Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2016-08-17

LS 2016-0324

Landstingsstyrelsen

Yttrande över Effektiv vård (SOU 2016:2)

Föredragande landstingsråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Landstinget har beretts möjlighet att yttra sig över slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2)

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet över Effektiv vård (SOU 2016:2) i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Landstingsrådsberedningens motivering

I utredningen slås fast att vården i Sverige i huvudsak är av hög kvalitet, men inte särskilt effektiv. Kostnaden för hälso- och sjukvård i Sverige ligger på samma nivå som för de länder som ligger högst i EU och det motsvarar cirka 11 procent av BNP.

Det antal läkare som är verksamma inom sjukvården ökar stadigt i Sverige och ligger på en hög nivå i en europeisk jämförelse. Antalet sjuksköterskor ökar också, men i mindre grad än läkare. Antalet läkarbesök per invånare har inte ökat och antalet vårdplatser är få i en internationell jämförelse. Medelvårdtiden och antalet vårdtillfällen sjunker.

Utredarens uppfattning är att en förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården endast kan uppnås genom förbättringar i interaktionen mellan patienten och vården. Det avser det enskilda mötet med patienten.

I utredningen konstateras att styrningen av vården är mångfaldig och splittrad. Den är kortsiktig, detaljerad och ibland motsägelsefull. Ekonomistyrningen blir alltmer detaljerad. Det finns en uppsjö strategier,

policys, riktlinjer och handlingsplaner. Det är viktigt att komma ihåg att vården måste bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och patientens individuella behov ska stå i centrum.

Den svenska sjukvården är sjukhustung och endast 17 procent av vårdens kostnader går till primärvården. Dessutom är inte bemanningen och schemaläggningen anpassad till den vård som ska ges. Trots att vi internationellt sett har mycket personal och få vårdplatser upplever vi att sjukvården är underbemannad.

I utredningen konstateras att en liten del av patienterna – en procent - inom den somatiska vården står för hälften av kostnaderna.

Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor effektiviseringspotential inom hälso- och sjukvården och att resursbrist sällan är ett problem. Det behövs ett nytt synsätt på vården av kroniskt sjuka. Dessutom anser utredaren att primärvården måste förstärkas. En ny lagstiftning föreslås där kommuner och landsting gemensamt ska ge äldre vård och omsorg. Detaljstyrningen måste också minska enligt utredaren.

Utredningen är motsägelsefull när det gäller statlig styrning av hälso- och sjukvården. Utredaren vill ha både mer och mindre styrning från staten. Detta måste redas ut i det fortsatta arbetet med utredningens förslag.

Landstingstyrelsen anser att utredningen har gjort ett gedigen omfattande analys av sjukvården. Analysen har gjorts utifrån delvis nya utgångspunkter. De resultat kommit fram till och de analyser som utredningen gjort manar till eftertanke. Det är ett viktigt ansvar som sjukvårdshuvudmanen har – att initiera ett arbete att ta itu med olika frågor som beskrivs i utredningen.

Landstingsstyrelsen delar utredarens syn på ett utökat uppdrag för primärvården. Även förslaget att primärvården och kommunerna ska ta ett ökat ansvar för vård och omsorg av äldre och kroniskt sjuka är positivt. Hur en sådan samverkan ska se ut måste dock utredas mer ingående. Styrelsen delar även utredningens förslag att ta bort onödigt administrativt arbete inom sjukvården och att minska den administrativa belastningen på sjukvården. Utredningens förslag när det gäller grund- och specialistutbildning för läkare och sjuksköterskor är bra. Ett syftet är att öka möjligheterna till patientnära arbete.

Enligt landstingsstyrelsens mening saknas några viktiga områden i utredningen som hälsoförebyggande arbete, en säker och kostnadseffektiv

läkemedelsanvändning samt vård- och rehabilitering av patienter med ett omfattande och långvarigt behov av rehabilitering. Dessa områden borde ha belysts mer ingående.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 8 augusti 2016
Förslag till yttrande
Sammanfattning av Effektiv vård (SOU:2)
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll den 24 maj 2016 med S-, MP- och V- ledamöternas särskilda uttalanden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtande den 27 april 2016

Torbjörn Rosdahl

Anna Starbrink

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-08-08

LS 2016-0324

Handläggare:
Clara Wahren

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -08- 09
Dnr LS 2016-0324

Landstingsstyrelsen

Hälso- och sjukvårds-
rotelu
II

Yttrande över slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2)

Ärendebeskrivning

Landstinget har beretts möjlighet att yttra sig över slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2).

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 8 augusti 2016
Förslag till yttrande
Sammanfattning av Effektiv vård (SOU 2016:2)
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 24 maj 2016 med S-, MP- och V-ledamöternas särskilda uttalanden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtande den 27 april 2016

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet över Effektiv vård (SOU 2016:2) i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Stockholms läns landsting har beretts möjlighet att yttra sig över slutbetänkandet Effektiv vård. Förvaltningen ställer sig positiv till utredningens övergripande slutsatser och att det finns en stor samlad effektiviseringspotential. För att lyckas med effektiviseringarna är det viktigt att förändra organisationen av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, att det finns ändamålsenliga stödsystem samt att rätt kompetens utför rätt uppgifter. Stockholms läns landsting har genomfört åtgärder i utredningens riktning och delar gärna med sig av dessa erfarenheter.

Bakgrund
Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Utredningen anser att den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande utmaningar:

- En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.
- Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar "spilltid" för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete.
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Utredningens samlade bedömning är att lösningarna är lika sammansatta och komplicerade som de identifierade effektivitetsproblemet i hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen menar att det behövs åtgärder på alla nivåer för att åstadkomma styrning, struktur, samarbete, organisering och arbetssätt som bättre möter patientens behov och möjligheter att bidra med sina egna insatser. Utvecklingen måste, enligt utredningens uppfattning, ha karaktären av ett antal små åtgärder som sammantaget leder åt rätt håll och där de olika åtgärderna får en positiv påverkan på varandra.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har yttrat sig över betänkandet.

Överväganden
Förvaltningen ställer sig i allt väsentligt positiv till utredningens slutsatser.

Det finns vissa frågor som behöver belysas och konkretiseras ytterligare och i förvaltningens förslag till yttrande finns det sådana förslag. Förslagen finns inom områdena minskad detaljstyrning, arbetssätt, minskad administrativ börda och kompetensförsörjning. De långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag på åtgärder för att öka vårdens

effektivitet är svåra att bedöma. Implementeringen av förslagen kommer att medföra initiala kostnader men i förlängningen är det sannolikt att de föreslagna åtgärderna leder till en minskad kostnadsökningstakt med anledning av att hälso- och sjukvården effektiviseras.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser av beslutet

I enlighet med landstingets Miljöpolitiska program 2012-2016 har hänsyn till miljön beaktats och slutsatsen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbedömning i detta ärende.

Anne Rundquist
Tillförordnad landstingsdirektör

Anna Nergårdh
Chefläkare

Landstingsstyrelsen

YTTRANDE
2016-08-30

LS 2016-0324

Socialdepartementet
S2016/00212/FS

Yttrande över slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2)

Stockholms läns landsting har beretts möjlighet att yttra sig över slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2).

Övergripande och generella synpunkter

Utredningen har en bred och översiktlig karaktär, och lyfter fram centrala och viktiga utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården. Stockholms läns landsting delar utredningens slutsatser kring hur vården kan bli effektivare. Flera av de förslag och principer som finns i utredningen är dock endast översiktligt beskrivna och behöver utredas mer konkret inför ett genomförande.

Stora delar av utredningen rör frågor som ska hanteras på regional nivå. Det hade varit önskvärt att utredningen även inkluderat konkreta förslag på hur den statliga styrningen av hälso- och sjukvården ska anpassas utifrån utredarens förslag om bland annat minskad detaljstyrning.

En fråga Stockholms läns landsting vill lyfta fram och som är viktigt ur ett kompetensförsörjningsperspektiv är frågan om anställningsform för läkare. Att det inte finns möjlighet för legitimerade läkare att få tillsvidare-anställning innebär både en arbetsmiljöfråga för den enskilde läkaren och minskade möjligheter till långsiktighet i planeringen för huvudmännen. Fram till att en legitimerad läkare får en ST-tjänst kan de endast anställas genom visstidsanställning. Det kan finnas anledning att se över regleringen i förordning (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

Stockholms läns landsting vill särskilt framhålla följande föreslagna åtgärder för att åstadkomma föreslagna förändringar:

- Behov av en omfattande reform, där primärvården förstärks och ges förutsättningar för att bli den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården
- Huvudprincipen öppen vård, med tillgänglighet dygnet runt
- Konstruktivt förslag med uppdelningen
    - Allmän primärvård
    - Riktad primärvård, för äldre och övriga patienter med omfattande behov av samordnad vård och omsorg
- Skyldigheter från kommuner och landsting att fastställa gemensam plan
- Ökad långsiktighet i styrningen, minskad detaljstyrning
- Övergripande nationellt ansvar för informationshantering
- Ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård
- Utvecklingstakt i små steg, där olika åtgärder förstärker varandra i tänkt riktning framåt

Stockholms läns landsting ser möjligheter till ökad effektivitet som utredningen inte tagit upp eller belyst tillräckligt:

- Prevention och förebyggande vård
- Kostnadseffektiv, säker och rimligt prioriterad läkemedelsanvändning
- Vård och rehabilitering av patienter med omfattande och långvariga rehabiliteringsbehov vid somatisk och/eller psykisk sjukdom

Stockholms läns landsting har genomfört åtgärder i utredningens riktning. Det är för tidigt att dra slutsatser av de åtgärderna, vilka är små steg i jämförelse med de som föreslås i utredningen men Stockholms läns landsting delar gärna med sig av sina erfarenheter i det fortsatta arbetet.

Ekonomiska konsekvenser – effektiv vård kommer inte gratis

Effektiv vård behandlar ett flertal områden där utredningen pekar på organisation, hantering och styrning som leder till ineffektivitet. Begreppet effektivitet kan konstateras vara ett svårhanterligt begrepp i jämförelse med produktivitet som landstingets verksamheter oftast mäts på i fastställda mål samt kvalitetsmål kopplat till den produktion av vård som utförs. Effektivitet ska kopplas till kvalitet och uppfyllelse av processmål för hela

uppdraget och kedjan av processer. Leder de resurser som stat, landsting/regioner och kommuner tillhandahåller till friskare patienter och brukare, bättre omhändertagande, minskat lidande, högre överlevnadsfrekvens och ökad livskvalitet på bästa sätt? Den ambitionshöjning som en högre målsättning än de mål som för närvarande är fastslagna av landstingsfullmäktige skulle sannolikt kräva fler resurser inom landstinget, även om de ur ett samhälls- och patientnyttoperspektiv skulle ge högre kvalitet och lägre kostnader. Stockholms läns landsting ser positivt på den övergripande inriktningen.

Utredningen poängterar att man inte förordar ”alexanderhugg” utan små steg som tillsammans utgör en stor förändring. Dock kan de förslag som ges få stora konsekvenser utifrån ett enskilt landstings perspektiv.

Stockholms läns landsting satsar i nuläget miljardbelopp på att utveckla en vård i den riktning som utredningen pekar åt. Detta sker genom den strategi som landstingsfullmäktige har antagit om Framtidsplan för hälso- och sjukvård. Byggnationen och driftsättning av Nya Karolinska Solna, ny- och ombyggnation av de flesta av landstingets ägda vårdlokaler samt investeringar och utveckling av ny medicinteknisk utrustning, informations- och kommunikationsteknik samt inventarier som stöd till den framtida vården. Därutöver tillkommer omställningskostnader motsvarande 3,5 miljarder kronor för att möjliggöra arbetet.

Stockholms läns landsting tillsammans med regionerna Västra Götaland och Skåne leder utvecklingen av digitalisering av vården. Även om förväntan på digitaliseringen ska leda till nya effektiva metoder och arbetssätt kommer den inte utan betydande ekonomiska insatser. I landstingets budget 2017 planeras kärnsystemet för det planerade 3R Framtidens vårdinformationsmiljö med en investeringsutgift på 2,2 miljarder kronor. I takt med att digitaliseringen fortskrider behövs ytterligare initiala investeringar göras vilka, för att inte ge underskott i landstingets ekonomi, ställer ytterligare krav på rationaliseringar.

Det föreslagna lagkravet om remisskrav på akutsjukhusens akutmottagningar skulle bli ett verktyg för nivåstrukturering på landstingsnivå. Det kommer att tillkomma kostnader för att rusta primärvården för att kunna möta de nya kraven att vara första linjens akuta omhändertagande, men även för omställning av dagens akutinriktade verksamhet vid sjukhusen. En reform att stärka upp kontinuiteten i ett husläkarsystem är en ambitionshöjning som sannolikt kommer att kräva en större resursallokering än idag.

Förslaget på lagkrav på högre tillgänglighet med bedömning oavsett professionstillhörighet inom 3 dagar jämfört med garanti att få läkarbesök inom 7 dagar kan vara kostnadsdrivande. Dock bör resurser frigöras kring läkarprofessionen vilket kan riktas till patienter på ett positivt sätt. Ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården driver kostnaderna historiskt sett. Frågan är om effektiviseringar av kostnadsmassan kan ske i motsvarande takt för att erhålla en ekonomi i balans.

Utredningen förslår att primärvården delas in i en allmän del och en riktad del till äldre och ”äldre äldre”. Den riktade delen av primärvården föreslår utredningen ska utföras i samarbete med kommunerna, förslagsvis i kommunalförbund. Denna utveckling har redan skett inom Stockholms län med samarbetet mellan Norrtälje kommun och landstinget inom Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Kostnaden för äldreomsorgen inom Norrtälje kommun är lägre per capita än i riket, dock ökar kostnaderna i snabb takt, bland annat till följd av den demografiska förändringen. I ett styrningshänseende måste denna fråga utredas innan nya kommunalförbundsreformer påbörjas i syfte att få en effektiv styrning. Ska nya kommunalförbundsreformer påbörjas delar Stockholms läns landsting gärna med sig av erfarenheter från Norrtälje.

Det arbete som landstinget har initierat med Framtidens hälso- och sjukvård syftar till det utskifte av patienter från akutsjukhusen till andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet där mindre resurskrävande insatser kan ge motsvarande eller större nytta i enlighet med LEON-principen, det vill säga lägsta effektiva omhändertagandenivå. Detta arbete förväntas att ge positiva ekonomiska konsekvenser, dock inte med lägre kostnader som följd då växling av medel sker till de investeringar och satsningar som genomförts.

Stockholms läns landsting har i sin budget begränsat kostnadsökningstakten på sikt till 3,3 procent, här är utskiftet en del av strategin. De omställningsavtal som har skrivits med respektive akutsjukhus för perioden 2016-2019 skapar förutsättningar för nya metoder och arbetssätt vilket ska ge lägre kostnader och en högre patientnytta. Även här delar Stockholms läns landsting gärna med sig av erfarenheter på området.

Det är av stor vikt att landstingen kompenseras av staten för eventuella merkostnader som en ökad ambitionshöjning som patienten som del av vårdteamet och högre patientnytta medför. Från landstingets sida är det viktigt att en lägre statlig detaljstyrning inte innebär en minskad statlig

finansiering av hälso- och sjukvården då kraven finns kvar i motsvarande grad.

Utifrån ett ekonomiskt perspektiv kan man sammanfattningsvis konstatera att det är svårt att bedöma de ekonomiska konsekvenserna på längre sikt. Implementeringen av förslagen i utredningens riktning kommer att medföra initiala kostnader i form av nya investeringar, omställningskostnader och högre kostnader för en högre kvalitativ vård. Stockholms läns landsting har redan börjat förändra vården i denna riktning. I förlängningen kan åtgärderna resultera i lägre kostnader, eller snarare en minskad kostnadsökningstakt, med anledning av att hälso- och sjukvården kan utföras effektivare.

Synpunkter på specifika kapitel i betänkandet

11 Minskad detaljstyrning

Stockholms läns landsting tycker att det är positivt om vårdgarantin görs professionsneutral och att även andra författningar ses över för att bli mer professionsneutrala.

Stockholms läns landsting tycker att utredningens förslag om att staten ska ge mer aktiv vägledning till vårdens verksamheter avseende vem som får göra vad är positivt.

12 Arbetssätten

Stockholms läns landsting delar utredarens rekommendationer kring generella principer.

Kontinuitetsfrågan bör dock hanteras utifrån att patienten får kontinuitet till ett team, snarare än en enskild medarbetares relation till en patient. Att lägga allt för stor vikt vid en specifik medarbetare skapar en sårbarhet som kan drabba patienten negativt i händelse av en medarbetares frånvaro.

Att planera för hur ökad effektivitet ska nyttiggöras är en viktig princip. Perspektivet bör dock vidgas så att det även inkluderar samhällsvinster och nytta för patienten som helhet, inte bara inom ramen för den egna verksamheten/organisationen.

15 Minskad administrativ börda

Stockholms läns landsting delar utredarens uppfattning om behovet av en minskad administrativ börda inom hälso- och sjukvården. Det är dock lika angeläget att säkerställa att den administration som faktiskt krävs, för att till exempel upprätthålla patientsäkerheten, utförs av medarbetare som har rätt kompetens för respektive administrativ arbetsuppgift.

16 Kompetensförsörjning

Nationell samordning

Utredningen lyfter fram Socialstyrelsens uppdrag att förbättra och bredda arbetet med nationellt planeringsstöd, NPS. Stockholms läns landsting ser ett stort värde i att detta uppdrag genomförs och implementeras. Det är också prioriterat att statistikunderlagen kvalitetssäkras för att ge valida och reliabla underlag för analys och beslut.

Stockholms läns landsting ifrågasätter dock värdet av inrättande av en nationell kommitté för kompetensförsörjningsfrågor. En sådan styrning riskerar att bli otydlig och minska regionala initiativ. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, fungerar som samtalspart till staten och inom ramen för detta kan förbättringar och utveckling ske för att hantera de frågor som är av nationell karaktär. En utökad och förbättrad samverkan mellan statlig och regional nivå i kompetensförsörjningsfrågor är dock positivt.

Utred framtidens sjuksköterskeutbildning

Stockholms läns landsting delar utredarens uppfattning att sjuksköterskeutbildningen behöver ses över. Om detta görs är det angeläget att översynen inkluderar så väl grundutbildningen som specialistutbildningen. Översynen bör fokusera på att utbildningen bättre ska motsvara hälso- och sjukvårdens kompetensbehov. Vid en översyn bör man se över hur dagens reglering, till exempel kraven i Högskoleförordningen för sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeexamen, tillämpas och om behov av anpassning finns.

Stockholms läns landsting vill gärna påpeka behovet av att också se över vidareutbildningar och specialistsutbildningar för samtliga vårdyrken. I denna fråga skulle en nationell samsyn och samordning vara av stort värde. Det förekommer en mängd olika varianter och initiativ till utbildningar, ofta från yrkesföreningar. Det är av stor vikt att specialistutbildningarna motsvarar de kompetensbehov som hälso- och sjukvården har och att de är likvärdiga över landet.

Alla förändringar i utbildningssystemen bör ske i samråd med huvudmännen.

Tjänstgöring inom primärvården för organspecialister
Stockholms läns landsting delar utredarens ståndpunkt att det är angeläget med en ökad kunskap om primärvården inom olika specialiteter. Förändringar i krav på läkarnas specialiseringstjänstgöring behöver dock utredas ytterligare och hanteras parallellt med primärvårdens förändrade uppdrag.

Nationella Kompetenskrav
En ökad standardisering och nationell likriktning är bra för att göra utbildningarna lika över landet, detta innebär tydlighet både för de studerande och för arbetsgivare om kunskapen hos de som gått utbildningarna. Innehåll och omfattning behöver kravställas tydligare. En översyn bör göras av hur nuvarande regelverk och förordningar tillämpas och eventuellt behöver anpassas. När det gäller vård- och omsorgsprogrammet på gymnasienivå är konceptet med Vård och omsorgscollege ett gott exempel där samverkan sker mellan arbetsliv och utbildningssystem.

Lagförslag
De föreslagna lagändringarna tillstyrks med ett undantag och det är den nya bestämmelsen i kommunallagen. Sakligt sett finns inga invändningar mot bestämmelsen. Även om det väl motiverats varför krav på en gemensam plan bör regleras i kommunallagen så är det lämpligare att bestämmelsen återfinns i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen eftersom det är där som verksamhetsbestämmelserna finns. Om bestämmelsen i det fortsatta lagstiftningsarbetet kvarstår i kommunallagen bör åtminstone hänvisningar ske till bestämmelsen i de ovan angivna lagarna.

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -02- 25
Dnr LS 2016-0324

Sammanfattning

Bakgrund

Utredningens direktiv (dir. 2013:104) är vida och anger bl.a. att utredningen bör belysa viktiga effektivitetsproblem och utvecklingsområden och dessutom få en samlad bild av redan pågående arbete. Dessutom ska utredningen ha fokus på hur professionernas resurser kan användas på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. I uppdraget betonas analys och samarbete med berörda aktörer och att i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå.

Utredningen har bedrivit ett brett utåtriktat arbete. Utredningen har haft kontakter och möten med hundratals aktörer, bl.a. företrädare för patientorganisationer, fackliga organisationer, landsting och regioner, vårdverksamheter på olika nivåer, olika kommunala verksamheter, privata vårdgivare, andra intresseorganisationer, myndigheter, politiska organisationer, tankesmedjor, konsulter, privatpersoner och andra offentliga utredningar. Utredningen presenterade i januari 2015 en diskussions-PM med en sammanfattande analys och hypoteser om lösningar. Utredningen arrangerade därefter under mars–april 2015 regionala hearingar där denna diskussions-PM med våra preliminära analyser och hypoteser diskuterades. Professor Anders Anell har på utredningens uppdrag gjort en litteraturöversikt avseende primärvårdens funktion, organisation och ekonomi (bilaga 3).

Utredningens vida direktiv har inneburit att vi kunnat analysera i princip allt som påverkar effektiviteten i vården. Vi har dock i praktiken av olika skäl valt att avgränsa oss. Vi har exempelvis inte behandlat läkemedel, rehabilitering och koncentration av verksamheter. I flera fall därför att andra utreder eller nyligen har utrett

dessa ämnen. I andra fall därför att utredningens begränsade resurser inte medgett sådana insatser.

Övergripande utgångspunkter och slutsatser

Utredningen utgångspunkt har varit att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vårdens effektivitet avgörs därmed i mötet. En viktig övergripande slutsats är att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag. Att hela tiden utgå från hur patientnytta skapas i det individuella mötet har en avgörande betydelse för effektiviteten.

Utredningen anser att det finns fog för uppfattningen att svensk hälso- och sjukvård fungerar relativt väl i dag. Vid en internationell jämförelse har vi goda resultat relativt de resurser vi lägger på hälso- och sjukvård. En avgörande fråga för oss har därmed varit att bedöma hur väl rustat Sverige är för att behålla denna internationella tätposition i framtiden. Hur är det svenska sjukvårdssystemets anpassningsförmåga till nya förutsättningar, förändrade behov, förväntningar och krav och förmåga att leverera samma eller högre medicinska resultat?

Medicinteknisk utveckling och digitalisering skapar ständigt nya förutsättningar för både vården och patienterna. Allt mer av vården kommer i framtiden utföras utanför sjukhusen, inte sällan i patientens hem och med patienten som medskapare. Samtidigt är befolkningens behov av vård under ständig förändring och beroende av faktorer bortom sjukvårdens kontroll. Det handlar exempelvis om demografi, samhällstrender som urbanisering, förändringar i befolkningssammansättning och hälsan hos män, kvinnor, flickor och pojkar. Kostnadsökningstakten för både vård och omsorg innebär särskilda krav medan de fortfarande stora regionala skillnaderna i resultat och kostnader visar att det finns en stark potential till effektivisering. Därtill ska läggas vårdens förmåga att attrahera och behålla personal med rätt kompetens och en ständigt växande kunskapsmassa.

Utredningens samlade bedömning är att Sverige på vissa sätt har ett mindre gynnsamt utgångsläge än många andra länder att skapa

optimala förutsättningar för att sjukvården ska kunna anpassas till framtida behov och bedrivas resurseffektivt. Vi har under lång tid negligerat strukturella problem som är avgörande för hela systemets effektivitet, kanske i tron att "det löser sig av sig själv". Utredningens bedömning är att erfarenheterna starkt talar emot att dessa problem kommer att lösa sig av sig själva. Det behövs en lång rad strategiska åtgärder för att möta de stora strukturella problemen och det är åt detta som utredningen ägnat huvuddelen av sitt arbete. Om vården ska bedrivas effektivt måste hälso- och sjukvårdssystemet såväl i organisatoriskt och kompetensmässigt som kulturellt hänseende ständigt anpassas. Det är viktigt att klargöra att utredningens förslag handlar om vad som behöver göras i närtid för att underlätta en utveckling där Sverige kan behålla sin tätposition vad gäller resultat och effektivitet.

De huvudsakliga orsakerna till effektivitetsproblemen

Utredningens syn på effektivitet kan sammanfattas som det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser, dvs. att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient. Vi anser att utgångspunkten för alla verksamma i vården måste vara att sträva efter ökad effektivitet för att åstadkomma en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, som förmår hantera kommande utmaningar. En sådan strävan bör också vara en självklar del av det offentliga åtagandet gentemot befolkningen – att inte förbruka mer resurser (kompetens, tid eller annat) än vad som är nödvändigt för en patientcentrerad och jämlik vård av hög kvalitet. Utredningens utgångspunkt är att ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården handlar om att undanröja hinder för effektivitet och att åtgärda ineffektivitet.

Styrningen skapar ineffektivitet

Styrningen är mångfaldig och splittrad i vården. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 landsting (och regioner) och 290 kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården. Dessutom har staten ett övergripande systemansvar, och ansvarar bl.a. för normering och styrning genom

t.ex. tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Ur både styrnings- och ansvarsperspektiv skapar denna massa av aktörer en komplex situation, särskilt som aktörernas roller många gånger är oklara. Det saknas väsentligen samordning av styrningen och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får. Det saknas också en sammanhållen idé och strategi om vilka utmaningar som är viktigast, t.ex. vårdens storkonsumenter, och hur hälso- och sjukvården (och omsorgen) strategiskt ska ta sig an detta. Mångfalden och splittringen av styrningen får sannolikt effekten att "ingen styrning fungerar" och att förändringar uteblir. Det leder till ytterligare styrningsförsök, inte sällan kortsiktiga och detaljerade. Den detaljerade styrningen, framför allt med användning av ekonomiska styrmedel, utmanar den professionella autonomin och kan orsaka administrativt merarbete.

Utredningens analys av statens styrning av hälso- och sjukvården visar att statens styrmedel i alltför hög grad riktat åtgärder direkt mot de professionella och patienter dvs. individnivå, samt åtgärder på verksamhetsnivå. Karaktären av den juridiska styrningen har i stor utsträckning handlat om administrations- och handläggningsbestämmelser. Det innebär inte att åtgärderna varit olämpliga i sig, men sett till mängden måste ifrågasättas om denna typ av styrning är ändamålsenlig. Alltför mycket fokus har ägnats åt "små eller avgränsade" problem medan de stora strukturella problemen kvarstår.

Strukturen skapar ineffektivitet

Den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från många i övrigt jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur. Under utredningens gång har det blivit alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som "första linjens vård" och Sverige får anses vara sämre rustat än många andra länder att möta demografiska utmaningar i form av en ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. Många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå. Sjukhusens akutvård är väsentligt dyrare än motsvarande vård inom primärvården.

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen och uppdragsfördelningen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården i Sverige är alltför svag med en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas sjukvård och socialtjänst.

Den andra sidan av ovan nämnda struktur för hälso- och sjukvården i Sverige är att vårdens stora kostnader är bundna till sjukhusen. Det finns tecken som tyder på att produktiviteten är sämre vid svenska sjukhus än i övriga Norden. Till bilden av bristande effektivitet ska dessutom läggas problemen med överbeläggningar på många akutsjukhus. Under utredningens gång har kostnadsökningstakten stigit markant för landstingen/regionerna och prognoserna för 2015 tyder på 6–7 procents kostnadsökning, vilket givetvis är en ohållbar nivå. En grov och översiktlig analys visar att kostnadsökningarna framför allt hänför sig till den sjukhusbundna vården.

En utmaning för det nuvarande sjukhustunga systemet är att få de resurser som är knutna till sjukhuset att i större utsträckning verka utanför "sjukhusets väggar" tillsammans med primärvård och kommunernas omsorg, t.ex. genom verksamhet på vårdcentral, i patientens hem eller på särskilt boende. För många av vårdens storkonsumenter är förmågan till samverkan och samarbete mellan kommunernas vård och omsorg, landstingens primärvård och sjukhusen avgörande både för resultatet för den enskilde patienten och för hur effektivt samhällets resurser används. Vårdvalet har försvårat samlade lösningar för de patienter som har behov av samordnade insatser, bl.a. därför att det är svårt att upprätthålla en verklig samverkan med många aktörer samtidigt.

Organisation och arbetssätt leder till ineffektivitet

En industriell logik präglar vården i dag på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov. Oftast organiseras vården utifrån en "värdekedja", oavsett patientens behov. Varje mottagning och sjukhusenhet hanterar sina

egna resurser och strävar mot att uppfylla sina egna mål. Patienten rör sig i en sekvens (dock sällan linjär) mellan dessa enheter och ingen person tar ansvar för hela vårdförloppet eller de ledtider som uppstår mellan varje sekvens. En följd av detta "stuprörssystem" är att det är svårt att skapa samordnade horisontella vårdsprocesser för patienten. I stor utsträckning präglas vården av att organisera sig kring akuta sjukdomstillstånd.

Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om.

Bristande kontinuitet är en väsentlig källa till ineffektivitet i vården och detta har sin förklaring i hur vården organiseras. De mest uppenbara effektivitetsvinsterna i ökad kontinuitet handlar om minskad inläsningstid, minskat överrapporteringsbehov minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt och tillit med en patient som man inte träffat tidigare. Den personliga kontinuiteten kan dessutom minska risken för att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger och bidrar sannolikt till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Det är med stor sannolikhet också en viktig faktor för patientsäkerheten. Utöver effektivitetsvinsterna är kontinuitet också en central kvalitetsfaktor för patienterna, inte minst vårdens storkonsumenter.

Bemanningen (schemaläggningen) inom hälso- och sjukvården i dag utgår inte från en planering av vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det. Inte heller utgår bemanningen från överväganden om att möjliggöra kontinuitet. Den vanliga beskrivningen av schemaläggning inom hälso- och sjukvården i dag är att den utgår från tillgänglig personal och baserat på individuella önskemål. Det innebär att schemaläggningen kommer först, sedan ser man hur behoven kan mötas utifrån schemat – tillgängliga resurser styr vilken vård som tillhandahålls.

Vårdplatser och överbeläggningar

Regelmässiga överbeläggningar skapar ineffektivitet och framstår som ett nationellt problem. Bl.a. tvingas man ta fram specialrutiner, och inrättar t.ex. ofta särskilda vårdplatskoordinatorer. Trots olika lovvärda insatser tvingas dock berörda verksamheter lägga ner mycket kraft och tid på att hitta vårdplatser. Logistiken går i baklås. Ofta blir t.ex. patienter kvar på akuten i väntan på en vårdplats. Kvaliteten påverkas vilket kan leda till att undvikbara vårdbehov uppstår. Kanske allvarligast är arbetsmiljöfrågan. Utöver den rent fysiska stressen får personalen hantera svåra etiska dilemman och trivs helt enkelt inte vilket leder till ökad personalomsättning och verksamheten hamnar i en ond spiral. Det är viktigt framhålla att även om det oftast är ett fåtal verksamheter som har problem så påverkas hela sjukhuset. Om internmedicinska patienter samlas på akuten påverkas verksamheten på akutmottagningen. Blir det för många utlokaliserade patienter påverkas verksamheten på mottagande klinik och en kirurgisk verksamhet kanske tvinga ställa in planerade operationer, vilket i förlängningen riskerar ge köer. En väsentlig bakomliggande orsak är den höga genomsnittsbeläggningen inom en del verksamheter.

Kulturen skapar ineffektivitet

Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan och ska inte föreskriva ageranden och beteenden i detalj. Detta är särskilt viktigt i kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård, där det är naturligt och nödvändigt att de professionella i vården har tillräcklig autonomi för att kunna bedriva arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och där patientens individuella behov ges utrymme att påverka arbetet. Avsaknaden av mer formella styrmöjligheter förutsätter därmed att andra faktorer än traditionella styrmedel fungerar för att arbetet ska bedrivas effektivt.

En sådan avgörande faktor som inte ”syns” är arbetsplatsens kultur. Vi har i detta sammanhang valt att definiera kultur som värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden eller sätt att tänka – dvs. inte det faktiska handlandet i sig utan de värderingar som ligger bakom agerandet såväl på

individ- som organisationsnivå. Vi har mött åtskilliga exempel på att arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”. Det gör att kulturfrågorna är centrala för förståelsen av och utformningen av styrningen av vården. Val av styrfilosofi, styrmedel och styrteknik behöver grundas i en förståelse för hur styrningen tas emot i den kulturella kontexten.

Framgångsrika verksamheter har en stark och sund ”vi-anda” där olika professioner och patienter samarbetar på ett prestigelöst sätt. En sådan kultur bäddar för att aktörerna i vardagen identifierar möjliga förbättringar och att dessa innovationer kan genomföras. Första linjens chefer har en viktig uppgift som kulturbärare av dessa ”mjuka” värden. En effekt av en sund och icke-hierarkisk ”vi-anda” är att det påverkar synen på patientens roll i vården: patienten blir en del av teamet och inte ett objekt som ska ”sättas i centrum”.

Kompetensförsörjningen skapar ineffektivitet

Personalsammansättningen har stor betydelse för effektiviteten i vården. Dagens vårdarbete utförs i nära samverkan mellan ett stort antal yrken/professioner och patienten. För kvaliteten är det viktigt att den som är bäst lämpad utför arbetsuppgiften. Det finns också en kostnadsaspekt. Grovt sett gäller principen ju högre formell kompetens desto högre kostnad. Det borde därför vara en självklar strategi att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra den till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet. Detta brukar benämnas principen för lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON/LEON). Men denna mekanism tycks inte vara självklar i den landstingsfinansierade vården. Där har den kommunalt finansierade vården generellt sett lyckats bättre.

En jämförelse över tid visar på ett antal tydliga trender. Antalet sjuksköterskor ökar samtidigt som undersköterskorna minskar i den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Denna trend följer andra trender i samhället och brukar gå under beteckningen akademisering. Utvecklingen inom omvårdnaden har också tydliggjort sjuksköterskans självständiga roll som ledare för omvårdnadsarbetet. Frågan är dock om detta motiverar den stora förskjutning i personalsammansättning mellan sjuksköterskor och undersköter-

skor som ägt rum. Minskningen av antalet undersköterskor har medfört att sjuksköterskor i ökande omfattning får utföra basala omvårdnadsinsatser. Utredningen har intrycket att minskningen av antalet undersköterskor även medfört ökande belastning på läkarkåren. En annan tydlig trend är minskning av antalet vårdnära administratörer. Antalet administratörer i vården har varit tämligen konstant sedan många år kring 15–20 procent. Det har emellertid skett en tydlig förskjutning. Antalet vårdnära administratörer har minskat samtidigt som antalet centrala administratörer (controllers, planerare, utvecklare) har ökat. Den administrativa servicen till vårdpersonalen har minskat.

Inom läkarkåren ökar antalet specialister i allmän medicin, dock inte lika påtagligt som totalantalet läkare. Det innebär att övriga specialister, traditionellt mer sjukhusbundna, ökar snabbare än allmänläkarkåren. Läkarbrist i primärvården har varit framträdande sedan lång tid och behovet att utbilda fler läkare har konsekvent utgått från resonemanget att Sverige behöver säkra läkarförsörjningen i primärvården. Kanske är det dags att tydligt uttala att den traditionella strategin för att öka antalet specialister i primärvården via ökad läkarutbildning och ökad import av läkare är en delvis misslyckad strategi. Överhuvudtaget finns det skäl att anta att anställning av läkare inte skett på rationella grunder. Det ligger nära till hands att dra slutsatsen att anställning av läkare bestäms av tillgången och inte per automatik det faktiska behovet.

Även om kompetensmixen är en fråga för den lokala operativa nivån så är tillgången till kompetens ytterst en nationell fråga. Utredningen menar att det nationellt sett finns ett strukturellt problem i kompetensmixen i sjukvården. Utredningen har intrycket att trender, förändringar och förskjutningar över tid när det gäller tillgång till olika yrkesgrupper inte sker som led i ett strategiskt medvetet tänkande. Exempelvis har antalet läkare skjutit i höjden utan att antalet allmänläkare ökat i motsvarande grad och antalet specialistutbildade sjuksköterskor har minskat under lång tid utan att man nationellt tagit ställning till om det är en önskvärd utveckling. Det saknas ett övergripande strategisk tänkande, säkerligen delvis beroende på att ansvarsfördelningen är oklar och att många intressenter är involverade, t.ex. flera departement, myndigheter, universitet och andra utbildningsanstalter, huvudmän och professioner.

Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektiva arbetssätt

Verksamhetsstödet till hälso- och sjukvårdens personal är otillräckligt. Det handlar till stor del om brister i de olika informationssystemen men också om en avsaknad av kunskapsstöd. För patienten innebär det stora risker. En stor andel av vårdskadorna är i grunden relaterade till brister i information och kommunikation. I detta ligger också feldiagnostik, försenad diagnos och åtgärder som inte bygger på aktuell kunskap.

Många system bygger på en föråldrad logik som utgår från "pappersjournalen" där de möjligheter som skulle ges av en elektronisk lösning inte används. Standardiserade journaler förekommer sällan (t.ex. journalmallar) och möjligheterna att skriva fritext är alltför stora. Det saknas tydlighet kring grundläggande frågor om varför man ska dokumentera, vad som ska dokumenteras och vem som ska göra det. En konsekvens av detta är bl.a. en omfattande dubbeldokumentation.

Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet

Utredningen konstaterar att det finns skäl för slutsatsen att den administrativa bördan har ökat i hälso- och sjukvården. Om den är orimlig är en annan fråga. I den allmänna debatten utmålas "administration" ofta som något onödigt och byråkratiskt. Men om man granskar syften och motiv för vart och ett av de administrativa kraven oftast ett berättigat syfte i sin egen särskilda kontext. Olika delar och aktörer i sjukvårdssystemet ställer administrativa krav på varandra och sannolikt anser ingen kravställare att deras krav är orimliga för mottagaren. Sett ur ett större perspektiv är denna styrningstrend i vården del av en samhällstrend som innebär en strävan efter kontroll och riskminimering. En liknande debatt förefaller förekomma även inom skola, socialtjänst och andra kunskapsintensiva verksamheter. Utredningen anser att debatten kring administration och "New Public Management" fört det goda med sig att medvetandegraden ökat vad gäller skadeverkningarna av alltför många administrativa krav. Vidare verkar medvetandet höjas om att administration inte kan hanteras som en sorts "fri nyttighet" som kan belastas utan gräns.

Vid en samlad bedömning anser utredningen att den frustration över den administrativa bördan som framskymtar i debatten beror på en rad interagerande orsaker. Frustrationen beror i stor utsträckning på andra saker än att enbart administrativa *krav* ökat. Exempelvis är de IT-baserade verksamhetssystemen föråldrade och hanterar inte automatiskt nödvändig uppföljningsadministration som då måste utföras manuellt. På vissa håll i Sverige finns mycket detaljstyrande ersättningssystem som förutom att inkräkta på den professionella autonomin också påverkar de professionellas upplevelse av att vara kontrollerade och ifrågasatta. Bristerna i stöd och styrning skapar i dessa fall inte bara "pappersarbete" utan påverkar arbetsklimat och möjligheten till tillitsfulla relationer mellan beställare och utförare.

En stor del av administrationen beror på arbetssätten i vården. Dubbeldokumentation uppstår ofta för att man inom enheterna inte klargjort vem som ska göra vad avseende dokumentation och vad som behöver dokumenteras. Bristande kontinuitet gör att dokumentation och överlämning av information tar mycket av personalens tid.

När det gäller *statens* styrning som renderar administrativt arbete har utredningen särskilt analyserat de lagbundna kraven och funnit att statens normering de senaste tio åren har stora inslag av normgivning av administrativ karaktär.

Annat av betydelse för ineffektivitet

En extensiv tolkning av effektivitet i hälso- och sjukvården kan innebära att i stort sett allt kan påverka förutsättningarna för effektivt resursutnyttjande. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen. Samtidigt är hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka hälsan i befolkningen begränsad då människors hälsa beror på många andra faktorer som ligger utanför vårdens möjligheter att påverka. Att bedöma hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsa i befolkningen liksom betydelsen för effektivitet i hälso- och sjukvården är vanskligt. Klart är dock att både att förebygga ohälsa och att främja hälsa kan ha stor betydelse för kostnaderna för hälso- och sjukvården och hur resurserna används.

Förslag och rekommendationer

Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Vi anser att den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande utmaningar.

- En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.
- Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar "spilltid" för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete.
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system, vilket starkt bidrar till svårigheterna att implementera förändringar med avsikt att höja effektiviteten. Vår samlade bedömning är att lösningarna är lika sammansatta och komplicerade som de identifierade effektivitetsproblemet i hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs åtgärder på alla nivåer mot att åstadkomma styrning, struktur, samarbete, organisering och arbetssätt som bättre möter patientens behov och möjligheter att bidra med sina egna insatser. Inget av detta går att lösa med en ansats av "alexanderhugg". I stället måste utvecklingen, enligt utredningens uppfattning, ha karaktären av "små" åtgärder men som sammantaget leder åt rätt håll och där de olika åtgärderna får en positiv påverkan på varandra.

Starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur

För att åstadkomma förändringar behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården. Huvudmännen behöver i högre grad ta ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Det behövs också en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför följande.

En nationell konsultationsordning

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver en mer koordinerad styrning. Inte minst för att minska skillnader i utbud och hälsoutfall över landet. Vi föreslår en nationell konsultationsordning, som ska bestå av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och landsting/regioner. I konsultationsordningen ska diskuteras hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för hela systemet med målet att uppnå större enighet avseende gemensamma utmaningar.

Landstingen åläggs en principiell skyldighet att gemensamt utföra uppgifter när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Landstingen som kollektiv har i dagsläget ingen skyldighet att samarbeta med varandra. Utredningen konstaterar, liksom flera tidigare utredningar, att allt fler uppgifter inom hälso- och sjukvården behöver få mer enhetliga lösningar över landet. Ett effektivt resursutnyttjande förutsätter att landstingen i högre grad samlas kring gemensamma lösningar samt allokerar resurser för detta. Utredningen föreslår därför att lanstingen ska vara skyldiga att gemensamt planera och utföra en uppgift när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Landstingen behöver utveckla former för att säkerställa att sådana gemensamma uppgifter kan lösas gemensamt och att dessa blir långsiktigt hållbara.

Utredningen bedömer att om denna nya principiella skyldighet inte får avsedd effekt inom två år bör regeringen överväga ytterligare åtgärder. Sådana åtgärder skulle kunna vara en mer detaljerad

lagstiftning om vilka uppgifter landstingen måste lösa gemensamt, att skyldigheten ska fullgöras i ett gemensamt kommunalförbund eller att regeringen bemyndigas att besluta om att viss uppgift ska lösas gemensamt.

Förändring av grundläggande styrprinciper för vårdens organisering

I dag utgår de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i stor utsträckning från sluten vård vid sjukhus. Vi föreslår att lagstiftningen utgår från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen är öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Sluten vård kan ske på vårdinrättning, i patientens hem eller annan plats där kraven på god vård upprätthålls.

Ny lagstiftning om primärvårdens uppdrag

Mot bakgrund av kommande demografiska utmaningar behöver det svenska systemet ställa om så att mer resurser ges till de delar i systemet som har bäst förmåga att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Det är inte en utbyggd sjukhusvård som, generellt sett, ger bäst förutsättningar för att möta dessa utmaningar utan en stärkt primärvård. Utredningen bedömer dessutom att en förstärkning av primärvården sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan vidta för att minska ojämlikhet i hälsa bland befolkningen. Vi föreslår därför lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Primärvården får ett tydligt akutuppdrag

Vi föreslår lagstiftning som innebär att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Vi bedömer också att det behövs lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå. Vi föreslår att det i lagen ska införas ett remisskrav för akut hälso- och sjukvård vid sjukhus. Remisskravet innebär inte någon särskild formalia, utan handlar om att patienten ska ha bedömts behöva sjukhusens akutsjukvård av primärvård, telefonrådgivning, 112 eller annan sjukvårdsaktör med kompetens att bedöma detta.

Nya krav på primärvårdens organisering

Vi föreslår att primärvården delas upp i två organisatoriska delar, den allmänna primärvården och den riktade primärvården. Allmän primärvård kommer organisatoriskt att motsvara den nuvarande primärvården, bl.a. när det gäller regleringen av vårdvalssystem. Den riktade primärvården undantas från det obligatoriska vårdvalet. Den riktade primärvården fullgör primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov.

Den riktade primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst ska utföras gemensamt för äldre med omfattande behov

Integreringen av olika insatser från olika verksamheter och huvudmän är inte tillräckligt långt gången för att möta behoven hos multisjuka sköra äldre. Tidigare styrningsförsök från statens sida har inte förmått åtgärda problemen. Utredningen föreslår ny lagstiftning som ställer krav på att kommun och landsting ska *utföra* verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov så att den enskilde får en sammanhållen vård och socialtjänst. Förslaget ska betraktas som ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som måste hänga ihop och som utgör en ”hängränna mellan stuprör”.

Förslaget innebär att valfrihetsbestämmelserna om den gemensamma verksamheten förändras så att kommun och landsting, om de vill erbjuda valfrihetssystem, måste vara överens om villkoren för detta. Den enskilde ska i sådant fall kunna välja utförare som ”tar hand om hela mig”.

Utredningen föreslår att kommuner och landsting ska vara skyldiga att fastställa en gemensam plan. Av planen ska det framgå mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten.

Resursomfördelning från sjukhusvård till primärvård nödvändig

Förslagen innebär att landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Utredningen presenterar en rad åtgärder som landstingen kan behöva vidta för att åstadkomma detta.

Minskad detaljstyrning

Detaljstyrningen i form av lagstiftning som binder upp vissa professioner till vissa arbetsuppgifter behöver så långt möjligt ändras för att möjliggöra en utveckling av de mest rationella arbetssätten. Utredningen föreslår därför att vårdgarantin görs professionsneutral genom att garantin att få besöka *läkare* inom 7 dagar i primärvården ändras till en garanti att få en medicinsk bedömning inom 3 dagar. Utredningen bedömer att även andra författningar behöver göras professionsneutrala, särskilt de som tar sikte på att läkarintyg ska lämnas. En förändring som tidigare föreslagits beträffande signeringskravet bör genomföras.

Utredningen föreslår vidare att staten ska ge mer aktiv vägledning till vårdens verksamheter avseende vem som får göra vad. Detta mot bakgrund av att utredningen bedömer att stödet till hälso- och sjukvården beträffande arbetet med att styra och fördela arbetsuppgifter alltför ofta utgår från traditioner och missuppfattningar om vilken yrkeskategori som får göra vad.

Utöver att utredningen lämnar förslag till åtgärder som kan vidtas av staten lämnar utredningen rekommendationer som riktar sig till landstingen. I korthet rör det som om rekommendationer som

syftar till att öka långsiktigheten i styrningen och att minska detaljstyrningen exempelvis genom att förenkla ersättningssystem och stimulera till omfördelning mellan yrkesgrupper.

Utredningen föreslår att om kommun och landsting är överens så kan huvudmännen avtala om att överlåta ansvaret för läkarvård i samband med annan kommunal hälso- och sjukvård från landstinget till kommunerna. Dagens begränsning där kommunerna inte får ansvara för läkarvård är en detaljreglering som utredningen menar är onödig.

Ändrade arbetssätt

Utredningen lämnar rekommendationer om generella principer som ska vara vägledande för ändrade arbetssätt i hälso- och sjukvården. I korthet innebär dessa att samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetssätten med ledning av följande principer:

1. Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.
2. Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.
3. Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.
4. Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.
5. Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras.

Utredningen ger i anslutning till principerna rekommendationer om ett flertal åtgärder som huvudmännen, verksamheterna och medarbetarna behöver vidta för att principerna ska få genomslag.

Utöver detta lämnar vi rekommendationer till staten om att se över det samlade kunskapsstödet från olika aktörer och där tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering bör övervägas. Staten rekommenderas också att ta initiativ till en studie av de faktorer som påverkar effektiviteten på sjukhusen.

Kontinuitet som effektiviseringsstrategi

Utredningen konstaterar att kontinuitet är viktig för effektiviteten. Det finns redan lagkrav på kontinuitet i vården, utredningen avstår därför från att ytterligare lagreglera detta centrala värde. Däremot rekommenderas landstingen att i ökad utsträckning använda kontinuitet, och särskilt teamkontinuitet, som ett viktigt värde och utgångspunkt i sin styrning.

Verksamhetsstöd

Verksamhetsstöden behöver samlade insatser från både staten och huvudmännen för att ge den funktionalitet och användbarhet som innebär att de blir ett verkligt stöd i det praktiska arbetet och bidrar till att både spara tid och stärka kvalitet och patientsäkerhet.

Regeringen och huvudmännen behöver formulera en vision för utvecklingsarbetet som utgår från medborgarperspektivet och gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden. Huvudmännen rekommenderas att fatta gemensamma beslut om utveckling av verksamhetsstöden.

Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården. Utredningen föreslår att vissa förslag som andra utredningar lagt ska genomföras för att åstadkomma detta. Det gäller särskilt det liggande förslaget till en ny lagstiftning för informationshantering i hälso- och sjukvård och socialtjänst och förslaget om statlig styrning av standarder för interoperabilitet mellan verksamhetsstöden. Utredningen föreslår att ett center för informationsstruktur och informatik inrättas. Detta ska utformas som ett regionalt nätverk. Vidare föreslås att huvudmän och staten ger stöd till utveckling av strukturerad information, t.ex. journalmallar.

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården föreslås ändras så att det i föreskrifterna ställs krav på att huvudmännen anger övergripande principer för dokumentation vården och ansvaret för att det ska ske. Socialstyrelsen föreslås förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården. Det av utredningen föreslagna centret för informationsstruktur och informatik ska tillhandahålla metodstöd i arbetet.

Regeringen föreslås att i samarbete med huvudmännen finansiera ett nationellt hälsobibliotek. Hälsobiblioteket ska erbjuda vårdens professioner en elektronisk lösning för att snabbt kunna hitta, sovra och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe.

Övriga åtgärder för att minska den administrativa bördan

Många av utredningens förslag i betänkandet i övrigt innebär en minskad administrativ börda. Utredningen rekommenderar att staten och huvudmännen på alla nivåer ska verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna för hälso- och sjukvården i samband med beslut eller andra åtgärder. För regeringens del föreslår utredningen förordningsändringar som innebär skyldigheter att göra detta. Utredningen föreslår att de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ska samordna och begränsa kraven på intyg.

Kompetensförsörjning

Utredningen menar att Sverige har ett strukturellt problem avseende kompetensmixen i vården. Dessa olika utvecklingslinjer har fått fortgå under lång tid utan att ”någon” tagit tag i det samlade problemet. Det förklaras sannolikt av att många aktörer har ansvar för olika delar av frågan.

En stående kommitté för nationell samverkan om kompetensförsörjning i vården

Vi anser att det är viktigt för effektiviteten inom vården att vissa utbildningsfrågor blir föremål för en betydligt tätare och mer formaliserad samverkan mellan staten, huvudmännen (landsting/regioner och kommunerna) och företrädare för vårdens professioner. Utredningen föreslår att denna samverkansorganisation skapas som en stående kommitté med SMER som förebild. På den statliga sidan krävs samverkan/representation från såväl Utbildningsdepartemen-

tet som Socialdepartementet. Utredningen ser i första hand följande områden som bör hanteras inom en samverkansorganisation.

- Grundutbildningarnas dimensionering, dvs. antal studenter
- Grundutbildningarnas innehåll, dvs. fortlöpande ta ställning till behov av förändring utifrån vårdens och samhällets utveckling
- Vidareutbildningarnas dimensionering och utformning
- Principiella övergripande kompetenskrav för vårdens professioner
- Drivkrafterna för utvecklingen av nya arbetssätt, fördelning av arbetsuppgifter m.m.

Utred framtidens sjuksköterskeutbildning

Vi föreslår att regeringen utreder utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning. Utredningens uppdrag bör omfatta såväl grundutbildningen som vidareutbildningen. Utredningsuppdraget avseende vissa centrala frågeställningar i vidareutbildningen bör prioriteras med hänvisning till frågans närmast akuta karaktär. Detta avser i första hand utbildningens principiella utformning, dvs. avvägningen mellan praktisk tjänstgöring och teoretisk utbildning samt anställningsförhållanden under utbildningstiden.

Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Vi föreslår att Socialstyrelsen får uppdraget att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården. Avsikten är att stärka det framtida samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård.

Nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer

Utredningen anser att det finns en avsevärd effektiviseringspotential på enhets-/teamnivå i förändrad mix mellan vårdens yrkesgrupper. Detta arbete försvåras i dag av att yrkesutbildningarna till undersköterska och sekreterare/vårdadministratör varierar kraftigt i utformning mellan olika skolor. Socialstyrelsen föreslås få uppdraget att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

Forskning

I dag finns i lagstiftningen en skyldighet att *medverka i forskning* och en skyldighet att *utveckla verksamheten* fortlöpande. Lagen gör dock ingen koppling mellan forskningen och skyldigheten att utveckla. Utredningen menar att förhållandet mellan forskning och utveckling vara sömlöst i ett akademiskt präglat sjukvårdssystem. Övergången är flytande. Ytterligare ett problem är att formuleringen kring forskning är passiv. Det finns en uppenbar risk att skyldigheten tolkas som medverkan i en verksamhet där någon annan har initiativet, vilket är olyckligt. Hälso- och sjukvården bör i allra hösta grad ta egna initiativ inom forskningen. Utredningen bedömer att frågan bör utredas vidare.

Utredningen föreslår att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.

PROTOKOLLSUTDRAG

5/2016
§ 109

SAMMANTRÄDESDAG
2016-05-24

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -05- 25
Dnr LS 2016-0324

Justerat Anna Starbrink (L)
Dag Larsson (S)

Anslagsdatum 2016-05-25

§ 109 Yttrande över Effektiv vård (SOU 2016:2), slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

HSN 2016-0696

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över slutbetänkande Effektiv vård (SOU 2016:2).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-04-27
Sammanfattning av remiss Effektiv vård (SOU 2016:2)

Yrkanden

Ordförande (L) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande över slutbetänkande Effektiv vård (SOU 2016:2)

att omedelbart justera beslutet.

Särskilda uttalanden

Dag Larsson (S) lämnar ett särskilt uttalande (bilaga 16).
Susanne Nordling (MP) lämnar ett särskilt uttalande (bilaga 17).
Håkan Jörnehed (V) lämnar ett särskilt uttalande (bilaga 18).

Vid protokollet/rätt avskrivet intygas
Lykke Ask-Harborg

Expedieras:
Landstingsstyrelsen
Akten

BILAGA 16

Socialdemokraterna

Särskilt uttalande
Ärende 17
HSN 2016-0696

Gällande " Yttrande över Effektiv vård (SOU 2016:2), slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården"

Vi socialdemokratern anser att den enda framkomliga vägen för att klara av välfärdsuppdraget framöver är att förstärka primärvården. Vi är delar därför utredningens målbild kring primärvårdens roll i framtidens sjukvård. Utredningen påpekar att patienten måste involveras och göras delaktig i processen kring den egna vården i mycket högre utsträckning än i dag. Vårdens effektivitet avgörs i mötet mellan patienten och vården. Vårdens styrning är mångfaldig och splittrad och fungerar dåligt. Det saknas strategi om vilka utmaningar som är viktigast t ex vården och omhändertagandet av vårdens storkonsumenter, de med multisjuklighet. Idag har vården mycket sjukhustung struktur, patienter söker sig till sjukhusakuterna i stället för primärvården och närakuterna. Vad vi just nu ser i Stockholms läns landsting är att vårdcentralerna inte har fått eller kommer få rimliga förutsättningar att klara sitt uppdrag utan utarmas istället på resurser.

Vi socialdemokrater är positiva till det förslag som utredningen presenterar kring en allmän och en riktad primärvård för äldre. Där den allmänna primärvården skulle motsvara den nuvarande primärvården. Den riktade primärvården borde enligt utredningens förslag undantas från det obligatoriska vårdvalet. I den riktade delen skulle äldre med omfattande vårdbehov omfattas.

Utredningen innehåller många fler förslag och förvaltningen skriver i sitt svar att den kanske är för omfattande så att de goda förslagen inte når fram. Så får det naturligtvis inte bli. En del i arbetet är att svara på remissen på utredingen och nästa steg för landstinget är att ta fram en plan för införande av de delar som landstinget har ansvar för. Gå från ord till handling och få med de goda förslag som arbetats fram. Vi tycker det är mycket angelägen att förslagen snarast omvandlas till handling för effektivitet, bättre patientsäkerhet och patientens medskapande.

BILAGA 17

Miljöpartiet

Särskilt uttalande
Ärende 17
HSN 2016-0696

Gällande " Yttrande över Effektiv vård (SOU 2016:2), slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården"

Vi i Miljöpartiet anser att utredningen Effektiv vård är av stor relevans för Stockholms läns landsting. Vår organisation måste förändras. I och med införandet av framtidsplanen där primärvården ska bli basen i hälso- och sjukvården och vården ska vara patientnära, så är vi på rätt väg.

Stockholms läns landsting behöver särskilt ta till sig utredningens förslag om en mindre detaljstyrd vård som ger vårdpersonalen större utrymme att utveckla vården. Stockholms läns landstig har idag en hög detaljreglering i ersättningsystemet.

Miljöpartiet anser också att utredningens förslag om en mer samordnad vård är högst relevant. Stockholms läns landsting måste effektivisera sin vård genom att minska fragmentiseringen. Inget annat landsting i Sverige har en så uppdelad vård och administration som Stockholms län, och det försvårar samordningen.

Slutligen vill Miljöpartiet betona vikten av att Stockholms läns landsting tar åt sig utredningens förslag vad gäller en samordna äldrevård, där vi blir bättre på att ta hand om de svårast sjuka äldre och där vi i team eller med delat huvudmannaskap tar hand om våra sjuka äldre. Förslaget att införa vårdval Geriatrik rimmar riktigt illa med den utveckling som utredningen pekar på att vården måst ta.

BILAGA 18

Vänsterpartiet

Särskilt uttalande
Ärende 17
HSN 2016-0696

Yttrande gällande Effektiv vård (SOU 2016:2), slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Vänsterpartiet anser att efter många av år av uteblivna satsningar på primärvården så är Göran Stiernstedts utredningen ett steg i rätt riktning. Äntligen kommer kontreta satsningar och förslag vi ställer oss bakom.

Vi anser också att sjukvården måste stå under en samlad nationell kontroll och att den etableringsfrihet som följer av lagen om valfrihetssystem inte är förenlig med en jämlik och jämställd vård.

Huvudmannen för vården måste också kunna styra resurserna dit behoven är som störst och ha rätt att bestämma var nya vårdcentraler bör placeras. Utredningen "Effektiv vård" föreslår och förutsätter en primärvård med ett tydligt befolknings- och områdesansvar. Resurser behöver också tilldelas primärvården och fördelas mer rättvist regionalt och med avseende på socioekonomi, än vad som görs idag.

Att som idag ha vårdinsatser splittrade på en rad vårdgivare leder till en för patienten svårmanövrerad och ineffektiv vård där patienter bollas mellan olika vårdgivare och hamnar på sjukhusens akutmottagningar i onödan.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-04-27

HSN 2016-0696

Handläggare:
Carl-Gustaf Elinder

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2016-05-24, P 17

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -05- 25
Dnr LS 2016-0324

Yttrande över Effektiv vård (SOU 2016:2), slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Ärendebeskrivning
Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över slutbetänkande Effektiv vård (SOU 2016:2).

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-04-27
Sammanfattning av remiss Effektiv vård (SOU 2016:2)

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i programberedningen för akutsjukvård.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande över slutbetänkande Effektiv vård (SOU 2016:2)

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget
Inledning
Utredningens uppdrag är enligt Direktiv 2013:104 att ge förslag på åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt - att öka vårdens effektivitet.

Utredningens utgångspunkt har varit att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Det konstateras att även om svensk hälso- och sjukvård fungerar relativt väl i dag, står den inför stora utmaningar. Problemen består inte i första hand av brist på resurser utan i hög grad på en splittrad och otydlig styrning av vård och omsorg och brist på samordning. Professionerna i vård och omsorg får inte tillfälle att göra det de är bäst på.

Utredningen konstaterar att det behövs en lång rad strategiska åtgärder för att möta de stora strukturella problemen och kommande utmaningar. I utredningen, som är mycket

omfattande på 666 sidor med bilagt diskussions-PM på drygt 100 sidor, finns mycket värdefullt material samlat och betydande visdom från vård och omsorg. Det märks att den särskilde utredaren Göran Stiernstedt har lång erfarenhet ifrån många delar av hälso- och sjukvården i Sverige, att utredningen haft omfattande kontakter med vårdens professionella företrädare, huvudmän, landsting, kommunföreträdare och myndigheter under arbetet.

Många utmärkta iakttagelser och analyser görs i utredningen och förslagen till vården ska kunna arbeta bättre och skapa mer värde för patienterna är många. Det finns en viss risk att denna utmärkta utredning inte fullt ut tas emot och beaktas i den utsträckning som den förtjänar. Förslagen är så många och omfattande och själva rapporten innehåller så mycket text att den kanske inte når helt fram.

I redovisningen nedan ges en kort redovisning av utrednings viktigaste delar; Bakgrund och analys, orsakerna till effektivitetsproblemen inom vård och omsorg i Sverige och de viktigaste förslagen och rekommendationerna för att göra den effektivare. Avslutningsvis ges synpunkter på utredningen från hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) inom Stockholms läns landsting (SLL).

Bakgrund och analys
Vården fungerar i de flesta avseenden väl i Sverige, men kostnaderna är betydande i såväl absoluta tal som andel av bruttonationalprodukten (BNP). De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård som andel av BNP ligger på cirka 11 procent vilket är i paritet med de länder som ligger högst inom EU. Totalt avsattes cirka 231 miljarder kronor 2014. Kostnaderna för hälso- och sjukvård är generellt stadda i ökning och det föreligger betydande variation mellan kostnaderna per innevånare inom olika lansting där Stockholm uppvisar den högsta kostnaden (nära 24 tkr/invånare och år).

Det totala antalet läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård per 1000 innevånare ökar stadigt i Sverige och ligger, i en europeisk jämförelse, högt. Antalet sjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvård ökar också men i mindre grad än antalet läkare medan andelen specialistsjuksköterskor successivt minskar. Undersjuksköterskor och vårdbiträden inom vården har istället blivit färre, i synnerhet antalet vårdbiträden. Likaså har antalet vårdadministratörer, främst medicinska sekreterare per 1000 innevånare sjunkit de senaste 10 åren.

Trots att antalet läkare ökat betydligt ligger antalet läkarbesök per innevånare stilla och i jämförelse med andra länder lågt på knappt tre läkarbesök per innevånare och år. Antalet vårdplatser, medelvårdtid och vårdtillfällen sjunker och antalet vårdplatser per 1000 innevånare i Sverige är lägre än alla andra länder med jämförbara data.

I utredningen visas ett sammanvägt index över vårdens kvalitet i 16 olika länder där Sverige ligger i topp. I några avseenden är dock resultaten sämre än i flera andra

jämförbara länder, patientens delaktighet i vården. Många patienter med kroniska sjukdomar upplever att deras läkare inte har beskrivit vårdens huvudsakliga mål på ett bra sätt och de har inte fått tydliga instruktioner. Patienter rapporterar också ofta att 'den ordinarie läkaren' inte tillbringar tillräcklig med tid tillsammans med dem.

Sammanfattningsvis talar berednings analys för att vården i Sverige i huvudsak är av hög kvalitet men inte särskilt effektiv. Utredningens uppfattning är att en förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården endast kan åstadkommas genom åtgärder som påverkar mikronivån, det vill säga förslag som påverkar förutsättningarna för mötet eller interaktionen mellan patienten och vården.

De huvudsakliga orsakerna till effektivitetsproblem
Utredningen menar att styrningen av vården är mångfaldig och splittrad och att styrningen ofta är för kortsiktig, detaljerad och stundtals motsägelsefull. Landstingens ekonomistyrning blir alltmer detaljerade. Inte sällan används kortsiktiga lösningar för att åtgärda ekonomiska problem. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. En mångfald av styrsignaler som skapar osäkerhet om vad som är prioriterat och minskar utrymmet för professionernas egna bedömningar (så kallad professionell autonomi) något som i sin tur motverkar lokal kreativitet och förbättringsarbeten. Utredningen har uppmärksammat att det finns inkonsekvenser i landstingens målstyrning. Det första är målet med hälso- och sjukvården är angivet i lagstiftningen (*2 § HSL: målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkninge*n). Men när landstingen sätter sina egna mål är det inte alltid klart hur det nationella målet förhåller sig till de lokalt satta målen. Några landsting har som mål "nöjda patienter" men nöjda patienter är inte synonymt med varken god hälsa eller att vården ges på lika villkor. Om målet är nöjda patienter finns en risk att vårdens resurser inte prioriteras till patienter med de största behoven. Storkonsumenterna av vård är relativt få och får därmed sannolikt inget större utslag i en "nöjdpatient-undersökning" skriver utredningen.

Utredningen har uppmärksammat att det i många landsting finns en uppsjö av strategier, policys, riktlinjer och handlingsplaner. I en aktuell genomgång från ett landsting har man uppmärksammat detta landsting har tre strategier, 20 policys, 264 riktlinjer och 281 handlingsplaner. Mängden styrdokument är så stor att de olika styrsignalerna riskerar att konkurrera med varandra och genomslaget riskerar då att utebli. Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan och ska inte föreskriva ageranden och beteenden i detalj. Viktigt i kunskapsintensiv verksamhet att ha tillräcklig autonomi för att kunna bedriva arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, där patientens individuella behov ges utrymme att påverka arbetet.

Statens styrmedel är otillräckliga för att uppnå nationella mål och krav. Även om statliga initiativ har förmått att förbättra vården till vissa delar; att vården ges inom rimlig tid och att patienten har möjlighet att välja vårdgivare så kvarstår många andra problem och utredningen kan inte se att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården bygger på någon analys eller prioriteringsordning mellan vad som är de viktigaste problemen, vad som bör åtgärdas i vilken ordning och vilka styrmedel som bäst används för att förbättra situationen. Exempelvis kan utredningen inte se att staten i egenskap av systemägare på något genomgripande sätt använt sina styrmedel för att främja kontinuitet i vården, ett krav på hälso- och sjukvården, 2 a § HSL. Istället avskaffades bestämmelser om PAL, patientansvarig läkare i samband med införandet av begreppet fast vårdkontakt.

Den svenska hälso- och sjukvården är för sjukhustung. Endast 17 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader går till primärvården och i många landsting är det mindre än så. Detta är en betydligt mindre andel än i de flesta andra länder. Många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå. Skälen till detta är många. Det råder på många vårdcentraler brist på allmänläkare, öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är ofta låg. Primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder vidare en låg grad av kontinuitet för patienten. En ”listning” för patienten till en enskild läkare eller annan profession förekommer i princip inte och samarbetet med den specialiserade vården fungerar dåligt. En inte oväsentlig del i förklaringen är också primärvårdens inte sällan låga status hos befolkningen, menar utredningen. Informationsöverföring mellan vårdgivare fungerar inte tillfredsställande. Primärvården har svårt att klara uppdraget som ”första linjens vård”. Många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter befinner sig på fel vårdnivå. Patienten rör sig i en sekvens (dock sällan linjär) mellan olika vårdenheter och ingen person tar ansvar för hela vårdförloppet.

Nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer saknas för merparten av sjukdomarna och de rekommendationer som finns är inte enkelt åtkomliga.

De många och stora akutsjukhusen utgör andra delen av hälso- och sjukvården. I Sverige är vårdens stora kostnader bundna till sjukhusen. Under utredningens gång har kostnadsökningstakten stigit markant för landstingen/regionerna och prognoserna för 2015 tyder på 6–7 procents kostnadsökning, vilket långsiktigt är ohållbart. Ett stort problem är att vårdens arbetssätt inte utgår från kontinuitet vare sig vad gäller ersättningssystem eller sättet att organisera arbetet i vården.

Utredningen om högspecialiserad vård har nyligen lämnat sitt betänkande *”Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98)”*. Utredningen pekar på betydelsen av koncentration i ett effektivitetsperspektiv och anser att vårdens kvalitet, antalet dödsfall och komplikationer skulle kunna minskas avsevärt, och kvaliteten ökas

om Sverige lyckades koncentrera den sjukhusbundna vården i större utsträckning. Utredningen slår fast behovet av mer nationell samverkan när det gäller högspecialiserad vård. Utredningen *”Träning ger färdighet”* anser att högspecialiserad vård som kräver nationell samordning omfattar ca 4–5 procent av sjukhusvården.

Undersökningar har visat att inom den slutna somatiska vården står en liten andel vårdtunga patienter (1 procent) för nära hälften av kostnaderna. Flertalet i denna grupp är äldre, med flera kroniska sjukdomar och omfattande vårdbehov. Många skulle klara sig bättre och längre hemma med bra stöd. Samordningen mellan landsting och kommunerna avseende denna grupp fallerar ofta. Många olika vårdgivare från landsting och kommuner gör var och en ofta goda insatser men samordningen är bristande. Brist på kontinuitet och splittrade insatser är närmare regel än undantag. Ett stort problem, enligt utredningens uppfattning, är att det landstingsfinansierade uppdraget för primärvården inte är tillräckligt integrerat med den kommunala hälso- och sjukvården.

Bemanningen (schemaläggningen) inom hälso- och sjukvården är inte anpassad till vad som ska göras. Regelmässiga överbeläggningar skapar ineffektivitet. Hälso- och sjukvården har idag inte en optimal personalsammansättning. Antalet läkare har skjutit i höjden utan att antalet allmänläkare ökat i motsvarande grad och antalet specialistutbildade sjuksköterskor har minskat under lång tid. Sjukhusbundna specialister ökar snabbare än allmänläkarkåren. Sedan 1970-talet har över 80 procent av läkarna varit verksamma inom slutenvården. Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och sjukhus och vi har i dag sannolikt flest sjukhusläkare i världen per capita. Denna struktur har hittills varit gynnsam för svensk vård som i internationella jämförelser är både kostnadseffektiv och har hög kvalitet. Men denna sjukhustunga struktur kommer enligt utredningens bedömning att fungera sämre i framtiden mot bakgrund av den demografiska utvecklingen, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, IT och behov och preferenser hos vårdpersonalen.

Varför har vi internationellt sett relativt mycket personal, få vårdplatser men upplever ändå att vi är underbemannade? Minskningen av antalet undersköterskor har medfört att sjuksköterskor i ökande omfattning får utföra basala omvårdnadsinsatser. Minskningen av antalet undersköterskor har även medfört ökande belastning på läkarkåren. En annan är minskning av antalet vårdnära administratörer. Detta parallellt med att den administrativa bördan har ökat i hälso- och sjukvården. Utredningen konkluderar att problemen kan sammanfattas i ett antal återkommande gemensamma brister: Patientens behov är inte vägledande för hur verksamheten organiseras, planeras och bemannas. Patientens potential att bidra till planering och genomförande av vården underutnyttjas. Kontinuitet är bara undantagsvis vägledande för hur man organiserar verksamheten och lägger scheman. Kompetenserna inom vården underutnyttjas på grund av en suboptimerad fördelning av arbetsuppgifter, personalstruktur, främst för få

anställda med lägre formell kompetens och att förekomsten av en lärande organisation inte prioriteras.

Förslag och rekommendationer
Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet. En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov kräver insatser från många aktörer. Utredningen anser att det är viktigt att lagstiftningen innehåller bärande principer för hur hälso- och sjukvården ska styras och organiseras som motsvarar de politiska prioriteringarna.

Principerna bör ange inriktning för organiseringen men bör inte vara detaljstyrande. Med hänsyn tagen till den demografiska utvecklingen finns anledning att reellt bygga ut primärvården. Landstingen rekommenderas ordna sin hälso- och sjukvård nära befolkningen, när det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Primärvården behöver enligt utredningens uppfattning förstärkas med resurser, något som i stor utsträckning är synonymt med personal. Utredningen anser att fler läkare inom andra specialiteter än allmänmedicin behövs i primärvården. Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar administration. Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. Patienten ska ses som en del i teamet och stödjas till att utföra egen vård.

Starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården är angelägen. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver en mer nationellt koordinerad styrning. Landstingen behöver i högre grad samlas kring gemensamma lösningar samt allokerar resurser för detta. En omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

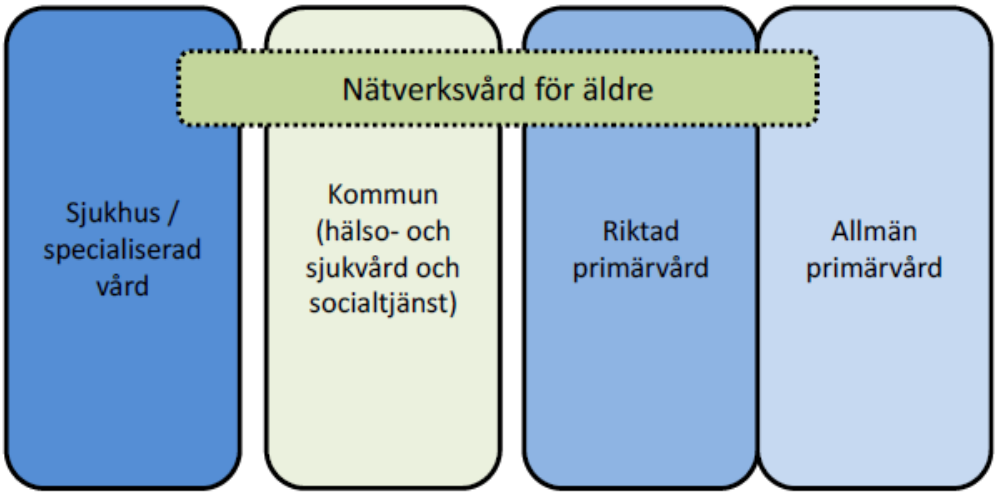
Huvudprincipen är öppen vård, men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Slutenvård kan ske på vårdinrättning, i patientens hem eller annan plats där kraven på god vård upprätthålls. Utredningen föreslår att slutenvårdsbegreppet görs platsoberoende, att vård som inte kan tillgodoses i öppen vård ges som sluten vård. Denna kan ges på vårdinrättning eller på annan plats, exempelvis i hemmet.

Primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och se till patientens samlade förutsättningar och behov. Primärvården

föreslås få ett tydligt akutuppdrag, med ansvar för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på akutsjukhus. För akut hälso- och sjukvård på sjukhus krävs remiss om det inte finns särskilda skäl. En omställning mot att primärvården får ett tydligt akutuppdrag som även gäller nattetid, kräver enligt utredningens uppfattning att resurser i form av personal överflyttas från sjukhusvård till primärvård. Primärvården behöver förstärkas med specialister som i dag finns inom sjukhusvården. Utredningens uppfattning är dock att lagstiftaren varken kan eller ska ange detaljer om hur detta ska går till. Den föreslagna förändringen bör ske dynamiskt för att inte skada sjukhusvårdens funktion.

Utredningen föreslår ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Vidare föreslås att kommunen kan överta ansvaret för läkarinsatser i vissa fall om kommun och landsting är överens om detta. I figur 9.4 från utredningen ges en schematisk bild av vilka aktörer som måste agera gemensamt när det gäller nätverksvård för äldre.

Figur 9.4 Konstruktion av ramar för nätverksvård för äldre



Primärvården delas upp i två organisatoriska delar, den allmänna primärvården och den riktade primärvården. Den riktade primärvården fullgör primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov och undantas från det obligatoriska vårdvalet. Den riktade primärvården behöver vara multiprofessionell och ha ett tydligt fokus på vård i hemmet. Den riktade primärvården ska utföras gemensamt med kommunernas socialtjänst vilket innebär en ökad organisatorisk integrering som närmast är en fusion. Kommun och landsting får, om de är överens, införa vårdval som avser tjänsten sammanhållen vård och socialtjänst. Utredningen föreslår att den riktade primärvården ska undantas

frånskyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvalssystem. Detta för att möjliggöra god samordning och inte splittra vård och omsorg i oöverskådligt system av vårdgivare, som inte sällan har olika journalsystem. Istället får landsting och kommun organisera den gemensamma verksamheten så att den enskilde kan välja utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppdelningen i allmän och riktad primärvård utgör dock endast ett erbjudande till patienten i den meningen att ingen kan ”tvingas” ta del av den gemensamma verksamhet som landsting och kommun ska utföra. Dock anser utredningen att den riktade primärvården – och därmed den sammanhållna verksamheten – har bättre förutsättningar att tillgodose den enskildes samlade behov, och bör erbjudas som ett förstahandsalternativ. Men patienter som omfattas av den riktade primärvården kan även fortsättningsvis välja en annan utförare av läkarvården än den utförare av läkarvård som tjänstgör i den riktade primärvården.

Minskad detaljstyrning. Detaljstyrningen i form av lagstiftning som binder upp vissa professioner till vissa arbetsuppgifter ändras för att möjliggöra en utveckling av de mest rationella arbetssätten. Utredningen rekommenderar att både huvudmännen och staten minskar detaljstyrningen av vården. Utredningen föreslår att staten ska ge mer aktiv vägledning till vårdens verksamheter avseende vem som får göra vad. Huvudmännens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas anser utredningen. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas. Huvudmännen behöver ompröva och rensa i styrningen genom strategier, handlingsplaner, policydokument och liknande. Detta skapar stor frustration bland medarbetare i vården som upplever sig kontrollerade, och stundom ifrågasatta, och att styrningen skär rakt in i mötet med patienten.

Staten och huvudmännen behöver i högre grad gemensamt analysera och prioritera de viktigaste utmaningarna för hälso- och sjukvården. Styrningen av de övergripande frågorna kan bli bättre samtidigt som vårdens verksamheter ges bättre förutsättningar att själva skapa funktionella lösningar på de patientnära problemen. Ett exempel på olycklig central styrning är när landstingen genom ersättningen styr mot att patienten bör träffa en specifik personalkategori (normalt läkare), vilket försvårar smarta lösningar med bred användning av olika kompetenser liksom en bedömning i varje enskilt fall av vad som vore bäst för patienten. Vidare kan det nödvändiga i att ”träffa” patienten variera. Mer och mer av möten mellan yrkesutövare och patienten kan komma att genomföras i annan form än ett traditionellt patientmöte, till exempel med hjälp av e-post, videosamtal, sms, mms med mera. Utredningens sammantagna bedömning är att huvudmännens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare i många avseenden behöver omprövas. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas och riskerna med ersättning kopplad till medicinska kvalitetsindikatorer bör uppmärksammas som en möjlighet.

Ändrade arbetssätt, för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare. Utredningen föreslår att vårdgarantin görs professionsneutral. Garantin att få besöka läkare inom 7 dagar i primärvården föreslås ändras till en garanti att få en medicinsk bedömning inom 3 dagar. Lagstiftningen ska inte styra mot besök. Vårdgarantin bör ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården i stället blir en ”bedömningsgaranti”. Utredningen bedömer att fler författningar behöver göras professionsneutrala, särskilt de som tar sikte på att läkarintyg ska lämnas. Regeringen föreslås skyndsamt utreda hur den lagstiftning som innebär krav på läkarintyg kan ändras i syfte att intygshanteringen ska vara professionsneutral. Att den som utfärdar intyg ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften med hänsyn till ändamålet med intyget följer redan i dag av Socialstyrelsens föreskrifter. En förändring av signeringskravet i journalhandlingar föreslås också. Rapportering till olika databaser för redovisning, statistik och kvalitetsuppföljning underlättas och ska utföras av administrativ personal. Syftet är att möjliggöra en rationell fördelning av arbetsuppgifter, minska den administrativa belastningen på läkare och att skapa förutsättningar för att rätt kompetens står bakom ett intygande.

Genom en mer funktionell delegation och fördelning av arbetsuppgifter kan arbetet i vården underlättas och effektiviseras. Socialstyrelsen publicerade år 2004 en handbok till vägledning för vårdgivare när det gäller dess frågor men den är inte tillräcklig. Trots att myndigheten visat att det finns ytterst få hinder mot omfördelning av arbetsuppgifter, finns det ännu utbredda uppfattningar om rättsliga hinder för detta hos verksamhetsföreträdare. Tillexempel att endast läkare får skriva en remiss till röntgen. Sådant styrs idag ofta av verksamhetens egna beslut eller traditioner.

Utredningen konstaterar att organisationen och arbetssätten i vården skapar ineffektivitet. Kompetensen underutnyttjas på grund av suboptimerad fördelning av arbetsuppgifter och ej optimal personalstruktur, främst för få anställda med lägre formell kompetens, och att den lärande organisationen inte prioriteras. Vården bör i högre grad utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare. Utredningen rekommenderar därför att samtliga hälso- och sjukvårdens verksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetssätten med ledning av; 1. Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare. Och 2. Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.

Verksamhetsstöden från både staten och huvudmännen blir ett verkligt stöd i det praktiska arbetet och bidrar till att både spara tid och stärka kvalitet och patientsäkerhet. Utredningen föreslår att staten tar ett tydligare ledarskap för verksamhetsstöden, såsom journalsystemen bland annat genom ny lagstiftning för informationsutbyte, standarder för interoperabilitet, långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur och praktiskt stöd. Detta för att en gemensam informationsstruktur ska få genomslag i den vardagliga

informationshanteringen inom alla landsting. Förslag till en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag har lämnats. Socialstyrelsen föreslås ges ett långsiktigt uppdrag att utveckla och förvalta den nationella informationsstrukturen inom vård och omsorg. Socialstyrelsen bör också förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården. Utredningen menar att dokumentationskravet övertolkas av alla yrkesgrupper. Socialstyrelsen har nyligen gjort bedömningen att så mycket som 70 procent av det som antecknas i journalen är upprepningar av tidigare anteckningar.

Utredningen föreslår vidare en stående kommitté för samverkan mellan regeringen och huvudmännen avseende kompetensförsörjning och effektivt utnyttjande av befintlig kompetens. Utredningen föreslår att regeringen utreder utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning samt tjänstgöring inom primärvården för ST-läkare. Utredningen föreslår också att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för de organspecialiteter som har ett förväntat nära samverkansbehov med primärvården. Det föreslås att det nationella planeringsstödet (NPS) vid Socialstyrelsen breddas för att ge största möjliga nytta för huvudmän och andra vårdgivare i planeringen av sin kompetensförsörjning. Vidare att inom ramen för NPS skapa en mötesplats för huvudmän och andra organisationer att gemensamt diskutera planering av kompetensförsörjning ur ett nationellt perspektiv. Socialstyrelsen föreslås också få uppdraget att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

Sammanfattande synpunkter
Utredningen är väl skriven och insiktsfull. Den innehåller utmärkta analysen och många kloka råd till hur vården kan bli effektivare:

- Förändrad organisation av vården för äldre och kroniskt sjuka patienter med omfattande behov, som kräver insats från många aktörer
- Utveckling av ändamålsenliga och funktionella styr- och stödsystem
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag
- Patienten ska ses som en del av teamet och stödjas i att utföra sin egen vård

Ett närmare landstingskommunalt samarbete för äldre med omfattande vårdbehov utgör en hörnsten i utredningen. Om vi, landstingen, kommunerna och staten väljer den föreslagna vägen kommer detta att få stora konsekvenser för ledning och styrning av vård och omsorg. Men vården kommer då – precis som utredning strävar emot - att bli effektivare!

Vad gäller den statliga styrningen över landstingen om myndigheternas inflytande så skulle man kunna säga att utredningen är lite ambivalent, man vill å ena sidan ha en övergripande styrning och kunna ställa krav på landstingen att samverka mer med

varandra och med kommunerna. Samtidigt menar utredningen att staten inte skall styra i detaljer, och det skall inte heller landstingen göra visavi vårdgivarna. Man skall i större utsträckning lita på vårdens egen förmåga och entusiasm för att ständigt utveckla och förbättra vården. Inte försöka att detaljstyra med olika typer av prestationsbaserade ersättningar. HSF delar i huvudsak dessa slutsatser.

HSF vill särskilt framhålla följande åtgärder för att åstadkomma föreslagna förändringar:

- Behov av en omfattande reform, där primärvården förstärks och ges förutsättningar för att bli den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården
- Huvudprincipen öppen vård, med tillgänglighet dygnet runt
- Konstruktivt förslag med uppdelningen
  - Allmän primärvård
  - Riktad primärvård, för äldre och övriga patienter med omfattande behov av samordnad vård och omsorg
- Skyldigheter från kommuner och landsting att fastställa gemensam plan
- Ökad långsiktighet i styrningen, minskad detaljstyrning
- Övergripande nationellt ansvar för informationshantering
- Nationell samverkan för vårdens kompetensförsörjning
- Ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård
- Utvecklingstakt i små steg, där olika åtgärder förstärker varandra i tänkt riktning framåt

HSF har samsyn med utredningen när det gäller att öka primärvårdens uppdrag och ansvar för vården och tycker det är bra att ge primärvården det övergripande ansvaret för befolkningens vård och hälsa medan akutsjukhusen främst sköter akut och elektiv slutenvård. Förslaget att införa ett särskilt spår inom primärvården för att tillsammans med den kommunala omsorgen ta ansvar för äldre och övriga patienter med omfattande behov är utmärkt. Idag arbetas det ofta osammanhängande och splittrat vilket ger dålig kontinuitet och är ineffektivt. Avtalsformer för samverkan mellan kommun och landsting avseende vård av äldre med omfattande vårdbehov bör enligt HSF utredas vidare.

Utredningen har också en lång rad förslag och synpunkter på hur omfattning av och innehåll i flera vårdprofessioners grund- och specialistutbildning bör se ut, planeras och dimensioneras. Vidare föreslås att uppgifter skall kunna delegeras i större utsträckning till en lämpligare professionsnivå för att skapa mer möjlighet till patientnära arbete för läkare och sjuksköterskor. Onödigt administrativt arbete skall tas bort och dubbel dokumentation ’för säkerhets skull’ i journalhandlingar likaså. Rapportering av olika slag likaså. Allt detta är bra och utmärkta förslag.

Men kanske har utredningen blivit för omfattande, och med så många goda råd att mottagaren inte förmår ta dem alla till sig.

Trots att utredningen är så omfångsrik finns det frågor om och möjligheter till ökad effektivitet som den inte tagit upp:

- Möjligheterna till prevention och förebyggande är otillräckligt belyst.
- Frågan om kostnadseffektiv, säker och rimligt prioriterad läkemedelsanvändning.
- Vård och rehabilitering av patienter med omfattande och långvariga rehabiliteringsbehov vid somatisk och/eller psykisk sjukdom.

Ekonomiska konsekvenser
Om utredningens förlag till väsentliga kan genomföras så kommer vårdens effektivitet att öka och därmed på sikt minska de samlade kostnaderna för hälso- och sjukvård, eller i alla fall minska kostnadsökningstakten.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förbättras tydligt, i synnerhet för äldre med omfattande vårdbehov.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård
Förbättras för äldre med omfattande vårdbehov.

Miljökonsekvenser
Utredningen innehåller förslag till effektivisering av vården. Detta torde innebära minskad total resursförbrukning och därmed i huvudsak gynnsamma miljökonsekvenser.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Carl-Gustaf Elinder
Avdelningschef