

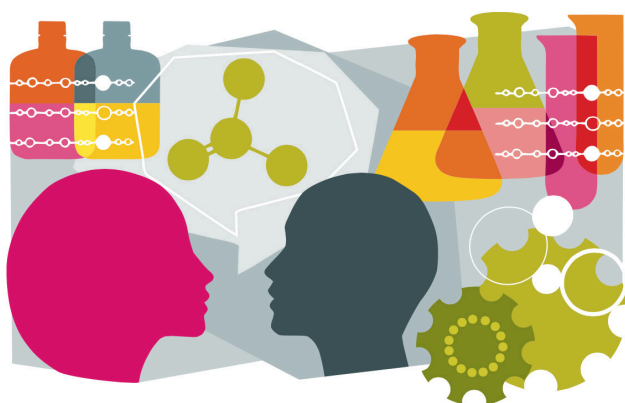
Sjukvården efter corona.



**Nu mer än någonsin behövs en
transformation av hälso- och sjukvården**

Innehåll

Förord.....	2
Sammanfattning.....	3
Det långsiktiga svaret är inte mer resurser	4
1. Samordning sparar pengar och lidande	5
Råd för ökad samordning	7
2. Ta tillbaka tiden - från administration till patientmöten.....	8
Råd och rekommendationer för att öka patienttiden.....	10
3. Tydligare styrning och bättre ledarskap.....	11
Råd för bättre styrning och ledning	12
4. Bättre insatser mot den psykiska ohälsan	13
Råd för att minska den psykiska ohälsan	15
5. Prevention för patientens skull	16
Råd för att förbättra preventionen	18
6. Öka digitaliseringstempot	19
Råd för att öka digitaliseringstempot.....	21
7. Lär av variationer i sjukvården	22
Råd för bättre utvärdering	23
English summary	24



Förord

EFTER DEN AKUTA fasen av coronapandemien kommer vi att kunna lära oss mycket av vad som fungerat och var det har brustit i både hälso- och sjukvård och omsorg. Men vi vet också att utmaningarna var stora för svensk hälso- och sjukvård redan före coronakrisen.

Regionernas utgifter för sjukvård fortsätter att öka. Samtidigt har produktiviteten (mätt som kostnad i fasta priser per DRG-poäng i sjukhusvården) fallit de senaste fem åren. En vårdskuld byggs upp och redan långa väntetider ökar. Risken finns att diagnoser inte sätts som kan spara lidande och för tidig död.

Den långsiktiga diskussionen om förnyelse och innovation i hälso- och sjukvårdssystemet måste fortsätta och handla mer om hur resurserna används och hur vi kan arbeta på andra sätt.

Vilka policybeslut behövs? Vilka är framgångsfaktorerna för både högre kvalitet och effektivitet?

I denna skrift, författad av Catharina Barkman, Project Director vid Forum för Health Policy, ger vi ett antal policyråd inom en rad olika områden.

Stort tack till Forum för Health Policys styrelse, medlemmar och forskare som har bidragit med inspel. Hör gärna av er med synpunkter på hur vi kan förbättra hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige.

Peter Graf

Ordförande i Forum för Health Policy

Augusti 2020



www.healthpolicy.se

info@healthpolicy.se

Sammanfattning

Coronapandemin har lett till lidande, död och stora ekonomiska konsekvenser för hela samhället. Påfrestningarna på hälso- och sjukvården har varit extrema. Enorma arbetsinsatser görs varje dag.

Resurser satsas i regioner och kommuner. Samtidigt ökar väntetiderna för de patienter som redan väntade på vård men av naturliga skäl prioriteras ned. Vi kommer att gå ur coronapandemin med en enorm vårdskuld, såväl ekonomisk, personell som i form av ett uppdämt vårdbehov

Men vi ser också ljusglimtar. En kraftfull innovationsutveckling. Det som tidigare tog månader och år att genomföra kan nu gå på några veckor. Digitaliseringen har tagit stora kliv framåt. Beslut som förut tagit år att utreda och besluta har bara genomförts därför att de måste tas här och nu. Detta visar att det finns en oerhörd potential i sjukvårdspersonelen, en potential som idag inte nyttjas.

Efter den akuta fasen kommer vi att kunna lära oss mycket av vad som fungerat och var det har brustit. Men vi ska också komma ihåg att utmaningarna var stora för svensk hälso- och sjukvård redan före coronakrisen. När det akuta läget är över, måste den långsiktiga diskussionen handla mindre om resurstilldelning och mer om hur vi ska använda resurserna.

I denna rapport ges förslag på nödvändiga åtgärder inom en rad olika områden:

1. Samordning sparar pengar och lidande

Vårdgivare med ett helhetsansvar kan lättare utforma en sömlös vård och omsorg. Möjliggör aktörer att ta ett samlat ansvar för vård och omsorg inom både regioner och kommuner.

Skapa ersättnings- och uppföljningssystem som stärker koordineringen.

Utveckla hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning, IT-infrastruktur och digitaliserade tjänsteprocesser med utgångspunkt i patientens behov.

Inrätta fler mobila vårdteam som möter personen i hemmet.

2. Ta tillbaka tiden - från administration till patientmöten

Låt den medicinska professionen göra sitt jobb.

Förenkla dokumentationen.

Utveckla intelligenta remitteringssystem .

3. Tydligare styrning och bättre ledarskap

Utvärdera nuvarande ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvårdssystemet, på nationell, regional och kommunal nivå.

4. Mer insatser mot den psykiska ohälsan

Ta fram en långsiktig strategi med konkreta mål och delmål.

Öka utvecklingstakten för det förebyggande arbetet i samarbete mellan samhällets aktörer.

Utveckla vårdens kvalitet och räckvidd.

5. Prevention för patientens skull

Skapa fungerande strukturer för patientmedverkan och personcentrerad vård och omsorg.

Mer psykiatrisk kompetens inom primärvården.

Större fokus på prevention och hälsofrämjande åtgärder.

Ta fram en långsiktig strategi med konkreta mål och delmål.

6. Öka digitaliseringstempot

Ta fram en politisk vision för en modern hälso- och sjukvård.

Byt perspektiv från organisation till person.

Utveckla och anpassa ersättningssystemen.

Använd digital teknik för att skapa moderna arbetsätt.

7. Lär av variationer i sjukvården

Kvalitetsindikatorer för förbättringar skall vara lätta att använda, tydliga vårdprocessmått, snabba indikatorer och relevanta för resultaten.

En mer kraftfull nationell tolkning av enskilda resultat och enskilda regioners resultat.

Peka ut ett antal viktiga kvalitetsproblem nationellt.

Staten, regioner och kommuner bör tillsammans utveckla en enhetlig uppföljningsstruktur för hur alla vårdgivare ska redovisa kvalitet på likartat sett.

Patienter och invånare bör få bättre möjligheter att jämföra kvaliteten i vården hos olika vårdgivare.

Det långsiktiga svaret är inte mer resurser

CORONAPANDEMIN HAR LETT till lidande, död och stora ekonomiska konsekvenser för hela samhället. Påfrestningarna på hälso- och sjukvården har varit extrema. Enorma arbetsinsatser görs varje dag. Samordning, samarbete, prioriteringar och inte minst det snabba skapandet av nya IVA-platser har imponerat.

I hela landet pågår stora satsningar för att ta hand om covid-patienter på sjukhusen och att begränsa smittan i samhället. Resurser satsas i regioner och kommuner. Samtidigt ökar väntetiderna för de patienter som redan väntade på vård men av naturliga skäl prioriteras ned. Planerade operationer ställs in. I kölvattnet av coronapandemin kvarstår en enorm vårdskuld.

Men i krisen syns också ljusglimtar. En kraftfull innovationsutveckling. Det som tidigare tog månader och år att genomföra kan nu gå på några veckor. Digitaliseringen har tagit stora kliv framåt. Nya och förbättrade samarbeten. Och mitt i det extrema läget där vårdpersonal tvingas arbeta långa pass och pressa sig till det yttersta, vittnar också många om en känsla av meningsfullhet och att få ägna sig åt det allra viktigaste. Enligt Universitets- och högskoleämberetet ökar antalet sökande till vårdutbildningar med 34 procent jämfört med förra höstterminen.

Efter den akuta fasen kommer vi att kunna lära oss mycket av vad som fungerat och var det har brustit. Men vi ska också komma ihåg att utmaningarna var stora för svensk hälso- och sjukvård redan före coronakrisen. När det akuta läget är över, måste den långsiktiga diskussionen handla mindre om resurstilldelning och mer om hur resurserna används.

- Regionernas utgifter för sjukvård fortsätter att öka. Ändå har produktiviteten (mätt som kostnad i fasta priser per DRG-poäng i sjukhusvården) fallit med 12 procent bara under de senaste fem åren.
- Den svenska hälso- och sjukvårdens andel av BNP är bland de högsta i världen. Samtidigt är tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård bland de lägsta i Europa.
- Och i primärvården har antal läkare per invånare under 2000-talet ökat med 34 procent. Ändå får allt färre svenskar träffa en primärvårdsläkare.

Denna obalans mellan resurser och utfall är känd bland beslutsfattare och politiker. Men det är viktigt att utgå från dessa grundläggande förutsättningar när vi ska dra slutsatser av corona-pandemin, vad den innebär för hälso- och sjukvård och omsorg och vad det betyder för framtidens policyskapande.

En sak vet vi redan: Mer resurser kommer inte att lösa hälso- och sjukvårdens stora utmaningar. Vi måste helt enkelt jobba annorlunda.

Syftet med denna rapport är att ge förslag på nödvändiga åtgärder för att bättre förvalta resurserna. Svensk hälso- och sjukvård och omsorg behöver en långsiktig transformation.

1. Samordning sparar pengar och lidande

FLERA UTREDNINGAR VISAR på brister i samordningen mellan de aktörer som personer med stora vård- och omsorgsbehov förlitar sig på. Studier visar att patienter, brukare och den medicinska professionen är missnöjda med koordineringen.¹ Utebliven samordning leder till stora kostnader och potentiellt lägre vårdkvalitet, och även till en sämre upplevelse och livskvalitet för patienter och brukare. Utmaningarna blir inte mindre av en komplicerad struktur med tre politiska nivåer; staten, 21 regioner och 290 olika kommuner.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att bristande samordning är särskilt problematisk i Sverige, jämfört med andra länder. Patienter i Sverige upplever ofta att läkare inte verkar vara informerade om patientens tidigare vård.

Den bristande samordningen leder också till sämre vård/omsorg och ökade kostnader, när till exempel behandlingar och undersökningar upprepas i onödan och patienter bollas mellan olika aktörer.

Vårdanalys konstaterar redan 2016 i en rapport att:

- Det saknas kunskap om vad samordning innebär.
- Ledarskap och styrning brister i samordningsfrågorna.
- Kommuner och landsting har svårt att få till stånd samverkansavtal som ger verklig effekt för patienter och brukare.
- Vårdplaner och samordnade planer tenderar i dag att ses som en pappersprodukt snarare än som en fungerande plan för samordning.
- Primärvården har inte tillräckliga förutsättningar att ta den samordnande roll av vårdinsatserna som den förväntas ha. Orsakerna kan spåras till att primärvården bland annat präglas av ett otydligt mandat och uppdrag.
- Finansieringssystemet skapar inte tillräckliga incitament till samordning.
- De flesta ersättningssystemen ersätter inte specifikt för samordningsinsatser.
- Den nuvarande informationsstrukturen i IT-stöden ger inte tillräckliga förutsättningar för samordning.

När lokala och nationella satsningar med syfte att förbättra samordningen studerades² framkom dessutom stora brister i hur man mäter och följer upp effekterna av samordning.

I en utredning av hälso- och sjukvården i Region Stockholm³ föreslog Göran Stiernstedt att låta en privat entreprenör ansvara för all sjukvård inom ett särskilt geografiskt område, exempelvis på Kungsholmen i Stockholm. Poängen är att hålla ihop vård och omsorg. Det spelar ingen roll om det är en offentligt eller privat driven organisation.

Den bristande samordningen blir extra tydlig under coronapandemin, inte minst mellan myndigheter. I debatten hyllas, med rätta, sjukvårdens personal. Däremot misstänkliggörs äldreomsorgens personal för bristande ruti-

1 Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys PM 2016:1.

2 <https://www.vardanalys.se/rapporter/fran-medel-till-mal/>

3 Mest resurser - bäst sjukvård? Göran Stiernstedt 2017.

ner när förutsättningar i stort sett inte fanns för att klara av den nya akuta situationen: ingen handsprit, skyddsutrustning, tester eller ersättare för sjuk personal. Omsorgens kärna är närkontakt. Spridningen blev oundviklig. Besöksförbudet till SÅBO kom först i slutet av mars även om vissa äldreboenden redan fattat egna beslut. Denna fördröjning var säkert bidragande till den stora spridningen på äldreboenden i Stockholm.

Ett närmare samarbete mellan regioner och kommuner med tydlig ansvarsfördelning och stödinsatser skulle ha underlättat för äldreboenden och hemtjänst i kommunerna att få bättre förutsättningar i en svår situation.

Det finns samtidigt exempel på hur coronapandemin lett till ett nära samarbete mellan sjukvården i olika delar av Sverige. Patienter från Sörmland har skickats till Stockholm. Region Jönköping har fått hjälp med IVA-vård. När det gäller vårdskulden kommer olika regioner att ha olika långa väntetider. Här kan vi lära av coronapandemin och hjälpas åt så att nödvändig vård utförs snabbare.

Allt mer evidens bekräftar att en väl fungerande primärvård med kontinuitet minskar akutbesök, inläggningar på sjukhus och utmynnare i bättre hälsa. Samtidigt har andelen av resurserna till svensk primärvård legat på en relativt låg nivå jämfört med andra europeiska länder och dessutom inte ökat i relation till den somatiska specialistvården och sjukhusvården över tid.

Primärvården framhålls som den bas som behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälso- och sjukvårdstjänster. Men det behövs också konkreta samarbeten med andra samhällsaktörer. Efter Forum för Health Policy utbildningsdag den 15 maj 2020 inkom många synpunkter från publiken av patienter, läkare, sjuksköterskor, studenter, forskare, beslutsfattare och andra.

”Det vi nu skulle behöva jobba på är bättre myndighetssamarbete t.ex. mellan sjukvård/polis och framför allt mellan somatisk och psykiatrisk vård. Något vi ofta stöter på på akutmottagningen.”

”Öka möjligheterna för samverkan. Detta gäller både praktiska möjligheter, som nätverk/plattformar, men även ekonomiska, så att det går att lägga en del av sin arbetstid på samverkan för alla professioner.”

Mer kraftfulla samarbeten mellan regioner och kommuner har efterfrågats i decennier och är också en anledning till utredningen om **God och Nära vård. Regeringens utredare** har presenterat grundläggande principer för framtidens hälso- och sjukvård⁴. Förslag har lagts fram för att stärka olika dimensioner av samverkan och skapa ett mer sammanhängande sjukvårdssystem. Staten har till exempel satsat drygt sex miljarder av skattebetalarnas pengar på fyra utvecklingsområden:

- Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården
- Ökad tillgänglighet inom barnhälsovården
- Insatser inom ramen för Vision e-Hälsa 2025
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

God exempel på effektivt sammanhållen vård

I Borgholm¹ har man lyckats sänka antalet slutenvårdstillfällen, besök på akutmottagning och den totala vårdkonsumtionen för en traditionellt vårdtung patientgrupp.

I Alaska² har man lyckats minska antalet akutbesök med 40% och antalet sjukhusvistelser med 36%. Samtidigt har man goda kliniska resultat och mycket nöjda patienter såväl som personal.

På Sahlgrenska³ har antalet sökande till akuten har ökat med 20 % från 46 000 till 56 000, antalet vårdplatser har minskat med 20 % från 191 till 151. Men ändå har beläggningsgraden i januari månad sjunkit från 114 % till 98 %.

I Norrtälje⁴, där vård och omsorg ligger i samma organisation, är kostnaden per brukare, i både hemtjänst och i särskilt boende klart lägre än genomsnittet i regionen.

1 <https://healthpolicy.se/2019/06/07/losningen-ar-enklare-an-vi-tror/>

2 <https://healthpolicy.se/2019/05/10/community-driven-healthcare/>

3 <https://www.gp.se/nyheter/göteborg/nya-metoderna-minskar-trycket-på-akuten-1.22741752>

4 Utvärdering av KSON avseende resultat effektivitet RS 2019:1124

4 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/>

Råd för ökad samordning

Effektiv samordning kräver konkreta reformförslag. Ersättnings- och finansieringssystem som ger incitament till samordning saknas. Alltför få möjligheter har prövats för att en aktör, offentlig eller privat, kan ta hela ansvaret för både äldreomsorg/hemtjänst/socialtjänst och hälso- och sjukvård. En IT-infrastruktur för smidig samordning saknas. Den bristande kommunikationen mellan olika huvudmäns journalsystem orsakar stort tidsspill samt ökad risk för felbehandling. Det saknas ett kraftfullt ledarskap för att driva på reformer.

På Forum för Health Policys workshop redan 2016⁵ om en effektiv samordnad vård och omsorg, deltog över 100 personer från kommuner, regioner, organisationer, patientföreningar, företag och politiker. De rekommendationer som workshopen ledde fram till är fortfarande aktuella:

Ge individen möjlighet att välja mellan olika aktörer som erbjuder sammanhållna vårdkedjor, för en mer sömlös vård och omsorg. Möjliggör för vård- och omsorgsgivare att ta ett helhetsansvar för både regionernas och kommunernas hälsovård, sjukvård och omsorg vid sidan om nuvarande strukturer. Det kan utföras som ett försök som bör följas upp och utvärderas löpande. Vårdgivare med ett helhetsansvar kan lättare utforma en sömlös vård och omsorg. Ett exempel kan vara att patienten får med sig en ”ryggsäck” pengar och kan välja att lista sig hos en av flera valbara sjukvårdsorganisationer (offentliga eller privata). Konceptet kan prövas i någon del av landet.

Skapa ersättnings- och uppföljningssystem som stärker koordineringen av individens hela vård och omsorgsbehov. Utformandet av ersättningsystem för stora gränsöverskridande uppdrag som vård och omsorg förutsätter en nära samverkan mellan regioner och kommuner i någon form. Ersättningsystemen bör utgå från individens hela vård- och omsorgsbehov och undanröja hinder för både samordning och bör även främja innovation. Ersättningsystemet kan t.ex. premiera minskade onödiga återinskrivningar. Ersättningsystemen bör alltid kombineras med en robust uppföljning och benchmarking av kostnader och kvalitet med löpande återkoppling av resultat till vård- och omsorgsgivare. Detta bör vara transparent och presenteras för allmänheten. .

Utveckla hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning, IT-infrastruktur och digitaliserade tjänsteprocesser med utgångspunkt i patientens och brukarens behov. Det är dags för en starkare politisk kraftsamling för att öka tempot i utvecklingen av de ”digitala motorvägarna” som möjliggör informationsutbyte över utförar- och huvudmannagränser. Det skulle möta invånarnas förväntningar och underlätta för personalen. Entreprenörer fyller en viktig roll i utvecklingen av smarta och användarvänliga tjänster. Trots att det redan idag finns en nationell tjänsteplattform och tekniska möjligheter för tredjepartsutvecklare upplevs fortfarande hinder för att släppas in och delta i utvecklingen av invånartjänster.

Inrätta fler mobila vårdteam som möter personen i hemmet. Koordinering av vård och omsorg behövs som stöd för patient och brukare. Idag finns t.ex. kontaktsjuksköterskor inom cancervården. En mer utvidgad koordinatorsfunktion utgörs av mobila, tvärprofessionella team som kan samordna vårdkedjans olika faser och underlätta kontakterna mellan olika aktörer. Närsjukvårds-team är t.ex. ett symptomorienterat arbetssätt som vänder sig till personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg vilket kan minska återinläggningar. Arbetet med att införa mobila team bör intensifieras och framgångsexempel bör uppmuntras och spridas.

5 <http://healthpolicy.se/events/2017-2/en-effektiv-sammanhallen-var-d-och-omsorg-workshop-132/>

2. Ta tillbaka tiden – från administration till patientmöten

ADMINISTRATIONEN TAR ALLT mer tid. I en avhandling⁶ från 2019 konstaterar distriktssköterskan Eva Anskär att endast en tredjedel av arbetstiden ägnas åt direkt patientarbete. Övrig tid används till dokumentation, möten, e-post mm. I studien där samtliga professioner ingick fick respondenterna först svara på hur mycket tid de trodde att de ägnade sig åt olika arbetsuppgifter. Därefter gjordes tidsstudier med registrering av tidsåtgången. Några av resultaten var att 37% av personalens arbetstid ägnas åt direkt patientarbete (för sjuksköterskor något mer och för läkare något mindre). Samtliga yrkesgrupper underskattade tidsåtgången för administration. Eva Anskär framhåller⁷ att ”det finns mycket administration som personalen på vårdcentraler ägnar onödigt mycket tid åt – tid som skulle kunna användas till patientarbete istället.”

I en annan studie⁸ självskattar 1228 kliniskt verksamma läkare sin arbetstid. Resultatet visar att läkare lägger i genomsnitt 19% av sin arbetstid på administration och dokumentation. Det är dock viktigt att betona att enkäten är en självskattningsstudie. Flera studier visar på en underskattning av administrationen när tiden skattas och inte registreras i tidsstudier. I enkätsvaren i studien framgår att det saknas personal för att t ex boka patientresor och städa lunchrum. IT-systemen är krångliga och tröga. Det konstateras också att riktlinjer saknas för hur läkares arbetstid ska disponeras. Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren citeras i Läkartidningen⁹: ”Vi måste få ut mer patienttid. IT-systemen måste bli mycket bättre och vi måste ha en digital infrastruktur som är mycket vassare och mer ändamålsenlig än vad den är i dag. Vi behöver också få fler tekniker i vården som kan jobba tillsammans med oss.”

I utredningen ”Effektiv vård”¹⁰ görs en gedigen genomgång av vad som ingår i administrationen. Utredningen konstaterar att hälso- och sjukvårdssystemet fått utökade administrativa krav och att frustrationen har ökat. Ett exempel från utredningen är att schemalaggningsplaneringen bör anpassas till produktionsplaneringen. Utredningen stötte på ytterst få exempel på att en produktionsplanering efterföljts av ett samlat arbete med schemalaggningsplanering. ”Schemalaggningsplanering idag verkar fortfarande i stor utsträckning utgå från tillgänglig personal och inte behovet. Schemalaggningsplanering som stödjer teambaserade och multiprofessionella arbetssätt tycks också vara ovanligt.”

6 ”Time flies in primary care: a study on time utilisation and perceived psychosocial work environment.” Anskär, Eva. Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa. Linköpings universitet, Medicinska fakulteten. Region Östergötland, Primärvårdscentrum, Vårdcentralen Mantorp. 2019

7 Vårdfokus 2019-05-16

8 Tid i vård ger vård i tid. McKinsey 2019

9 Läkartidningen 30-32/2019

10 SOU 2016:2

Tidningen Vårdfokus genomförde en granskning¹¹ av förändringen av administrativ personal mellan 2010–2017 på basis av statistik från SKR (tidigare SKL) och konstaterade att gruppen handläggare, administratörer och chefer ökat med 36%. Samtidigt har Sverige fler läkare än andra länder men färre besök per läkare.

I en jämförande tidsstudie¹² av svenska och engelska läkares arbetsdag konstaterades att de engelska läkarna ägnade en större del av sin tid med patienten än de svenska¹³. De svenska erfarenheterna är hämtade från skånska sjukhus. Tidsanvändningen skiljer sig kraftigt mellan de två länderna. I Sverige bestod arbetstiden till största delen av patientarbete och patientrelaterad administration, 40 procent respektive 37 procent av den totala arbetstiden. I England ägnades relativt mer tid på patientarbete, 66 procent, och mindre tid på administration, 15 procent. I genomsnitt ägnades 8 timmar per dag åt patientarbete i England och 3,3 timmar per dag i Sverige. Tiden som lades på patientrelaterat administrativt arbete var 2 timmar i England och 3 timmar i Sverige. Av enkäten som genomfördes bland skånska läkare framkom flera intressanta resultat. Bland annat ansåg 70 procent av läkarna att den minst nyttiga tidsanvändningen består i att leta efter information i patientjournalen och 85 procent ansåg att de gjorde administrativa uppgifter som någon annan arbetsgrupp kunde överta.

Flera studier vittnar om både en onödigt tung byråkrati med ett ökat antal administratörer och för stor administrativ börda på de medicinska professionerna. Utvecklingen har gått mot högre krav på dokumentation och redovisning. Privata vårdgivare som är etablerade i hela landet – offentligt finansierade genom upphandling eller vårdval – upplever en stor frustration över regionernas olika krav på uppföljningsmått. I politiska budgetdokument framgår ofta en stor mängd mål med indikatorer som verksamheter ska styras på vilket skapar en omfattande administration både centralt och hos lokala vårdgivare. Mindre detaljstyrning skulle frigöra resurser och minska frustrationen.

Att Sveriges 21 regioner har olika vårdvalssystem, med olika regler och ersättningar, gör det också svårt med effektiva samarbeten över regiongränserna.

Frågan är hur statliga myndigheter, regioner och kommuner både kan samordna regelverk och uppföljningsmått men också rensa bland kraven.

Fortfarande upplever vårdens personal att stödsystemen är krångliga och tidskrävande. Den effektivisering som många hade väntat sig av IT-stöden har uteblivit. Ett exempel är regionernas ointresse att granska hur effektivt patienter lotsas genom vårdapparaten. Man tar sällan hänsyn till patientens egen värdering av tidsåtgång och väntan. Studier och statistik om patienters irrvägar lyser med sin frånvaro. Varför tas inte frågan på allvar?

Visserligen finns det digitala remisser men det saknas viktig information som behövs för bästa remittering. Landstingsrevisorerna i Stockholms Läns Landsting (numera Region Stockholm) kommenterar i en granskning¹⁴ av det bevisat stora antalet felaktiga remisser, att ”frågan är inte prioriterad” och ”den stora vinsten uppstår dock först när remitterter har ett betydligt bättre och enkelt tillgängligt stöd för att remittera rätt. Vi har i denna granskning inte kommit i kontakt med någon inom SLL som har som uppdrag att göra informationen tillgänglig för remitterter...”

Förhoppningen är att nya moderna vårdinformationssystem kan ändra på detta. Region Skåne inför nu en ny heltäckande digital plattform, Region Skånes digitala vårdssystem. Framtidens Vårdinformationsmiljö (FVM) är Västra Götalands viktigaste digitaliseringsåtgärder. Ännu har dock inga intelligenta remissystem satts. Region Stockholm, har pga coronapandemin, stoppat sin upphandling.

I coronapandemins stora tryck på sjukvårdssystemet utförs hjälteinsatser både inom vården och omsorgen. Många läkare och sjuksköterskor vittnar också om en viss lättnad för att tiden används effektivt till det dom är utbildade för. Denna kraft är viktigt att ta tillvara genom att förbättra förutsättningarna och effektivisera administrationen.

11 Tidningen Vårdfokus 2018-08-22

12 Läkartidningen 2014, 27-28

13 Mer tid för patienten hos läkare i England. Bengt Jeppson och Johanna Edvardsson. Läkartidningen 29-31/2014

14 Projektrapport 1/2017. Remisser – en länk mellan vårdnivåer. Landstingsrevisorerna. Stockholms läns landsting.

Råd och rekommendationer för att öka patienttiden

Låt den medicinska professionen göra sitt jobb genom att stärka styrnings- och ledningssystem som skapar förutsättningar för detta, t.ex. produktionsplanering och effektiv schemaläggning. Minska detaljstyrningen som stjälar tid från den kliniska vardagen.

Förenkla dokumentationen. 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 och undvika dubbelregistreringar.

Utveckla intelligenta remitteringssystem som underlättar för både vårdgivare och patient att både följa och följa upp remisser.

Låt patienter få möjlighet att värdera den tid de får vänta. På olika besked, i väntrummet, i operationskö, telefon osv. Detta ska redovisas öppet på respektive regions hemsida.

3. Tydligare styrning och bättre ledarskap

LÅT OSS LEKA med tanken att vi idag skall införa ett nytt hälso- och sjukvårdssystem i Sverige. Skulle vi då dela upp landet i 21 regioner med 21 olika sjukvårdssystem och 21 olika politiska ledningar och 290 kommuner med olika omsorgssystem och tillika 290 politiska ledningar? Det är tveksamt. Så hur effektivt fungerar egentligen ledning och styrning i det system som vi ändå har?

Före coronapandemin låg fokus på att stärka den nära vården. Flera rapporter har lagts fram om en nära och sammanhållen vård. Sedan kastades hela Sverige in i en kris som tar all kraft och energi, inte bara från sjukvårds- och omsorgspersonal.

Coronapandemin har visat på flera brister i styrningen. Det operativa ansvaret för krisberedskap i praktiken har uppfattats som oklart. Socialstyrelsen, MSB och länsstyrelserna bollade logistikansvaret för kommunernas försörjning med skyddsutrustning under en månads tid. En hel månad har det också tagit för MSB och Folkhälsomyndigheten att fundera på en spårningsapp. Och när sjukhuspersonal saknade skyddsutrustning mitt under den pågående pandemin fick de inte beställa från leverantörer.¹⁵ Tarja Viitanen, medicinskt ansvarig sjuksköterska i Nyköping, fick som svar när hon försökte beställa bland annat förkläden och munskydd att ”varorna spärrats för vanliga beställningar och ska fördelas mellan regionernas buffert/beredskapslager.”

Kommunallagen slår fast att varje kommun och landsting ska ha en tjänsteman som har den ledande ställningen bland de anställda och att denne ska ha en instruktion. Det framgår dock inte vad instruktionen ska innehålla. I en debattartikel¹⁶ efterlyser Håkan Sörman, tidigare vd på SKL, en tydligare rollfördelning både för ledande politiker och tjänstemän. Idag sammanblandas rollerna där vissa politiker agerar som koncernchefer och regiondirektörer som biträdande regionråd. En chef för ett kommunalt bolag lyder under aktiebolagslagen och är föremål för revisionens granskning. Men för en chef i en kommunal förvaltning gäller kommunallagen – och där ställs bara politikerna till svars.

Ovan exempel visar på otydligheter i styrningsmodellen både före corona och i samband med pandemin.

På Forum för Health Policys digitala utbildningsdag med över 500 anmälda ställdes en fråga till publiken om de viktigaste förbättringsåtgärder. Återkommande bland kommentarerna var att **se över styrning och ledning**. Flera var kritiska till en uppsplittrad styrning med 21 regioner och 290 kommuner. En utvärdering av nuvarande ansvarsfördelning mellan stat, regioner och kommuner efterfrågades.

¹⁵ Ekots granskning. <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=7476694>

¹⁶ Dagens Samhälle 2019-11-21

Råd för bättre styrning och ledning

Utvärdera nuvarande ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvårdssystemet, på nationell, regional och kommunal nivå. Utvärderingen bör innefatta grundläggande beskrivning av överlappande ansvar, otydligheter i ansvarsfördelning och mandat och definiera konkreta problemområden.

4. Bättre insatser mot den psykiska ohälsan

DEN PSYKISKA OHÄLSAN, med besvär som oro, ångest och sömnproblem, har ökat kraftigt under de senaste tjugo åren. Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivning i Sverige. Över en miljon svenskar äter antidepressiva läkemedel. Allvarliga psykiatriska sjukdomar och diagnoser har däremot inte ökat, men frågan är om sjukvården använder all aktuell kunskap i vården av svåra tillstånd. Den ökade psykiska ohälsan innebär både lidande för individer och stora samhällskostnader.

Stress och utmattning är vanliga orsaker till sjukskrivning, som arbetsgivare bär en stor kostnad för. Även långa sjukskrivningar är förknippade med höga kostnader för bland annat rehabilitering och arbetsanpassning. Den bristande tillgängligheten till bland annat psykologer, psykoterapeuter och kuratorer leder till att många arbetsgivare bekostar privata sjukvårdsförsäkringar. Idag har cirka 680 000 personer i Sverige en privat sjukvårdsförsäkring.

Behoven är stora av både förebyggande insatser, vård och rehabilitering. Sjukvården mår inte med, och köerna är ofta långa. Detsamma gäller vårdköerna till psykolog och liknande profession för våra unga. Nyligen vittnade 28 verksamhetschefer, medicinskt ledningsansvariga överläkare och chefsöverläkare enbart från barnpsykiatri att det inte är möjligt att förlita sig på att barn- och ungdomspsykiatri ska klara den stora ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga.¹⁷ Samtidigt visar andra jämförelser att läkare inom barn- och ungdomspsykiatri inte träffar fler än 1,5 patienter om dagen.¹⁸

I slutbetänkandet av den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa¹⁹ konstateras att ”den nationella styrningen präglats av kortsiktighet och projektstyrning. Vilka effekter de nästan 13 miljarder kronor som satsats på att förbättra livsvillkoren för personer med psykisk ohälsa – varav över 10 miljarder de senaste tio åren – fått är oklart”.

Med nya arbetssätt kan psykiatri nå fler. KBT (kognitiv beteendeterapi) via internet, som erbjöds redan 2007 i Stockholm, kan enligt samstämmig vetenskaplig evidens²⁰ ge likvärdig effekt som sedvanlig KBT och dessutom spara in dyrbar behandlartid. Minst fyra gånger fler patienter kan få hjälp med KBT digitalt jämfört med KBT via fysiskt möte räknat i effektiv behandlartid.

Att inkludera personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom ökar sannolikheten för att vården utformas och utvecklas utifrån patienternas verkliga behov. Ett exempel är de brukarinflytandesamordnare som finns inom psykiatri i Region Stockholm, vars uppgift bland annat är att lyssna på vad patienterna behöver. Det kan handla om allt från bättre samtalsstöd eller ökade möjlighet till aktiviteter eller till en mer inkluderande vårdplanering.

Det pågår en rad initiativ till förbättringar inom den psykiatriska vården i Sverige men utmaningen är så pass stor att det behövs kapacitet även utanför hälso- och sjukvården. Detta är inte minst viktigt med tanke på bristen på

17 SvD 20190322

18 Psykiatri i siffror 2019. SKR.

19 SOU 2018:90

20 Läkartidningen. 2017;114:D77R

psykiatriker, psykologer, kuratorer och terapeuter. En viktig, men i Sverige kanske underskattad inriktning, är att engagera civilsamhället i större utsträckning.

Internationellt pågår en diskussion om att ge personer en avgränsad utbildning i syfte att kunna identifiera, fånga upp och stötta människor som upplever psykisk ohälsa i varierande grad. "Mental health workers" är vanligare i låginkomstländer men börjar användas allt mer även i rika länder som USA, England och Australien.

International Initiative for Mental Health Leadership är ett internationellt och tvärsektoriellt nätverk för ledare inom psykisk hälsa. 2018 samlades 400 ledare från 24 länder, från olika sektorer som verkar för psykisk hälsa, i Stockholm. De bekräftade att forskningsläget är gott kring praktiska lösningar för systemkoordinering i policy och praktik. Ändå dominerar inte detta vårdens sätt att arbeta idag. De beskrev samstämmigt att de viktigaste barriärerna för att framgångsrikt möta psykisk ohälsa handlar om:

- bristande strukturer och processer för tvärsektoriell ledning och styrning
- otillräcklig politisk uppmärksamhet
- ineffektiv resursallokering
- stigma och negativa attityder kring psykisk ohälsa

I Sverige råder brist på psykologisk kompetens inom primärvården, behandlingen som erbjuds är i huvudsak medicinsk. Utbudet av kostnadseffektiva och individanpassade modeller för psykologiskt stöd och behandling är för begränsat i förhållande till de växande behoven.

Många efterfrågar också en högre tillgänglighet till psykologiskt stöd. Ledtider upplevs som långa. Tidiga besök vid psykiska ohälsa ökar chansen för tillfrisknande. Psykiatrin kan och bör nå ut till fler med nya arbetssätt och digitala stöd, vilket också kan frigöra resurser.

Kostnader för psykisk ohälsa

Beräkningar (SOU 2018:90) visar att samhällskostnaderna för psykisk ohälsa direkt och indirekt, uppgår till nästan 5 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP). Förutom lidande för individen innebär den ökade psykiska ohälsan stora samhällskostnader. Stress och utmattning är vanliga orsaker till sjukskrivning, som arbetsgivare bär en stor kostnad för, framför allt de två första veckorna. Även långa sjukskrivningar är förknippade med höga kostnader för bland annat rehabilitering och anpassning. En förbättring av psykiska hälsan skulle ge betydande samhällsekonomiska besparingar.

Råd för att minska den psykiska ohälsan

Forum för Health Policy anordnade en stor workshop på temat psykiska (o)hälsan 2019 med politiker, tjänstemän, patienter, psykiatriker, psykologer, kuratorer, och andra professioner inom vården samt representanter från företag och forskare. Det rådde en bred konsensus om behovet av nytänkande, konkreta förslag och uppföljning för att vända trenden. Flera övergripande rekommendationer lyftes fram

Ta fram en långsiktig strategi med konkreta mål och delmål. För att vända trenden kring den psykiska ohälsan i Sverige behövs ett helhetsgrupps och nytänkande. En långsiktig strategi med tydliga och uppföljningsbara mål kan stimulera nytänkande inom olika områden. Tidiga insatser, digitala hjälpmedel, komplementära utbildningar, involvering av patienter och samarbete med organisationer i civilsamhället är bara några exempel.

Skapa ersättnings- och uppföljningssystem som främjar hälsa och prevention.

Ersättningssystem i hälso- och sjukvården bör inkludera prevention och hälsa och utgå från individens hela vårdkedja. Det kan t.ex handla om att premiera onödiga återinläggningar. Det är samtidigt av stor vikt att ersättningssystem även främjar högre tillgänglighet.

Öka utvecklingstakten för det förebyggande arbetet i samarbete mellan samhällets aktörer. Mänskligt lidande och stora samhällskostnader kan besparas om mer fokus läggs på prevention och hälsofrämjande åtgärder. Fler aktörer i samhället bör t.ex uppmuntra till ökad fysisk aktivitet, något som har dokumenterad effekt vid bl.a. depression. Inte bara hälso- och sjukvården utan även andra aktörer i samhället bör arbeta mer aktivt med att förebygga psykisk ohälsa, såsom t.ex. skola, arbetsgivare och organisationer i lokal- och civilsamhället. Ett helhetstänkande och individanpassade behov kräver reellt samarbete mellan olika professioner och huvudmän.

Utveckla vårdens kvalitet och räckvidd. Fungerande strukturer för patientmedverkan skapar förutsättningar för en mer behovsdriven utveckling och smidigare vårdprocesser.

5. Prevention för patientens skull

EN STOR UTMANING i hälso- och sjukvårdssystemen är ökningen av kroniska sjukdomar som i många fall går att förebygga. Olika aktörer kan bidra till hälsofrämjande processer men hälso- och sjukvården har en central roll. Primär- och sekundärprevention är en förutsättning för att klara framtidens utmaningar. Väl fungerande prevention förbättrar hälsan men sparar också pengar. Flera rapporter visar på vikten av preventiva åtgärder.

En undersökning²¹ visar på en stark vilja i befolkningen att förbättra hälsan med preventiva åtgärder. Mer än hälften uppger att man skulle vända sig till vården för att förbättra hälsotillståndet men har samtidigt uppfattningen att vården saknar ändamålsenliga förebyggande processer. Undersökningen visar också att respondenterna är positiva till att monitorera sin sjukdom. De säger sig också vara villiga att dela sin personliga hälsodata med vården.

Beräkningar från en statlig utredning²² visar att samhällskostnaderna för psykisk ohälsa uppgår till cirka 140 miljarder årligen. Om ett ökat fokus på preventivt arbete kan reducera förekomsten med bara fem procent skulle 7 miljarder kunna sparas varje år enbart inom psykisk ohälsa. Dessutom tillkommer indirekta kostnader som ofta är större, t.ex. sjukskrivningar, produktionsbortfall mm. I en artikel²³ skriver Reumatikerförbundet att kostnaderna för reumatiska sjukdomar är närmare 40 miljarder per år där större delen handlar om produktionsbortfall och sjukskrivningskostnader.

I en bloggartikel²⁴ till Forum för Health Policy beskriver professor Lars Weinehall Västerbottens arbete med att förebygga hjärtinfarkter och slaganfall. På 80-talet hade de så kallade skogslänen dramatiskt ökade dödstal i hjärtkärlsjukdomar. Införandet av hälsoundersökningar 1985 och individuella hälsodialoger gav goda resultat med ändrade levnadsvanor. En artikel som publicerades 2015 i British Medical Journal visade att Västerbotten, som 1985 låg sämst till, nu hade 10% lägre totaldödlighet i åldern 40–74 år jämfört med riket.

Digitaliseringen skapar helt nya förutsättningar för prevention och förebyggande åtgärder. Med tillgång till DNA, kliniska värden och levnadsvanor finns den dubbla möjligheten att dels identifiera risk för ohälsa hos en specifik individ, dels ge stöd för förändrade levnadsvanor och/eller behandling. Det banar väg för ett individinriktat förebyggande arbete som kan minska förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och psykisk ohälsa. Förebyggande åtgärder, både i form av primärprevention och sekundärprevention kan och bör bli vår tids hälsorevolution.

Ersättningsystem utgör en viktig del i styrningen av hälso- och sjukvården. Fokus är oftast på sjukvården. Det kan handla om betalning per utförd åtgärd eller operation. Kvalitetsmått inkluderas visserligen men är oftast kopplat till medicinska utfall. Ersättningsystemen bör fokusera i högre utsträckning på hälsa och prevention. Ersätt-

21 Från sjukvård till hälsovård. Juni 2019. PWC mfl.

22 SOU 2018:90

23 Lotta Håkansson blogg till Forum för Health Policy

24 <http://healthpolicy.se/2017/04/27/inte-det-smartaste-vagvalet/>

ningssystemen bör utgå från individens hela vårdkedja och undanröja trösklar för preventiva åtgärder, särskilt för personer med kroniska sjukdomar. Ersättningsystemen kan t.ex. premiera minskade onödiga återinskrivningar.

En väl fungerande prevention utgår från patienten. Varje patient har unik kunskap om sig själv och sina behov, förväntningar och resurser. Prevention blir bara framgångsrika med patientens aktiva delaktighet. Sjukården blir säkrare och bättre om patienterna är välinformerade, deltar aktivt i sin vård och kan påverka hälso- och sjukvården utifrån sin roll.²⁵

I Sverige är patientens rätt och ställning lagstadgad genom Patientlagen som trädde i kraft den 1 juni 2015. Lagen ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen har däremot inte haft något större genomslag. En rapport²⁶ från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar att patientens ställning fortfarande är svag och har faktiskt försvagats över tid på områden som handlar om tillgänglighet, information och delaktighet.

Prevention som frigör resurser

Väl fungerande prevention och en aktiv patientdelaktighet förbättrar hälsan och sparar pengar. Flera rapporter visar på vikten av preventiva åtgärder. Ett exempel är reumatiska sjukdomar som årligen kostar samhället närmare 40 miljarder kronor. Huvuddelen av kostnaderna består produktionsbortfall och sjuk-skrivning. En bättre primär och sekundärprevention förbättrar hälsan och frigör resurser till samhället.

Patientriksdagen som är en mötesplats för patienter och beslutsfattare som diskuterar patientens ställning. En rad olika patientföreningar deltar och ger sin syn på hur man kan stärka patientens delaktighet. På senaste patientriksdagen¹ lyftes bland annat fram följande;

- Integrera hälsoplanen i journalen
- Patientutbildningar bör definieras och struktureras
- Alla vårdutbildningar bör innehålla utbildning i Patientlagen
- Digitaliseringen måste utgå från patienten
- Hälso- och sjukvården måste i större utsträckning vara personcentrerad
- Hälso- och sjukvården måste bli bättre på att ta hand om kroniskt sjuka
- Rollen som vårdkoordinator bör införas, med tanke på de "stuprör" som finns i vården idag
- Starkare och tydligare klagomålsfunktion – patientnämnderna idag är underutnyttjade

1 Patientriksdagen. Rapport 2019.

25 Patienten en del av teamet. Socialstyrelsen 2019

26 Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014-2017. Myndigheten för Vård - och omsorgsanalys. 2017.

Råd för att förbättra preventionen

Fungerande strukturer för patientmedverkan och personcentrerad vård och omsorg skapar förutsättningar för en mer behovsdriven utveckling med fokus på prevention.

Mer psykologisk kompetens inom primärvården kan ge stöd i tid och därmed minska både lidande och kostnader.

Större fokus på prevention och hälsofrämjande åtgärder. Fler aktörer i samhället (skola, arbetsgivare m fl) bör t.ex. uppmuntra till ökad fysisk aktivitet.

Ta fram en långsiktig strategi med konkreta mål och delmål. En satsning på prevention kräver ett helhetsgrepp och nytänkande vilket en långsiktig strategi kan stimulera. Tidiga insatser, digitala hjälpmedel, involvering av patienter och samarbete med organisationer i civilsamhället är bara några exempel.

6. Öka digitaliseringstempot

VI ÖVERSKÖLJS MED information om spridningen av coronaviruset, och livsviktig kunskap om hur vi ska bete oss för att skydda riskgrupperna. Krisen kräver också att vi använder digitala verktyg i vård och omsorg i betydligt större utsträckning än tidigare. Personalen kan inte och ska inte vara nära patienterna, om det går att undvika. Patienterna vill inte och ska inte vara fysiskt nära personal med tanke på smittspridningsrisker. Nu exploderar den digitala transformationen i vården.

Vård online är bara ett bland flera digitala verktyg som nu används i högre utsträckning. Digitalisering generellt innebär stora möjligheter till kvalitetsförbättringar och effektiviseringar i hälso- och sjukvård. Flera studier visar på minskade kostnader med relativt enkla åtgärder. Det kan handla om administrativa stöd, diagnosstöd, journalanteckningar m m.

Ny teknik i hemmen underlättar till exempel egenvård för personer med kroniska sjukdomar och förbättrar deras livskvalitet – samtidigt som resurser frigörs när inläggningarna på sjukhus blir färre. Ny teknik ger förutsättningar för en mer jämlik vård, bland annat genom digitala beslutsstöd. AI-baserade diagnos- och beslutsstöd har ibland bättre träffsäkerhet än de mest erfarna läkarna trots att utvecklingen av dessa stöd bara är i sin linda.

Med analysinstrument, medicinsk historik och allmän undersökning bedömer sjukvårdspersonalen idag vad som behövs för att hjälpa individen. Tidigare handlade det om trubbiga och få parametrar som utgjorde den grund på vilken patienters tillstånd kunde bedömas, medan dagens teknologi erbjuder betydligt större möjligheter.

Med ökad digitalisering kan hälso- och sjukvården också i större utsträckning ta tillvara på patientens bedömning av sitt tillstånd innan besök. Där det tidigare krävts för mycket tid av hälso- och sjukvårdspersonalen för att bedöma och dokumentera informationen sker det idag med beslutsstöd och automatisk dokumentering. Detta förfarande används av nätläkare som med automatik ställer frågor medan vi väntar på att få kontakt. Det finns också unika initiativ inom vissa patientgrupper där man bedömer sina smärtor eller symtom inför besök i vården.

En tidigare flaskhals har varit just dokumentation, där den antingen uteblivit, dröjt eller dubbeldokumenterats. Med ökad digitalisering kommer ökad automatisering, vilket inte bara spar tid utan även förbättrar integriteten, där risken tidigare fanns att personal dokumenterade sina tolkningar. Ökad standardisering av nomenklatur förklar hantering och jämförelse av data och information – dessutom undviks handskrivna hieroglyfer.

Sverige är det land i världen där medborgare har bäst tillgång till internet i hemmet, tillika mognadsgrad i användning av smarta telefoner och trådlös uppkoppling. Sverige har också en god infrastruktur för hantering av information och data, samt lagstiftning som gör att vi kan hantera den på ett säkert sätt. Här är förutsättningarna fenomenala. Med en utökad möjlighet att dela data mellan regioner och kommuner, samt möjlighet att sammanföra data från olika källor skulle Sverige kunna vara i framkant – inte minst i egenskap att med ökad precision behandla eller hålla våra medborgare i bibehållen eller ökad hälsa.

Flera studier visar på stora möjligheter till kvalitetsförbättringar och effektiviseringar med hjälp av digitalisering. En studie²⁷ visar möjligheter till minskade vårdenhetskostnader med upp till 25% över en tioårsperiod, genom en systematisk tillämpning av digitala tekniker inom 14 områden.

I en annan rapport²⁸ om digitalisering i kommuner granskas sju kommunala tjänster. I studien beräknas effektiviseringspotentialen utifrån hur stor andel som använder digitala tjänster istället för manuella/analoge tjänster, den digitala nyttjandegraden. Den årliga besparingspotentialen är omfattande i samtliga kommuntyper som undersökts. Rapporten visar också att det finns betydande besparingsmöjligheter även om bara en av tio använder de fyra e-tjänsterna inom hemtjänsten.

Det saknas fortfarande incitament i sjukvårdssystemet i form av teknikneutrala ersättningsystem som uppmuntrar utveckling av arbetsprocesser inom både digital och fysisk vård. Regionernas ersättningsmodeller är inte i takt med utvecklingen. En gemensam teknisk plattform som fungerar för hela Sverige behöver göras lättare tillgänglig mellan regioner, kommuner, privata och offentliga sjukvårdsaktörer.

I dag utgör lagar och regler ofta ett hinder både för innovation och för en patient- och brukaranpassad vård och omsorg. För att kunna nyttja digitaliseringens fulla potential krävs att regelverk och lagstiftning ändrar inriktning från organisation till individ, främjar kompatibla system och möjliggör samverkan över alla gränser (mellan huvudmän, mellan privata och offentliga vårdgivare och mellan digital och fysisk vård).

Coronakrisen kostar samhället enormt. Men krisen ökar också tempot på användningen av befintliga digitala verktyg och innovation av nya, något som är nödvändigt för sjukvårdssystemet oavsett en pandemi. När Forum för Health Policy anordnar workshops på temat digitalisering i vården med företrädare för offentliga och privata vårdgivare, patienter, medarbetare, forskare och politiker framkommer en bred samsyn. Behovet är stort av att möta framtidens utmaningar med hjälp av ny teknik.

Det svenska samhället visar nu att snabba beslut kan fattas när det verkligen gäller. Ur denna mycket allvarliga kris kan komma något gott. Starka solidariska innovativa samarbeten möjliggör den snabba digitala transformation som vi behövde före coronakrisen och som vi behöver ännu mer nu.

Digitaliseringsvinster

Digitalisering innebär stora möjligheter till kvalitetsförbättringar och effektiviseringar i hälso- och sjukvård. Flera studier visar på minskade kostnader med relativt enkla åtgärder. Det kan handla om administrativa stöd, enklare uppföljning, diagnosstöd, journalanteckningar mm

27 Värdet av digital teknik i den svenska vården. McKinsey, juni 2016

28 När blir digitalisering av kommunala tjänster lönsamma? Digitaliseringsrådet, RISE, Stelcon, Februari 2019

Råd för att öka digitaliseringstempot

Ta fram en politisk vision för en modern hälso- och sjukvård. Det behövs en politisk framtidsåtsyftande vision där digitala verktyg och digitala vårdbesök är en naturlig och integrerad del av hälso- och sjukvården. Utveckla en gemensam teknisk plattform som fungerar för hela Sverige, kompatibel mellan regioner, kommuner, privata och offentliga sjukvårdsaktörer och som är lätt att använda.

Byt perspektiv från organisation till person. Utgå från individens behov istället för organisationens. Genom att aktivt och lyhört lyssna på och skapa tillsammans med invånare, patienter och brukare kan utvecklingen styras utifrån individens resurser, möjligheter och behov.

Utveckla och anpassa ersättningsystemen. Skapa teknikneutrala ersättningssystem med fokus på resultat. Digitaliseringen av vården innebär stora möjligheter men kräver också anpassningar av styrsystemet. Regionernas ersättningsmodeller är i otakt med utvecklingen. Det behövs incitament för vårdgivarna att ge en sammanhållen och förebyggande vård, över huvudmannagränserna, och över digitala och fysiska gränser, utan att uppmuntra till överutnyttjande.

Använd digital teknik för att skapa moderna arbetssätt. Digital teknik ska användas för att skapa moderna arbetssätt. Genom olika digitala teknikstöd kan vårdpersonalens kompetens bättre nyttjas vilket ökar yrkets attraktivitet.

Modernisera lagstiftningen. Skapa tydliga principiella regelverk utan detaljstyrning och ha tillit till användarna. För att kunna nyttja digitaliseringens potential inom vård och omsorg krävs att regelverk och lagstiftning ändrar inriktning från organisation till individ, möjliggör samverkan över alla gränser (mellan huvudmän, mellan privata och offentliga vårdgivare och mellan digital och fysisk vård) och främjar kompatibla system. I dag utgör regelverket ofta ett hinder för såväl innovation som för en patient- och brukaranpassad vård och omsorg.

7. Lär av variationer i sjukvården

ÖKAD KUNSKAP OM vård och omsorg är en förutsättning både för bättre policybeslut och för nya innovationer. Variationer i vårdens resultat utgör en utmaning för beslutsfattare, praktiker och forskare att analysera. Det gäller både behoven av vård som skiljer sig mellan individer och det gäller hur vården utförs.

Kvalitetsstyrning ska ses som en del av effektiviseringen av sjukvården. Den som gör rätt från början spar inte bara lidande för patienten, utan sänker också kostnaderna i verksamheten, till exempel genom att färre reoperationer behövs. Nordiska jämförelser (Rehnberg 2016) och erfarenheter från Capio S:t Görans sjukhus visar att vi skulle kunna få ut betydligt mer sjukvård för skattepengarna vid de svenska akutsjukhusen.

Sverige har en lång tradition av att samla in och presentera data, och närmast unika datakällor som belyser variationer i vården. Årsrapporter presenteras från nationella kvalitetsregister, indikatorbaserade utvärderingsrapporter från Socialstyrelsen, kvalitets- och kostnadsdata från SKR bl.a. genom "Öppna jämförelser" och "vården i siffror". Kvalitetsregistren har lett till betydande förbättringar av hälso- och sjukvårdens resultat.

I en bloggpost hos Forum för Health Policy, visar Johan Mesterton baserat på sin avhandling att det föreligger stora skillnader i både kejsarsnittsfrekvens och i hälsoutfall mellan olika svenska förlossningskliniker efter case mix-justering. Om alla kliniker presterade lika bra som de 20% som presterade bäst för respektive kvalitetsindikator skulle man under den studerade tidsperioden, åren 2011 och 2012, kunnat undvika 2200 kejsarsnitt, 900 allvarliga bristningar, 1500 infektioner och 2700 kraftiga blödningar.²⁹

En avhandling från Medical Management på Karolinska Institutet, visar på vinster av vård utanför stuprörsorganisation. Kostnaden för vården vid ett HND-centrum för multisjuka patienter med hjärt- och njursjukdom samt diabetes blev cirka 50 000 kronor lägre per patient och år, jämfört med vården för HND- sjuka i traditionell vård.³⁰

I återkommande årsrapporter från SKR, Vården i siffror, klarar sig vissa regioner, sjukhus och kliniker betydligt bättre än andra när det gäller bättre tillgänglighet, behandlingsresultat, patientnöjdhet mm. Varför?

En viktig policyfråga är inte om man skall publicera kvalitetsjämförelser eller ej, utan hur ett regionalt och nationellt arbete för kvalitetsmätning och publicering av data skall utformas för att ge bästa möjliga utbyte för utveckling och förbättring. Viss kvalitetsmätning görs som stöd för förbättring som fokuserar på enhetens egen utveckling över tid. Medan mätning av kvalitet som stöd för utvärdering istället betonar rättvisa jämförelser mellan enheter eller vårdsystem.

Sammantaget finns ett mycket stort antal indikatorer och tillsammans med andra relevanta jämförelsetal (vårdskonsumtion, kostnadsdata, medelvårdtider, läkemedelsanalyser) så ökar antalet ytterligare. Det finns stora mängder potentiellt meningsfull information om kvalitet och effektivitet. Ur både ett regionalt och nationellt perspektiv är det viktigt att öka nyttan av denna information,

29 Omotiverade skillnader i svensk förlossningsvård. Johan Mesterton. Blogg till Forum för Health Policy

30 Counting what counts: time-driven activity-based costing in health care. Georg Keel. Karolinska Institutet 2020

Råd för bättre utvärdering

Kvalitetsindikatorer för förbättringar skall vara lätta att använda, tydliga vårdprocessmått, aktuella indikatorer och relevanta för resultaten. Till följd av coronapandemin är det av särskild vikt är att noggrant följa upp köläget i hela landet för att regionerna snabbt kan bistå varandra för att minska köerna och upprätthålla en jämlik vård.

En mer kraftfull nationell tolkning av enskilda resultat och enskilda regioners resultat behövs och skulle innebära en arbetsbesparing och förenkling för regionerna. Både den nationella och regionala styrningen underlättas med bättre evidens på vad som fungerar och inte. En kompetent organisation för extern och auktoritativ bedömning skulle kunna värdera och utmana regionerna på ett konstruktivt sätt.

Peka ut ett antal viktiga kvalitetsproblem nationellt. Tidigare har tillgängligheten lyfts fram dock utan analyser om varför vissa regioner eller kliniker haft bättre eller sämre tillgänglighet. Dessa områden skulle ses som högt prioriterade kvalitetsbrister men uppbackade med hälso- och samhällsekonomiska analyser så att även bredare bedömningar av hälsa och andra vinster speglas.

Staten, regioner och kommuner bör tillsammans utveckla en enhetlig uppföljningsstruktur för hur alla vårdgivare ska redovisa kvalitet på likartat sett. Detta bör inkludera kliniska resultatmått, (t.ex. återinläggningar, infektioner efter kirurgi mfl), väntetider, patienternas upplevelse av vården, information, delaktighet mm och . Vårdgivare, regioner och kommuner kan använda måtten för att förbättra styrningen.

Patienter och invånare bör få bättre möjligheter att jämföra kvaliteten i vården hos olika vårdgivare. Idag finns en rad olika mått tillgängliga men det är fortfarande svårt att orientera sig bland mängden av olika mått på olika ställen.

English summary

The corona pandemic has caused suffering, deaths and major economic consequences. This has put enormous pressure on healthcare systems. We see heroic measures and actions around the globe every day.

In Sweden already long waiting times for treatment increased further. Non-covid patients are either hesitant to go to the hospitals or are not a priority.

Sweden, like most countries, will emerge from the corona pandemic with a huge debt of care, both financially, lack of personnel and in the form of pent-up demand for health care.

Yet there are also opportunities. Some innovations are now quickly being taken up. What previously took months and years to implement can now take a few weeks. Digitization is taking great strides forward. Decisions that previously took years to investigate and decide on have only been implemented because they must be made here and now. This shows that there is an enormous potential in the healthcare staff, a potential that is not used today.

After the acute phase, much can be learned from what worked and where it broke. However, challenges were great for Swedish health care even before the corona crisis. When the emergency situation is over, the long-term discussion must be less about demand for more resources and more about how resources can be put to better use.

This report from the Swedish think tank Forum for Health Policy, proposes the necessary measures in a number of different areas:

1. Coordination saves money and suffering

Give the individual the opportunity to choose between different actors that offer cohesive care chains, for a more seamless health care and elderly care.

Create reimbursement - and follow-up systems in order to strengthen the coordination of the individual's entire health care.

Develop IT infrastructure and digitized service processes based on the patient's and user's needs.

Set up more mobile care teams that meet the person at home.

2. Take back time - from administration to patient meetings

Let the medical professions do their job.

Simplify documentation requirements.

Develop intelligent referral systems.

3. Improve governance and leadership

Evaluate the current division of responsibilities within the health care system, at national, regional and municipal level.

4. Improve preventive efforts against mental illness

Develop a long-term strategy with concrete goals and sub-goals.

Increase the pace of development for preventive work in cooperation between all relevant parties in the society.

Develop the quality and scope of care.

5. Prevention for the patient's sake

Create functional structures for patient participation and person-centered care and care.

Increase psychiatric competence in primary care.

Greater focus on prevention and health promotion measures.

Develop a long-term strategy with concrete goals and sub-goals.

6. Speed up the pace of digitization

Develop a political vision for a modern healthcare system.

Change perspective from organization to person.

Develop and adapt the reimbursement systems.

Use digital technology to create modern working methods.

7. Learn from variations in healthcare results

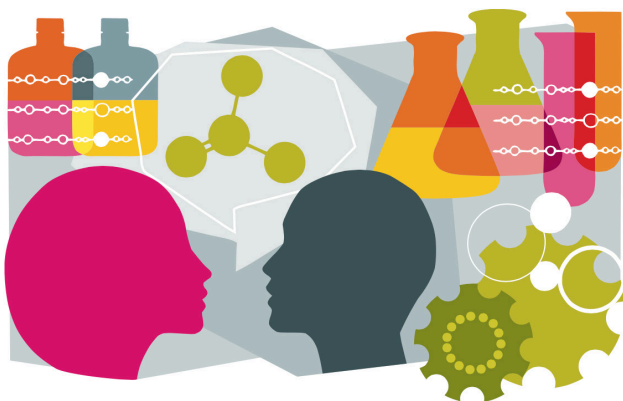
Quality indicators for improvement must be transparent and easy to use

A more powerful national analysis of health care results in the different regions and healthcare entities.

Identify important quality issues nationally.

The state, regions and municipalities should together develop a uniform follow-up structure for how all care providers should report quality in a similar way.

Patients and residents should have better opportunities to compare the quality of care at different care providers.



Sjukvården efter Corona

Forum för Health Policy, augusti 2020

Rapportförfattare: Catharina Barkman

Grafisk form och textredigering: Erika Jonés

Med särskilt tack till:



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

www.healthpolicy.se

info@healthpolicy.se