktiga och kopierar tidigare anteckningar och information, tex. röntgenfynd, som redan finns tillgängliga. Journalen sväller i storlek, blir än större och behovet av sammanfattande dokumentation ökar. Varje gång en patient skrivs in på sjukhus skrivs hans tidigare sjukdomshistorik ner. Ett enormt slöseri och en patientrisk eftersom information ofta faller bort.”

”Om man hade haft t.ex. bättre journalmallar med rullista eller flerval så skulle viss dokumentation kunna gå snabbare. Att fler av våra program var sammankopplade så att man inte behövde dubbeldokumentera.”

*Sjuksköterska*

”

**Jag brinner för standardiserade val när vi dokumenterar i den mån det är möjligt i stället för fritext så att vi kan lägga mer tid på det man faktiskt är utbildad för att ge vård till patienter.**

”

En geriatriker och överläkare med lång erfarenhet reflekterar över information som redan finns i journalen sen tidigare kring en patient men som vid varje inläggning måste skrivas in igen. Här är en enkel beskrivning:

”En patients journal innehåller av tradition vissa rubriker:

- Socialt: T.ex. Ensam/sammanboende. Barn. Socialt stöd t ex hemtjänst. Rökning. Alkohol. Hemsjukvård.
- Tidigare sjukdomar: T ex op blindtarm, höftfaktur, op åderbräck etc
- Nuvarande sjukdomar: T.ex. Hjärtsvikt på basen av ischemisk hjärtsjukdom, hjärtinfarkt 2016. Ekocardiografi 2023 med EF 30 procent, inga klaffel. Behandlas med betablockerande. Tid även ACE-hämmare som utsatts pga kraftigt försämrad njurfunktion vid insättande. Diabetes typ II, behandling med långverkande insulin till kvällen som ges av hemsjukvård.

På det här sättet kan fler sjukdomar läggas till. Hos äldre kan antalet sjukdomar kanske uppgå till sju-åtta stycken.

Ovanstående rubriker: Socialt, Tidigare Sjukdomar, Nuvarande sjukdomar dikteras om vid varje inläggning. Risken att det blir lite slarvigt gjort är stor. Någon kanske bara skriver hjärtsvikt. Vid rond kan man då tänka att den här patienten borde ha ACE hämmare och lägga till den medicinen. Informationen om att patienten haft en allvarlig biverkan av denna medicin missas.

Det känns som en självklarhet att ovanstående rubriker bör ligga utanför journalen och i stället uppdateras vid varje kontakt med vården, inte skrivas om.

Det skulle både innebära mindre arbete vid varje vårdkontakt och en säkrare vård! Alla vårdgivare skulle vara skyldiga att uppdatera de här rubrikerna om de bidrar till eller får visshet om att något ändras.”



## Journalssystem borde kopplas till kvalitetsregister

Flera kommentarer handlar om dubbel-dokumentation, eller kanske trippel eller kvadrupeldokumentation. Ett återkommande exempel är önskemål om att journalsystemen borde kopplas till kvalitetsregister.<sup>41</sup> Behovet att kunna registrera direkt från vårdokumentationen till kvalitetsregister är stort och känt sedan länge.

Det huvudsakliga syftet för nationella kvalitetsregister är att de ska användas till att utveckla kvalitet i vården. De får även användas till kvalitetssäkring, forskning, uppföljning och jämförelser.<sup>42</sup> Flera utredningar om kvalitetsregister har genomförts under åren. Socialstyrelsen framhåller att många av förbättringsbehoven av registren fortsatt finns kvar. Dubbeldokumentation av uppgifter förekommer i stor utsträckning. Många registreringar sker manuellt. Inom psykiatri framkommer att vårdpersonal och ledningsfunktioner inte ser värdet i att använda registren till kvalitetsarbete men också att resurser behöver fördelas på annat än administrativa uppgifter. Detta har lett till låga täckningsgrader och till att registren in används.<sup>43</sup>

Ett bra exempel är [www.bhvq.se](http://www.bhvq.se) Barnhälsovårdens nationella kvalitetsregister, byggs upp utan möjlighet att dubbeldokumentera. All data hämtas från det journalssystem som används. Det görs på olika sätt för att vara så smidigt och framkomligt som möjligt där NKRRs<sup>44</sup> lösning används delvis.

Primärvårdens arbete med Primärvårdskvalitet<sup>45</sup> är ett annat positivt exempel med automat-genererade data från journal (inte ett kvalitetsregister i ordets strikta bemärkelse). Stora

delar av svensk primärvård har tillgång till kvalitetsverktyget MedRave med möjlighet att löpande arbeta med kvalitetsdata utan manuell extrahantering. Via medrave kan de flesta också ta del av sina resultat i Primärvårdskvalitet). I Region Stockholm införs nu avtalskrav på att dela primärvårdskvalitetsdata till regionen för aggregering och analysmöjlighet.

Reumatologin i Region Stockholm och Region Dalarna har sedan många år en sömlös integration mellan reumatologernas stödsystem – beslutsstöd, deras kvalitetsregister och deras journalssystem. Data är fullt integrerat mellan vårdsystemen. Dokumenterar man i det ena systemet så dyker det upp i det andra samtidigt. Med samtycke överförs registerdata från beslutsstödet till registret. Även patienters data via självskattningar inför besök överförs digitalt och utan dubbeldokumentation. Patienter loggar in via 1177 och sedan har de tillgång till tjänsten.

Det är emellertid ovanligt och i de flesta fall måste journalföring ske både i vanliga journalen och separat i kvalitetsregister. En gynekolog som till exempel tar ett cellprov måste journalföra det både i den vanliga journalen och i kvalitetsregistret Cytburken.

Detta är fullt möjligt att ställa som krav på ett huvudjournalssystem – att ha ett API (anslutning) som ett stort antal specialistsystem kan koppla in sig mot. Med tillgängliga kodverk: ICD, ATC, SNOMED, MedDRA etc är det görbart. Det skulle förenkla kunskapsstöd för den eller de diagnoser (ICD koder) som läkaren har satt på patienten. Specialistsystemen måste bejakas. Men data ska flyta sömlöst mellan dessa och huvudjournalssystemen.

Ett problem är knutet till att vårdgivarna låter systemleverantörerna vara de enda som lagrar den data som samlas in, härav datasilos och dubbeldokumentationskrav.

<sup>41</sup> Kvalitetsregister utgör en viktig grund för uppföljning, utveckling och forskning.

<sup>42</sup> Patentlagen (2014:81)

<sup>43</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7849.pdf>

<sup>44</sup> En central funktion som kallas Nationell kvalitetsregisterrapport, NKRR ställer samman underlag för registrering. Lösningen är generell och ska komma alla nationella kvalitetsregister till del.

<sup>45</sup> <https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>

## Ett exempel: Fysisk aktivitet får inte hindras av tungrodda system

Fysisk aktivitet är nödvändigt både för att undvika sjukdom och att minska biverkningar och förbättra rehabiliteringen. Fysisk aktivitet på recept, FAR, är en hyllad evidensbaserad metod<sup>46</sup> för att främja fysisk aktivitet. Men år 2020 rapporteras endast 7 till 8 FAR per 1000 besök i primärvården. Visserligen är FAR inte relevant för alla, men förskrivningen förefaller ändå användas överraskande sällan. Regionerna lyfter fram en rad olika hinder<sup>47</sup> för att arbeta med FAR. Krångliga journalsystem och uppföljningssystem lyfts fram som ett hinder men bristande kunskap, tidsbrist i patientmöte och avsaknad av rutiner.

## Fysioterapeuter reflekterar om krångel

Exempel primärvård:

”Vid bokning av nya patienter måste vi varje gång förbereda viktiga dokument, kopiera information och färdigställa en ”nybesöks-mapp” med all info i pappersformat. Detta borde enligt min mening digitaliseras på något sätt.

Vid olika kvalitetsmått ska flera saker registreras. Det innefattar bla patientens fallrisk, livsstilsfrågor mm. Ett av dessa kvalitetsmått är behandlingsplaner. Varje patient som vi träffar mer än 3 ggr ska ha en behandlingsplan. Att göra en sådan är tidskrävande och i det fall där vi träffar patienten 4–5 ggr upplevs detta från min sida som onödigt då planen inte hinner fylla någon funktion eller följas upp i och med att patienten avslutas relativt tidigt.

På min arbetsplats där jag jobbar har vi ingen administratör/receptionist. Det innebär att vi måste sköta allt som är utöver det faktiska patientarbetet. Exempel på detta är om/avbokning av patienter om annan kollega är sjuk eller vabbar. Vi har även så kallat bilansvar eftersom vi oftast åker bil hem till patienterna.

Detta innebär att man ska ansvara för att bilen servas, besiktas, tvätt och städning av bil samt se till att däckbyte sker.

Då vi främst träffar patienter i deras hem kan det ibland vara mycket tidskrävande att ens få tag i patienten. Ibland måste vi även samarbeta med exempelvis hemtjänst eller anhöriga för att ens ha möjlighet att ta oss in till patienten. Detta i sin tur kan vara mycket tidskrävande.

”

**Jag skulle säga att minst 30% av min arbetstid går åt till ovannämnda situationer. Med tanke på att mitt nuvarande jobb inriktar sig på att hjälpa och behandla patienter känns det ofattbart att så mycket tid går till andra saker än det faktiska patientarbetet.”**

”

Jag skulle säga att minst 30% av min arbetstid går åt till ovannämnda situationer. Med tanke på att mitt nuvarande jobb inriktar sig på att hjälpa och behandla patienter känns det ofattbart att så mycket tid går till andra saker än det faktiska patientarbetet.”

*Fysioterapeut på sjukhus*

Exempel sjukhusvård:

”Ur patientsynvinkeln skulle en bättre dokumentation av symtom och verktyg som övervakar hälsostatusen ge bättre överblick och förståelse för problemen. Från forskningssynvinkel borde digitala enkäter användas för att samla in data från patienter som deltar i studier.

Kommunikationen med andra vårdpersonal och bokningar av patienter tar upp mycket tid och skulle kunna underlättas med en standardiserad digital plattform. Digitalisering kan också användas för att erbjuda gruppträning och stöd till patienter med liknande symtom, men det kräver också mycket administrativ tid. Jag tycker att processen kan automatiseras genom att patienterna själva samlar in information och fyller i formulär för att utvärdera sin hälsa och träning. Samarbete med apotek kan också övervägas för att underlätta patienternas åtkomst till vissa tester.”

”Fysioterapeuter inom post-covidavdelningen på Karolinska sjukhuset ser ny teknik från olika vinklar som nyckel till att effektivisera olika rutiner inom hälso- och sjukvården. Från en personalsynvinkel är det önskvärt att grundläggande fakta om patienten ska finnas tillgängligt i journalen vid mötet för att spara tid och för att minska risken för att patienten glömmet viktig information. Av- och ombokning (kommunikation kring detta) av patienter: Jag bokar själv in patienter. Avbokningar och patienters önskemål om ombokningar kommer in som ärenden via 1177, från administratörerna eller via TeleQ. Det innebär att stor del av arbetsdagen går åt till att kommunicera med såväl administratörer som patienter.”



# Onödig administration påverkar patienterna

Ordförande i en patientförening med stort kontaktnät av patienter reflekterar:

”Patientföreningar genomför löpande undersökningar bland sina medlemmar. En synpunkt som ofta framkommer är att patienterna själva måste vara den som är projektledare och budbärare i vården. De får upprepa sin sjukdomshistoria vid varje möte. Det är inte ovanligt att samma labprover tas flera gånger eller att remisser och provsvar kommer bort. Samordning och medskapande saknas.<sup>48</sup>”

Onödig administration är att skicka information om remitterat besök postalt. Så mycket enklare att skicka det digitalt - då hamnar det oftast i rätt brevlåda också! Onödig administration är till exempel när man ska fylla i ett pappersformulär inför vaccination/läkarbesök. Man borde kunna fylla i ett formulär digitalt som hamnar direkt i journalen inför besöket.”

En patient reflekterar:

”

**”Onödiga arbetsuppgifter” kan elimineras om man ger patienten fullmakt att äga sin information och dela den med vården vid behov.**

”

”Onödiga arbetsuppgifter” kan elimineras om man ger patienten fullmakt att äga sin information och dela den med vården vid behov. Utgå från patientens behov för det är ju för patienten som vi har byggt våra sjukhus. Dialogen mellan patient och vården måste förkortas/effektiviseras och det gör vi enklast genom digitalisering. Personalen behöver nytt verktyg inom administrationen för att få mer tid för vård av patienten. Det behövs ett riktigt LYFT för att personalen ska stimuleras i arbetet och stanna kvar under utvecklingen/

förnyelsen av framtidens vård. Det sägs ju att vi ska bli bäst i Världen; då gäller det att komma med konkreta förslag på effektiv digitalisering. Patientsäkerheten är viktig och kräver en säker kontakt med vården i alla steg; från primärvård till sjukhusvård.”

Petter Wolff som har lång erfarenhet inom life science med bland annat e-hälsosystem konstaterar att det finns en önskedröm som fortfarande inte har förverkligats, om att kunna registrera information om en patient en gång för att sedan tillgängliggöra informationen för andra som arbetar med patienten i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Problemen med att dela information finns mellan organisatoriska enheter eller till och med mellan individuella hälso- och sjukvårdsföreträdare som är involverade i en patients episod inom en enskild region/kommun. Dessa krav skulle kunna tillmötesgåas med ett antal inriktningsbeslut – det sker inte i en handvändning, men det finns en tydlig väg utstakad för att ta oss mot målet med väldefinierad och ”interoperabel” data, och det är hög tid att vi anträder den. Wolff lyfter fram FHIR (Fast Healthcare Interoperable Resources) som är en standard såväl som ett ”ramverk för standardisering”.<sup>49</sup>

Patientföreningar<sup>50</sup> har tillsammans med Forum för Health Policy publicerat en rapport<sup>51</sup> med policyrekommendationer. Patienter har i många år efterfrågat sömlösa system för överföring av data. Patientföreningar genomför löpande undersökningar bland sina medlemmar. En synpunkt som ofta framkommer är att patienterna själva måste vara den som är projektledare och budbärare i vården. De får upprepa sin sjukdomshistoria vid varje möte, det är inte ovanligt att samma labprover tas flera gånger eller att remisser och provsvar kommer bort. Samordning och medskapande saknas.

<sup>48</sup> [https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2022/05/Policy\\_Brief\\_patientorganisationer\\_prioriteringar\\_valet\\_final.pdf](https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2022/05/Policy_Brief_patientorganisationer_prioriteringar_valet_final.pdf)

<sup>49</sup> Läs mer om FHIR i en blogg av Petter Wolff, specialistrådgivare e-hälsosystem.

<https://healthpolicy.se/smidig-informationsoverforing-i-halso-och-sjukvarden-ar-det-mojligt/>

<sup>50</sup> Astma- och allergiförbundet, Neuro, Nätverket mot cancer, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung.

<sup>51</sup> [https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2022/05/Policy\\_Brief\\_patientorganisationer\\_prioriteringar\\_valet\\_final.pdf](https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2022/05/Policy_Brief_patientorganisationer_prioriteringar_valet_final.pdf)

”All onödig filtrering av patientens egen berättelse borde tas bort. Många (om än inte alla) av våra patienter är mer än kapabla att själva skriva/fylla i sin bakgrund och sin nuvarande hälsa, sina problem och sina behov. I stället för att låta dem göra det och koncentrera oss på själva berättelsen och patientens situation fungerar vi som "filter" och spökskrivare - det som landar i journalen är vår tolkning av patientens historia, vilket kan leda rätt men också leda fel och det tar definitivt tid från andra delar av journalföringen som bara den som ger vården kan göra. Det traditionella arbetssättet underlättar inte heller för oss att ha patientens fokus.”

*Patientförening*

Det pågår en utredning med målet att skapa en gemensam digital infrastruktur och göra hälsodata tillgänglig i hela landet och föreslå åtgärder för en bättre säkrare delning av hälsodata.<sup>52</sup> Målet är att minska administrativt dubbelarbete för hälso- och sjukvårdspersonal. Så är det inte idag vilket bland annat innebär att läkarna inte vet vilka läkemedel patienter har fått utskrivna någon annanstans. Ansvaret hamnar på patienten. Detta är särskilt besvärligt när det gäller äldre patienter. Utredningen ska vara klar den 30 april 2024.

### **Ett exempel: Anhörig till patient (barn) berättar om onödigt krångel med system och papper**

Vi har ett barn som haft problem med feber och ont i magen under två månader. Han har utretts på vårdcentralen med blodprover och undersökningar men kan inte diagnosticera så han remitteras till BUMM (Barn och Ungdomsmottagning). Vi ser i journalen att VC skickat remiss till kliniken och efter en dag ser vi också i journalen att en barnspecialist bedömt remissen. Det vi inte ser eller får någon information om är vad bedömningen går ut på eller vilken åtgärd som beslutats. Efter en och en halv vecka, hemma med barnet pga feber och ont i magen ringer vi BUMM-enheten. Sjuksköterskan meddelar att vi har fått en läkartid två veckor framåt och att de har skickat det per brev till oss. Vi har inte fått något brev! Det hade varit bra om det också hade stått under bokade tider i 1177 att det fanns en bokad tid. Det visar sig sen att 1177 inte fungerar för bokade tider. Vi undrar även i detta läge om vi skulle kunna få en återbudstid om det uppkommer en sådan (vilket det säkert gör eftersom deras rutiner med brev borde generera en del avbokningar, dryg anmärkning).



## Remissystemet skapar onödig administration och oro för patienter

Många patienter vittnar om hur de har slussats runt i vården, tvingats upprepa sina sjukdomshistorier och ta samma labtester 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 diagnosställningen fördröjs och behandlingen blir försenad.

I en rapport från Forum för Health Policy<sup>53</sup> visas att remissförfarandet i svensk sjukvård är allt annat än optimalt och innebär onödig administration. Ett breddinförande av digitala remisser skulle innebära många fördelar. Viktigt att förstå är att digitala remisser inte handlar om att skicka remiss per e-mail i stället för på papper. Digitala remisser fyller flera funktioner:

- **Hjälp att hitta rätt specialist med kortast väntetid.** Det finns i dag många formella eller informella specialiteter och det är inte helt ovanligt att remissen först går till en specialist som remitterar till en annan eller avvisar remissen och därmed förlänger ledtiderna. Det förekommer också att remisser på detta sätt tappas bort.

- Med ett **digitalt remissystem** går det att lättare kommunicera med den som man vill remittera till. Det är inte alltid det går att nå specialister på telefon – inte på grund av ersättningssystemet utan därför att det är oerhört tidskrävande att få tag på rätt läkare. Att dra hela patienthistoriken om och om igen på telefon tar ytterligare tid för personalen. Inte undra på att det då blir kapacitetsbrist.
- Patienten kan **spåra sin remiss**. En patient som inte ser hur den ligger till i processen blir förstörd orolig och söker ofta andra ingångar till vården. Det är i själva verket en viktig orsak till onödiga besök och dubbelarbete för personalen.
- **Digitala remisser** kan också utformas så att de innehåller den information som remissmottagaren behöver för att bedöma patientens vårdbehov. I rapporten visar vi att det är vanligt att remisser avvisas/skickas tillbaka på grund av brister i informationen. Även detta är en "irrväg" som skulle kunna undvikas.

Både inspektionen för vård och omsorg, IVO, och patientnämnder menar att remisshantering är en klart bidragande orsak till bristande vårdkedjor och det är ett av de vanligaste klagomålen från patienter. Inte minst försvårar dagens undermåliga remisshantering för läkare att göra rätt bedömning, vilket kan leda till missade diagnoser och vårdskador som drabbar patienterna.



## **Ett exempel: Ett patientfall från Patientnämnden i Region Stockholm**

En kvinna fick plötsligt symtom på kraftigt framfall och sökte en specialtläkare. Hon fick även symtom av domningar i ben. Läkaren rekommenderade avvaktan i några månader men skickade därefter en remiss till en gynekologisk mottagning vid ett akutsjukhus. Bedömning gjordes och ny remiss skickades till annat akutsjukhus som avsåg remissen. Ny remiss skickades till ytterligare ett akutsjukhus där en stor operation planerades men inställdes på grund av personalbrist. Kvinnan blev allt sämre och hade svårt att gå och fick ökade domningar. Via 1177 tillkallades ambulans som gjorde bedömning att sjukhusvård inte behövdes. Kvinnan har nu blivit sjukskriven. Sjukhuset som inställde operationen skickade en ny remiss till en specialistklinik som gav en operationstid utan föregående läkartid men kvinnan bokade själv en tid till läkare. Specialtläkaren gjorde en bedömning att det rörde sig om en svårare och ovanligare form av framfall som bara några sjukhus kan operera, remiss skrevs dit. Hon upplever sig ha blivit rundskickad i vården men inte fått hjälp för sina besvär och att remiss som skrivits från sjukhuset har varit bristfällig då den avslögs. Kvinnan beskriver att det var brister i kommunikation hos vårdgivare, mellan vårdgivare och hur de lyssnade på patienten. Enligt en läkare härrör sig skadan från en förlossning många år bakåt i tiden.

# Uppgiftsväxling

## – rätt person på rätt plats

Rätt person på rätt plats. Alla olika yrkeskompetenser bör nyttjas till sin fulla potential. Läkare ska till exempel inte behöva leta vårdplatser eller fäxa dokument. Vi har fått in en rad förslag på vilka uppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper. Samtidigt är det viktigt att ta hänsyn till att delegering av arbetsuppgifter sker på ett korrekt sätt.<sup>54</sup>

Task shifting, eller uppgiftsväxling, är ett begrepp har diskuterats länge inom olika områden, inte minst inom hälso- och sjukvården. När belastningen på vården är stor har task shifting på många håll setts som en möjlighet att få arbetet att flyta genom att olika yrkesgrupper kan avlasta andra yrkesgrupper i vården.

Det är inte ovanligt att de duktigaste mest erfarna läkare sitter i oändliga möten med regionledningar, journalsystemsförvaltningar, kunskapsstyrningsgrupper mm framhåller en erfaren överläkare och professor. Detta tar onödigt mycket tid från arbetet med patienter, forskning, utveckla nya behandlingsmetoder.<sup>55</sup>

En läkare med lång erfarenhet ger några enkla förslag på uppgifter som kan delegeras till andra yrkesgrupper: arbetet med väntelister, patientbokning, back-up till läkarna, till exempel lägga fram redskap och hålla i ordning i skåp.

En läkare som arbetar på en akutmottagning i Stockholm och ska lägga in en patient behöver:

- ringa och rapportera till en jourläkare
- ringa och rapportera till en sjuksköterska på avdelningen
- diktera en intagningsanteckning
- skriva en kortare anteckning (i väntan på att det som dikterats skrivs)

Om man ändrade arbetssätt skulle man kunna minska denna indirekta administration. Optimala förbättringen beror på kontext, men om man exempelvis skrev anteckningen direkt och sedan kunde be avdelningsjouren och -sjuksköterskan att läsa det, och sedan svara med ett kort gemensamt samtal skulle det spara en massa tid”.

*Läkare på akutmottagningen*

”Ni efterfrågade exempel på onödigt administrativt arbete. Det finns mycket och en del saker kräver omfattande investeringar i IT-arkitektur. Men en enkel sak är en ren arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterska: dvs. Vem dokumenterar vad? I nuläget dokumenterar läkaren sitt, sjuksköterskan sitt och undersköterskan sitt. Men det finns bara en patient. Anteckningarna som respektive grupp skriver innehåller en mycket överlappande information. Inte sällan är informationen motstridig.”

*Läkare*

Gunnar Nemeth, läkare, docent, med lång erfarenhet från hälso- och sjukvården kommenterar vad som tar resurser från vårdarbetet och är uppgifter som inte en läkare borde behöva göra.<sup>56</sup>

”Vad är det som tar resurser från vårdarbetet, till exempel dokumentation, hälsosamtal mm. Detta borde inte läkare behöva göra. Andra yrkesgrupper har expertis, till exempel när det gäller hälsosamtal. Utbildade sjuksköterskor är i många fall bättre på att utföra koloskopier. Barnmorskor kan numera skriva ut p-piller mm. Det finns många exempel.

54 Delegera arbetsuppgifter - Socialstyrelsen

55 <https://healthpolicy.se/ep-84-vi-samtalar-med-david-gisselsson-nord/>

56 <https://healthpolicy.se/for-och-nackdelar-med-det-svenska-systemet/>



”

**Fler undersökningar visar att när man delegerar neråt till grupper som vidareutbildats till rätt kompetensnivå, blir resultaten bättre. Dokumentation i sig är en kärnkompetens.**

”

Fler undersökningar visar att när man delegerar neråt till grupper som vidareutbildats till rätt kompetensnivå, blir resultaten bättre. Dokumentation i sig är en kärnkompetens. En läkare ska inte behöva ägna onödig tid för dokumentation. Sjuksköterskorna ägnar också för mycket tid för dokumentation och för lite tid med patienterna. Det finns också en olycklig revirstrid mellan läkare och sjuksköterskor som har lett till att det finns både dokumentation från läkare i ett journalsystem och omvårdnadsdokumentationen i ett annat. Förenklingar och förbättringar behövs där det är möjligt. En del enheter inom Capio England, dokumenterade till exempel enbart avvikelser från de normala vårdförloppen.”

Läkaren Henrik Nyström reflekterar<sup>57</sup> över medicinska sekreterare som har en bred utbildning i medicinsk dokumentation och terminologi, kommunikation, ledarskap, it och ekonomi. ”Om sekreterarna får chansen att ta sig an fler administrativa arbetsuppgifter ute i verksamheterna så avlastar de, samtidigt som de utvecklas. Vårdpersonalen ska vårda – inte lägga tid på administration. Och den som är duktigast på jobbet är den som ska utföra det.”

Sjuksköterska från Västra Götaland skriver: ”Det finns administration som kan delegeras till andra grupper; till exempel inom diabetes så kan registreringar till Nationella Diabetesregistret skickas månatligen av annan profession än sjuksköterskan. Kalla patienter till årskontroller är ytterligare en uppgift som kan skötas av andra yrkesgrupper eller automatiskt.”

I en studie av McKinsey på uppdrag av Läkarförbundet konstateras att läkare lägger en stor del av sin tid på uppgifter som borde utföras av andra.<sup>58</sup> Minskat antal sjuksköterskor kan ha bidragit till att sänka läkarnas produktivitet. Läkare tränas inte i att arbeta mer effektivt. Feedback för andra områden än det kliniska arbetet saknas. Tilldelningen av resurser ökar mer för lednings- och stabsfunktioner än för klinisk personal. I studien framkommer att 57 procent vill att mer resurser går till sjuksköterskor.

”Vi behöver någon som kokar kaffe och bokar lokaler när vi ska ha möten. Någon som ser till att det finns toalettpapper och handsprit på plats, hjälper till med bokning av kandidatschema och resor, städar lunchrum, mikrovågsugnar, fyller på kaffe i kaffemaskinen och byter trasiga lampor. Alla dessa uppgifter sköts för tillfället av läkare då vi saknar kringpersonal.”

*Ett svar i McKinsey studien*

”

**Det finns administration som kan delegeras till andra grupper; till exempel inom diabetes så kan registreringar till Nationella Diabetesregistret skickas månatligen av annan profession än sjuksköterskan.**

”

”Administration som utskrivning i PASIVA (Patientadministrativt system för intensivvårdsavdelningar” (som vi sjuksköterskor på CIVA-Central intensivvårdsavdelning gör) och registrering av dyra läkemedel etc. kan och bör göras av administrativ personal. Detta tar mycket tid som i stället skall läggas på omvårdnad av patienter och stöd för närstående. Jag anser att endast dokumentation i patientens journal bör och skall göras av ansvarig sjuksköterska.”

*Sjuksköterska*

<sup>57</sup> <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/den-som-ar-duktigast-pa-jobbet-ska-utfora-det/>

<sup>58</sup> <https://slf.se/app/uploads/2019/07/lakarrapport-rgb-digital.pdf>



## **Ett exempel: Sjuksköterskor leder mottagning – då minskar köer och väntetider**

Sedan december 2018 finns det en mottagning vid Skaraborgs Sjukhus för patienter med misstänkt cancer i urinblåsan, som leds av sjuksköterskor. Ett exempel på uppgiftsväxling som enligt Region Västra Götaland, kortar vårdköer och minskar väntetider.

I december tog sjuksköterskor över en del av ansvaret för att cystoskopera patienter vid urologimottagningen. Det handlar om personer som har bekräftad cancer i urinblåsan. Patienterna kommer på regelbundna kontroller beroende på vilken sorts tumör de drabbats av, i vissa fall sker kontrollerna livet ut.

”Jag tycker att det här är bra och uppskattar en kompetenshöjning och att få nya utmaningar. Att patienterna vi träffat har varit positiva till detta har naturligtvis också varit roligt”, säger sjuksköterskan Maria Nordberg.<sup>59</sup>

## Farmaceuter / receptarier i vården – en resurs

Flera kommentarer har inkommit kring farmaceuter / receptaries / apotekares roll som borde kunna stärkas och användas mer. Apoteken, som har erfarna och kunniga apotekare, skulle kunna ha en starkare roll med fokus på prevention, hälsa, livsstil och egenvård och därmed avlasta hälso- och sjukvården. En utvecklad roll för apoteken kan innebära att apotekens fysiska lokaler i högre utsträckning kan användas för mer vårdnära tjänster. Apoteken kan vara vårdens förlängda arm för diagnostik/mätutrustning.

Att utbilda apotekare i fem år och sedan inte nyttja kompetensen till fullo är slöseri. I Storbritannien får till exempel farmaceuter förskriva läkemedel inom vissa områden där det anses lämpligt. Ett flertal länder lät farmaceuter vaccinera såväl före som under pandemin och andra länder, inklusive exempelvis Norge och Kanada, ersätter farmaceuten för farmaceutiska tjänster som kan gynna patienten och stärka den ordinerade behandlingen.

Kanada och Australien är förebilder för att utveckla farmaceuternas roll.

En ny roll för apoteken skulle kunna innebära enklare diagnostik på plats, uthyrning av diagnostiska verktyg för distansmonitorering på remiss och olika typer av möjligheter till hemtester. Om apoteken kan bli integrerade med vårdgivares och laboratoriers digitala system öppnas möjligheten för mer patientnära tjänster till exempel i form av egenmonitorering av stora folksjukdomar.

”En otrolig resurs som vi har fått är RIV, receptarie i vården, som ser över läkemedel på inneliggande patienter, sorterar bort läkemedel i läkemedelsvagnar då patienten gått hem, hämtar läkemedel i vårdnära lager och packar läkemedel då patienten skrivs ut till korttids-särskilt boende eller hem med hemsjukvård. Det som har lyfts från våra axlar är delvis läkemedelshanteringen i form av att fylla på vagnar, plocka ihop läkemedel inför hemgång - det görs idag av receptarie i vården vilket både underlättat mycket men gör också vården säkrare. Receptarien är ett bra bollplank och förser hela avdelningen med mycket kunskap.”  
*Sjuksköterska*



## Time to treat

För att följa riktlinjerna för förebyggande vård i primärvården skulle amerikanska läkare behöva ägna drygt sju timmar av sin arbetsdag åt det. Skulle de dessutom följa alla riktlinjer för behandling av kronisk sjukdom och akutvård behövs det en arbetsdag på 27 timmar. Ett annat exempel är brittiska NICE (National institute for health and care excellence), vars riktlinjer för fysisk aktivitet till vuxna i primärvården, skulle ta 15 procent av allmänläkarnas samlade patienttid. Detta framkommer i en publicerad artikel i British Medical Journal.<sup>60</sup> Forskarna diskuterar begreppet »time needed to treat« som räknas fram genom att multiplicera tiden det tar att ge en rekommenderad intervention till varje person med andelen i befolkningen som kvalificerar sig för interventionen, och därefter dividera produkten med den tillgängliga tiden för den yrkeskategori det gäller. Kriteriet »time needed to treat« kan tjäna som en signal till beslutsfattare och policymakare för att få en uppskattning av hur mycket tid olika rekommendationer tar innan de beslutas om att införas.

En ST-läkare i allmänmedicin reflekterar över Time needed to treat.<sup>61</sup>

”Jag tänker på detta när jag tar av mig ett visir. Regionen mejlade nyss ut en påminnelse om det korrekta förfarandet, vilket man (Läkemedelsverket) tydligen skapat en rutin för. Att ta av sig ett visir görs i nio steg, inkluderande fem olika spritningar, mekanisk bearbetning, påtagning och avtagning av engångshandskar samt att vid desinficering av rostfri rullvagn eller bricka att sedan lägga visiret på. Tanken är god, men skulle jag följa den här rutinen ihop med övriga rutiner vid ett 15-minuters besök på vårdcentralen, skulle knappt någon tid återstå till själva patientmötet. Det skulle bli ett mycket större patientsäkerhetsproblem än visirsmitta efter enbart en enkel spritning. Orimligheten skapar en paradox: vårt jobb blir inte att följa givna riktlinjer, utan att med professionellt omdöme välja ut vilka vi kan strunta i. Tidigare har jag ofta haft dåligt samvete för detta, men jag inser nu att jag snarare följt dem alldeles för mycket.”

”

**Orimligheten skapar en paradox:  
vårt jobb blir inte att följa givna riktlinjer,  
utan att med professionellt omdöme välja  
ut vilka vi kan strunta i. Tidigare  
har jag ofta haft dåligt samvete för detta,  
men jag inser nu att jag snarare följt dem  
alldeles för mycket.**

”

60 <https://www.bmj.com/content/380/BJM-2022-072953.full>

61 <https://www.dagensmedicin.se/opinion/gastkronika/om-jag-foljer-rutinerna-finns-ingen-tid-for-patienten/>



# Rekommendationer

Exemplen på onödig administration som beskrivs i rapporten uppkommer inte av en slump. Någon är ansvarig och bör ta sitt ansvar. Ett avgörande första steg mot mindre onödig administration är att ansvaret för detta diskuteras, synliggörs, tas och utkrävs.

Nedan följer några policyrekommendationer:

## Automatisera det som går – lågt hängande frukter

Idag är det vanligt med taligenkänning, digitala anamneser, digital schemaläggning, digitala remisser mm. Men det finns inte överallt. Tag lärdom av varandra mellan verksamheter och regioner. Här finns lågt hängande frukter!

## Nationellt och lika utformade krav på dokumentation och inrapportering

Idag upplever vårdgivare som verkar i flera regioner olika inrapporteringskrav och juridiska tolkningar av gällande lagar och regler. En central myndighet bör analysera och förenkla dokumentation och uppföljning, införa samma nationella dokumentationskrav och regelverk som gäller i hela landet och ställa krav på färre men relevanta uppföljningsmått. Tolkning av lagar och regler och digitala standarder bör ske centralt av samma statliga myndighet.

## Dubbelregistreringar/ trippelregistreringar måste bort

Se över dubbelregistreringar och använd de goda exempel som finns. Reumatologin i Region Stockholm och Region Dalarna har en sömlös integration mellan reumatologernas

stödsystem – beslutsstöd, deras kvalitetsregister och deras journalsystem. Data är fullt integrerat mellan vårdsystemen. Dokumenterar man i det ena systemet så dyker det upp i det andra samtidigt. Med samtycke överförs registerdata från beslutsstödet till registret.

## Distansmonitorering innebär självständighet för patienten och sparar tid och resurser

Med stöd till egenvård, tidig diagnostik och hög tillgänglighet kan man undvika kostsamma besök på akuten och i primärvården, eller sjukhusinläggningar. Bara ett akutbesök kostar i genomsnitt 5 000 kronor och ett sjukhusdygn ligger på 4 000–14 000 kronor. Regionerna måste skapa bättre förutsättningar för distansmonitorering/ egenmonitorering är något som många patientföreningar efterfrågar, innebär självständighet och sparar tid för patienter och personal.

## Walraffa i vården

Satsning på ögon utifrån i vården ger ofta gott stöd för utveckling och innovation. Ett exempel är programmet "Clinical Innovation Fellowship", en tvärdisciplinär satsning, med målet att främja innovationer som ska förbättra vården. Under 8 månader skickades två team på 3-4 personer ut på en klinik för att "skugga" personalen. Till teamen rekryterades läkare, ingenjörer, industridesigners och civilekonomer. Teamen var mycket uppskattade och avslutade sitt arbete med att presentera en lista på konkreta förbättringsförslag.



## Låt patienten äga sin egna data

Patienten kan äga sina egna data och skapa en digital infrastruktur med "en person en journal" och möjlighet för patienten att dela hälsodata sömlöst mellan systemen. Staten måste ta taktpinnen för att äntligen få till en fungerande IT-infrastruktur där system kan kommunicera med varandra och där patientens egna hälsodata enkelt kan användas.

## Inför intelligenta remissystem

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. Därför är det så viktigt att skärskåda effektiviseringspotentialen, för att undvika irrvägar i vården.

Remissförfarandet i svensk sjukvård är allt annat än optimalt och att ett breddinförande av digitala remisser skulle innebära många fördelar. Ännu har dock inga intelligenta remissystem satts i Sverige. Digitala remisser handlar inte om att skicka remiss per e-mail i stället för på papper. Digitala remisser fyller flera funktioner: Hjälpa att hitta rätt specialist med kortast väntetid, underlätta kommunikationen med den som man vill remittera till, patienten kan spåra sin remiss. En patient som inte ser hur den ligger till i processen blir förstås orolig och söker ofta andra ingångar till vården. Det är i själva verket en viktig orsak till onödiga besök och dubbelarbete för personalen. Digitala remisser kan också utformas så att de innehåller den information som remissmottagaren behöver för att bedöma patientens vårdbehov.

## Time needed to treat

I den här rapporten hänvisas till begreppet: Time needed to treat. Måttet används för att bedöma effektiviteten för en intervention eller behandling. Här skulle man mäta tidsåtgången och effekten. Om det visar sig att läkare använder mycket tid till att få vårdsökande att motionera mera, och patienterna inte gör det, då kan man ägna tid åt annat. Införandet av begreppet skulle sannolikt minska frustrationen hos läkarkåren som upplever tungrodd byråkrati.

## Scouta, pilota, skala – kopiera andras innovation

Hur kan vi dra nytta av andras innovation, arbetssätt, smidiga administrationsprocesser? Myndigheter inom hälso- och sjukvården idag skulle kunna dra ner på vissa uppgifter för att bland annat fokusera på att scouta på nationell och internationell nivå efter best practice inom administration, organisation och processer. När teamet hittat något i till exempel Region Jönköping, Västernorrland, Brasilien, Singapore, USA eller Kenya som görs bättre än genomsnittet i Sverige så bör en pilot införas och om den är framgångsrik skalas upp för maximal spridning över Sverige.

Idag finns en rad effektiva verktyg men det är det sällsynt att se forskning om hur man underlättar för vårdpersonalen att faktiskt lära sig alla dessa nya system.

## Uppgiftsväxling

Många inom olika yrkesgrupper inom sjukvården lyfter fram exempel på effektivare processer om andra professioner utför vissa moment av arbetet. I den här rapporten har vi gett flera exempel. Med tanke på världens stora utmaningar kring kompetens bör en översyn göras kring dagens ansvarsområden och hur flera yrkesgrupper kan vara behjälpliga för att få rätt person på rätt plats.

## Ansvar för implementering

Ovan förslag kräver insatser från stat, regioner och kommuner. Regionerna bör ålägga de många stabsfunktioner som redan finns idag att ha som en huvuduppgift att förenkla och minska på administrationen med tydliga kvantitativa mål. Använd och signalera ut i hela organisationen den så kallade sunset-principen där varje förslag till ny administrativa påлага eller detaljerade rutin ska åtföljas av förslag som totalt sätt spar in på administrationen.

Det handlar också om att ge mandat till och stärka det nära ledarskapet. Med ett välfungerande nära ledarskap kan det dagliga förbättringsarbetet

fungera inklusive att identifiera tidstjuvar i medarbetares och patienters vardag. Tidstjuvar som inte kan åtgärdas lokalt behöver signaleras uppåt och tas på största allvar av ledningen.

Någon av statens befintliga myndigheter bör ha som ett uppdrag (genom omprioritering, inte tillägg av resurser) att tolka lagar och regler, införa digitala standarder, ta fram gemensamma och lika dokumentations- och uppföljningskrav som gäller för alla regioner. Det bör också vara en del av uppdragen att ständigt leta efter best-practice i omvärlden med avseende på smidiga verktyg och processer och förmedla kunskapen till regionerna. Lansera ett system, regionalt eller nationellt för direkt rapportering av onödig administration för att på sätt ta in förslag direkt från "golvet".



# Summary

## Unnecessary administration in Swedish healthcare

### Background

Forum for Health Policy is a Swedish non-profit think tank which serves as a neutral platform where policymakers, researchers and healthcare providers meet to discuss and analyze important issues concerning the Swedish healthcare system. The aim is to stimulate innovation, contribute to new ideas, and provide policymakers and politicians with more facts and knowledge and policy recommendations.

From fall 2022 to spring 2023, Forum for Health Policy mapped out unnecessary administrative tasks within Swedish healthcare. Administrative tasks are highlighted as:

- Unnecessary - they don't need to be done at all.
- Wrongly delegated - could be performed by other professional categories.
- Unnecessarily complex - could be digitalized/streamlined.

This report gives an overview of the results.





## Summary

There is always a risk that a task will expand to fill the time available for its completion. Northcote Parkinson discussed the unchecked growth of bureaucracy as early as the 1930s, and predicted that the British navy would eventually have more admirals than ships. The larger a bureaucracy, the more individuals need to communicate with each other and pass on information, which can stifle initiatives from healthcare professionals.

The purpose of this report is to discuss why administration in healthcare has increased so significantly and provide many concrete examples of unnecessary administration. The report is based on input from a sample of healthcare professionals, reports, evaluations, conversations with nearly 100 experts in the Forum for Health Policy's healthcare podcast, 400 blog articles, and more. A common reflection from these sources is frustration over bureaucracy in healthcare.

What causes the increased administration? Why is a significant part perceived as unnecessary without creating added value? Societal development has led to demands for documentation from various entities (boards, regions, authorities, etc.). Regulations, operational plans, care programs, guidelines, performance requirements, gender equality, sustainability, and equal treatment etc. These demands are piled on top of each other without any overview of the whole and, most importantly, without simultaneously reducing the administrative burden in other respects. Demands from authorities regarding quality work, patient safety work, environmental work, fire training and much else must be handled and documented. Environmental inspectors, the National Board of Health and Welfare's requirements, the Swedish Health and Care Inspectorate, all carry out their separate tasks. Administration is obviously necessary, but it's about prioritizing correctly and avoiding unnecessary and cumbersome administration that drains energy and resources from the core operations.

A politically governed healthcare system also creates specific, changing, and often detailed requirements for follow-up meetings. Fear of making mistakes and not meeting internal and external demands can also lead to over-documentation. Many have raised the issue of smoother processes in the aftermath of the pandemic. On the one hand, the suffering and deaths of the pandemic were terrible, but at the same time, it was evident that staff could finally focus on patient care and avoid a range of administrative burdens.

This report delves deep into why administration has increased and what types of administrative measures are perceived as unnecessary by staff and patients. It should be emphasized that "unnecessary" measures do not necessarily mean they are not needed at all; instead, it could be the case that the same results could be achieved much more easily or with less effort.

This is not just a Swedish problem. According to a study, American physicians would need to dedicate over seven hours of their workday to administrative tasks to comply with the guidelines for preventive care in primary care. Furthermore, if they were to follow all the guidelines for the treatment of chronic diseases and acute care, a workday of 27 hours would be required.

A Swedish district nurse at a health centre describes how remote monitoring has enabled her to follow up 50 patients each day, which would be unthinkable with physical visits at the health centre. At the same time, the work is perceived as more flexible. There is a significant risk that unnecessarily burdensome administration leads to increased waiting times, which in turn risks suffering and deaths for patients.

The report provides several concrete examples of unnecessary administration, such as double/triple documentation, excessive documentation, cumbersome and outdated IT systems, excessive documentation requirements, and different interpretations of regulations depending on the region, as well as faxing documents, dictation,

and patients acting as messengers in healthcare, having to repeat their medical history, just to name a few.

There is an important connection between unnecessary administration, which consumes too much time from core operations, and waiting times. More time for patient care can reduce queues. Insufficient accessibility, in turn, can lead to patient safety risks, loss of income, poor mental health, and decreased trust in healthcare. Leadership at various levels needs to come together to streamline processes in healthcare and care services.

The examples of unnecessary administration described in this report do not arise by chance. There is always someone who is responsible and should act. If unnecessary administration is due to regions having different regulations concerning the same matters, such as what should or should not be documented, the responsibility lies with the regional management to work towards coordination, and with the government or Sweden's municipalities and regions (SKR) to ensure simpler, standardized regulations. Complicated IT systems that do not allow for data sharing are the responsibility of both regional management and the government. Operational managers are responsible for achieving streamlined processes. A crucial first step towards reducing unnecessary administration is to discuss, make visible, take-, and demand responsibility. A person who took responsibility entirely on his own initiative was the doctor at Södersjukhuset in Stockholm when he initiated a project for smarter login procedures, which freed up two full-time positions per day.

What is the cost of unnecessary administration in care that could be done faster and more efficiently or not done at all? Reliable assessments are hard to find. But an example can illustrate the order of magnitude. The regions' costs amounted to SEK 421 billion in 2021. Of that, 82% are costs for healthcare, or SEK 345.2 billion. Assume that unnecessary administration takes up 10%, 20% or 30% of resources, which are not unreasonable estimates based on the studies referenced earlier. A reduction in unnecessary administration would then free up resources corresponding to SEK 34 billion (10%), SEK 69 billion (20%) or SEK 104 billion (30%). For the sake of comparison, one billion SEK corresponds to about 1,600 nursing positions. On the low end, assume that unnecessary administration only consumes 10% of resources. This would correspond to 54 400 nurses.



## The report's recommendations in brief:

- Automate where possible
  - low-hanging fruits.
- National and uniformly designed documentation and reporting requirements.
- Eliminate double and triple registrations.
- Remote monitoring provides patient independence and saves time and resources.
- Let patients own their own data.
- Implement intelligent referral systems.
- Time needed to treat.
- Scout, pilot, scale
  - replicate others' innovations.
- Task shifting.

Good leadership is crucial for achieving simpler and smoother administration at all different levels. We believe that both the regions and the state have good opportunities to address the issues related to unnecessary administration.

- The regions should mandate that numerous support functions that already exist today to prioritize the simplification of administration as their main task, with clear quantitative goals. Throughout the organization, utilize and communicate the so-called sunset principle, where every proposal for new administrative requirements or detailed routines should be accompanied by suggestions that result in overall administrative savings.

- Strengthen the proximate leadership. With a well-functioning proximate leadership, the daily improvement work can thrive, including identifying time thieves in the daily lives of employees and patients. Time thieves that cannot be addressed locally but need to be communicated upwards must be taken seriously by the management.
- One of the existing Swedish government agencies should have the task (through reprioritization, not additional resources) of determining interpretations of laws and regulations, introducing digital standards, and developing common and uniform documentation and monitoring requirements applicable to all regions. It should also be part of their mandate to continually search for best practices in the world concerning efficient tools and processes and communicate that knowledge to the regions.

We do not claim to provide a comprehensive picture in this report. There are certainly many organizations that have well-functioning administrative processes. Suggestions and concrete examples of unnecessary administration are subject to change. Development is happening rapidly such as new techniques, digitalization, AI supportive systems. Some proposals in the report may have already been implemented.

Our hope is that the report creates discussions and dialogues on how administrative burdens can be reduced for the benefit of healthcare staff, patients and taxpayers.

---

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

**Författad av:** Catharina Barkman och Lisa Aasa  
**Layout:** [www.annaforsbergdesign.se](http://www.annaforsbergdesign.se)

**Allt ursprungligt material finns på:** [www.healthpolicy.se](http://www.healthpolicy.se)

**Kontakt:** [info@healthpolicy.se](mailto:info@healthpolicy.se)

---