Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att tillkalla en nationell samordnare med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Analysen ska bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Mot bakgrund av analysen ska samordnaren initiera samarbeten med berörda aktörer och i dialog med dessa aktörer 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 i syfte att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Till nationell samordnare förordnades direktören Göran Stiernstedt. Utredningen har antagit namnet utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Den 27 februari 2014 tillkallade regeringen en särskild utredare för att genomföra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Göran Stiernstedt utsågs till särskild utredare. Utredningen överlämnade den 5 mars 2015 betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) Utredningen bedrevs som en integrerad del i den nu föreliggande utredningen.

Den 17 juni 2015 förordnades som experter att bistå utredningen stabschefen Monica Axelsson, Inspektionen för vård och omsorg, enhetschefen Daniel Brattström, Socialstyrelsen, förste vice ordföranden Karin Båtelsson, Sveriges läkarförbund, förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, utredaren Jean-Luc af Geijerstam, E-hälsomyndigheten, sektionschefen Jonas Hampus, Falu kommun, regiondirektören Ann-Sofi Lodin, Västra Götalandsregionen, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, Vårdförbundet, gruppchefen Liz Silke, Kommunal samt programansvarige Patrik Sundström,

Sveriges Kommuner och Landsting. Som sakkunniga förordnades samma dag departementssekreteraren Malin Ekelund, Finansdepartementet, departementssekreteraren IngaLill Karlström, Socialdepartementet, kanslirådet Markus Martinelle, Finansdepartementet, kanslirådet Henrik Moberg, Socialdepartementet, samt kanslirådet Sara Rosenmüller, Socialdepartementet. Den 2 november 2015 entledigades Sineva Ribeiro och ersattes av vårdstrategen Lisbeth Löpare Johansson, vårdförbundet. Samma dag entledigades Malin Ekelund och ersattes av kanslirådet Andreas Hermansson, Finansdepartementet.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 januari 2014 juristen Daniel Zetterberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 mars 2015 juristen Anna Ingmanson. Även juristen Maria Jacobsson har deltagit i arbetet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Effektiv vård* till regeringen.

Till betänkandet fogas ett särskilt yttrande av experten Anne Carlsson.

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i januari 2016

Göran Stiernstedt

/Daniel Zetterberg
Anna Ingmanson

Innehåll

Sammanfattning **17**

Del A Inledning

1 Författningsförslag **41**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 41

1.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 48

1.3 Förslag till lag om ändring i kommunallagen (1991:900) 49

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 50

1.5 Förslag till förordning om ändring i kommittéförordningen (1998:1474) 51

1.6 Förslag till förordning om ändring i myndighetsförordningen (2007:515) 52

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning 53

1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti 54

2 Om uppdraget och dess genomförande **55**

2.1 Utredningens direktiv 55

2.2 Utredningens arbete 56

2.3 Utredningens kommentarer till uppdraget 58

3 Om effektivitetsbegreppet ... 63

3.1 Effektivitetens plats i hälso- och sjukvården ... 63

3.2 Vad avses med produktivitet och effektivitet i vården? ... 64
3.2.1 Målet med hälso- och sjukvården i relation till effektivitet ... 66
3.2.2 Det är svårt att mäta och följa upp effektivitet i vården ... 68
3.2.3 Flera infallsviklar på effektivitetsbegreppet är nödvändiga ... 71
3.2.4 Utredningens syn på effektivitet ... 72

4 Nulägesbeskrivning ... 73

4.1 Vården i siffror ... 73
4.1.1 Den demografiska situationen ... 74
4.1.2 Kostnader ... 75
4.1.3 Personal ... 83
4.1.4 Vårdkonsumtion ... 90
4.1.5 Kvalitet och effektivitet i vården ... 95

4.2 Rättslig reglering ... 102
4.2.1 Lagstiftningens krav på effektivitet ... 102
4.2.2 Allmänna bestämmelser om hälso- och sjukvården ... 103
4.2.3 Bestämmelser avseende hälso- och sjukvårdens struktur ... 105
4.2.4 Bestämmelser om samverkan och planering ... 105
4.2.5 Skyldigheter för hälso- och sjukvården knutna till arbetssätten i vården ... 107
4.2.6 Informationshantering i hälso- och sjukvården ... 111

5 Utredningens utgångspunkter och övergripande analys ... 115

5.1 Utredningens utgångspunkter ... 115
5.1.1 Effektiviteten uppstår i mötet med patienten ... 116
5.1.2 Arbetet med att förbättra effektiviteten blir inte klart ... 117
5.1.3 Det finns samband mellan patientnytta och effektivitet ... 119

5.2 Utredningens övergripande analys och hypoteser om ineffektivitet i vården ... 119
5.2.1 Styrningen skapar ineffektivitet ... 123
5.2.2 Strukturen skapar ineffektivitet ... 126
5.2.3 Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektivitet ... 130
5.2.4 Organisation och arbetssätt leder till ineffektivitet ... 131
5.2.5 Kulturen skapar ineffektivitet ... 136
5.2.6 Kompetensförsörjningen bidrar till ineffektivitet ... 143
5.2.7 Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet ... 147
5.2.8 Bemanning och vårdplatser ur ett effektivitetsperspektiv ... 148
5.2.9 Annat av betydelse för effektivitet ... 150
5.2.10 Några perspektiv på problemen ... 151

5.3 Övergripande om åtgärder för att möta utmaningarna ... 152

6 Bakgrund och fördjupad analys i de viktigaste frågorna ... 155

6.1 Hälso- och sjukvårdens styrning ... 155
6.1.1 Bakgrund ... 155
6.1.2 Statens styrning – några huvuddrag ... 161
6.1.3 Landstingens styrning av hälso- och sjukvården – några reflektioner ... 170
6.1.4 Utredningens analys av statens styrning ... 176
6.1.5 Statens styrmedel och huvudmännens styrning måste hänga samman i högre utsträckning ... 189
6.1.6 Kulturen är ett starkt styrmedel i vården ... 193
6.1.7 Det finns områden och frågor där landstingen behöver agera mer gemensamt ... 204

6.2 Samverkan ... 204
6.2.1 Problembeskrivning och analys ... 210
6.2.2 Landstingens (och kommunernas) styrning av samverkan – utredningens bedömning ... 218

6.2.3 Statens styrning av samverkan ... 227
6.2.4 Några framgångsrika exempel på samverkan ... 230

6.3 Primärvården ... 236
6.3.1 Sjukhusen ... 239

6.4 Arbetssätten ... 240
6.4.1 Bakgrund och sammanfattande problembeskrivning ... 240
6.4.2 Ledarskapet i vården och förmågan att hantera komplexitet ... 243
6.4.3 Patientens behov är inte utgångspunkten för organisation och arbetssätt i vården ... 245
6.4.4 Personlig kontinuitet saknas ... 254
6.4.5 Bristande produktions- och kapacitetsplanering ... 260
6.4.6 Schemaläggning utgår inte från patientens behov ... 266
6.4.7 Kompetensen underutnyttjas ... 270
6.4.8 Hindren mot att omfördela arbetsuppgifter ... 275
6.4.9 Finns den kompetens som behövs? ... 280
6.4.10 Den lärande organisationen hotas ... 281
6.4.11 Finns rätt kompetens för att driva förbättringsarbete i vården? ... 283
6.4.12 Hur ska ökad effektivitet tas tillvara? ... 284

6.5 Verksamhetsstöden ... 285
6.5.1 Bakgrund och sammanfattande problembeskrivning ... 285
6.5.2 Ledning och styrning ... 290
6.5.3 De rättsliga förutsättningarna ... 295
6.5.4 Systemen ... 296
6.5.5 Användningen ... 297

6.6 Den administrativa bördan ... 300
6.6.1 Kartläggning av administration i hälso- och sjukvården ... 302
6.6.2 Har den administrativa bördan ökat i hälso- och sjukvården? ... 321
6.6.3 Vad beror ökningen av den administrativa bördan på? ... 322
6.6.4 Sjukvårdshuvudmännens egen styrning ... 330

6.7 Utbildning och forskning ... 337
6.7.1 Inledning ... 337
6.7.2 Utbildning ... 338
6.7.3 Forskning ... 345

Del B Förslag och rekommendationer

7 Nya styrande principer för hälso- och sjukvården ... 357

7.1 Det behövs nya styrande principer för hälso- och sjukvårdens organisering ... 357

7.2 Ny styrande princip: vården ska ges nära befolkningen ... 363

7.3 Ny styrande princip: vården ska ges som öppenvård i första hand ... 370

7.4 Sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning ... 371

8 Primärvårdens uppdrag och organisation ... 375

8.1 En större primärvård ger bättre förutsättningar för effektivare resursutnyttjande ... 376

8.2 Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården ... 384
8.2.1 Primärvården har akutuppdraget – remisskrav till akutsjukhus ... 390
8.2.2 Ett nytt rättsligt ramverk för primärvårdens organisation ... 394
8.2.3 Förändring av bestämmelser om valfrihet ... 405
8.2.4 Genomförandet av en förstärkning av primärvården ... 406

9 Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst ... 413

9.1 Utvecklade styrande principer för att bättre ta om hand behov hos personer med komplexa behov ... 414

9.2 En juridisk ram för den verksamhet som måste hänga ihop ... 422

9.3 Den gemensamma verksamheten ska ha en plan där mål, riktlinjer och resursplanering framgår ... 438
9.3.1 Landsting och kommun bör samplanera resurser även på andra områden ... 440

9.4 Valfrihet och den gemensamma verksamheten 442

9.5 Särskilt om anhöriga 449

9.6 Proportionalitetsbedömning..... 450

9.7 Andra målgrupper som kan behöva sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst 452
9.7.1 Personer med psykiska funktionsnedsättningar..... 453
9.7.2 Personer med missbruk och beroende..... 454
9.7.3 Personer med funktionsnedsättningar..... 455
9.7.4 Barn och unga som mår dåligt eller riskerar att fara illa..... 456
9.7.5 Barn och familj – familjecentraler 456

9.8 Kommun ska få överenskomma med landsting om att ta över ansvar för läkarvård i vissa fall..... 459

9.9 Översyn av planeringsbestämmelser 463

10 Gemensamt beslutsfattande mellan landstingen 465

10.1 Samtliga landsting ska gemensamt planera och utföra vissa uppgifter..... 465

10.2 Om den föreslagna skyldigheten att samverka inte får effekt bör regeringen överväga ytterligare åtgärder 474

10.3 Utredningens rekommendation avseende uppgifter som bör utföras av samtliga landsting gemensamt..... 481

10.4 Stärkta förutsättningar för mer koordinerad styrning (en nationell konsultationsordning för hälso- och sjukvården)..... 485

11 Minskad detaljstyrning 493

11.1 Detaljstyrningen behöver minska..... 493

11.2 Vårdgarantin ska vara professionsneutral 501

11.3 Kraven på intyg från hälso- och sjukvården ska vara professionsneutrala..... 506

11.4 Läkemedelshanteringen i vården bör vara likartad oavsett vårdnivå ... 508

11.5 Regeringen behöver klargöra förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården ... 508

11.6 Signeringskravet bör avskaffas ... 510

12 Arbetssätten ... 511

12.1 Generella principer ska vara vägledande för ändrade arbetssätt i vården ... 511
12.1.1 *Princip 1:* Utgå från vad som kan göras för öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare ... 518
12.1.2 *Princip 2:* Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten ... 521
12.1.3 *Princip 3:* Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning ... 522
12.1.4 *Princip 4:* Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter ... 525
12.1.5 *Princip 5:* Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras ... 527

12.2 Övriga rekommendationer i anslutning till effektivitet och arbetssätt ... 528
12.2.1 Beläggning/bemanning vid sjukhusen ... 530
12.2.2 Fortsatt översyn av kunskapsstyrningen ... 532
12.2.3 Behov av ökad kunskap om vissa faktorer som påverkar effektiviteten vid sjukhusen ... 534

13 Särskilt om kontinuitet ... 539

13.1 Ett personligt ansvarstagande för patienten skapar effektivitet ... 539

13.2 Flera andra av utredningens förslag syftar till att öka förutsättningarna för kontinuitet ... 544

13.3 Vi avstår från att föreslå ett införande av patientansvarig läkare (PAL) i lagstiftningen ... 545

14 Verksamhetsstöden 549

14.1 En effektiv informationshantering i hälso- och sjukvården kräver samlade insatser av staten och huvudmännen 549

14.2 En nationell vision för verksamhetsstöden 553

14.3 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden 553

14.4 Huvudmännen behöver gemensamt fatta beslut om utveckling av verksamhetsstöden 555

14.5 Staten behöver ta ett samlat ansvar för infrastruktur, regelverk m.m. 558

14.5.1 En ny lagstiftning som möjliggör gränsöverskridande informationshantering behövs 558

14.5.2 Nationella standarder för informationshantering behövs 560

14.5.3 Socialstyrelsen ska ta ett långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur i vården 561

14.5.4 Socialstyrelsen ska ställa krav på och ge stöd till arbetet med dokumentation 562

14.5.5 Ett center för informationsstruktur och informatik 567

14.6 Kunskapsstöd som en del i verksamhetsstöden 572

14.6.1 Ett nationellt hälsobibliotek 572

15 Åtgärder för att minska den administrativa bördan 575

15.1 Den administrativa bördan har ökat och orsakerna är mångfacetterade 575

15.2 Många av utredningens förslag innebär en minskad administrativ börda 578

15.3 Administrativa konsekvenser ska belysas och begränsas ... 580

15.3.1 Staten ska analysera, belysa och begränsa administrativa konsekvenser av förslag och beslut 581

15.3.2 Huvudmännen behöver analysera, belysa och begränsa administrativa konsekvenser av beslut ... 584

15.4 Ett samordnat arbete med hälso- och sjukvårdens intyg ... 584

16 Kompetensförsörjning ... 589

16.1 Nationell samordning ... 589

16.2 Utred sjuksköterskeutbildningen ... 592

16.3 Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister ... 593

16.4 Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar ... 594

17 Forskning ... 597

17.1 Ett förtydligat ansvar för forskning ... 597

17.2 Försök med akademisk hemsjukvård ... 598

Del C Övrigt

18 Ikraftträdande och genomförande ... 603

19 Konsekvensanalyser ... 605

19.1 Förslagens konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 605

19.1.1 Många av utredningens förslag påverkar landstingens och kommunernas organisering av tjänsterna och utgör en inskränkning av det kommunala självstyret ... 605

19.1.2 Förslag som innebär en vidgning av handlingsutrymmet och därmed har en positiv verkan på självstyret ... 606

19.1.3 Utredningens proportionalitetsbedömning ... 606

19.2 Ekonomiska konsekvenser 607
19.2.1 Ekonomiska konsekvenser av riktad primärvård och sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst 609
19.2.2 Ekonomiska konsekvenser för staten 609

19.3 Andra konsekvenser 614
19.3.1 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet 614
19.3.2 Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags 614
19.3.3 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män 615
19.3.4 Konsekvenser för den administrativa belastningen inom offentligfinansierad verksamhet 617

20 Författningskommentar 619

20.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 619

20.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 630

20.3 Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900) 631

20.4 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 632

20.5 Förslaget till förordning om ändring i kommittéförordningen (1998:1474) 633

20.6 Förslaget till förordning om ändring i myndighetsförordningen (2007:515) 633

20.7 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning 634

20.8 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti 634

Särskilt yttrande 637

Referenser 639

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2013:104 657

Bilaga 2 Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) 667

Bilaga 3 Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt av professor Anders Anell 701

Bilaga 4 Översiktlig historik avseende utvecklingen av primärvården och samverkan mellan kommun och landsting 757

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.

Del A

Inledning

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
dels att 3 g, 5, 18 och 26 d §§ ska ha följande lydelse,
dels att det i lagen ska införas fem nya paragrafer, 5 a–5 c, 9 c och 26 f §§ och nya rubriker närmast före 9 c och 26 f §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 g §
Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får 1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), 2. *besöka läkare* inom primärvården (*besöksgaranti*), 3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och 4. planerad vård (behandlingsgaranti).	Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får 1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), 2. *en medicinsk bedömning* inom primärvården (*bedömningsgaranti*), 3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och 4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll.

5 §

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom

Landstingen ska ordna hälso- och sjukvården nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera hälso- och sjukvården av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vård som inte kan ges i öppen vård ges som sluten vård. Sluten vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats.

ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

5 a §

Primärvården ska

1. vara befolkningens första kontakt med vården,

2. vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar,

3. ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov,

4. ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus,

5. remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och

6. se till patientens samlade förutsättningar och behov.

5 b §

Landstinget ska organisera primärvården i form av allmän och riktad primärvård.

Landstinget ska organisera den allmänna primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkar-

kontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Landstinget ska organisera den riktade primärvården så att den för äldre med omfattande behov utförs gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Bestämmelser om val av utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst finns i 26 f §.

5 c §

För akut hälso- och sjukvård på sjukhus krävs remiss om det inte finns särskilda skäl.

Landstingens gemensamma ansvar för vissa uppgifter

9 c §

När det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl ska samtliga landsting gemensamt planera och utföra en uppgift.

18 §

Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, med undantag för vad som anges i 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, med undantag för vad som anges i *sjätte stycket och* 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och ska därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård enligt första och andra stycket om landstinget och kommunen kommer överens om det.

Kommunen ska organisera hälso- och sjukvården för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med den riktade primärvården enligt 5 b § denna lag och kommunens socialtjänst. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

26 d §

Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket.

Landstinget *skall* med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Landstinget *ska* med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan *för de patienter som inte omfattas av den riktade primärvården.*

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

Val av utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

26 f §

Landsting och kommun får organisera verksamhet som ska utföras gemensamt enligt 5 b och 18 §§ denna lag samt 5 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) så att den enskilde kan välja utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2018.

1.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453) att 5 kap. 6 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

5 kap.

6 §

Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunen ska organisera socialtjänst för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med den riktade primärvården enligt 5 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och kommunens hälso- och sjukvård enligt 18 § samma lag. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2018.

1.3 Förslag till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)

Härigenom föreskrivs i fråga om kommunallagen (1991:900) att det i lagen ska införas en ny paragraf, 8 kap. 5 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 kap.
	5 a §
	För verksamhet som ska utföras gemensamt enligt 5 b och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt 5 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) ska kommun och landsting fastställa en gemensam plan. Av planen ska det framgå mål, riktlinjer och en gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten.

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2018.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821) att 2 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	3 §
Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får	Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får
1. kontakt med primärvården,	1. kontakt med primärvården,
2. *besöka läkare* inom primärvården,	2. *en medicinsk bedömning* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och	3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.	4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2018.

1.5 Förslag till förordning om ändring i kommittéförordningen (1998:1474)

Regeringen föreskriver i fråga om kommittéförordningen (1998:1474) att 15 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
15 §	
Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, *skall* konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.	Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, *ska* konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen *samt för den administrativa belastningen inom offentligfinansierad verksamhet.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.

1.6 Förslag till förordning om ändring i myndighetsförordningen (2007:515)

Regeringen föreskriver i fråga om myndighetsförordningen (2007:515) att 19 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	19 §
Myndigheten *skall* se till att de kostnadsmässiga konsekvenserna begränsas när den begär in uppgifter eller utövar tillsyn.	Myndigheten *ska* se till att de kostnadsmässiga *och administrativa* konsekvenserna begränsas när den begär in uppgifter eller utövar tillsyn.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning

Regeringen föreskriver i fråga om förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning att 4 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	4 §
Innan en myndighet beslutar föreskrifter eller allmänna råd, ska myndigheten så tidigt som möjligt	Innan en myndighet beslutar föreskrifter eller allmänna råd, ska myndigheten så tidigt som möjligt
1. utreda föreskrifternas eller de allmänna rådens kostnadsmässiga och andra konsekvenser i den omfattning som behövs i det enskilda fallet och dokumentera utredningen i en konsekvensutredning, och	1. utreda föreskrifternas eller de allmänna rådens kostnadsmässiga, *administrativa* och andra konsekvenser i den omfattning som behövs i det enskilda fallet och dokumentera utredningen i en konsekvensutredning, och
2. ge statliga myndigheter, kommuner, landsting, organisationer, näringslivet och andra som kostnadsmässigt eller på något annat betydande sätt berörs tillfälle att yttra sig i frågan och om konsekvensutredningen.	2. ge statliga myndigheter, kommuner, landsting, organisationer, näringslivet och andra som kostnadsmässigt eller på något annat betydande sätt berörs tillfälle att yttra sig i frågan och om konsekvensutredningen.

Innebär det fara för miljön, liv, personlig säkerhet eller hälsa eller risk för betydande ekonomisk skada om en föreskrift inte beslutas, får det som sägs i första stycket vidtas efter beslutet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.

1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti

Regeringen föreskriver i fråga om förordningen (2010:349) om vårdgaranti att 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §	
Vårdgarantin enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska innehålla en försäkran om att landstingen uppfyller	Vårdgarantin enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska innehålla en försäkran om att landstingen uppfyller
1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,	1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. *besöksgarantin* inom primärvården inom *7* dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om *vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare*,	2. *bedömningsgarantin* inom primärvården inom *3* dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om *en bedömning inte kan göras när den enskilde söker kontakt med primärvården*,
3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och	3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och
4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.	4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

Denna förordning träder i kraft den 1 juni 2018.

2 Om uppdraget och dess genomförande

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir. 2013:104) beslutades vid regeringssammanträde den 21 november 2013 (bilaga 1). Enligt direktiven ska utredningen göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Analysen bör belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Det handlar också om att få en samlad bild av redan pågående arbete på området. Mot bakgrund av analysen ska samordnaren sedan initiera samarbeten med berörda aktörer och i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt.

Några exempel som anges i direktiven på frågor som kan behöva ses över är följande:

- Kartlägga hur arbetsuppgifter av administrativ karaktär fördelas i vården och ge exempel på förbättringsmöjligheter.
- Gå igenom krav på dokumentation och dylikt i lagstiftning och övriga författningar och analysera deras utformning i relation till behovet av en nödvändig och ändamålsenlig administration och ev. föreslå förändringar.
- Utreda vilka stöd och verktyg som skulle kunna effektivisera och underlätta det dagliga arbetet.
- Kartlägga landstingens processer för planering av resurser och ge exempel på förbättringsmöjligheter.

I direktiven anges att tre grundläggande frågor ska genomsyra utredningens arbete, dels hur nyttan för patienten kan öka, dels hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården säkerställs och dels hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt.

Utredningen ska arbeta utåtriktat mot berörda aktörer och vara sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna behjälplig i arbetet med att se över hur professionernas resurser kan användas på bästa sätt. Uppdraget ska genomföras i nära samråd och dialog med sjukvårdshuvudmännen, företrädare för professionerna, berörda myndigheter och utredningar samt patientorganisationer.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2015. Slutredovisningen ska i första hand sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete samordnaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits. Därutöver bör slutredovisningen vid behov innehålla förslag till ytterligare åtgärder.

2.2 Utredningens arbete

Utredningen har i enlighet med direktivens intentioner bedrivit ett brett och utåtriktat arbete. Utredningen har genomfört möten med företrädare för patientorganisationer, de fackliga organisationer som organiserar flertalet av de som verkar inom hälso- och sjukvården, landsting och regioner, kommuner, privata vårdgivare, intresseorganisationer som Sveriges Kommuner och Landsting, de myndigheter som verkar inom hälso- och sjukvården liksom en lång rad andra intressenter, såsom politiska organisationer, tankesmedjor, konsulter och andra offentliga utredningar. Utredningen har också haft flera möten med företrädare för Regeringskansliet.

Utredningen har besökt nästan alla landsting/regioner och några kommuner. I samband med det har vi träffat landstingsledningar på tjänstemannanivå, andra delar av tjänstemannaorganisationen inom landsting/regioner, samt chefer och anställda vid ett stort antal vårdenheter i både primärvård och sjukhusanknuten vård. Vi har genomfört ett antal studiebesök i vårdverksamheter. Vi har också träffat ett stort antal representanter för den politiska ledningen i landstingen.

Utredningen har varit representerad vid ett stort antal seminarier och konferenser som arrangerats runtom i Sverige.

Utredningen har tagit del av tidigare utredningar, en lång rad rapporter, böcker och artiklar. Många av dessa redovisas som referenser i betänkandet. Utredningen har vidare granskat ett stort antal styrande dokument såsom landstingsplaner, samarbetsöverenskommelser, avtal om läkarmedverkan i kommunal vård, policies, riktlinjer och handlingsplaner.

Utredningen har haft överläggningar med ett stort antal statliga utredningar exempelvis Välfärdsutredningen (Fi 2015:01), Utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03), Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11), Yrkesprogramsutredningen (U 2014:01), Äldreutredningen (S 2014:02), E-hälsokommittén (S 2013:17), Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning (S 2012:06) och Utredningen om rätt information i vård och omsorg (S 2011:13). Vidare har vi haft överläggningar med andra nationella samordnare såsom den nationella äldresamordnaren, den nationella psykiatrisamordnaren, den nationella samordnaren för life science och den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården.

Utredningen presenterade i januari 2015 en diskussions-PM med en sammanfattande analys och hypoteser om lösningar (bilaga 2). Utredningen arrangerade därefter under mars–april 2015 regionala hearingar i Stockholm, Umeå, Linköping, Uppsala, Göteborg och Malmö i syfte att diskutera promemorian och samla synpunkter för det fortsatta arbetet. Utredningen har under tiden september–november 2015 haft tre sammanträden med experter och sakkunniga.

Professor Anders Anell har på utredningens uppdrag gjort en litteraturöversikt avseende primärvårdens funktion, organisation och ekonomi (bilaga 3). Ulf-Johan Olsson och Åke Nilsson har lämnat underlag till utredningen avseende avsnitt 6.6.1. respektive avsnitt 6.5.5.

”Deluppdraget” om betalningsansvarslagen

Vid regeringssammanträde den 27 februari 2014 beslutades direktiv (dir. 2014:27) till en särskild utredare att göra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och

sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Syftet med översynen var enligt direktiven att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan sluten vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter.

Det utredningsuppdraget och den nu föreliggande uppdraget har haft samma utredare och delvis samma sekretariat. Utredningen om betalningsansvarslagen har av oss behandlats som ett deluppdrag och integrerad del i det samlade uppdraget avseende effektivare resursutnyttjande. Den 5 mars 2015 överlämnade vi betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) till statsrådet Gabriel Wikström.

2.3 Utredningens kommentarer till uppdraget

Vi har valt att lämna våra förslag i form av ett betänkande

Utredningens direktiv är synnerligen ”öppet” formulerade. Det anges inga traditionella avgränsade utredningsfrågor som *ska* redovisas. Uppdraget är att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt och utifrån detta lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå. Enligt direktiven ska slutredovisningen i första hand sammanfatta våra erfarenheter och beskriva resultatet av det arbete samordnaren har bedrivit. Därutöver bör slutredovisningen vid behov innehålla förslag till ytterligare åtgärder.

Vi har löpande under arbetets gång öppet och brett redovisat både våra hypoteser om problemen när det gäller effektivitet i vården och våra hypoteser om möjliga lösningar. Vår bedömning har dock varit att ett sådant ganska formlöst arbete inte är tillräckligt. Under arbetets gång har det blivit allt mer tydligt för oss att många av de effektivitetsproblem vi ser har sin förklaring i mer strukturella faktorer, dvs. effektivitetsproblemen är av sådan komplex karaktär att de inte kan lösas med några ”alexanderhugg” som enkelt kan avgränsas. Vi har valt att lägga förslag som syftar till att påverka dessa övergripande strukturer. En central del i vårt uppdrag har varit att ge förslag på åtgärder som kan vidtas nationellt, regio-

nalt och lokalt. Våra förslag och rekommendationer är omfattande och spänner över ett stort antal områden. Problemen är så sammansatta att det är nödvändigt att ge en skriftlig samlad beskrivning av dessa för att de ska bli överblickbara och tillräckligt tydliga. Vidare lämnar utredningen ett stort antal lagförslag. Därför sker slutrapporteringen i form av ett betänkande.

En del av förslagen avser områden som inte nämns i direktiven

När en regering väljer att tillsätta en nationell samordnare i stället för en särskild utredare eller en kommitté är situationen ofta sådan att problemet är komplext, spänner över ett stort område och att man på förhand inte kan ringa in mer exakt vad som behöver göras. Då vår utredning är i form av en nationell samordnare och då direktiven är mycket vida har vi ansett att vi har mandat att ägna oss åt sådana frågor som har betydelse för själva kärnan i vårt uppdrag, nämligen effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Många av de orsaker till effektivitetsproblem som vi identifierat bottnar i mer strukturella problem. Det går helt enkelt inte att lösa dem genom enkla och avgränsade grepp. Vi har valt att ägna en stor del av vårt arbete åt dessa strukturella problem och eftersom direktiven är mycket vida så anser vi att vi ligger inom direktivets ram.

Det går inte att redovisa exakta åtgärder och siffror avseende den samlade effektiviseringspotentialen av våra förslag

Den som tror att det finns enkla orsaker till dagens effektivitetsproblem och enkla samband och sätt att lösa dem kan bli besviken av vårt betänkande. Vi har funnit att det knappast med logisk deduktion går att bryta ned alla komponenter i små delar och studera, hitta problemen och åtgärda dem isolerat från varandra. En sådan filosofi för att förstå problemen fungerar inte alls när det gäller effektivitet i hälso- och sjukvården. I stället handlar det om många små och några stora komponenter som är intrikat beroende av varandra och som påverkar varandra. Många av beståndsdelarna förändras över tid. Mycket beror på de personer som är direkt involverade i vården liksom på patienterna. Annat beror på samtida

samhälleliga kulturfrågor som kan vara föränderliga, t.ex. den ökande akademiseringen av samhället, patientens ställning i förhållande till hälso- och sjukvårdens personal, patientens möjligheter att ta ansvar för och bidra till sin hälsa, trenden mot ökad kontroll inom organisationer i syfte att nå extern legitimitet, förekomsten av och synen på privata utförare, synen på vad som är sjukdom, acceptansen för att behöva vänta på att få vård, sjukvårdshuvudmännens ställning i förhållande till staten, osv.

Allt detta utgör den komplexa kontexten för strävan att öka effektiviteten i vården. Det gör att det inte är möjligt att i detalj beräkna effekten av förslagen.

Många viktiga områden har valts bort och behandlas inte alls av utredningen

Utredningen har i linje med direktiven haft ansatsen att göra en bred analys av faktorer som påverkar effektivitet i vården. Utgångspunkten har dock varit att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Denna inriktning liksom det faktum att utredningen har haft både begränsad tid och begränsade resurser till sitt förfogande har tvingat fram vissa avgränsningar.

Vi har t.ex. inte sett att det är möjligt att behandla läkemedelsområdet. Skälen till det är att det är *en form* av behandling (bland många) och vi har valt att inte lägga fokus på någon särskild behandlingsform. Antagligen finns det stora effektivitetsaspekter när det gäller forskning, utveckling, introduktion, prissättning, upphandling och användande av läkemedel men de frågorna får belysas på annat sätt och har delvis gjort det under senare år av bl.a. Läkemedels- och apoteksutredningen (S 2011:07) som i flera delbetänkanden utrett frågor inom detta område. Även myndigheter kan nyligen ha utrett frågor som annars hade kunnat vara av intresse för oss såsom exempelvis generisk förskrivning som utretts av Läkemedelsverket 2015

Vi har också valt bort områden där det samtidigt suttit andra utredningar, exempelvis koncentration och nivåstrukturering av vård som utretts av utredningen om högspecialiserad vård. Området är definitivt av stort intresse ur effektivitetssynpunkt. Dock riskerar det bli dubbelarbete om två olika utredningar samtidigt tar sig an

ett stort och komplext område. Vidare har vi ofta blivit tillfrågade och uppmanade ha en åsikt i regionfrågan, men i analogi med ovan så har vi inte heller gått in på frågan om den framtida samhällsorganisationen, dvs. antal landsting/regioner. Det ingår inte i utredningens direktiv att belysa frågan och frågan hanteras av Indelningskommittén (Fi 2015:09) och ska redovisas den 31 augusti 2017.

Det finns samband mellan effektivitet, jämlik vård och jämlik hälsa. Vi har ändå inte fördjupat oss i detta område med hänvisning till att detta är föremål för utredning inom ramen för Kommissionen för jämlik hälsa (dir. 2015:60).

Vi har också valt bort områden av resursskäl. Ett exempel på sådant område är rehabilitering. Vi är övertygade om att omfattning, organiseringen av och kvaliteten på rehabilitering har påverkan på behoven av vård och omsorg och av det skälet är intressant ur perspektivet effektivt resursutnyttjande. Samtidigt är området, med sin fragmentiserade ansvarsstruktur, komplexitet i form av åtgärder och avsaknaden av nationella data och uppföljningar över helheten svårt att överblicka. Det hade krävt betydligt mer utredningsresurser än vad vi haft till förfogande för att kunna analysera området på det sätt det förtjänar.

Det finns givetvis ytterligare ett antal områden med betydelse för effektiviteten som utredningen inte tar upp. I stort sett allt som på något sätt berör hälso- sjukvård och omsorg kan potentiellt påverka effektiviteten och det är givetvis omöjligt att täcka allt.

Läsanvisning

Betänkandet är uppdelat i tre delar; del A utgör inledning, samlad bakgrund och analys. Del B innehåller avsnitt 7–17 och utgör utredningens förslag och rekommendationer. Avsnitt 5 kan läsas som en övergripande konklusion av utredningens analyser och utgångspunkter och avsnitt 6 utgör fördjupning i delar som av utredningen bedömt vara särskilt viktiga. Del C är övrigt. Där finns bilagorna 1–4, där bilaga 1 är utredningens direktiv och bilaga 2 är utredningens diskussions-PM från januari 2015. Bilaga 3 är skriven av professor Anders Anell och utgör en kunskapsöversikt över primärvårdens funktion, organisation och ekonomi. Bilaga 4 är en översiktlig och avgränsad genomgång av utvecklingen av primärvård och samverkan.

Uppdelningen i bakgrund och analys i del A och förslag och rekommendationer i del B motiveras av att för många av förslagen och rekommendationerna i de olika avsnitten 7–17 vilar på samma bakgrundsbeskrivning och analys. Men även det omvända, ett förslag eller en rekommendation kan vila på bakgrund och analys inom flera olika områden. Det har därför varit ohanterligt att lägga in bakgrund och analys direkt i respektive förslagsavsnitt. Vi är medvetna om att detta gör betänkandet något svårläst särskilt för den som fokuserar på ”en” frågeställning. Samtidigt illustrerar behovet av omfattande korsreferenser komplexiteten inom området effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.

Utredningen har valt att använda begreppet ”landsting”, med detta begrepp avser utredningen givetvis även de landsting som är regioner.

3 Om effektivitetsbegreppet

Sammanfattning: I avsnittet beskrivs effektivitetsbegreppet i hälso- och sjukvården. Det är svårt att mäta effektivitet. Den mest använda metoden i vården är att identifiera och mäta faktorer som skapar ineffektivitet.

3.1 Effektivitetens plats i hälso- och sjukvården

Krav på hushållning med resurser och kostnadseffektivitet är en självklar del av de krav som ställs på offentlig verksamhet. Kommuner och landsting är skyldiga att ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer (8 kap. 1 § kommunallagen (1991:900). Hög effektivitet inom offentlig sektor är dessutom av största betydelse för att Sverige ska klara välfärdens finansiering.

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) framgår att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (28 § HSL).

Hälso- och sjukvårdslagens övergripande krav på god vård (2 a § HSL) har uttolkats av Socialstyrelsen som identifierat sex olika områden som viktiga förutsättningar för god vård. De sex områdena är

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård

– jämlik hälso- och sjukvård
– hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Socialstyrelsen konstaterar följande angående effektivitet.

> Att följa upp effektiv hälso- och sjukvård handlar om att följa upp kvalitet, vilket står för måluppfyllelse, i förhållande till insatta resurser, mätt i kostnader. Det innebär att resultatindikatorer för god vård som ska spegla de fem kvalitetsområdena – kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik samt hälso- och sjukvård i rimlig tid – bör ställas i relation till hälso- och sjukvårdens kostnader för att därmed ge en bild av vårdens effektivitet. Dagens metoder och datakällor medger i mycket liten omfattning möjlighet att följa upp effektivitet på det sättet. Hälso- och sjukvårdens kostnader […] är en nödvändig men inte tillräcklig del för att följa upp hälso- och sjukvårdens effektivitet.

3.2 Vad avses med produktivitet och effektivitet i vården?

Begreppen *effektivitet* och effektivare resursutnyttjande kan tolkas på många sätt. Den gängse beskrivningen av effektivitet är hur väl målen för en verksamhet uppnås i förhållande till de resurser som används. Det innefattar att resurserna ska användas på bästa sätt i varje del av verksamheten, liksom att de ska användas till rätt saker så att det samlade resultatet på bästa sätt bidrar till målen.

Produktiviteten – mängden prestationer och kvaliteten i dessa i förhållande till insatta resurser – är endast en del i effektiviteten.

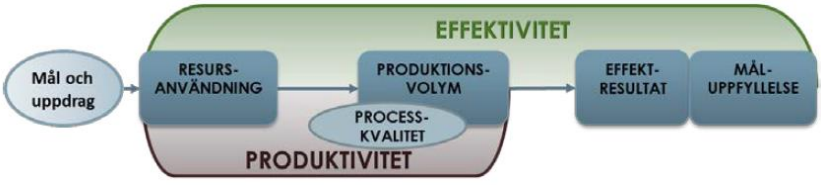
Resurserna mäts ofta i kostnader som används i processen, det vill säga till att ”producera” vårdtjänster. Resurserna påverkar i vilken omfattning, volym, som produktionen sker och med vilken kvalitet processen kan genomföras. Produktionsvolym kan till exempel mätas i antal besök, antal personer som får en insats, antal operationer eller antal boendedygn. Processens kvalitet kan mätas med till exempel patient- eller brukarnöjdhet, bemötande, andel trycksår och överlevnadsfrekvens.

Produktionsvolymen och processens kvalitet säger dock ingenting om verksamhetens måluppfyllelse, dvs. om processen leder till den effekt som man vill uppnå för verksamheten. En vårdinsats kan utföras till låga kostnader och med god processkvalitet (dvs. med hög produktivitet), men ändå ha begränsat värde för patientens

hälsa. Det kan finnas andra behandlingsmetoder och andra åtgärder som på ett bättre sätt bidrar till att förbättra hälsan. Det kan vara fel saker som utförs. Även om en vårdinsats görs med hög kvalitet kanske det hade varit än mer effektivt att använda resurserna till förebyggande arbete som förhindrat att vårdbehovet uppkommit.

För att kunna uttala sig om effektiviteten behöver effektresultatet för t.ex. patienten eller brukaren mätas. Effektresultaten kan till exempel mätas i andel som har förbättrad hälsa efter en operation, andel som har återgått till sitt arbete efter en insats och andel som har fått ökad livskvalitet och trygghet eller minskad smärta och oro. Resultatet kan sedan jämföras mot målen för verksamheten för att se i vilken utsträckning som målen har uppfyllts.

Figur 3.1 Modell för att beskriva produktivitet och effektivitet



Källa: Socialstyrelsen 2014, Handbok för effektivitetsanalyser – För god vård och omsorg.

Det är alltid hög effektivitet som bör eftersträvas, att med tillgängliga resurser lämna ett så stort bidrag som möjligt till att nå sjukvårdens mål. Hög produktivitet är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för en effektiv vård. Även om en behandling kan utföras med mindre resurser blir den mer effektiv bara om den bidrar till att förbättra hälsa och livskvalitet. Det räcker inte med att vården är produktiv – att det utförs mycket och med hög processkvalitet. Det måste även vara rätt saker som utförs, det vill säga sådant som ger stort bidrag till att nå målen. En stigande produktivitet kan vara förenad med en fallande effektivitet, om det är fel saker som görs. Men det kan också bli följden om resurser, t.ex. till följd av ett ersättningssystem som belönar ökade prestationer, styrs till delar av vården som ger mindre bidrag till de övergripande målen.

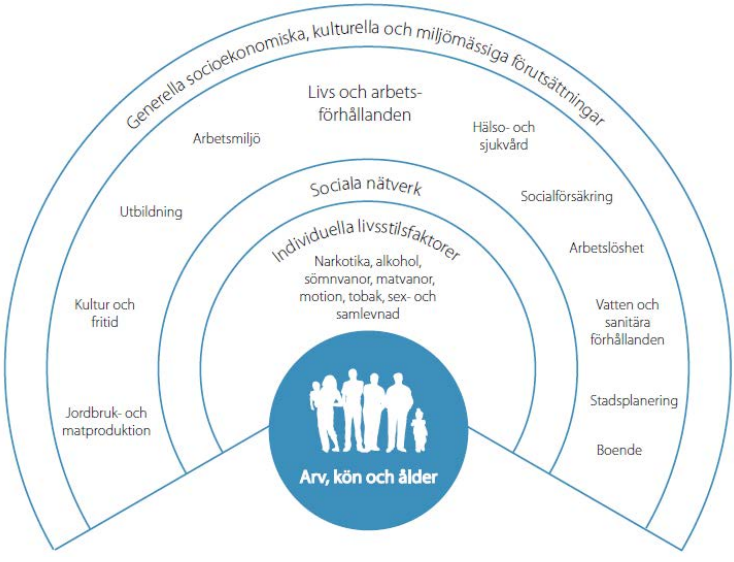
Det kan konstateras att rågången mellan begreppen kan vara svår att upprätthålla. I debatten och i andra sammanhang blandas begreppen och ibland diskuteras produktivitet som ett smalt begrepp som endast beskriver hur mycket som görs utan koppling till

kvalitet. En sådan avsmalning av begreppet är vansklig, bl.a. därför att när man då lägger till processkvalitet kan det uppfattas som att man diskuterar effektivitet.

3.2.1 Målet med hälso- och sjukvården i relation till effektivitet

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Detta yttersta mål för vården – god hälsa eller livskvalitet – gör det svårt att på ett bra sätt mäta den samlade effektiviteten i vården. Att mäta hälsa och livskvalitet är svårt och frågan är om det någonsin kommer att finnas mått som kvantifierar hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsoutvecklingen och som dessutom kan relateras till resursinsatsen. Det stora osäkerhetsmomentet i detta avseende kan illustreras med hälsans sociala bestämningsfaktorer, se figur 3.2, där det framgår att vården står för en liten del bland en rad faktorer, bl.a. arv, kön, ålder, livsstil, nätverk, socioekonomi och fysisk miljö.

Figur 3.2 Modell för hälsans sociala bestämningsfaktorer



Källa: Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L., Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective; Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001: 309–322.

Det mycket allmänna målet för vården behöver således brytas ned i en mängd delmål som är mer användbara för en diskussion om effektivitet. De mått som beskriver hälso- och sjukvården är ofta mer ”processorienterade” än ”effektorienterade”, dvs. de talar om vad och hur mycket vården gör men inte så mycket om effekterna för hälsan i befolkningen. Socialstyrelsens ovan refererade ramverk för god vård är ett exempel på ett försök till en sådan nedbrytning eller precisering av lagstiftningen, dels genom att beskriva varje delmål, dels genom att föreslå vilka indikatorer som bör användas för att mäta ”god vård”.

Figur 3.3 Beskrivning av delmålen för ”god vård”

Källa: Socialstyrelsen 2014, Handbok för effektivitetsanalyser – För god vård och omsorg.

I syfte att tjäna som underlag vid prioriteringar genomförs inte sällan hälsoekonomiska utvärderingar, i vilka kostnader för olika behandlingar ställs mot de positiva effekter på hälsa eller livskvalitet som de medför. Dessa positiva effekter uttrycks normalt som kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) och resultatet av en utvärdering uttrycks som kostnaden per vunnen QALY. QALYs som mått på människors välmående och som effektmått inom hälso- och sjukvården är dock omstritt – innebörden i begreppet är inte alldeles självklar och inte heller om QALYs är den optimala ansatsen i förhållande till vårdens effekter. Omdiskuterade frågor är bl.a. vad som egentligen inkluderas i begreppet, vilka metoder som används för mätning av QALY-vikter och vad svaren på dessa metoder betyder, hur QALY-ansatsen förhåller sig till andra viktiga värden

inom vården såsom rättvisa och behov och hur resultaten från hälsoekonomiska utvärderingar som baseras på QALYs används.[1]

3.2.2 Det är svårt att mäta och följa upp effektivitet i vården

Det finns som konstaterats ovan utmaningar med att mäta effektivitet i hälso- och sjukvården. Att på ett samlat och riktigt rättvisande sätt beskriva hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsoutvecklingen relaterat till insatta resurser låter sig inte göras i dag. I jämförelser av effektivitet (se t.ex. i avsnitt 4.1.5) blir utfallet naturligtvis beroende dels av vad som kan mätas, dels av vilka indikatorer man väljer ut för jämförelsen.

Några metoder som ändå används i diskussionen om effektivitet är följande.[2]

Effektivitet i relation till mål

Syftet med att mäta effektivitet i relation till mål är att undersöka om en verksamhet har uppnått målet för verksamheten och använt resurserna på bästa sätt. Metoden kräver inte jämförelse med andra verksamheter, sjukhus eller kommuner. Däremot behövs ett fastställt mål för verksamhetens effektresultat liksom uppgifter om de resurser som har tagits i anspråk. Angreppssättet visar ingen skillnad i verksamheternas effektivitet utan bara om de är eller inte är effektiva i förhållande till uppställda mål. Att analysera effektivitet i relation till mål ger en ögonblicksbild av läget. Den stora fördelen med metoden är målnivåerna som innebär att det går att uttala sig om effektiviteten för varje enhet utan att behöva jämföra med andra enheters effektivitet.

[1] Se bl.a. Bernfort, Lars (red.), QALY som effektmått inom vården, Möjligheter och begränsningar, CMT Rapport 2012:2., LiU-tryck, Linköpings universitet.
[2] För en mer uttömmande genomgång, se Socialstyrelsen 2014, Handbok för effektivitetsanalyser – För god vård och omsorg.

Effektivitet som jämförelse

Syftet med att mäta effektivitet som jämförelse är att undersöka om en verksamhet är mer eller mindre effektiv än en annan verksamhet, och för denna ansats krävs jämförelser mellan olika verksamheter. En verksamhet kan dock vara mer effektiv än en annan utan att vara effektiv i relation till uppställda mål för verksamheten. Utifrån effektivitet som jämförelse kan man alltså inte uttala sig om en verksamhet, insats eller behandling är effektiv utan bara om den är mer eller mindre effektiv i förhållande till andra huvudmän, verksamheter eller över tid.

Ineffektivt resursutnyttjande

Syftet med att identifiera ineffektivt resursutnyttjande är att identifiera och beräkna värdet av onödig resursanvändning, det vill säga resurser som kan användas till andra insatser och därmed öka samhällets, verksamheternas eller individernas nytta. Man behöver då identifiera dels de behandlingar, insatser och läkemedel som ger sämre resultat än andra, dels de behandlingar, insatser och läkemedel som ger samma resultat som andra men till olika kostnader. Detta angreppssätt ger till viss del svar på vad som kan förbättras i verksamheten för att göra den mer effektiv, både utifrån ett samhällsperspektiv och utifrån ett verksamhetsperspektiv.

Utredningens bedömning är att mycket av det arbete avseende effektivitet som pågår i vården utgår från denna beskrivningsmodell, dvs. att identifiera och eliminera/justera ineffektivitet.

Angreppssättet används till exempel i Socialstyrelsens öppna jämförelser, nationella utvärderingar, lägesrapporter och andra uppföljningar och utvärderingar. Många av de indikatorer/mått som anses vara användbara för att på övergripande nivå uttala sig om effektivitet är egentligen främst mått på graden av ineffektivitet, dvs. att det inträffar oönskade händelser. Det gäller t.ex. ”undvikbar slutenvård”, ”oönskade händelser efter knä- och höftoperationer”, ”vårdrelaterade infektioner”, ”biverkningar av läkemedel”, osv. Det är nog också i sin enkelhet en helt naturlig ansats att identifiera det som inte fungerar och ett tydligt sätt att mäta att en förändring är en förbättring.

Figur 3.4 Faktaruta: Operation vid artros, exempel på hög produktivitet men låg effektivitet

Tidigare var artroskopisk borttagning av lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk en relativt vanlig metod vid artros i knät. Enligt data för år 2012 gjordes 9 884 artroskopiska operationer på patienter äldre än 40 år med diagnosen artros och/eller meniskskada. Av dessa var 2 186 ingrepp på patienter med huvuddiagnosen artros. Antalet ingrepp på patienter med diagnosen artros är sannolikt underskattat eftersom det enligt SBU finns anledning att tro att många av de patienter som fått diagnosen 'M23 annan knäsjukdom' i själva verket har knäartros i ett tidigt skede. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 ingick en litteratursökning för att utvärdera effekterna av artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion. Litteratursökningen identifierade fyra systematiska översikter och tre randomiserade kontrollerade studier. Genomgången visade att artroskopi vid knäartros inte har någon effekt på patienternas symtom men kan innebära risker. Dessutom innebär operationen en relativt stor kostnad för hälso- och sjukvården.

Källa: Statens beredning för medicinsk utvärdering,
Artroskopisk kirurgi saknar effekt vid artros i knä och leder till höga kostnader,
SBU prioriteringsstöd, 15 oktober 2014, reviderad 2015-01-14.

Särskilt om resursbegreppet i hälso- och sjukvården

Resurser är det som en verksamhet använder för att producera varor eller tjänster. Det kan bland annat handla om personal (tid, utbildning och erfarenhet), lokaler, verktyg och material. Resursanvändningen mäts ofta i kronor men kan också mätas i andra enheter till exempel antal helårsarbetare eller arbetade timmar. Resursanvändningen bör spegla samtliga resurser som verksamheten använder till processen.

I landstingen pågår mycket arbete med att identifiera, definiera och standardisera aktiviteter och resurser inom hälso- och sjukvården. Det behövs klassificering, gemensam vokabulär och fackspråk för att kunna mäta effektivitet och produktivitet på ett sådant sätt att det blir jämförbart, bl.a. vad gäller kostnader, resurser och vårdytor. Vårdaktiviteter finns oftast väl definierade medan resursbegreppet delvis saknar standardisering och fackspråk. "Helårsarbetande" räknas t.ex. på ett enhetligt sätt som beskrivs för att exakt motsvara de aktiviteter som enheten genomfört. Resurser i form av "personaltimmar" och "personalkostnader" är däremot inte enhetligt definierade. Det har framkommit behov av att kartlägga

vad som finns och vad som saknas när det gäller standardiserade begrepp avseende resurser.

3.2.3 Flera infallsviklar på effektivitetsbegreppet är nödvändiga

Vid sidan av de nu refererade begreppsramarna för att beskriva effektivitet är det nödvändigt att anlägga olika perspektiv i diskussionen om ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Den centrala frågan är här ur vems perspektiv vi belyser ineffektivitet/effektivitet.

Den självklara utgångspunkten är *patientens perspektiv*. Målet med att utnyttja vårdens resurser effektivare är att med befintliga resurser åstadkomma en vård som förutom att ha så hög medicinsk kvalitet som möjligt också är enkelt tillgänglig och där patienterna erbjuds delaktighet och kontinuitet. Vården ska helt enkelt vara organiserad och bedrivas på ett sätt som passar patienterna behov. Vården ska kort sagt vara patientcentrerad.

Därtill kommer *professionernas perspektiv*, dvs. vilka förutsättningar hälso- och sjukvårdssystemet ger professionerna att åstadkomma en effektiv vård. Hälso- och sjukvårdens personal är utan tvekan dess viktigaste resurs och också i många delar dess dyraste. Frågor om personalens förutsättningar att fullt ut använda sin tid och kompetens och vilket stöd som finns för detta är därmed centrala.

Slutligen är det nödvändigt att anlägga ett *systemperspektiv*, dvs. om ansvarsfördelningen i sjukvårdssystemet är ändamålsenlig och om aktörerna i systemet, framför allt staten och dess myndigheter och huvudmännen, utövar en styrning som främjar effektivitet.

Utöver dessa tre perspektiv bör också betonas att effektivitet kan förstås på olika sätt. Det har i hälso- och sjukvården funnits en tydlig inriktning mot resurseffektivitet. Detta innebär ett fokus på att alla har fullt upp hela tiden, dvs. att resurserna i form av personal, lokaler och utrustning ska utnyttjas till fullo. Ett garanterat inflöde av patienter är en förutsättning för att upprätthålla resursoptimeringen, vilket i praktiken medför väntetider/köer. Ett problem med detta är att det är svårt att hålla väntetiderna på en rimlig nivå och ett väl känt fenomen i hälso- och sjukvården är att väntetiderna riskerar att bli för långa i många fall. Planeringen av vården

sker punktvis med utgångspunkt i personalgruppen – dvs. vem är på plats och när och vad kan i så fall produceras.

De senaste årens betoning på patientcentrering har i många enskilda verksamheter inneburit att man i stället strävar efter att uppnå en flödeseffektivitet. Här ligger fokus på patientens väg genom vården och antalet patienter som blir färdigbehandlade inom rimlig tid. Ofta innebär det att man accepterar att det måste finnas överkapacitet i vissa för flödet kritiska funktioner, t.ex. bilddiagnostik- och laboratorietjänster. Planeringen av vården sker utifrån patienternas behov.

3.2.4 Utredningens syn på effektivitet

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.

4 Nulägesbeskrivning

Sammanfattning: I avsnittet redovisas de viktigaste data om vården vad gäller bl.a. tillgång till personal, kostnader och konsumtion. Kostnaderna ökar snabbt, tillgången till personal per capita ökar och konsumtionen av vård är oförändad över tid eller minskar.

I avsnittet redovisas vidare innehållet i de viktigaste författningarna som påverkar effektivitet i vården. Det finns rättligt sett en relativt stor frihetsgrad att fördela arbetsuppgifter och att organisera arbetet ändamålsenligt. För några arbetsuppgifter finns en långtgående detaljreglering.

4.1 Vården i siffror

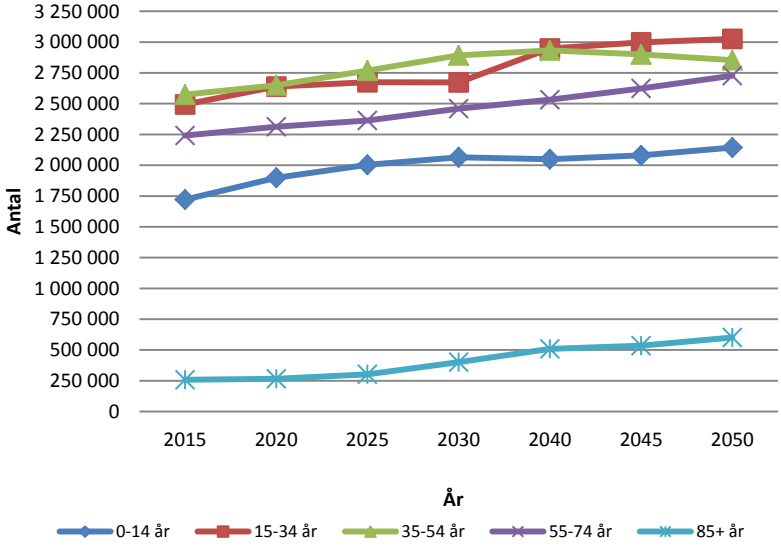
En fullt ut rättvisande beskrivning av vården i siffror skulle bli mycket mer omfattande än vad ramarna för utredningens arbete medger. Utredningen har i detta avsnitt valt att fokusera på sådana faktorer som är av särskilt intresse för våra överväganden. Till dessa faktorer hör främst hälso- och sjukvårdens kostnader, tillgång till personal och konsumtionen/produktionen av hälso- och sjukvård. Resultat från jämförelser av kvalitet och effektivitet kommer också presenteras.

4.1.1 Den demografiska situationen

Befolkningsstrukturen är i ständig förändring, främst tack vare att vi lever allt längre. Befolkningspyramiden, som visar andelen personer i olika åldersklasser, ändrar alltmer form från en ”pyramid” med en bred bas av unga åldersklasser till ett ”torn”, där andelen äldre blir allt större. Den demografiska utmaningen kommer dock att se olika ut i olika delar av Sverige. För en mer utförlig redovisning av den demografiska utvecklingen se avsnitt 2.2. Bilaga 7 till Långtidsutredningen 2015, SOU 2015:101.

Antalet personer 85 år och äldre förväntas öka med 130 procent mellan åren 2015 och 2050. Som framgår av figur 4.1 kommer det dock fortfarande inte vara ett stort antal personer i denna ålderskategori. De stora förändringar som på senare tid skett när det gäller migration till Sverige kan komma att medföra förändringar i befolkningsstrukturen.

Figur 4.1 Befolkningsprognos för olika åldersgrupper 2015–2050

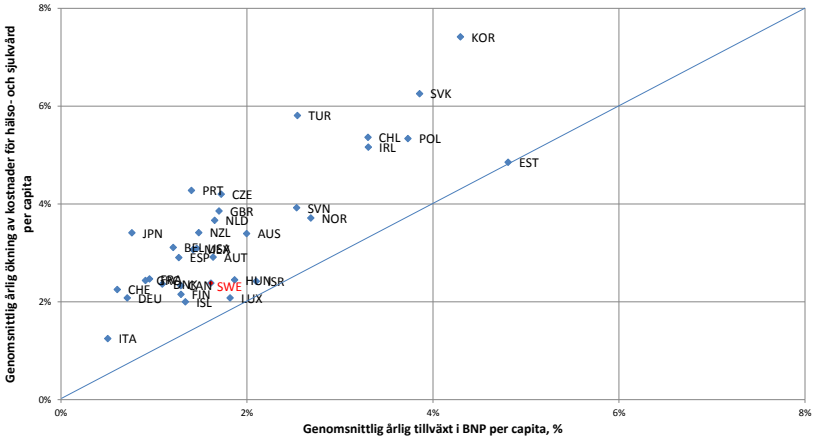


Källa: SCB, Statistiska centralbyrån 2015, Sveriges folkmängd (i ettårsklasser) 1860–2014. Från www.scb.se

4.1.2 Kostnader

Kostnaderna för hälso- och sjukvård har under en lång tid stigit i alla länder inom OECD och nästan utan undantag något snabbare än tillväxten mätt i form av BNP. Kostnadsökningen har dock bromsat i en del länder under finanskrisen de senaste åren.

Figur 4.2 Årlig genomsnittlig ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård och BNP per capita, 1990–2012

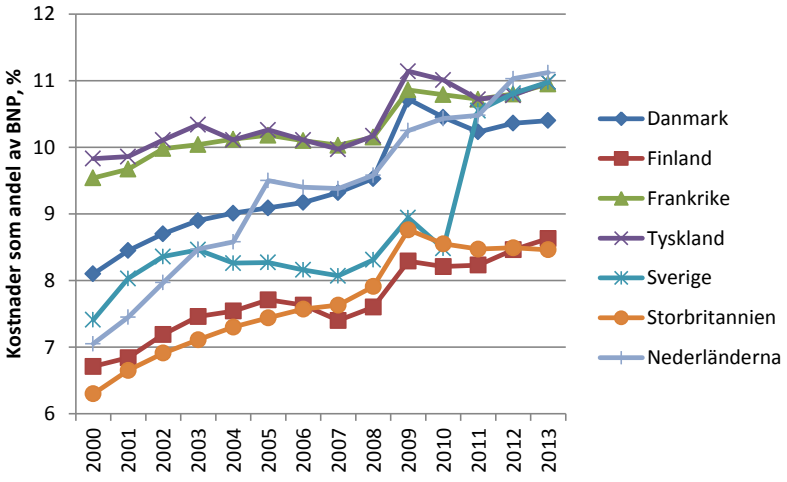


Källa: OECD 2015, Fiscal Sustainability of Health Systems Från www.oecd.org

Även i Sverige stiger kostnaderna. På grund av ändrade ”redovisningsprinciper” fr.o.m. 2011, där hälso- och sjukvården inom kommunernas äldre- och handikappomsorg numera ingår, har Sverige rört sig från att kostnadsmässigt ligga mitten av OECD-länderna till att ha bland de högsta kostnaderna.[1] Även efter denna justering fortsätter kostnaderna att stiga i förhållande till BNP.

[1] Se vidare om detta på:
www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/231538/231546/231550/387404/

Figur 4.3 Kostnader för hälso- och sjukvård, som andel av BNP i utvalda länder, 2000–2013



Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

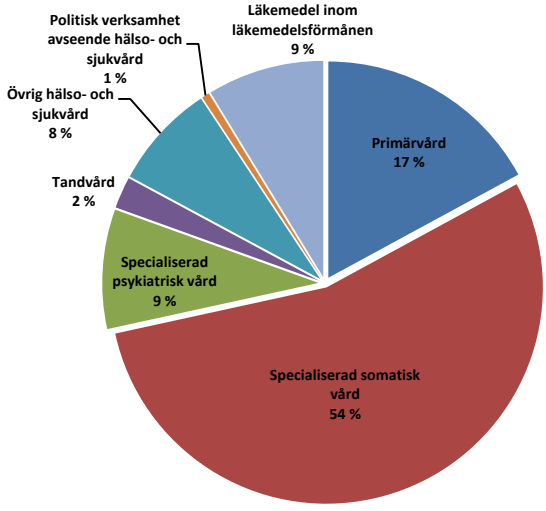
De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och äldre- och handikappomsorg beräknas för 2013 till cirka 415 miljarder kronor. Det är detta totalbelopp som jämförs med BNP. I det samlade beloppet ingår bl.a. hushållens utgifter ur egen ficka, statens kostnader, kommunernas kostnader för hemsjukvård (drygt sju procent) och landstingens och regionernas kostnader. Fördelningen av landstingens kostnader illustreras i tabell 4.1 och figur 4.4.

Tabell 4.1 Nettokostnad för landstingens och regionernas hälso- och sjukvård, 2014 (mnkr)

Primärvård	39 391
Specialiserad somatisk vård	125 666
Specialiserad psykiatrisk vård	20 593
Tandvård	5 425
Övrig hälso- och sjukvård	18 089
Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård	1 319
Läkemedel inom läkemedelsförmånen	20 125
Hälso- och sjukvård totalt	**230 607**

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Från: www.skl.se

Figur 4.4 Nettokostnader för hälso- och sjukvård efter område 2014

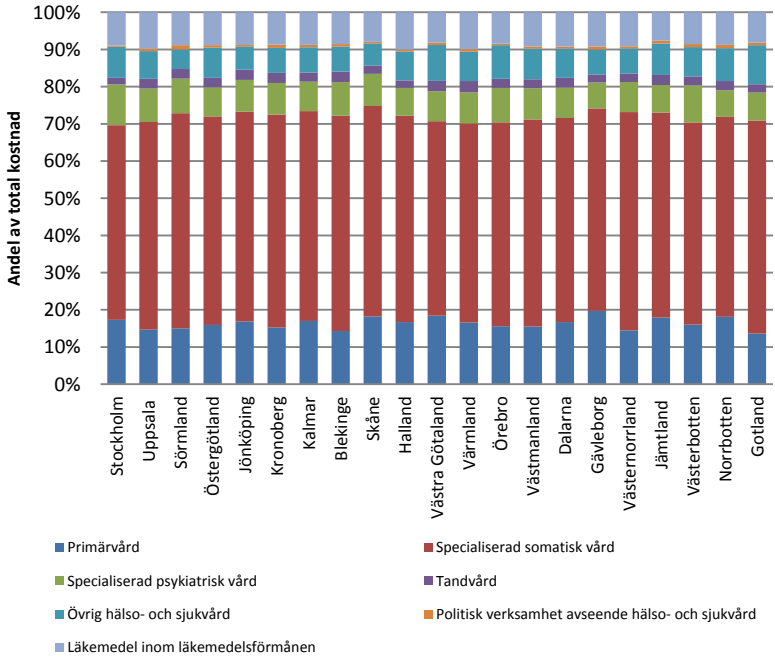


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Från: www.skl.se

När det gäller kostnadsfördelningen mellan olika vårdnivåer och områden är variationerna mellan landstingen stora. Särskilt gäller detta kostnaderna för primärvård som för de landsting som lägger minst respektive mest till primärvård varierar mellan 13,6 procent

och 19,7 procent; en skillnad på 45 procent. Åtta av landstingen lägger 15 procent eller mindre av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård på primärvård. Mindre variationer finns också när det gäller den specialiserade somatiska vården (varierar mellan 52,3 och 58,7 procent; en skillnad på 12,2 procent). I ett internationellt perspektiv står primärvården i Sverige för en liten andel av de totala kostnaderna.

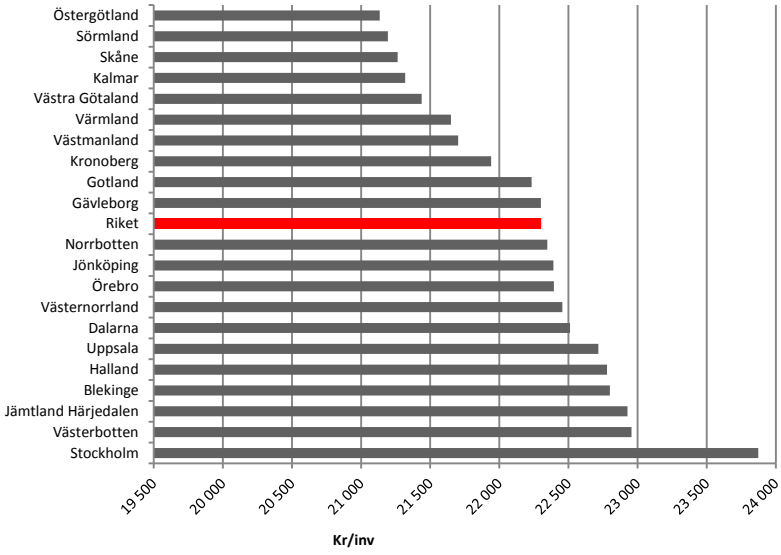
Figur 4.5 Nettokostnad 2014 i procent efter område, fördelat på landsting och regioner



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Från: www.skl.se

Kostnaderna för hälso- och sjukvård uppgår till i genomsnitt 23 658 kronor per invånare. Variationer finns men kan sannolikt delvis förklaras av geografiska och demografiska skillnader – från 22 257 kronor per invånare i Region Västra Götaland till 25 921 kronor per invånare i Norrbottens läns landsting (motsvarande 16 procents skillnad).

Figur 4.6 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad exkl. hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader 2013



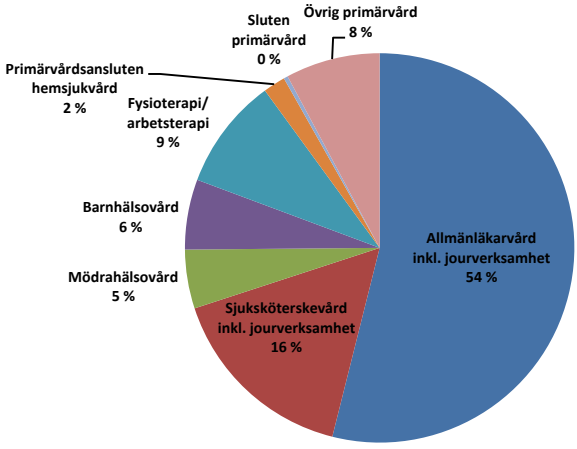
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Från: www.skl.se

Kostnader inom olika vårdområden

Den stora kostnaden inom primärvården är allmänläkarvården. Relativt stora regionala variationer finns, särskilt när det gäller andelarna allmänläkarvård och sjuksköterskevård. Övriga kostnadsområden är relativt likartade. Det går dock inte att urskilja något uppenbart regionalt mönster vad gäller geografi, tillgång till allmänläkare och förekomsten av andra yrkesgrupper.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården domineras helt av den slutna vården på sjukhus och mottagningsverksamheten (står tillsammans för 94 procent av kostnaderna). Den specialiserade somatiska hemsjukvården står endast för en procent av kostnaderna inom den specialiserade somatiska vården.

Figur 4.7 Nettokostnad för primärvård, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2014 (mnkr)



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, Från: www.skl.se

Hälso- och sjukvårdens kostnader för de patienter som konsumerar mest vård

Ett fåtal patienter står för en stor del av kostnaderna inom sjukvården. Inom hälso- och sjukvården avser halva kostnaden de 3–4 procent i befolkningen som har högst vårdkostnad.[2]

En majoritet av sjukvårdens resurser riktas till personer med kroniska sjukdomar; de står för 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna. Kronisk sjukdom förekommer hos nästan halva befolkningen. En person med kronisk sjukdom har i genomsnitt fyra till sex gånger så hög sjukvårdskostnad jämfört med en person utan kronisk sjukdom. En stor del av sjukvården riktas till multisjuka; personer med minst två kroniska sjukdomar står för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar. Vissa sjukdomar förekommer så ofta tillsammans med andra att kombinationen är vanligare än att sjukdomen förekommer ensam; till exempel är det tre gånger vanligare att sam-

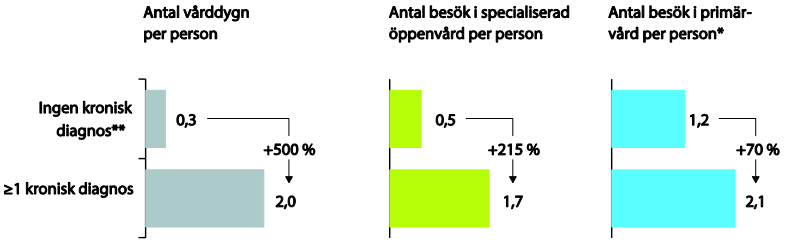
[2] Se bl.a. Socialdepartementet 2010, Den ljusnande framtid är vård – Delresultat från LEV-projektet.

tidigt som metabol sjukdom även ha hjärtsjukdom än att endast ha en metabol sjukdom.

Vid multisjuklighet ses ett ökat sjukvårdsbehov; ju fler kroniska diagnoser, desto högre sjukvårdskostnader per person. Den genomsnittliga sjukvårdskostnaden per person ökar med antalet diagnoser; cirka 20 000–30 000 kronor per diagnos. Överlag stiger antalet kliniker som varje person besöker under ett år med antalet kroniska diagnoser som han/hon har. Personer med kronisk sjukdom har i genomsnitt både fler vårddygn och fler öppenvårdsbesök än de utan kronisk sjukdom.[3]

Var femte person med kronisk sjukdom vårdas i slutenvården under ett år. En stor andel av personer med kronisk sjukdom har någon specialistvårdskontakt, men över hälften av läkarbesöken görs i primärvård och en tredjedel av personerna har endast primärvårdskontakt under ett år. Det innebär att merparten av vården av de kroniska sjukdomarna görs av patienter och närstående själva. Akutmottagningarna spelar dock en stor roll i vården av kronisk sjukdom; vart tionde läkarbesök av personer med kronisk sjukdom görs på akutmottagning, och var tolfte person med kronisk sjukdom har haft två eller fler akutbesök under ett år.

Figur 4.8 Genomsnittligt antal vårddygn och besök i öppenvården per person i ett landsting, år 2011



* Besök i öppenvården inkluderar alla besök med en läkarkontakt.

** Inkluderar endast personer som haft vårdkontakt år 2011, vilket innebär en överskattning av vårdkonsumtion och kostnad per person utan kronisk sjukdom.

Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014, VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.

[3] Myndigheten för vårdanalys 2014, VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.

Av den samlade sjukvårdskostnaden för kronisk sjukdom står en procent för nästan en femtedel av kostnaderna (eftersom personer med kronisk sjukdom utgör en selekterad grupp med förhållandevis hög sjukvårdskonsumtion överlag står den mest vårdtunga delen av gruppen för en något mindre del av kostnaderna än vad motsvarande analys för hela befolkningen brukar visa, se nedan).

Förekomsten av kroniska sjukdomar är naturligt relaterad till ålder – 85 procent av svenskarna över 65 år har minst en kronisk sjukdom. I gruppen 65–74 år har 56 procent fler än en kronisk sjukdom, i gruppen 75 till 84 år 77 procent, och i gruppen över 85 år 81 procent. Personer med kommunala omsorgsinsatser har i ännu högre grad (90 procent) kronisk sjukdom.

Det faktum att gruppen med kronisk sjukdom utgör nästan halva befolkningen och att en majoritet av sjukvårdens insatser riktar sig till dem, gör det viktigt att nyansera bilden av kronisk sjukdom och fördjupa kunskapen om hur vård och omsorg ska bedrivas för att på bästa sätt svara upp mot denna heterogena grupps behov.

De mest vårdtunga patienterna

En kartläggning 2009 av de mest vårdtunga patienterna (de mest resurskrävande patienterna som har högst sjukvårdskostnader per individ) i Stockholms läns landsting,[4] visar att under 2008 stod cirka 10 procent av befolkningen inom SLL (200 000 individer) för uppskattningsvis 79 procent av den sjukvårdskostnad på cirka 22 miljarder kronor som gick att koppla samman med ett visst vårdtillfälle. Cirka 1 procent av befolkningen (20 000 individer) stod för cirka 33 procent av kostnaderna.

Inom den slutna somatiska vården stod en liten andel vårdtunga patienter för en ännu större del av totala resursinsatsen – de 1 procent mest vårdtunga patienterna (20 000 individer) stod för 48 procent, eller knappt 6 miljarder, av den totala slutenvårdskostnaden om cirka 12 miljarder kronor. De 1 000 mest vårdtunga patienterna inom SLL fick vård till en snittkostnad på 1,25 miljoner kronor per

[4] Landstinget i Stockholm län och Scandinavian Health Partner 2009, Utveckling av innovativa och fokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter.

person per år (jämfört med cirka 15 000 kronor per år i genomsnitt per invånare).

De 20 000 mest vårdtunga patienterna under 2008 var typiskt *multisjuka, vårdfrekventa patienter, med en medianålder av 71 år*, hos vilka hjärt-kärlsjukdomar var kraftigt överrepresenterade. Båda könen var lika representerade i gruppen.

På en övergripande nivå drivs dessa patienters vårdkostnad av en kombination av flera olika faktorer:

- Flera diagnoser, varav många kroniska – patienterna har i genomsnitt nio olika diagnoser konstaterade i slutenvården per år, där de vanligast förekommande är: hjärtsvikt, lårbensfraktur och cerebral infarkt.
- Många inläggningar, varav merparten akuta – drygt fyra inläggningar per år i snitt (varav 60 procent akuta), och fler än 500 patienter som har över 10 akuta inläggningar inom slutenvården per år.
- Långa vårdtider – över hälften av vårdtillfällena varar mer än sex dygn (genomsnittlig vårdtid: nio dygn).
- Hög ålder – drygt 60 procent var över 65 år (medianålder 71 år)

Dessa patienter är ingen statisk grupp över tid, dock finns det betydligt högre risk för denna grupp än för populationen som helhet att finnas kvar i en vårdtung grupp över tid. Av de 20 0000 mest vårdtunga patienterna år 2008 återfanns 20 procent bland de mest vårdtunga 2007, och 6 procent år 2004. En slumpmässigt utvald invånare har per definition en risk på 1 procent att återfinnas i denna grupp.

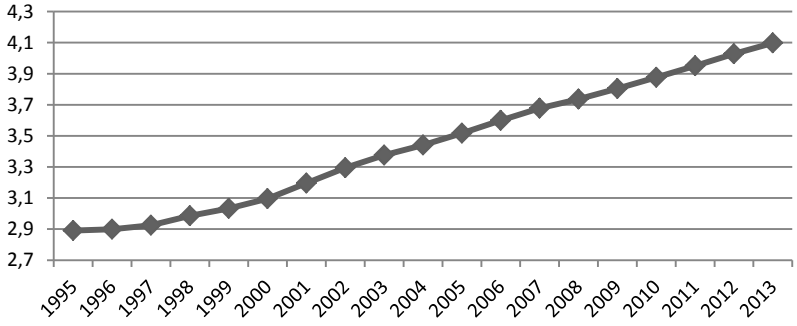
4.1.3 Personal

I det följande redovisas antalet sysselsatta personer i vården om inte annat anges. Det kan naturligtvis vara så att en andel av dessa inte är heltidssysselsatta men avsaknaden av tillförlitliga data gör att utredningen inte kunnat redovisa uppgifter om hälso- och sjukvårdens personal på den detaljnivån.

Läkare

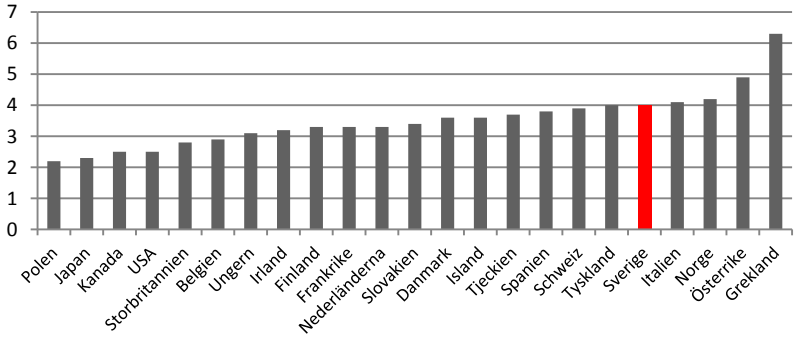
Sedan 1995 har antalet läkare som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården ökat från 25 425 till 39 524 stycken 2013; varav 53 procent män och 47 procent kvinnor. Det är inte bara en kraftig ökning i reella tal (motsvarande 55 procent) utan också en kraftig och konstant ökning per capita. I en internationell jämförelse har Sverige relativt många läkare per capita. Den generella trenden internationellt sett är ett ökat antal läkare men antalet läkare per capita i Sverige ökar mer än i de flesta länder. Numerären läkare säger inte allt när det gäller läkarresurser. Utredningen har dock inte haft tillgång till motsvarande statistik t.ex. beträffande arbetade timmar.

Figur 4.9 Antal läkare per 1 000 invånare i Sverige 1995–2013



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, från www.socialstyrelsen.se.
Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården 1 november under det aktuella året. Uppgifter avser personer som är sysselsatta inom såväl privatdriven som offentligt driven verksamhet.

Figur 4.10 Antal läkare per 1 000 invånare i utvalda länder 2012



Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

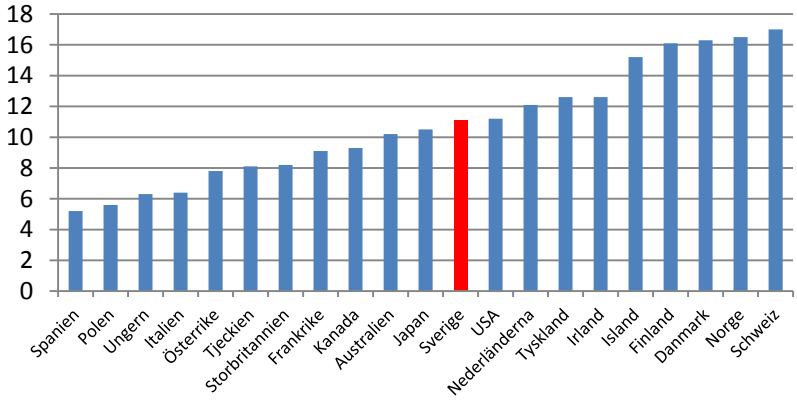
Antalet specialister i allmänmedicin per capita har långsamt ökat under en längre tid (2013 uppgick de till 6 195 stycken). Samtliga dessa är dock inte verksamma i primärvården.

Sjuksköterskor

Antalet sjuksköterskor som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården har mellan 1995 och 2013 ökat från 85 263 till 107 253 stycken (motsvarande 26 procent). Av sjuksköterskorna är 89 procent kvinnor och 11 procent män. Precis som för läkare har sjuksköterskegruppen haft en konstant ökning per capita men med en tydlig utplaning de senaste sex åren. I ett internationellt perspektiv ligger Sverige i mitten när det gäller antalet sjuksköterskor per capita men i jämförelse med t.ex. de skandinaviska länderna ligger Sverige förhållandevis lågt när det gäller antalet sjuksköterskor.

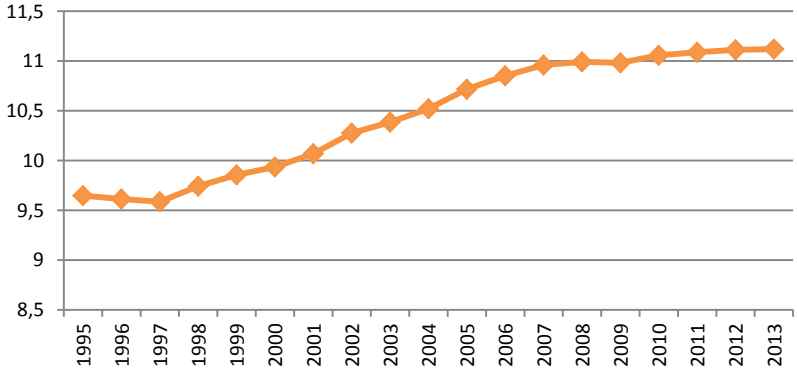
En delmängd av det totala antalet sjuksköterskor är sjuksköterskor inom kommunerna där antalet sjuksköterskor minskat under den senaste 20-årsperioden (från 19 617 år 1995 till 18 083 år 2014).

Figur 4.11 Sjuksköterskor per 1 000 invånare i utvalda länder, 2012



Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

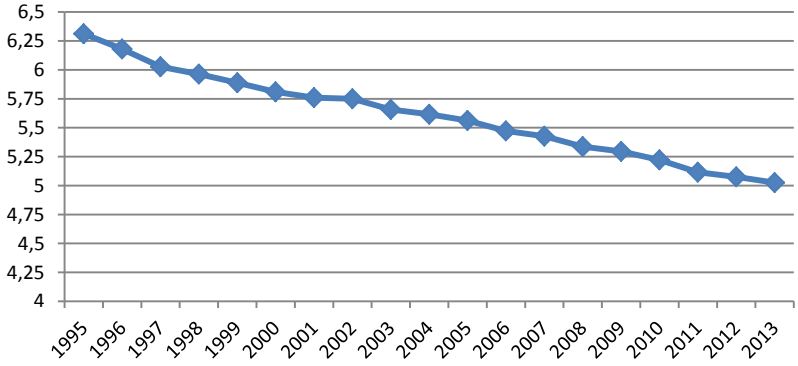
Figur 4.12 Antal sjuksköterskor per 1 000 invånare, 1995–2013



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, från www.socialstyrelsen.se.
Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården 1 november under det aktuella året. Uppgifter avser personer som är sysselsatta inom såväl privatdriven som offentligt driven verksamhet.

Parallellt med ökningen det totala antalet sjuksköterskor per capita har antalet specialistsjuksköterskor som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården minskat kraftigt över tid, från knappt 56 000 år 1995 till drygt 48 000 år 2013. Sett som andel av det totala antalet sjuksköterskor har specialistsjuksköterskorna minskat från 65 procent till 44 procent. Andelen kvinnor respektive män är densamma som för hela sjuksköterskegruppen (se ovan).

Figur 4.13 Antal specialistsjuksköterskor per 1 000 invånare, 1995–2013



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, från www.socialstyrelsen.se. Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården 1 november under det aktuella året. Uppgifter avser personer som är sysselsatta inom såväl privatdriven som offentligt driven verksamhet.

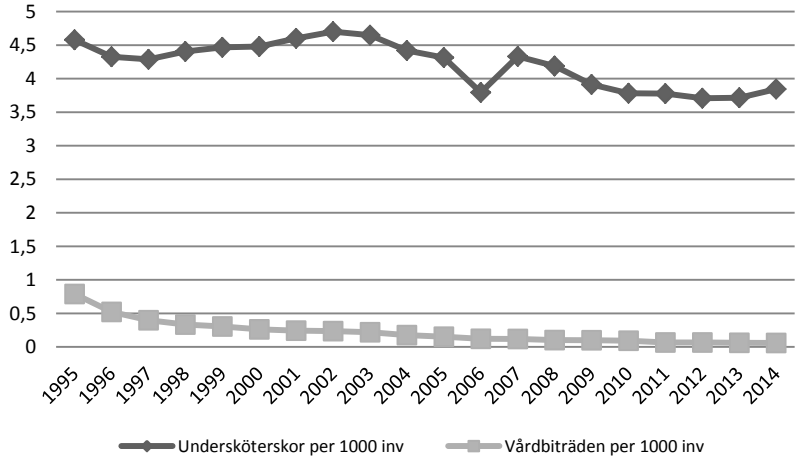
En väsentlig fråga är hur många av de yrkesverksamma som är tillgängliga för svensk hälso- och sjukvård. Det finns inom gruppen sjuksköterskor en rörlighet med anställningar i framför allt Norge och Danmark. Utredningen bedömer att detta sammantaget påverkar antalet sjuksköterskor i relativt liten utsträckning (lokala undantag kan förstås förekomma). Regionala beräkningar från region Skåne visar att cirka 1,3 procent av sjuksköterskorna har huvuddelen av sin inkomst i Norge eller Danmark och bedömningen är att siffrorna är representativa för Sverige.[5] Det skulle på nationell basis motsvara knappt 1 400 sjuksköterskeetjänster (och inte påverka vår placering i jämförelsen med andra länder ovan). En annan sak är att betydligt fler än så ansökt om en norsk eller dansk auktorisation till sin svenska legitimation men det är alltså inte samma sak som att de faktiskt arbetar där. Cirka två procent av sjuksköterskorna har en mindre del av sin inkomst från Norge och Danmark men det bedöms vara mindre problematiskt eftersom de då ändå är tillgängliga för arbete i den svenska hälso- och sjukvården resterande tid.

[5] Region Skåne 2015, Arbetsmarknaden i Skåne, Sjuksköterskorna, Tillgång och efterfrågan på kort och lång sikt.

Undersköterskor och vårdbiträden

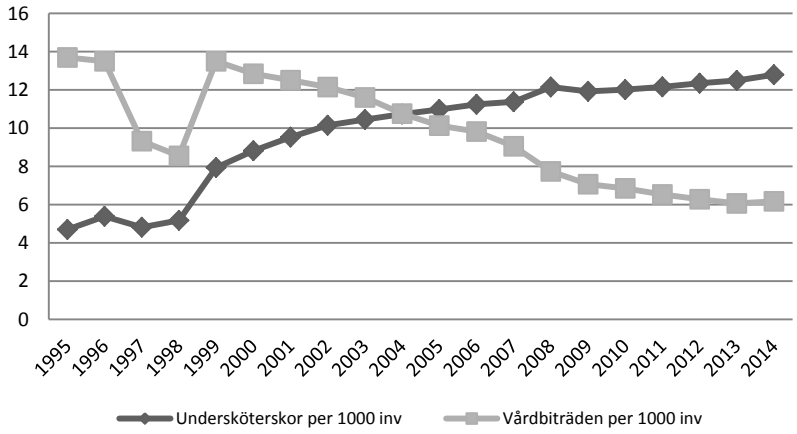
Antalet undersköterskor i landstingen har minskat sett över den senaste 20-årsperioden, från drygt 40 000 anställda till drygt 37 000 anställda. I relation till befolkningsökningen och i relation till läkare och sjuksköterskor är det en kraftig minskning. Minskningen har dämpats något av att vårdbiträden i landstingen ”gått upp” i gruppen undersköterskor efter vidareutbildning och vårdbiträde som befattning har nästan helt försvunnit från landstingens hälso- och sjukvård. Under samma tid har antalet undersköterskor i kommunerna ökat från cirka 41 500 anställda till knappt 125 000 anställda, bl.a. genom en motsvarande omflyttning av vårdbiträden som inom landstingens hälso- och sjukvård. Det saknas uppgifter om könsfördelningen inom dessa grupper.

Figur 4.14 Antal undersköterskor och vårdbiträden per 1 000 invånare i landsting 1995–2014



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Landstingsanställd personal, bearbetat för utredningens räkning. Avser månadsanställda och timanställda.

Figur 4.15 Antal undersköterskor och vårdbiträden per 1 000 invånare i kommun 1995–2014

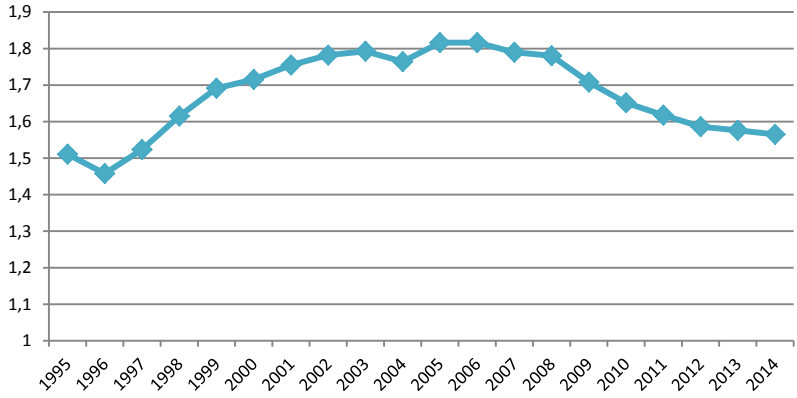


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Kommunal personal, bearbetat för utredningens räkning. Avser månadsanställda och timanställda.

Vårdadministratörer

Vårdadministratörer används som ett samlingsnamn för en rad befattningar, t.ex. medicinsk sekreterare, läkarsekreterare, m.m. Mellan 1995–2005 ökade antalet vårdadministratörer stadigt men har därefter minskat. 2014 fanns det drygt 15 000 anställda med den befattningen inom landstingens hälso- och sjukvård. Det saknas uppgifter om könsfördelningen inom denna grupp.

Figur 4.16 Antal vårdadministratörer i landstingens hälso- och sjukvård per 1 000 invånare 1995–2014



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Landstingsanställd personal, bearbetat för utredningens räkning. Avser månadsanställda och timanställda.

Parallellt med denna utveckling har antalet administratörer med högre formell kompetens ökat kraftigt i landstingen. År 2009–2013 ökade antalet årsarbetare i kommunsektorn med cirka 27 000, varav cirka 12 000 utgjordes av administrativ personal, motsvarande 43 procent. Det kan jämföras med att administrativ personal 2013 utgjorde cirka 13 procent av antalet årsarbetare. Ökningen skedde till stor del i personalkategorier med befattningar som handläggare, administratörer och anställda som arbetar med administrativt ledningsarbete.[6]

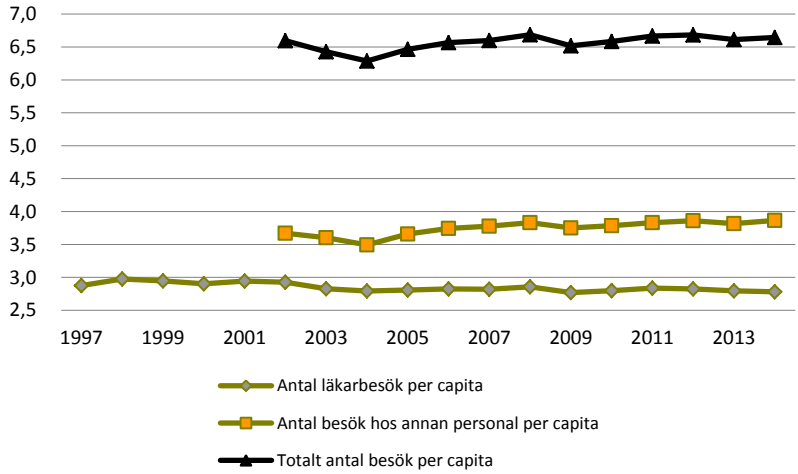
4.1.4 Vårdkonsumtion

Besök

Totalt gjordes under 2014 drygt 67 miljoner besök i vården, varav 28,4 miljoner besök hos läkare och 38,7 miljoner besök hos annan vårdpersonal. Antalet besök i förhållande till befolkningen har legat i stort sett stilla under en 15-årsperiod. Det saknas samlade uppgifter om könsfördelningen när det gäller besök i hälso- och sjukvården.

[6] Se regeringens skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn (Skr. 2014/15:102), s. 41 f.

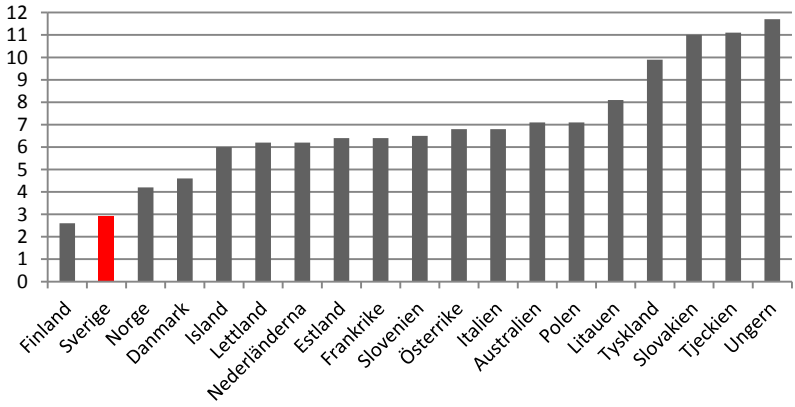
Figur 4.17 Genomsnittligt antal besök per person och år, 1997–2014



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Från: www.skl.se

I ett internationellt perspektiv gör svenskarna relativt får besök hos läkare – 2,9 besök per person och år (och 3,9 besök hos övriga personalgrupper per person och år).

Figur 4.18 Antal läkarbesök per person i utvalda länder, 2013

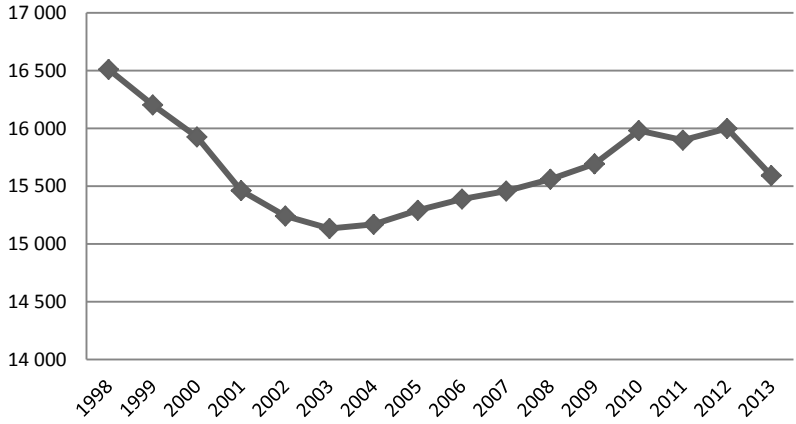


Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

Vårdtillfällen

Antalet vårdtillfällen i sluten vård har legat relativt konstant under många år, cirka 1,4–1,5 miljoner vårdtillfällen per år sedan 1998. I relationen till befolkningen finns en trend mot minskat antal vårdtillfällen. Kvinnor konsumerar 54 procent av vårdtillfällena och männen 46 procent, vilket är ett förhållande som stått sig under lång tid.

Figur 4.19 Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare 1998–2013

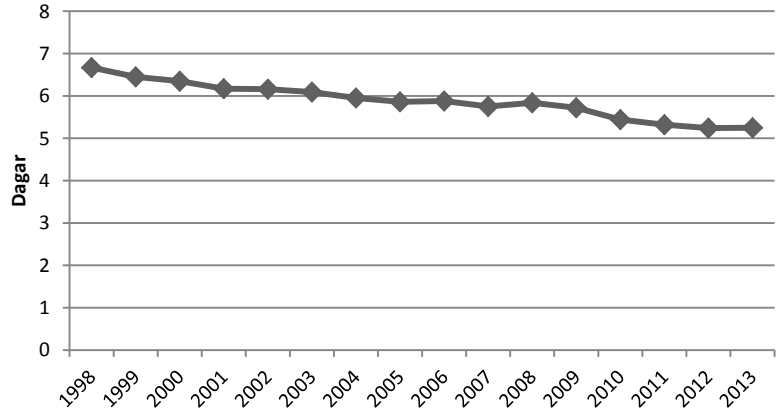


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas. Från www.socialstyrelsen.se

Vårdtider

Sett över de senaste 15 åren finns tydliga trender mot kortare vårdtider i sluten vård och ett minskat antal patienter.

Figur 4.20 Medelvårdtid, 1998–2013

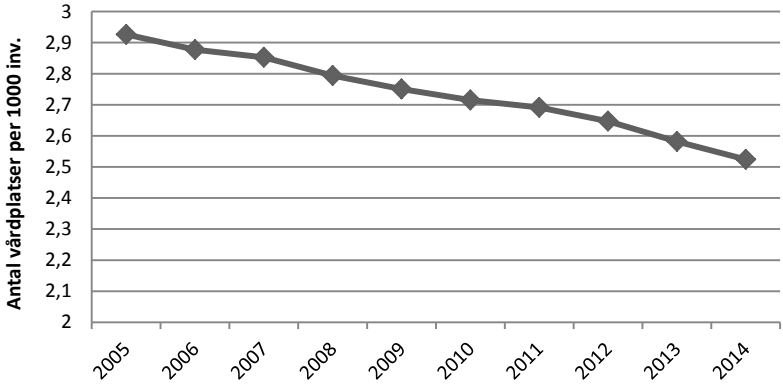


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Från www.socialstyrelsen.se

Vårdplatser

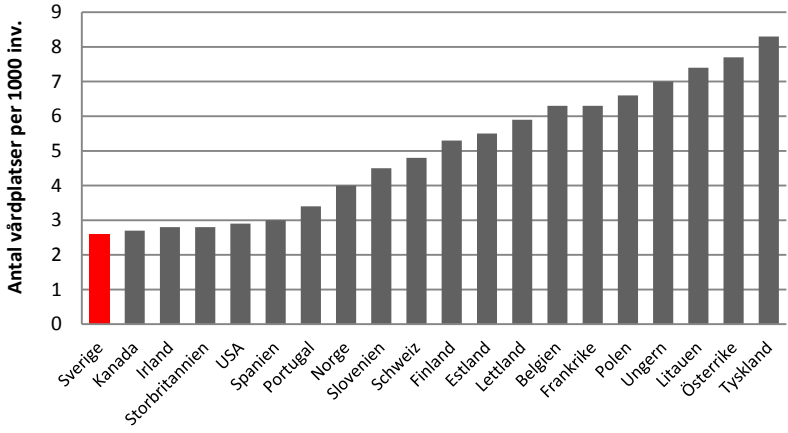
Antalet vårdplatser (genomsnittligt antal disponibla vårdplatser) har sakta minskat, från 26 478 till 24 603 stycken mellan åren 2005–2014. I ett internationellt perspektiv har Sverige få vårdplatser per capita.

Figur 4.21 Vårdplatser per 1 000 invånare 2005–2014



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Från: www.skl.se

Figur 4.22 Vårdplatser per 1 000 invånare i utvalda länder 2012



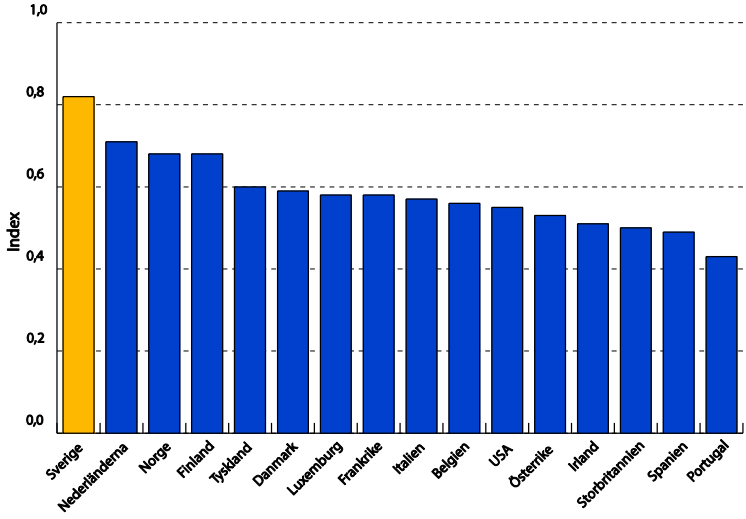
Källa: OECD Data 2015. Från www.oecd.org

4.1.5 Kvalitet och effektivitet i vården

Kvalitet

Den svenska vården håller en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat. Vid internationella jämförelser av vårdens medicinska resultat rankas Sverige ofta högt. I en aktuell internationell jämförelse av utfallsmått på olika områden rankades Sverige högst i ett sammanvägt index.

Figur 4.23 Sammanvägt index 2015 för kvalitet i hälso- och sjukvården i utvalda länder



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2015.

Liknande resultat finns från många områden där Sverige jämförs med andra länder på enskilda utfallsmått. Det bör dock återigen betonas, dels att mycket inte mäts, dels att urvalet av indikatorer/mått ändå är mycket stort och vilka indikatorer som väljs påverkar naturligtvis jämförelsen.

Att helt och hållet utgå från medicinska utfallsmått när vi diskuterar ”vårdkvalitet” är otillräckligt. Självklart är faktorer som överlevnad vid cancer eller gångförmåga efter en höftledsoperation väsentliga men bemötande, information, hur trygg och delaktig

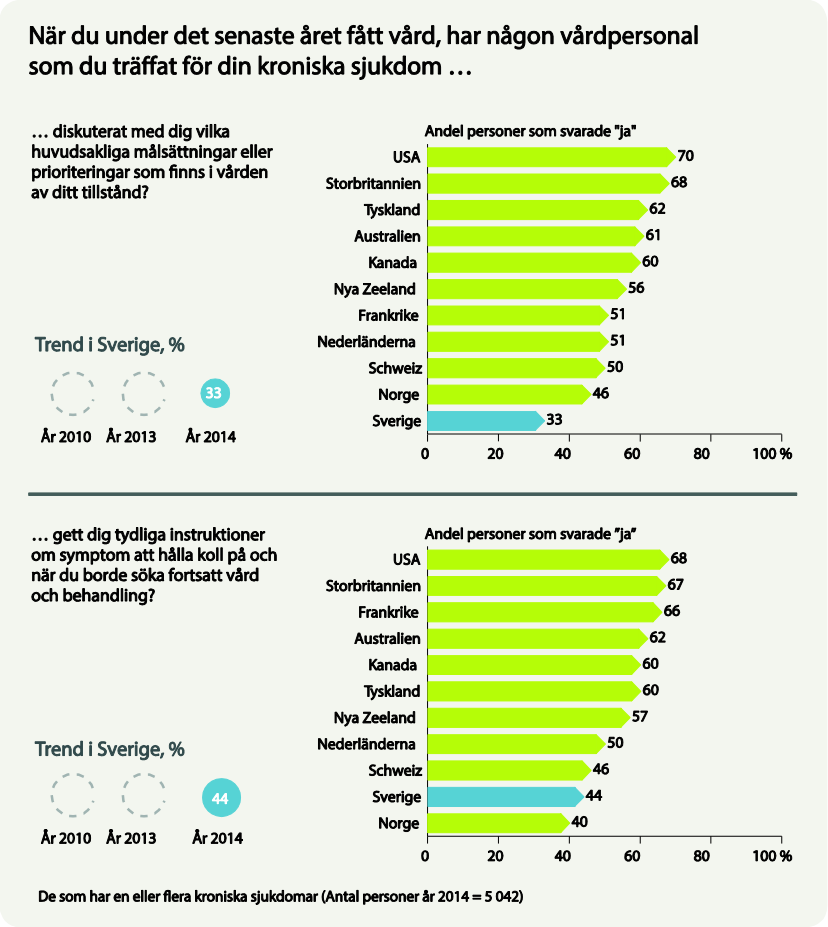
patienten känner sig under vårdprocessen och hur länge man behöver vänta är också en del i kvalitetsbegreppet.

Systematiserade mätningar av hur patienterna upplever sin sjukdom och sin hälsa efter behandling eller annan intervention blir allt vanligare. Dels i form av s.k. PROM (från engelskans ”Patient Reported Outcome Measures”), vilket inkluderar mått på sjukdomssymptom, funktionsförmåga och hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet. Dels i form av s.k. PREM (från engelskans ”Patient Reported Experience Measures”), vilket avser mått på patientnöjdhet eller tillfredsställelse med den givna vården.

I kvalitetsjämförelser som utgår från patientens perspektiv rankas Sverige inte lika högt. Health Consumer Powerhouse gör en årlig ranking baserad på en mix av patientupplevelser och andra kvalitetsmått där Sverige placerades på tolfte plats 2014.[7]

[7] Health Consumer Powerhouse 2015, Euro Health Consumer Index 2014 Report. Viss kritik har riktats mot rapporten eftersom den kan tolkas som att den ger en politisk/ideologisk värdering av indikatorn ”abortion rates”, där fler aborter likställs med sämre resultat. Detta påverkar Sveriges resultat negativt.

Figur 4.24 Svagt stöd från vården till kroniker med att hantera sin sjukdom



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder, Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey.

I en annan undersökning från the Commonwealth Fund tillfrågas bl.a. patienter om deras upplevelser av vården.[8] Sverige har dåliga resultat när det gäller patienternas upplevelser av vårdens förmåga att ge information och stöd och att göra patienten delaktig. Bland

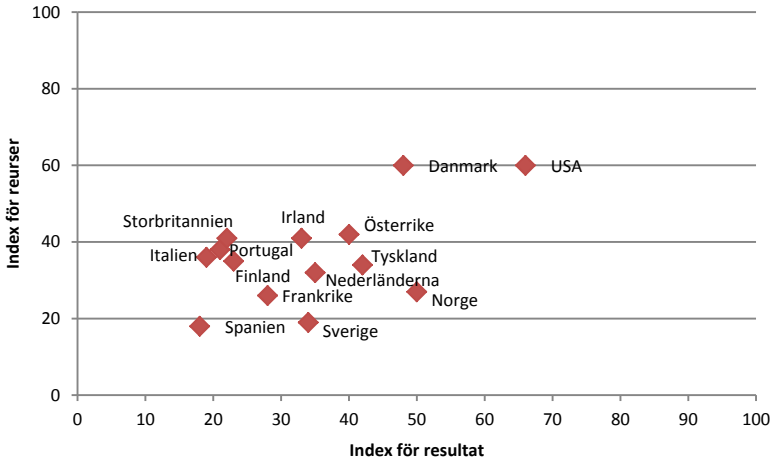
[8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014, Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder, Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey.

bristerna kan bl.a. nämnas att patienter i låg grad får den information från vården som krävs för att kunna fatta välgrundade beslut om sin vård och hälsa, att många patienter vid kontakt med vården upplevde att deras läkare inte kände till deras sjukdomshistoria. Vården brister även när det gäller att involvera patienterna genom att uppmuntra dem att ställa frågor. För personer med kronisk sjukdom har Sverige genomgående relativt svaga resultat jämfört med andra länder. Till exempel saknar dessa patienter en diskussion med vården kring målsättningar och hur de själva kan ta hand om sin sjukdom. De svenska patienterna upplever i betydligt lägre utsträckning än patienter i andra länder att ordinarie läkare eller vårdpersonal tar ett koordineringsansvar för kontakten med andra delar av vården. Sverige är betydligt sämre på att samordna informationen efter utskrivning från sjukhus jämfört med de andra länderna. Endast hälften av patienterna menade att deras ordinarie läkare eller mottagning verkade informerad om den vård som han eller hon fått på sjukhuset.

Effektivitet

I ett internationellt perspektiv kan nog sägas att den svenska hälso- och sjukvården är relativt effektiv, med ovan redovisade förbehåll för att det saknas riktigt bra sätt att mäta detta, se figur 4.25. Figuren, som är ett index av många indikatorer, ska läsas så att den önskvärda riktningen på båda axlarna är att ha ett så lågt resultat som möjligt.

Figur 4.25 Matris för jämförelse av effektivitet inom OECD 2013

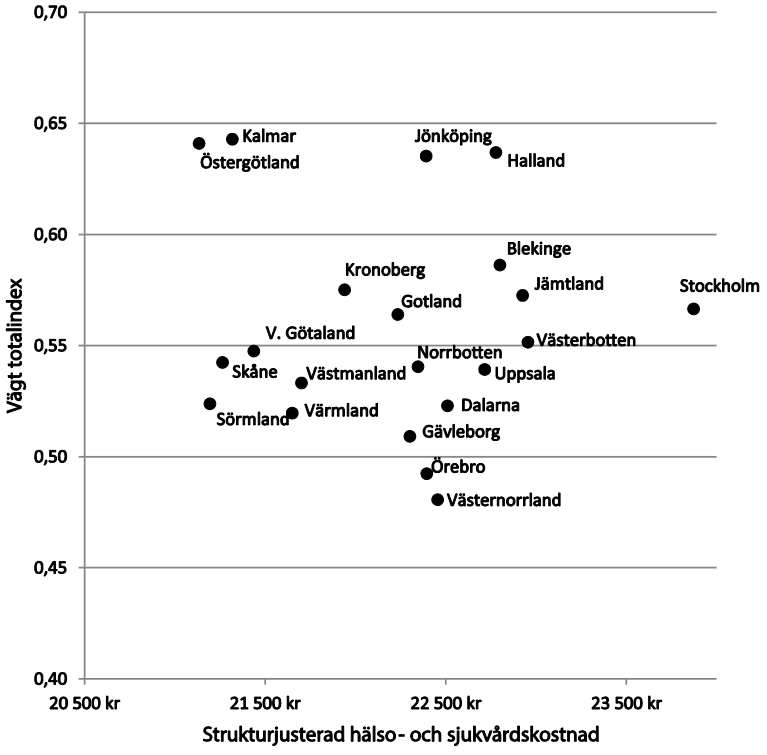


Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014. Bearbetning för utredningens räkning av data från OECD Factbook 2013.

Värdet av internationella jämförelser försvagas dock av att få andra länder, om ens något, samlar så omfattande data om vårdens kvalitet som Sverige, inte minst genom de nationella kvalitetsregistren. Ytterligare en svaghet är att arbetet med att fånga patientens upplevelser av vården (PROM och PREM) ännu inte kommit särskilt långt, även om relativt många svenska kvalitetsregister börjat samla in data om olika aspekter av detta.

Utmärkande för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är att det är decentraliserat med 21 landsting och 290 kommuner som alla fattar självständiga beslut. Att fastslå hur Sverige presterar är därför vanskligt. Som framgår av figur 4.26 finns det stora variationer mellan landstingen vad gäller både kvalitet och kostnader. Det finns ytterst svagt eller inget samband mellan höga kostnader och goda resultat. Möjligen går det att se vissa mönster kopplat till landstingets storlek och geografiska placering i landet, där t.ex. landstingen i den sydöstra regionen generellt ligger relativt väl till.

Figur 4.26 Samband mellan strukturjusterad kostnad och index för resultat, jämförelse av landsting 2014



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2015.
Öppna jämförelser i överblick 2014, Indexberäkningar av öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Indikatorerna i öppna jämförelser vägs samman i index i syfte att ge sammanfattande värden av de olika områdena i öppna jämförelser. Dessa index har därefter lagts samman i ett totalindex och detta används i figuren.

Särskilt om produktivitet

Som framgår av avsnitt 3.2 är produktivitet endast en del i effektivitetsbegreppet. Det är en nödvändig men inte tillräcklig del för effektivitet. Att ställa frågor om rätt saker görs och om de görs bra är viktigt men det är också viktigt att fråga hur mycket som görs.

Sverige hör till de länder som har flest läkare per capita men produktiviteten hos svenska läkare är låg. I det mycket enkla produktivitetsmått som framgår ovan ställs antalet läkare mot antalet besök i hälso- och sjukvården per år. Sverige har 2,9 läkarbesök per år

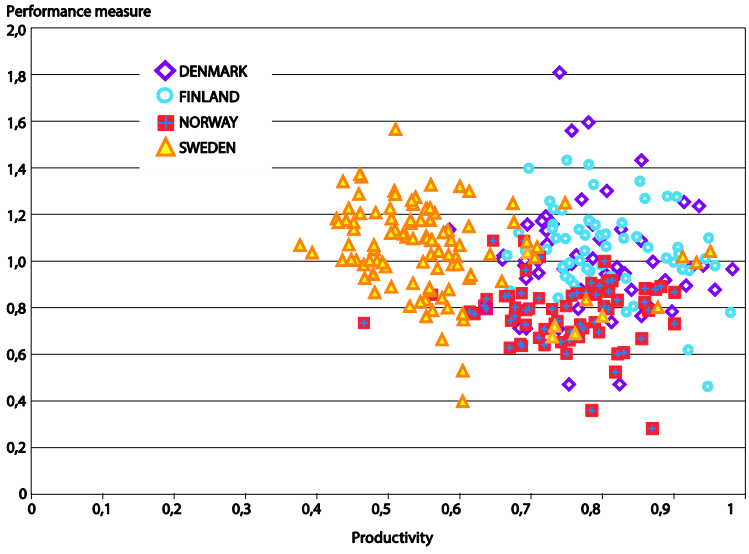
vilket internationellt sett är lågt. Måttet är å ena sidan grovt eftersom det inkluderar läkare som inte ägnar sig åt besöksverksamhet (t.ex. röntgenläkare och patologer) och inte heller tar hänsyn till att många läkare träffar patienten främst på vårdavdelning, vilket inte lämnar avtryck i statistiken. Å andra sidan gäller de metodologiska invändningarna alla länder som jämförs, varför jämförelsen ändå ger en fingervisning om produktiviteten.

Är en förklaring till den låga produktiviteten att den svenska hälso- och sjukvården har ett annat funktionssätt än vården i andra länder? Kanske har man inom den svenska hälso- och sjukvården en bättre förmåga än många anda länder att använda andra professioner eller att organisera sig i team. Den typen av jämförelser har vi inte kunnat hitta. Det finns dock några faktorer som talar emot detta: Antalet sjuksköterskor i Sverige är endast medelhögt i ett internationellt perspektiv eller t.o.m. lågt jämfört med de skandinaviska länderna. Antalet undersköterskor är på en historiskt låg nivå och ingen annan yrkesgrupp som kan ta arbetsuppgifter från läkare sticker heller ut. Samtliga professioner som tillfrågats i enkätundersökningar anser att det finns en stor potential i att personal med lägre formell kompetens tar över arbetsuppgifter från de med högre formell kompetens (se vidare avsnitt 6.4.7). De data som redovisas ovan avseende besök påvisar inte en ökande produktivitet i någon professionsgrupp, inte heller sjuksköterskor.

Möjligen är ”patientbesök” inte det ultimata måttet på produktivitet. Det fångar inte nyttan med att ta hand om många eller komplexa problem samtidigt, att göra avstämningar per telefon eller med hjälp av andra tekniska lösningar. Vad utredningen kunnat se är dock att denna typ av alternativa lösningar inte fått stort genomslag i den svenska hälso- och sjukvården.

I en nordisk studie har produktivitet vid akutsjukhus jämförts. Resultaten visar att svenska sjukhus har en låg produktivitet jämfört med grannländerna, se figur 4.27. Figuren ska förstås som att önskvärt är att ligga så långt åt ”höger” som möjligt (hög produktivitet) och så långt ”ned” som möjligt (låg dödlighet inom 30 dagar). Nedre högra hörnet är den önskvärda riktningen.

Figur 4.27 Sjukhusens produktivitet jämfört med samlade resultat vad gäller dödlighet inom 30 dagar från senaste inskrivning på sjukhus



Källa: Kittelsen S, Anthun K, Goude F, Huitfeldt I, Häkkinen U, Kruse M, Medin E, Rehnberg C, Rättö H (2015). Costs and Quality at the Hospital level in the Nordic Countries. Health Economics, .vol. 24 (Suppl. 2): 140–163.

4.2 Rättslig reglering

I avsnittet ges i huvudsak en beskrivning av den reglering som avser de områden som utrednigen identifierat som särskilt viktiga för effektiviten i hälso- och sjukvården.

4.2.1 Lagstiftningens krav på effektivitet

Kommuner och landsting är skyldiga att ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer, 8 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) förkortad KL. Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) framgår att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (28 §). Hälso- och sjukvårdslagens

övergripande krav på god vård (2 a § HSL) har uttolkats av Socialstyrelsen som identifierat sex olika områden som viktiga förutsättningar för god vård, bl.a. effektiv hälso- och sjukvård, se vidare i avsnitt 3.2.1.

4.2.2 Allmänna bestämmelser om hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdslagen är sedan ikraftträdandet den 1 januari 1983 den centrala lagen för hälso- och sjukvården. HSL är en ramlag och anger mål för och krav på hälso- och sjukvården. Vidare anges huvudsakligen på en övergripande nivå vilka skyldigheter landsting, kommuner och alla övriga vårdgivare har. Lagen betonar skyldigheterna för vårdgivarna men innehåller inga bestämmelser som ger enskilda några juridiskt utkrävbara rättigheter.

I 1 § HSL definieras vad som i lagen avses med hälso- och sjukvård, nämligen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.

I 2 § HSL regleras det övergripande målet för hälso- och sjukvården, nämligen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården.

Grundläggande bestämmelser om vårdgivarens skyldigheter finns i bl.a. 2 a § HSL. Där anges att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket innebär att den särskilt ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (2 b §).

Patientlagen

Den 1 januari 2015 infördes patientlagen (2014:821) förkortad PL, i vilken har samlats bl.a. tidigare regler från HSL som tydliggör patienters möjligheter till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning.

Syftet med lagen är, enligt 1 kap. 1 §, att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen ska också stödja patientens möjligheter att medverka och vara medskapande i sin vårdprocess.

Regeringen anförde följande beträffande behovet av en patientlagstiftning.[9]

> Under de senaste åren har patientens ställning förtydligats och stärkts i många avseenden […]. Flera rapporter visar dock på att det fortfarande finns en rad områden där patientens ställning behöver stärkas. Det är t.ex. svårt för medborgarna, patienterna, vårdgivarna och huvudmännen att få en tydlig bild av bestämmelserna på området eftersom Sverige saknar en lagstiftning som samlat beskriver patientens ställning i vården. Vidare anger lagstiftningen i princip genomgående sjukvårdshuvudmännens, vårdgivarnas och personalens skyldigheter gentemot patienten, istället för att ange vilka möjligheter till inflytande och delaktighet som patienten har. Mot denna bakgrund gör regeringen, i likhet med utredningen, bedömningen att det finns behov av att införa en patientlag som samlar bestämmelser av betydelse för patientens ställning i syfte att förtydliga och stärka patientens ställning samtidigt som överskådligheten och tillgängligheten ökar för medborgarna. Samtidigt synliggörs patienten som aktör och inte bara som ett objekt för vårdgivarens agerande. En patientlagstiftning ger sannolikt också en generell effekt på hälso- och sjukvården. Att stärka patientens ställning är enligt flera studier ett effektivt sätt att förbättra resultaten i hälso- och sjukvården. På sikt leder det även till en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser.

[9] Se prop. 2013/14:106 s. 40 f.

4.2.3 Bestämmelser avseende hälso- och sjukvårdens struktur

Lagstiftningen saknar till stor del bestämmelser som styr hur hälso- och sjukvårdens styrning ska utformas liksom hur vårdens struktur ska se ut. Detta faller i dag i hög grad på landstingen att själva besluta.

När det gäller vårdens struktur anges i 5 § första stycket HSL att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

När det särskilt gäller primärvården anger lagen krav på organiseringen. Av 5 § andra stycket framgår att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

4.2.4 Bestämmelser om samverkan och planering

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare (8 § HSL), motsvarande bestämmelse för kommuner finns i 21 § HSL. I 9 § HSL anges att regeringen får föreskriva att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Landstingen ska vidare samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. I 9 a och b §§ HSL finns vidare bestämmelser om rikssjukvård, vilket innebär hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde.

Samverkansbestämmelser på individnivå och krav på individuell planering

Utöver dessa generellt hållna samverkansbestämmelser finns många bestämmelser som tar sikte på planeringsskyldighet i vissa situationer. I hälso- och sjukvårdslagen finns flera bestämmelser om att en plan ska upprättas som rör den enskilde. Så kallad samordnad habiliterings- eller rehabiliteringsplan regleras i 3 b § och 18 b § HSL. Sedan 2010 finns också en bestämmelse i 3 f § HSL med en motsvarande bestämmelse i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453; SoL). Enligt dessa bestämmelser ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Det finns också bestämmelser i ett flertal andra författningar om att huvudmannen ska upprätta vårdplaner eller andra individuella planer som redovisar beslutade och planerade insatser för den enskilde. De har tillkommit successivt och utformningen av bestämmelserna varierar.

Författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område med bestämmelser om olika sorters individuella planer:

- Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, (LVM)
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), (HSL)
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, (LVU)
- Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, (Betalningsansvarslagen)
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, (LPT)
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, (LRV)
- Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS)
- Socialtjänstlag (2001:453), (SoL)

- Socialtjänstförordning (2001:937), (SoF)
- Smittskyddslag(2004:168)
- Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare

Vidare finns ett antal myndighetsföreskrifter angående individuella planer:

- SOSFS 2003:20 Hem för vård eller boende
- SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdslagen (ersatt av SOSFS 2011:9?)
- SOSFS 2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård
- SOSFS 2008:20 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
- SOSFS 2014:5. Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- SOSFS 2014:6 Handläggning av ärenden som gäller barn och unga (Allmänna råd)

Dessutom finns bestämmelser om individuella planer och åtgärdsprogram i skollagstiftningen (som gäller den obligatoriska skolan, gymnasieskolan, gymnasiesärskolan och fristående skolor), för barn och unga. Mer om samverkans- och planeringsbestämmelser finns i bilaga 4.

4.2.5 Skyldigheter för hälso- och sjukvården knutna till arbetssätten i vården

I författningar finns tämligen långtgående skyldigheter kopplat till planering och utveckling av verksamheten. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av lands-

tingets ansvar för hälso- och sjukvård (7 § HSL). Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det ska finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef) (29 och 31 §§ HSL) och hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. (5 kap. 1 § patientlagen).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. 1 och 2 §§ ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Med kvalitet menas att en verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Att ta ansvar för planering av verksamheten med utgångspunkt i patientens behov och att ständigt söka utveckla verksamheten är sammanfattningsvis skyldigheter som hälso- och sjukvården har redan i dag.

Inom de ramar som lagstiftningen sätter har verksamheterna stor frihet att organisera arbetet på det sätt som man tror skapar bäst förutsättningar för en god vård. Det gäller både strukturen inom verksamheten och hur arbetsuppgifterna fördelas.

Reglering avseende vem som får utföra arbetsuppgifter

De flesta arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården är inte reglerade på så sätt att det finns krav på vem som får utföra dem. Exempelvis kan många medicinska arbetsuppgifter utföras av undersköterskor eller annan hälso- och sjukvårdspersonal utan legitimation. Det finns dock allmänna regler om t.ex. vårdgivares, verksamhets-

chefers och hälso- och sjukvårdspersonals ansvar, som indirekt påverkar hur arbetet kan fördelas. De mest centrala reglerna finns i patientsäkerhetslagen (2010:659) förkortad PSL. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt (6 kap. 1 § PSL).

Därutöver finns ett antal arbetsuppgifter som är reglerade: abort, anmälningsskyldighet i en rad olika frågor t.ex. körkort, fastställa dödsfall, ordinera/förskriva/iordningsställa/administrera läkemedel, utfärda intyg i en rad olika frågor. I vissa fall finns en mer indirekt reglering av arbetsuppgifter, t.ex. innebär besöksgarantin i primärvården att patienten ska få besöka läkare inom 7 dagar (3 g § första stycket, andra punkten, HSL).

Delegering behövs oftast inte

Delegering är en särskild formell form av fördelning av arbetet inom hälso- och sjukvården. Att delegera innebär att *överlåta befogenhet*, alltså vad någon får göra. Hälso- och sjukvårdens regelverk ställer främst krav på hur arbetsuppgifter ska utföras, inte vem som får utföra dem. Delegering behövs därför oftast *inte* för att fördela en arbetsuppgift. Många medicinska arbetsuppgifter kan t.ex. fördelas till hälso- och sjukvårdspersonal utan legitimation utan att reglerna om delegering ska tillämpas.

Om en arbetsuppgift är särskilt reglerad när det gäller vem som får utföra den är utgångspunkten också att den inte får delegeras. Delegering behövs endast för att fördela en arbetsuppgift till någon som annars inte får utföra den och i så fall krävs också att det finns en bestämmelse som tillåter delegering. I praktiken innebär det att delegering främst är aktuell vid iordningställande och administrering av läkemedel inom annan hälso- och sjukvård än ambulanssjukvård och sluten vård, se 4 kap. 1 och 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. I situationer där delegering behövs kan

man inte komma runt bestämmelserna genom att kalla arbetsfördelningen för något annat som t.ex. assistans eller handräckning, om den som assisterar eller liknande faktiskt utför uppgiften

Skyldigheten att utfärda intyg och andra administrativa krav

Den grundläggande regleringen avseende intyg finns i 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, där det anges att den som enligt 3 § samma lag är skyldig att föra patientjournal, på begäran av patienten ska utfärda intyg om vården. Enligt förarbetena ska i intyget lämnas de uppgifter om undersökningen, vården eller behandlingen som behövs för det av patienten begärda ändamålet. Bestämmelsen gäller inte myndigheters möjlighet att begära in intyg. Denna ”rätt” ska enligt förarbetena regleras i berörda lagar och förordningar.

I 10 kap. 3 § PL finns en bestämmelse som påminner om att den som är skyldig att föra patientjournal, på begäran av patienten ska utfärda intyg om vården.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. finns en mer detaljerad reglering om kvalitet och säkerhet, rutiner och kompetens m.m. i samband med utfärdande av intyg. Föreskrifterna ska tillämpas på intyg som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonalen inom verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Föreskrifterna är i grunden utformade kompetensneutralt, men en stor del av specialregleringen avseende intyg ställer dock krav på läkarintyg (se nedan).

Enligt 5 kap. 1 § ska verksamhetschefen svara för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonal som utfärdar intyg, intygsutfärdaren, har tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften med hänsyn till ändamålet med intyget. Om det enligt lag, förordning eller myndighetsföreskrifter krävs särskild kompetens för att få utfärda ett intyg, ska rutinerna säkerställa att sådana intyg avges av yrkesutövare med föreskriven kompetens.

Utöver denna grundläggande reglering av intygen finns krav avseende intyg i en lång rad författningar. Dessa, liksom de krav på rapportering som följer av författningar, redovisas i utredningens kartläggning av administrativa krav i avsnitt 6.6.1.

4.2.6 Informationshantering i hälso- och sjukvården

Förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens informationshantering regleras i ett antal olika regelverk. På en övergripande nivå har lagstiftning som offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) förkortad OSL, arkivlagen (1990:782) och tryckfrihetsförordningen (1949:105) betydelse.

När vård- och omsorgspersonal dokumenterar, tar del av eller följer upp resultat m.m. innefattar det även behandling av personuppgifter. För hälso- och sjukvårdens personuppgiftsbehandling finns i dag en sammanhängande reglering i PDL. Lagen gäller för alla vårdgivare, oavsett huvudman, och har karaktären av en ramlagstiftning som anger vilka grundläggande principer som ska gälla för informationshanteringen avseende uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård. Lagen innehåller även bestämmelser om patientjournaler och om nationella och regionala kvalitetsregister. Kompletterande bestämmelser finns i patientdataförordningen (2008:360) och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har även gett ut en handbok till stöd för tillämpningen av föreskrifterna. Därtill gäller personuppgiftslagen (1998:204) utöver bestämmelserna i patientdatalagen.

Offentlighets- och sekretesslagen, innehåller bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Lagen innehåller inskränkningar i den offentlighetsprincip som regleras i tryckfrihetsförordningen. Sekretess inom den offentliga vården regleras alltså i offentlighets- och sekretesslagen. Enligt 25 kap. 1 § OSL gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Regler om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda (privata) hälso- och sjukvården finns i 6 kap. PSL.

I patientdatalagen finns bestämmelser om hur den som arbetar i vården får använda sin åtkomst till personuppgifter i informationssystemen. Den som arbetar åt en vårdgivare får enligt 4 kap. 1 § PDL endast ta del av dokumenterade personuppgifter om han eller hon deltar i vården av en patient eller av annat skäl behöver uppgifterna i sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Skyldigheten att dokumentera

Vilka uppgifter i hälso- och sjukvården som ska dokumenteras och av vem regleras i patientdatalagen samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utföra ett visst yrke ska föra patientjournal (3 kap. 3 § PDL). Det finns 21 legitimerade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Enligt 3 kap. 6 § PDL ska patientjournalen alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Ovanstående krav preciseras ytterligare i Socialstyrelsens föreskrifter, där bl.a. framgår att ”vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler” och att nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk ska användas. Rutinerna ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare, privata som offentliga, kommun- som landstingsfinansierade och helt privata, kan dela med sig av sin vårddokumentation till varandra. Med vårdgivare avses enligt 1 kap. 3 § PDL statlig myndighet, landsting och kommun (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring ska patienten infor-

meras om vad den sammanhållna journalföringen innebär. Patienten ska också få information om att han eller hon kan neka till att uppgifterna blir tillgängliga på det sättet. För att en vårdgivare sedan, i en enskild vårdsituation, ska få använda uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga genom sammanhållna journalföringen krävs dessutom enligt 6 kap. 3 § PDL att 1) uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med, 2) uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, och 3) patienten samtycker till att vårdgivaren behandlar uppgifterna.

5 Utredningens utgångspunkter och övergripande analys

Sammanfattning: I avsnittet redovisas utredningens utgångspunkt att värdet av hälso- och sjukvården uppstår på mikronivån, i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Det är där som effektiviteten inom hälso- och sjukvården får sitt egentliga uttryck.

Förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården kan endast åstadkommas genom åtgärder som påverkar förutsättningarna för mötet eller interaktionen mellan patienten och vården.

Detta förutsätter dock många åtgärder också på verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå liksom åtgärder på nationell nivå eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer.

I avsnittet redovisas de viktigaste delarna i utredningens analys.

5.1 Utredningens utgångspunkter

Utredningens direktiv är breda. Vi har uppfattat direktiven som en översyn av Sveriges samlade sjukvårdssystem ur effektivitetssynvinkel. En sådan översyn utgör en stor utmaning i sig om man betänker att Sverige i ett internationellt perspektiv har ett synnerligen decentraliserat system. I många sammanhang talar man om 21 plus 290 sjukvårdssystem utifrån antalet inblandade sjukvårdshuvudmän samt att det slutliga och övergripande systemansvaret vilar på staten. Under arbetets gång har vi konstaterat att många problem ligger på en strukturell nivå, som är särskilt svåra för det decentraliserade systemet att lösa men där det redan kan finnas flertalet lokala eller

regionala ”lösningar”. Det innebär att vi samlat behöver analysera de styrmedel som använts och används och försöka hitta nya vägar att angripa de problem som finns när det gäller resursutnyttjandet.

Vi har tagit fasta på att *samordnarrollen* innebär ett uppdrag att se *helheten och sambanden* mellan många delfrågor. Det innebär bl.a. att utredningen behöver peka på eller lyfta fram förslag från andra utredningar därför att de är den del i en helhet. Det innebär också att det inte är möjligt att gå fram med detaljerade förslag i alla delar, i vissa fall behöver vi peka på frågor som behöver hanteras av andra eller kompletteras. I sådana fall får utredningens arbete ses som ett första steg från nationell nivå. Ett sådant tillvägagångssätt är nödvändigt för att fånga den komplexitet som ligger i frågan om ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

5.1.1 Effektiviteten uppstår i mötet med patienten

Den viktigaste utgångspunkten i utredningens arbete är att *värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården*. Det är på denna mikronivå som de beslut tas eller inte tas som har verklig betydelse för patientens vård men också för vårdens kostnader. Det är också där som effektiviteten inom hälso- och sjukvården får sitt egentliga uttryck. Med ”mötet” avses inte bara det fysiska mötet i form av ett mottagningsbesök utan alla konkreta situationer av interaktion mellan patienterna och professionerna, oavsett om det handlar om en operation, ett hembesök eller ett möte i någon digital form.

Det är förutsättningarna för, omständigheterna kring och innehållet i mötet som avgör hur resultatet blir för patienten: Hur väl förstår och möter vården patienternas *olika* behov (medicinska behov men också behoven av trygghet, kontinuitet, information, m.m.)? Tas patientens egen kapacitet tillvara i vården och i planeringen av densamma? Tillåts han eller hon att utöva inflytande och vara delaktig? Vilka förutsättningar har vårdens personal att fatta rätt beslut i mötet?

Utredningens uppfattning är att en förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården *endast* kan åstadkommas genom åtgärder som påverkar mikronivån, dvs. förslag som påverkar förutsättningarna för mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Det

är förslag som ytterst tar sikte på detta som har förutsättningar att påverka effektiviteten i vården. Något tillspetsat kan sägas att frågan om ett effektivare resursutnyttjande handlar om frågor som ständigt återkommer i vården: hur väl förstår vården patientens behov av insatser och patientens möjligheter att bidra och hur väl åstadkommer vården styrning, struktur, samarbete, organisering och arbetssätt som möter patientens behov och förutsättningar?

Att påverka mötet/interaktionen mellan patienten och vården (mikronivån) förutsätter dock, enligt utredningens synsätt, många åtgärder också på andra nivåer – verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå liksom åtgärder på nationell nivå – eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer. Det avser bl.a. organisatoriska, ekonomiska, strukturella och rättsliga förutsättningar.

Det är med denna röda tråd – att öka effektiviteten eller nyttan i patientmötet/mikronivån – som utredningen analyserat utmaningar och möjligheter till ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

5.1.2 Arbetet med att förbättra effektiviteten blir inte klart

Den svenska hälso- och sjukvården presterar bra. Särskilt när det gäller medicinska kvalitetsmått faller Sverige ofta mycket väl ut i internationella jämförelser och inom vissa medicinska områden är Sverige bland de främsta i världen. I äldre jämförelser som vägde kvalitet mot kostnader föll den svenska vården mycket väl ut och med det fanns nog fog för påståendet att svensk vård hade en hög effektivitet. Den naturliga frågan har därför varit: behöver vi ändra något som verkar fungera bra?

Utredningens bedömer att det trots allt finns tunga skäl till att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Kostnadsökningstakten inom den svenska hälso- och sjuvården är snabbare än i många andra länder. Sverige har i dag kostnader för hälso- och sjukvård som ligger klart över snittet inom OECD.

De framskrivningar som finns av utvecklingen när det gäller *demografi och sjuklighet* visar att fortsatt stora kostnadsökningar är att vänta under överskådlig framtid. Befolkningsprognoser visar att

andelen 85 år och äldre kommer att vara mer än fördubblad år 2050.[1] Det finns en stor risk att betydligt fler än i dag kommer att ha en eller flera kroniska sjukdomar. Vilket genomslag detta kommer få för hälso- och sjukvården beror delvis på när sjukligheten inträder. Personer med kroniska sjukdomar står för ungefär 80–85 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Personer med två eller fler kroniska sjukdomar står för 50 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Förekomsten av kroniska sjukdomar är naturligt relaterad till ålder; 85 procent av svenskarna över 65 år har minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera kroniska sjukdomar. I gruppen 85 år och äldre har drygt 80 procent fler än en kronisk sjukdom. På grund av skiftande omvärldsfaktorer, t.ex. i form av flyktingströmmar, är det också troligt att prognoserna när det gäller bl.a. befolkningstillväxt kommer att visa sig vara för alltför konservativa.

Både *förväntningar på vården och teknisk utveckling* förväntas också medföra ökade kostnader. Prognoser visar ökade kostnader för hälso- och sjukvård med åtminstone 25–30 procent fram till 2050.

De medicinska kvalitetsmåtten måste också kvalificeras – vad innebär kvalitet för patienten? När det gäller patienternas upplevelser av vården ligger Sverige inte alls lika väl till i ett internationellt perspektiv.

Inom Sverige finns också stora variationer både när det gäller olika mått på kvalitet och i fråga om kostnader. Skillnaderna mellan landstingen är stora och skillnaderna mellan vårdgivare inom ett landsting är också stora och det finns inga tydliga samband mellan kostnader och resultat. Den enda rimliga slutsatsen som kan dras är att det för många (kanske alla) verksamheter finns en betydande ineffektivitet och en stor potential att arbeta smartare, med högre kvalitet och att skapa ett större värde för patienten än vad man gör i dag.

Slutligen bör framhållas att det är hälso- och sjukvårdens uppdrag att *ständigt* utveckla kvaliteten i verksamheten och att hushålla med våra gemensamma resurser. Arbetet att öka effektiviteten har således inte ett slut.

[1] Socialdepartementet, 2010, Den ljusnande framtid är vård – Delresultat från LEV-projektet.

5.1.3 Det finns samband mellan patientnytta och effektivitet

För vem finns hälso- och sjukvården till? Denna självklara fråga har ett lika självklart svar: patienten. Detta får dock också konsekvenser för effektiviteten i vården. Om syftet med en verksamhet är att möta patientens behov sett både ur den enskildes och befolkningens perspektiv behöver också tänkandet kring förbättringar utgå från patienten. I många exempel på framgångsrika förändringar inom hälso- och sjukvården finns det en koppling mellan å ena sidan ett ökat värde eller en ökad nytta för patienten genom förändringen och å andra sidan att verksamheten genom förändringen har minskat eller eliminerat ineffektivitet i någon eller några delar. Inte sällan har stärkt patientsäkerhet, ökad patientnöjdhet och förbättrad arbetsmiljö gått hand i hand med att man samtidigt åstadkommer mer och ägnar sig åt ”rätt” saker. Oftast har förändringen skett utan att kostnaderna har ökat eller ens att tillfälliga tillskott lämnats för förändringen.

Poängen är att det finns stöd för påståendet att det ur alla perspektiv lönar sig att fokusera på hur nyttan för patienten kan öka. Kanske låter det som en självklarhet men det är samtidigt ett perspektiv och en utgångspunkt som kan tappas bort, t.ex. när upplevelsen av kris i verksamheterna är stark.

5.2 Utredningens övergripande analys och hypoteser om ineffektivitet i vården

Enligt direktiven ska utredningen ”analysera hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt”. Särskilt professionernas resurser ska stå i fokus för utredningens arbete, dvs. ”hur professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt i syfte att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet”. Tre grundläggande frågor ska genomsyra utredningens arbete, dels hur nyttan för patienten kan öka, dels hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården förbättras och dels hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt.

Några viktiga grundfrågor för utredningens analys är således vilka resurser vården har i dag och hur resurserna används. Vad är förutsättningarna för att professionerna ska kunna använda sin tid

och kunskap och sitt engagemang på bästa sätt? Vad läggs resurserna på, hur ser patienternas behov ut och vilka använder vårdens resurser? Hur ser den struktur ut som ska möta dessa behov? Hur utförs arbetet, hur är det organiserat och fördelat? Vilket stöd i arbetet ges till professionerna?

Jämförelsevis mycket resurser i svensk vård

Hälso- och sjukvården har i dag mer resurser än någonsin tidigare (se avsnitt 4.1.2–3). Antalet anställda i hälso- och sjukvården är fler än någonsin tidigare, särskilt de med hög formell kompetens. Antalet läkare per capita ökar och vi är ett av de länder i OECD som har flest antal läkare per capita. Antalet sjuksköterskor ökar också något och Sverige har fler sjuksköterskor per capita än genomsnittet i OECD, men färre än våra grannländer. Antalet undersköterskor har däremot haft en långsamt sjunkande trend under lång tid men en viss ökning har möjligen börjat skönjas. Vårdadministratörerna har haft en långsamt sjunkande trend.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar inom hela OECD-området men för tillfället snabbare i Sverige än i andra länder. Att kostnaderna ökar är i sig är inget underligt – historiskt har hälso- och sjukvårdens kostnader ökat i alla länder med ökande produktivitet. Det som kan uppfattas problematiskt är ökningstakten. Samtidigt kan konstateras att nästan alla landsting prognosticerar underskott för 2015.

Mot dessa trender ska ställas att antalet besök i vården inte ökat per capita under ett drygt decennium. I ett internationellt perspektiv gör befolkningen i Sverige få besök i hälso- och sjukvården, i synnerhet till läkare. Antalet vårdtillfällen i slutenvård har inte ökat sedan millennieskiftet och vårdtiderna blir kortare. Vårdplatserna är få i ett internationellt perspektiv.

Låg produktivitet i svensk vård

Det kan mot denna bakgrund tyckas vara lite paradoxalt att produktiviteten sjunker inom hälso- och sjukvården. Sett över tid finns tydliga tendenser att vi gör mindre per anställd. Vi har få läkarbesök per capita i jämförelse med andra länder och svenska sjukhus

har låg produktivitet vid jämförelser av med våra grannländers sjukhus (se avsnitt 4.1.5). Också i specialiteter där produktivitet normalt sett är en viktig faktor – kirurgi och ortopedi – minskar produktiviteten. Antalet operationstillfällen per årsarbetande läkare har under 2008–2014 minskat med 35 procent, detta från en nivå där Sverige internationellt sett har färre operationstillfällen per läkare än andra länder. Den accelererande kostnadsökningstakten under senare år är till stor del bunden till sjukhusen. Antalet anställda, inte minst läkare, har ökat snabbt vid våra sjukhus samtidigt som ”produktionen” i princip inte ökat. Många sjukhus, främst i storstäderna, har ständiga överbeläggningsproblem, vilket inverkar menligt på deras förmåga att producera. Sammantaget tycks det som om det svenska sjukvårdssystemet har en ”produktivitetskris” i den sjukhusbundna vården. Därmed inte sagt att lösningarna endast ligger i förändringar knutna till sjukhusen. Lösningarna ligger säkerligen i förändringar inom det sammantagna systemet.

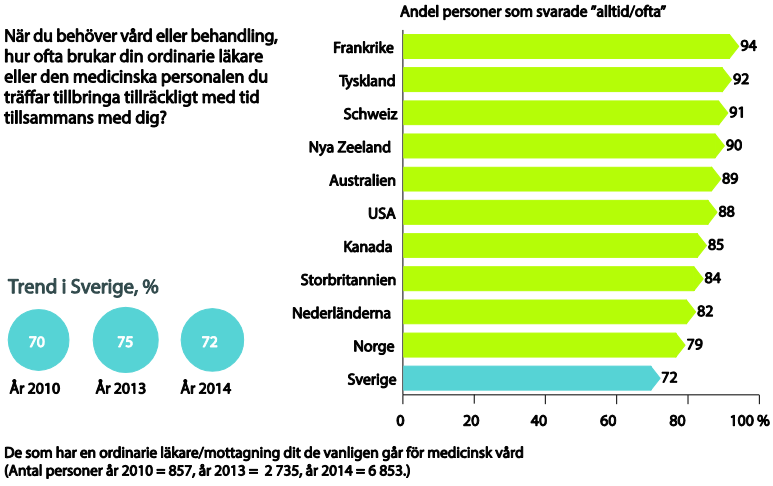
Som berörts i avsnitt 3.2 är dock produktivitet endast en del i effektivitet, varför en låg produktivitet bör tolkas med viss försiktighet. Det är emellertid intressant att jämföra hur mycket vården åstadkommer i dag jämfört med tidigare och jämfört med andra. Det är inte bara en viktig diskussion utan utgår också från det offentligas skyldighet att använda de gemensamma resurserna så effektivt som möjligt.

Det kan också konstateras att inte finns några belägg för att produktivitet (i meningen endast hur mycket som produceras) har negativa följder för kvalitet. I produktivitetsjämförelser av nordiska sjukhus verkar det snarare finnas ett motsatt samband (se avsnitt 4.1.5).

Missnöje med arbetsmiljö och tid för patienten

De nu nämnda förhållandena med ökande resurser och fallande produktivitet skulle kunna peka mot en väl bemannad verksamhet och god arbetsmiljö med gott om tid att göra det som är viktigt för patienten. Budskapen från många företrädare för professionerna är dock helt andra: att man springer allt fortare, att man har för lite tid för patienten, att man drunknar i många disparata arbetsuppgifter. Särskilt lyfter professionerna fram att alltför mycket tid ägnas åt ”administrativt arbete” och för lite tid åt patientarbetet.

Figur 5.1 Tid för mötet



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014, Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder, Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey.

Patienterna är också missnöjda med den tid som vården ägnar åt mötet med dem (se figur 5.1) och att tillräcklig information för sällan lämnas till patienten eller till andra aktörer som är inblandade i patientens vård. Samordningen av vården (och omsorgen) kring patientens behov och i vilken grad kontinuitet ges är ytterligare punkter där patienterna uttrycker missnöje med vården. I många fall är man dock nöjda med det medicinska innehållet i vården och ofta anser man att man får ett gott bemötande i vården och behandlas med respekt.

Vad är förklaringarna till att fler arbetar i vården, träffar färre patienter men ändå upplever mycket stress, en svår arbetsmiljö och att ”kriserna” relaterat till bl.a. dessa faktorer avlöser varandra? Utredningen har under arbetet identifierat ett antal faktorer som på olika sätt bidrar till ineffektivitet i vården – att resurserna inte utnyttjas så effektivt som de skulle kunna.

5.2.1 Styrningen skapar ineffektivitet

Styrningen är mångfaldig och splittrad

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 landsting 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. Till detta kommer att också andra aktörer tar ansvar för ”styrning” inom hälso- och sjukvården. Det gäller i synnerhet olika intresseorganisationer, som Sveriges kommuner och Landsting, fackförbunden, liksom professionernas egna specialitetsföreningar.

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.

Landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget, 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Denna utgångspunkt för landstingens ansvar luckras dock upp av en rad faktorer. Dels finns rättsliga krav på samverkan mellan huvudmän, t.ex. för olika patientgrupper, inom regionsjukvård och rikssjukvården (9 och 9 a §§ HSL), dels andra juridiska krav, t.ex. det fria vårdvalet över landstingsgränser (9 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). Vidare har landstingen i utövandet av sitt ansvar många behov och utmaningar som är likartade eller t.o.m. gemensamma. Uppenbara gemensamma utmaningar inom vården finns när det gäller verksamhetstöd för att hantera t.ex. patientinformation och ekonomiska transaktioner, men också i fråga om kunskapsspridning, analysförmåga, logistik (t.ex. patienttransporter) och hur strukturen i hälso- och sjukvården bör se ut både vad avser geografi och vilken vård som ges på vilken nivå (s.k. nivåstrukturering). Det är slående hur sällan landstingen agerar gemensamt i dessa frågor eller ens beräknar de möjliga vinsterna av ett samfällt agerande.

Ett exempel på konsekvenserna av den mångfaldiga styrningen är ”kunskapsstyrningen” som bedrivs av många olika aktörer. Detta

avser givetvis myndigheterna i form av nationella riktlinjer och annat, men kunskapsstöd kommer också genom Sveriges Kommuner och Landsting, huvudmännens eget arbete samt professionernas styrning genom professionsföreningarnas riktlinjer. Förhållandet mellan dessa aktörers arbete är oklart och trots ett omfattande arbete av många aktörer med ett gott syfte finns det mycket som talar för att summan av arbetet är mångfald av ”styrsignaler” som främst skapar otydlighet för professionerna samt att ingen tar ansvar för att kunskapsstyrningen kommer till nytta på mikronivån, i interaktionen med patienten. Risken för överlappningar och dubbelarbete är också uppenbar.

Styrningen är för kortsiktig, detaljerad och stundtals motsägelsefull

Ett ytterligare exempel är landstingens ekonomistyrning. Även om ersättningssystemen skiljer sig åt mellan landsting så är tendensen att de blir alltmer detaljerade. Inte sällan används kortsiktiga lösningar för att snabbt åtgärda ekonomiska problem eller punktvisa kvalitetsbrister. Man väljer att ”skruva” i detaljer och åtgärdar inte bakomliggande systemfel. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. Detta ger en mångfald av styrsignaler som skapar osäkerhet om vad som är prioriterat och minskar utrymmet för professionernas egna bedömningar (s.k. professionell autonomi). Företrädare för vårdcentraler som utredningen träffat uttrycker detta som att huvudmännens ersättningssystem styr rakt in i mötet med patienten. En följd av detta är att det skapas en detaljerad styrning av hälso- och sjukvårdspersonalens beteende, vilka indirekt tvingas genomföra undersökningar och andra åtgärder som ofta inte upplevs som rationella för den enskilda patienten. En tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel skapas dessutom.

De flesta landsting håller sig i dag med någon form av central utvecklingsavdelning. Dessa avdelningar håller ofta i olika typer av effektiviseringsprojekt som har mer långsiktig profil. Vi har erfarit att utvecklingsprojekten ofta lever ett eget liv utan koppling till den mer kortsiktiga ekonomistyrningen. Inte sällan tvingas man till akuta sparbeting som riskerar att vara direkt kontraproduktiva i förhållande till utvecklingsprojekten. Bristen på helhetssyn i styrningen är påtaglig.

Vem bör ha ansvaret för styrningen av hälso- och sjukvården?

Den mest grundläggande frågan i sammanhanget är naturligtvis vem som bör ha huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i alla dess delar. En utbredd uppfattning som framförts till utredningen är att det behövs en genomgripande strukturreform avseende både landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården och en relativt vanlig uppfattning är att en statlig huvudman vore att föredra. Utredningen kommer inte att lämna något förslag om förändringar av huvudmannaskapet. Enligt direktiven ligger det inte i uppdraget att lämna förslag som förändrar ansvarsfördelningen mellan stat och kommunsektor eller som utvidgar det offentliga åtagandet.

Däremot finns det inom uppdragets ram anledning att diskutera på vilket sätt huvudmännen var för sig och tillsammans utövar sitt ansvar för hälso- och sjukvården. Särskilt fokus läggs på landstingen, inte minst mot bakgrund av både omfattning och räckvidd av deras uppdrag. Primärkommunerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän behöver dock ingå i analysen.

Ett stort antal offentliga utredningar har under de senaste 20 åren på olika sätt berört frågan om det splittrade huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården.[2] Bland de problem som tidigare berörts av utredningar kan nämnas

- bristerna i likvärdighet över landet bl.a. avseende utbud, prioriteringar och resultat,
- problemen med flera ansvariga huvudmän (kommuner, och stat) och de gränsdragningsdiskussioner som bromsar utveckling och ansvarstagande,

[2] Se t.ex. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10; slutbetänkande Ansvarskommittén), Hälso- och sjukvården, sekretariatsrapport nr 2 (SOU 2007:12; Ansvarskommittén), Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller (SOU 1993:38; rapport från expertgruppen till HSU2000), God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården (SOU 1999:66; slutbetänkande HSU2000), Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56), En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11), Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården (SOU 2009:43; slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen), Gör det enklare! (SOU 2012:33; slutbetänkande från statens vård- och omsorgsutredning).

- det dubbla huvudmannaskapet som skapar gråzoner och som medför att den enskilde individen inte får en vård och behandling av hög kvalitet,
- svårigheterna att allokera resurser på ett optimalt sätt mellan olika samhällssektorer som har olika huvudmän, där en kostnad hos en huvudman kan generera en vinst hos en annan huvudman,
- den svaga förmågan till samordning på IT-området och andra områden där en nationell samordning skulle vara fördelaktig, samt
- behovet av färre och större huvudmän med den kritiska massa som krävs för att göra effektiva investeringar, bedriva forskning och vård av hög kvalitet, upprätthålla erforderlig spetskompetens och kunna svara för nödvändig kompetensförsörjning, liksom att upprätthålla en förmåga att ta emot och omsätta ny kunskap.

Utredningen konstaterar att dessa problem i allt väsentligt kvarstår. De betänkande som redovisat problembeskrivningarna har inte lett till några mer omfattande förändringar av ansvarsförhållanden eller strukturer inom hälso- sjukvården.

Under 2015 tillsattes en utredning med uppdrag att föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting, Indelningskommittén (dir. 2015:77). Utredningens analys av det möjliga utfallet av en sådan utredning är att de flesta av de nu nämnda problemen kommer att fortsatt vara en utmaning för de nya regionerna.

5.2.2 Strukturen skapar ineffektivitet

Sjukhustungt system med för liten primärvård

Den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från många i övrigt jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur. Endast 17 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader går till primärvården och i många landsting betydligt mindre än så. Den stora andelen resurser är ”låsta” till den vård som utgår från sjukhusen (både sluten och öppen vård). Trots många års försök att genom olika initiativ

stärka primärvårdens roll har ingen förflyttning av primärvårdens relativa storlek skett.

Under utredningens gång har bilden av en primärvård i kris trätt fram. Den kanske mest graverande bristen som återkommande nämnts till utredningen är att primärvården har svårt att klara uppdraget som ”första linjens vård”. Primärvårdens funktion som basen i svensk hälso- och sjukvård är starkt ifrågasatt.

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 antagligen många. Det råder på många vårdcentraler brist på allmänläkare, öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder 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 status hos befolkningen. Det verkar vara accepterat att man vänder sig till akutmottagning även i de fall primärvården skulle kunna vara ett alternativ.

Det har förekommit att landstingen försökt förändra denna situation, t.ex. genom att locka läkare från sjukhusen att på olika sätt verka inom primärvården. Resultaten av detta är i allt väsentligt magra, även om några goda exempel finns. Såvitt är känt har få verkliga försök att genom styrmedel förmå patienten att alltid söka sig till primärvården först genomförts, t.ex. genom ett remisstvång till sjukhus.

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i 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, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Resultatet av detta är väsentligen väl känt: ett på många olika sätt fragmenterat system för vård och omsorg. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring

individens vård och omsorg finns stora brister. Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara t.ex. yngre med kroniska sjukdomar.

Det behövs en större förändring av primärvårdens funktionssätt i Sverige. Ett självklart uppdrag för primärvården är att klara grundläggande medicinsk diagnostik och behandling för befolkningen. Men en långtgående förändring behövs när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst som allt fler kommer att behöva. Primärvården behöver också i mycket högre grad kunna ta ett ansvar också för akuta fall som inte behöver ett sjukhus resurser.

Sjukhusen

Den andra sidan av ovan nämnda struktur för hälso- och sjukvården i Sverige är att vårdens stora kostnader är bundna till sjukhusen. EuroHOPE-studien (se avsnitt 4.1.5) visar på intressanta skillnader mellan svenska sjukhus och sjukhusen i övriga nordiska länder. Resultaten antyder klart att produktiviteten är sämre vid svenska sjukhus. Det är angeläget att orsakerna till detta analyseras vidare. Till bilden av bristande effektivitet adderar sig dessutom problemen med överbeläggningar på många akutsjukhus. Det är inte osannolikt att det finns ett samband mellan låg produktivitet och systematiska överbeläggningar. Ständiga överbeläggningar medför definitivt stora logistiska problem. Sjukhusmaskineriet hackar, produktionen sviktar och arbetsmiljön försämras i takt med att missnöjet sprider sig bland personalen.

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. Landstingen/regionerna befinner sig således i en situation där det framstår som närmast akut

att ta tag i effektivitetsproblemen vid sjukhusen. En mer långsiktig 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.

En annan grundläggande fråga för framtiden är om Sverige har en adekvat sjukhusstruktur. 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 antalet dödsfall och komplikationer skulle kunna avsevärt minskas om Sverige lyckades koncentrera den sjukhusbundna vården i större utsträckning. Utredningen slår fast behovet av mer nationell samverkan när det gäller högspecialiserad vård. Utredningen anser att högspecialiserad vård som kräver nationell samordning omfattar ca 4–5 procent av sjukhusvården, vilket stämmer väl med tidigare beräkningar. Därutöver anser utredningen att det föreligger ett stort behov av koncentration även för nivån under högspecialiserad vård. Bedömningen är att ca 10–15 procent av sjukhusvården behöver bli föremål för regional koncentration. Eftersom utredningen anser att koncentrationen gått alltför långsamt föreslår man att Socialstyrelsen ges ett ökat mandat för att driva, besluta och samordna arbetet. Slutligen föreslår utredningen också att nivåstruktureringen av akutsjukvården behöver utredas vidare. Hur många akutsjukhus behöver Sverige?

Mot bakgrund av den helt nyligen framlagda utredningen om högspecialiserad vård har pågått parallellt med vår utredning har vi avstått från att analysera frågor om nivåstrukturering m.m. när det gäller sjukhusen. Vi önskar dock framhålla att frågan är utomordentligt viktig i ett framtida effektivitetsperspektiv.

Skilda huvudmän för vård och omsorg försvårar ett effektivt omhändertagande

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.

Både generella och detaljerade skyldigheter att samverka med varandra på olika nivåer finns men i praktiken har det visat sig svårt att åstadkomma. De olika verksamheterna inom och mellan huvudmän organiserar sig utifrån lagstiftningens ansvarsområden. Den formalisering av samverkan som sker innebär ofta främst gränsdragning och frågan om hur verksamheterna ska kunna bilda en fungerande helhet för patienten blir ofta olöst.

En särskild svårighet i detta sammanhang är också den fragmenterade strukturen för både vård och omsorg. 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. Patientens fria val kan i det sammanhanget utgöra en komplikation.

5.2.3 Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektivitet

Att informationssystemen i vården lider av stora brister är väl dokumenterat. Bristerna har påtalats i många olika sammanhang och går som en röd tråd genom de problembeskrivningar som lämnats utredningen av företrädare för huvudmän, vårdgivare och professioner. Bland de många problemen kan särskilt lyftas fram brister i design, funktionalitet och överskådlighet liksom brister när det gäller struktur och enhetlighet i termer och begrepp. Verksamhetsstödet till hälso- och sjukvårdens personal är otillräckligt. Det handlar till stor del om brister i de olika informationssystemen men också 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. Både användbarhet och användarvänlighet brister. Det är svårt att få överblick i t.ex. patientjournalen. Inmatning av data upplevs som omständligt, det krävs inloggningar i många olika system och systemen samspelar inte så att information förs över från ett system till ett annat. Informationsöverföring mellan vårdgivare fungerar inte tillfredsställande. Nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer saknas för merparten av sjukdomarna och de rekommendationer som finns är inte enkelt åtkomliga.

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.

5.2.4 Organisation och arbetssätt leder till ineffektivitet

Vården organiseras inte utifrån patienternas behov

En industriell logik präglar vården i dag på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov. Patientens behov behöver i mycket högre utsträckning än i dag förstås och påverka på vilket sätt vården förmedlas till patienten. 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. De samband som finns mellan ålder, antal sjukdomar och vårdkonsumtion indikerar att detta kan vara en framtida nyckelfråga för hälso- och sjukvården.

Vårdens praktiska förmåga att fråga dem det berör (patienterna/medborgarna) hur verksamheten bör vara organiserad och att involvera patienterna i ett förändringsarbete av vårdens organisation och arbetssätt är dock ännu i sin linda. I grunden handlar det om hur patientens behov förstås. Ett sätt att förstå detta är att grovt schematiskt beskriva vårdbehov i kategorier – enkla, komplicerade, komplexa och kaotiska – och organisera vården utifrån det. I kategorin *enkla vårdbehov* ryms t.ex. en höftfraktur. Relationen mellan orsak och verkan är känd, det finns en tydlig ”best practise” och ett tydligt slut på vårdförloppet. Mycket i förloppet kan standardiseras och behovet av kontinuitet är inte stort. I kategorin *komplicerade vårdbehov* ryms t.ex. ”ont i ryggen”. Förhållandet mellan orsak och verkan kräver utredning. Det finns ingen ”best practise” men kanske en ”good practise”. I kategorin *komplexa vårdbehov* ryms t.ex. multisjuka patienter. Sambanden mellan orsak

och verkan är oförutsägbara. Behandlingen kräver att man prövar sig fram och testar hypoteser. Det krävs att någon har överblick över patientens historik och en idé om vad som behöver göras när en hypotes/strategi inte visar sig fungera. I kategorin *kaotiska vårdbehov* ryms t.ex. akuta patienter där en initial insats kan vara att stabilisera patienten. Därefter kan han eller hon förstås i någon av de övriga kategorierna.

Utifrån denna typ av förförståelse av patienternas behov behövs olika sätt att organisera vården, t.ex. utifrån vad som av forskare kallas för ”värdelogiker”. Värdelogiker beskriver hur vi organiserar vårdinsatser med avseende på kompetens, service, grad av standardisering/individualisering och ansvarsfördelning. *Värdekedjor* passar väl för sjukdomar med förutsägbart innehåll där vårdinsatserna till stora delar kan standardiseras och utföras sekventiellt. *Värdecenter* passar där det inte finns någon på förhand standardiserad stegvis lösning för att tillfredsställa patientens behov. Däremot finns det ett tydligt definierat problem. Patientens behov är unikt, varför kunskap och resurser behöver samlas ihop för att lösa det aktuella problemet. *Värdenätverk* ska hantera behov som uppstår på ett mer oförutsägbart sätt, t.ex. som försämringsepisoder hos patienter med kronisk sjukdom. I detta fall är varken lösningen eller patientens problem tydligt definierade på förhand. För att tillfredsställa ett sådant vårdbehov måste ofta flera aktörer från olika delar av vårdsystemet involveras.

Vår bedömning är att hälso- och sjukvården i dag i låg grad präglas av den typ av kategorisering av patienters behov som skisserats ovan. Oftast organiseras vården utifrån en ”värdekedja”, oavsett patientens behov. Det innebär att vården normalt sett är vertikalt strukturerad utifrån funktion. 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. Systemet brukar beskrivas som ”stuprör” och en följd av stuprörssystemet är att det är svårt att skapa samordnade horisontella vårdsprocesser för patienten.

Fenomenet är väl känt i hälso- och sjukvården och det finns aktuella exempel på att man försöker skapa en mer sammanhållen process eller ett bättre ”flöde” för patienten. Ramverket för s.k.

”standardiserade vårdförlopp” är ett exempel på ett initiativ för att åstadkomma detta i inom cancervården. Det finns också enskilda exempel på att man försöker få samman vården i värdecenter, t.ex. där all relevant kompetens samlas för att diagnosticera cancer vid ett sammanhållet tillfälle. Organisering i värdenätverk är ovanligt. Ett exempel är Västra Skaraborg som sedan 2008 har en integrerad nätverksmodell för vård av multisjuka äldre.

Vårdens organisation och arbetssätt utgår inte i tillräcklig grad från att patienten kan bidra

I dag hanteras en stor andel av vården av kroniska sjukdomar av patienterna själva eller av deras närstående. Detsamma gäller vården av de flesta andra sjukdomar eller tillstånd, liksom rehabilitering efter en akut sjukdom eller sjukhusvistelse. Samtidigt står vården av kroniska sjukdomar för den absoluta merparten av resursförbrukningen i hälso- och sjukvården. Hur väl befolkningen är motiverad till och förmår att hantera sin hälsa och egenvård har således en uppenbar koppling till hur vårdens resurser utnyttjas. Det finns också stark evidens för att *stöd till* egenvård och hantering av den egna hälsan har positiva effekter för livskvalitet, medicinska resultat och användningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Det finns stora utmaningar för vården på detta område.

En fråga avser hur väl informerad patienten är om sitt hälsotillstånd eller sin sjukdom, hur behandlingsstrategin ser ut, vad patienten ska göra själv, vad han eller hon ska vara observant på samt vem som kan kontaktas om det uppstår problem. På detta område har den svenska hälso- och sjukvården stora utmaningar i jämförelse med andra länder.

En annan fråga avser tjänster och teknik för att patienten själv ska både ska bli mer delaktig i sin vård och hjälpa vården att bli mer effektiv. Det finns redan gott om tjänster (t.ex. appar) och tekniska hjälpmedel för att patienten ska kunna ta prover, monitorera sitt hälsotillstånd och samla data om detta. Vårdens beredskap och förmåga att nyttogöra dessa insatser från patienterna är fortfarande låg, även om goda exempel är på framväxt. Den svenska vården är ännu långt ifrån att dra nytta av digitaliseringens möjligheter när det gäller dels vad patienten själv kan bidra med i form av egenvård, administration av bokningar/kallelser etc. Analyser och konkret

förändringsarbete i bredare skala saknas kring hur tjänsteutbudet kan förändras med mer av virtuell vård (t.ex. virtuella mottagningar) men också hur datorstöd kan avlasta vården, t.ex. genom datoriserad anamnesupptagning, beslutsstöd eller till och med datoriserat beslutsfattande.

Personlig kontinuitet saknas i vården

Utredningen bedömer att en avgörande faktor för den effektivitet på mikronivån som nämns inledningsvis är att patienten får träffa en medarbetare eller ett team som känner patienten. Den personliga kontinuiteten eller det personliga ansvarstagandet för ”min patient” är en nyckelfråga i detta sammanhang. Av studier vet man att särskilt ”vårdens storkonsumenter”, t.ex. patienter med kronisk sjukdom, mest av allt efterfrågar kontinuitet i vårdtjänsterna. Att få träffa samma person är en starkt trygghetsskapande åtgärd för patienten och minskar frustrationen i att behöva berätta sin sjukdomshistoria om igen. Bristande kontinitet är också en väsentlig källa till ineffektivitet i vården. De mest uppenbara vinsterna i kontinuitet ligger i effektivitetsvinster pga. minskad inläsningstid och minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare. Den personliga kontinuiteten torde 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.

Ett stort problem är därför att vårdens arbetssätt inte utgår från kontinuitet och vare sig ersättningssystem eller sättet att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet.

Vården planeras och organiseras inte för att skapa effektivitet

Utredningens erfarenheter är att det i landstingen alltför ofta saknas en övergripande och genomgripande bild av vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det (s.k. produktions- och kapacitetsplanering). På många håll görs detta lokalt, inte sällan som ett led i ett förbättringsarbete. Risken med sådana begränsade ansatser är suboptimering, dvs. att problem med kapacitet uppstår

någon annanstans på grund av att en klinik har fått ett bättre flöde. Ett övergripande och genomgripande arbete i landstingen med detta saknas dock ofta. En generell tendens är att landstingen i ökande utsträckning arbetar med detta men genomslaget tycks ännu inte vara särskilt stort.

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.

Professionerna ägnar sin tid åt fel saker

Studier visar att hälso- och sjukvårdens professioner i hög utsträckning ser möjligheter att lämna över arbetsuppgifter till andra och att mycket tid ägnas åt annat än det man är utbildad till att göra. Endast drygt hälften av de tillfrågade läkarna ansåg (2010) att de får användning för sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter under hela eller större delen av arbetstiden, vilket är en kraftig försämring jämfört med tidigare. Enligt mätningar ägnas (grovt räknat) ungefär en tredjedel av arbetstiden åt direkt patientkontakt i någon form, en tredjedel åt indirekt patientarbete (journalföring, remisser, intyg, etc.) och en sista tredjedel åt övrigt (möten på och utanför arbetsplatsen, utbildning, hantering av utrustning och lokaler, e-posthantering, icke patientrelaterade resor, handledning, schemaläggning och övrig administration). Det finns visserligen ingen ”rätt fördelning” av arbetsuppgifterna men de ovan nämnda bristerna i verksamhetsstöden talar starkt för att mycket av det administrativa arbetet (både indirekt patientarbete och övrig administration) görs på ett ineffektivt sätt.

En väsentlig del i denna ineffektivitet utgörs av dokumentationen (journalföring m.m.), där upp till 70 procent av dokumentationen är dubbeldokumentation. Orsaker till detta är bl.a. oklar arbetsfördelning, revirtänkande, att den som dokumenterar vill

skydda sig mot eventuella anmälningar/klagomål men också att journalen ofta är så oöverskådlig att det går snabbare att skriva in en ny anteckning än att kontrollera om informationen redan finns.

Problemen beror oftast inte på att det finns rättsliga hinder mot att fördela arbetsuppgifterna på ett adekvat sätt, de flesta arbetsuppgifter är oreglerade. Snarare handlar problemen om olika ”kulturfrågor” i verksamheterna, t.ex. traditioner och vanor när det gäller arbetssätten, professionsgränser och att frågor om vem som gör vad inte prioriteras av ledningen.

Några externa faktorer i form av rättsliga hinder finns dock. Särskilt gäller detta läkemedelshantering och intygsskrivande.

5.2.5 Kulturen skapar ineffektivitet

Ett ämne som varit ständigt återkommande i alla våra kontakter med patientföreträdare, professionsföreträdare, politiker och ledningar på olika nivåer inom sjukvården både i kommuner och i landsting är hur kulturen inom olika delar av hälso- och sjukvården påverkar effektiviteten. 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 individnivå som organisationsnivå. Vi är övertygade om att förhållningssätt och kulturen på alla nivåer och i alla verksamheter inte bara har en stor utan avgörande betydelse för förutsättningarna för att arbetet bedrivs effektivt. Samtidigt är detta ”mjuka värde” svårfångat i traditionella sätt att samla, strukturera, bearbeta och analysera data.

Trots bristen på skriftliga underlag att hänvisa till har vi ändå valt att uppmärksamma kulturens betydelse för effektivitet. Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan aldrig föreskriva ageranden och beteende i detalj. Detta gäller särskilt 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. Avsaknaden av mer formella styrmöjligheter förutsätter därmed att andra faktorer än traditionella styrmedel fungerar för att arbetet ska be-

drivas effektivt. I de verksamheter som utredningen studerat och som arbetar effektivt har det ofta handlat om att det förekommit ett ”yttre hot” eller ett ”sammanbrott” som varit en utlösande faktor för det rationaliseringsarbete som gjorts. Ofta handlar det om hot om minskade resurser, ändrad personalmix, nedläggning, orimlig kösituation, dåliga resultat eller annat. Genomgående är att de rationaliseringsarbeten som vi tagit del av har inte ”dikterats uppifrån” i den hierarkiska organisationen avseende vad och hur förändringen skulle gå till. Initiativen har kommit från verksamheten själv och enligt utredningens iakttagelser handlar det om att drivkraften och förmågan att förändra och vidmakthålla effektivare arbetssätt drivs ”underifrån”.

Vi har valt att sammanställa följande 6 reflektioner utifrån detta.

Reflektion nr 1: Arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”

”Culture eats strategy for breakfast” är ett uttryck som florerar när man pratar om organisationskultur. Det är givetvis väldigt förenklat men utredningen har ingen annan uppfattning än att det i högsta grad förhåller sig på det sättet i hälso- och sjukvården. I våra många kontakter med företrädare för vården på alla nivåer skymtar ibland ett uttalat eller outtalat misstroende mot ledningsfunktioner ”högre upp” i organisationen. Denna leder i sin tur till ett ”vi-och-dom”-förhållningssätt som legitimerar att det uppstår ”motkulturer” som kan vara öppna eller dolda. Ett beslut eller ett direktiv ”uppifrån” mottas därmed ibland med skepticism bara på grund av att beslutsfattaren är den hen är oavsett innehållet i beslutet eller direktivet. Hållningen kan också vara en följd av tidigare konflikter och spänningar som aldrig ”lösts” eller som inte kunnat diskuteras på ett genuint sätt.

Motkulturen kan bestå i att det finns en outtalad legitimitet att ignorera eller ”ta lätt på” direktiv som kommer uppifrån. Om ”motkulturen” är mycket stark kan således styrningsförsök från andra håll i organisationen bli utan verkan. Utredningen har erfarit att det förekommer att det i sin tur kan leda till att ledningsfunktioner ”högre upp” i organisationen utökar försöken att kontrollera verksamheten. Sådana kontrollmekanismer kan medföra att verksamheten följs upp på fler indikatorer och den administrativa bör-

dan riskerar att öka. Därmed har den bristande tilliten – för det är ytterst tillit det handlar om – genererat kontrollmekanismer som ersättning för bristande tillit.

En reflektion som utredningen gjort utifrån utredningens granskning av styrning av vården är att det tycks som om det inte alltid tas hänsyn till arbetsplatskultur vid val av styrmedel. Utredningens erfarenhet är att styrmedlet lagstiftning inte alltid, får det genomslag och den tillämpning som var önskad. Detta gäller exempelvis lagstiftningen om patientansvarig läkare (PAL). I vårdens vardagsarbete är oftast inte lagstiftning del av den kunskapsmassa som styr det dagliga arbetet. Att vårdens vardag inte ”svarar” så väl mot lagstiftning måste förstås som att det är ett styrmedel som harmonierar dåligt med vardagsarbetet där vetenskap och beprövad erfarenhet ska vara de främsta styrmedlen.

Inte bara skillnader mellan professioner ger upphov till kulturskillnader och ”kulturdiken”. I vård och omsorg om äldre, personer med funktionsnedsättningar, personer med psykiska funktionsnedsättningar, personer med missbruk och beroende och andra grupper som har behov av insatser och åtgärder från både kommun och landsting finns många vittnesmål om att insatser från olika huvudmän inte hänger ihop och ibland till och med konkurrerar med varandra. Ibland skylls dessa ”diken” mellan huvudmännen på lagstiftningen, dvs. att det är det faktum att stödet ges enligt olika lagstiftningar som gör att glapp och/eller onödig överlappning uppstår. Utredningen menar att lagstiftningen visst kan ha betydelse när det uppstår kulturella krockar. Men utredningen menar samtidigt att sannolikt mer beror olika former av kulturella ”diken” än att det handlar om lagstiftningen. Det handlar enligt utredningens uppfattning mer om olika uppfattningar om vikten av olika perspektiv och ideologier. För att överbrygga dessa ”diken” krävs respekt mellan de professionella och att kulturen är sådan att olika uppfattningar inte bara respekteras utan också tas tillvara för att den enskildes helhet ska bli så bra som möjligt.

Reflektion nr 2: Framgångsrika verksamheter har en stark och sund ”vi-anda”

Kultur och synsätt tycks vara präglade av hur hälso- och sjukvården traditionellt organiserats utifrån hierarkier och ”avgränsade” diagnoser och diagnosgrupper. I takt med ökad kunskapsmassa, inte bara inom den medicinska vetenskapen utan även hos övriga professioner inom vården, ökad specialisering och fragmentisering så blir vården allt mer svårstyrd utifrån det traditionellt byråkratiska sättet att organisera vården i hierarkier och stuprör. De förhållningssätt och ramar som fungerar när arbetsuppgifter och moment är avgränsbara fungerar mindre bra ju mer komplex kunskapsmassan är och ju fler aktörer som verkar i systemet. Vårdens professioner har olika historiska rötter, olika kunskapsmassa och betonar olika perspektiv i patientens helhet. Utöver sådana ”mjuka” faktorer finns mer synliga skillnader mellan professionerna som olika karriärvägar, olika lönenivåer, olika arbetstidsavtal och olikheter i formellt ansvar. De olika professionerna organiserar sig fackligt yrkesvis. Identiteten med den egna yrkeskåren är en viktig framgångsfaktor. Att olika professionella kan utbyta erfarenheter som är professionsspecifika är en viktig del i det ständiga lärandet och att utveckla och bibehålla en yrkesmässig autonomi. Men den starka kulturella identifikationen i olika professionskategorier kan även ha negativa aspekter. Sammanhållningen och ”vi-känslan” inom en viss yrkeskategori kan, enligt utredningens erfarenhet, innebära att olika yrkesgrupper *inom samma team eller arbetsenhet* inte utvecklar en arbetsgemenskap och ett starkt ”vi” inom den aktuella arbetsenheten. I värsta fall uppstår en konkurrens mellan olika yrkeskategorier där man inte ser eller till och med förnekar andra professioners kompetens inom visst område. Konkurrens mellan olika yrkeskategorier blir ett hinder mot att det utvecklas en tillitsfull arbetsgemenskap. Bristen på tillit till andra professioner kan göra att en viss yrkeskategori ”gör för mycket” i patientens helhet. Patienten kan riskera att gå miste om att få in andra kompetenser i sin vård och att vården därmed blir sämre.

Konkurrensen bevarar informella hierarkier bland vårdens professioner. Informella hierarkier kan innebära att när arbetsuppgifter ska fördelas inom arbetsenheten riskerar man att arbetsuppgifterna inte fördelas efter vad som är mest rationellt utifrån en helhet eller

efter vad som skulle vara mest effektivt. En viss arbetsuppgift kan ha hög status att utföra och kan då fördelas på en viss yrkeskategori enbart på denna grund utan att det först reflekterats över vem som kanske är bäst lämpad och vad som är mest ekonomiskt och arbetsmässigt rationellt. Häri finns också frågor om makt. Att en viss yrkeskategori ”släpper ifrån sig” ansvar för ett visst arbetsmoment till en annan yrkeskategori kan innebära att man upplever att den egna professionens yrkesmässiga domän minskar. Att bromsa omfördelningar av arbetsuppgifter kan i värsta fall utgöra ett värnande om den egna domänen, dvs. en form av maktbevarande. Framgångsrika verksamheter har en stark ”vi”-känsla vilket innebär att man prestigelöst hjälps åt, fördelar arbetsuppgifter efter mer rationella principer; den som är bäst lämpad och tillgänglig. Bäst lämpad är inte alltid den yrkeskategori som har högst formell kompetens En stark ”vi-identitet” i teamet eller gruppen där alla berörda yrkeskategorier har sitt självklara och unika värde i helheten bidrar också till en bättre grogrund för interprofessionellt lärande.

Att ett team, en arbetsgrupp, en enhet, klinik, vårdcentral eller annan arbetsgemenskap har en stark ”vi-identitet” räcker dock inte för att ”vi-känslan” ska vara av godo. Den måste också vara så mogen och medveten att den inte utesluter att arbetsgemenskap uppstår med andra aktörer ur den sfär som den aktuella enheten ska samarbeta med. Hälso- och sjukvårdens utpräglade särart är att den är multiprofessionell och kompetensen fördelade på olika nivåer, enheter eller t.o.m. olika huvudmän. För att vården ska fungera smidigt och effektivt för patienten måste olika organisatoriska delar och individer samarbeta med varandra. Dessa övergångar, överlappningar, gråzoner och organisatoriska mellanrum hanteras bättre om också ”vi-identiteten” är sådan att den kan omfatta alla parter som den enskilde professionella behöver samspela med. En stark vi-identitet som ligger hos den enskilda professionen eller i en viss enhet kan skapa kulturella diken som försvårar ett smidigt ”givande och tagande” i samarbetet. ”

Var den kulturella identiteten vi-känslan är som starkast – med den egna professionen eller med teamet eller arbetsenheten – är, såvitt utredningen kan bedöma, direkt avgörande för verksamhetens förutsättningar att arbeta effektivt. Häri ska också läggas i vilken mån man också har kulturen att vara ”vi” med patienten, se nedan.

Reflektion nr 3: Verksamheter med en positiv arbetsplatskultur har lättare att både identifiera och genomföra innovationer

Kulturer på arbetsplatser har en avgörande betydelse för förmågan att utveckla och förändra verksamheten utifrån nya förutsättningar och krav. Utredningen har erfarit att där kulturen är sådan att det är förbehållet några få personer med hög status att vara de som kommer med förbättringsidéer så riskerar verksamheten att gå miste om idéer som kommer från andra i verksamheten. Ofta är det chefer som har ett naturligt och förväntat mandat att komma med förändringsidéer, trots att de kanske inte är lagda åt det innovativa hållet. Ett prestigelöst arbetsklimat, där alla medarbetare är och förväntas vara delaktiga i förbättringsarbete och innovationer utgör an bättre grund för att förändringsarbete faktiskt sker. Klimatet på arbetsplatsen och relationer mellan olika individer och mellan individ och grupp har också avgörande betydelse för hur nya idéer tas om hand eller om nya idéer och perspektiv framförs över huvud taget.

Reflektion nr 4: Ledaren som kulturbärare en viktig del för en positiv arbetsplatskultur

När ledarskap och chefskap diskuteras i vården, erfar utredningen att mycket fokus läggs vid chefsuppgifter av vårdpraktisk och formell karaktär såsom planering, personalledning, schemaläggning osv. Utredningen har erfarit att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ett ledarskap som karakteriseras av att de är starka kulturbärare för den arbetskultur som råder och som i sin tur utgjort grogrund för effektivare verksamhet. De kulturbärande uppdraget i ledarskapet tycks vara minst lika viktigt som de mer traditionella delarna i chefsuppdraget: ”management”-kunskaper och sakkunskap i vården. Samtidigt är chefens kulturbärande funktion i vården problematiskt av andra skäl. Som ovan nämns är traditionen av identifikation med den egna yrkeskåren stark i vården. Utredningen erfar att det inte alltid är oproblematiskt för en viss yrkeskategori att bli chef över personal inom andra yrkeskategorier. Det tycks som att det är vanligt förekommande att ledarskapet inte ses som en *profession i sig*, som kräver egen självständig yrkeskunskap och färdigheter. Vårdens chefer betraktas i första hand utifrån sin yrkesmässiga bakgrund: ”sjuksköterskor”, ”läkare” eller ”fysioterapeuter” osv. och inte i chefs*rollen.*

Reflektion nr 5: ska patienten verkligen vara i centrum? Är det inte bättre om patienten är en del av teamet?

Kulturen i vården, häri inbegripet informella makthierarkier, påverkar bemötandet av patienten. Patienten kan förvisso få ett gott och respektfullt bemötande även om patienten behandlas som ett objekt. Men utredningen har erfarit att verkligt effektiva verksamheter har ett annat förhållningssätt till patienten. Så länge patienten betraktas som ett objekt för de professionellas yrkeskunnande tycks det som att det endast marginellt finns naturliga dragkrafter att tillvarata patientens resurser i vården. De professionellas makt över vården förblir ohotad så länge patienten kulturellt betraktas som *föremål* för de professionellas insatser, dvs. är ett objekt i vårdmötet.

Uttrycket ”patienten i centrum” är vanligt förekommande i vården, oklart vad som egentligen avses. Kanske är det en metafor för att vårdens professionella samlas runt patienten och patientens behov ska vara i fokus. Så långt är begreppet oproblematiskt. Men om patienten verkligen ska kunna bidra och ansvarara för hela eller delar av sin vård räcker inte ett sådant förhållningssätt. De framgångsrika verksamheter utredningen studerat har ett förhållningssätt att betrakta patienten som en del i teamet, vilket medför att arbetsuppgifter och ansvar för moment som rör den enskildes vård naturligt ”delegeras” till patienten efter hans eller hennes kompetens och förmåga. Att vårdens professionella har ett ”kulturellt vi” med patienten, att förhållningssättet innebär att vården bedrivs *tillsammans med* patienten och inte *för* honom eller henne, är avgörande för möjligheten att patienten ska bli en del av teamet. Att uppnå detta kulturella tillstånd av ”vi” torde vara lättare i relationer med hög kontinuitet.

Reflektion nr 6: kan själv!

Det finns en stark tradition av yrkesstolthet bland vårdens professioner vilken i sig utgör en framgångsfaktor. På motsvarande sätt finns också en yrkesstolthet i den egna kliniken, vårdcentralen eller annan enhet. Man värnar yrkeskunnandet inom de egna väggarna. En potentiell positiv aspekt av detta är att vi-känslan skulle kunna förstärkas. Utredningens reflektion i sammanhanget är dock att vi-känslan oftare präglas av en sammanhållning som bottnar i behovet

att känna samhörighet ”mot” något annat snarare än att vi-känslan baseras på solidaritet och hjälpsamhet över professionsgränser. Det ”yttre hotet” kan vara beställaren, ledningen, konkurrenten, ett sparbeting eller annat. Traditionen att värna den egna verksamheten är givetvis naturlig, men utredningen befarar att det i vissa fall också kan bidra till en tradition av att man inte är särskilt benägen att söka efter eller inspireras av andra aktörer. Många gånger verkar filosofin ”not invented here” råda. Innovationer kan sällan kopieras exakt, men verksamheter kan ibland hävda sin särart för att ”slippa” få förväntningar på sig att låta sig inspireras av andras exempel, med en attityd av ”att vara sig själv nog”. Man kan också skönja denna tradition i förhållningssättet till patienten. En verksamhet där kulturen präglas av vilja till ständig utveckling och innovationer ser patienten som en potentiell resurs. Man ser att patienten kan bidra med avgörande kunskaper om såväl vårdens innehåll som vårdens organisering. I sådana verksamheter efterfrågas patienternas kunskaper och erfarenheter och dessa tas tillvara – inte för att någon lag eller beslut säger att de måste – utan för att patienterfarenheten är nödvändig i förbättringsarbetet. En verksamhet som ”är sig själv nog” tycks inte ha riktigt samma förhållningssätt till vad som är värdefull kunskap för verksamheten.

5.2.6 Kompetensförsörjningen bidrar till ineffektivitet

Dagens vårdarbete utförs i nära samverkan mellan ett stort antal yrken/professioner. Traditionellt dominerar i den landstingsdrivna hälso- och sjukvården sjuksköterskor och läkare. Även fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer har viktiga framträdande roller i det direkta vårdarbetet, inte minst när det gäller rehabilitering. Därutöver är vården beroende av undersköterskor för det patientnära omvårdnadsarbetet och vårdadministratörer för administrativt stöd, t.ex. i form av journalutskrift, patientregistrering m.m. I det man skulle kunna kalla randzonen till det direkta vårdarbetet finns det som populärt brukar kalls vårdnära service och som inkluderar städning, försörjningstjänster och s.k. vaktmästeri m.m. I den kommunala hälso- och sjukvården dominerar undersköterskor och vårdbiträden. Sjuksköterskorna i den kommunala vården har ofta arbetsledande funktion och läkarinsatser får ofta

karaktären av konsultinsatser. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter är utomordentligt viktiga i kommunernas hälso- och sjukvård som har ett starkt rehabilitativt inslag. Hos bägge huvudmännen finns därutöver givetvis mer centralt placerad administrativ personal med olika utbildningsbakgrund.

En jämförelse över tid visar på ett antal tydliga trender, se även avsnitt 4.1.3 Antalet läkare ökar stadigt. Inom läkarkåren ökar antalet allmänläkare, dock inte lika påtagligt som totalantalet läkare talande för 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. I det perspektivet är det intressant notera att när läkartillgången ökar så dras merparten till traditionellt sjukhusbundna specialiteter. Detta får sägas gå på tvärs mot de politiska ambitionerna och prioriteringarna. Uppenbarligen har politisk styrning marginell påverkan på läkarkårens fördelning. Kanske är det dags att tydligt uttala att den traditionella strategin för att öka antalet specialister i primärvården via ökad läkarutbildning och ökat import av läkare är en delvis misslyckad strategi? Överhuvudtaget får man känsla av att anställning av läkare inte är så rationell som man kan tro och styrs av planer och budgetar. Man är nästan beredd säga att kostnaderna för läkare bestäms av tillgången. De läkare som utbildas anställs och fördelas inte i enlighet med politiska prioriteringar.

För den mer omvårdnadsinriktade personalen finns en tydlig trend. Antalet sjuksköterskor ökar samtidigt som undersköterskorna minskar i den landstingsdrivna hälso- och sjuvården. Denna trend är i överensstämmelse med andra trender i samhället och brukar gå under beteckningen akademisering. Att omvårdnaden i sig akademiserats och i ökad omfattning blivit föremål för forskning har ur ett patientperspektiv varit synnerligen positivt. Att bättre förstå omvårdnadsinsatsernas stora betydelse för tillfrisknande och kvalitet har varit ett lyft för vården. Att bättre förstå hur samspelet mellan medicinska insatser och omvårdnadsinsatser kan bidra till ett lyckat totalutfall för patienterna har likväl varit betydelsefullt för vården. Utvecklingen inom omvårdnaden har också tydliggjort sjuksköterskans självständiga roll som ledare för omvårdnadsarbetet. Frågan är dock om detta motiverar den stora förskjutning i personal-

sammansättning mellan sjuksköterskor och undersköterskor som ägt rum? Det är värt påpeka att sjusköterskor förutom omvårdnad även ska delta i det mer medicinskt inriktade arbete och att gränsen mellan medicin och omvårdnad får betraktas som flytande. Minskningen av antalet undersköterskor har medfört att sjuköterskor i ökande omfattning får utföra basala omvårdnadsinsatser. Undersköterskor är även viktiga som assistenter vid olika ingrepp. 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 alltså minskat. Övertro på IT-system och nya teknologier som diktering rakt in i journalsystemet har bidragit till utvecklingen, som f.ö. är helt i linje med utvecklingen i andra samhällssektorer. I ökande utsträckning tvingas personal som är utbildade för annat syssla även med administration, en sorts ”amatörisering” av administrativa uppgifter.

En reflektion som stärker uppfattningen att det är annat än strikt rationella faktorer som styr personalsammansättningen är om man jämför landstingsdriven hälso- och sjukvård med kommunal dito. Det är i allt väsentligt samma yrkesgrupper som förekommer hos bägge huvudmännen. Som framhålls på flera andra ställen i utredningen så omfattar en stor del av uppgiften individer som tas om hand närmast växelvis av de bägge huvudmannakategorierna. Hos de mest vårdbehövande torde vare sig behovet av medicinska insatser eller omvårdnadsinsatser skilja sig dramatiskt över tid även om givetvis finns en anledning till att man blir intagen på sjukhus. Ändå framstår det som tankeväckande att personalsammansättningen skiljer sig dramatiskt beroende på vilken av huvudmännen som har ansvaret. Medicinska insatser via läkare går från dagliga insatser på sjuhuset till sporadiska insatser i kommunen. Omvårdnaden på sjukhuset domineras av sjuksköterskor medan liknande typ av insatser hos kommunen domineras av undersköterskor och vårdbiträden. Utredningen har tagit del av erfarenheter från vana undersköterskor som gått från anställning i kommun till anställ-

ning i landstinget. De förvånas över att arbetsuppgifter som de utfört sedan många år i kommunen plötsligt inte får utföras när man går över till landstinget.

Personalsammansättningen har stor betydelse för effektiviteten i vården. För kvaliteten är det viktigt att den som är bäst lämpad utför arbetsuppgiften. Det finns definitivt också en kostnadsaspekt. Den mest påtagliga kostnadsskillnaden finns mellan läkare och övriga personalkategorier. Grovt sett kan man uppskatta att en läkare kostar dubbelt mot andra personalkategorier. Det säger sig självt att en självklar strategi borde vara läkare bara ska göra det som läkare måste göra. Annat ska i görligaste mån utföras av andra personalkategorier. Ändå fortsätter trenden att vid besparingar göra sig av med den lägst utbildade personalen och i ökande utsträckning får ”överkvalificerad” personal utföra ”enklare” arbetsuppgifter. Utredningen tycker sig ha noterat att privat vård i större utsträckning tänker kostnadseffektivt när det gäller fördelning av arbetsuppgifter. Man verkar helt enkelt ha större incitament till kostnadseffektiv fördelning av arbetsuppgifter. En slutsats av detta är att löneskillnader mellan personalkategorier kan spela roll som incitament för en effektiv arbetsfördelning.

Ett problem som utredningen uppfattat är att det pågår åtskilliga berömvärda projekt kring omfördelning, t.ex. via ökat administrativt stöd. Problemet är att dessa ofta lider av den vanliga projektsjukan, dvs. att man tillför extra resurser under projekttiden. När denna är slut inträder den grå vardagen, pengarna försvinner och man klarar helt enkelt inte av växlingen som logiskt är att i nästa steg minska på de resurser som t.ex. utökat administrativt stöd avlastar. Man är inte tillräckligt tydlig med att omfördelning av arbetsuppgifter handlar om omfördelning av resurser och kan t.o.m. utgöra en strategi i ett sparbeting. Det förtjänar påpekas att det ytterst sällan handlar om att avskeda folk. Det mesta kan klaras av inom ramen för naturlig avgång.

Även om komptensmixen ytterst är en fråga oför den lokala operativa nivån så är tillgången till kompetens ytterst en nationell fråga. Utredningen har intrycket att de trender, förändringar och förskjutningar över tid som sker när det gäller tillgång till olika yrkesgrupper inte sker som led i ett strategiskt medvetet tänkande. Att antalet läkare skjuter i höjden utan att antalet allmänläkare ökar i motsvarande grad eller att antalet specialistutbildade sjuksköterskor

minskar fortgår under lång tid utan att man nationellt verkar ta ställning till om det är en önskvärd utveckling eller om åtgärder behöver vidtas t.ex. när det gäller utbildningarnas utformning. 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.

Det är viktigt framhålla att vårdens arbetssätt står inför stora förändringar. Den digitala och övriga medicintekniska utvecklingen kommer att medföra nya och delvis oanade möjligheter. Den kommer också leda till förskjutningar när det gäller dimensioneringen av yrkesgrupper och säkerligen kommer delvis nya grupper göra entré. Robotar som opererar eller datorer som ställer diagnoser kan än så länge ses som hjälpmedel, men det är orealistiskt tro annat än att vården kommer bli utsatt för samma krav som andra branscher. Robotarna och datorerna ska bidra till effektivisering och kunna medföra färre anställda. Utredningen har haft sitt fokus på vad som kan göras i dag och i en nära framtid och har därför avstått från alltför vidlyftiga framtidsspekulationer även om det är frestande. Dessutom är det enda som är säkert med framtidsspekulation att man kommer att ha fel! I det perspektivet kan det vara förståeligt att många prognoser om framtida personalbehov har karaktären av ”rak framskrivning”. Även för dessa är det enda man säkert vet att de kommer vara fel!

5.2.7 Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet

Utredningens kartläggningar visar att omfattningen av administrativa krav från statens sida är betydande. De senaste tio årens förändringar i lagstiftningen har dominerats av ett tillskott på bestämmelser som är att hänföra till handläggnings- och administrativa regler. Det är också så att kraven systematiskt adderas, det tillkommer ständigt nya krav utan att något tas bort. Det är svårt att på något generellt sätt skilja ut specifika administrativa uppgifter som kan avfärdas som överflödiga. Sådana krav finns helt säkert men analysen av nyttan av kravet i relation till ”kostnaden” behöver göras av den som ställer kravet. Ett problem i dag är att ingen har uppdraget att göra den typen av analyser eller beskrivningar.

Det kan också konstateras att hur stor ”bördan” av administrativa krav är (eller upplevs vara) beror på flera saker. Dels naturligtvis hur många krav på mätning och uppföljning som ställs, vilket i sin ur beror på t.ex. utformningen av villkor för ersättning inom vårdvalssystemen för primärvård men även statens styrning (på olika nivåer) genom normering och prestationsbaserade överenskommelser påverkar. Dels upplevs det administrativa arbetet som trögt därför att verksamhetsstöden har brister. Det krävs inloggningar i många olika system och systemen samspelar inte så att information förs över från ett system till ett annat. Dels har arbetssätten i vården stor betydelse för den administrativa bördan. Alltför mycket av det som utförs i vården dubbeldokumenteras (och utförs antagligen också flera gånger) och administrativa uppgifter utförs inte i tillräcklig utsträckning av administrativ personal.

5.2.8 Bemanning och vårdplatser ur ett effektivitetsperspektiv

Förändringar inom den slutna vården

Har patienterna på senare år blivit mer komplicerade för hälso- och sjukvården att hantera? Möjligen finns sådana tendenser. Med fler personer i högre ålder finns fler personer med flera kroniska sjukdomar, fler läkemedel och därmed en ökad risk för att komplikationer tillstöter. I slutenvården kan säkerligen patienterna *upplevas* som tyngre än tidigare. Det saknas gemensamma nationella modeller att mäta ”vårdtyngd” men det är väl belagt att de allt kortare vårdtiderna (som i Sverige) leder till att patienten endast vistas på sjukhus under den mest ”intensiva” delen av en vårdepisod. Grovt uttryckt kan sägas att ett normalt förlopp för patienten är att behovet av insatser är som mest intensivt under inledningen av sjukhusvistelsen och sedan minskar efter några dagar. De mindre intensiva dagarna har alltmer skalats bort från sjukhusvistelsen, som en följd av kortare vårdtider. Följden blir att vårdplatsen snabbare beläggs med en ny patient med ett ”intensivt” behov av insatser, osv. Ur vårdens perspektiv blir det således fler och tätare ”toppar” och patienterna upplevs som tyngre.

En väsentlig orsak till ökad upplevelse av tyngd och försämrad arbetsmiljö är den höga genomsnittsbeläggningen inom en del verk-

samheter. Utredningen har ofta vid våra rundresor erfarit frustration och missnöje med överbeläggningar och utlokalisering av patienter till annan klinik än den patienten borde vårdas på med hänsyn till sjukdomsbilden. Regelmässiga överbeläggningar framstår som ett nationellt problem. Även om problemet är mest uttalat i storstäderna så har utredningen erfarit att det förekommer i de flesta landsting, mest uttalat inom internmedicinen. Regelmässiga överbeläggningar skapar ineffektivitet. Bland annat 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. Kanske allvarligast är arbetsmiljöfrågan. Personalen upplever med rätta vården som bristfällig 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. Samlas internmedicinska patienter på akuten påverkas den samlade 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.

Förändringar i primärvård

Inom primärvården uppges att allt fler patienter har ospecifika behov, särskilt förekomsten av smärttillstånd liksom ”lättare” psykisk ohälsa uppges ha ökat. Många utredningen träffat talar om en medikalisering av sociala problem. Ett problem som upprepat lyfts fram är att primärvårdens uppdrag måste avgränsas, dvs. man ska inte kunna komma med vilka problem som helst. Ett alternativt synsätt vore att analysera vad denna grupp av patienter behöver – hur möter man deras behov? Kompetens, organisation, arbetssätt?

5.2.9 Annat av betydelse för effektivitet

I forskning har de totala samhällskostnaderna för sjukdom och ohälsa i Sverige (2008) beräknats till drygt 800 miljarder kronor, eller motsvarande 25 procent av BNP.[3] I denna kostnad ingår kostnader för sjukvård och läkemedel, samt produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro och dödlighet före 65 års ålder. Dessutom ingår kommunernas omsorgskostnader för olika sjukdomar. Att påverka hälso- och sjukvården mot en ökad måluppfyllelse i form av god hälsa för hela befolkningen har således inte bara ett individperspektiv utan också en samhällsekonomisk betydelse.

Hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka hälsan är dock mycket begränsad i förhållande till andra faktorer (se avsnitt 3.2.1). Men för den som lider av sjukdom är möjligheterna inte sällan ganska uppenbara. Att ge en vård som håller så hög medicinsk kvalitet som möjligt och som är organiserad och bedrivs på ett sätt som passar patienterna behov samtidigt som inte mer resurser än nödvändigt förbrukas är centralt i detta. Men hälso- och sjukvård omfattar definitionsmässigt också förebyggande arbete, vilket bl.a. innefattar primärprevention. I framskrivningar av hälso- och sjukvårdens kostnader brukar anföras att det har relativt stor betydelse samhällsekonomiskt om en ökande livslängd innebär en uppskjuten sjuklighet eller inte.[4] Att bedöma hälso- och sjukvårdens bidrag till detta 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. Vi har dock inte haft möjlighet att fördjupa analyserna i denna del. En stor källa till ineffektivitet i vården är ”skador som kunnat undvikas”. Totalt beräknas detta omfatta drygt 8 miljarder kronor om året räknat som kostnader för extra vårddagar. I genomsnitt fördubblas vårdtiden för patienter med vårdskador. Det innebär att nära tio procent av alla vårdplatser upptas av patienter vars vårdtid förlängts på grund av vårdskada. Under flera år har ett nationellt arbete för att stärka patientsäkerhet pågått, bl.a. har staten satsat fyra miljarder kronor. En nationell infrastruktur för ett samlat patientsäkerhetsarbete har byggts upp och tagits i bruk inom

[3] Ramsberg J, Ekelund M. Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. Ekonomisk debatt, nr 5 2011 årgång 39.
[4] Socialdepartementet 2010, Den ljusnande framtid är vård, Delresultat från LEV-projektet.

flera viktiga områden. Flera av de frågor som utredningen behandlar i betänkandet har betydelse för patientsäkerheten, bl.a. ökad kontinuitet, förbättringar av verksamhetsstöden och dokumentationen liksom tillgången till kunskapsstöd som är direkt relevant i arbetet. Vi har dock inte haft möjlighet att i vår analys behandla patientsäkerhet som en egen fråga eller fördjupa analyserna i denna del.

Det finns antagligen ur ett samhällsperspektiv stora effektivitetsaspekter när det gäller forskning, utveckling, godkännande och introduktion, prissättning, upphandling och användande av läkemedel. De frågorna har under senare år belysts av andra bl.a. Läkemedels- och apoteksutredningen(SOU 2012:75) liksom det nu pågående uppdraget för den nationella samordnaren för området livsvetenskap (dir. 2015:105). Detsamma gäller de närliggande frågorna om medicinteknik. Vi har inte haft möjlighet att fördjupa analysen i de frågorna men kan ändå konstatera att det kan vara ett problem att metoder och arbetssätt i hälso- sjukvården saknar ett samlat, ordnat införande. Det finns uppenbara svårigheter för den som vill introducera en innovation i vården när det inte handlar om läkemedel.

5.2.10 Några perspektiv på problemen

Utredningens utgångspunkt är att *värdet av hälso- och sjukvården* uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Att skapa nytta för patienten leder till ett effektivt resursutnyttjande. Ett perspektiv på effektiviteten i hälso- och sjukvården är därför att lägga särskilt fokus på de patienter som både volymmässigt och innehållsmässigt är vårdens storkonsumenter och som behöver insatser från flera aktörer. Om det genom bättre styrning, struktur, organisation, arbetssätt och verksamhetsstöd går att bättre möta dessa patienters behov har vi kommit långt när det gäller ett effektivare resursutnyttjande.

Ett ytterligare viktigt perspektiv för utredningen är att i första hand fokusera på generella, återkommande utmaningar. De problem som vi lyft fram har också diskuterats vid utredningens regionala hearingar och vid många andra möten. Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns en mycket hög grad av igenkänning i

problemanalysen hos representanter för huvudmän, vårdgivare, myndigheter, professionerna, patienterna och andra organisationer.

Går det att peka ut något eller några av problemen i utredningens analys som särskilt angelägna? Vi tror inte det men det bör betonas att tidsperspektiven i arbetet med att möta problemen varierar starkt. På kort sikt tror vi att en rad åtgärder kan genomföras för att på ett direkt sätt positivt påverka mötet med patienten och därmed öka effektiviteten i vården. Bättre planering, förbättrade flöden, omfördelning av arbetsuppgifter och bättre schemalösningar är ett kontinuerligt arbete som pågår ”ö-vis” men som behöver intensifieras och generaliseras och där vinsterna hämtas hem efter hand. Drivkrafterna för förbättringar måste finnas långt ute i verksamheterna (på golvet) men ledningar på alla nivåer behöver genom tydliga mål och stöd skapa förutsättningar för förändringar.

En reell omprövning av styrsystemen tar sannolikt en längre tid och kräver en omprövning av roller mellan politisk ledning och verksamheterna. Däremot är en samlad hantering av verksamhetsstöden inom hälso- och sjukvården ett betydligt mer långsiktigt arbete. Arbetet behöver inledas snarast men det är inte rimligt att tro att stora förbättringar kommer inom en nära framtid.

5.3 Övergripande om åtgärder för att möta utmaningarna

Vad behöver göras för att möta de utmaningar som utredningen gått igenom i föregående avsnitt? Det viktiga budskapet är att det tyvärr inte finns någon enkel lösning. Vår samlade bedömning är att lösningarna är lika sammansatta och komplicerade som hälso- och sjukvårdssystemet. Det behöver tas steg genom 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.

På övergripande nivå har utredningen som en generell slutsats att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Hälso- och sjukvården är ett komplext system, vilket starkt bidrar till svårigheterna att implementera förändringar med avsikt

att höja effektiviteten. Fullt logiskt ligger den största effektiviseringspotentialen i de delar av systemet som har högst komplexitet, dvs. de mest sjuka som kräver insatser från många aktörer och som också förbrukar mest resurser, totalt sett mer än 50 procent av huvudmännens samlade resurser. Sett ur ett annat perspektiv så ligger fullt logiskt den största effektiviseringspotentialen i förändring av arbetssätt, arbetsorganisation och logistik. Utredningens samlade slutsats är att det är genom förändrade arbetssätt i vården av de patienter som har de mest omfattande behoven som samhället har störst effektivitetsvinster att hämta. Patientens nytta och potential behöver vara utgångspunkten för arbetssätten i vården. Detta förutsätter åtgärder på en rad områden på lokal nivå men där förutsättningar för förändring måste ges från ledningsnivå. Genom bl.a. digitaliseringens möjligheter behöver patientens möjligheter att bidra till vården och sin egen hälsa tas omhand bättre.

För att åstadkomma förändringar behövs dessutom 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.

Styrningen av hälso- och sjukvården behöver bli mindre detaljerad. Landstingen behöver konstruera ersättningssystem med få och samlade mått. Detaljstyrningen i form av lagstiftning som binder upp vissa professioner behöver så långt möjligt ändras för att möjliggöra de mest rationella arbetssätten.

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.

Kompetensförsörjningen behöver ges betydligt starkare nationell samordning och mer långsiktiga och sammanhållna strategier.

På alla dessa områden kommer utredningen i del B, kapitel 7–17, lämna förslag och rekommendationer.

6 Bakgrund och fördjupad analys i de viktigaste frågorna

Sammanfattning: I avsnittet ges bakgrundsbeskrivningar och analyser i de viktigaste frågorna för utredningen; struktur, styrning, samverkan, arbetssätt, verksamhetsstöd, administrativ börda samt utbildning och forskning.

6.1 Hälso- och sjukvårdens styrning

6.1.1 Bakgrund

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 landsting och 290 kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården och för att närmare utforma sjukvårdssystemen, finansiera och tillhandahålla vården. Dessutom har staten ett övergripande systemansvar, och ansvarar bl.a. för normering och styrning genom t.ex. tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag, utjämningssystem samt myndigheter på nationell nivå som påverkar med formella eller mer informella mandat. Detta innebär att förmågan till utveckling och innovation är stark, medan förmågan till samordning och allokering av resurser är mindre utvecklad, vilket märkts bl.a. på IT-området. Det har också lett till brister i likvärdigheten eftersom det saknas incitament för vart och ett av landstingen att skapa nationella standarder. Det faktum att både landsting och kommun ansvarar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård vållar problem som kan förväntas bli mer synliga när den offentliga ekonomin blir ansträngd.

Hälso- och sjukvårdssystemet står sannolikt inför stora utmaningar. Framför allt handlar det om att klyftan mellan tillgängliga

resurser i det offentliga systemet å ena sidan och å andra sidan de möjligheter som står till buds, där efterfrågan och behov kommer att vidgas.

Hälso- och sjukvården är ett sektoriserat område. Det finns starka revir inom sjukvården, dels mellan sjukvården och angränsande sektorer. Till viss del begränsar det decentraliserade sjukvårdssystemet möjligheterna för ett samhällsekonomiskt bättre resursutnyttjande eftersom det sektoriserade systemet inte möjliggör att resurser allokeras dit de ger störst sammantagen nytta. Det finns sannolikt stora möjligheter att öka effektiviteten och att också förbättra styrningen inom nuvarande system. Frågan om statens styrning av hälso- och sjukvården, karaktären på densamma och vilka styrmedel som bör användas fick en allsidig belysning av Ansvarskommittén.[1]

Hälso- och sjukvårdens målsättningar är formulerade av folkvalda politiker och finansieringen utgörs nästan uteslutande av offentliga medel. Därigenom är det politikerna som har det yttersta ansvaret för att organisera sjukvården så att befolkningens behov av hälso- och sjukvårdstjänster tillgodoses. På samhällelig nivå är hälso- och sjukvårdens organisation en fråga för politisk styrning. Samtidigt finns det en lång rad andra faktorer än politiska beslut som påverkar sjukvårdssystemet. Samhällsekonomi, medicinsk vetenskap, personalens agerande och patienternas behov och förväntningar är andra drivkrafter.

Styrmedel för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål

Medlet för att uppfylla hälso- och sjukvårdens målsättningar är dess organisation. Den faktiska utformningen av ett sjukvårdssystems organisation är ett resultat av olika vägval och prioriteringar bland de styrmedel som använts. Hur och när dessa medel används avgör hur sjukvårdssystemet är utformat och vilken makt som tilldelas vilka aktörer. De styrmedel som oftast nämns i litteraturen är

[1] SOU 2007:10, se ffa avsnitt 3 och 4

1. det sätt som sjukvården finansieras,
2. hur sjukvårdstjänster produceras och av vem,
3. utformningen av ekonomiska ersättningssystemen som fördelar resurser mellan olika aktörer inom systemet,
4. lagstiftning och andra juridiskt bindande regler,
5. den informella styrningen.

Man bör ha i åtanke att detta avser styrmedel som är ”utifrån kommande”. Styrmedel som hör till det verksamhetsnära ledarskapet är en annan dimension och kan ses i kontexten där styrmedel och verksamhet ska omsättas i praktik. I den kontext där styrmedlen ska omsättas har frågor om arbetsplatsens kultur, tradition och tidigare kunskap stor betydelse för vilken effekt styrmedlen får.

Styrmedel 1: Finansiering

Sverige har en decentraliserad modell både avseende ansvar för hälso- och sjukvård och för dess finansiering. Principen om offentlig finansierad sjukvård är stark och i Sverige är hälso- och sjukvården till ca 84 procent offentligt finansierad. Landstingsskatt och avgifter finansierar ca 75 procent av verksamheterna. Staten finansierar till 20 procent sjukvården med statsbidrag. Patienterna betalar en viss avgift, men staten har lagstiftat om ett högkostnadsskydd, ett tak för hur mycket en patient maximalt får betala.

Styrmedel 2: Organisering av produktionen

Organisering av produktion av hälso- och sjukvårdstjänster handlar om vilka aktörer som faktiskt tillhandhåller vårdtjänster inom systemet och hur dimensioneringen och relationen mellan dessa aktörer ser ut. Det handlar exempelvis om balansen mellan institutionsbaserad- och öppenvård, offentliga eller privata utförare och graden av konkurrens, mellan primärvård och annan vård.

Styrmedel 3: Hur resurser fördelas mellan aktörer i systemet

Vårdens olika aktörer finansieras eller ersätts ekonomiskt för sina tjänster och ersättningssystemen utformas utifrån olika önskemål och hypoteser om vad de ekonomiska incitamenten ska ge för resultat. En naturlig svårighet är att det inte går att med exakthet beräkna behoven på förhand. Styrmedlet måste balansera önskemål om viss produktion och kvalitet med behovet av kostnadskontroll. Ersättningssystemet måste således balansera mellan olika incitament. Olika aktörer i systemet ersätts på olika sätt och genom olika principer. Ersättningen kan vara bestämd på förväg eller baseras på vad som har producerats. Kapitering är en vanlig ersättningsform som ofta kombineras med rörliga ersättningar. Kapiteringen innebär att vårdproducenten ersätts med ett fastställt belopp per invånare och viktas på olika sätt t.ex. mot bakgrund av socioekonomiska parametrar.

Styrmedel 4: Styrning med juridik

Den juridiska styrningen reglerar relationer, makt och funktioner mellan olika aktörer i systemet och anger också ramarna för vad som är politiska beslut och vilka beslut som ska fattas av andra. Styrning med juridik innefattar allt från de övergripande strukturella ramarna, dvs. relationen mellan stat, kommun och landsting till detaljerade myndighetsföreskrifter om exempelvis läkemedelshantering. Sveriges sjukvårdssystem är utpräglat decentraliserat, dvs. den nationella nivån har lämnat stort utrymme för sjukvårdshuvudmännen att forma verksamheten inom sjukvårdshuvudmannens område. I en lång rad mer detaljerade frågor finns dock bindande lagstiftning. Även på EU-nivå finns bindande regler som styr vården.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) är den centrala lagstiftningen för hälso- och sjukvården, och lagen har tydlig karaktär av ramlagstiftning. Vid lagens tillkomst ansågs detta vara den bästa lagstiftningstekniken då det gav stort utrymme för lokalt beslutsfattande om vårdens organisation och funktion. Hälso- och sjukvårdens karaktär innebär att de allra flesta beslut i produktionen måste fattas nära patienten.

Styrmedel 5: Den informella styrningen

Den informella styrningen innehåller flera komponenter och deras påverkan på sjukvårdssystemets utformning och funktion varierar över tid och på olika sätt. Information från myndigheter och organisationer, spridning av nya idéer, professionernas utveckling, innehåll i utbildningar för vårdens professioner, kunskapsstyrning/kunskapsstöd, överenskommelser och kontakter osv. kan ha mycket stor påverkan på vården. Den informella styrningen anses ofta vara en väl lämpad styrform för hälso- och sjukvården. Vården är kunskapsintensiv och det finns starka självreglerande mekanismer hos de professioner som är verksamma inom hälso- och sjukvården.

Syrning av komplex verksamhet

Hälso- och sjukvårdssektorn betraktas ofta som svår att styra. Sektorns storlek bidrar till detta och det faktum att både kommun och landsting är huvudmän utgör i sig en komplexitet i samhällsstrukturen. Ansvarsgränser i såväl juridisk som praktisk mening är inte enkla att dra och dessutom fungerar kommunernas och landstingens ansvarsområden i stor utsträckning som kommunicerande kärl med varandra när det gäller vårdens storkonsumenter, se avsnitt 6.2.

Sektorn styrs och utvecklas i ett samspel mellan staten, lokala och regionala huvudmän och professioner. Patienter, närstående, patientorganisationer är också i varierande grad medverkande i utvecklingen av sjukvården. Därtill finns också industrin och privata utförare som bedriver hälso- och sjukvård på uppdrag av huvudmännen.

Mångfalden av aktörer i systemet bidrar till komplexiteten men mångfalden av aktörer och intressen inom systemet har också betydelse för möjligheterna att styra vården och vilka styrmedel som är lämpliga för att åstadkomma ett visst resultat. Professionernas roll i ledning och utvecklingen av sjukvården skiljer sannolikt sektorn från andra samhällssektorer. Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet som i många delar präglas av en hög grad av specialisering. Specialiseringen är positiv i den bemärkelsen att den bidrar till ökad kunskap och för utvecklingen framåt, men

riskerar samtidigt att understödja revirtänkande och fragmentering av verksamheter och funktioner. Forskning om hälso- och sjukvårdens professioner indikerar att ju mer enskilda grupper av professioner specialiseras, desto högre status får de – i förhållande till dem som arbetar i de mer patientnära rollerna. Risken är då att specialiseringen bidrar till en utveckling bort från huvuduppdraget – att lösa patientens problem.

Men risken för revirbeteenden uppstår inte bara inom respektive profession utan även mellan professioner. Den medicinska vetenskapen har en lång tradition och stark ställning medan andra vetenskaper är ”yngre” och har därmed möjligen inte samma starka ställning. Läkarna har på så sätt en särställning i förhållande till andra professioner på gott och på ont. Risken med olika tyngd i professioner är att det skapar informella hierarkier i verksamheten vilket kan ha betydelse vid fördelning av arbetsuppgifter eller vilket perspektiv som har företräde framför ett annat. Det finns också svårigheter förknippade med ledarskapet i en verksamhet om chefen för verksamheten har ”fel” profession. Trovärdigheten i ledarskapet riskerar att undermineras och kan göra verksamheten än mer svårstyrd. Osynliga bakgrundsvariabler som kan benämnas ”tradition och kultur”, t.ex. informella hierarkier, kan innebära att styrmedel och styrsignaler från andra nivåer inte får de genomslag de var tänkta att få. På motsvarande sätt är styrmedlens effekter på verksamheten starkt avhängiga den arbetsplatskultur och de förhållningssätt som råder. Exempelvis kan en arbetsplats där medarbetarna har låg tillit till varandra och som präglas av syndabockstänkande ha svårare att öppet redovisa avvikelser och misstag vilket kan påverka patientsäkerhetsarbetet i verksamheten. Här har det lokala ledarskapet och ledarens roll som kulturbärare, en nyckelfunktion.

6.1.2 Statens styrning – några huvuddrag

Någon allmänt vedertagen klassificering av inriktningen på statens styrning av hälso- och sjukvården har inte stått att finna. Utredningen har därför använt sig av en indelning gjord av Statskontoret.[2]

Strukturskapande styrning avser styrning där staten definierar vilket ansvar och vilka befogenheter som kommuner eller landsting har för en verksamhet. Denna typ av styrning är i huvudsak avsedd att fastställa ”spelplan och spelregler” i ett grövre perspektiv och fungerar som ”bottenplatta” för annan typ av styrning.

Inom *styrning genom form- och handläggningskrav* finner vi styrning av genomgående administrativ karaktär exempelvis krav på hur ärenden ska handläggas, interna rutiner, stödprocesser rapporteringsskyldigheter till andra myndigheter osv.

Direkt innehållsstyrning är tillämpbar i enskilda fall och uppfyller specifika krav på t.ex. mätbarhet och annan kvantifiering.

Indirekt innehållsstyrning är en betydligt bredare kategori med bestämmelser som påverkar förutsättningarna för kommunernas och landstingens handlande i enskilda situationer men inte insatserna i sig. Statskontoret exemplifierar med överenskommelser och statsbidrag och nationella policydokument inom denna kategori men även delar av den formella styrningen torde kunna hänföras hit.

Utredningen har i första hand analyserat hur staten styrt och styr hälso- och sjukvården. Staten har över tid använt olika styrmedel och kombinationer av styrmedel för att styra hälso- och sjukvården. Vilket styrmedel som använts och hur har delvis berott på vilka resultat man önskat åstadkomma men styrningstrender för offentlig förvaltning har också påverkat val av styrmedel. I och med kommunallagsreformen 1977 och införandet av HSL 1983 gavs sjukvårdshuvudmännen handlingsutrymme att forma den lokala verksamheten. Införandet av kommunallagen (1991:900) förstärkte friheten.

Från början av 1990-talet och framåt har staten dock visat ett allt större intresse för att styra sjukvårdens inriktning och utveckling. Utredningen konstaterar att det finns problem med statens

[2] Statskontoret: Reglering och andra styrmedel, 2005, s. 8

ökade styrningsambitioner, inte minst styrning med informella styrmedel och ekonomisk styrning. Styrningen blir ofta kortsiktig och statens ambitioner framstår som tillfälliga. Det finns ett flertal exempel på statliga styrförsök som inte satt något avtryck i verksamheten eller som gett endast tillfälliga effekter.

Statens styrprinciper i relation till det kommunala självstyret

Den kommunala självstyrelsen har en lång tradition i Sverige och innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. De två grundläggande värdena bakom självstyrelsen uttrycks ofta som demokrati och effektivitet.

Kommunernas och landstingens existens, ställning, organisation och verksamhet är reglerade i Regeringsformen, kommunallagen och ett stort antal författningar med inriktning på speciella verksamhetsgrenar, exempelvis socialtjänsten, skolväsendet och hälso- och sjukvården. I egenskap av offentligt rättssubjekt är kommuner och landsting även bundna av EU-rätten. Bestämmelser av betydelse för den kommunala självstyrelsen finns på olika ställen i Regeringsformen. Det anges att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse (1 kap. 1 § RF). I 1 kap. 7 § RF anges att Sverige är indelat i kommuner och landsting. Dessa sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i kommunallagen eller i särskilda föreskrifter.

Demokrativärdet

Det finns ett antal värden som kan tillgodoses genom kommunal självstyrelse och däribland är demokrativärdet centralt. Genom ett decentraliserat ansvar för finansiering, beslut och utförande läggs ett samlat ansvar nära befolkningen och möjligheten att utöva inflytande över verksamheten ökar. På motsvarande sätt ökar också lokalbefolkningens möjlighet till ansvarsutkrävande om den kommunala verksamheten inte motsvarar befolkningens förväntningar på den.

Effektivitetsvärdet

Ett annat centralt värde för det kommunala självstyrets ställning är effektivitetsvärdet. Genom att ansvar för finansiering, utformning och utförande av olika samhällsåtaganden ligger lokalt ökar möjligheterna att anpassa verksamheten utifrån lokala förutsättningar och därigenom utveckla så effektiva lösningar som möjligt.

Det kommunala självstyret är inte absolut

Samtidigt ställs den kommunala självstyrelsen ibland mot andra intressen och hur olika värden vägs mot varandra i tyngd varierar över tid och är beroende av vilken verksamhet det gäller. Det finns ett antal värden på nationell nivå som kan motivera en lagreglering som inskränker självstyrelsen. Demokrati, rättssäkerhet, samhällsekonomisk stabilitet, effektivitet och likvärdighet över landet är exempel på sådan värden.

Statens styrning med ekonomiska styrmedel

Staten styr hälso- och sjukvårdshuvudmännen med ekonomiska styrmedel på flera sätt, statsbidragen – generella och specialdestinerade statsbidrag – är de största styrmedlen. Men även andra åtgärder påverkar direkt eller indirekt statens ekonomiska styrning av landstingen och kommunerna exempelvis utjämningssystemets utformning samt regleringen av huvudmännens möjligheter att ta ut avgifter (26 § och 26 a § HSL). I sammanhanget kan också nämnas det finanspolitiska ramverket som för kommuner och landstings del innebär att varje kommun och landsting ska budgetera för ett resultat i balans. Balanskravet anger den lägsta godtagbara resultatnivån. Sedan 1992 ska kommuner och landsting ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och besluta om riktlinjer för en god ekonomisk hushållning.

Statsbidrag till kommuner och landsting utgår som generella eller specialdestinerade bidrag. Det generella statsbidraget är ett allmänt finansiellt stöd baserat på bl.a. invånarantal och åldersstruktur medan specialdestinerade bidrag är tidsbegränsade och knutna till en viss verksamhet eller åtgärd. Den grundläggande

principen för statens bidragsgivning till kommuner och landsting är att bidrag ska utgå som generella bidrag. Det generella statsbidraget kan förändras genom tillskott/förstärkning till existerande kommunal verksamhet eller tekniska justeringar och andra regleringar. I vår- och budgetpropositionerna förändras normalt statsbidragen.

De senaste tio åren har en ny variant av specialdestinerade statsbidrag använts, så kallade prestationsbaserade statsbidrag. Regeringen har tecknat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om gemensamma satsningar inom vissa områden där hela eller delar av statsbidragen delas ut som prestationsbaserad ersättning. Detta innebär att medel utbetalas till kommuner och landsting först efter att huvudmännen uppnått i förhand definierade krav på ett område. Principen att ge medel till dem som uppnår fördefinierade kravnivåer skiljer sig markant från tidigare satsningar där stimulansmedlen i huvudsak fördelats utifrån befolkningsstorlek i kommunen eller landstinget. Att staten vill mäta resultat i verksamheter de ger medel till är en generell förvaltningspolitisk trend. De konkreta resultat som noterades efter den första Kömiljardöverenskommelsen blev startpunkten för att överenskommelser med prestationsbaserad ersättning fick fäste på vård- och omsorgsområdet. Tillämpningen av styrmedlet sedan ökade snabbt; 2013 fördelades ca 5,3 miljarder kronor inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKL.

Den samlade bilden är att prestationsbaserad ersättning är ett styrmedel som ger kraftiga effekter ute i de ”styrda” verksamheterna i vården och omsorgen. Risken är dock att effekterna inte enbart blir de som satsningarna syftar till att uppnå. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisade att det finns delar av konstruktionen av överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning som medför en risk för att våra gemensamma resurser inte används effektivt och att en förbättring inom det avsedda området eller för målgruppen inte uppnås.[3] Den totala mängden av olika satsningar, att de inte var inbördes synkroniserade och att de inte var harmoniserade med huvudmännens planerings- och budgetcykler, innebar en svårighet för huvudmännen att använda medlen på ett effektivt sätt. Mängden överenskommelser att hantera krävde

[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning Rapport 2013:8.

också omfattande administrativa resurser hos huvudmännen för koordinering, planering och rapportering. Satsningarna inom olika områden riskerade att inbördes konkurrera med varandra om personalens engagemang och kraft. Då planeringsförutsättningarna var svåra med den korta framförhållning som gavs påverkades också möjligheterna att använda resurserna på det mest effektiva sättet. Även själva tanken med att huvudmännen ersattes i efterhand med belopp som speglade graden av måluppfyllelse vållade problem. Huvudmännen kunde inte veta på förhand hur mycket pengar de skulle få ut av satsningen och i vissa fall var detta också beroende på hur väl andra huvudmän presterade. Detta gjorde att huvudmännen inte fullt ut kunde budgetera för det eventuella tillskottet och därmed använda pengarna där de skulle kunna göra mest nytta. Det faktum att överenskommelserna var tidsbegränsade medförde också en risk att de verksamheter som byggs upp med hjälp av de statliga medlen inte integreras i den löpande verksamheten efter avslutad satsning.

En annan risk är att den statliga styrningen i satsningarna leder till oönskade sidoeffekter i form av undanträngning av fungerande verksamheter, att kortsiktiga och ”felaktiga” lösningar väljs och att de mottagande verksamheterna frestas att manipulera inregistrering av data för att ta del av medlen. Myndigheten menade också att styrmedlet prestationsbaserade ersättningar kan minska utrymmet för lokal anpassning eftersom överenskommelserna sluts på nationell nivå, uppdrag, mål och vad som ska göras är givna efter en nationell bild av vad som är problemen som ska åtgärdas.

Statens informella styrning – kunskapsstyrning /kunskapsstöd

Den informella styrningen är mångfacetterad och består av aktiviteter som inte är att hänföra till de övriga styrmedlen – framför allt ekonomi och juridik – men som ändå kan vara mycket kraftfulla styrmedel. Det kan handla om information, allmänna råd, projektmedel, utbildningar, spridning av idéer och goda exempel. Ett styrmedel som de senaste åren alltmer har kommit på agendan är kunskapsstyrning. Utgår man från mötet mellan patient och personal så är beteckningen kunskapsstöd mer korrekt. Ambitionen ska inte vara att till varje pris styra utfallet utan snarare ge förutsätt-

ningar och stöd så att kloka beslut fattas i mötet. Kunskapsstyrning/-stöd är att betrakta som ett samlingsbegrepp på olika aktiviteter och produkter som sammantaget syftar till att styra vårdens utveckling med hjälp av kunskap. Kunskapsstyrningen är i huvudsak inriktad på att förpacka bästa tillgängliga kunskap på olika sätt till vårdens beslutsfattare framför allt i det patientnära arbetet.

Statens normgivning – den juridiska styrningen

Sveriges hälso- och sjukvårdslagstiftning bygger på sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter. HSL är den centrala lagstiftningen och är en ”ramlag” som innehåller de övergripande målen för hälso- och sjukvården och de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Där finns regler som riktar sig till enbart landsting och regler som riktar sig till enbart kommuner samt gemensamma bestämmelser för båda huvudmännen. Värt att notera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte är en rättighetslagstiftning för patienterna, dvs. patienterna har ingen möjlighet att utkräva sina rättigheter via domstolsprövning. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är därmed en utpräglad skyldighetslagstiftning. Vårdgivarens skyldigheter finns beskrivna främst i HSL, tandvårdslagen (TvL), patientdatalagen (2008:355; PDL) och personalens skyldigheter i patientsäkerhetslagen (2010:659; PSL). I flera fall är paragraferna i lagarna likalydande men de riktar sig till olika målgrupper.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) innehåller preciseringar av skyldigheterna i de olika lagarna inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

De större lagändringarna de senaste tio åren

Under den senaste tioårsperioden har flera omfattande lagändringar och tillägg gjorts i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Ovan nämnda PSL och PDL ersatte äldre lagstiftning.

Patientdatalagen

Patientdatalagen trädde i kraft den 1 juli 2008 och ersatte patientjournallagen och vårdregisterlagen. Syftet med PDL är att informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Hälso- och sjukvårdens informationshantering ska bygga på respekt för patientens och andra registrerades integritet. PDL medförde också en rad nya bestämmelser som syftar till att öka patientdelaktigheten i vården. Patienten har rätt till att få en avvikande mening införd i journalen och rätt att spärra uppgifter på vårdenhets- och vårdprocessnivå i journalen, samt rätt att neka till att vara med i kvalitetsregister.

Vårdgarantin

En för landet gemensam vårdgaranti infördes från och med den 1 november 2005 efter en överenskommelse med SKL. Målet med vårdgarantin var och är att öka tillgängligheten till planerad vård samt att avveckla köer och väntetider. Vårdgarantin inkluderar även regionvård och högspecialiserad vård samt rikssjukvård. Sedan den 1 juli 2010 är vårdgarantin reglerad i lag (3 g–i §§ HSL). Se vidare i avsnitt 6.4.8.

Vårdval i primärvården

Sedan den 1 januari 2010 finns en obligatorisk valfrihet i primärvården, 5 § andra stycket HSL. Landstingen är skyldiga att organisera primärvården så att medborgarna har rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem ska därvid tillämpas. Grunderna i vårdvalssystemet är att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning. I samband med införandet togs bestämmelser bort om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin (prop. 2008/09:74).

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011 med syftet att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I samband med detta upphörde lagen om yrkesverksamhet på sjukvårdens område (1998:531; LYHS). Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) trädde i kraft den 1 januari 2011. Den ersatte förordningen om yrkesverksamhet på sjukvårdens område (1998:1513).

PSL innehåller bestämmelser som innebär följande.

- Vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Varje år ska resultaten i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete redovisas i en patientsäkerhetsberättelse. Patienter och närstående bör engageras i vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete.
- Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivaren ska göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, när en allvarlig vårdskada inträffat, en så kallad lex Maria-anmälan.
- Vårdgivaren ska informera den patient som har drabbats av en vårdskada om det inträffade och vilka åtgärder som vidtagits för att det inte ska hända igen. Patienten ska även bli informerad om sina möjligheter att få ersättning enligt patientskadeförsäkringen eller läkemedelsförsäkringen. Patienten ska också informeras om hur man kan klaga på vården hos IVO, och hur patientnämndens verksamhet fungerar.
- PSL innehåller även bestämmelser som direkt tar sikte på personalen. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur arbetsuppgifter utförs. Dessutom ska hälso- och sjukvårdspersonalen bidra till god patientsäkerhet och rapportera både risker för vårdskador och händelser som lett till, eller hade kunnat leda till, vårdskador till vårdgivaren. Vidare finns bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Ansvaret för att pröva klagomål från patienter flyttades från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) till Socialstyrel-

sen. Disciplinpåföljderna varning och erinran ersattes bl.a. av en utökad möjlighet att rikta kritik och vidta åtgärder mot såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal.

- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten ska av vårdgivaren rapporteras till Socialstyrelsen.
- Möjligheterna att föreskriva prövotid och återkalla legitimation utvidgades. Vid beslut om treårig prövotid ska det fastställas en prövotidsplan för den legitimerade.
- Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att involvera sig i patientsäkerhetsarbetet.
- PSL gäller även apotekspersonal. Om apotekspersonal har skäl att anta att en läkares eller tandläkares förskrivning av exempelvis narkotiska läkemedel står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet ska detta anmälas till Socialstyrelsen.

Patientlagen

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen (2014:821) i kraft, där ambitionen är att stärka patientens ställning i relation till sjukvården. Den tidigare mer allmänt hållna informationsplikten gentemot patienten utvidgades och förtydligades. Patienten ska få information om

- sitt hälsotillstånd,
- de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
- de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
- vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
- det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
- väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
- eftervård, och
- metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Patienten ska även få information om

- möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
- möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
- vårdgarantin, och
- möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

Det klargörs också att huvudregeln är att patientens samtycke krävs för att ge hälso- och sjukvård. Patienten ska dock få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja inte kan utredas. Utöver detta infördes bestämmelser om barns inflytande över sin vård i den nya lagen.

En viktig förändring som infördes i patientlagen är att patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Innan patientlagen trädde i kraft gällde valfriheten endast primärvård i det landstinget där patienten var bosatt. Patienten har således rätt att få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i ett annat landstings vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting.

6.1.3 Landstingens styrning av hälso- och sjukvården – några reflektioner

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet med dess decentraliserade ansvar för hälso- och sjukvården innebär att statens ansvar och möjligheter till styrning är begränsad. Med utgångspunkt i det kommunala självstyret vilar i stället ett stort ansvar på landsting och kommuner att utforma och styra vården i enlighet med nationella mål och regler men med stor grad av handlingsfrihet för att anpassa verksamheten till lokala förutsättningar och behov hos befolkningen.

Utredningen har valt att granska det övergripande styrdokumentet *landstingsplanen* för åren 2003, 2004, 2013 och 2014[4]. Totalt har 81 landstingsplaner (eller motsvarande) granskats. Utöver detta begärde utredningen att få ta del av ett urval av landstingens policies och liknande styrdokument; totalt 57 policies, handlingsplaner, 9 riktlinjer, 3 strategier, 10 handlingsplaner samt 7 övriga dokumenttyper ”filosofi”, ”syn”, ”regel”, ”kompass”, ”vision” och ”värdegrund”. Utredningen har inte granskat kommunernas styrning.

Granskningen av de begärda underlagen skedde med utgångspunkt i de av utredningen definierade problemen och granskningen avsåg att försöka få ökad klarhet i hur landstingen på en övergripande styrnivå resonerar kring och hanterar dessa frågeställningar. Granskningen var således strikt begränsad till de uppgifter som var relevanta för utredningens analyser, inte heller har utredningen haft möjlighet att följa upp effekterna av styrningen. Utredningen kan därför inte dra några säkra slutsatser av det insamlade materialet. Mot bakgrund av detta presenterar utredningen i det följande *reflektioner* som vi gjort i samband med granskningen.

Styrfilosofi, styrmedel och styrningsstrategier/tekniker

Samtliga landsting tillämpar numera målstyrning och de flesta tycks ha någon form av balanserade styrkort, vilket är en betydande skillnad mot 2003–2004. I allmänhet brukar sägas att balanserade styrkort fungerar väl som informations- och styrverktyg om styrkortet är väl känt på alla nivåer i organisationen. Vad gäller de balanserade styrkorten på ”koncernnivå” är det oklart för oss hur väl dessa fungerar som styrteknik. Målstyrning är en form av styrteknik som inte är helt okontroversiell. Rätt använd är den pedagogisk och synliggör vilka värden som är viktiga för verksamheten. Men det är avhängigt hur möjligt det är att följa upp det satta målet och hur mycket administrativt arbete som behöver läggas ned för själva mätningen av måluppfyllelsen. Målstyrning som styrmetod förutsätter mätningar, rätt konstruerade och avvägda kan de vara effektiva men mål som är svåra att mäta tenderar att kräva uppfölj-

[4] Utredningen begärde via mejl den 18 maj 2015 till landstingens registratorer ut de efterfrågade dokumenten. Något landsting har inte kunnat leverera allt efterfrågat material.

ning på fler indikatorer vilket riskerar öka det administrativa uppföljningsarbetet. Målstyrning är dock endast en del av styrningsstrategierna som används i landstingen.

Utredningen har uppmärksammat att det finns oroande inkonsekvenser i landstingens målstyrning. För det första är målet med hälso- och sjukvården redan satt i lagstiftningen (2 § HSL: målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen). När landstingen sätter sina egna mål i landstingsplanerna är det inte alltid klart hur det nationella målet förhåller sig till de av landstinget satta målen och om landstingens målstyrning leder till det nationella målet. Ett exempel: Några landsting har som mål ”nöjda patienter” men nöjda patienter är inte synonymt med varken god hälsa eller att vården ges på lika villkor. I sin förlängning kan en sådan målstyrning riskera att sätta nationella mål och krav på hälso- och sjukvården ur spel. 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 ”nöjd-patient-undersökning”.

Flera landsting har ”budget i balans” som mål. Utredningens reflektion kring detta är att det är tveksamt om budget i balans verkligen kan vara ett *mål* med verksamheten. Budget i balans handlar mer om att ett lagstadgat krav och en förutsättning, dvs. ett medel för att verksamheten ska kunna bedrivas över huvudtaget.

Oklara styrsignaler eller rent av överstyrning?

Landstingen har på samma sätt som staten tillgång till olika styrmedel även om styrmedlen inte är identiska. Utredningen har särskilt uppmärksammat ekonomiska ersättningssystem, se avsnitt 5.2.1. I en artikel i Västmanlands läns tidning 2015-11-19 finns en uppgift att landstinget har 3 strategier, 20 policies, 264 riktlinjer och 281 handlingsplaner. Utredningen har iakttagit att landstinget Västmanland inte är ensamma om att ha en mångfald av olika styrdokument. Det kan diskuteras om mängden styrdokument är rimlig, sannolikt är omfattningen så stor att de olika styrsignalerna konkurrerar med varandra och genomslaget riskerar att utebli.

Utredningen har granskat ett urval av styrdokument i form av policies, riktlinjer, handlingsplaner osv. Utredningen gör reflektionen att det inte alltid är klart vilken status de olika beteckningarna har. I vanligt språkbruk kan begreppet ”policy” innebära en typ av vägledning eller förhållningssätt. Men när en policy innehåller beskrivningar av tvingande lagstiftning som t.ex. likabehandlingspolicy som grundar sig på diskrimineringsförbudet i lagen blir begreppet ”policy” missvisande. I vissa fall är policyn en följd av ett juridiskt krav att upprätta en policy, t.ex. arbetsmiljöpolicy men värdet av juridiska krav på att upprätta styrdokument i form av policies är begränsat. Det kan diskuteras om det är lämpligt att ha beteckningen policy när det gäller tvingande regler eller när policyn i sig innehåller regler som beslutats av landstingen själva. Det kan diskuteras om inte begreppet policy bör användas när det enbart handlar om vägledning eller tillämpningsanvisning i viss fråga. Sannolikt är förenklar det genomslaget för det som är beslutat om beteckningarna tydligare anger vilken status som det beslutade har. Om det är en regel bör det benämnas på ett sätt så att det framgår att den inte är av vägledande karaktär. På motsvarande sätt tycks även andra begrepp vara oklara till sin innebörd. ”Riktlinjer” kan innehålla både beslutade rutiner, tillämpningsanvisningar till lagstiftning eller regler landstinget själva beslutat om.

Primärvård

Så gott som samtliga landstingsplaner beskriver primärvårdens betydelse i hälso- och sjukvårdssystemet i planerna för 2013–2014. Landstingsplanerna anger oftast inte vilka politiska mål och strategier för hur man vill att primärvården ska utvecklas. Här finns en stor skillnad mellan åren 2003–2004 jämfört med 2013–2014. De äldre landstingsplanerna tillkom i en tid då Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) och de åtgärder som vidtogs med anledning av denna var aktuella. Landstingens egna handlingsplaner med anledning av propositionen och överenskommelsen med Landstingsförbundet fick ett stort genomslag i landstingsplanerna. Den nationella satsningen vävdes således ihop med landstingsplanerna åtminstone retoriskt. Dock uteblev bestående resultat, se bilaga 4.

Kontinuitet

Kontinuitet nämns flitigt i landstingsplanerna oavsett år. Ingen av landstingsplanerna ger dock uttryck för att kontinuitet är en del i en effektiviseringsstrategi, utan nämns mer utifrån dess värde som trygghetsskapare för patienten samt för patientsäkerheten.

Arbetssätt och administrativ börda

Flera landsting har uppmärksammat behovet av task-shifting i sina landstingsplaner 2013–2014 och några beskriver att man planerar att införa olika former av produktions- och kapacitetsplanering. Några nämner strukturella förändringar i personalsammansättningen och att det skett en förskjutning mot personal med högre formell kompetens. Utredningens reflektion är att det finns en växande insikt om problem och potential i dessa ämnen. Endast två landsting tar upp den administrativa bördan som ett problem i sina landstingsplaner åren 2013–2014. Dessa nämner olika åtgärder som vidtas med anledning av detta, t.ex. att säkerställa att det vårdadministrativa arbetet fördelas till rätt nivå och att kunskap om dokumentation måste förbättras.

Effektivitet – styra resurserna dit de gör mest nytta/prioriteringsarbete

I landstingsplanerna för 2003–2004 har flera landsting resonemang kring prioriteringsarbete och hur detta ska omsättas i praktiken, flera refererar i landstingsplanen till riksdagens prioriteringsbeslut. I landstingsplanerna för 2013–2014 nämns, med något undantag, inte strategiskt prioriteringsarbete alls. De allra flesta landstingsplaner innehåller beskrivningar av olika målgruppers behov av vård men samtidigt redovisas ingen analys av i vilken grad behoven är uppfyllda och vad som i sådant fall behöver göras. Det är därmed inte möjligt att enbart utifrån dessa underlag dra någon slutsats avseende hur landstingsplanen prioriterar de nämna målgrupperna eller ej. Det är för utredningen i stort sett oklart hur landstingsplanerna bidrar till aktiva prioriteringar i och av verksamheten. Sådana prioriteringsbeslut tas således någon annanstans. Ingen av landstingsplanerna ger tjänstemännen i uppdrag att utarbeta eller

synliggöra hur såväl vertikala som horisontella prioriteringar ska göras i verksamheten.

Kompetensförsörjning

Landstingsplanerna 2013–2014 indikerar att landstingen är mycket väl medvetna om kommande generationsväxlingar och rekryteringsbehov.

Verksamhetsstöd

Så gott som samtliga landstingsplaner lägger mer fokus på IT-stöden i sina landstingsplaner 2013–2014. Utredningens reflektion är att landstingen tycks ha god insikt i behoven av att investera i IT-stöden. De IT-baserade stöden var även viktiga i de äldre landstingsplanerna, men ämnet får mer uppmärksamhet i de senare planerna.

Konstant i kris?

Så gott som alla landstingsplaner 2003, 2004, 2013 och 2014 beskriver att man befinner sig i en kris eller ser en kris hotande nära. Utredningens reflektion kring detta är följande. Landstingen ansvarar för en stor och komplex verksamhet där mycket ständigt förändras; intäkter, befolkningens behov, förväntningar, vilka åtgärder som är möjliga att göra, vårdens innehåll och kunskapsmassa, personalens preferenser, kunskap och sammansättning, styrning utifrån, trender i samhällskultur osv. Verksamhetsbetingelserna skiftar ständigt. Landstingen lägger mycket pengar, tid och resurser på att söka metoder, modeller och tekniker som instrument och strategier för att skapa kontroll och överblickbarhet och att kunna styra. Problemet är att de underliggande antagandena för dessa styrtekniker ofta är utgår från en föreställning om att det finns tydliga orsaks- och verkanssamband och att det går att ha förutsägbarhet och kontroll. Vidare att det går att fastställa mål att sträva mot som utgör ett definierat optimalt tillstånd dit organisationen inom en planerad framtid ska nå. Men verkligheten ser inte ut så. Utred-

ningens reflektion är att det sannolikt skulle vara värdefullt för styrningen av vården att lägga mer fokus på verksamhetens *anpassningsförmåga* (både på kort och lång sikt) och förmåga att hantera komplexitet.

Politisk styrning och politikens roll

Avslutningsvis vill utredningen lämna en reflektion som rör politikens roll i styrningen. Politikerna har i praktiken två uppdrag som är svåra att förena; det ena är att vara befolkningens företrädare och det andra är att utgöra ”koncernledning”. Att vara befolkningens företrädare är naturligt men förutsättningarna för politiken att också agera koncernledning är inte oproblematiska. Den yttersta ledningen och styrning av en kunskapsintensiv och komplex verksamhet som hälso- och sjukvård är en svår uppgift för de förtroendevalda som är lekmän. Men de förtroendevaldas möjligheter att styra är givetvis avhängigt hur samspelet och samarbetet med de ledande tjänstemännen ser ut samt graden av konkreta och ”verksamhetsnära” beslut som tas på politisk nivå respektive tjänstemannanivå.

6.1.4 Utredningens analys av statens styrning

Mångfald av styrsignaler som inte är koordinerade

Statskontoret redovisade 2004 i rapporten *Statens styrning av hälso- och sjukvården* att man inte kunde se någon strategi i den statliga styrningen när det gäller vilka styrformer man väljer. Utredningens bedömning är att så fortfarande är fallet.

Statskontoret anförde i rapporten att den huvudsakliga statliga styrningen borde ske genom normering och att annan styrning därmed ska förekomma i minskad utsträckning. Man menade att om den statliga styrningen fortsätter att öka i form av att flera olika styrformer tillämpas kan det innebära att de aktörer som styrningen riktar sig till – kommuner och landsting (profession, tjänstemän, politiker) – inte har kapacitet att hantera och förhålla sig till den samlade statliga styrningen. Statens intentioner och prioriteringar riskerar att framstå som otydliga för huvudmännen.

Problemen med mångfaldiga styrsignaler har uppmärksammats från många håll.[5] Utredningen anser att Statskontorets bedömning från 2004 var riktig och att vi nu befinner oss i ett läge där Statskontorets farhågor besannats. Mängden av styrsignaler i sig gör att verksamheterna får svårt att prioritera mellan alla de styrsignaler som finns. Detta har sannolikt också påverkan på den administrativa bördan i vården, se avsnitt 6.6.

Staten har styrt för mycket på detaljnivå

HSL har i grunden en utpräglad karaktär av målinriktad ramlag och syftet med konstruktionen var att lämna stort utrymme för huvudmännens egen styrning. Lagen tillkom i början av 1980-talet och tidsandans styrprinciper om målinriktad ramlagstiftning har manifesterats även i socialtjänstlagen (2001:453; SoL), vars föregångare också tillkom i början av 1980-talet. Konstruktionen med ramlagstiftning innebär att på nationell nivå används i huvudsak andra styrmedel, framför allt informella styrmedel för att styra vården i önskad riktning. Den senaste tioårsperioden har dock den juridiska styrningen, enligt utredningens uppfattning, fått ökad omfattning. Fler paragrafer har tillkommit och förvisso har några tagits bort men i stor utsträckning handlar det om att bestämmelserna flyttats till annan lagstiftning. Sedan 1 januari 2015 finns lagstiftning om patientens ställning i hälso- och sjukvården. Det kan diskuteras i vilken mån själva grundtanken med ramlagstiftning egentligen finns kvar med tanke på den utfyllnad som hälso- och sjukvårdslagstiftningen har genomgått.

I utredningens direktiv framgår att professionerna uttryckt att den nuvarande styrningen av hälso- och sjukvården är för detaljerad och att personalens erfarenhet och kompetens får för liten betydelse för den vård som ges. Utredningen har mot bakgrund av detta analyserat statens juridiska styrning under de senaste tio åren. En analys har gjorts utifrån följande frågeställningar.

[5] Se exempelvis Statskontoret 2011:22 Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting, Lindgren, Lena (2:2012). Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller ”Hur kunde det bli såhär”?. FoU i Väst, Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning? RiR 2013:20, mångfaldig styrning – en teoriöversikt, Karin Thoresson , Leading Health Care, SOU 2012:33 Gör det enklare! Bilaga 5.

- Till vem riktar sig den juridiska styrningen?
- Detaljerings- och konkretionsgrad i det materiella innehållet i den juridiska styrningen?
- Övergripande karaktär av lagförändringarna?

Utredningen har därefter analyserat och kategoriserat lagändringarna i figur 6.1, klassificerade enligt Statskontorets modell. Tabellen innehåller inte samtliga lagändringar de senaste tio åren utan är ett urval av de lagändringar som utredningen uppfattat är de mer omfattande. Tabellen gör inte anspråk på att vara en sanning avseende hur de olika lagändringarna klassificerats utan speglar utredningens tolkning av lagrummens huvudsakliga innebörd. I tabellen finns också färgmarkerat vilken nivå som bestämmelsen riktar sig till, gul för huvudmannanivå, grön för vårdgivare och blå för individnivå (patient eller professionell).

Figur 6.1 Kategorisering av lagändringar under de senaste åren

Strukturskapande styrning	Styrning genom form- och handläggningskrav	Direkt innehållsstyrning	Indirekt innehållsstyrning
Landstingen är skyldiga att organisera primärvården så att medborgarna har rätt att välja mellan olika vårdgivare	Rapporteringsskyldighet i vårdgarantin	Vårdgarantin	Vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande
	Teckna överenskommelser avseende samarbete runt personer med psykiska funktionsnedsättningar resp. personer som har missbruks- eller beroendetillstånd	Pat. ska få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv/ hälsa, även om hens vilja inte kan utredas	Hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur arbetsuppgifter utförs
	Varje år ska resultaten i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete redovisas i en patientsäkerhetsberättelse	Patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet	Hälso- och sjukvårdspersonalen ska bidra till god patientsäkerhet och rapportera risker för vårdskador och händelser som lett till, eller hade kunnat leda till vårdskador till vårdgivaren
	Vårdgivarna får en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada	Patientens samtycke krävs för att ge hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
	Vårdgivaren ska göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, när en allvarlig vårdskada inträffat, en så kallad lex Maria-anmälan		Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att involvera sig i patientsäkerhetsarbetet
	Vårdgivaren ska informera den patient som har drabbats av en vårdskada om det inträffade och vilka åtgärder som vidtagits för att det inte ska hända igen		Bestämmelser om barns inflytande över sin vård
	Patienten ska bli informerad om sina möjligheter att få ersättning enligt patientskadeförsäkringen eller läkemedelsförsäkringen		
	Patienten ska informeras om hur man kan klaga på vården hos IVO, och hur patientnämndens verksamhet fungerar		

	Hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten ska av vårdgivaren rapporteras till Socialstyrelsen		
	Om apotekspersonal har skäl att anta att en läkares eller tandläkares förskrivning av exempelvis narkotiska läkemedel står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet ska detta anmälas till Socialstyrelsen		
	Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård, och metoder för att förebygga sjukdom eller skada		
	Patienten ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt, vårdgarantin, och möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz		
	Samordnad individuell plan		
	Hälso- och sjukvårdspersonalen bidra till god patientsäkerhet och rapportera både risker för vårdskador och händelser som lett till, eller hade kunnat leda till, vårdskador till vårdgivaren		

Karaktären av den juridiska styrningen

Mottagare av den juridiska styrningen är oftast verksamhetsnivån

Utredningen bedömer att mottagare av den juridiska styrningen i de flesta fall är verksamhetsnivån, där staten infört tydliga regler över vad som ska göras i viss given situation. Det finns också ett stort inslag av att lagstiftaren riktat sig till individnivå – patienten – och anger vad patienten ska få i viss given situation, t.ex. vad gäller informationsplikten till patienten och samordnad individuell plan. Lagstiftaren anger också konkreta regler för vad som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal i viss given situation.

Att lagstifta direkt mot verksamhetsnivå och inte huvudmannanivå har fördelen att huvudmännen inte behöver ställa dessa krav i sin tur när vården utförs av andra än landstinget eller kommunen själv. Men samtidigt innebär det att staten direktreglerar huvudmännens faktiska verksamhet, vilket på huvudmannanivå medför att de styrmedel som huvudmännen själva förfogar över, exempelvis ekonomisk styrning, måste balansera och ta hänsyn till statens styrning.

Som framgår av figuren ovan har staten lagt relativt stora lagstiftningsåtgärder på konkreta och detaljerade bestämmelser som riktar sig till verksamhetsnivå. Men här finns också styrning direkt på individnivå antingen som berör hälso- och sjukvårdspersonals skyldigheter men även vad som ska erbjudas den enskilde patienten.

Staten styr relativt sällan hur sjukvården ska organiseras inom ett landsting

Utredningen har jämfört den svenska lagstiftningen med norsk, finsk och dansk lagstiftning. Det går förvisso inte att dra några säkra slutsatser av detta eftersom hälso- och sjukvården organiseras olika mellan länderna och därtill finns olika lagstiftningstraditioner. Utredningens reflektion är att övriga nordiska länders lagstiftning mer tydligt anger vilka verksamheter som sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda, dvs. man har reglerat vilka sjukvårdstjänster som ska tillhandahållas och vad de syftar till på ett tydligare sätt än i Sverige. Staten har med andra ord ställt tydligare krav på hur sjuk-

vården i dessa länder ska fungera och organiseras. Den svenska lagstiftningen går enligt utredningens uppfattning i liten utsträckning in på området organisering av hälso- och sjukvårdstjänster eller organisation av vården över huvud taget.

Vissa bestämmelser finns förvisso i dagens svenska lagstiftning som anger grunderna för sjukvårdens organisering (5 § HSL);

> För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Indirekt anger lagstiftaren relationen mellan primärvårdens och sjukhusvårdens uppdrag.

Staten har i frågor som rör koncentration av vård infört vissa bestämmelser om övergripande strukturer för hur sådan organisering ska gå till. I 9 § HSL finns ett bemyndigande för regeringen att dela in riket i sjukvårdsregioner för sådan vård som berör flera landsting och landstingen har en skyldighet att samverka i frågor som rör sådan vård. Regeringen har sedan i förordning (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner bestämt landets indelning i sex sjukvårdsregioner. Regionsjukvård är beteckningen på den sjukvård som har ansvar för särskilt komplicerade eller sällsynta sjukdomar och skador. Denna sjukvård bedrivs vid Sveriges sju regionsjukhus, som har mer högspecialiserad vård än länssjukhus och länsdelssjukhus. Syftet med koncentrationen av vården är att personalen ska utveckla och upprätthålla sin skicklighet och kompetens genom att behandla komplicerade eller ovanliga sjukdomar på ett tillräckligt stort antal patienter. Alla landsting har inte regionsjukhus; i stället har dessa avtal med ett närliggande landsting om den högspecialiserade vården.

Följande sju enheter ingår i svensk regionsjukvård (samtliga regionsjukhus räknar sig som universitetssjukhus): Karolinska Universitetssjukhuset (Solna och Huddinge), Norrlands universitetssjukhus i Umeå, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset

Örebro, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes universitetssjukhus (Lund och Malmö) samt Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Bestämmelser om sjukvårdens organisering i rikssjukvård finns sedan 2008 då bestämmelser om rikssjukvård infördes i HSL. Reglerna syftar till att viss avancerad sjukvård koncentreras till ett eller två regionsjukhus i landet. Vilka områden och vilka sjukhus som väljs ut beslutas av Rikssjukvårdsnämnden, där bl.a. representanter för landstingen ingår. I sig utgör dessa bestämmelser om nivåstrukturering en viss inskränkning av det kommunala självstyret eftersom staten genom bestämmelserna bestämt huvudmännens organisering av viss vård. Men bestämmelser om nivåstrukturering på region- eller riksnivå har i detta fall ansetts vara motiverade av kvalitets- och effektivitetsskäl.

Den senaste stora lagändringen de senaste tio åren som tar sikte på den svenska hälso- och sjukvårdens organisation är vårdval i primärvården där lagstiftaren angett att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget (5 § andra stycket HSL). En anmärkning i sammanhanget är att detta lagrum inte ändrats efter det att patientlagen trätt i kraft, vilken anger att patienterna kan välja primärvård i ett annat landsting. Av 5 § fjärde stycket HSL framgår att när landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas. LOV kan dock inte användas på landstingets egenregiverksamhet utan tar enbart sikte på privata utförare.

Vårdvalsreformen är enligt utredningens uppfattning det stora undantaget vad gäller statens styrning av hur hälso- och sjukvården organiseras. Det obligatoriska vårdvalet var inte okontroversiellt när det infördes. Bland annat diskuterades frågor om betydelsen av det kommunala självstyret när statens lagstiftningsåtgärder direkt tog sikte på landstingens frihet att själva utforma vården. I detta fall får anses att värdet ”valfrihet för patienterna” på nationell nivå vägde mycket tungt och motiverade ett intrång i det kommunala självstyret och handlingsfriheten.

Det materiella innehållet i lagstiftningsåtgärderna rör ofta administrativa åtgärder

Utöver utredningens konstaterande att staten sällan ger sig in i frågor som rör hälso- och sjukvårdens organisering så framkommer en annan iakttagelse vid utredningen analys av de senaste tio årens större lagändringar. Utredningen anser efter den genomgång som gjorts att det materiella innehållet i bestämmelserna mycket ofta rör administrativa åtgärder. Denna bild förstärks av avsnitt 4.2.4 som ger en översikt över bestämmelser som rör planeringsskyldigheter på individnivå. De administrativa åtgärder som framgår av figur 6.1 rör huvudmännens, vårdgivares och enskild personals skyldigheter att anmäla, rapportera/redovisa, utreda, informera, teckna samarbetsöverenskommelser och planera. De aktiviteter som lagstiftaren ålagt huvudmän, verksamheter och personal har således i praktisk mening i stor utsträckning karaktär av ”pappersarbete”.

Till detta ska adderas en del lagändringar som tar sikte på statens myndigheter och deras uppgifter i hälso- och sjukvården, exempelvis att ansvaret för att pröva klagomål från patienter flyttades från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) till Socialstyrelsen. Disciplinpåföljderna varning och erinran ersattes bl.a. av en utökad möjlighet att rikta kritik och vidta åtgärder mot såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal. Möjligheterna att föreskriva prövotid och återkalla legitimation har utvidgats. Vid beslut om treårig prövotid ska det fastställas en prövotidsplan för den legitimerade.

Även patienternas rättigheter rör i stor utsträckning mer administrativa rättigheter; rätt till information i olika situationer, att huvudmännen ska upprätta planeringsdokument osv. På två områden har lagstiftningsåtgärder vidtagits som på olika sätt anger på vilket sätt patienterna kan få vård; tidsaspekten (vårdgarantin) och möjligheten att välja (vårdval i primärvården respektive patientlagen). Dessa reformer är i praktiken inte ”pappersreformer” utan ger patienterna en starkare ställning avseende formerna för hur vården förmedlas.

Statens styrmedel är otillräckliga för att uppnå nationella mål och krav

Statens stora lagstiftningsåtgärder de senaste tio åren som haft en vidare räckvidd än rent administrativa åtgärder rör således i huvudsak en lagfäst vårdgarantid (dvs. tidsgränser) och möjlighet att välja primärvård och öppen specialiserad vård. En sammanfattande bedömning är att staten genom att införa administrativa bestämmelser avsett att påverka vårdens funktion och i viss mån kvalitet för den enskilde patienten. Att vården ges inom rimlig tid och att patienten har möjlighet att välja vårdgivare, dvs. får visst inflytande över sin vård, är givetvis viktiga aspekter av god vård och ligger i linje med de krav på hälso- och sjukvården som framgår av 2 a § HSL. Samtidigt kvarstår andra problem inom svenska hälso- och sjukvård som relativt olösta och utredningen kan inte se att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården bygger på någon analys eller prioriteringsordning mellan vad som är de viktgaste problemen, vad som bör åtgärdas i vilken ordning och vilka styrmedel som bäst används för att förbättra situationen.

Kontinuitet

Exempelvis kan utredningen inte se att staten i egenskap av systemägare på något genomgripande sätt använt sina styrmedel för att främja kontinuitet i vården. Kontinuitet är ett krav på hälso- och sjukvården, 2 a § HSL. Att patienterna efterfrågar kontinuitet och att kontinuitet ofta är en förutsättning för effektivitet framgår nedan i avsnitt 6.4.4. Värdet ”kontinuitet” har således potentiellt mycket stor betydelse. Statens styrning på området de senaste åren innefattar administrativa bestämmelser om individuell plan (SIP) enligt HSL och SoL, vilket kan bidra till överblickbarhet och förutsebarhet som en komponent av kontinuitet. Men någon större investering för att sprida SIP som modell och arbetssätt har inte genomförs. En annan aspekt av kontinuitet är att klarlägga förlopp i en vårdprocess, patienten ska veta vilka ”steg” vården kommer att ta. Här finns exempel på att staten genom cancerstrategin banat väg för att införa den danska modellen standardiserade vårdprocesser (”pakkeförlöp”). Standardiserade vårdprocesser och vårdprogram kan vara en aspekt på kontinuitet. Satsningen gäller dock bara

cancervården. När det gäller personlig kontinuitet, dvs. att en patient möts av samma personal vid flera tillfällen kan utredningen inte se att staten vidtagit några åtgärder som främjat en sådan utveckling. I samband med införandet av fast vårdkontakt avskaffades bestämmelser om PAL, patientansvarig läkare. En patient kan ha flera fasta vårdkontakter och en fast vårdkontakt behöver inte heller vara legitimerad personal utan kan vara vilken personalkategori som helst. Utredningen uppfattar att det således inte är kontinuitet i interagerandet mellan patient och vårdpersonal som var fokus för lagstiftaren i denna lagändring, utan lagändringen har mer karaktär av att garantera kontinuitet mellan patient och vårdgivare.

Jämlikhet

Ett annat ”värde” som varit mycket politiskt omhuldat, från vänster till höger, de senaste åren är värdet ”jämlikhet”. Värdet får förstås så att det handlar om en mångfacetterad betydelse av lydelsen i 2 § HSL; att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen.

Olika former av jämförande studier finns avseende skillnader i utbud, vårdkonsumtion, medicinska resultat, avgifter, tillgänglighet och hur olika grupper i befolkningen får del av vårdens resurser. Häri ligger att vården och tillgången till den måste betraktas ur en rad olika gruppers perspektiv; kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder. Men vård på lika villkor måste också betraktas ur andra perspektiv, t.ex. socioekonomi och geografi, dvs. var i landet vården bedrivs. Skillnader i utbud, tillgänglighet och resultat behöver analyseras för sig innan det är möjligt dra några slutsatser om det är en otillbörlig skillnad som utmanar hälso- och sjukvårdens krav på vård på lika villkor. Vissa skillnader är oundvikliga, t.ex. sådana som förklaras av geografiska avstånd och vissa skillnader är till och med ”bra” för hälso- och sjukvården. Skillnader i medicinska resultat innebär i sig att någon är lite bättre och någon lite sämre vilket kan ge näring och drivkraft till förbättringsarbete. Att vissa kliniker har bättre medicinska resultat behöver inte heller betyda att övriga i landet är dåliga. När det gäller medicinska resultat och upplevd hälsa måste

också hänsyn tas till kontexten runt populationen. Hälsans bestämningsfaktorer påverkas av en lång rad faktorer som hälso- och sjukvården inte förfogar över, se avsnitt 3.2.1. Men likväl betraktas skillnader av olika slag som negativa, framför allt när media uppmärksammar detta. Inte sällan framgår implicit att skillnader innebär orättvisa och krav följer att skillnaderna ska åtgärdas.

Regering och riksdag kan från en tid till en annan göra en bedömning av vilka olikheter både avseende geografiska skillnader men även skillnader mellan olika grupper i samhället som inte är acceptabla ur nationell synvinkel. Alltför stora skillnader utmanar befolkningens förväntningar och innebär en slags förändring av ”samhällskontraktet” mellan det offentliga och den enskilde. Beroende på vad för slags skillnader det är fråga om kan staten använda olika styrmedel för att åstadkomma likhet över landet. Om det är likhet över landet som är det värde som ska åstadkommas kan staten välja att skärpa lagstiftningen, t.ex. genom att allmänna målbeskrivningar ersätts av belopp eller minimistandards. Så är exempelvis fallet med vårdgarantin där staten genom lagstiftning bestämt en lägstanivå som ska vara gemensam för landet. Ett annat exempel på område där staten relativt lätt kan åstadkomma likhet med hjälp av normering är avgifter där staten beslutat om en maxtaxa för vård som då blir lika över landet. Landstingen kan således inte själva avgöra vilket tak som ska gälla.

Att normera på detaljnivå, dvs. där staten bestämmer nivåer och standarder, är dock relativt ovanligt inom hälso- och sjukvården exempelvis jämfört med socialtjänsten. Däremot kan skillnader mellan olika landsting skapa ett behov av att staten interventerar på ett eller annat sätt. Staten kan också uppnå mer likvärdighet över landet genom att förstatliga en viss uppgift. Den statliga Rikssjukvårdsnämnden kan besluta att viss typ av vård ska centraliseras. Att centralisera viss sjukvård är framför allt motiverat av kvalitets- och effektivitetsskäl och inte primärt för att uppnå mer likhet över landet. Men centraliseringen innebär att rikssjukvården ges på mer likartat sätt då färre enheter bedriver sådan vård.

Staten kan också välja att utjämna skillnader i förutsättningar för att bedriva verksamhet, det görs framför allt genom landstingens kostnadsutjämningssystem. Staten kan också på annat sätt ge resursförstärkningar till dem som har svag ekonomi (s.k. kommunakuter).

Staten kan också genom informella styrmedel stimulera utveckling mot mer likhet, exempelvis genom förhandlingar och överenskommelser mellan kommunförbund eller enskilda landsting att åstadkomma visst resultat. Prestationsbaserade ersättningar och stöd till olika former av utvecklingsarbete kopplade till dessa är ett sådant exempel. På senare år tycks olika former av kunskapsstyrning ha vunnit terräng med förhoppningen att ökad kunskap t.ex. i form av nationella riktlinjer, vårdprogram, checklistor, handböcker osv. ska få spridning till personal inom vården för att direkt påverka personalens val av åtgärder i det enskilda patientmötet. Nationella riktlinjer är dock i dagsläget primärt avsedda för att användas av beslutsfattare vid prioriteringar av vårdens innehåll. Men i avsaknad av nationella bedömningsrekommendationer kan de ofta utgöra ett bedömningsstöd för vårdpersonalen i patientmötet.

Olika tillgång till läkemedel dyker ofta upp i debatten som omotiverade skillnader över landet, likaså olikheter i medicinska resultat och tillgång till olika behandlingar. Utredningen uppfattar att detta uppmärksammas massmedialt framför allt för att denna typ av olikheter ofta uppfattas som orättvisa bland befolkningen. När krav riktas mot riksdag och regering att agera mot att det ser olika ut har staten relativt få styrmedel att ta till. Normering på detaljnivå passar illa vad gäller vårdens innehåll och val av behandlingsmetoder. Ekonomisk styrning från statens sida i form av stimulansbidrag och liknande visar sig ofta ge kortsiktiga effekter. Kunskapsstyrning är ett relativt ”billigt” och enkelt styrmedel men dess genomslag på bred front och därmed dess kapacitet att utjämna skillnader är långt ifrån självklar. Det ligger i sakens natur att med ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem som Sverige har, så har staten relativt trubbiga medel för att åstadkomma likhet över landet.

En ytterligare komplicerande faktor är det faktum att staten har ett övergripande systemansvar mot hela befolkningen, medan landstingen och dess ledning i formell mening enbart har ansvar mot den egna befolkningen. Inom ett landsting har landstingsledningen det yttersta ansvaret för att vården lever upp till kravet om att vården ska ges på lika villkor inom det landstinget. Att vården ser olika ut över landet är därmed i formell mening inget ansvar för landstingspolitiken. Staten har således ett ansvar för att styra vården för att minska problemen med ojämlikhet över landet men

har trubbiga medel för att åtgärda det. Det skarpaste instrumentet är att normera men normering är inte lämplig eller möjlig som styrmedel i många fall.

Ett annat närliggande bekymmer som utredningen identifierat är möjligheten att föra information om patienter över olika huvudmannagränser, se avsnitt 6.5.3. Sedan den 1 januari 2015 har patienter rätt att välja såväl primärvård som öppen specialiserad vård i andra landsting. Men någon uttrycklig skyldighet för huvudmannen att informationen som lagrats om patienten på ett ställe ska kunna föras över elektroniskt till en vårdgivare i annat landsting finns inte i lagstiftningen. Detta faktum komplicerar sannolikt patienternas möjlighet att söka vård i andra landsting. Endast staten har det huvudmannaövergripande ansvaret.

6.1.5 Statens styrmedel och huvudmännens styrning måste hänga samman i högre utsträckning

Staten och landstingen har tillsammans olika styrmedel till förfogande för att styra vården. Utredningen erfar att när statens styrning hänger samman med landstingens styrning så förstärker respektive styrning varandra. Och på motsatt sätt när staten använder ett styrmedel för att åstadkomma viss effekt så får det ringa genomslag om inte landstingen styr mot samma ”värde”.

Exempel på koordinerad styrning: vårdgarantin

I slutet av 2008 beslutade regeringen och SKL att en särskild satsning skulle göras för att stimulera landstingen till att arbeta för kortare väntetider. Satsningen kom i dagligt tal att kallas för ”kömiljarden”. Vårdgarantin lagfästes 2010. Överenskommelsen innebar att ett prestationsbaserat resurstillskott på en miljard kronor per år skulle fördelas till landstingen. År 2011 gjordes en ny överenskommelse, där parterna förlängde kömiljardsatsningen så att den skulle gälla fram till och med 2014. I den nya överenskommelsen skärptes prestationskraven, och principerna för hur kömiljarden skulle fördelas ändrades. I överenskommelsen sägs också att de tidsgränser som har lagts fast ska tjäna som utgångspunkt men att det även fortsättningsvis kommer att slutas årliga överenskommelser om vilka villkor som ska gälla för den prestationsbaserade ersättningen.

I samband med överenskommelsen om kömiljardsatsningen fick Socialstyrelsen uppdraget att följa upp vilka insatser landstingen gjort för att genomföra den nationella vårdgarantin och kömiljarden under åren 2009–2011. Uppdraget omfattade att i årliga rapporter redovisa och analysera resultatet av de åtgärder som landstingen genomfört för att uppfylla överenskommelsen avseende kömiljardsatsningen. I uppdraget ingick också att analysera vilka effekter landstingens satsningar får för tillgängligheten och väntetiderna i vården samt hur patienternas situation påverkas. Myndigheten skulle även följa upp landstingens informationsinsatser samt allmänhetens respektive hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom om och attityder till vårdgarantin.

Socialstyrelsens uppföljningar visar är att väntetiderna förbättrats över åren och att de sedan 2011 nått en mer stabil nivå. Viktigt att komma ihåg att vårdgarantin inte bara haft positiva effekter, även vissa undanträngningseffekter har uppstått. Även om vårdgarantin i stort varit positiv så är det viktigt påminna om att det inte är möjligt att med exakthet avgöra vad som är effekter av en reform och vad som är effekter av andra skeenden i omvärlden. Det tar lång tid att anpassa en verksamhet till nya regelverk, och under denna tid hinner det inträffa många förändringar som inte är en del av reformen, men som ändå påverkar det som reformen är tänkt att uppnå. Dessa förhållanden minskar givetvis möjligheterna kunna konstatera att en viss effekt har ett samband med just vårdgarantin och kömiljarden. Utredningen bedömer dock att i detta fall har statens styrning och landstingens styrning dragit åt samma håll och den totala effekten därför blivit stark. Frågan har varit prioriterad för landstingsledningarna vilket påverkat val och dimensioner av de åtgärder som vidtogs.

Statens styrmedel och åtgärder

- Lagstiftning
- Överenskommelse om regelverk för maximala väntetider och vårdval
- Kömiljard
- Väntetidsmätningar

Landstingens styrmedel och åtgärder

- Uppföljning, styrning, prioritering
- Organisation: omorganisering och förbättrad administration
- Kommunikation och information till patienter och personal
- Resursfördelning (ekonomiska och personella)

Avsedda effekter

- Kortare väntetider
- Ökade möjligheter att påverka vänte tiden och välja vårdgivare
- Kännedom om vårdgaranti

Icke-avsedda negativa effekter

- Undanträngning av högre prioriterade patienter
- Lägre produktivitet (avseende åtgärder som inte mäts/ersätts)
- Ändrade indikationer
- Försämrad patientsäkerhet (snabbhet, en åkomma i taget)

Exempel på okoordinerad styrning: fast vårdkontakt

Det finns många exempel på okoordinerad styrning. Vi har valt exemplet införande av funktionen *fast vårdkontakt* för att illustrera en situation när statens och huvudmännens styrning inte hänger ihop och där resultatet blir ringa eller ”hängande i luften”.

Den 1 juli 2010 infördes bestämmelser om fast vårdkontakt i 29 a § HSL. Där anges att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov eller om en patient begär det ska verksamhetschefen enligt samma paragraf utse en fast vårdkontakt för patienten. Ansvaret för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt ersatte funktionen patientansvarig läkare, förkortad PAL, i lagstiftningen

(prop. 2009/10:67 s. 55 ff.). Patientgrupper som särskilt gagnas av en fast vårdkontakt ansågs vara multisjuka patienter, exempelvis äldre med flera kroniska diagnoser. Att multisjuka patienter är en patientgrupp som är såväl storkonsumenter av vård samt behöver sammanhållna insatser torde vara väl känt.

En sådan situation där en fast vårdkontakt kan behövas kan till exempel vara när en patient har kontakt med flera enheter och vårdgivare. Den fasta vårdkontakten kan då samordna vårdens insatser och vara kontaktperson gentemot andra delar av hälso- och sjukvården eller andra berörda myndigheter såsom socialtjänsten eller Försäkringskassan. Bestämmelsen i 29 a § HSL tydliggör verksamhetschefens ansvar när det gäller rutiner för samordning av vård för en enskild patient. Samtidigt är det nödvändigt att landsting, kommuner och övriga vårdgivare säkerställer att det finns rutiner på övergripande nivå för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i hälso- och sjukvården. Olika typer av lösningar kan övervägas där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kan konstrueras, till exempel rutiner för när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som kan ingå i uppdraget. Rutinerna behöver också stämmas av med angränsande verksamhetsnivåer och vårdnivåer (prop. 2009/10:67 s. 63).

Socialstyrelsens uppföljning av införandet av den nya bestämmelsen visade att bestämmelsen har fått blandat genomslag bland hälso- och sjukvårdsverksamheterna.[6] 48 av de 118 sjukhusklinikerna och 39 av de 102 vårdcentralerna har haft patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. Inom hemsjukvården har en tredjedel av kommunerna tilldelat patienter en fast vårdkontakt. Det är mycket ovanligt att patienter begär att få en fast vårdkontakt oavsett verksamhet. Såväl vårdcentraler som sjukhuskliniker uppger att den nya bestämmelsen inte påverkat deras organisation i någon större utsträckning. Webbgranskningen visar att information om fast vårdkontakt var i det närmaste obefintlig på landstingens hemsidor och att den endast fanns på en fjärdedel av 1177-sidorna. Socialstyrelsens uppföljning visade att fyra av de 19 landsting som besva-

[6] Socialstyrelsen, Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport 2012.

rade Socialstyrelsens enkät har tagit fram rutiner och modeller på övergripande nivå för hur fasta vårdkontakter ska arbeta.

I detta fall hade staten genom normering och i viss mån informell styrning genom information från Socialstyrelsen[7] avsett att förbättra förutsättningarna för patienter att erhålla en mer sammanhållen vård. Men statens styrning i detta fall har inte i tillräcklig utsträckning mötts upp med styrmedel från landstingens och kommunernas sida. Funktionen fast vårdkontakt får därmed inte den effekt som var avsedd i den statliga styrningen. Det är oklart om staten valt rätt styrmedel eller varför staten inte säkerställde att denna fråga var tillräckligt högt prioriterad bland huvudmännen för att få genomslag för funktionen.

6.1.6 Kulturen är ett starkt styrmedel i vården

Utredningens ambition har varit att ha ett brett perspektiv på effektivitet, se avsnitt 3. I sin förlängning kan nästan allt sägas hänga samman med effektivitet eller förutsättningar för effektivitet. Vi har dock varit tvungna att begränsa oss i såväl analys som inom vilka områden vi föreslår åtgärder. Vissa frågor och områden har vi valt att inte arbeta vidare med. Det kan t.ex. röra sig om frågor som utreds av andra, som nyligen har utretts av andra eller frågor som utredningen av andra skäl inte utrett, se vidare avsnitt 2.

Ett ämne som varit ständigt återkommande i alla våra kontakter med patientföreträdare, professionsföreträdare, politiker och ledningar på olika nivåer inom sjukvården både i kommuner och i landsting är hur kulturen inom olika delar av hälso- och sjukvården påverkar effektiviteten. 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 individnivå som organisationsnivå. Vi är övertygade om att förhållningssätt och kulturen på alla nivåer och i alla verksamheter inte bara har en stor, utan en avgörande betydelse för förutsättningarna för att arbetet bedrivs effektivt. Samtidigt är detta ”mjuka värde” svårfångat i traditionella sätt att samla, strukturera, bearbeta

[7] Socialstyrelsen, Handbok – Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig.

och analysera data. Vi har eftersökt forskning och andra studier på området, men kulturens betydelse för effektivitet i hälso- och sjukvården är mycket lite studerat och beforskat. De få studier som finns berör mycket avgränsade situationer. Vi har således inte kunnat hämta mycket kunskap från andra analyser om arbetsplatskulturens betydelse i hälso- och sjukvården. Däremot finns mycket kunskap om organisationskultur i mer generella termer och i andra branscher men det är oklart i vilken mån sådan kunskap kan översättas till hälso- och sjukvården.

Trots bristen på skriftliga underlag att hänvisa till har vi ändå valt att uppmärksamma kulturens betydelse för effektivitet. Underlaget utgörs av det som framkommit vid våra möten och de reflektioner vi gjort när vi studerat vad som skiljer framgångsrika exempel på effektiv verksamhet från andra mer ”normalpresterande” verksamheter. Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan aldrig föreskriva ageranden och beteende i detalj. Detta gäller särskilt 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. Avsaknaden av mer formella styrmöjligheter förutsätter därmed att andra faktorer än traditionella styrmedel fungerar för att arbetet ska bedrivas effektivt. I de verksamheter som utredningen studerat och som arbetar effektivt har det ofta handlat om att det förekommit ett ”yttre hot” eller ett ”sammanbrott” som varit en utlösande faktor för det rationaliseringsarbete som gjorts. Ofta handlar det om hot om minskade resurser, ändrad personalmix, nedläggning, orimlig kösituation, dåliga resultat eller annat. Genomgående är att de rationaliseringsarbeten som vi tagit del av inte har ”dikterats uppifrån” i den hierarkiska organisationen avseende vad och hur förändringen skulle gå till. Initiativen har kommit från verksamheten själv och enligt utredningens iakttagelser handlar det om att drivkraften och förmågan att förändra och vidmakthålla effektivare arbetssätt drivs ”underifrån”.

Vi har valt att sammanställa våra 6 reflektioner utifrån detta.

Reflektion nr 1: Arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”

”Culture eats strategy for breakfast” är ett uttryck som florerar när man diskuterar organisationskultur. Det är givetvis väldigt förenklat men utredningen har ingen annan uppfattning än att det i högsta grad förhåller sig på det sättet i hälso- och sjukvården. I våra många kontakter med företrädare för vården på alla nivåer skymtar ibland ett uttalat eller outtalat misstroende mot ledningsfunktioner ”högre upp” i organisationen. Denna leder i sin tur till ett ”vi-och-dom”-förhållningssätt som legitimerar att det uppstår ”motkulturer” som kan vara öppna eller dolda. Ett beslut eller ett direktiv ”uppifrån” mottas därmed ibland med skepticism bara på grund av att beslutsfattaren är den hen är oavsett innehållet i beslutet eller direktivet. Hållningen kan också vara en följd av tidigare konflikter och spänningar som aldrig ”lösts” eller som inte kunnat diskuterats på ett genuint sätt. Motkulturen kan bestå i att det finns en outtalad legitimitet att ignorera eller ”ta lätt på” direktiv som kommer uppifrån. Om ”motkulturen” är mycket stark kan således styrningsförsök från andra håll i organisationen bli utan verkan. Utredningen erfar att det förekommer att det i sin tur kan leda till att ledningsfunktioner ”högre upp” i organisationen utökar försöken att kontrollera verksamheten. Underförstått att den kontrollerade verksamheten då ska se sig tvungna att bli mer följsamma till beslut som fastställts högre upp i organisationen. Sådana kontrollmekanismer kan medföra att verksamheten följs upp på fler indikatorer och den administrativa bördan riskerar att öka.

Därmed har den bristande tilliten – för det är ytterst tillit det handlar om – genererat kontrollmekanismer som ersättning för bristande tillit. Behovet och strävan efter viss kontroll är givetvis nödvändigt, det är snarare graden av kontroll som utökas. En rimlig avvägning mellan den arbetsbörda kontrollen renderar och nyttan med kontrollen måste ske utifrån en dialog mellan kontrollanden och den som blir kontrollerad. Kontrollbehovet är inte unikt för hälso- och sjukvården, utan del i en större samhällstrend se avsnitt 6.6.3.

En reflektion som utredningen gjort utifrån vår granskning av styrning av vården är att det tycks som om det inte alltid tas hänsyn till arbetsplatskultur vid val av styrmedel. Utredningens erfarenhet

är att styrmedlet lagstiftning inte alltid, får det genomslag och den tillämpning som var önskad, exempelvis lagstiftningen om patientansvarig läkare (PAL), se avsnitt 6.4.4. I vårdens vardagsarbete är oftast inte lagstiftning del av den kunskapsmassa som styr det dagliga arbetet. Undantag finns givetvis framför allt i verksamheter inom vården som är mer lagstyrda, exempelvis tvångsvård. Att vårdens vardag inte ”svarar” så väl mot lagstiftning måste förstås som att det är ett styrmedel som kan harmoniera dåligt med vardagsarbetet där vetenskap och beprövad erfarenhet är de främsta styrmedlen och ska så vara. I exemplet med en lagreglering av patientansvarig läkare (PAL) får förstås så att det från statens sida varit motiverat att vidta åtgärder för att säkra patienternas behov av kontinuitet och behov av en tydlig ansvarig person. Men lagstiftningen förmådde inte ändra på det praktiska arbetssätten i arbetssätten i vården som är djupt rotade och motiverade av andra ”värden”.

Inte bara skillnader mellan professioner ger upphov till kulturskillnader och ”kulturdiken”. I vård och omsorg om äldre, personer med funktionsnedsättningar, personer med psykiska funktionsnedsättningar, personer med missbruk och beroende och andra grupper som har behov av insatser och åtgärder från både kommun och landsting finns många vittnesmål om att insatser från olika huvudmän inte hänger ihop och ibland till och med konkurrerar med varandra. Ibland skylls dessa ”diken” mellan huvudmännen på lagstiftningen dvs. att det är det faktum att stödet ges enligt olika lagstiftningar som gör att glapp och/eller onödig överlappning uppstår. Utredningen menar att lagstiftningen visst kan ha betydelse när det uppstår kulturella krockar. Men utredningen menar samtidigt att sannolikt mer beror olika former av kulturella ”diken” än att det handlar om lagstiftningen. Det handlar enligt utredningens uppfattning mer om olika uppfattningar om vikten av olika perspektiv och ideologier.

Som exempel kan nämnas den spänning som kan skönjas när det gäller sjukvård i patientens eget hem, framför allt gäller detta patienter med multisjuklighet eller patienter som av andra skäl behöver mycket hälso- och sjukvårdsinsatser under längre tid. Utmaningen handlar om att ge insatser i den omfattning och på det sätt så att det möjliggör för den enskilde att leva så normalt som möjligt dvs. inte vara inneliggande patient i slutenvård mer än nödvändigt och slippa besöka sjukvårdsinrättningar som ”stör” möjligheten till att

leva ett liva som andra. Ur ett strikt sjukvårdsrationellt perspektiv kan det vara motiverat att ge den enskilde så mycket vård som möjligt i patientens eget hem. Det är kostnadseffektivt och patienten slipper åka in och ut i såväl akutsjukvård, slutenvård som annan vård. Samtidigt finns det ur ett socialvetenskapligt perspektiv inte bara fördelar med en sådan förmedlingslogik av vården. Det handlar om att hemmet är en arena för individen som privatperson och vad händer med denna arena och individens identitet och möjlighet att leva som andra om hemmet också blir en plats för vårdmöten, eller rent av en plats där det bedrivs sjukvård som delvis eller helt är så avancerad att det kan betraktas som slutenvård? Det är enligt utredningens uppfattning inte möjligt att finna entydiga svar på denna intressekonflikt. Vilka perspektiv som ska ges företräde framför andra kan bara avgöras i dialog med patienten och dennes anhöriga. Företrädare för olika professioner och därmed olika vetenskapliga perspektiv och ingångsvärden behöver delta i sådana överväganden tillsammans med den enskilde. Det kräver en respekt mellan de professionella och att kulturen är sådan att olika uppfattningar inte bara respekteras utan också tas tillvara för att den enskildes helhet ska bli så bra som möjligt.

Utredningen har i avsnitt 4.1.3 redovisat utvecklingen av kompetensförsörjningen i vården samt utvecklingen för olika yrkeskategorier. Utredningen konstaterar att sjuksköterskor och läkare växer i antal medan yrkeskategorier med lägre formell kompetens som undersköterskor och medicinska sekreterare minskar. Ur ett övergripande perspektiv ter sig denna utveckling smått obegriplig, det är sannolikt inte så att arbetsuppgifterna i vården i sig har ändrat karaktär så att det skulle motivera denna omsvängning i den strukturella personalmixen. Utredningen har därför en hypotes om att denna utveckling delvis kan vara ett resultat av att sjuksköterskor och läkare dominerar som chefer i vården och att identiteten med den egna yrkeskåren är så stark att när en verksamhet behöver rationalisera, t.ex. vid budgetneddragningar, så är det svårare att säga upp personal som tillhör den egna yrkeskategorin. Det motstånd som automatiskt uppstår vid neddragningar är sannolikt lättare att bemöta om neddragningarna drabbar andra yrkeskategorier än den som chefen själv tillhör, särskilt om dessa har yrkesmässigt lägre status. Utredningen har inte kunnat bevisa denna hypotes.

Reflektion nr 2: Framgångsrika verksamheter har en stark och sund ”vi-anda”

Kultur och synsätt tycks vara präglade av hur hälso- och sjukvården traditionellt organiserats utifrån hierarkier och ”avgränsade” diagnoser och diagnosgrupper. I takt med ökad kunskapsmassa, inte bara inom den medicinska vetenskapen utan även hos övriga professioner inom vården, ökad specialisering och fragmentisering, blir vården allt mer svårstyrd utifrån det traditionellt byråkratiska sättet att organisera vården i hierarkier och stuprör. De förhållningssätt och ramar som fungerar när arbetsuppgifter och moment är avgränsbara fungerar mindre bra ju mer komplex kunskapsmassan är och ju aktörer som verkar i systemet. Vårdens professioner har olika historiska rötter, olika kunskapsmassa och betonar olika perspektiv i patientens helhet. Utöver sådana ”mjuka” faktorer finns mer synliga skillnader mellan professionerna som olika karriärvägar, olika lönenivåer, olika arbetstidsavtal och olikheter i formellt ansvar. De olika professionerna organiserar sig fackligt yrkesvis. Identiteten med den egna yrkeskåren är en viktig framgångsfaktor. Att olika professionella kan utbyta erfarenheter som är professionsspecifika är en viktig del i det ständiga lärandet och att utveckla och bibehålla en yrkesmässig autonomi. Det kan också utgöra ett ovärderligt stöd för den enskilde professionelle. I vardagsarbetet där olika kompetenser ska samarbeta runt en enskild patient kan den enskilde professionelle vara den enda från sitt ”skrå” och det finns behov av att diskutera och ventilera med andra som har samma perspektiv och kunskapsmässiga bas för sin yrkesutövning.

Men den starka kulturella identifikationen i olika professionskategorier kan även ha negativa aspekter. Sammanhållningen och ”vi-känslan” inom en viss yrkeskategori kan, enligt utredningens erfarenhet, innebära att olika yrkesgrupper *inom samma team eller arbetsenhet* inte utvecklar en arbetsgemenskap och ett starkt ”vi”. I värsta fall uppstår en konkurrens mellan olika yrkeskategorier där man inte ser eller till och med förnekar andra professioners kompetens inom visst område. Konkurrens mellan olika yrkeskategorier blir ett hinder mot att det utvecklas en tillitsfull arbetsgemenskap. Bristen på tillit till andra professioner kan göra att en viss yrkeskategori ”gör för mycket” i patientens helhet. Patienten

kan riskera att gå miste om att få in andra kompetenser i sin vård och att vården därmed blir sämre.

Konkurrensen bevarar informella hierarkier bland vårdens professioner. Informella hierarkier kan innebära att när arbetsuppgifter ska fördelas inom arbetsenheten kan arbetsuppgifterna inte fördelas efter vad som är mest rationellt utifrån en helhet och efter vad som skulle vara mest effektivt. En viss arbetsuppgift kan ha hög status att utföra och kan då fördelas på en viss yrkeskategori enbart på denna grund utan att det först reflekterats över vem som är bäst lämpad och vad som är mest ekonomiskt och arbetsmässigt rationellt. Häri finns också frågor om makt. Att en viss yrkeskategori ”släpper ifrån sig” ansvar för ett visst arbetsmoment till en annan yrkeskategori kan innebära att man upplever att den egna professionens yrkesmässiga domän minskar. Att bromsa omfördelningar av arbetsuppgifter kan i värsta fall utgöra ett värnande om den egna domänen, dvs. en form av maktbevarande. Framgångsrika verksamheter har en stark ”vi-känsla” inom det aktuella teamet eller arbetsenheten. Det innebär att man prestigelöst hjälps åt, fördelar arbetsuppgifter efter mer rationella principer; den som är bäst lämpad och tillgänglig. Bäst lämpad är inte alltid den yrkeskategori som har högst formell kompetens Arbetet löper smidigare i vardagen. En stark ”vi-identitet” i teamet eller gruppen där alla berörda yrkeskategorier har sitt självklara och unika värde i helheten bidrar också till en bättre grogrund för interprofessionellt lärande.

Vården är en del av samhället och påverkas på samma sätt som andra verksamheter av kulturer och trender i omvärlden. Specialisering är ett sådant exempel på en övergripande samhällstrend, där enskilda professionella ”belönas” med högre specialisering. Det ger inte sällan karriärfördelar och bidrar till en ”exklusiv status”. Högre grad av specialisering innebär givetvis självklara fördelar för vårdens kvalitet. Samtidigt finns risk för ökad distansering till andra yrkesgrupper och fragmentering av den samlade kompetensen. Detta kan också påverka kulturen i arbetet runt patienten. Är det ”finare” och hög status att enbart kunna en liten skärv i helheten, men lägre status att vara expert på patientens helhet och samlade behov?

Att ett team, en arbetsgrupp, en enhet, klinik, vårdcentral eller annan arbetsgemenskap har en stark ”vi-identitet” räcker dock inte för att ”vi-känslan” ska vara av godo. Den måste också vara så mogen och medveten att den inte utesluter att arbetsgemenskap

uppstår med andra aktörer ur den sfär som den aktuella enheten ska samarbeta med. Hälso- och sjukvårdens utpräglade särart är att den är multiprofessionell och kompetensen fördelade på olika nivåer, enheter eller till och med olika huvudmän. För att vården ska fungera smidigt och effektivt för patienten måste olika organisatoriska delar och individer samarbeta med varandra. Dessa övergångar, överlappningar, gråzoner och organisatoriska mellanrum hanteras bättre om också ”vi-identiteten” är sådan att den kan omfatta alla parter som den enskilde professionella behöver samspela med. En stark ”vi-identitet” som ligger hos den enskilda professionen eller i en viss enhet kan skapa kulturella diken som försvårar ett smidigt givande och tagande i samarbetet. ”Vi-känslan” behöver finnas i relation till *alla* aktörer som finns runt patienten. En stark ”vi-känsla” som blir begränsad till viss profession eller viss enhet är således inte synonymt med en *sund* ”vi-känsla”.

Var den kulturella identiteten eller ”vi-känslan” är som starkast – med den egna professionen eller med teamet eller arbetsenheten – är, såvitt utredningen kan bedöma, direkt avgörande för verksamhetens förutsättningar att arbeta effektivt. Häri ska också läggas i vilken mån man också har kulturen att vara ”vi” med patienten, se nedan.

Reflektion nr 3: Verksamheter med en positiv arbetsplatskultur har lättare att både identifiera och genomföra innovationer

Kulturer på arbetsplatser har en avgörande betydelse för förmågan att utveckla och förändra verksamheten utifrån nya förutsättningar och krav. Utredningen erfar att där kulturen är sådan att det är förbehållet några få personer med hög status att vara de som kommer med förbättringsidéer så riskerar verksamheten att gå miste om idéer som kommer från andra i verksamheten. Ofta är det chefer som har ett naturligt och förväntat mandat att komma med förändringsidéer, trots att de kanske inte är lagda åt det innovativa hållet. Ett prestigelöst arbetsklimat, där alla medarbetare är och förväntas vara delaktiga i förbättringsarbete och innovationer utgör an bättre grund för att förändringsarbete faktiskt sker. Klimatet på arbetsplatsen och relationer mellan olika individer och mellan individ och grupp har också avgörande betydelse för hur nya idéer tas om hand eller om nya idéer och perspektiv framförs över huvud taget. En tillåtande och stöttande atmosfär har därmed högre i tak

och fler medarbetare kan och vågar delta i idéutvecklingen och ta ansvar för densamma. Bland de framgångsrika exempel utredningen studerat kommer de avgörande innovationerna från alla yrkeskategorier, inte minst yrkeskategorier med lägre formell kompetens.

Reflektion nr 4: Ledaren som kulturbärare är en viktig del för en positiv arbetsplatskultur

När ledarskap och chefskap diskuteras i vården, erfar utredningen att mycket fokus läggs vid chefsuppgifter av vårdpraktisk och formell karaktär såsom planering, personalledning, schemaläggning osv. Utredningen erfar att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ett ledarskap som har som utmärkande drag att de är starka kulturbärare för den arbetskultur som råder och som i sin tur utgjort grogrund för effektivare verksamhet. Det kulturbärande uppdraget i ledarskapet tycks vara minst lika viktigt som de mer traditionella delarna i chefsuppdraget: ”management”-kunskaper och sakkunskap i vården. Samtidigt är chefens kulturbärande funktion i vården problematisk av andra skäl. Som nämns ovan är traditionen av identifikation med den egna yrkeskåren stark i vården. Utredningen erfar att det inte alltid är oproblematiskt för en viss yrkeskategori att bli chef över personal inom andra yrkeskategorier. Utredningen har tagit del av några exempel t.ex. där en sjuksköterska blir chef över läkare. För läkarna i dessa exempel är identiteten med den egna yrkesprofessionen så stark att chefens legitimitet – om chefen är av en annan yrkeskategori – blir försvagad. Det tycks som att det är vanligt förekommande att ledarskapet inte ses som en *profession i sig,* som kräver egen självständig yrkeskunskap och färdigheter. Vårdens chefer betraktas i första hand utifrån sin yrkesmässiga bakgrund: ”sjuksköterskor”, ”läkare”, ”fysioterapeuter”, osv. och inte i chefs*rollen.*

I den finska lagstiftningen (1 kap 4 § hälso- och sjukvårdslagen) ställs krav att ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan *multidisciplinär kompetens* som främjar en högkvalitativ och säker vård, *samarbetet mellan olika yrkesgrupper* och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder. Utredningen uppfattar med ledning av förarbetena i denna lag att problemen med att olika yrkesgrupper har olika status i hälso- och sjukvården inte är unika för Sverige.

Även om motsvarande bestämmelse inte finns i Sverige så är detta ett angeläget problem att komma tillrätta med.

Reflektion nr5: ska patienten verkligen vara i centrum? Är det inte bättre om patienten är en del av teamet?

Kulturen i vården, häri inbegripet informella makthierarkier, påverkar bemötandet av patienten. Patienten kan förvisso få ett gott och respektfullt bemötande även om hen behandlas som ett objekt. Men utredningen erfar att verkligt effektiva verksamheter har ett annat förhållningssätt till patienten. Så länge patienten betraktas som ett objekt för de professionellas yrkeskunnande tycks det som att det endast marginellt finns naturliga dragkrafter att tillvarata patientens resurser i vården. De professionellas makt över vården förblir ohotad så länge patienten kulturellt betraktas som *föremål* för de professionellas insatser, dvs. är ett objekt i vårdmötet.

Uttrycket ”patienten i centrum” är vanligt förekommande i vården, oklart vad som egentligen avses. Kanske är det en metafor för att vårdens professionella samlas runt patienten och patientens behov ska vara i fokus. Så långt är begreppet oproblematiskt. Men om patienten verkligen ska kunna bidra och ansvarara för hela eller delar av sin vård räcker inte ett sådant förhållningssätt. Några framgångsrika verksamheter som utredningen studerat har ett förhållningssätt att betrakta patienten som en del i teamet, vilket medför att arbetsuppgifter och ansvar för moment som rör den enskildes vård naturligt ”delegeras” till patienten efter hans eller hennes kompetens och förmåga. Att vårdens professionella har ett ”kulturellt vi” med patienten, att förhållningssättet innebär att vården bedrivs *tillsammans med* patienten och inte *för* honom eller henne, är avgörande för möjligheten att patienten ska bli en del av teamet. Att uppnå detta kulturella tillstånd av ”vi” torde vara lättare i relationer med hög kontinuitet.

Reflektion nr 6: Kan själv!

Det finns en stark tradition av yrkesstolthet bland vårdens professioner, vilken i sig utgör en framgångsfaktor. På motsvarande sätt finns också en yrkesstolthet i den egna kliniken, vårdcentralen eller annan enhet. Man värnar yrkeskunnandet inom de egna

väggarna. En potentiell positiv aspekt av detta är att ”vi-känslan” skulle kunna förstärkas. Utredningens reflektion i sammanhanget är dock att ”vi-känslan” oftare präglas av en sammanhållning som bottnar i behovet att känna samhörighet ”mot” något annat, snarare än att ”vi-känslan” baseras på solidaritet och hjälpsamhet över professionsgränser. Det ”yttre hotet” kan vara beställaren, ledningen, konkurrenten, ett sparbeting eller något annat. Traditionen att värna den egna verksamheten är givetvis naturlig men utredningen befarar att den i vissa fall också kan bidra till en tradition av att man inte är särskilt benägen att söka efter eller inspireras av andra aktörer. Att en klinik, vårdcentral eller enhet är framgångsrik och nytänkande är ingen garanti för att innovationer sprider sig till andra landsting eller ens nära ”grannar”. Många gånger verkar filosofin ”not invented here” råda, dvs. ett innovativt arbetssätt som någon annan nått framgång med röner inte intresse eftersom det inte kommer från den egna verksamheten. Innovationer kan sällan kopieras exakt, men verksamheter kan ibland hävda sin särart för att ”slippa” få förväntningar på sig att låta sig inspireras av andras exempel. Lite annorlunda uttryckt: det tycks finnas en tradition av att med den egna särarten som förevändning ”vara sig själv nog” och negligera utvecklingspotentialen.

Man kan också skönja denna tradition i förhållningssättet till patienten. En verksamhet där kulturen präglas av vilja till ständig utveckling och innovationer ser patienten som en potentiell resurs. Man ser naturligt att patienten kan bidra med avgörande kunskaper om såväl vårdens innehåll som vårdens organisering, både avseende patientens egen vård men även enhetens verksamhet i stort. Häri ligger också en trygghet och mognad i den egna professionen att den professionelle vågar och kan ge patienten den makt det innebär att få ett reellt inflytande. I sådana verksamheter efterfrågas patienternas kunskaper och erfarenheter och dessa tas tillvara. Inte för att någon lag eller beslut säger att de måste, utan för att patienterfarenheten är nödvändig i förbättringsarbetet. En verksamhet som ”är sig själv nog” tycks inte ha riktigt samma förhållningssätt till vad som är värdefull kunskap för verksamheten. Utredningen menar att detta förhållningssätt till patienten, som bottnar i kultur och tradition, knappast förändras genom att förändra i juridiken. Det verkar som att juridiskt grundande former för delaktighet har svårt att i realiteten förflytta positionerna så att verklig delaktighet uppstår.

6.1.7 Det finns områden och frågor där landstingen behöver agera mer gemensamt

Gemensamt agerande av effektivitetsskäl

Utredningen har inom ramen för utredningsuppdraget vid upprepade tillfällen tagit del av utvecklingsarbete och verksamheter där varje landsting/region fått ”börja från noll” och själva bygga upp infrastrukturer, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift. Sällan har dessa enheter/verksamheter haft andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det samlade intrycket är således att det i många frågor handlar om att alla ”utvecklar sitt”. Sett ur ett systemperspektiv är detta inte optimalt. Utveckling, kunskap och smarta lösningar skulle med fördel kunna samlas så att fler kunde nyttja de innovationer och verksamheter som vuxit fram. Det saknas i stor utsträckning arenor och mekanismer för att nyttja varandras verksamheter och lösningar.

En annan iakttagelse som utredningen gjort är att vissa verksamheter kan vara mycket små och mycket specialiserade i varje landsting. Men de måste ändå göras och det skulle finnas fördelar med att sådan verksamhet skulle drivas gemensamt för att uppnå stordriftsfördelar.

Landstingens förmåga att agera gemensamt är olika på olika områden. Sammantaget är utredningens bedömning att förmågan att få till gemensamma lösningar är mycket viktig, inte minst för att rationellt och effektivt lösa gemensamma utmaningar. Det finns, enligt utredningens uppfattning, en växande insikt hos landstingsledning både på tjänstemannanivå och på politisk nivå att det finns behov av att samlas runt olika lösningar och att allokera resurser för gemensamt utförande av vissa uppdrag. Samtidigt tycks vägen till gemensamt agerande vara lång och svår.

6.2 Samverkan

Utredningen har gjort en samlad analys av möjligheterna till effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, i enlighet med direktiven. Därefter har ett antal områden valts ut för vidare utredningsarbete med ambition att föreslå eller rekommendera åtgärder som ytterst syftar till att samhällets samlade resurser kan användas

mer effektivt. Utredningen bedömer att ett strategiskt viktigt område att granska är personer som är ”storkonsumenter” av vård och omsorg. Angränsande till detta finns andra målgrupper där såväl individ som samhälle kan göra vinster av ett annat sätt att tillhandahålla de vård- och omsorgstjänster de behöver. Utredningens bedömning har fått stort stöd i de hearingar som utredningen genomfört. Utredningen har därvid identifierat att detta gränsdragningsområde mellan olika huvudmän och verksamheter – ”samverkansområdet” är ett sådant område där ett annat sätt att tillhandahålla den vård och omsorg dessa målgrupper behöver skulle innebära ett effektivare resursutnyttjande.

Vårdtunga gruppers behov och samhällets sätt att formera stödet

Fram till de stora avinstitutionaliseringsreformerna på 1990-talet kunde människor med stora behov av vård och omsorg få dem tillgodosedda i en helhet inom institutionens fyra väggar. En bärande princip i modern socialtjänst och hälso- och sjukvård har varit att människor genom rätt stöd och vård ska kunna leva så normalt som möjligt och att sjukdomar och funktionsnedsättningar ska innebära så lite åverkan som möjligt på möjligheterna att leva ett liv som andra. Långvarig institutionsvård och omsorg ges i dag primärt när vård och omsorg i öppna former inte längre är möjliga. Därtill är vistelser i slutenvård på sjukhus i huvudsak mycket korta och avgränsade episoder i patienters totala vårdprocess. Skiftet bort från tanken om ”de goda institutionerna” har gått stegvis och drivits på av nya möjligheter att vårda och behandla patienter i öppenvård, inte minst genom effektiva läkemedel och den medicintekniska utvecklingen. Men utvecklingen ”bort från institutionerna” har även drivits på utifrån perspektivet kostnadseffektivitet. Institutionsvård är dyrt och vård på sjukhus är dessutom förknippat med patientsäkerhetsrisker i form av smittorisk. I ett framtidsperspektiv kommer utvecklingen gå mot att allt fler insatser kan göras i öppen vård och i patientens eget hem.

Specialisering och fragmentisering

En parallell process till denna utveckling är också samhällets ökade specialisering och differentiering. Nya organisationer, verksamheter och specialiteter/subspecialiteter och ett ökat professionellt inflytande växer fram. Denna generella samhällstrend gäller i hela samhället, inte minst inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Specialisering förknippas med hög status och renderar inte sällan belöningar i form av lön, uppmärksamhet, särskilda frihetsgrader i yrkesutövandet eller annat.

Specialiseringens fördelar är att vård, omsorg och stöd kan ges mycket träffsäkert men specialiseringen har också påtagliga negativa aspekter som måste balanseras mot fördelarna. Specialisering leder inte sällan till en strävan att renodla ansvar och arbetsuppgifter och en drivkraft att definiera egenarten mot omgivande aktörer. Snäva gränskriterier gör det samtidigt möjligt att avsäga sig ansvaret för ”fel” klient eller patient, det blir någon annans bekymmer. Specialiseringens nackdelar, att kvalificerad kunskap är fragmenterad, drabbar särskilt de grupper som har komplexa vård- och omsorgsbehov. Människor som har behov av samhällets olika stödinsatser har många benämningar – brukare, patient, klient, vårdtagare, kund, gäst, boende – vilka ofta uttrycker ”tillhörighet” till en förvaltningsorganisation eller ett lagstiftningsområde. En person eller en familj ser självklart inte sina behov uppdelade i fackområden. Inte heller definierar sig människor som ett missbruk, ett funktionshinder, ett socialt problem eller en sjukdom. Alla människor och familjer – även i rollen som patient eller klient – har olika styrkor och svagheter som skiftar över livet. Man kan vara helt oberoende i de flesta avseenden men beroende av andra i en viss funktion eller situation, under en begränsad del av livet eller under hela livet. Framför allt är den enskilda människan expert på sin egen situation med dess specifika bakgrund och historia och bara hen kan besluta att förändra sitt liv eller lära sig leva vidare med de villkor som gäller.

Ökad tillgång till kunskap och befolkningens förväntningar påverkar utvecklingen

Välfärdsservicen har i takt med avinstitutionalisering, utbyggnad och specialisering skapat ett svåröverskådligt samhällsbygge med parallella organisationer, olika lagstiftningar och en mängd olika yrkesgrupper och verksamheter. Alla, såväl patienter/brukare som professionella och ”åskådare” utanför systemet, inser behovet av att olika aktörer såväl på verksamhetsnivå som på individnivå behöver samspela med varandra för att den enskildes totala behov av vård, omsorg, hjälp och stöd ska bilda en helhet. Den moderna välfärdsstaten är och ska vara i ständig utveckling för att kunna använda sig av ny kunskap, nya synsätt och nya metoder att diagnosticera/identifiera och behandla människors fysiska, psykiska och sociala problem.

Nya förutsättningar och förväntningar från befolkningen driver också på förändringstakten. Exempelvis ökade kunskaper och öppenhet kring tidigare tabubelagda områden som misshandel och våld mot barn och kvinnor liksom sexuella övergrepp har bidragit till att synliggöra utsatta barn och kvinnor och därmed möjligheterna till stöd och omsorg. Likaså har ett förändrat synsätt på psykiska sjukdomar liksom nya former av socialpsykiatrisk omsorg förändrat livsvillkoren för människor med psykiska funktionshinder. Den medicinska utvecklingen har bidragit till ökad livskvalitet för många människor och flera sjukdomstillstånd kan i dag behandlas även i hög ålder. Kunskapen om människors olika livsbetingelser och möjligheten att stötta dem att leva som andra ökar och därmed ökar också vår förväntan på vad de offentliga välfärdsinstitutionerna ska kunna hantera.

Behovet av samverkan

Samverkan ett begrepp som används ofta och med skiftande innebörd. Det är dock svårt att finna någon entydig definition av vad samverkan innebär. Enligt Nationalencyklopedin betyder samverkan att man handlar eller fungerar gemensamt för ett visst syfte. Samverkan kan också beskrivas som ”icke-hierarkiska aktiviteter där aktörer möts på lika villkor och med gemensamt syfte” och som aktiviteter som ”överskrider gränser inom eller mellan organi-

sationer". I dessa definitioner och beskrivningar framstår orden "handla", "gemensamt", "syfte", icke-auktoritär" och "gränsöverskridande" som meningsbärande.

Förutsättningar för och innehåll i samverkan varierar beroende på föremålet för de gemensamma insatserna. Inom välfärdsområdet, det vill säga sjukvård, socialtjänst, m.m. ska aktörerna samverka med brukare som har egna tankar, känslor och åsikter. Patienten/brukaren förutsätts vara ett tydligt subjekt i samverkan och ha stort inflytande på hur samverkansprocessen utvecklas. Dessa förutsättningar skiljer sig väsentligt från dem som gäller vid den samverkan som krävs för att till exempel bygga ett hus, som måste betraktas som ett renodlat objekt. De yrkesgrupper som samverkar kring ett husbygge – elektriker, snickare, målare med flera – har ritningar, byggnormer med mera som underlag för en tydlig och gemensam målbild, det vill säga huset som ska byggas. Det är ofta uttalat och välkänt vilka arbetsmoment som krävs för att nå målet och rollerna är klart definierade. Samverkan inom vård och omsorg är annorlunda. Människors sociala och medicinska hälsa, dess problem och möjligheter är inte statiska och situationen runt varje individ är unik.

I organisationslitteraturen finns olika försök att problematisera definitionerna. Där finns stöd för att definiera begreppet samverkan som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete. Samarbete används då för att beteckna (horisontella) mellanmänskliga relationer med och kring enskilda brukare t.ex. i informella nätverk. Samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande samordningsrutiner, ledningsgrupper för principiella frågor etc. Ett kriterium för samverkan att det ska handla om aktiviteter och information som överskrider gränser inom eller mellan organisationer. Det kan gälla allt ifrån att ha regelbundna möten för gemensam information via formella överenskommelser om gemensamma vårdprogram eller om att inrätta gränsöverskridande multidisciplinära arbetslag, till samlokalisering, gemensamma databaser, en gemensam politisk nämnd eller annat.

Samverkan som arbetsform för att skapa helhet

Inom hela välfärdsområdet har graden av specialisering ökat som en konsekvens av dels ny kunskap, dels fler aktörer (såväl offentliga som frivilliga och ideella organisationer och privata företag). Samtidigt har en ökad professionalisering inneburit att fler yrkesgrupper är inblandade i de insatser som t.ex. sjukvård och socialtjänst erbjuder. Myndigheter och organisationer har utvecklat en hög grad av specialisering och har en djup men avgränsad kunskap inom vissa arbetsfält. Specialiseringen har dessutom ofta förstärkts av att olika yrkesgrupper arbetar i olika lokaler. Denna organisering kallas ibland stuprörslogiken och är effektiv för att hjälpa brukare som har en tydlig problembild som stämmer med organisationens uppdrag, mandat och kompetens. Tydliga processer och vårdkedjor utformas inte sällan med referenser från en industriell logik. Ett exempel är arbetet på akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar på större sjukhus, som har en tydlig stuprörsorganisering.

Stuprörslogiken fungerar däremot inte om den enskildes problematik spänner över flera myndigheters ansvars- och kompetensområden. En aktör kan inte ensam lösa den enskildes aktuella problem. Det gäller till exempel sköra äldre med flera kroniska sjukdomar, svåra traumatiska skador ex. stroke, psykiska funktionsnedsättningar, personer med missbruk eller barn som riskerar att fara illa. Patienter och brukare som har störst behov har således troligen svårast att nå fram till vårdens stöd, just på grund av deras sammansatta och komplexa problembild.

Samverkan innebär inte att alla gör samma sak, utan att man gör sin egen sak i samspel med andra i ett större sammanhang. Samverkan, när den fungerar, förstärker specialistkompetensen samtidigt som den integrerar den i en större helhet. Helhetssyn i samverkanssituationer uppstår när specialister tillsammans kan skapa en mer fullständig bild av verkligheten än om de agerar var för sig (synergi). Samverkan förknippas ofta med ambitionen att myndigheter ska arbeta förebyggande och med tidiga insatser. Med andra ord ska de försöka att begränsa problem som redan finns, och samtidigt förhindra att situationen förvärras. I folkhälsotermer brukar detta benämnas tertiärprevention.

Flera viktiga motiv för samverkan kan urskiljas. Ur brukarens perspektiv kan samverkan förhindra att han eller hon ”faller mellan

stolarna” och själv får söka och kombinera de insatser som behövs. Om myndigheter och verksamheter genom samverkan kan minska den enskildes problem och lidande så bör de göra det. Det finns ett verksamhetsmotiv för samverkan som är grundat på att ingen enskild aktör har mandat, möjlighet eller resurser att ensam lösa brukarens problem. Detta faktum blir ofta uppenbart för yrkesutövare som arbetar direkt med patienten/brukaren och ser att den egna kompetensen behöver kompletteras.

6.2.1 Problembeskrivning och analys

Att vi har problem runt samverkan mellan huvudmännen runt olika grupper är väl känt och dokumenterat. Grupper som har komplexa behov och därmed behov av insatser från flera aktörer möter i regel en fragmenterad vård, omsorg och stödorganisation och för många finns inte heller någon aktör som ansvarar för att de olika delarna bildar en helhet. När varje aktör arbetar för sig själv och inte har fullständig information om patientens/brukarens behov, hälsotillstånd och tidigare behandlingar ökar risken för misstag och otrygghet hos både vård- och omsorgspersonal och patienterna. Risken för onödiga, akuta besök på sjukhusen och undvikbara slutenvårdstillfällen relaterade till brister i läkemedelsanvändningen eller andra problem ökar. Sådana akutbesök och inläggningar innebär i sig en riskfaktor för nedsättning av den enskildes hälsa.

Formella och strukturella hinder för samverkan

Som hinder för samverkan lyfts ofta formella och strukturella hinder. Hälso- och sjukvård och socialtjänstens olika delar har olika administrativa regelverk, gränsdragningar och sekretessregler, m.m. som på olika sätt försvårar deras samverkan. Verksamheterna styrs utifrån olika lagstiftningar och ansvarsområden och beslutsvägarna är annorlunda. Hälso- och sjukvårdspersonal har en egen beslutsautonomi baserat på deras legitimation. Beslutsfattande inom socialtjänst och kommunal omvårdnad baseras på formella beslut som ytterst fattas av politiker i en nämnd. Det saknas analyser att tillgå för att bedöma hur stor påverkan detta har för strävan att uppnå effektiv samverkan. Utredningen har tagit del av goda

exempel på samverkan som visar att det går att komma runt dessa svårigheter och hitta fungerande lösningar om bara viljan finns hos alla berörda parter.

Det finns dock vissa formella hinder som utredningen menar verkar menligt för effektiv samverkan. Det ena är att verksamheter som behöver vara mer eller mindre integrerade i varandra måste dokumentera i två olika system. Sammanhållen journalföring är ännu så länge inte tillåtet. Det andra är att separat lagstiftning, t.ex. om Lex Sarah och Lex Maria samt föreskrifter om hantering av avvikelser, innebär att enskilda avvikelser hanteras i linjeorganisationen enligt respektive huvudmans rutin. Att avvikelserna hanteras i linjeorganisationen innebär att avvikelser av enskilda ärenden i samverkan ska lösas i linjen och vid oenighet lyfts ärendet till nästa chefsnivå. Genom avvikelserna skulle det vara möjligt att få en gemensam bild av var verksamheten brister i samverkan och då byggs också förutsättningar för ett gemensamt lärande och möjlighet för olika samverkande parter att gemensamt åtgärda det som inträffat.

Att utveckla en effektiv samverkan kräver tid. Det tar tid att utveckla fungerande rutiner, att skapa tillit mellan olika aktörer och professionella, att ”veta var man har varandra”, att kalibrera ambitionsnivåer och uppnå samsyn i uppdrag, mål och hur man får jobbet gjort. Det är processer som inte kan administreras fram genom skriftliga överenskommelser, rutiner och planer – det handlar om relationsbygge och kommunikation.

Ett allvarligt hot mot att bygga tillit i organisationen och en arbetsplatskultur som stödjer samverkan är fokus på kostnader och kortsiktighet i budgeteringen. Det blir lätt en naturlig följd då verksamheten budgeteras per kalenderår. Inte sällan startar samverkan som ett projekt med ekonomiskt stöd från staten, i form av stats- eller stimulansbidrag. Under de senaste decennierna har statsmakterna avsatt avsevärda resurser, uppskattningsvis flera hundra miljoner kronor, för att stimulera kommuner och landsting att samverka bättre kring personer med insatser enligt LSS, personer med psykiska funktionsnedsättningar, personer med tungt missbruk, äldre samt långtidssjukskrivna personer. Pengarna har avsatts genom handikappreformen, psykiatrireformen, Miltonutredningen, Narkotikasamordningen, Alkoholkommittén, Socsam och Frisam, olika överenskommelser mellan SKL och staten m.fl. Dessa medel har varit tidsbegränsade, vanligtvis till 2–3 år, och ut-

värderingar visar tämligen entydigt att få samverkansprojekt fortsätter efter att det statliga stödet har upphört. Man har helt enkelt drivit samverkan som något ”utanför ordinarie verksamhet” och förmår inte implementera det man åstadkommit i reell drift. Även samverkansprojekt som huvudmännen själva tar initiativ till får ofta alltför kort tid på sig innan mänskliga och ekonomiska samverkansvinster ska bedömas. Ett alltför kort tidsperspektiv innebär som regel att vinsterna av samverkan kan upplevas som för små. Det blir ännu mer markant eftersom alla projekt innebär högre kostnader under inledningsfasen.

När ingen ansvarar för helheten blir sårbarheten stor eftersom två – eller flera – parter ska vara ense om ekonomiska prioriteringar på både kort och lång sikt. Det förekommer att parterna misstänker varandra för att ha dolda agendor och att försöka ”lämna över” kostnader och ansvar på den andra parten. Detta kan bli särskilt påtagligt i tider av ekonomiska svårigheter hos den ena eller båda parterna.

Valfrihetsreformerna är positiva för de flesta – men problematiska i sin utformning för vissa grupper

Vårdvalsreformerna inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten hade som avsikt att leda till ökad mångfald av utförare av vård och omsorg och ge effekter av innovation och allmän vitalisering. Vårdvalsreformerna har haft positiva effekter men även negativa. Valfriheten leder inte sällan till en ytterligare fragmentisering. De styrande principer som mer eller mindre implicit följer av dessa reformer är att olika aktörer tecknar samarbetsavtal eller liknande som ska reglera hur involverade enheter ska samarbeta. Dessa administrativa åtgärder kan vara tänkta att ersätta direktkontakt och upparbetad tillit, som personliga relationer mellan verksamma runt den enskilde innebär när samarbetspartners är mer kontinuerliga.

Ett exempel som utredningen tagit del av rör en ortopedklinik vid ett mindre sjukhus som måste förhålla sig till 15 olika utförare av rehabiliteringstjänster och teckna avtal med var och en av dessa. En vårdcentral kan ha många hemtjänstutförare att samarbeta med. Då är det svårt att utveckla personliga relationer med andra professionella runt den enskilde och när personlig kontinuitet bryts

blir samverkan mer beroende av administrativa åtgärder för informationsöverföring, koll på ”vem som gör vad”, dokumentation, skriftliga rutiner och annat.

Valfrihetssystemen innebär således att aktörerna runt den enskilde kan bytas ut och tanken om att utveckla multiprofessionella – väl sammansvetsade – team runt enskilda med komplexa behov blir nästintill omöjlig. Personkontinuiteten avbryts och viktig kunskap om patienten/brukaren riskerar att gå förlorad. Kommun och landsting beslutar var för sig om omfattning och innehåll i valfrihetssystemen, dock är vårdval i primärvården obligatoriskt. Det innebär också att de båda huvudmännen var och en för sig kan fatta beslut om införande, innehåll och funktion av valfrihetslösningar som påverkar den andra partens möjligheter att ta ansvar för sina delar. Patienter/brukare med multisjukdom, funktionsnedsättningar eller som av andra skäl är särskilt beroende av omfattande och långvariga behov av insatser från olika håll är således särskilt sårbara vid införande av valfrihetssystem.

Det ligger i sakens natur att en huvudman eller en verksamhet ser den egna verksamheten som särskilt viktig och central. Man lägger sitt engagemang i den egna verksamhetens uppdrag och upplever sig ha rätt att definiera de egna patienternas/brukarnas situation och problem. Professionella från olika verksamheter kan utveckla en dragkamp om patienten/brukaren. Man konkurrerar om att ha tolkningsföreträde över vad som är patientens/brukarens bästa. Inte sällan finns också ekonomiska aspekter på detta, verksamheter kan vara måna om att behålla patienten/brukaren – för vad händer om denne inte längre behöver den verksamhet som bedrivs. Särskilt problematiskt kan detta bli om pengarna följer patienten/brukaren. Här spelar kommuners och landstings ekonomiska styrsystem och ersättningsmodeller stor roll. Frånvaro av ekonomiska incitament eller så kallad anslagsstyrning är inte heller oproblematisk då risken är att verksamheten ”snävar in” det egna uppdraget eller ambitionsnivåer för att klara den egna budgeten; den enskildes problem får lösas någon annanstans i välfärdssystemet. I besparingstider är detta fenomen påtagligt.

Månandet av den egna budgeten är ett centralt problem enligt utredningens uppfattning. Chefer belönas eller bestraffas beroende på verksamhetens ekonomiska resultat. Att en verksamhet agerat ”generöst” och klivit in och tagit ansvar i de gråzoner som uppstår

mellan olika organisationer lönar sig knappast även om det för ”totalen” är resurseffektivt. Värnandet om den egna verksamhetsbudgeten är en mycket kraftigare styrprincip än aldrig så ambitiösa projektplaner och samverkansdokument.

Fungerande samverkan är i stor utsträckning en fråga om kultur

Fungerande samverkan är långtifrån bara en fråga om ”hårda förutsättningar” som organisation, resurser och andra yttre förutsättningar. Framgångsrik samverkan handlar till stor del om ”mjuka” aspekter. En sådan är medvetenheten om att varje aktör tolkar verkligheten från den egna yrkesgruppens och organisationens perspektiv. Det innebär olika synsätt och nyanser på behov och insatser. Kännedom om och respekt för den andres synsätt är nödvändiga för medvetenheten om hur de enskilda delarna ska bilda en helhet. Här krävs mycket av det nära ledarskapet. Det behöver vara en kulturbärare som förmår balansera att alla inte har exakt samma synsätt eller exakt samma uppdrag. Det behöver också skapa förståelse för och medvetenhet om att alla är berörda samt vad som förenar och skiljer, så att samverkande parter kan förhålla sig till det. Synliggörandet av skillnaderna i uppdrag, kompetens och erfarenheter är en viktig poäng med samverkan och det är dessa mångfacetterade betingelser som har potential att skapa mervärde.

I de verksamheter som utredningen studerat har man lyckats bygga en arbetsplatskultur som innebär att de olika yrkesgruppernas specifika kompetens och perspektiv på ett prestigelöst och generöst sätt bildar en helhet, de samverkande parterna bygger ett starkt ”vi”. Detta bildar också grogrund för ett lärande över olika yrkesgränser. Bristande kunskap om och respekt för andra yrkesgruppers kunskap och potential kan också innebära att man tar på sig uppgifter inom andras områden, i värsta fall kan det bero på att man inte har tillräcklig medvetenhet om den egna begränsningen. Den enskilde kan gå miste om att få tillgång till bästa möjliga kompetens runt sin situation. Det omvända kan också förekomma, dvs. att aktörer saknar tilltro till den egna kompetensen och överlåter ansvar och uppgifter på någon annan för att man inte tror sig kunna bidra i den enskildes helhet.

Ett vanligt förekommande hinder mot att uppnå prestigelöshet, generositet och ömsesidigt lärande är att det i stor utsträckning finns en statusordning och rangordning mellan verksamheter och yrkesgrupper, som verksamheterna inte förmått hantera. I samverkan mellan kommuner och landsting upplever kommunala företrädare ofta att det är ”finare” med hälso- och sjukvård än socialtjänst. På motsvarande sätt är det osynliga statusskillnader mellan olika yrkesgrupper. En förklaring till denna utbredda upplevelse av statusskillnad mellan yrkesgrupperna är ett historiskt arv med läkaren som vårdens epicentrum. Därtill ska läggas sjukvårdens naturliga koppling till naturvetenskaplig forskning som har längre tradition än forskning inom andra vetenskaper t.ex. socialt arbete. Läkarnas särställning avseende lönenivåer är också en bidragande orsak till upplevelsen av hierarkier. En ytterligare bidragande orsak till upplevd maktobalans är att sjukvårdens professionella har personlig legitimation vilket stora delar av de yrkesutövare som är verksamma i kommunala verksamheter inte har. Legitimationsyrkena har således en viss formalisering av de självständiga beslut de fattar om åtgärder inom ramen för sin yrkesmässiga kompetens. Socialtjänst- och omvårdnadspersonal i kommunerna ingår i en politisk organisation där besluten ytterst fattas av politiker i socialnämnd eller motsvarande. Enligt utredningens uppfattning ter sig denna ordning alltmer gammalmodig och passar mindre bra i ett flexibelt system.

Organisationsforskaren Berth Danemark har lanserat termerna ”modellstark” och ”modellsvag” för att synliggöra statusskillnader i verksamheter.[8] Diagnoscentrerade verksamheter kan sägas vara modellstarka, diagnossättningen styr det följande förloppet med på förhand accepterade paradigm. Helhetsorienterade verksamheter, dvs. i verksamheter där man i formandet av stöd och insatser utgår från ett helhetsperspektiv (som dessutom kan skifta över tid) är modellsvaga då de inte har något entydigt paradigm som dominerar.

[8] Danermark, Berth, Samverkan – himmel eller helvete 2003.

Ledarskap på alla nivåer har avgörande betydelse

En vanlig orsak till att samverkansprojekt blivit mindre lyckosamma, ofta efter en begränsad eller kortvarig framgång, är att organisationerna inte har fått ut tillräckligt av samarbetet eller att ledningen inte har gett medarbetarna tillräckliga förutsättningar för att hantera utmaningar i vardagen. Ledningen har underskattat de svårigheter som är förknippade med gränsöverskridande arbete, och det har saknats ett gränsöverskridande ledarskap. Inte bara för att finna en formell struktur, tillräckliga resurser och materiella betingelser, utan kanske framför allt för att överbrygga skillnader i kulturer, förhållningssätt och skillnader i logiker som följer av olika verksamheter, uppdrag och yrkesgrupper. Att ledarskapet, från det politiska ledarskapet till förvaltningsnivå och till det nära ledarskapet, behöver bejaka samverkan är centralt. Det handlar således om att balansera stuprörstänkande med gränsöverskridande tänkande. Nu saknas det över lag ledningsfunktioner för samverkansfrågor eftersom dessa bryter mot linjeorganisationens logik med ett hierarkiskt paradigm för beslutsfattande och ansvarsutkrävande. I stället verkar det enligt utredningens iakttagelser råda en ”eldsjälslogik” – framgångsrik samverkan finns där det finns eldsjälar som ser till att det händer trots bristande intresse från linjeorganisationen. Men eldsjälslogiken är sårbar och ur ett ledningsperspektiv omöjlig att ”tvinga” fram.

En avgörande framgångsfaktor i ett gränsöverskridande arbete är förmågan hos ledningen att säkerställa möjligheter till samverkan inom verksamheten. ”För att ett gränsöverskridande arbete ska vara meningsfullt måste det finnas något slags svar på frågor av typen: Varför ska vi samverka? Vilka problem ska vi lösa? Vilka vinster finns det för målgruppen? Hur kan samverkan göra oss effektivare i arbetet?”[9] Med andra ord behöver den gemensamma referensramen över verksamhetens syfte bli mer detaljerad för att vara styrande – det räcker inte med att säga att samverkan per definition skapar ett mervärde.

Gränsöverskridande arbete med olika verksamheter samlokaliserade är relativt ovanligt i Sverige. Analyser av samverkansprojekt som har kraschat, ofta efter en begränsad eller kortvarig framgång,

[9] Westrup och Persson, 2007.

visar att orsakerna till sammanbrottet har varit att organisationerna inte har fått ut tillräckligt av samarbetet eller att ledningen inte har gett medarbetarna tillräckliga förutsättningar för att hantera utmaningar i vardagen. Ledningen har underskattat de svårigheter som är förknippade med gränsöverskridande arbete, och det har saknats ett gränsöverskridande ledarskap.[10] För verksamheter som bedrivs samlokaliserat och integrerat finns risk att personalen hamnar i periferin mot linjeorganisationen. Det behöver i sig inte vara negativt men risken är att den integrerade verksamheten ifrågasätts av kollegor och till och med chefer i linjeorganisationen och i vissa fall till och med av ledningsgrupper. Linjeorganisationen kan sakna kunskap om den integrerade verksamheten och utveckla felaktiga föreställningar om vad den samverkande verksamhetens uppdrag är och därmed undermineras verksamhetens legitimitet internt. Det finns också risk att personal som arbetar med hög grad av integrering med andra verksamheter upplever sig marginaliserade visavi linjeorganisationen och att de har dubbla organisationstillhörigheter.

Dålig kvalitet och patientsäkerhetsrisker

För personalen kan dålig koordinering innebära att man i arbetet runt patienten/brukaren inte har ett helhetsgrepp om patientens/brukarens situation. Man vet inte vad andra aktörer har gjort och därmed uppstår risk att insatser ges vid fel tidpunkt, på fel sätt, i fel mängd eller i onödan. Svårigheten med att få tillgång till andra professionellas journalanteckningar gör att väsentlig information kan missas. Dubbelarbete och ”omtag” blir vanliga och den enskilde och/eller dennes närstående tvingas vara koordinatorer och informationsbärare och får berätta samma sak många gånger till olika personalkategorier. Det tar tid och resurser från patienten/brukaren/klienten.

[10] Westrup och Persson, 2007.

Ineffektivt resursutnyttjande

Ett syfte med samverkan är att aktörernas insatser totalt sett ska bli effektiva i och med anpassningen till målgruppens behov. När helheten inte fungerar minskar träffsäkerhet i de totala insatserna vilket innebär en sämre kvalitet. Det leder inte sällan till att kostnader uppstår någon annanstans i systemet och stora resurser läggs på undvikbara insatser, t.ex. besök på sjukhusens akutmottagningar, ambulanstransporter och slutenvård, dvs. på delar av systemet som egentligen inte borde behöva vara inblandade i den enskildes vård. Insatser som inte bildar en helhet och som inte ges i den mängd och vid de tidpunkter som den enskilde behöver riskerar att inte lösa de problem de var tänkta att lösa. Den enskilde riskerar att förbli i sitt tillstånd fastän hen sökt hjälp. Om patienten/brukaren är ett barn kan dåligt koordinerade insatser få mycket negativa konsekvenser för barnets utveckling och möjligheten att få en bra start i livet.

Insatser som inte hänger samman och professionella som inte arbetar ihop innebär ständiga omtag och att den enskilde måste upprepa information till många aktörer. Samma information dokumenteras således många gånger vilket sammantaget leder till att onödig tid läggs på dokumentation.

Arbetsmiljöproblem

Av utredningens möten framgår att det finns en frustration bland personalen vid bristande samverkan. Man upplever att vården/omsorgen/stöden inte fungerar optimalt men man har inga mandat att göra något åt det. Ingen äger helheten. Dålig samverkan leder inte sällan till ännu sämre samverkan eftersom slitningar och konflikter uppstår. Det har menlig inverkan på personalens engagemang och psykosociala arbetsmiljö.

6.2.2 Landstingens (och kommunernas) styrning av samverkan – utredningens bedömning

Utredningens utgångspunkt är effektivt resursutnyttjande (se avsnitt 3) och något förenklat kan sägas att det handlar om att driva verksamhet till bästa möjliga värde för dem som behöver

tjänsten. Att verksamheter behöver samspela med varandra i större eller mindre utsträckning är en självklarhet. Under utredningsarbetets gång har utredningen träffat många företrädare för såväl kommuner som landsting på politisk nivå, ledningsnivå och i verksamheter. Inte minst genom de hearingar som utredningen genomfört har frågeställningar lyfts av olika slag som har med samverkan att göra. Det finns, såvitt utredningen kan bedöma, en frustration från alla parter att man inte förmår skapa fungerande helheter för personer som är i behov av sammansatta insatser.

Utredningen har i maj 2015 från landstingen inhämtat de samarbetsavtal med kommunerna som regleras i 8 a och 8 b §§ HSL. Totalt har 61 sådana överenskommelser granskats. Utredningen har därutöver begärt från landstingen ett av landstingen slumpvis utvalt antal samarbetsavtal. Därav har ytterligare 47 samverkansavtal granskats. Dessa spänner över en stor bredd; och rör andra grupper än de som nämns i 8 a och 8 b §§ HSL (exempel personer med demenssjukdom), uppdrag (exempel folkhälsa, omfattning av hemsjukvård), särskilda insatser (habilitering och hjälpmedel, förbrukningsartiklar), samarbete runt viss personalkategori (hygiensjuksköterskor), runt viss situation (utskrivning från slutenvård, samordnad individuell planering), runt viss verksamhet (exempelvis barnahus). Utöver detta har erfarenheter från utredningsarbetet med SOU 2015:20 i form av samverkansöverenskommelser avseende utskrivningsklara patienter beaktats. Även 5 lagbundna avtal om läkarmedverkan i kommunala insatser har granskats tillsammans med de analyser som framkommer framför allt i underlag från Socialstyrelsen[11], Stockholms läns äldrecentrum[12] samt läkarförbundet[13].

Utredningens reflektioner kring det insamlade underlaget är följande.

[11] Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser, Socialstyrelsen 2011.
[12] Doktorn kommer – men vad kan hon göra? Stockholms läns äldrecentrum 2010:12.
[13] Sveriges läkarförbund, Varför kan inte doktorn komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård, 2013.

Reflektion nr 1: Samverkansavtalen är i stor utsträckning ”gränsdragningsdokument”

Många samverkansavtal reglerar vilken gemensam terminologi som ska gälla och det finns även flera exempel på metoder för screening och bedömning som ska användas av båda parter. Det finns också många bra exempel på samsyn i övergripande målsättningar och en vilja att utveckla samverkan. Det är bra. Men så gott som samtliga avtal innehåller en resumé av lagstiftningen och det ansvar som respektive huvudman har ur ett juridiskt perspektiv och med angivande av de insatser som ges med stöd av respektive lagstiftning; ”boendestöd”, ”städning”, ”hjälp med personlig hygien”, osv. Flera av avtalen anger också närmare detaljer kring vad varje yrkeskategori har för ansvar i den enskildes helhet. Men avtalen rör i regel inte samspelet på utförarnivå, dvs. hur insatserna ska hänga ihop med varandra i utförandet.

Utredningen bedömer att detta fokus på gränsdragning är en logisk följd av det genomslag som kompetensprincipen haft (se bl.a. avsnitt 6.2.3), där det varit viktigt för staten och huvudmännen att klargöra ansvarsgränser. Mer eller mindre tydliga ansvarsgränser är givetvis funktionella ur ett juridiskt och ekonomiskt perspektiv, inte minst för ansvarsutkrävande. Utredningen anser dock att kompetensprincipen inte fullt ut kan användas som styrningsprincip i det patient-/brukarnära arbetet när det gäller individer med mångfacetterade behov och där flera insatser måste koordineras för optimal träffsäkerhet. I dag är det så självklart att verksamheter organiserar sig utifrån lagstiftningens ansvarsområden att vi inte ens reflekterar över om det är ändamålsenligt eller ej. Gränserna för vem som kan och bör göra vad förflyttas i takt med utvecklingen. När vården flyttar ut från sjukhuset och att fler och mer avancerade uppgifter kan göras utanför sjukhuset uppstår nya gränsdragningsproblem om vem som ska ansvara för vad.

Det går inte av samverkansavtalen att utläsa hur verksamheterna ska kunna bilda en fungerande helhet för de grupper som behöver de samverkande verksamheterna. De flesta avtal innehåller bestämmelser om olika former av mötesplatser och mötesforum för ledningsfunktioner där gemensamma problem diskuteras. Det framgår inte någonstans att man avser att ta ett gemensamt ledningsansvar, det är fortfarande ”vi och dom”. Inget av samverkans-

avtalen anger heller på ett sätt som utredningen kunnat begripa vilka ambitionsnivåer huvudmännen har med samverkan.

Utöver att ett överdrivet fokus på gränsdragning inte löser de problem som gränsdragningsaktiviteterna syftar till att lösa, skapar gränsdragningsparadigmet, om det genomsyrar verksamheten, också oro hos patienterna.[14] De ständiga diskussionerna om ansvarsfördelning mellan olika vård- och omsorgsenheter samt anhöriga skapar osäkerhet hos samtliga inblandade parter. Ett i fallen ofta förekommande exempel är oklarhet kring insatta läkemedel, som leder till felbehandling och därmed förenade brister i patientsäkerheten. Ett annat tydligt exempel är oförmågan att gemensamt mellan vårdcentral och kommunens hemtjänst hantera frågor kopplade till nutrition, mat och måltid. Oro och otrygghet hos den äldre och/eller anhöriga är också en frekvent anledning till att man söker sig till sjukhuset.

Reflektion 2: Avtal om läkarmedverkan blir alltför mekaniska och säkerställer inte behovet av läkarvård

Ovan refererade avtal och de avtal om läkarmedverkan i kommunal vård som utredningen tagit del av anger omfattning i tid och frekvens som läkare ska medverka i den kommunala vården och omsorgen. Där regleras också hur akut uppkomna behov av konsultationer ska lösas samt hur tvister ska lösas. Utredningen anser att detta sätt att styra läkarmedverkan är olyckligt av flera skäl. Som avtalen är skrivna bygger de i viss utsträckning på en industriell logik där läkare är ”utbytbara mot varandra”, nästan som en ”vara” vilken som helst. Betydelsen av att patient och läkare känner varandra är uppenbarligen inte avgörande för hur arbetet organiseras, det som kan avtalas fram är framför allt frekvens och omfattning i tid. Vidare är det utredningens reflektion utifrån de studerade underlagen att akutuppdraget för dessa patienter må vara tydligt på papper men sannolikt inte tillräckligt. I de verksamheter som utredningen tagit del av och som visar bäst resultat är de verksamheter där det finns en kontinuitet i relationen läkare och pati-

[14] Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden, Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes. Leading Health Care 2012 s. 54.

ent, liksom att kontinuiteten är viktig i relationen mellan patienten och andra yrkeskategorier. Speciellt för sköra äldre är det viktigt med den personliga kontinuiteten (mer om kontinuitet i avsnitt 6.4.4), en läkare som känner sin patient kan snabbt upptäcka även små skiftningar i hälsotillståndet vilket kan ha stor betydelse.

Den personella kontinuiteten är viktig för alla de grupper som utredningen lyfter fram som strategiskt viktiga men av delvis andra skäl. I sammanhanget måste också lyftas fram personer med nedsatt autonomi. När det finns en förtroendefull relation mellan läkare och patient uppstår trygghet för patienten. Trygghet och betydelsen av trygghet är svår att mäta i ekonomiska termer. Trots avsaknad av ekonomiska bevis är det utredningens övertygelse att upplevelsen av trygghet i sig är kostnadsbesparande eftersom en trygg patient vet att hen får hjälp när det behövs och patienten ringer inte ”en extra gång” eller åker inte in till sjukhusets akutmottagning ”för säkerhets skull” om han eller hon vet att hen är omhändertagen och att alla i teamet runt patienten är kända.

Att det ser ut som det gör beror till stor del på arbetssätten i primärvården och den förmedlingslogik av vård som den traditionella primärvården arbetar efter. Primärvården är nästan uteslutande organiserad efter en ”mottagningslogik” där patienten söker upp vården och vårdcentralen för att få hjälp med sitt problem. Läkaren är stationerad på vårdcentralen och utrymmet för hembesök är oftast starkt begränsat. Detta arbetssätt passar självfallet stora delar av befolkningen där man kan dela in behoven i sekvenser; utredning, diagnos, behandling, uppföljning osv, dvs. en traditionell vårdkedja. För flera grupper där det finns mångfacetterade behov och därmed behov av multidisciplinära team måste förmedlingslogiken se annorlunda ut (se avsnitt 6.4.3). Dessa gruppers behov kan inte tillfredsställas på ett kostnadseffektivt och etiskt korrekt sätt med dagens dominerande förmedlingsformer för läkarvård. Utredningen menar att förmedlingslogiken till vissa utsatta grupper behöver förändras. För multisjuka äldre uppstår sjukvårdsbehoven ofta på ett oförutsägbart sätt. Det kan handla om små knappt förnimbara gradvisa förändringar eller snabbare försämringsepisoder i någon av de kroniska sjukdomarna. Problemet är svårt att definiera på förhand och en försämring i en kronisk sjukdom och behandlingen av den kan påverka allmäntillståndet och därmed också andra förekommande kroniska sjukdomar.

Vården och omsorgen behöver snabbt och flexibelt anpassa sig till dessa förändringar och standardiserade lösningar finns knappast. Och det handlar också om att förbereda såväl team som patient på vad som kan komma att hända, vad som behöver göras för att förhindra det eller vad team och patient gör när något, exempelvis en funktionsförsämring inträffat. Exempelvis kan en läkare som känner sin patient och har ett nära samarbete med sjuksköterskor och andra professioner i teamet runt den enskilde i förväg skriva ut relevant läkemedel OM en befarad försämring eller situation uppstår. Då är övriga delar av teamet och patienten förberedda och om en försämring av det befarade slaget uppstår kan behov av ny konsultation undvikas t.ex. besök på akutmottagningen eller annan konsultation av läkare som kanske inte känner patienten.

Många olika kompetenser behövs runt den enskilde för att garantera att alla aspekter på patientens/brukarens situation blir tillvaratagna och beaktade i en helhet. Ersättningssystem i primärvården som premierar läkarbesök kan förstärka detta problem. Ersättningssystem som ger extra ersättning för läkarbesök i form av hembesök kan i vissa fall avhjälpa situationen något men det löser inte grundproblemet att läkaren är en del av teamet.

Reflektion nr 3: Teambaserat arbetssätt över huvudmannagränser kräver annan styrlogik

Av de avtal och handlingsplaner som utredningen studerat finns ett fokus på samverkansformer i de övergripande strukturerna, dvs. på en övergripande ledningsnivå. Det är viktigt och där har det skett en utveckling de senaste åren.[15] Men att det finns fungerande mötes- och tvislösningsformer på övergripande nivå är inte tillräckligt för att få till stånd ökad samverkan och definitivt inte tillräckligt för den ökade integration av insatser som utredningen menar behöver ske.

Genomgående uppvisar vård och omsorg klara drag av industriell styrlogik som bitvis är dåligt anpassad till vårdens och omsorgens särart. Organisationsscheman, rutiner, avtal och manualer tas fram som verktyg för ledning och styrning. Detta är

[15] Statskontoret: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, Slutrapport, 2015.

givetvis nödvändiga verktyg i verksamheten men måste användas med sunt förnuft och kan inte ersätta personliga kontakter. Ibland sätts alltför stor tilltro till industrialismens logik där arbetstagares arbete i det totala systemet noga förpackas i befattningsbeskrivningar på detaljnivå och kompetensen styckas upp för att i detalj kunna tidsklockas och kvantifieras. I vård och omsorg där patientmötet är att betrakta som ett hantverk passar en sådan logik, fullt ut tillämpad, ganska illa. Vård och omsorgsprofessionellas kunnande och skicklighet kan svårligen fullt ut avgränsas och delas upp i skilda delar. Dessutom måste beaktas individuell skicklighet och fallenhet hos olika personer inom samma profession. Verksamhetens uppdrag ska definieras ner på millimeternivå i verksamhetsplaner. De professionellas insatser ska noga dokumenteras, annars syns de inte. Vård och omsorg har lämnat en muntlig tradition till förmån för en skriftlig. Den muntliga kommunikationens fördelar av direkthet och möjligheter till nyansering och interagerande går förlorade. Denna logik accentueras av samhällstrender, inte minst den rädslans kultur som finns beskrivet i avsnitt 6.6.3.

Verktyg för ledning och styrning som nämns ovan behövs givetvis, men utredningens uppfattning är att man i vissa avseenden fäster för stor vikt vid deras potential som styrmedel. Vården och omsorgen är visserligen storskalig; den omfattar många anställda, patienter och brukare till en sammantaget mycket stor del av samhällets samlade resurser. Men vård och omsorg är samtidigt småskalig verksamhet av hantverkskaraktär, där varje enskilt patientmöte kräver skicklighet och yrkeskunnande som är långt mer raffinerat än vad en verksamhets uppdragsbeskrivning eller den enskilde professionelles befattningsbeskrivning har möjlighet att fånga. Vårdens och omsorgens indelningar i organisationer, avdelningar och enheter skapar alltid gränser. Och kanske ligger i människans natur att vi vill ha exakt klarhet i uppdrag och ansvar, vad som är respektive inte är den egna verksamhetens uppgifter. På motsvarande sätt är det vanligt att olika yrkesgrupper inom vården söker precisera vad som är den egna yrkesprofessionens uppdrag och ansvar i en helhet och vad som är någon annans uppdrag. Utredningens uppfattning är att det inte är möjligt att göra fullt ut. Vårdens professioner har kunskaper som är gemensamma/ överlappande till viss del och som är specifika för respektive yrkesgrupp till viss del.

Vad som är specifika kunskaper för den egna yrkesgruppen kan förändras över tid och tyngdpunkter i den egna professionens kunskapsmassa kan förflyttas över tid. Det kan ske efter centrala beslut (exempelvis innehåll i utbildningarna) eller genom att utvecklingen och patienter/brukares behov leder dit. Ett nära samarbete mellan olika yrkeskategorier kan dessutom vidga det egna kunnandet. Strävan mot att definiera sin egenart och uppdrag passar väl in i en hierarkisk och sekventiell logik där man – åtminstone i teorin – kan dela upp den enskildes process i delar. Utredningen har i många sammanhang stött på önskemål om att tydliggöra uppdrag och ansvar. Vad får en sjuksköterska göra? Vad är ortopedklinikens ansvar och vad är primärvårdens ansvar? Vem ansvarar för suicidprevention? Det verkar råda en slags allmän tro på att tydliga gränser ger ökad trygghet. Utredningens uppfattning är att det är kontraproduktivt att låsa fast ansvarsgränser mellan professioner. Det kommer alltid finnas både överlappningar och gråzoner och gråzoner över vem som får göra vad kan vara en bra grund för utveckling. Exempel i sammanhanget är barnmorskors möjlighet att skriva ut vissa läkemedel. En självklarhet i dag men omdiskuterat när det infördes.

Vårdens och omsorgens egenart är att det handlar om människor som av olika skäl behöver hjälp av medicinsk, social, omvårdnads-, stöd- och servicekaraktär. Människor med komplicerade tillstånd eller multisjuka personer behöver tjänster från olika enheter i det samlade systemet där olika delar i systemet behöver samverka med varandra över organisatoriska och kompetensmässiga gränser. Ju mer vi har definierat gränser för olika verksamheter och yrkeskategorier desto större blir möjligheten att korsa gränserna. Organisationsforskaren Mats Tyrstrup talar om de organisatoriska mellanrum som uppstår när vi organiserar genom att dela upp, skapa enheter och dra gränser.[16]

För människor som har lätt avgränsade problem som går att åtgärda med ett begränsat antal aktörer eller enheter i standardiserade förlopp är detta inget större problem men för personer med sammansatta behov är undantagen regel och variationerna många och ofta oförutsebara och unika för varje individ. Dessa behöver

[16] Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg, Mats Tyrstrup, Uppdrag Välfärd 2014.

insatser av olika karaktär som kombineras i rätt mängd och i exakt rätt tid utifrån den unika situationen, dvs. en komplex tjänst. Behovet av att integrera och kombinera tjänster går helt på tvärs mot de hierarkiska styrprinciper som vi i dag tar för självklara. Organisation av komplexa tjänster kräver andra styrprinciper än de traditionellt hierarkiska. Det går inte i de fallen att dela upp ansvar och dra gränser mellan olika enheter och professionella som fungerar för andra typer av tjänster. Organisering av komplexa tjänster kräver både förhållningssätt och ageranden som är direkt motsatta till att dela upp, skapa enheter och dra upp gränser. Det i handlar stället om att foga samman och organisera de relationer som behövs för att hantera situationer som inte är standardiserbara. Organiseringen kräver andra styrprinciper och ledarskap som kan verka mer horisontellt och nyttja gråzoner i stället för att söka bygga trygghet och identitet genom att skapa gränser. De framgångsrika exempel på samverkan som utredningen tagit del av har lyckats med just detta och har i själva kulturen anammat detta synsätt på den verksamhet som bedrivs. Fokus ligger inte på att definiera eller bevaka organisatoriska gränser eller gränser mellan vilken yrkeskategori som gör vad. Utredningen menar att detta synsätt behöver vara en central utgångspunkt i formande av samverkan i framtiden. Nedanstående modell visar alternativa styr- och ersättningsprinciper som bättre skulle främja en sådan ökad integrering och gemensamt ansvarstagande.

Figur 6.2 Horisontellt verkande styr- och ersättningsprinciper

Princip för fördelning av ersättning och ansvar	Skulle kunna avhjälpa
Gemensamt ansvar, t.ex. ersättning för vård och omsorg utifrån en och samma budget	Många parallella processer
Överlappande ansvar, t.ex. ersättning till behandlande verksamhet enligt resultat i rehabilitering	Upprepningar/onödiga omtag
Koncentrerat ansvar: riktad ersättning till en aktör, som för individens räkning koordinerar relevant vård och omsorg	Vård på fel nivå
Mindre stram ekonomistyrning: större andel vårdtyngdsviktad kapitering, förenklad biståndsbedömning, längre budgetperioder	Pseudolösningar, onödiga stopp i processen
Ersättning för resultat på systemnivå, t.ex. enligt hälsorelaterad livskvalitet, undvikande av onödig och felaktig vård, brukarnöjdhet	Flera av problemen ovan

Källa: Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden, Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes. Leading Health Care 2012 s. 59.

6.2.3 Statens styrning av samverkan

Utredningen har i avsnitt 6.1.4 redovisat huvuddragen för den statliga styrningen, och då med betoning på den juridiska styrningen av hälso- och sjukvården. Utredningens analys är att statens styrning i huvudsak berört handläggnings- och administrativa processer. Inte minst gäller detta samverkansområdet där statens juridiska styrning handlat om skyldighet för huvudmännen att avtala om samarbete samt en mångfald av planeringsbestämmelser på individnivå. Staten har inte riktat den juridiska styrningen mot att reglera strukturer för samverkan. I statens övriga styrning med informella styrmedel, inte minst genom styrning med prestationsbaserade styrmedel och överenskommelser med SKL, har fokus också varit att huvudmännen på olika sätt belönats om man genomfört vissa procedurer tillsammans; exempelvis gemensamma inventeringar och upprätta gemensamma handlingsplaner. Men ingenting i statens styrning anger att huvudmännens uppdrag som genomförs i olika verksamheter måste hänga ihop i det praktiska utförandet.

Den flora av olika planeringsbestämmelser på individnivå som redovisas i avsnitt 4.2.4 måste förstås så att tanken är att de professionella runt den enskilde på individnivå ska få ihop de olika uppdragen till en fungerande helhet i både teori och praktik för den

enskilde. Utredningens uppfattning är att planering på individnivå är viktig ur den enskildes perspektiv då den möjliggör överblick och skapar sammanhang och ger den enskilde en utökad möjlighet att delta i och påverka det stöd som ges. Men planeringsbestämmelser på individnivå kan, enligt utredningens uppfattning, inte kompensera för att de berörda verksamheterna drivs i stuprörslogik utifrån olika organisatoriska gränser.

Utredningen anser att det finns övertygande bevisning för slutsatsen att det sätt som staten styrt på genom lagstiftning, föreskrifter, stimulansmedel och liknande tillfälliga stödformer inte fungerar för att uppnå ett effektivt resursutnyttjande när det gäller människor som behöver insatser från samverkande organisationer. Det skadar sannolikt inte att styra genom att ställa krav på samverkan och samarbete på det övergripande sätt staten gjort men det har *de facto* inte löst problemet. Samverkan är i mycket hög utsträckning fortfarande ett arbetssätt som de flesta accepterar i teorin men som alltför sällan tillämpas fullt ut.

Krav på samverkansavtal på det sätt staten lagreglerat skyldigheten måste ifrågasättas då utredningen har svårt att se att avtalen i tillräcklig omfattning utgår från forskning om fungerande samverkan. Samverkansavtalen kan göra nytta på det sätt att huvudmännen påminns om varandras existens och att man närmar sig varandra på olika sätt. Men som underlag för styrning av effektiva arbetssätt över huvudmanna- och verksamhetsgränser är dagens samarbetsavtal enligt utredningens uppfattning inte tillräckligt.

Kommunalt självstyre och stor handlingsfrihet är en viktig del för att verksamheter ska kunna bedrivas kostnadseffektivt. Denna mekanism fungerar väl avseende verksamhet och uppdrag som kommunen respektive landstinget ensamt har full rådighet över. I sammanhang där utfallet av de primärkommunala uppdragen i det praktiska utförandet är avhängigt hur väl de landstingskommunala uppdragen utförs, fungerar de underliggande effektiviseringsmekanismerna annorlunda. Och vice versa. I juridisk mening kan allt göras rätt, men det sammantagna utfallet kan bli både sämre för patienterna och sammantaget dyrare sett ur ett systemperspektiv.

Figur 6.3 Exempel – kommun och landsting som kommunicerande kärl

I medelstora staden x stängs en landstingsdriven vårdavdelning om tio vårdplatser. Kommunen Y (som inte informerades innan vårdavdelningen stängde) får högre och fler behov att tillgodose.

I lilla staden Z görs en psykogeriatrisk avdelning om 12 vårdplatser på det lilla sjukhuset om till en allmän vårdavdelning. Personalen med spetskompetens omfördelas eller flyttar till annat sjukhus. Kommunen i lilla staden mister tillgång till konsultation av spetskompetens och en specialiserad resurs som man försöker kompensera genom att bygga upp egen kompetens och egen korttidsverksamhet.

Kommunen i medelstora staden Ä beslutar att inte längre driva det mobila socialpsykiatriska teamet under kvällar och helger. Patienterna söker sig till akutmottagningen dessa tider.

Kommunen i medelstora staden Ö bedömer att man inför helgen har 14 instabila äldre som vårdas i säbo eller i det egna hemmet. Sjukvården (varken primärvården eller stadens sjukhus) har inte möjlighet att göra hembesök under helgen. Rådet till kommunen är att åka in till sjukhusets akutmottagning med dessa patienter för bedömning.

(Exemplen är verkliga men anonymiserade.)

Nuvarande juridiska utformning av huvudmännens skyldigheter innebär en stringent tillämpning av det kommunala självstyret, var och en finansierar och ansvarar för sitt och har rådighet över sina verksamheter. Ingen huvudman har tolkningsföreträde över den andra vilket innebär att alla former av samverkan och graden av samarbete är upp till två helt självständiga parters ömsesidiga vilja. Vill bara en part gå in i ett fördjupat samarbete men inte den andra huvudmannen – då blir det inget.

I 8 § HSL framgår att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Motsvarande bestämmelse för kommunen finns i 21 § HSL. Socialtjänstens skyldighet att planera verksamheten är inte reglerad på samma sätt. I 3 kap. 1 § SoL framgår att socialnämnden ska medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen. Av 2 § 3 kap. framgår att Socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen särskilt syftar till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen. I 3 kap. 2 § andra stycket SoL stadgas att Socialnämnden även i övrigt ska ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för barn och

ungdom, äldre och andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd. Någon direkt skyldighet för socialtjänsten finns alltså inte att planera verksamhet enligt socialtjänstlagen i samverkan med landstinget. Utredningen anser vid en samlad bedömning att huvudmännens nuvarande skyldigheter att planera verksamheten tillsammans vad gäller grupper av personer som behöver ett sammansatt stöd är alltför svagt utformade.

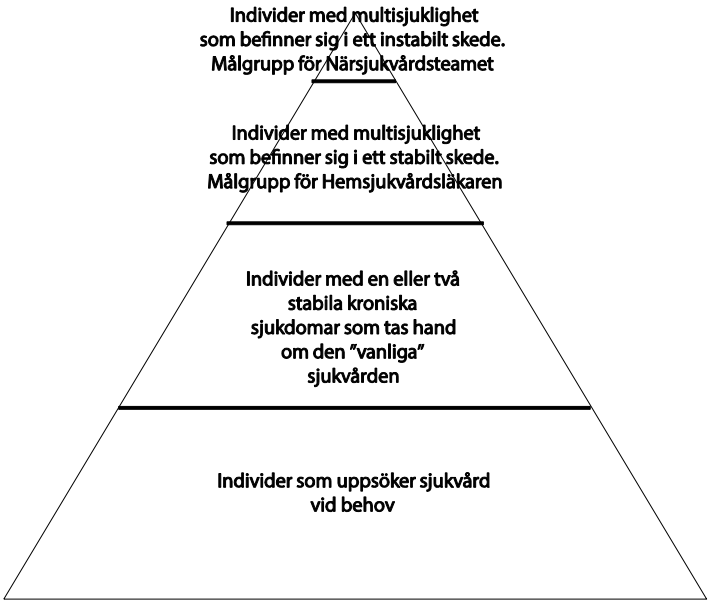
6.2.4 Några framgångsrika exempel på samverkan

Närvård västra Skaraborg

Närvård västra Skaraborg arbetar på ett sätt som utredningen bedömer som mycket framgångsrikt. Där har man lyckats skapa en organisatorisk helhet av verksamheter över huvudmannagränser, flera mikrosystem harmonierar med varandra.

Närvård västra Skaraborg består i dag av sex kommuner med ett upptagningsområde om ca 96 000 invånare. Sjukvårdsutbudet omfattar elva vårdcentraler (varav fyra privata) och ”Skaraborgs sjukhus Lidköping” som ingår i Skaraborgs sjukhus (SkaS) som i sin tur är en av fyra sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen. Inom Närvården i västra Skaraborg har de landstingsfinansierade insatserna och de kommunalt finansierade insatserna integrerats och ges utifrån en annan ”förmedlingslogik” än de traditionella förmedlingsformerna. Modellen bygger på samverkande mikrosystem och där tjänsterna ges i patientens hem. Vidare arbetar man utifrån en gemensam bild av målgruppernas behov som inte utgår ifrån lagstiftningens definitioner av målgrupper utan indelningen av målgrupper sker utifrån hälsostatus och behov.’

Figur 6.4 Indelning av målgrupper utifrån hälsostatus och behov



Källa: Bearbetning av modell från "The Path to Sustainability in Healthcare: exploring the role of learning microsystems", Svante Lifvergren et al, 2009.

Ett närsjukvårdsteam som består av en läkare (geriatriker) och två specialistsjuksköterskor riktar sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg och där vården kräver en samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Vården ges i form av hembesök. Teamets läkare är patienternas fasta vårdkontakt och ”rondar” sina inlagda patienter vid medicinkliniken. Det geriatriska arbetssättet som teamet tillämpar avlastar medicinkliniken och är ett sätt att lösa bristen på medicinvårdplatser i västra delen av SkaS.

Hemsjukvården har en mobil hemsjukvårdsläkare med uppgift att förbättra medicinsk planering och läkemedelsbehandling, ge ökad trygghet för individen samt att ge bättre och rättvisare bedömningar i individens hemmiljö i samarbete med den kommunala hemsjukvården. För hemsjukvårdssjuksköterskorna är den mobila hemsjukvårdsläkaren alltid nåbar, vilket innebär ett mycket effektivare arbetssätt jämfört med att lägga ner många timmar på

att hitta rätt läkare vid vårdcentralerna. Det råder ett öppet klimat med nära kommunikation och flexibelt stöd i samarbetet. Denna förtroendefulla kultur och samarbetsanda sprider trygghet bland både sjuksköterskor i hemsjukvården, rehabpersonal, hemtjänsten och biståndsbedömare m.fl. Det mobila palliativa teamet medverkar till avancerad vård i hemmet i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemvård. Det palliativa teamet är en länk mellan de olika vårdgivarna och hemmet/boendet i ett nära samarbete med den palliativa slutenvården vid ett hospice.

Ovan nämnda vårdmodeller arbetar utifrån mobila och uppsökande grunder, som därmed förstärker hemsjukvårdens arbetssätt genom att förmedla tjänsterna direkt till målgruppen i deras boende. Vården blir proaktiv och inte reaktiv. Kontinuiteten är hög eller mycket hög. Hemsjukvårdens stöd till målgruppen är hela tiden basen och förstärks effektivt av närsjukvårdsteamet samt att läkarinsatser i hemmet kan säkras genom den mobila hemsjukvårdsläkaren. För de patienter som är i en palliativ fas blir det mobila palliativa teamet ett viktigt stöd.

Figur 6.5 De samverkande mikrosystemen

Källa: HCM:s sammanställning utifrån underlag och beskrivningar av Närsjukvård västra Skaraborg.

Samverkan mellan olika aktörer i västra Skaraborg har utvecklats successivt men sannolikt har den gemensamma ledningsgruppens operativa arbetssätt haft betydelse för utvecklingen. Vårdprocesserna är gemensamt finansierade av de involverade kommunerna, Skaraborgs sjukhus och primärvården, vilket har förstärkt delägandet av de gemensamma resurserna. Vidare har detta bidragit till ökat ansvarstagande från var och en samt till ett ömsesidigt värnande av den gemensamma verksamheten. Lednings- och styrningsansvaret korsar traditionella verksamhets- och huvudmannagränser vilket har möjliggjort en utveckling av sömlösa vård- och omsorgsprocesser. Västra Skaraborg har därmed lyckats undvika sådana effekter av bristande samägande som annars är alltför vanliga i sammanhang där många parter äger varsin del men där de olika parterna måste samspela med varandra för att uppnå en större helhet; misstanke om kostnadsövervältring och dolda agendor och att ”någon annan styr för att nå sina syften”.

Närvård västra Skaraborg beviljades projektmedel från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementets satsning inom programmet ”Bättre liv för sjuka äldre” för att utvärdera och kostnadskalkylera de tre olika vårdmodeller som etablerats. Utvärderingen visar att de aktuella vårdmodellerna ger högre kvalitet till bättre resursanvändning genom att sjukvårdens olika separata mottagningar inte har behövts och att behoven har kunnat bemötas på ett patient- och produktionsrationellt sätt. Patienter som skrivits in i närsjukvårdsteamet minskade akutbesök och slutenvård till i princip noll. Detta reducerar kostnader per individ i medeltal med ca 186 000 kronor (baserat på 24 inskrivna patienter). Närsjukvårdsteamet uppvisar en halvering av självkostnad jämfört med ASIH-verksamheten i Stockholms läns landsting. Det Mobila palliativa teamet uppvisar en betydligt lägre självkostnad än ASIH-verksamheten i Stockholm. Den mobila hemsjukvårdsläkarens självkostnad motsvarar ett akutbesök per individ. Efter inskrivning uppvisar patienterna en betydligt lägre konsumtion av slutenvård. Vårdmodellerna inom Närvården i västra Skaraborg utgör enligt utredningens uppfattning ett mycket gott exempel på effektivt resursutnyttjande och som samtidigt höjt kvaliteten för de berörda patienterna/brukarna.

Äldreteamet i Huddinge

Äldreteamet i Huddinge är ett gott exempel på en verksamhet som involverar olika professioner, som har de resurser som behövs för att vara tillgängliga för den äldre i hennes hem och den kompetens som krävs. Kostnaden för teamet är högre än om vården getts av husläkarmottagningen, men när andra kostnader vägs in, exempelvis för slutenvårdsvistelser, så framstår teamet som klart kostnadseffektivt. Arbetet är utvärderat av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.[17] Behovet av snabb medicinsk bedömning innebär ofta att patienternas hälsa är instabil och att de riskerar att få allvarliga symptom. Det kan exempelvis vara andningssvårigheter, som kräver snabba hälso- och sjukvårdsinsatser. Förutom behovet av snabba insatser medför andningsproblem och andra liknande akuta tillstånd att patienterna känner oro. För att vård liknande den som Äldreteamet bedriver ska fungera är därför kontinuitet och personkännedom av extra stor vikt. För patienterna underlättar kända ansikten bland personalen att de känner tillit och trygghet till vården. För personalen underlättar kontinuiteten att de snabbare kan sätta sig in i de situationer som uppstår och lättare avgöra vad som ska göras.

De medicinska insatser som Äldreteamet kan utföra är mer avancerade än de som vanligtvis ingår i hemsjukvården. Insatserna måste också kunna utföras med kort varsel dygnet runt. De kan vara tidskrävande och förutsätta tillgång till olika former av medicinteknisk utrustning. Utvärderingen visar att Äldreteamet i Huddinge i hög utsträckning uppfyllde projektets syften och mål. De intervjuade patienterna och deras anhöriga lovordade både idén bakom Äldreteamet och hur den genomfördes. Även personalen var mycket entusiastisk. Att arbeta för att hjälpa patienter med omfattande behov av vård och omsorg att kunna bo kvar hemma och hjälpa dem att inte behöva åka till akutsjukvården hade inspirerat dem. Mötena med patienterna och att få ta del av hur de klarade sitt dagliga liv och hur mycket de uppskattade vården och omsorgen de fick av Äldreteamet gav starka intryck. Ordet trygghet nämndes i alla intervjuer när patienterna förklarade vad Äldre-

[17] Jag bara lyfter luren Utvärdering av äldreteamet i Huddinge, Ingrid Hjalmarsson Stockholms läns äldrecentrum 2011:4.

teamet betydde för dem och verkar vara den viktigaste kvaliteten som vårdformen erbjuder. Att betydelsen av trygghet är centralt för patienter som tillhör gruppen de mest sjuka äldre har framkommit i ett flertal liknande studier. Uppgifterna om hur vården och omsorgen fungerade samt om patienternas hälso- och sjukvårdskonsumtion före och efter inskrivningen visar att Äldreteamet är ett bra exempel på hur vård och omsorg för ”de mest sjuka äldre” kan organiseras. Äldreteamet är också ett bra exempel på målinriktat och väl fungerade samarbete mellan företrädare för en kommun och för landstinget. De samverkande parterna hade kommuninvånarnas bästa för ögonen, tänkte fritt och kreativt för att hitta ett sätt att erbjuda de mest sjuka äldre en vårdform som passade dem. Deras förankring och kunskap om de lokala förhållandena gjorde att de hade god överblick över de resurser som fanns och idéer om hur de kunde samutnyttjas. Fungerande äldreteam i större skala skulle också kunna minska behovet av akut sjukvård. Att generellt göra det möjligt för äldre att få fler hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet kan förutom de mänskliga vinsterna också vara ett sätt att minska belastningen på akutsjukvården.

Hälsostaden Ängelholm

Hälsostaden Ängelholm är ett pilotprojet som har ambitionen att öka tillgängligheten, erbjuda vård och omsorg på rätt nivå och förbättra patientflödet mellan kommunen, primärvården och sjukhuset. Här arbetar kliniker, vårdcentraler och delar av Ängelholms kommun tillsammans för att hitta nya lösningar och samarbetsformer. Samarbetet avser att sudda ut osynliga gränser och skapa framtidens sjukvård för en bättre vård där patienten inte hamnar mellan stolarna. Centralt är att sammanföra medarbetare från tre olika aktörer, ge dem möjlighet att studera patientgruppers olika förutsättningar, se möjligheter till nya flöden och lösningar och sedan realisera dessa i verksamheten.

Och det finns många fler…

Det finns många fler inspirerande exempel; Södertäljemodellen, Tiohundra m.fl. Även internationella modeller kan vara inspirerande såsom exempelvis Alaskamodellen och Buurtzorg Nederland.

6.3 Primärvården

Primärvårdens utformning och uppdrag har utretts och diskuterats i decennier, se bilagorna 3 och 4. Under 1980- och 1990-talen har den allmänmedicinska professionen vuxit sig allt starkare och kunnat ta initiativet till att definiera ämnesområdet och utveckla både undervisning och forskning. Allmänläkarna är utbildningsmässigt väl rustade att i samarbete med övrig personal inom primärvården ta på sig sina uppgifter. Dagens distriktsläkare har en specialistutbildning som är i paritet med övriga specialistutbildningar, och allmänläkares status anses gradvis ökat såväl inom läkarkåren som i befolkningen. Primärvården uppfattas nu som en helt nödvändig bas inom hälso- och sjukvården. Primärvårdens nyckelroll kan dock inte bara ses i relation till hälso- och sjukvårdens funktion. Primärvården förväntas samarbeta med socialtjänstens olika delar, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, skola, arbetsgivare m.m. Implicit ligger förväntningar på primärvården att utgöra ett slags informellt nav för andra välfärdsinsatser.

För stora grupper av våra vanliga sjukdomar har patienterna behov av vård omväxlande inom primärvård och sjukvård beroende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och vilka resurser och kompetenser som krävs vid varje vårdtillfälle. Dagens distriktsläkare har tillgång till allt mer avancerad utrednings- och behandlingsmetoder. Detta arbetssätt, med ett mer omfattande omhändertagande av komplicerade medicinska utredningar och uppföljningar, har bidragit till att dagens distriktsläkare träffar betydligt färre patienter personligen på mottagningen – i genomsnitt 10 patienter per dag. Det ska jämföras med provinsialläkarna som hade betydligt fler patientbesök, ofta 30–40 per dag. Även om besökstalen inte går att jämföra hade dåtidens provinsialläkare troligen längre arbetsdagar och större arbetsbörda. De gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens distriktsläkare går

miste om då hembesök numera är en sällsynthet. Det minskade antalet besök förklaras även av ändrade arbetssätt.

Den tidigare höga genomströmningen av patienter var ofta väl organiserad av personal som såg till att patienterna var intagna på undersökningsrum och avklädda. I dag är det vanligast att läkaren själv hämtar patienten i väntrummet och visar respekt för patienten genom att samtala med denne påklädd innan det är dags för undersökning. Krav på information om läkemedel och liknande har ökat, och allt detta gör att besöken tar längre tid. En ytterligare stor förklaring till att dagens distriktsläkare träffar färre patienter än dåtidens provinsialläkare är också att andra yrkesgrupper, med egen professionell autonomi, har tagit över arbetsuppgifter som tidigare sköttes av läkare. Inte minst har sjuksköterskor tagit över arbetsuppgifter och handlägger numera patienter på ett betydligt mer självständigt sätt än som var fallet för bara 20 år sedan. Även fysioterapeuter har tagit över arbetsuppgifter som tidigare var förbehållna läkare.

Figur 6.6 Faktaruta: Exempel på andra arbetssätt: Brahemodellen

Många som söker läkarvård för besvär i rörelse- och stödjeorganen är inte i första hand i behov av läkarvård. På Brahehälsan i Löberöd har man därför skapat Brahemodellen, där de flesta patienter med dessa besvär slussas först till fysioterapeuterna på vårdcentralens rehabiliteringsavdelning. Patienterna kan även själva vända sig direkt till fysioterapeuterna för tidsbokning och behandling. Fysioterapeuten gör en första undersökning. I de flesta fall behöver man nysta i vad som orsakar det onda för att kunna ställa diagnos och behandla värken rätt. I vissa fall hänvisas patienten vidare till läkare men många gånger är det grundläggande problemet en dålig arbetsställning, tung arbetsbelastning, en stressig arbetssituation eller dylikt. Roten till det onda kan med andra ord uppstå på ett annat ställe i kroppen än just där patienten upplever smärta och behöver behandlas därefter.

För patienterna innebär Brahemodellen en möjlighet till snabbare hjälp, snabbare positiv effekt och minskade sjukskrivningstider. Den nya arbetsmodellen har minskat trycket på vårdcentralens läkartider, fördjupat samarbetet mellan läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter och gett avsevärt minskade kostnader för MR och slätröntgen.

Sverige tillhör de länder där sjukvården redovisar bäst resultat, se avsnitt 4.1.5. I vården av personer med kroniska sjukdomar har vi dock inte samma goda resultat. Den kontinuitet och samordning

som primärvården kan svara för är därför strategiskt viktiga förbättringsområden.

Till skillnad från annan serviceverksamhet sker ingen centralisering i primärvården, den nära servicen är en del av primärvårdens kärnvärden. Den är därför vår kanske viktigaste kvalificerade lokala samhällsservice med stor betydelse för den trygghet befolkningen upplever samtidigt som primärvården har potential att ta om hand en mycket stor grupp patienter, med t.ex. kroniska sjukdomar.

Utredningen har i utredningsarbetet tagit del av många problembeskrivningar som rör dagens primärvård och vi kan konstatera att situationen är problematisk. Utredningens analys av de underlag, såväl muntliga problembeskrivningar som skriftliga underlag, visar på att de ”sjukdomstecken” som dagens primärvård befinner sig i har drag av att vara sammanhängande ”onda cirklar”, dvs. problemen hänger samman med och förstärker varandra. De aktuella problemen i primärvården är mycket väl dokumenterade, såväl från forskarhåll som myndighetshåll, från patientorganisationer och professionsorganisationer och fackförbund.[18] En kort sammanfattning av de huvudsakliga problemen är följande.

Det kanske största problemet som återkommande nämnts till utredningen är att primärvården har svårt att klara uppdraget som ”första linjens vård”. Primärvårdens funktion som basen i svensk hälso- och sjukvård är starkt ifrågasatt. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential.

Det råder på många vårdcentraler brist på allmänläkare, vilket ger beroende av ”stafettpersonal”. Det ger i sin tur sämre kontinuitet och ökad belastning på den fasta personalen. Det skapar risk för alltför hård belastning som ger risk för att personalen söker sig någon annanstans, vilket kan rendera ytterligare behov av ”stafettpersonal.

Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå.

[18] Se bl.a. Myndigheten för vård och omsorgsanalys, VIP i vården, 2014; Socialstyrelsen, Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser, 2012.

Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder 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 status hos befolkningen. Det verkar vara accepterat att man vänder sig till akutmottagning även i de fall primärvården skulle kunna vara ett alternativ.

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i 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, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Resultatet av detta är väsentligen väl känt: ett på många olika sätt fragmenterat system för vård och omsorg. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora brister. Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara t.ex. yngre med kroniska sjukdomar.

6.3.1 Sjukhusen

Den sjukhusbundna vården är den största kostnadsposten i landstingens utgiftsmassa. Exakt storlek nationellt är svårt och få fram, men specialiserad somatisk vård står för drygt 50 procent och specialiserad psykiatrisk vård för ca 10 procent. Båda dessa poster innehåller dock även specialiserad vård utanför sjukhusen. Grovt översiktligt är det sannolikt att 40–50 procent av kostnadsmassan omfattar sjukhusbunden vård. Därav följer att sjukhusen blir föremål för mycket uppmärksamhet när det gäller ekonomistyrningen

hos huvudmännen. Historiskt har sjukhusen ofta haft svårt att hålla lagda budgetar och budgetöverdragen stundtals varit närmast legio.

Antalet akutsjukhus har minskat successivt sedan 1970-talet. den främsta orsaken är den medicintekniska utvecklingen som medför ökad specialisering och subspecialisering. Denna utveckling kräver tillräckligt stora patientvolymer för att vården ska kunna drivas effektivt. Frågan om lämplig storlek på upptagningsområde, och som en följd av denna frågeställning antalet sjukhus som Sverige behöver, är ständigt under diskussion. Senast har frågeställningen behandlats av utredningen om högspecialiserad vård i betänkandet *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98). Utredningen förslog att regeringen tillsätter en ny utredning i frågan. Vi vill understryka att frågan är viktig och har stor betydelse för sjukvårdsystemets effektivitet.

Sjukhusen är svårstyrda. En stor anledning till detta är dygnetrunt uppdraget. Verksamheten måste helt enkelt fungera dygnet runt veckans alla dagar. Detta ökar komplexiteten markant. T.ex. blir schemaläggningen komplicerad. Störningar i form av t.ex. personalbrist leder lätt till dyra lösningar, något som sannolikt är högst aktuellt just nu när det råder nationell brist på specialistsjuksköterskor och kostnaderna har dragit iväg för landstingen.

För en mer utförlig beskrivning i övrigt av aktuella problem för den sjukhusbundna vården hänvisas till kap. 5.2.2. Där framgår bl.a. att svenska sjukhus förefaller ha låg produktivitet jämfört med sjukhusen i övriga nordiska länder.

6.4 Arbetssätten

6.4.1 Bakgrund och sammanfattande problembeskrivning

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har på många områden utmärkta medicinska resultat. Oavsett om det är mer objektiva resultatindikatorer som används eller indikatorer som mäter patientupplevelser av vården ligger Sverige bra till i internationella jämförelser. Det finns också i många fall ett självklart inslag av ständig förbättring när det gäller det medicinska innehållet, kanske särskilt tack vare de

nationella kvalitetsregistren men också tack vare egna kvalitetsdata i många verksamheter runtom i landet som används för egen analys och förbättring liksom för benchmarking mot andra eller andra jämförelser.

Organisation och arbetssätt i vården låter sig inte mätas och jämföras på ett lika framgångsrikt sätt. Med arbetssätten avser vi inte de medicinska valen av metoder för diagnostik och behandling utan fokus ligger på de organistoriska aspekterna: hur arbetet planeras, vem som gör vad, när och varför. Jämförelser och benchmarking lyser här med sin frånvaro. Att detta ligger lite vid sidan den uppenbara intressesfären för vårdens professioner är kanske inte anmärkningsvärt, Organisation, logistik, optimering och ”management” är sådana frågor många antagligen inte uppfattar som ett uppdrag, även om det i realiteten är det (se nedan). Organisation och arbetssätt har dock upptagit mycket av den probleminriktade debatten inom hälso- och sjukvården de senaste åren. Ett axplock av väl kända diskussionsteman som rör detta är följande. Hur minskar vi väntetider och ledtider för patienterna? Hur skapar vi överblick över patientens vårdkedja och hur får vi den att hänga samman? Varför upplever patienterna inte kontinuitet i den hälso- och sjukvård som ges? Vad gör professionerna med sin tid och hur kan de få mer tid till det som de är utbildade för och mer tid för patienten? Varför har vi internationellt sett relativt mycket personal, få vårdplatser men upplever ändå att vi är underbemannade?

Debatten visar inte endast på aktuella problem utan är också en indikation på ett betydande förändringstryck på hälso- och sjukvården. Vården behöver kontinuerligt förbättras, liksom alla andra verksamheter, oavsett sektor eller bransch. Kraven på kvalitet liksom medborganas förväntningar ökar hela tiden, nya tekniska lösningar tas fram och nya verksamhetsformer skapas. Men det är även motiverat utifrån de ovan redovisade kraven på god ekonomisk hushållning och kostnadseffektivitet (se avsnitt 3.1). Ett okontroversiellt påstående är således att utvecklingen inom vården inte blir färdig, den behöver ständigt drivas framåt. Antagligen finns det dock betydande utmaningar för att göra just detta men det finns också en tydlig potential i att arbeta smartare och att driva förändring på ett bättre sätt.

Arbetssätten i hälso- och sjukvården är i hög grad varierande och i ständig förändring. Hur arbetssätten i praktiken ser ut beror på många faktorer, t.ex. vilken verksamhet det rör sig om, vilka behandlingar som utförs och vilka metoder som används, vilken sammansättning av kompetens som finns tillgänglig och vilka traditioner och vilken kultur som finns i den aktuella verksamheten. Nya metoder för behandling också kan kräva nya organisatoriska lösningar. En annan bidragande faktor är en skiftande tillgång till olika personalkategorier över tid och ändrade inbördes förhållanden mellan yrkesgrupper. Mest notabelt under den senaste 20-årsperioden är en kraftig ökning av andelen verksamma med en högre formell kompetens: läkare och sjuksköterskor och en minskning av verksamma med lägre formell kompetens: t.ex. undersköterskor och medicinska administratörer. Det är givetvis svårt att beskriva detta på ett samlat sätt utan vi kommer i stället att nedan återkomma till ett antal generella utmaningar.

Sammanfattande problembeskrivning

Det finns tydliga indikationer på att nuvarande arbetssätt inom hälso- och sjukvården innebär ett ineffektivt resursutnyttjande. Under många år har på olika sätt diskuterats behovet av att få en mer personcentrerad vård, bättre flöden, kortare ledtider, mindre av flaskhalsar, en mer rationell fördelning av arbetsuppgifter etc.

Vid utredningens hearingar och besök i landstingen har denna problembild bekräftats och fördjupats. Problemen lyfts också relativt ofta fram i revisionsrapporter inom landstingen.

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, som är det som mest efterfrågas av många patienter, är bara undantagsvis vägledande för hur man organiserar verksamheten och hur man lägger scheman.

- Det saknas analys av vårdbehoven och uppdragen till verksamheter och med utgångspunkt i det gedigen analys och planering av produktion och kapacitet.
- Scheman läggs inte utifrån en sådan analys, inte ens när produktions- och kapacitetsplanering är gjord.
- Kompetensen underutnyttjas pga.
  - suboptimerad fördelning av arbetsuppgifter
  - suboptimerad personalstruktur, främst för få anställda med lägre formell kompetens
  - att den lärande organisationen inte prioriteras.
- Arbetet med förändring försvåras av kulturfrågor, bl.a. professioners och chefers uppfattningar om vem som får och ska göra vad.
- Det saknas diskussion om varför verksamheten bör bli mer effektiv och hur man nyttiggör en mer effektiv verksamhet på kort och lång sikt.

6.4.2 Ledarskapet i vården och förmågan att hantera komplexitet

När ledarskap och chefskap diskuteras i vården, erfar utredningen att mycket fokus läggs vid chefsuppgifter av mer materiell och formell karaktär såsom planering, personalledning, schemaläggning osv. Utredningen erfar att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ett ledarskap som har som utmärkande drag att de är starka kulturbärare för den arbetskultur som råder och som i sin tur utgjort grogrund för effektivare verksamhet. De kulturbärande uppdraget i ledarskapet tycks vara minst lika viktigt som de mer traditionella delarna i chefsuppdraget: ”management”-kunskaper och sakkunskap i vården. Samtidigt är chefens kulturbärande funktion i vården problematiskt av andra skäl. Som nämns i avsnitt 6.1.6 är traditionen av identifikation med den egna yrkeskåren stark i vården. Utredningen erfar att det inte alltid är oproblematiskt för en viss yrkeskategori att bli chef över personal inom andra yrkeskategorier. Utredningen har tagit del av några

exempel t.ex. där en sjuksköterska blir chef över läkare. För läkarna i dessa exempel är identiteten med den egna yrkesprofessionen så stark att chefens legitimitet, om chefen är av en annan yrkeskategori, blir försvagad. I sin tur leder bristande legitimitet för chefen att ledarskap över arbetsenheten blir näst intill omöjligt. Det tycks som att det är vanligt förekommande att ledarskapet inte ses som en *profession i sig,* som kräver egen självständig yrkeskunskap och färdigheter. Vårdens chefer tycks betraktas i första hand utifrån sin yrkesmässiga bakgrund: ”sjuksköterskor” ”läkare” ”fysioterapeuter” osv. och chefs*rollen* i andra hand.

En i sammanhanget intressant jämförelse är den finska lagstiftningen (4 § 1 kap. hälso – och sjukvårdslag) där det ställs krav på att ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan *multidisciplinär kompetens* som främjar en högkvalitativ och säker vård, *samarbete mellan olika yrkesgrupper* och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder. Utredningen uppfattar med ledning av förarbetena i denna lag att problemen med att olika yrkesgrupper har olika status i hälso- och sjukvården inte är unika för Sverige. Även om motsvarande bestämmelse inte finns i Sverige så är detta ett angeläget problem att komma tillrätta med.

Av de framgångsrika exempel utredningen studerat menar vi att det finns några gemensamma drag. Ledarens kulturbärande förmåga är ett sådant. Vidare menar vi att framgångsrika verksamheter tycks ha vissa förhållningssätt som utgör en bra grogrund för att hantera förändringsarbete. Nedanstående figur sammanfaller i stort med utredningen iakttagelser om sådana förhållningssätt.

Figur 6.7 Den komplexa vården – om komplexitet och komplexa processer inom hälso- och sjukvården

ANTAGANDEN	TRADITIONELLT SYNSÄTT	KOMPLEXITETSSYNSÄTT
Osäkerhet	Något dåligt, som ska reduceras till varje pris.	En källa till möjligheter, kreativitet och innovationer.
Komplexitet	Något man hittar i strukturer och organisationer samt i tekniska system. Genom reduktionism kan komplexiteten bli kontrollerbar och därmed också styrbar.	Invävt i de uppfattningar och perceptioner som människor skapar i det dagliga agerandet tillsammans.
Enkelhet	Grundförutsättning	Det behövs en större komplexitet för att förstå och kunna förbättra.
Förutsägbarhet	Grundförutsättning	Möjligt och omöjligt samtidigt
Världsåskådning	Objektiv	Intersubjektiv, dvs. individer emellan kan ha mer eller mindre lika uppfattning om sin omvärld.
Självorganisering	Existerar inte och kan inte tas om hand.	Ett centralt och verkligt fenomen som inte går att bortse ifrån och som innebär stora möjlighetspotentialer.
Uppkommande fenomen	Existerar inte	Det naturliga resultatet av att mänskligt relatera i tid, rum och tanke.
Rationalitet	Möjlig och eftersträvansbar, behövs bara tillräckligt med information och kunskap.	Begränsad och subjektiv.
Styrning och kontroll	En utgångspunkt och ett tydligt förhållningssätt.	Begränsad då det är ett resultat av kollektivets gemensamma satsningar över tiden.
Lärande	Lärande för att kunna och veta. Statiskt.	Lärande för dynamisk anpassning och utveckling. Dynamiskt.
Konflikt	Ses ofta som något negativt och begränsande.	En nyckelkomponent för utveckling och kreativitet.
Paradoxer	Går att lösa.	Går att hantera men oftast inte att lösa.

Källa: Fredrik Nilsson, Region Skåne, 2007

6.4.3 Patientens behov är inte utgångspunkten för organisation och arbetssätt i vården

Personcentrerad vård, patientcentrerad vård, patienten i centrum och likande uttryck används av många i vården för att beskriva verksamhetens strategi, värdegrund eller liknande. Värdebaserad

vård är ett ytterligare sådant uttryck. Personcentrerad vård brukar beskrivas med följande komponenter.

1. Lyssna på patienten (ofta med anhöriga)
2. Gemensam överenskommelse om vård och behandlingsplan, där också patientens eget ansvar framgår
3. Dokumentera planen

Patienters erfarenheter av personcentrerad vård visar att de känner sig mer bekräftade, delaktiga och trygga. Studier visar på många andra fördelar, bl.a. signifikant minskade post-operativa smärtor, minskade slutenvårdskostnader med 40 procent vid personcentrerad vård vid höftledsfraktur, signifikant minskad känsla av osäkerhet i relation till sjukdom och behandling hos patienter med kronisk hjärtsvikt, minskad sjukhusvårdtid med 30 procent i interventionsgruppen vid vård av försämrad kronisk hjärtsvikt, samt minskade slutenvårdkostnader, mer effektiv utskrivningsprocess, förbättrad livskvalitet och minskade kostnader.[19]

Sett till debatten och användningen av uttryck som de nu refererade tycks det också finnas en klar medvetenhet om behovet av att utgå från patienten, engagera och involvera patienter och patientföreträdare i beslut som rör hälso- och sjukvårdens utveckling såväl på policynivå som i beslut om den praktiska verksamheten. Det finns dock inte något som stödjer att patienter över tid i praktiken blivit en viktigare drivkraft eller att de involveras mer i utvecklingsarbete. Säkerligen finns det dock enskilda goda exempel på detta. Även om de flesta i vården säkert skulle säga att man ”sätter patienten i centrum” eller arbetar personcentrerat/patientcentrerat är det tveksamt om man i praktiken tillämpar ett systematiskt och genomgående arbetssätt som kräver att man planerar, integrerar och kvalitetssäkrar övergången till personcentrerad vård.

Utvärderingar visar vidare att den svenska hälso- och sjukvården ofta brister i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. Vården har stora utmaningar i att säkerställa att

[19] Se bl.a. Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture J Adv Nurs (Vol. 58, pp. 116–125). England samt Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., et al. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Eur Heart J, 33(9), 1112–1119.

gällande lagstiftning som syftar till att stärka patientens ställning efterlevs, möjliggöra för patienten att vara medaktör i sin egen vård, och att förbättra samverkan och kontinuitet i vården.[20]

Vården behöver organiseras utifrån olika logiker beroende på behov

En industriell logik präglar generellt sett vården i dag på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov. Ett exempel är primärvården som har ett likartat ”flöde” för alla patienter, oavsett om det handlar om ett barn med öroninflammation, en ung kroniker med diabetes eller en skör äldre person med många samtidiga kroniska sjukdomar. Flödet via tidsbokning, till läkarbesök, till laboratoriebesök, till läkarbesök, till apoteket för att hämta ut förskrivna läkemedel ser oftast likadant ut. Möjligheterna att få kontinuitet för den som behöver det är inte alltid vad de borde vara.

Gemensamma nämnare för det traditionella sättet att förmedla vård är att det i hög grad utgår från ett verksamhetsperspektiv där kompetenserna delats in i olika medicinska discipliner, ersättningssystemen fokuserar på enskilda insatser och budget sätts utifrån olika vårdnivåer och till separata sjukhuskliniker. Ett förhållningssätt som börjar växa fram är dock att patientens behov i mycket högre utsträckning än i dag behöver förstås och påverka på vilket sätt vården förmedlas till patienten. 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. De samband som finns mellan ålder, antal sjukdomar och vårdkonsumtion indikerar att detta kan vara en framtida nyckelfråga för hälso- och sjukvården.

Vårdens praktiska förmåga att fråga dem det berör (patienterna/medborgarna) hur verksamheten bör vara organiserad och att involvera patienterna i ett förändringsarbete av vårdens tjänster – organisation och arbetssätt – är dock, såvitt vi kan bedöma, bara i sin linda.

[20] Vårdanalys 2012, Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring.

Det finns olika teorier och koncept för att göra detta, t.ex. tjänstedesign, se nedan. I grunden handlar dock frågan om hur patientens behov ska förstås. Ett sätt att förstå detta är att grovt schematiskt beskriva vårdbehov i kategorier – enkla, komplicerade, komplexa och kaotiska – och organisera vården utifrån det. I kategorin *enkla vårdbehov* ryms t.ex. en höftfraktur. Relationen mellan orsak och verkan är känd, det finns en tydlig ”best practise” och ett tydligt slut på vårdförloppet. Mycket i förloppet kan standardiseras och behovet av kontinuitet är inte stort. I kategorin *komplicerade vårdbehov* ryms t.ex. ”ont i ryggen”. Förhållandet mellan orsak och verkan kräver utredning. Det finns ingen ”best practise” men kanske en ”good practise”. I kategorin *komplexa vårdbehov* ryms t.ex. multisjuka patienter. Sambanden mellan orsak och verkan är oförutsägbara. Behandlingen kräver att man prövar sig fram och testar hypoteser. Det krävs att någon har överblick över patientens historik och en idé om vad som behöver göras när en hypotes/ strategi inte visar sig fungera. I kategorin *kaotiska vårdbehov* ryms t.ex. akuta patienter där en initial insats kan vara att stabilisera patienten. Därefter kan han eller hon förstås i någon av de övriga kategorierna.

Utifrån denna förförståelse av patienternas behov behövs olika sätt att organisera vården, t.ex. utifrån vad som av forskare kallas för ”värdelogiker”. Värdelogiker beskriver hur vi organiserar vårdinsatser med avseende på kompetens, service, grad av standardisering/individualisering och ansvarsfördelning.

Värdekedjor passar väl för sjukdomar med förutsägbart innehåll där vårdinsatserna till stora delar kan standardiseras och utföras sekventiellt. Ett typexempel är planerade vårdprocesser i behov av en operativ åtgärd som t.ex. höftoperationer.

Värdecenter passar där det inte finns någon på förhand standardiserad, stegvis lösning för att tillfredsställa patientens behov. Däremot finns det ett tydligt definierat problem. Patientens behov är unikt, varför kunskap och resurser behöver samlas ihop för att lösa det aktuella problemet. Värdecentret är en kunskapsintensiv modell som baseras på en bred kunskapsbas hos professionen. Ett sådant exempel kan vara diagnosticering av tumörer.

Värdenätverket ska hantera behov som uppstår på ett mer oförutsägbart sätt, t.ex. som försämringsepisoder hos patienter med kronisk sjukdom. I detta fall är varken lösningen eller patientens problem tydligt definierade på förhand. För att tillfredsställa ett

sådant vårdbehov måste ofta flera aktörer från olika delar av vårdsystemet involveras.

Utredningens bedömning är att hälso- och sjukvården i dag i låg grad präglas av den typ av kategorisering av patienters behov som skisserats ovan. Ofta organiseras vården utifrån en ”värdekedja”, oavsett patientens behov. Det innebär att vården normalt sett är vertikalt strukturerad utifrån funktion. Därtill ska läggas att det svenska sjukvårdssystemet är alltför inriktat för att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. 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. Systemet brukar beskrivas som ”stuprör” och en följd av stuprörssystemet är att det är svårt att skapa samordnade horisontella vårdsprocesser för patienten.

Fenomenet är väl känt i hälso- och sjukvården och det finns aktuella exempel på att man försöker skapa en mer sammanhållen process eller ett bättre ”flöde” för patienten. Ramverket för s.k. ”standardiserade vårdförlopp” är ett exempel på ett initiativ för att åstadkomma detta i inom cancervården. Det finns också enskilda exempel på att man försöker få samman vården i värdecenter, t.ex. där all relevant kompetens samlas för att diagnosticera cancer vid ett sammanhållet tillfälle.

Organisering i värdenätverk är ovanligt. Ett exempel är Västra Skaraborg som sedan 2008 har en integrerad nätverksmodell för vård av multisjuka äldre samt för patienter i behov av palliativ vård utvecklats, se avsnitt 6.2.4. Modellen består av ett ledningscentrum som koordinerar vårdinsatserna för patienterna i den aktuella populationen. Patienterna har därutöver en personlig kontaktsjuksköterska. Två tvärprofessionella mobila team finns tillgängliga för att i hemmet stabilisera situationen när patienten eventuellt försämras. På samma sätt koordineras och integreras befintliga vårdresurser i individuellt utformade vårdplaner för patienterna. Flera utvärderingar visar på goda och långsiktigt stabila resultat sett ur såväl patient- som resursperspektivet.[21]

[21] För en mer ingående beskrivning, se betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård (SOU 2015:20) s. 275 f.

Olika sätt att fånga patientens behov genom s.k. tjänstedesign

Det finns i dag utvecklade metodiker för att fånga de behov hos individer/patienter som vården ska möta och omsätta det i ett förändrat sätt att arbeta. Exempel på mer utvecklade sådana angreppssätt är olika typer av s.k. ”tjänstedesign” som innebär en blandning av klassiska designkunskaper (med fokus på användaren och interaktionen), och organisations-, management- och marknadsföringskunskaper (med fokus på organisationen och kunden). Några exempel på tjänstedesign är följande.[22]

Design med fokus på patientens och brukarens perspektiv innebär att man tillämpar designkunskaper utifrån fördjupade observationer ur patienternas eller brukarnas synvinkel. Det innebär t.ex. att utgå från användarens upplevelse av att komma till ett sjukhus eller ha kontakter med olika vårdgivare. Det kan också handla om att bättre förstå användarens ”värld” genom fokusgrupper, empatiskt baserade samtal, workshops med tydlig utgångspunkt i användarperspektivet, metoder för så kallad ”storytelling” eller dagboksnoteringar som innebär att patienten eller brukaren beskriver sina behov och hur de skulle kunna bemötas på ett sätt som fungerar bra. Med dessa fördjupade kunskaper om användarna kan man designa tjänster som bättre överensstämmer med de krav på effektivitet som både patienten och vårdgivaren har. En vidareutveckling av den här metoden är att också identifiera patientens eller brukarens erfarenheter och kunskaper som kan användas som en del av tjänsten och förbättra den. Patienten eller brukaren blir på så vis delaktig i produktionen av tjänsten. Ett stort antal projekt, studier och verksamheter har använt sig av det här arbetssättet, exempelvis Experio Lab vid Landstinget i Värmland. I Sverige genomför Centrum för personcentrerad vård (GPCC) i Göteborg forskning inom personcentrerad vård. Forskningen tar sin utgångspunkt i hur långvarig sjukdom upplevs och hanteras av den enskilde. Personcentrerad vård beskrivs av GPCC som ett partnerskap mellan patient eller anhörigvårdare och professionella vårdare. Det är patientberättelsen som bildar utgångspunkten för vårdplaneringen och uppföljningen.

[22] Beskrivningen utgår till stor del från Capire/HCM, 2013, Design av tjänster inom hälsa, vård och omsorg - en kunskapsöversikt.

Design med fokus på interaktion går djupare in i relationssystemet mellan vårdtagaren och vårdgivaren. Fokus ligger på samspelet och det kritiska överföringsläget av tjänsten mellan t.ex. läkaren och patienten. Det så kallade gränssnittet mellan den som ger tjänsten och den som tar emot tjänsten är ännu mer centralt inom den här huvudlinjen. Det leder designen ett steg längre in mot organiseringen av tjänsteverksamheten. Det kan till exempel innebära att vårdtjänsterna inom ett sjukhus erbjuds som samlade tjänster för olika behovsgrupper i stället för att organiseras som skilda kliniker utifrån olika medicinska discipliner. Samspelet kan även utvecklas vidare och övergå till en form av partnersamverkan mellan vårdgivaren och vårdtagaren i själva designen av tjänsten, till exempel genom att patienten och läkaren tar varsin kompletterande ansvarsroll i vårdprocessen. Det förstärker samtidigt effekten av behandlingen. Den gemensamma designen kan också ta sig uttryck i en överenskommelse om ömsesidiga värden, value logics, som parterna samverkar kring. Primärvårdskedjan Minute Clinic i USA lovar snabba vårdtjänster med hög kvalitet i ett arrangemang som bygger på ett effektivt utnyttjande av patientens tid. Väntetider och ledtider mellan olika kontakter ska vara minimala och har från börjat varit utgångspunkten i klinikkedjans design.

Design med fokus på nya tjänstemodeller tar fasta på helhetsperspektivet. Designen fokuserar förutom på interaktionen även på ett komplett samverkans- och produktionssystem. Exempelvis kan det handla om nya samverkansidéer eller ny teknologi. Här finns stora möjligheter att tänka nytt om samspelsformerna mellan olika aktörer – man brukar tala om ”sociala innovationer” som handlar om att förbättra och effektivisera samspelet mellan olika kommunicerande aktörer. En annan utgångspunkt för designen kan vara att fokusera på grundläggande värden. Genom att designa tjänsten utifrån önskade och utlovade värden förbättras överensstämmelsen mellan patientens eller brukarens behov och vård- eller omsorgsgivarens genomförande av tjänsten. Designen förenar det som är ändamålsenligt för både patienten och producenten och så småningom kan helt nya tjänstemodeller utvecklas. Ett exempel är när alla kompetenser samlas på en plats för en viss patientgrupp (ett så kallat one stop). Sådana patientcentermodeller ersätter en traditionell indelning av kompetenser i separata kliniker och mottagningar. Ett känt exempel är bröstcentermottagningar som har samlat alla rele-

vanta kompetenser för cancerdiagnostiken på en plats, med drastiskt sjunkande ledtider för diagnostikprocessen som resultat.

Design med fokus på ideala målbilder och tillstånd innebär att helt nya lösningar söks utifrån skissartade laborationer. Det kan handla om tänkta modeller för hur exempelvis framtidens vård eller omsorg bedrivs. Om ett sjukhus uppfanns på nytt utifrån dagens och morgondagens troliga förutsättningar – hur skulle det då se ut? Arbetssättet används för att söka lösningar som bygger på en ny arbetslogik för en tjänst eller en ideal modell för hur en tjänst borde utföras, oberoende av de eventuella låsningar eller andra förhållanden som råder i dag. På så vis kan man uppnå både innovationer och ett fördjupat lärande. Man utforskar möjligheterna genom olika scenarier, ”berättelser från framtiden”, eller genom så kallad idealized design – en metod som kan jämföras med kreativ visualisering. Man sammanfattar sedan lärdomarna av dessa laborationer i målbilder som tydligt visar de önskvärda förändringarna. Då skapas en bro mellan det ideala tillståndet och den verklighet som råder för tjänsteverksamheten i dag.

Patienten behöver ges möjlighet att bidra

Ett ofta förbisett faktum i diskussioner om hälso- och sjukvårdens resurser är att den största resursen är patientens egna insatser. I en vid bemärkelse är det som alla människor gör för att leva hälsosamt och därmed minska risken för sjukdom en del i dessa insatser, t.ex. genom kost och fysisk aktivitet. Men insatserna blir naturligtvis tydligare när sjukdom eller skada har inträtt. Exempelvis utförs i dag en stor andel av vården av kroniska sjukdomar av patienterna själva eller av deras närstående. Detsamma gäller vården av de flesta andra sjukdomar eller tillstånd, liksom rehabilitering efter en akut sjukdom eller sjukhusvistelse. Hur väl befolkningen är motiverad till och förmår att hantera sin hälsa och egenvård har således en uppenbar koppling till hur vårdens resurser utnyttjas. Att individer när det är möjligt kan och vill göra saker själva och i hemmet i stället för att få hjälp med det på en mottagning/vårdcentral måste vara av stort intresse för hälso- och sjukvården. Det finns också stark evidens för att *stöd till* egenvård och hantering av den egna

hälsan har positiva effekter för livskvalitet, medicinska resultat och användningen av hälso- och sjukvårdens resurser.[23]

Det finns några delfrågor när det gäller hur patienten kan bidra till sin egen vård. En fråga avser *hur väl informerad* patienten är om sitt hälsotillstånd eller sin sjukdom, hur behandlingsstrategin ser ut, vad patienten ska göra själv, vad han eller hon ska vara observant på samt vem som kan kontaktas om det uppstår problem. På detta område har den svenska hälso- och sjukvården stora utmaningar i jämförelse med andra länder.

En annan delfråga avser tjänster och teknik för att patienten själv ska bli mer delaktig i sin vård. Det finns redan gott om tjänster (t.ex. appar) och tekniska hjälpmedel för att patienten ska kunna ta prover, monitorera sitt hälsotillstånd och samla data om detta. Även i denna fråga kan konstateras att vårdens beredskap och förmåga att nyttogöra dessa insatser från patienterna ännu är låg, även om goda exempel är på framväxt. Den svenska vården är generellt sett långt ifrån att dra nytta av digitaliseringens möjligheter när det gäller dels vad patienten själv kan bidra med i form av egenvård, administration av bokningar/kallelser etc., dels hut tjänsteutbudet kan förändras med mer av virtuell vård (t.ex. virtuella mottagningar) men också datoriserad anamnesupptagning, beslutsstöd eller till och med datoriserat beslutsfattande.

Ett sätt att stärka möjligheten till kontinuitet och samtidigt patientens inflytande är s.k. ”öppen webb-tidbok”. I denna kan patienten själv boka in sin tid för besök. Ett fullt funktionellt sådant system där patienten ska kunna boka tid hos ”sin vårdpersonal” (och inte endast någon vårdpersonal) förutsätter dock en god kontroll/planering över verksamheten – i praktiken att produktionsplanering finns på plats och att schema är lagt utifrån det.

[23] The Health Foundation 2011, Evidence: Helping people help themselves, a review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. Engelskans ”self management” är ett bredare begrepp än hur egenvård traditionellt förstås i Sverige.

Figur 6.8 Tjänster för att tillvarata patientens egna insatser i den reumatiska vården

Patientens Egen Provhantering (PEP) är en webbtjänst som ger patienter möjlighet att bli en aktiv deltagare i patientsäkerhetsarbetet under en läkemedelsbehandling vid kronisk reumatisk sjukdom. Genom att ta del av sina egna provsvar och själv beställa provtagning blir patienten mer delaktig och får större ansvar för sin vård och sin sjukdom. En första studie har visat att patienterna är tillfreds med att se sina provsvar men att PEP behöver utvecklas för ökad användarvänlighet. Tjänsten behöver dessutom kopplas ihop med andra webbtjänster. Avancerad teknisk utveckling pågår för att kunna ge invånare möjlighet att använda tjänsten bredare, till exempel för egenvårdstester med direkt koppling till primärvård och för att kunna integrera tjänsten till olika laboratorier och journalsystem. Ett bredare införande till fler diagnoser planeras under 2016.

Patientens egen registrering (PER) är en tjänst där patienter svarar på frågor om sin hälsa före läkarbesöket. Frågorna handlar bl.a. om vad patienten klarar av i sitt vardagliga liv, smärta och livskvalitet. Frågorna i PER kan besvaras hemma via 1177 – mina vårdkontakter eller på mottagningens dator som har en pekskärm. Med PER-registreringen visualiseras sjukdomsförlopp och behandlingseffekter kan följas i en översikt i svensk reumatologis kvalitetsregister, SRQ. Detta ger en ökad kunskap och delaktighet för patienten i vården, vilket kan ge bättre behandlingseffekt och resultat av rehabilitering.

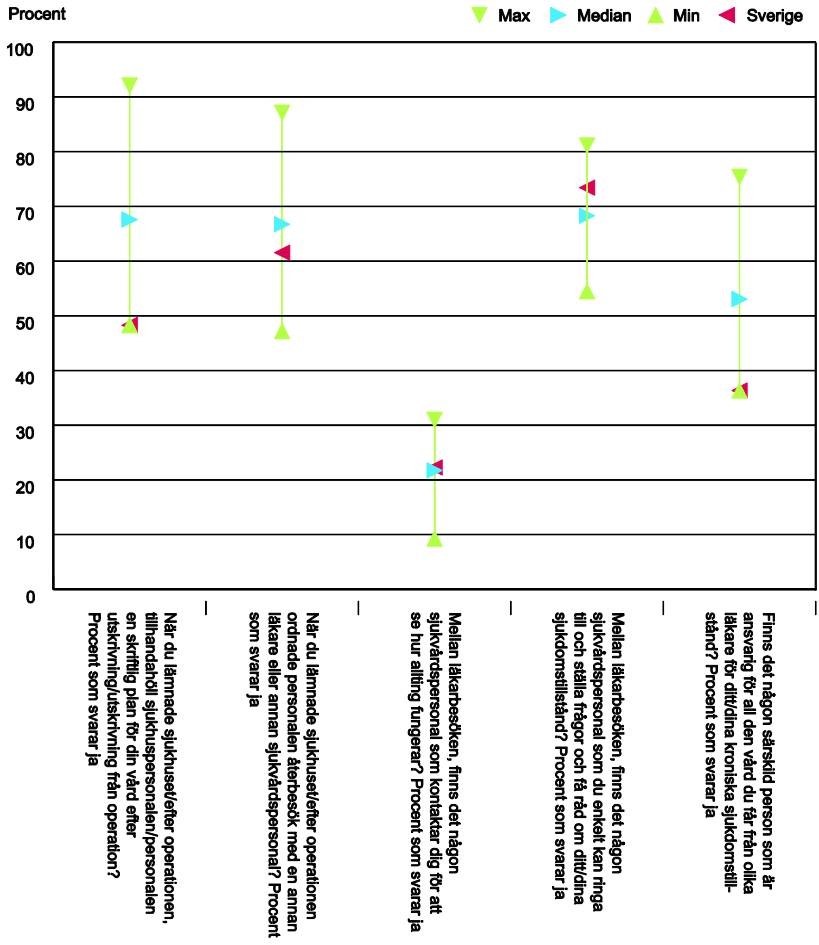
6.4.4 Personlig kontinuitet saknas

Svag kontinuitet enligt utvärderingar

Utvärderingar visar att graden av kontinuitet är låg i hälso- och sjukvården. En utvärdering som Vårdanalys gjort påvisar svaga resultat för Sverige i internationella jämförelser rörande samordning och kontinuitet.[24]

[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring, 2012.

Figur 6.9 Sjukare vuxna som uppger positiva erfarenheter ifråga om samordning av vården



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Vården ur patienternas perspektiv – Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder, 2014. (Procentuell fördelning av patienter i Sverige samt 10 andra länder som svarade ja.)

Det är också svaga resultat i den nationella patientenkäten på frågor om samordning och kontinuitet. Mindre än 70 procent (median) av patienterna anger att de brukar få träffa samma läkare vid besök på mottagning inom primärvården. Ännu sämre är resultaten när det gäller sjukhusvården där ca 65 procent (median) av patienterna svarade att de vilken läkare som var ansvarig för patientens vård. I

några landsting ligger dock denna andel så lågt som endast drygt hälften (gäller både primärvård och sjukhusvård).

Sedan 2010 har vårdgivare en skyldighet att erbjuda en fast vårdkontakt enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Enligt Socialstyrelsen hade en majoritet av primärvårdsmottagningarna och omkring hälften av sjukhusmottagningarna inte haft någon patient som blivit tilldelade en fast vårdkontakt och kännedomen om skyldigheten är låg i vården.[25] Skyldigheten har således haft ett begränsat genomslag i vården

Vidare är samarbetet mellan vårdgivare och mellan vården och socialtjänsten otillräckligt (se vidare avsnitt 6.2). I avsnitt 6.5 återkommer vi också till en del av de problem som gäller bristande funktionalitet och interoperabilitet i de elektroniska journalsystemen, vilket förhindrar en optimal användning av informationen i syfte att kunna förbättra samordning och säkerställa kontinuitet.

Värdet av personlig kontinuitet

Kontinuitet inom hälso- och sjukvården kan förstås på olika sätt. Dels som ”teknisk kontinuitet”, dvs. att det som gjorts för patienten är väl dokumenterat och enkelt och säkert åtkomligt för den som tar vid i vården av en patient liksom att lämna god information till patienten om kommande åtgärder och den förväntade vårdprocessen. Dels kan det förstås som ”administrativ kontinuitet”, dvs. att det finns en funktion som ansvarar för att hålla samman patientens vård eller som kan användas som ingång för patienten i vården, t.ex. som det nuvarande systemet med fast vårdkontakt är avsett att fungera. Dels kan kontinuitet förstås som ”personlig kontinuitet”, dvs. att patienten träffar eller har kontakt med samma person/personer varje gång och att det finns ett personligt ansvar för vårdpersonalen beträffande den specifika patientens vård.

Ur ett effektivitetsperspektiv behövs troligen alla dessa former av kontinuitet, av delvis olika skäl. Samlat kan de tillgodose såväl kvalitet och patientsäkerhet som hög servicegrad, trygghet och effektivitet.

[25] Socialstyrelsen, Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m., 2012.

Att träffa samma person är dock den form av kontinuitet som i högst grad framförs av patienter som önskvärd, särskilt när det handlar om mer komplexa vårdbehov. I synnerhet anges den formen av kontinuitet vara en viktig faktor för att skapa trygghet för såväl patient som personal. Patienten upplever stor trygghet i att mötas av någon som man vet känner till såväl nuvarande som tidigare sjukhistoria. Bara ett så enkelt faktum som att slippa upprepa svar på tidigarer ställda frågor är trygghetsskapande. Trygghetsskapande kontinuitet gäller alla personalkategorier. Oavsett om det är en kontaktsjuksköterska eller en sekreterare som svarar i telefon så inger vetskapen att man är identifierad och igenkänd en stor trygghet i jämförelse med beskedet ”vi ska leta fram din journal och sen hör vi av oss”. Kontinuitet är trygghetsskapande även för personalen. Att känna att man sedan tidigare känner till problemet inger en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. Kontinuitet är således en viktig faktor för en god arbetsmiljö.

De mest uppenbara vinsterna i kontinuitet ligger i effektivitetsvinster pga. minskad inläsningstid och minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare. Det goda samtalet mellan personal och patient handlar dock om mycket annat. För personalen handlar det om mekanismer som ofta är omedvetna. Personalen ”känner av” personlighetstyp, där spännvidden kan vara är det en trygg person med bra nätverk eller en ensam och otrygg person. Personalen registrerar också faktorer som har stor betydelse för kommunikation och information. Många av dessa faktorer är svåra att förmedla vidare eller registrera i journalhandlingar.

Den personliga kontinuiteten torde 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.

Såvitt utredningen kunnat se ger generellt sett vare sig ersättningssystem eller sättet att organisera arbetet i vården tillräckligt stöd för kontinuitet. Vi har endast kunnat se enstaka exempel på att en verksamhet låtit den personliga kontinuiteten vara en bärande princip för arbetssätten. Ett väl dokumenterat exempel är Öron-näsa-hals-kliniken i Lund som 2004 genomförde ett större

förändringsarbete där verksamheten organiserades utifrån möjligheterna att ta ett personligt ansvar för ”sin patient” – kontinuitet.

Figur 6.10 Faktaruta: Att organisera verksamheten utifrån personlig kontinuitet

På öron-näsa-hals-kliniken vid Universitetssjukhuset i Lund 2004 genomfördes i huvud-halssektionen ett förändringsarbete som innebar att arbetet organiserades utifrån *personlig kontinuitet*. Det fanns en rad problem som låg bakom förändringen

- Bristande kontinuitet där patienten fick träffa en ny läkare varje gång (”engångsläkarskap”),
- Långa väntetider till bedömning och behandling,
- Splittrat omhändertagande av patienten där olika specialiteter och professioner inte samverkade och där patienten fördes som en ”stafettpinne” mellan olika personer utan att någon tog ett samlat ansvar,
- Dålig utbildning för ST-läkare.

Förändringen innebar att sektionen organiserades i *små tvärprofessionella autonoma team*, med lite olika sammansättning men ofta bestående av läkare, sjuksköterska (kontaktsjuksköterska), undersköterska, sekreterare, kurator, fysioterapeut och dietist. Teamen organiserades utifrån ”patientens behov” till skillnad från tidigare funktionsindelning. All produktiv verksamhet skulle kunna utföras av teamen, dvs. summan av teamens verksamhet utgör hela sektionens verksamhet.

Utgångspunkten för teamens arbete var *det personliga ansvaret* och att patienten alltid ska träffa samma personer. Motiven bakom detta var att ”ju mer komplex en tjänst är desto större skäl att decentralisera organisationen och skapa små flexibla enheter med stort kunnande om patienten.” Lösningar behöver skräddarsys efter patientens behov och de läkare och sjuksköterskor m.fl. som är personligt ansvariga vet bäst hur. Detta innebar att de som först träffade en patient också följde hen genom vårdförloppet på t.ex. mottagning, operation, IVA, vårdavdelning. Ansvaret för en patient kan bara ändras genom ett uttryckligt och tydligt ”överlämnande” till en annan person, som då i stället har ansvaret.

Det personliga ansvaret innebar också att varje team fick *mandat och integritet att sköta ”sina patienter”* och schemalägga sig själva utifrån patienternas behov. Vissa gemensamma uppgifter med andra delar av organisationen krävde dock att teamens respektive scheman harmonierades.

Varje enskild läkare fick sin egen väntelista i syfte att motverka det vanliga problemet med generella väntelistor - att ingen tar ansvar för att en patient går genom systemet eller inte.

Arbetssättet innebar också att nödvändiga verktyg behövde finnas, dvs. att t.ex. teamet har tillräckligt med mottagningstider för att ta emot sina

patienter, ”egna sängplatser” på vårdavdelningen för sina patienter och en egen operationssal under tillräcklig tid varje vecka.

En viktig del i en komplex verksamhet är att upprätthålla det personliga ansvaret trots att patientens behov innebär att också många andra kliniker behöver vara inblandade i vården, t.ex. käkkirurgi, ögonmottagning, onkologi och plastikkirurgi.

Resultaten av det ändrade arbetssättet var ökad trygghet för patienterna och sparad tid. Antalet onödiga, tidskrävande samtal från oroliga patienter minskade avsevärt. Det personliga ansvaret för sina patienter och sin väntelista gav en god arbetsmiljö med låg personalomsättning. Det personliga ansvaret innebar också ett driv att effektivisera. T.ex. minskade väntetiderna för operation av huvud-hals-tumörer från tre till två veckor. För patienter med godartad sköldkörtelförändring, struma, minskade väntetiden från tre år till tre månader. Arbetssättet tillämpas fortfarande vid sektionen.

Källa: Åkervall Jan, 2007, Smart sjukvård, samt utredningens intervjuer med företrädare för Område Öron-näsa-hals den 27 augusti 2015.

Patientansvarig läkare eller fast vårdkontakt för personlig kontinuitet?

Lagstiftningen ställer vissa krav på vårdgivaren när det gäller kontinuitet. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den särskilt ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (2 a § HSL). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. (29 a § HSL). Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och vårdens insatser ska samordnas för patienten på ett ändamålsenligt sätt.

Något personligt ansvar kopplat till kontinuitet finns dock inte reglerat vare sig i HSL eller i PSL.

Införandet av fast vårdkontakt har kritiserats, bl.a. utifrån argumentet att det innebär att en administrativ funktion som ersatt funktionen ”patientansvarig läkare” (PAL) som tidigare fanns reglerad i lagstiftningen (i HSL fram till 2010).

Motiven bakom avskaffandet av PAL och införandet av fast vårdkontakt visar dock att PAL tidigare knappast bidrog till en personlig kontinuitet. I Socialstyrelsens granskningar från 1995 och 2000 framkom att läkarna inte uppfattade det som att ett övergri-

pande ansvar för samordning, kontinuitet och information följde av PAL-funktionen. En del av de personer som Socialstyrelsen intervjuade framhöll att sjukvården är så specialiserad att läkarna och övrig personal inom den enskilda specialiteten inte är lämpade att ta något generellt ansvar för information och samordning. Det innebär att det ansvar som PAL ska ha enligt uttalandena i propositionen (prop. 1989/90:81) kommit att avse endast den vård och behandling som ges inom den egna specialiteten. Flera av de intervjuade ansåg att samordningsansvaret inte bara kan ligga på läkaren utan bör vara en uppgift för hela teamet, dvs. på fler personer från flera yrkesgrupper som är i kontakt med patienten.[26]

Utredningens bedömning är att erfarenheterna visar att det inte stärker den personliga kontinuiteten att tilldela en person eller ett team en funktion endast genom lagstiftning. För att det ska få ett faktiskt genomslag för patienten krävs att man i respektive verksamhet i vården ändrar arbetssätten. Det ställer genomgripande krav på hur man planerar och schemalägger verksamheten, hur man konsekvent bokar patienten till ”sin” läkare eller någon annan personal i ”sitt team”. Det kräver också en kulturförändring där inställningen hos medarbetare behöver vara att man ska ta ansvar för ”sin patient”.

6.4.5 Bristande produktions- och kapacitetsplanering

Vad är produktions- och kapacitetsplanering och varför ska det göras?

Syftet med produktions- och kapacitetsplanering (PKP) är enkelt uttryckt att se till att alla resurser finns på plats i rätt tid för att kunna ge patienterna vård av god kvalitet. För att nå detta behöver man skapa en tydlig bild av behoven, vad som ska göras, vilken kapacitet som finns och vem som ska göra vad. Att ha kontroll över dessa fundamentala inslag i verksamheten kan tyckas självklart, men inom hälso- och sjukvården är att det ännu ovanligt. Allra mest viktigt är det inom mer komplexa verksamheter inom sjukhusvården men även inom primärvården har man nytta av denna kontroll.

[26] Se vidare i prop. 2009/10:67.

Några konkreta motiv för att produktionsplanera är följande. Det ger en överblick över vad som måste göras varje vecka för att inte skapa köer. Det ger möjlighet att vecka för vecka styra mot kortsiktiga mål utan att konstant ”tappa” lite hela tiden, en tydligare målbild. Det ger möjlighet att upptäcka och kunna reagera på förändringar i inflödet. Det sätter fokus på de ”produkter”/tjänster som riktar sig mot patienten och ger en tydlig bild av vad som är viktigast inom organisationen. Det ger möjlighet att minska variationer skapade av de egna arbetssätten. Det framgår tydligt vad och hur mycket en verksamhet måste göra olika veckor för att ligga i fas då man beviljar semester, kompledighet och forskning etc. Det är en förutsättning för en effektiv schemaläggning av personalresurser.

Produktions- och kapacitetsplanering innehåller ett antal moment, varav de mest centrala är följande.

- *Behovsanalys* som innebär en kartläggning av verksamheten, vilka aktiviteter som utförs, inflödet av patienter, etc.
- *Produktionsplan* som är en planering av hur mycket som ska göras nedbrutet i olika tidsintervall.
- *Kapacitetsplan* som är en resursplanering som definierar vilka resurser i form av t.ex. professioner, lokaler och utrustning som behövs för att utföra det som beslutats i produktionsplanen.
- *Produktionsuppföljning* som synliggör måluppfyllelse och t.ex. avvikelser eller ökat inflöde och därmed möjliggör åtgärder.

Figur 6.11 Beskrivning av produktions- och kapacitetsplanering

En produktionsplan innehåller en beskrivning av hur mycket en verksamhet (t.ex. en klinik) behöver producera per tidsenhet (år, månad, vecka, dag) för att möta patienternas behov. Detta förutsätter dels att man identifierar enhetens/klinikens produkter (dvs. vårdtjänster, vad man gör) på lämplig nivå, dels att man har kunskap om inflödet av patienter till respektive vårdtjänst, vilket utgör det verkliga behovet. Förutom antalet patienter per vårdtjänst behöver man också ha kunskap om eventuella variationer av behovet i tiden (t.ex. att det förkommer fler benbrott vid halka eller att det är influensasäsong på hösten). Produktionsplanen ska vara avstämd mot befintliga resurser.

I en kapacitetsplan matchas befintliga resurser mot det verkliga behovet av vård och annat som ingår i klinikens uppdrag. Förutsättningen är att det finns en produktionsplan där det framgår i volymer hur mycket som behöver producera av olika vårdtjänster per tidsenhet t.ex. år, månad, vecka och dag. Produktionen i produktionsplanen omsätts först till timmar av olika slag (mantimmar av viss kompetens, utrustning, salar etc.). Därtill behöver behovet av de aktiviteter som inte finns med i produktionsplanen (t.ex. möten och annan administration) tas fram – i timmar. Behov av och tillgång på timmar matchas därefter. Om det inte blir matchning på årsnivå behöver åtgärder vidtas för att påverka behov och/eller tillgång (olika typer av beslut och prioriteringar som görs av verksamhetschefen) innan man går vidare till planering av kortare tidsperiod. Nästa steg i kapacitetsplaneringen är att omsätta behovet till aktivitetsscheman och sedan knyta resurser och patienter till dessa. Aktivitetsschemat är då ett underlag för personalschemat för att bemanna de aktiviteter som planerats.

Daglig styrning

En naturlig följd av att genomföra PKP är också att införa daglig styrning i verksamheterna. Med detta avses att verksamheten tar fram en rimlig produktionsplan per dag samt att man dagligen följer upp planen genom mätning, visualiserar resultaten och aktivt hanterar avvikelser. Daglig styrning kan med fördel utövas i form av korta (5–15 min) dagliga personal- eller teammöten. Processen bygger alltså på den dagliga produktionsplanen som anger hur många besök, behandlingar eller operationer som ska utföras per dag. Produktionen följs sedan upp med hjälp av olika mätetal, och när produktionen avviker från planen diskuterar man om problemet går att undvika och hur man kan förebygga liknande problem framöver. Man bestämmer också hur man ska ta igen den förlorade produktionen så fort som möjligt.

Använder vi rätt begrepp?

Produktions- och kapacitetsplanering kanske kan låta som ett ”industriellt” tänkande som många i vården kan vara skeptiska till. Vissa ifrågasätter begreppet utifrån att ”produktion” för tankarna till bilindustri snarare än till en verksamhet som möter människor. Att planera produktion antyds ibland också kontrastera mot synsättet att varje patient är unik och behöver tas omhand utifrån sina förutsättningar.

Även om det går att förstå att begreppet produktions- och kapacitetsplanering i hälso- och sjukvården i någon mån kan upplevas som främmande och ”tayloristiskt” menar vi att det är ett centralt begrepp som inte låter sig bytas ut mot något annat. Andra begrepp som föreslagits oss, främst ”verksamhetsplanering” är för diffusa bedömer vi. Verksamhetsplanering verkar t.ex. vara vanligt förekommande inom alla typer av verksamheter utan att man gör en ordentlig analys av vad som ska göras, hur och av vem.

Vi tror att produktions- och kapacitetsplanering är en avgörande förutsättning för att göra hälso- och sjukvården mer effektiv. Men vi tror också att det är en viktig förutsättning för att vården ska kunna bli mer patientcentrerad. Sådan planering behövs i en verksamhet där problem som organisatoriska beroenden, flaskhalsar och annat som påverkar patientens väg genom vården måste synliggöras. Sådan planering innebär också att verksamheter i vården får en gemensam förståelse eller ”ett gemensamt språk” för att på rätt sätt adressera sådana problem.

Det behövs kompetens och stöd för att göra PKP

En framgångsfaktor för att få genomslag för PKP är att landstinget ser till att de chefer som har direkt ansvar för att genomföra PKP också har tillräcklig kunskap. Landstingen bör därför se till att ge tillgång till utbildning/fortbildning i dessa frågor. Ett exempel på en sådan ansats är Gävleborgs läns landsting, där samtliga verksamhetschefer och första linjens chefer har genomgått en produktionsskola med start 2012. Denna utbildning omfattar bl.a. analys av inflödet av patienter och att se över hur verksamheten kan bemannas för att optimera produktiviteten. Inom ramen för utbildningen får deltagarna i uppgift att bemanna sin verksamhet utifrån en pro-

duktionsplan, baserat på en av de mallar som utvecklats inom landstinget för detta ändamål. De chefer som genomgått utbildningen får sedan arbeta vidare med att införa produktions- och kapacitetsplanering vid respektive verksamhet.

Figur 6.12 Faktaruta: Exempel på stöd i planeringsprocessen

Landstinget i Östergötlands län som sedan 2008 har en generisk modell för PKP och en handbok för att underlätta genomförandet av produktions- och kapacitetsplanering i verksamheten. En central resurs, Centrum för hälso- och vårdutveckling, arbetar i första hand med att föra över kompetens och kunskap till ”centrumteam” inom produktionsenheternas staber. Respektive produktionsenhets staber bidrar med personer som stöttar klinikerna vid införande av produktionsplanering. Personer med planeringsroll ska utses tidigt i processen inom respektive klinik. Det praktiska arbetet i införande av produktionsplanering görs av klinikens medarbetare.

Källa: Intervju med företrädare för Landstinget i Östergötlands län

Både genomförandet av produktionsplanen och visualisering av resultat kan underlättas av att använda IT-baserade verktyg. Planering går att göra i vanliga kalkylprogram på dator eller på papper men det finns betydligt kraftfullare verktyg som innebär ett stöd i verksamheten. Vissa verktyg ger också en möjlighet att använda data hela vägen från produktionsplanen, resurssättningen till schemat och med koppling till journalen. Den långtgående funktionaliteten används inte fullt ut i Sverige i dag men finns i t.ex. Norge. Ett verktyg som används i flera landsting är Gatsoft. Andra leverantörer av verktyg för planering finns också.

PKP görs i för liten utsträckning

Där PKP införts eller införs argumenteras för att det leder till förbättrad tillgänglighet, bättre arbetsmiljö, ökad arbetstillfredsställelse, ökad delaktighet och bättre resursutnyttjande och tydligare beslutsunderlag för styrning. Det finns stöd i forskning att tydlighet och struktur på arbetsplatsen är hälsofrämjande för per-

sonalen.[27] Visst stöd finns även för produktionsökningar inom den svenska hälso- och sjukvården vid införande av PKP. Vid kirurgkliniken i Gävle ökade produktiviteten med ca 20 procent under två år efter införande av PKP. Det finns också andra liknande fall av anekdotisk karaktär. Det saknas dock ännu studier som påvisar detta i bred skala inom hälso- och sjukvården.

De flesta av de landsting vi träffat rapporterar att arbete med PKP pågår i dag. Vanligtvis är arbetet relativt nystartat och inte särskilt utbrett. Några utmärkande drag verkar vara att endast delar av hälso- och sjukvården omfattas, t.ex. från divisionsnivå ned till verksamhetsnivå, men inte alla verksamheter inom divisionen. I de verksamheter där arbetet fått genomslag har det genomförts som ett led i ett förändringsarbete, inte sällan uppkommet av en krissituation och med ledning av en ”eldsjäl”.

Vanligen är det endast produktionsplaneringen som görs, dvs. endast så långt att man planerar vad som ska göras och nedbrutet i tid. Att därefter lägga schema efter det behov som finns enligt produktionsplanen är ovanligt.

Det får flera konsekvenser, men viktigast är nog att bemanningen inte möter de behov som finns, både när det gäller att rätt kompetenser ska finnas på plats samtidigt men leder också till en risk för under- och överbemanning under olika delar av dygnet.

I några fall finns beslut från landstingsnivå om att alla ska genomföra PKP, t.ex. Östergötland, men sådana beslut följs inte fullt ut enligt vad utredningen erfar och det tycks inte heller användas några styrmedel för att åstadkomma det vad utredningen kunnat se. På planeringsstadiet finns i detta i något fall, t.ex. i Halland. Det finns inte i något fall en fungerande PKP som genomsyrar hela organisationen där det går att eskalera planeringen hela vägen upp till på landstingsnivå och där den kan användas för strategiska beslut, t.ex. omfördelning av kapacitet. Även på sjukhusnivå är det ovanligt men några exempel finns, t.ex. S:t Görans sjukhus.

Av utredningens granskning av verksamhetsplaner (se avsnitt 6.1.3) framkommer att landstingen blivit mer medvetna om behovet av produktions- och kapacitetsplanering. En slutsats är dock att det som pågår i dag med något undantag ännu är

[27] Hultberg, Annemarie, m.fl. ISM-rapport 9, Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser, 2010.

småskaligt och fragmentariskt. Det ger inte underlag för en helhetsbild inom landstingen och för en samlad strategisk styrning eller styrning mer operationellt.

6.4.6 Schemaläggning utgår inte från patientens behov

För att fullt ut dra nytta av produktionsplanering behöver schemaläggningen anpassas efter den planerade produktionen, dvs. verksamhetens behov. Produktionsplanens volymer visar hur många mottagningspass eller operationsdagar som behövs per vecka, och det är viktigt att anpassa alla yrkesgruppers scheman efter dessa behov. Om schemaläggningen följer andra principer än verksamhetens behov uppstår en uppenbar risk för att klinikens kapacitet inte motsvarar behovet och att utfallet kommer att bli något helt annat än det som planerats.

Det kan dock konstateras att 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.

Utredningen har stött på ytterst få exempel på att en produktionsplanering efterföljts av ett samlat arbete med schemaläggning baserat på planen. Det är ett allvarligt problem av flera skäl. Främst eftersom det antagligen innebär att patientens behov inte är styrande för schemaläggningen utan andra faktorer. Men det innebär också att en uppenbar vinst av produktionsplaneringen inte hämtas. Inte förrän man löpt linan ut och genomfört sista steget i form av en effektiv schemaläggning kan man ta hem hela vinsten med produktions- och kapacitetplaneringen.

Detta förhållande är ett tydligt uttryck för vårdens nuvarande fokus på resurseffektivitet, där planering utgår från resurserna (dvs. personalen) och inte från behoven (dvs. patienterna).

Vidare verkar schemaläggning som stödjer teambaserade och multiprofessionella arbetssätt ännu vara ovanligt. Schemaläggningen av de olika professionerna tycks genomgående göras separat. I en av många intervjuer som Vårdanalys gjort i ämnet uppgavs att ”[h]är det så att läkaren lägger läkarschema, sjuksköterskan

lägger sjuksköterskeschema, undersköterskan lägger undersköterskeschema. Ett praktexempel är att vissa dagar är det så många doktorer på mottagningen att rummen inte räcker till, andra dagar finns det nästan inga läkare alls och då har den övriga personalen ingenting att göra".[28] Många andra liknande situationer finns dokumenterade.[29]

Utredningen har också sett exempel på att man gjort ett genomgripande arbete med produktionsplanering och använt det som utgångspunkt för bemanning men valt att ställa läkarresursen utanför planeringen.

Scheman läggs helt naturligt på lokal nivå, t.ex. inom ett arbetslag. Det kan och bör inte göras centralt eftersom ett viktigt inslag i schemaläggningen är att se till att det finns rätt kompetens (i form av utbildning, erfarenhet, personliga egenskaper, osv,) på rätt plats. Det finns dock ett tydligt behov att reformera sättet att lägga schema i vården. En naturlig utgångspunkt är att schemat ska utgå från produktions- och kapacitetsplaneringen. En annan utgångspunkt bör vara att schemaläggningen så långt möjligt utgår från att tillgodose personlig kontinuitet. Dessa utgångspunkter för schemaläggningen bör anges av landstinget gentemot sina verksamheter.

Under- och överbemanning

Utredningen har vid flertalet tillfällen fått anekdotisk information om "under- och överbemanning", främst i termer av att det är alltför många anställda på plats mitt på dagen och för få på morgnar och kvällar. Eftersom det inte finns någon beskrivning av "bemanningsideal" i en viss verksamhet eller relaterat till en viss typ av vårdplats kan dock "över- och underbemanning" vara en lite vansklig benämning. I grunden verkar det handla om omotiverade variationer i bemanningen samt att bemanningen har bristande koppling till det som ska utföras. Ett generellt exempel på detta är att det brister i samplaneringen av kapacitet mellan olika professioner i den direkta behandlingen eller utredningen av patienter. Exempel

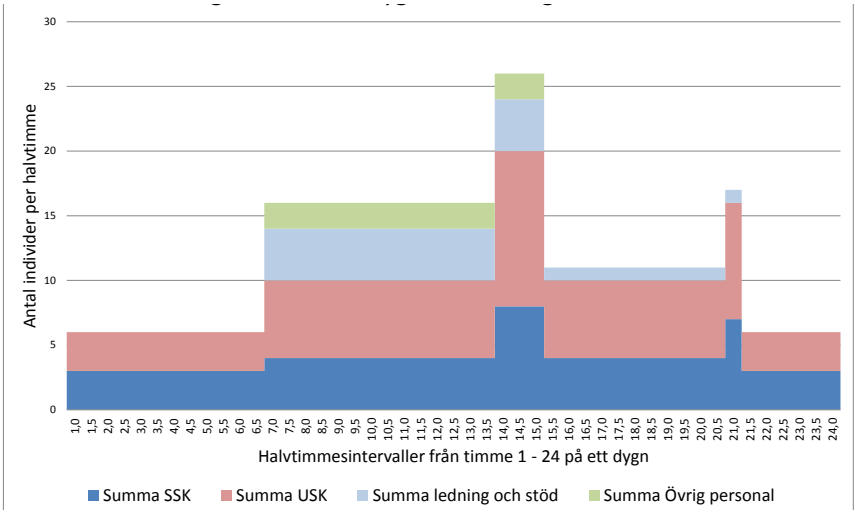
[28] Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2013, Ur led är tiden.
[29] Se bl.a. Palmgren, Myrna, m.fl., Att mäta och planera för en välfungerande hälso- och sjukvård, 2014.

på förekommande situationer är när olika samarbetande enheter (t.ex. operation – anestesi) inte samordnar kapacitetsneddragningar vid ledigheter, storhelger, kongresser, planeringsdagar, etc.

Helseplan har genom nyckeltalssamarbetet (Nysam) haft anledning att följa bl.a. bemanning vid olika vårdenheter. Några generella exempel från det arbetet är följande. På *vårdavdelningar* är det ”underbemanning” under kväll/natt/helg. Ofta är det ”överbemanning” på eftermiddagen på grund av lång överlappningstid mellan dag- och kvällsbemanningen. Vidare blir det vissa veckodagar en högre bemanning än grundschemat under dagtiden för att man behöver få enskilda medarbetares veckoarbetstid/schema att ”gå ihop”. På mottagningar/röntgenavdelningar/behandlingsenheter förekommer överbemanning när läkaren ”inte är där” men övrig personal och utrustning ”står klar”. Fenomenet inträffar i synnerhet vid dagens start och slut. Mottagningar och röntgenavdelningar uppges ofta vara nästan tomma på patienter efter kl. 15 på vardagar men personalen är där fram till arbetstidens slut.

I anslutning till ovanstående är det viktigt notera att jämförelser mellan kliniker/enheter med liknande uppdrag visar på stora skillnader när det gäller bemanning för olika personalkategorier utan att man kan notera säkra skillnader i kvalitativt utfall. Sådana jämförelser sker bl.a. inom ramen för Nysamsamarbetet. De närmast fascinerande skillnader som jämförelserna visar tyder på att många delvis irrationella faktorer spelar roll, faktorer som lokala traditioner, olika kulturer, olika chefer m.m. Jämförelser av typen Nysam kan utgöra ett viktigt stöd i förändringsarbete. Att kunna visa att något man vill genomföra redan fungerar på andra ställen är inte oviktigt i en förändringsprocess.

Figur 6.13 Bemanningsöversikt för ett vardagsdygn på en medicinavdelning 2012



Källa: Uppgifter från Helseplan till utredningen 2015.

Under 2014 genomfördes en benchmarkingstudie i Stockholm mellan kärnverksamheterna medicin, ortopedi och kirurgi vid Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Capio S:t Görans Sjukhus. Intressanta fynd från studien var bl.a. att sammantaget producerade S:t Göran sjukhus vård inom kärnverksamheterna till lägst kostnad år 2013, med 5–7 procent lägre kostnad per DRG-poäng än Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Detta orsakades primärt av högre produktion av DRG-poäng per anställd, samtidigt som kostnaderna per anställd var *högre* på S:t Göran sjukhus, bl.a. beroende på att det sjukhuset har en kompensationsmodell som leder till något högre totalersättning per anställd än på de andra sjukhusen samt en lägre personalomsättning[30].

[30] Stockholms läns landsting, Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet Kärnverksamheterna på Danderyds sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset, 2015.

Ett schema som möjliggör personligt ansvarstagande för patienten?

För att utgå från patientens behov är det i många fall så att behovet av kontinuitet behöver tillgodoses. Det är i så fall en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning att lägga ett schema som utgår från produktions- och kapacitetsplanen. Ytterligare en dimension behövs, nämligen att schemat måste läggas så att det är möjligt för den enskilde yrkesutövaren att ta ett personligt ansvar för patienten, dvs. ansvar för en personlig kontinuitet. Beroende på verksamhet kan det kräva ganska radikalt ändrade arbetssätt, se t.ex. figur 6.8.

6.4.7 Kompetensen underutnyttjas

Hur används kompetensen inom vården?

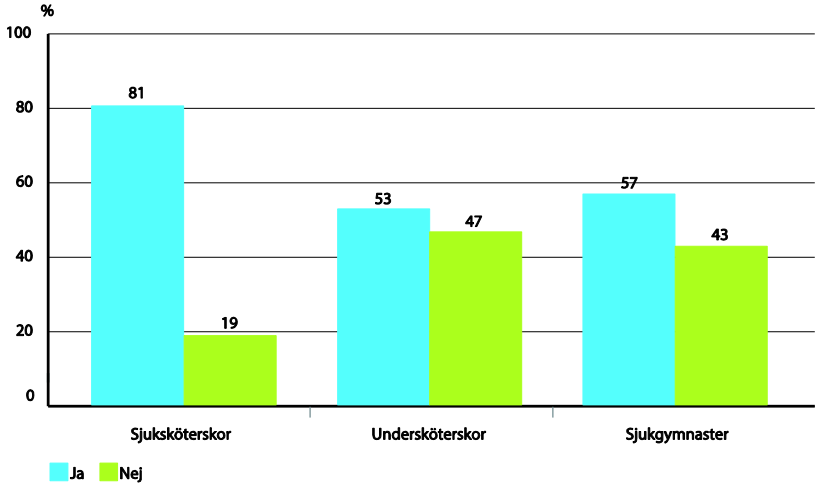
Det finns ett flertal tidmätningar avseende hur främst läkare fördelar sin arbetstid. En komplicerande faktor är att tidigare studier är genomförda på olika kliniker/mottagningar, med olika medicinska specialiteter, i olika landsting och med lite varierande definitioner. Men studierna uppvisar ändå likartade slutsatser. Ungefär en tredjedel av tiden ägnas åt direkt patientkontakt i någon form, en tredjedel ägnas åt indirekt patientarbete (journalföring, remisser, intyg, etc.) och en sista tredjedel åt övrigt (möten på och utanför arbetsplatsen, utbildning, förrådsbeställning, hantering av utrustning och lokaler, e-posthantering, icke patientrelaterade resor, handledning, schemaläggning och övrig administration).

Det finns inget facit på vad som är en rimlig fördelning mellan dessa kategorier av arbetsuppgifter. Några observationer kan dock göras. Produktiviteten hos svenska läkare är i en internationell jämförelse låg (se avsnitt 4) och det finns indikationer att detsamma gäller övriga yrkesgrupper. Antalet utbildade har under det senaste decenniet relativt sett överträffat befolkningsutvecklingen men också utvecklingen av antalet besök i öppenvården och vårdtillfällen i slutenvård.

Flera av professionerna inom hälso- och sjukvården har genom olika enkäter tillfrågats i vilken utsträckning de utför arbete som skulle kunna övertas av någon annan. Myndigheten för vård och omsorgsanalys har genom enkätundersökningar till sjuksköterskor,

undersköterskor och fysioterapeuter under 2013 frågat bl.a. i vilken utsträckning respektive grupp har arbetsuppgifter som andra yrkesgrupper bör utföra så att kompetensen tas till vara bättre.[31] Svaren visar på en upplevd tydlig potential att omfördela arbetsuppgifter.

Figur 6.14 Förekomst av arbetsuppgifter som andra kompetenser kan utföra

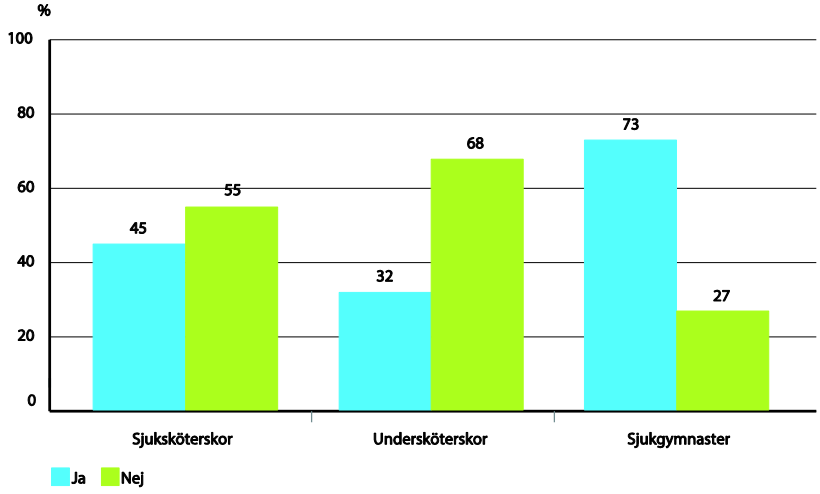


Källa: Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Ur led är tiden

Dessa grupper tillfrågades också om det finns arbetsuppgifter som utförs av läkare som de tillfrågade grupperna skulle kunna utföra i stället. Även i detta fall framkom en upplevd relativt stor potential att omfördela arbetsuppgifter.

[31] Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Ur led är tiden

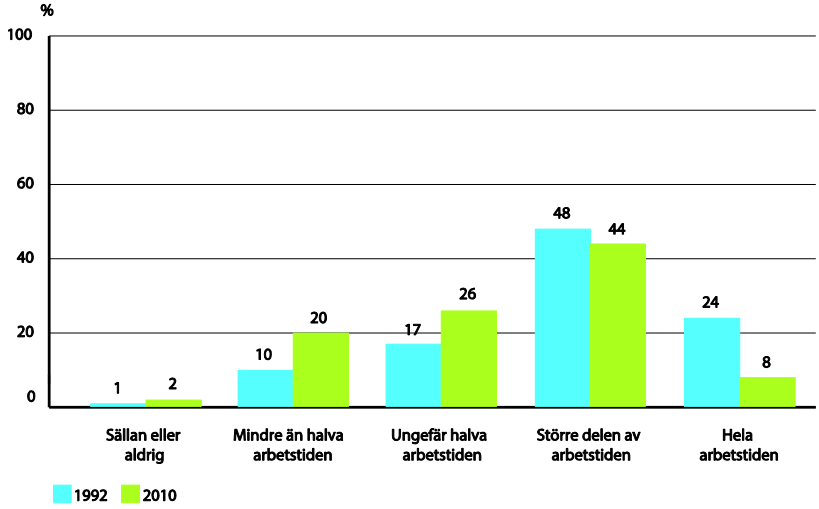
Figur 6.15 Möjlighet att omfördela uppgifter från läkare till andra kompetenser



Källa: Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Ur led är tiden

En liknande fråga ställdes till läkare i en enkät 2010. Endast drygt hälften av de tillfrågade läkarna ansåg att de ”får användning för sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter” under hela eller större delen av arbetstiden. En kraftig försämring jämfört med 1992 när en identisk enkätstudie genomfördes.

Figur 6.16 Användning för sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter (läkare)



Källa: Myndigheten för vård och omsorgsanalys: Ur led är tiden

En slutsats av de genomförda enkätundersökningarna är att det finns en stark potential att sträva mot omfördelning och renodling av arbetsuppgifterna i vården. Detta har också bekräftats av många av de professionsföreträdare som utredningen träffat. Många av de goda exempel på förändringsarbete som presenterats för utredningen tar också sikte på detta.

Det finns ytterst få hinder mot att fördela eller omfördela arbetsuppgifter inom vården. Administrativa arbetsuppgifter kan i hög grad omfördelas från läkare, sjuksköterskor, m.fl. till medicinska sekreterare. Det handlar om bokning av och kallelser till patienter, personaladministration, statistikuppgifter, remisshantering och journalhantering, men även annat administrativt arbete som kopiering, brevskrivning m.m. Flera av de uppgifter som sjuksköterskor gör i dag kan omfördelas till t.ex. undersköterskor, exempelvis såromläggningar, medicinhantering, provtagningar, sätta och spola kateter, sondmatning och vissa administrativa uppgifter.

Utredningen har, huvudsakligen av resursskäl, avstått från att ta upp frågor om vårdnära service. Utredningen har i samband med verksamhetsbesök kommit i kontakt med olika former av fråge-

ställningar kring den vårdnära servicen och kan konstatera att det säkerligen finns utrymme för effektiviseringar. Utredningen kan kostatera att det inte sällan finns en klar gränsdragningsproblematik mellan kärnverksamhet och vårdnäraservice. Det finns helt klart utrymme för innovationer och vi har också fått ta del av innovation när det gäller t.ex. läkemedelsdistribution. Det pågår för övrigt också en intressant utveckling när t.ex. professioner som traditionellt funnits inom den vårdnära servicen, t.ex. farmaceuter och apotekare gör sitt intåg i eller flyttar över till det som traditionellt benämns kärnverksamheten. Säkerligen finns möjlighet till såväl kvalitativa som kostnadsmässiga vinster och därmed ökad effektivitet via den typen av åtgärder. Det är än en gång viktigt att påpeka att om kostnadseffektiviteten ska öka så handlar det om omfördelning och inte tillförande av resurser. När det gäller vårdnära service har utredningen också konfronterats med problematik i anslutning till upphandling av externa leverantörer. Förmågan att utvärdera kostnadseffektivitet i ett större perspektiv än endast kostnaden för det upphandlade uppdraget behöver säkerligen utvecklas. Vi fann det intressant att Capio S:t Görans sjukhus, känt för sin effektivitet, absolut inte kunde tänka sig extern leverantör av många vårdnära tjänster som t.ex. städ.

Liten tid för patienten är inte ett svenskt fenomen

Det finns relativt få internationella studier av läkares eller andra professioners tidsanvändning, visar en svensk genomgång av forskningen.[32] En slutsats av genomgången är att oavsett land och specialitet ägnar läkare en tredjedel eller mindre av sin arbetstid åt direkt patientarbete. En stor del av den övriga tiden ägnas åt administrativa arbetsuppgifter.

[32] Forssell och Ivarsson-Westerberg: Administrationssamhället

6.4.8 Hindren mot att omfördela arbetsuppgifter

Kulturella hinder

Med de ganska starka uppfattningar som finns om potentialen att omfördela arbetsuppgifter är frågan varför det inte sker i en större omfattning än i dag.

I Vårdanalys enkätundersökningar som redovisats ovan framkommer ett antal skäl till att det är svårt att omfördela arbetsuppgifter.

- Traditioner och vanor
- Starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter
- Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler
- Ledning som inte prioriterar omfördelning av arbetsuppgifter
- Formell kompetens för en ny arbetsfördelning saknas
- Utformning och behörighetsstruktur i IT-systemen
- Ersättningssystem styr arbetsfördelningen

Utredningen har fått samtliga dessa faktorer bekräftade under arbetes gång. Särskilt problematiska är hindren i form av traditioner och vanor, professionsgränser och bristande prioritering från ledningen. Främst rör detta det som brukar kallas ”kulturfrågor” i vården. Med det avses förutsättningarna att styra och leda i hälso- och sjukvården och få gehör och genomslag för förändringsinitiativ samt de inbördes relationerna mellan olika yrkesgrupper, specialiteter och verksamheter.

Under utredningens hearingar och under andra möten har det tydligt framkommit att det finns en misstänksamhet mot förändringsinitiativ och att olika yrkesgrupper kan tendera att ”bevaka” sina områden/”revir” gentemot andra yrkesgrupper. Det verkar finnas en bristande acceptans för att LEON/BEON-principen (lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå) ska få styra fördelningen av arbetsuppgifter i praktiken, vilket bl.a. kan innebära att den med högre formell kompetens och lön bör överlämna mindre kvalificerade arbetsuppgifter till någon med lägre kompetens och lägre lön. Många erkänner behovet av omfördelade arbetsuppgifter men motstånd mot sådana förändringar finns ändå hos

många av medarbetarna i vården. Det påstås också att förändringsansatser ofta möter fackligt motstånd med olika uttryck. En svårighet ligger i balansgången mellan å ena sidan (det upplevda) behovet av att få centrala beslut i dessa frågor och å andra sidan möjligheten att verksamheterna själva utformar arbetsätten.

Ledarskapet

Arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier kan bara avgöras längst ur i organisationen. Ansvaret faller i stor utsträckning på första och andra linjens chefer. Dessa chefer behöver dock definitivt stöd i arbetet med optimal arbetsfördelning. Utredningen har intrycket att detta stöd många gånger är bristfälligt samtidigt som cheferna har fullt upp att klara av det dagliga uppdraget. Dessutom är omfördelning av arbetsuppgifter en grannlaga uppgift. Personalen har ofta en bestämd uppfattning om vad som ska utföras av olika personalkategorier och vården har starka professioner. Inte sällan är det fråga om revir, makt och status. De fackliga organisationerna kan ha synpunkter. Det är fullt förståeligt att många chefer drar sig för att ta upp frågan om omfördelning, något som med all tydlighet framgår av Myndigheten för vård och omsorgsanalys rapport *Ur led är tiden*. Frågan om stöd från högre chefer och staber är viktig vad gäller stöd att avlägsna myter om vad olika personalkategorier får göra och stöd kring fackliga förhandlingar m.m.

Av naturliga skäl behandlar utredningen frågan om omfördelning av arbetsuppgifter utifrån en mer principiell nivå, dvs. omfördelning mellan yrkesgrupper. Omfördelning handlar emellertid ytterst om individer och därmed även om individuell lämplighet. I många sammanhang framhålls som goda egenskaper hos en chef förmågan att delegera. Det brukar beskrivas som att han eller hon har förmågan att få medarbetare att utvecklas och växa genom att ge dessa förtroende och med tiden alltmer avancerade arbetsuppgifter. Rimligtvis borde detsamma gälla inom vården, men utredningen har intrycket att processen där kommer att handla alltför mycket om principer och yrkesgrupper i stället för individer. Möjligheten att göra individuell bedömningar och delegera efter lämplighet är viktig. Att låta sjuksköterkor eller fysioterapeuter

överta läkaruppgifter är ytterst en fråga om individuell lämplighet. Detsamma kan sägas om möjligheten för undersköterkor att överta vissa uppgifter från sjuksköterskor.

Rättsliga hinder

Ett annat hinder mot omfördelning av arbetsuppgifter som upprepade gånger lyfts fram till utredningen är att det finns regelverk på olika nivåer som alltför långtgående reglerar vem som får göra vad. Enligt vad utredningen erfar tycks detta ofta handla om ”myter” i vården. Bland de exempel vi stött på kan nämnas uppfattningen att det endast är läkare som får skriva röntgenremiss (stämmer inte) eller att inga andra yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor får skriva journal (stämmer inte).

Som konsterats ovan finns det relativt lite reglering beträffande fördelningen av arbetsuppgifter, se ovan. I några fall finns det dock lagstiftning som på ett tydligt sätt inverkar menligt på möjligheterna att fördela arbetsuppgifter på ett adekvat sätt.

En av de mest omfattande administrativa uppgifterna för läkare är att skriva intyg avseende patienterna. Enligt patientdatalagen (2008:355) ska den som är skyldig att föra patientjournal på patientens begäran utfärda intyg om vården. Denna ganska öppna formulering kvalificeras på olika sätt i andra författningar. HSL har nästan inga anvisningar om vad enskilda yrkeskategorier ska göra, medan speciallagstiftning på en rad områden föreskriver att läkare ska skriva intyg (se avsnitt 6.6.1 samt 11.3).

En annan fråga som relativt ofta återkommit till utredningen gäller de formella möjligheterna att delegera läkemedelshantering till undersköterskor. I nuvarande regelverk görs skillnad på öppen och sluten vård där möjligheterna till delegation i nuläget är större i den öppna vården. Detta får praktiska följder, bl.a. att möjligheterna att använda undersköterskors kompetens är ganska kraftigt kringskurna i vården. Ett exempel som rapporterats till utredningen: inför sommaren 2015 diskuterades möjligheterna att låta undersköterskor skölja kateternålar med koksaltlösning. En sådan fördelning av arbetsuppgifterna skulle ha inneburit ett sätt att hantera brist på sjuksköterskor och avvärjt ett hot mot att behöva stänga avdelningen under sommaren. Mot bakgrund av före-

skrifterna, se avsnitt 11.4, ansågs dock en sådan åtgärd vara olaglig. Det är oklart vilket skäl som finns till skillnaden men det kan konstateras att den innebär en klar och omotiverad inskränkning i möjligheterna att fördela arbetsuppgifter.

Särskilt om vårdgarantin

Vårdgarantin har funnits sedan 1992 och sedan 1997 har garantin avsett tillgängligheten för alla patienter med tidsfrister för besök i primärvården och övrig specialistvård. Ursprungligen (fr.o.m. 1997) innebar vårdgarantin bl.a. att primärvården skulle erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten inte skedde med läkare skulle tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar. Sedan 2005 har vårdgarantin haft nuvarande utformning, först genom överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet/SKL och sedan 2010 genom lagstiftning (3 g § HSL).

Vårdgarantin innehåller följande fyra delar:

- En ”tillgänglighetsgaranti” för patientens kontakt med primärvården. Samma dag som patienten söker hjälp ska han eller hon få kontakt med primärvården, t.ex. vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon eller genom besök.
- En ”besöksgaranti” för patientens besök hos läkare i primärvården. Bedömer primärvården att patienten behöver besöka en läkare ska detta ske inom högst sju dagar, t.ex. på vårdcentralen eller hos familjeläkaren.
- En ”besöksgaranti” för patientens besök i den specialiserade vården. Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska han eller hon få en tid för besök inom högst 90 dagar. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss.
- En ”behandlingsgaranti” för behandling inom landstingets planerade vård. Efter beslut om behandling, t.ex. operation, ska patienten få en tid inom högst 90 dagar.

Vårdgarantin är ett ovanligt inslag i hälso- och sjukvårdslagstiftningen såtillvida att den reglerar ett urval av moment i en tänkt

vårdprocess för patienten och anger tidsfrister för dessa moment (tidsfristerna anges i förordningen (2010:349) om vårdgaranti). Såvitt framkommit finns det inte några särskilda motiv till att just dessa moment valts ut eller hur fristerna satts, även om det naturligtvis går att se att momenten är vanligt förekommande i en vårdprocess. Ett problem är att allt det i patientens process som kommer mellan dessa moment inte tidsatts – t.ex. utredningar – och ur rättslig synpunkt tillåts ta obegränsad tid, liksom att garantin är i stort sett ointressant för de som har långa pågående vårdförlopp och som konsumerar huvuddelen av all vård, t.ex. kroniker. Det finns bedömningar från tidigare utredningar (se SOU 2008:127) att patientens hela förlopp i vården från första kontakt till det att behandling inletts ska samlas i en garanti som omfattar maximalt 120 dagar. Vårdgarantin har dock i sin nuvarande form haft positiva effekter på väntetider och en utveckling i linje med idén kring ett samlat förlopp pågår, bl.a. med initiativ från staten och Sveriges Kommuner och Landsting.[33]

Ett mer uppenbart problem med garantin i dess nuvarande utformning är att den förutsätter att patienten ska besöka en läkare inom primärvården. Detta krav innebär en omotiverad styrning av vem som ska träffa patienten och behöver ändras. I många fall är det inte motiverat att besöka en läkare utan t.ex. en sjuksköterska eller fysioterapeut kan vara mer motiverat ur flera perspektiv, både vad avser kompetens och effektivitet. Goda exempel på sådana mottagningar finns (se avsnitt 6.3).

Vidare är det inte givet att patienten behöver ett *besök* i primärvården. Tekniska lösningar innebär att konsultationer ibland kan och bör ske på helt andra sätt, direkt genom t.ex. videokonferens eller telefonsamtal eller indirekt genom mail, sms, mms, etc. Det är inte heller uteslutet att det är en person som alltid ska konsulteras på något sätt. Inom en nära framtid kan en dator tänkas stå för den initiala bedömningen. Framtidens vårdgaranti kan i detta avseende måhända räknas i sekunder i stället för dagar.

Med hänsyn till detta framstår inte heller den nuvarande tidsramen sju dagar som motiverad. Redan i det nuvarande läkarfixe-

[33] Se vidare i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015: *Kortare väntetider i cancervården* samt *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård*.

rade systemet kan konstateras att i genomsnitt 90 procent får sitt besök inom sju dagar och så många som 82 procent inom tre dagar.[34] En väsentligt kortare tidsfrist borde kunna sättas om lagstiftningen samtidigt ändras så att det inte ska krävas ett besök hos en läkare.

I den finska hälso- och sjukvårdslagen (30.12.2010/1326) anges att en kommun ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt (51 §).

6.4.9 Finns den kompetens som behövs?

Brist på rätt kompetens framhålls i dag som en av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården. Återkommande utmaningar är att sjukhusen inte kan bemanna vårdplatser fullt ut och brist på läkare med allmänspecialistkompetens i primärvården.

Bemanningsstrukturen i hälso- och sjukvården har som nämnts ovan genomgått en kraftig förändring sedan 1990-talet. Vad utredningen kunnat se finns inga analyser av om detta varit en utveckling som motiverats av medicinsk, teknisk eller annan utveckling. Till utredningen har det däremot många gånger uppgivits att det snarare handlat om att försöka minska eller kontrollera kostnader och att yrkesgrupper med lägre formell kompetens då varit lättare att dra ned på än andra grupper.

Konsekvenser av detta är bl.a. svårigheterna att renodla arbetsuppgifter. Som exempel nämns ofta viljan hos läkare att överlämna enkla arbetsuppgifter till någon med låg formell kompetens, t.ex. en undersköterska men att mottagare för den typen av arbetsuppgifter helt enkelt saknas i många fall. Detsamma gäller arbetsuppgifter av administrativ karaktär. Neddragningen av t.ex. medicinska

[34] www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardBesok/
Hämtad den 8 september 2015.

sekreterare inom hälso- och sjukvården innebär att alla grupper i stället får ägna sig åt administration. Forskare talar om en samhällstrend mot ”amatörisering” av administrativt arbete när samtliga medarabetare som har en annan formell kompetens ägnar en relativt stor del arbetstiden åt administration.[35] Bortsett från att det tar tid från arbetet inom respektive grupps ”kärnkompetetens” finns det också risk för att arbetet utförs långsammare och med lägre kvalitet. Effekterna av detta har inte simulerats. Men eftersom detta arbete också innebär en störning i arbetet inom kärnkompetensen kan effekterna bli större än endast den tid som läggs på administrationen, t.ex. pga. omställningstid mellan arbetsuppgifter.

Under utredningens arbete har det vid upprepade tillfällen framförts att brist på kompetens i den svenska vården inte beror på hur mycket personal det finns utan på hur den befintliga kompetensen används. ”Personalen finns men de gör fel saker”.

I nuläget tycks det dock råda relativt stor samstämmighet att det finns för få undersköterskor och medicinska sekreterare.

Även andra yrkeskategorier kan användas mer, t.ex. Fysioterapeuter. Vårdcentralen Brahehälsan i Löberöd är en av flera primärvårdsenheter som har öppen tillgång till fysioterapi. Arbetssättet är att alla patienter som söker med besvär från rörelse- eller stödjeorganen ska hänvisas till fysioterapeut för en första bedömning och vårdcentralen är bemannad med lika många fysioterapeuter som läkare, se vidare faktaruta i figur 6.4.

6.4.10 Den lärande organisationen hotas

Effektiv sjukvård förutsätter skicklig och kompetent personal. Basen läggs i bra grundutbildningar vars innehåll på ett dynamiskt och flexibelt sätt anpassas till vårdens utveckling och förändringar. Verksamhetsnära praktik är en förutsättning för hög kvalitet i grundutbildningarna. Av resursskäl har utredningen avstått från att närmare analysera innehållet i utbildningarna men önskar ändå som en sammanfattande kommentar anföra att vi har ett intryck av att flexibiliteten och anpassningens till sjukvårdens förändringar skulle behöva stärkas i samtliga utbildningar.

[35] Forssell och Ivarsson-Westerberg: Administrationssamhället.

Sammanfattningsvis har utredningen uppfattningen att betoningen på praktisk tjänstgöring behöver öka. Med tiden har teoretisk utbildning kommit att alltmer betonas under vidareutbildning. Skicklighet förvärvas dock bäst genom praktisk tjänstgöring. Dessutom har även många vidareutbildningar i ökande utsträckning kommit att omfattas av den allmänna tendensen till detaljreglering och voluminösa målbeskrivningar. Det är tveksamt om dessa förändringar har åstadkommit avsedda kvalitetsförbättringar, speciellt som vårdyrkena även på hög akademisk nivå alltjämt innehåller stora inslag av hantverk.

Vårdyrken kräver ett ständigt lärande. Efter avslutad vidareutbildning krävs därför fortbildning för att stärka kompetens och skicklighet. Utredningen önskar framhålla skyldigheten för vårdens arbetsgivare att avsätta tid och resurser för t.ex. fortbildningskurser. Utredningen anser dock att den viktigaste faktorn för skicklighet hos professionerna är att det dagliga arbetet organiseras på ett sätt så att det finns förutsättningar för ett ständigt lärande. Sjunkande produktivitet utgör ett hot mot lärande eftersom tillräckligt stora volymer är en förutsättning för att bibehålla eller helst öka skickligheten. Detta är bäst bevisat för opererande specialiteter och behandlas utförligt av utredningen om högspecialiserad vård (SOU 2015:98) men gäller givetvis generellt där det behövs övning för att skapa skicklighet i mötet, att göra bedömningar och att värdera. Medvetenheten i vården att försämrad produktivitet och därmed sjunkande volymer per anställd utgör ett hot mot kvaliteten i vården behöver förstärkas. En särskild del i detta är att nuvarande bemanningsstruktur i vissa fall – många läkare och sjuksköterskor och få undersköterskor – riskerar att försvåra att möjligheterna att skapa skicklighet.

Ett annat hot mot lärande utgör bristen på kontinuitet (se avsnitt 6.4.4). Att kunna följa en patient är av avgörande betydelse för möjligheterna till lärande, inklusive lärande av begångna misstag. Det säger sig själv att möjligheterna till lärande kraftigt förbättras om man kan följa hela vårdperioden i stället för fragment av densamma. Även under utbildningstiden är det därför av stor vikt att arbetet organiseras så att t.ex. sköterskor under vidareutbildning eller läkare under specialisttjänstgöring (ST-läkare) kan följa patienten. Eftersom patienter inte sällan remitteras vidare är det

t.ex. viktigt att möjligheterna att inhämta information om patienten efter det ansvaret överlämnats inte beskärs.

Lärande är också en viktig komponent i den dagliga styrningen. Att tid avsätts för samling av all personal – t.ex. varje morgon där bl.a. inkomna jourfall och speciella händelser under gårdagen kommenteras – är värdefullt ur lärande- och utbildningssynvinkel. ”Det finns inte tid” är en vanlig kommentar, men utredningen önskar framhålla att det ofta handlar om tämligen begränsad daglig tid (5–15 min) och att dessa minuter är en utmärkt investering såväl ur lärande- som driftsynvinkel och därmed för kvalitet och patientsäkerhet. Givetvis behöver lärandet från den dagliga styrningen kompletteras med olika typer av seminarier och ronder där såväl intressanta patientfall som vetenskapliga framsteg tas upp. Slutligen önskar utredningen framhålla att framgångsrikt lärande bygger på ett öppet och tillåtande klimat och därmed är en kultur- och ledningsfråga. Dessutom är vi bekymrade av att alltför sällan återfinna visioner/mål om den lärande organisationen i styr- och uppdragsdokument trots att dessa ständigt förefaller svälla i omfattning.

6.4.11 Finns rätt kompetens för att driva förbättringsarbete i vården?

Förbättringsarbete i vården är mycket vanligt förekommande, enligt en utvärdering av Statistiska centralbyrån om innovation i vården.[36] Få förändringsprojekt lyckas dock. En genomgång av tidigare forskning indikerar att endast 20–40 procent av alla förbättringsinitiativ är framgångsrika och att de flesta initiativ, av olika anledningar, misslyckas.[37] Misslyckade utvecklingsarbeten leder till onödiga kostnader i form av tid och pengar samt kan ha betydelse för viljan att genomföra framtida förbättringsarbeten.

Det finns flera anledningar till problemen att få ett förändringsinitiativ att lyckas. Ett problem är ibland ”projekttänkandet” där förutsättningarna saknas för att få ett genom-

[36] SCB 2015, Innovationer i sjukvården 2012 – 2013, En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och vårdcentraler.

[37] Ännu ej publicerad sammanställning som utgår bl.a. ifrån Alemi, Safaie et al. 2001; Berwick, James et al. 2003; Beer, Eisenstat et al. 1990; Hackman and Wageman 1995; Blumenthal and Kilo 1998; Jarlier and Charvet-Protat 2000.

slag/implementering. Inte sällan isoleras projekt från omvärlden utan en tydlig idé (eller ambition från ledningen) om hur projektet ska utformas så att det kan införlivas i den ordinarie verksamheten, med flexibla mål och planer samt interaktion och förankring med den verksamhet där projektet ska tas om hand.[38] Ett annat väsentligt problem är avsaknaden av analys- och problemlösningskompetens i verksamheten eller enkelt tillgänglig sådan.

Projekttänkande kan dessutom innebära att projektmedel avsätts under en begränsad tid. När projekttiden och därmed medlen är slut saknas inte sällan förutsättningar att fullfölja arbetet. Det förekommer inte sällan att projekt med målsättningen att effektivisera och kanske spara resurser inleds med att resurser tillförs. Även om projektet är framgångsrikt är det på gränsen till en omöjlig ledaruppgift att efter avslutat projekt gå från mer resurser till mindre än i utgångsläget.

6.4.12 Hur ska ökad effektivitet tas tillvara?

Ett särskilt problem som upprepat lyfts till utredningen är frågan om vad vunnen tid i samband med förbättringsarbetet ska användas till. Det är på sitt sätt en omöjlig fråga att besvara eftersom det beror på vad syftet med ett förbättringsarbete är. Inte sällan finns en initial självklar ansats i ett förbättringsarbete, t.ex. att minska väntetider eller eftersläpningar i journalskrivning, att använda viss kritisk kompetens bättre. En lyckad förbättring av arbetssätten innebär då att verksamheten t.ex. minskar eller helt avverkar kön och sedan når en balans mellan in- och utflöde. Som positiva effekter brukar i sådana fall också, vid sidan av patientnyttan, framhållas förbättringar av arbetsmiljö och ökade möjligheter till verksamhetsutveckling och samverkan.

Sannolikt ligger alltså en del i nyttogörandet i en samling av effekter. Ett förbättrat flöde innebär att med ungefär samma resurser men ändrade arbetssätt kan man öka kvaliteten för patienterna – t.ex. kortare ledtider/väntetider, högre kontinuitet, ökad tydlighet samtidigt som det blir en bättre arbetsmiljö för personalen, bättre

[38] Leading Health Care, 2014, Framtidens hälsa, vård och omsorg.

överblick, bättre kontroll och kanske ökad arbetsglädje. Allt detta innebär en utveckling av verksamheten.

I ett längre perspektiv har utredningen dock uppfattat att diskussioner om s.k. effekthemtagning i mycket låg grad präglar förbättringsarbetet i vården. De sparbeting som är ett återkommande inslag för många av hälso- och sjukvårdens verksamheter verkar leva ett eget liv, väsentligen frånskilt diskussioner om förbättringsarbete och effekterna av det. Detta framstår som fullständigt ologiskt. Ett exempel är om en förändring kan innebära ingrepp i bemanningen. Effekthemtagning i form av ändrad bemanningsstruktur kan ju ge lägre kostnader under förutsättning att det finns en strategi för att omfördela de frigjorda resurserna. Antagligen behövs då en mer systematisk ansats från övergripande nivå, inte minst för att motivera omfördelning från sjukhus till primärvård.

6.5 Verksamhetsstöden

6.5.1 Bakgrund och sammanfattande problembeskrivning

Bakgrund

Tillgången till relevant information är en förutsättning för en god och säker vård och omsorg för alla medborgare. Ett säkert och väl fungerande utbyte av information är en nödvändighet för att medborgarna ska få goda insatser i ett komplext system med många inblandade aktörer. Tillgång till nya informationstjänster har en stor potential att göra patienter och brukare långt mer delaktiga i sin vård och omsorg. Ändamålsenliga och användbara informationssystem är också en förutsättning för att professionerna ska kunna använda sin kompetens och sin tid på det mest effektiva sättet. Funktionella informationssystem är en avgörande faktor för att vården ska kunna hantera framtidens utmaningar.

Detta område – som har getts olika benämningar över tid; IT i vården, ”e-Hälsa”, verksamhetstöd m.m. – är brett och omfattar egentligen hela det spektrum av frågor som uppstår inom hälso- och sjukvård utom det medicinska innehållet. Frågor om ledning, organisation, arbetssätt, teknik och patientens delaktighet och inflytande är dock högst påtagligt närvarande. Olika aspekter av om-

rådet har utretts de senaste åren. Utredningen rätt information i vård och omsorg lämnade i slutbetänkandet (SOU 2014:23) förslag till en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag som sammantaget syftar till en mer ändamålsenlig hantering av information om patienten. Förslagen innebär bl.a.

- samma förutsättningar för alla vårdgivare som finansieras av samma huvudman (direktåtkomst),
- tydligare krav på ansvaret för patientjournalens innehåll och utformning (på vårdgivare),
- tydligare krav på informationssystemens utformning,
- bättre möjligheter för integrerade verksamheter genom direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst (sammanhållen journalföring) eller en gemensam vård- och omsorgsjournal.

E-hälsokommittén lämnade i slutbetänkandet (SOU 2015:32) förslag till hur informationshanteringen i hälso- och sjukvården kan bli mer ändamålsenlig och säker. E-hälsokommittén lämnade förslag till hur styrningen på e-hälsoområdet kan koordineras bättre genom en samverkansorganisation, liksom förslag till nationella krav för att säkerställa en grundläggande interoperabilitet mellan olika informationssystem.

Båda dessa betänkanden bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utvecklingsarbetet med verksamhetsstöden präglas av en mångfald av aktörer; enligt en kartläggning av e-hälsoarbetet i Sverige driver ett stort antal aktörer driver hundratals projekt och initiativ utifrån sina olika uppdrag och intressen. E-hälsoområdet involverar minst fyra departement, fler än 20 statliga myndigheter, fler än 350 regionala och lokala huvudmän samt samarbetsorganisationer, fler än 20 bransch- och intresseorganisationer, fler än 20 forskningsinstitutioner och fler än 1 000 företag.[39]

Det pågår många nationella, ”seminationella” (inom en grupp av landsting) och regionala initiativ. På nationell nivå finns sedan 2010 Nationell e-Hälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, som Socialdepartementet, Sveriges Kom-

[39] E-hälsomyndigheten (2014), Översiktig kartläggning av eHälsa i Sverige.

muner och Landsting, Socialstyrelsen, Vårdföretagarna och Famna står bakom. Enligt strategin ska arbetet inriktas på att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper:

- Individen i sin roll som invånare, patient, brukare och anhörig ska ha tillgång till lättillgänglig och kvalitetssäkrad information om hälsa, vård och omsorg samt åtkomst till dokumentation från sina tidigare insatser och behandlingar. Hon eller han ska erbjudas individuellt anpassad service och interaktiva e-tjänster för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande utifrån sina egna förutsättningar.
- Vård- och omsorgspersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Nödvändig och strukturerad information ska finnas tillgänglig som underlag för beslut om insatser och behandlingar.
- Beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ha ändamålsenliga verktyg för att fortlöpande följa upp verksamheternas kvalitet och säkerhet samt få ett aktuellt och heltäckande beslutsunderlag för verksamhetsstyrning, planering och resursfördelning. Offentlig och privat forskning ska ha enkel tillgång till data av hög kvalitet, med full respekt för individens integritet.

Under 2014 inleddes det s.k. 3R-samarbetet mellan Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting och Region Skåne för att ta fram ett nytt informationssystem för hälso- och sjukvården. Systemet ska bl.a. skapa en modern och användarvänlig IT-miljö för medarbetarna, ge utökade möjligheter för patienter att vara delaktiga i sin egen vård, effektivisera arbetssätten och medge nödvändigt utbyte av vårdinformation mellan vårdenheter. Det s.k. G4-projktet involverar de tre landstingen och regionerna från 3R-projektet samt region Östergötlands län och syftar till att deltagarna ska harmonisera sina regelverk för informationssäkerhet och utveckla ett ledningssystem för informationssäkerhet som kan tillämpas på gemensamma tjänster. Landstingen i Jämtland, Jönköping, Kalmar; Kronoberg, Värmland, Västmanland och Uppsala har Cosmic som leverantör av sina journalsystem och finns samlade

i en kundgruppering. Landstingen i Västerbotten, Västernorrland, Örebro, Sörmland och Blekinge har samarbete i det. s.k. Sussa (Strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer). Det finns således flera konstellationer av landsting som förbereder ”samordnad” upphandling av nytt vårdinformationsstöd. Slutligen driver Inera[40] utveckling av ett flertal tjänster avseende verksamhetsstöden bl.a. Journal på nätet, Nationell patientöversikt och Samlad läkemedelslista. Sammanfattningsvis finns ett flertal olika samverkansprojekt avseende verksamhetsstöd. Utredningen har dock haft svårt att utröna i vad mån man har ambitionen och kraften att nationellt samordna dessa olika initiativ.

Sammanfattande problembeskrivning

Att informationssystemen i vården lider av stora brister är väl dokumenterat. Detta har påtalats i många olika sammanhang, inte minst i ovannämnda betänkanden, där utförliga beskrivningar av problembilden lämnas. Bristerna går också som en röd tråd genom de problembeskrivningar som lämnats utredningen av företrädare för huvudmän, vårdgivare och professioner. Bland de många problemen kan särskilt lyftas fram brister i design, funktionalitet och överskådlighet liksom brister när det gäller struktur och enhetlighet i termer och begrepp.

Flera av informationssystemen är föråldrade, användargränssnitten upplevs som daterade, svårbegripliga, inte utformade ur användarens perspektiv. Begrepp är förvirrande och kan sakna koppling till både fackspråk och vardagligt tal. (Ett exempel är att ”labblista” kan kallas för ”svar obunden”.)

Vidare nämns särskilt bristande interoperabilitet, dvs. att systemen inte kommunicerar med varandra över vårdgivargränser, inom en vårdgivare eller t.o.m. för en och samma användare. För patienten innebär det stora risker att informationen inte finns på rätt ställe när den behövs – mer än 10 procent av lex-mariarapporter avser brister i informationshanteringen på olika sätt. För vårdpersonalen resulterar det i en arbetsmiljö där det krävs upprepade in- och utloggningar i

[40] Inera AB samägs av alla landsting och regioner och har uppdraget att koordinera det gemensamma e-hälsoarbetet.

många olika system med ofta långa ”svarstider” från systemen, upprepade inmatningar av samma information i olika system och en uppenbar risk att väsentlig information utelämnas eller missas. Detta är en källa till stor frustration och stress i arbetsmiljön. Mätningar av tidsförlusterna saknas men är troligen betydande.

För verksamheterna och ytterst för huvudmännen innebär bristande verksamhetsstöd ett ineffektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser: personalen lägger sin tid på fel saker och ges inte möjlighet att arbeta så smart som de borde kunna göra. Det kan också konstateras att teknik- och tjänsteutvecklingen i samhället i stort (t.ex. i en vanlig smart telefon) utvecklingsmässigt alltmer tycks dra ifrån vårdens informationssystem. Mycket av det som i dag upplevs som självklarheter när det gäller funktion, design och utformning utifrån en förståelse av människa-maskin-interaktion saknas i vårdens informationssystem. Denna diskrepans bidrar till en växande frustration av att vårdens verksamhetsstöd inte håller måttet.

Vid sidan av ovannämnda problem som direkt eller indirekt beror på brister i informationssystemen har till utredningen lyfts fram att en väsentlig orsak till ineffektivt resursutnyttjande är hur man arbetar i informationssystemen. Problemen ligger här inte i tekniken utan i arbetssätten: hur man dokumenterar, innehållet i dokumentationen och vem som dokumenterar.

Utredningen anser att problemen avseende verksamhetstöden kan summeras i fyra huvudutmaningar för att utnyttja professionernas resurser mer effektivt.

1. Ledning och styrning. Det saknas gemensamt agerande och beslutsfattande, liksom gemensamma investeringar. Det saknas någon som tar ”ledartröjan” för e-hälsa. Beställarkompetensen är för låg och professionerna ges inte i tillräcklig utsträckning möjlighet att medverka i beställningar. E-hälsa har varit alltför frånvarande från den politiska agendan. Det saknas ansatser att från högsta nivå hos huvudmännen styra användningen av informationssystemen.

2. De rättsliga förutsättningarna. Lagstiftningen stödjer inte de gränsöverskridande organisationer och arbetssätt som hälso- och sjukvården behöver utveckla. Arbetet med att implementera integritetsskydd för patienten (åtkomstkontroll etc.) behöver blir bättre.

3. Systemen. Den tekniska utrustning som används är föråldrad och ny utrustning (t.ex. läsplattor eller smarta telefoner) går inte att använda i befintliga system, användargränssnitten upplevs som svårbegripliga och alltför varierande mellan olika system. Interoperabiliteten mellan system är alltför svag och många efterfrågar ett journalsystem, eller att journalsystemen följer en standard för användargränssnitt och funktionalitet, osv.
4. Användningen. Det saknas kunskap och vägledning om varför, hur, vad, och vem som ska dokumentera, det saknas stöd till professionen att använda informationssystemen, det saknas mallar och strukturerad journaler liksom tillgång till kunskapsstöd som är direkt relevant för professionerna i patientmötet.

Samtliga dessa utmaningar hänger intimt samman med varandra. För att nå ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården tror vi att samtliga behöver adresseras. Med hänsyn till ovannämnda förslag som redan lämnats till regeringen av andra utredningar har utredningen dock valt att särskilt koncentrera analysen på förutsättningarna för ledning och styrning samt användningen.

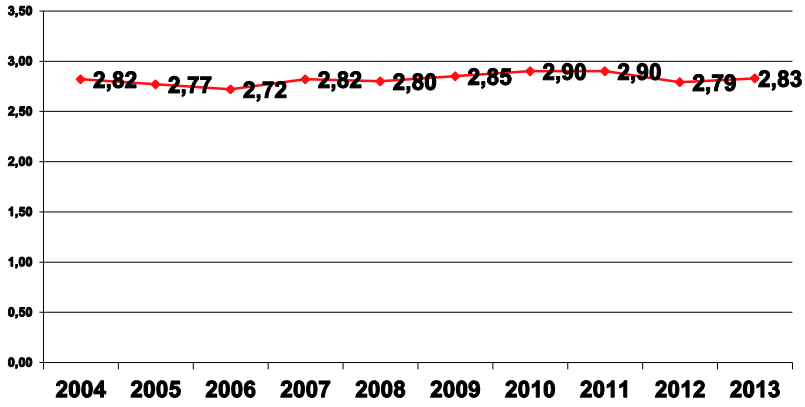
6.5.2 Ledning och styrning

Huvudmännen investerar för lite och inte gemensamt

Ett grundläggande problem är huvudmännens agerande som 21 (plus 290) självständiga beställare av system. Trots många års kännedom om problemen har huvudmännen varit oförmögna att agera samlat i investeringar, kravställande, utvecklingsarbete, standardisering, osv.

IT-kostnaden inom hälso- och sjukvården, som andel av omslutningen, har legat på en stabil nivå under lång tid, för 2013 utgör IT-kostnaden 2,83 procent. De regionala skillnaderna är dock relativt stora, från 3,39 procent i Östergötland till 2,2 procent i Gävleborg.

Figur 6.17 Landstingens IT-kostnader som andel av omslutning 2004–2013



Källa: Inera 2014, eHälsa i landstingen

Trots att kostnaderna är oförändrade sedan 2003 har bl.a. antalet användare ökat med nästan 90 procent. Samtliga IT-kostnader för landstingen (inkl. egen personal) beräknades 2014 uppgå till ca 8,5 miljarder kronor. Av detta avser ca 300 miljoner kronor per år, landstingens/regionernas samlade IT-kostnader, vilket motsvarar knappt 3 procent av den totala IT-budgeten. Av de gemensamma resurserna uppgår förvaltningsandelen till 80–85 procent. Inom kort återstår i princip inget utrymme för nyutveckling enligt bedömningar.[41]

Landstingens investeringar i IT ligger på en relativt låg nivå. Offentlig sektors IT-kostnader i Sverige är ca 4,4 procent av omsättningen medan till exempel bank- och försäkringsbranschen ligger på 10–30 procent. Få branscher har dock så komplexa och kritiska informationsbehov som hälso- och sjukvården där många patienter behöver insatser från flera vårdgivare och huvudmän och där det är avgörande att informationen om patienten hela tiden finns tillgänglig på rätt ställe.

[41] Center för eHälsa i samverkan 2012, Handlingsplan 2013–2018 – Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eHälsoområdet,

Utvecklingsarbete samordnas inte nationellt

Som framkommit ovan pågår utvecklingsinitiativ i många olika spår nationellt eller semi-nationellt, regionalt och lokalt. Utredningens intryck av insatserna på nationell eller semi-nationell nivå är att det väsentligen saknas samordning av arbetet. De konstellationer som uppstår bland landstingen för samarbete är långt ifrån självklara (de kan t.ex. bygga på samarbetet kring ett tidigare journalsystem) och ett samlat/övergripande strategiskt tänkande i planeringen av investeringar, samordning, m.m. saknas. Kopplingen till den ovan refererade strategin Nationell e-Hälsa är oklar. Kopplingen till alla de primärkommuner som ingår i respektive län är också oklar.

Råd om vård på Internet och telefon – 1177

Det mest välkända gemensamma utvecklingsinitiativet på nationell nivå är 1177 Vårdguiden, som är landstingens och regionernas gemensamma tjänst till allmänheten för råd om vård på internet och telefon. Webbplatsens innehåll produceras av vårdpersonal och bearbetas både av en nationell redaktion och av regionala redaktioner/redaktörer. 1177.se anpassas automatiskt beroende på var man bor och man kan få nyheter, information och länkar till de e-tjänster som är aktuella i det egna landstinget eller regionen. 1177 Vårdguiden drivs av Stockholms läns landsting på uppdrag av alla landsting och regioner i samverkan. Webbplatsen innehåller närmare 3 000 artiklar och har ca 7 miljoner besök per månad.

Telefonnumret 1177 kan användas i alla landsting för att nå sjukvårdsrådgivning. Varje landsting/region driver sin egen sjukvårdsrådgivning men ingår i ett nationellt nätverk och följer nationella kvalitetsnormer. Genom gemensam teknik, gemensamt beslutsstödsystem och gemensamt arbetssätt kan landets olika sjukvårdsrådgivningar samverka och hjälpa varandra vid behov. På landets sjukvårdsrådgivningar arbetar ca 1 200 sjuksköterskor som tillsammans tar emot ca 5,5 miljoner samtal per år.[42]

Vid undersökningar av kännedomen om 1177 (genom vårdbarometern) har framkommit att kännedomen ökar, 2014 kände

[42] Källa: Inera.se

närmare varannan person till 1177.se och åtta av tio kände till att de kan ringa 1177 för att få råd och hjälp om sjukvård.[43]

Beställningar görs inte tillräckligt bra

Ett ofta återkommande inspel till utredningen är att kompetensen att göra rätt/bra beställningar är för låg hos landstingen.[44] Det är svårt att värdera befintlig kompetens men ett antagande är att kompetensen varierar ganska kraftigt mellan olika landsting och vårdgivare. Svårigheten att lyckas med ”IT-projekt” på grund av svaga beställningar och annat är inget fenomen isolerat till vården, det finns avskräckande exempel från andra branscher.[45]

En del i problemet är att professionen i alltför låg grad görs delaktiga i arbetet med att beställa och utveckla system. Aktuell kunskap om utveckling av system säger att utgångspunkten bör vara vilka effekter man vill uppnå med hjälp av det nya systemet.[46] För att veta det behöver användarna (dvs. professionen) involveras: Hur arbetar man i dag? Hur vill man arbeta? Vad behöver man göra och vad vill man kunna göra med stöd av ett nytt system? Det verkar som att utveckling av verksamhetsstöd inom hälso- och sjukvården ytterst sällan har denna typ av användarfokus. Fokus verkar i stället ligga på teknik eller funktioner, dvs. en kravspecifikation på vad systemet ska kunna göra.

[43] Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdbarometern, Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården, befolkningsundersökning 2014

[44] Se bl.a. Liljequist David, m.fl., Störande eller stödjande – om eHälsosystemens användbarhet 2013.

[45] http://computersweden.idg.se/2.2683/1.613037/tre-ar-efter-praktfiaskot---nu-satsar-nordea-pa-nytt-gigantiskt-projekt; hämtad den 1 september 2015.
http://computersweden.idg.se/2.2683/1.529816/kapsejsat-projekt-for-miljarder; hämtad den 1 september 2015.

[46] Söderström Jonas, Eprint 2010, Jävla skitsystem.

Figur 6.18 Faktaruta: Exempel på principer för utveckling av nya system

Ett exempel på hur utvecklingen av system bör gå till ges av regeringens användningsforum 2012–2015, inom ramen för Digitaliseringskommissionen. Forumet har pekat på viktiga förutsättningar för användbarhet och tillgänglighet genom principer för design av system/tjänster:

1. Utgå från behoven
2. Gör mindre
3. Låt användningsdata styra designvalen
4. Kämpa för att göra det enkelt
5. Gör om. Gör sen om igen
6. Utveckla för att inkludera
7. Förstå sammanhanget
8. Gör digitala tjänster, inte webbplatser
9. Var konsekvent, inte identisk
10. Arbeta öppet: det gör tjänster bättre

Implementeringen brister

De beskrivningar som ges av implementeringsprocessen är att det ”dimper ned” ett stort nytt eller uppdaterat system som professionerna förväntas börja använda i skarp drift tämligen omgående. Utbildning, handledning och support uppges vara bristfälliga eller saknas helt. Hur användare ser på användning och nytta av verksamhetsstöd är tätt förknippat med dess implementation, införandeprocessen, egen erfarenhet av deltagande, utbildning, support och möjligheter till att förbättra systemet. Erfarenheter visar att under utbildningarna har vårdpersonalen lätt att använda systemet. Men när de sedan ska använda systemet i skarp drift finns stora klyftor mellan det tänkta arbetssättet och verkligheten.[47] Användningen måste ses som en del av den pågående verksamhetsutvecklingen, inte frånkopplat som det oftast görs nu. Arbetsgivaren måste avsätta tid och resurser som möjliggör att verksamhets-

[47] Liljequist David, m.fl., Störande eller stödjande – om eHälsosystemens användbarhet 2013.

stöden kan integreras i arbetsprocesser och att personal ges möjlighet att lära sig hur systemen ska hanteras på ett korrekt sätt.

6.5.3 De rättsliga förutsättningarna

I slutbetänkandet från utredningen rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:32) ges en heltäckande beskrivning av bristerna i nuvarande lagstiftning när det gäller möjligheter till en ändamålsenlig informationshantering över vårdgivar- och huvudmannagränser.

Utredningen vill här särskilt framhålla den utmaning som ligger i den ökande fragmenteringen av vårdutbudet. Mångfalden av utförare inom landstingens och kommunernas primärvård, liksom inom socialtjänsten innebär stora utmaningar för systemet som helhet och ställer krav på nya sätt att organisera vård och omsorg. För att dra nytta av sådana nya sätt att organisera vård och omsorg är det av stort värde att lagstiftningen också möjliggör en samlad informationshantering. I dagens lagstiftning finns dock inte sådana möjligheter. Särskilt stora problem finns vid informationsutbyte mellan olika vårdgivare liksom mellan olika huvudmän. I ovan nämnda betänkande lämnas samlade förslag om en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag. Bl.a. föreslås att det ska vara tillåtet med direktåtkomst till personuppgifter mellan vårdgivare som finansieras av samma landstingskommunala eller kommunala huvudman. Vidare föreslås att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska få medge vårdgivare i hälso- och sjukvården direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling om den enskilde har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Slutligen föreslås att det ska vara möjligt att föra en gemensam vård- och omsorgsjournal för vårdgivare och för de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Dessa förslag möter många av de krav på samlad informationshantering som ett bättre samlat omhändertagande av patienterna kommer att förutsätta.

Utredningen konstaterar dock att det inte finns något förslag som tar sikte på att förenkla informationsöverföring över landstingsgränser, t.ex. i samband med utomlänsvård. .

6.5.4 Systemen

Ett vanligt förekommande påpekande till utredningen har varit att det behövs ett nationellt journalsystem som ser likadant ut var än patienten och professionen befinner sig. Uppenbara fördelar med ett system skulle t.ex. kunna vara att informationen ”enkelt” kan följa patienten på resan genom vården (givet att rättsliga hinder tas bort) och att introduktion och utbildning i systemet skulle bli billigt med stora skalfördelar.

Samtidigt framhålls den stora utmaningen i att få överblick över och slå samman system. Landstingen har tillsammans mängder med system (journalsystem, dokumentationssystem, bildhanteringssystem, databaser, etc.), Enligt E-hälsokommittén har varje landsting hundratals eller tusentals system, t.ex. beräknas Region Västra Götaland ha omkring 2 000 system, Stockholms läns landsting ca 1 300 system och landstinget Dalarna runt 300 olika system. Lägger man till 290 kommuner, privata och idéburna vård- och omsorgsgivare (uppskattas till ca 10 000 stycken i dag), apotek samt statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård är mängden system i landet oöverskådlig.

Huvudmännens svårigheter att fatta gemensamma beslut understryker dessutom utmaningen i att få fram ett nationellt journalsystem. Vinsterna av en sådan lösning kan inte heller tas för givna. Motargumenten är det kan motverka innovationskraft som följer av en marknad med flera aktiva aktörer och möjligheterna att göra lokala anpassningar, Vidare skulle många av de grundläggande problemen avseende strukturerad information, enhetlig användning av begrepp och brister när det gäller dokumentationen kvarstå. Frågorna om utbyte av information med andra system skulle också kvarstå. Ett samlat system för alla typer av användare, funktioner och syften kan nog knappast antas vara realistiskt i nuläget.

Den bristande interoperabiliteten, dvs. systemens förmåga att kommunicera och utbyta information, har lyfts fram som en tungt vägande orsak till ineffektivitet i vården. Det kan också innebära en stor patientsäkerhetsrisk.

Det är också uppenbart att flera av de ”rättigheter” som patienten har på grund av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen försvåras i hög grad av att varken stat eller huvudmän sett till skapa förutsättningar för att information ska följa med patienten. Ett

exempel är patientens fria val över vårdgivargränser som innebär att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (patientlagen (2014:821) 9 kap. 1 §). Både de nuvarande rättsliga förutsättningarna och de tekniska lösningarna försvårar rörligheten. Ett närliggande exempel är högkostnadsskyddet (enligt 26 a § HSL) för öppen vård, som innebär att en patient som betalat avgifter för öppen vård motsvarande ett bestämt belopp, är befriad från att betala ytterligare sådana avgifter under den tid som återstår av ett år räknat från det första tillfälle då avgift betalats. Det saknas tekniska lösningar för att hålla samman denna typ av patientadministrativ information över landstingsgränser och många gånger till och med inom ett landsting, mellan olika vårdgivare.

E-hälsokommittén har föreslagit att staten (E-hälsomyndigheten) ska besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i bl.a. hälso- och sjukvården. I praktiken skulle det innebära att staten beslutar om de standarder och andra krav på interoperabilitet som ska gälla för informationssystemen. Det skulle t.ex. kunna innebära krav på att följa den nationella informationsstrukturen samt vilka tjänstekontrakt som ska gälla vid utbyte av information.[48]

Andra utmaningar för systemen rör funktionaliteten. Den tekniska utrustning som används är föråldrad och ny utrustning (t.ex. läsplattor eller smarta telefoner) går inte att använda i befintliga system. Användargränssnitten upplevs som svårbegripliga och alltför varierande mellan olika system.

6.5.5 Användningen

Nyttan med informationssystemen uppstår i användandet. Hur professionerna arbetar i systemen är således en viktig fråga. Systemen och deras tillämpning hänger givetvis ihop. Om professionerna arbetar på ett ineffektivt sätt, t.ex. med dokumentation, kan

[48] Ett tjänstekontrakt beskrivs av E-hälsokommittén som ”en ritning över hur informationssystem, system och tjänster ska vara utformade tekniskt för att kunna utbyta information, vilken information som ska kunna utbytas och hur denna information ska vara angiven (struktur, termer och begrepp).”

nyttan av att nya, bättre system ifrågasättas. Men det omvända gäller naturligtvis också – huvudmän och vårdgivare har ett intresse av att se till att systemen ger professionerna så mycket stöd som möjligt i arbetet och att det blir lätt att göra rätt.

Dubbel- och överdokumentation

Dubbeldokumentation (eller trippel- och kvadrupeldokumentation) i journalen är vanlig. I en uppskattning från Socialstyrelsen anges att så mycket som 70 procent av det som antecknas i journalen är upprepningar av tidigare anteckningar.

Det verkar finnas en utbredd osäkerhet bland vårdens professioner om vad som ska dokumenteras, hur och av vem. Trots det finns det sällan policys, rutiner, utbildning och stöd när det gäller dokumentation. Det är vanligt att flera yrkeskategorier skriver parallellt i journalen med delvis samma information och att samtliga dokumenterar onödigt mycket.

Det finns utöver bristande verksamhetsstöd och avsaknad av rutiner flera förklaringar till dubbel- och överdokumentation: oklar arbetsfördelning, att man vill visa att man gjort något under arbetspasset, att man vill markera ”professionellt revir” eller att den som dokumenterar vill skydda sig mot eventuella anmälningar/klagomål dvs. skydda sig om det skulle bli ett anmälningsärende. Ett ytterligare skäl som upprepat rapporterats till utredningen är att journalen ofta är så oöverskådlig, med långa sammanhängande sjok av fritext, att det går snabbare att skriva in en ny anteckning än att kontrollera om informationen redan finns.

Dubbeldokumentationen är i sig uppenbart ineffektiv. Men den är också intimt förknippad med hur man arbetar i vården och är ibland ett symtom på brister i arbetsfördelning och struktur. Det faktum att samma sak dokumenteras flera gånger beror helt enkelt ibland på att flera personer har frågat patienten samma saker eller gjort samma insatser. Att så är fallet har uppmärksammats av bl.a. Inspektionen för vård och omsorg.[49]

Liksom när det gäller arbetssätten i övrigt (se avsnitt 6.4) bottnar dessa problem i traditioner, hierarkier och kulturer. Detta

[49] Inspektionen för vård och omsorg 2014, Kommunikationsbrister i vården.

är dock en fråga som sällan lyfts fram, kanske är det lättare att ”skylla på tekniken” och kräva nya dokumentationssystem än att angripa arbetssätten. En utmaning inför framtida upphandlingar av modernare system är att man redan nu behöver strukturera och förbättra sin dokumentation så att man vid upphandlingen kan ställa krav som för utvecklingen framåt.

Automatisk överföring mellan olika system

Ett annat uttryck för dubbeldokumentation är att professionerna behöver mata in samma uppgifter i flera system och att systemen har bristande interoperabilitet, dvs. att systemen inte kommunicerar med varandra över vårdgivargränser, inom en vårdgivare eller t.o.m. för en och samma användare. Det finns många exempel på detta: det som antecknas i journalen kan inte föras över med automatik till ett kvalitetsregister eller till ett ekonomiadministrativt system eller till ett intyg; uppgifter från ordinationsverktyget kan inte flyttas in i läkemedelslistan i journalen.

De övergripande förutsättningarna för att lösa detta finns men det finns också stora utmaningar för att få en praktisk tillämpning.

En förutsättning är Socialstyrelsens arbete med gemensam informationsstruktur, som syftar till en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation genom att lägga grunden till hur information ska struktureras.

En annan förutsättning är att det finns ”regler” för hur informationsutbytet ska se ut. För närvarande finns dessa regler i form av tjänstekontrakt, vilket är en ritning över hur informationssystem, system och tjänster ska vara utformade tekniskt för att kunna utbyta information, vilken information som ska kunna utbytas och hur denna information ska vara angiven (struktur, termer och begrepp).

Ytterligare förutsättningar är dels att det system som ska ”hämta” uppgifter (t.ex. ett kvalitetsregister) ställer tillräckligt specifika frågor, som måste följa regelverket i tjänstekontrakt, dels att det system som ska ”lämna” uppgifter (t.ex. en journal) har strukturerat sina uppgifter i enlighet med en gemensam referensmodell. Här finns det stora utmaningar på verksamhetsnivå att enas om hur informationen ska utryckas i ord eller koder.

Figur 6.19 Faktaruta: Ett exempel på arbetet med automatisk hämtning från journal till kvalitetsregister från Nationella programmet för datainsamling

Målet med Nationella programmet för datainsamling (NPDi) är att få bort dubbelregistrering av journaluppgifter i samband med registrering i Nationella kvalitetsregister. Arbetet syftar till att bygga gemensamma tjänster för inhämtning av uppgifter till kvalitetsregistren. Samstämmighet mellan journalföringen och den information kvalitetsregistren efterfrågar är en grundläggande förutsättning. Finns registrets frågor över huvud taget noterade i journalsystemen och är de också tekniskt sökbara? Registrens alla indikatorer måste vara entydigt definierade och kodifierade.

För ändamålet har ett nationellt kompetenscentrum för informatik inom e-hälsa har under 2014–2015 etablerats i Region Örebro län. Kompetenscentret består av den samlade nationella kompetensen. Syftet är att skapa en struktur för att ta fram specifikationer så att nationella kvalitetsregister ska kunna hämta strukturerade uppgifter ur journalsystem. Gruppen koordinerar arbetet mellan de olika intressenterna och stödfunktionerna såsom Socialstyrelsen, Inera och de olika landstingen och regionerna. Kompetenscentret arbetar med lokala nätverk/kontakpersoner som på lokal nivå och tillsammans med professionen gör det grundarbete med informatik som är nödvändigt, dvs. strukturerar journalen och kopplar till det nationella fackspråket. Därefter ska beställaren se till att IT-leverantören tillgängliggör de strukturerade data på den s.k. tjänsteplattformen.

Ytterligare delar i arbetet är att datautsökning från journal måste kunna realiseras på ett enhetligt sätt och inte orsaka en växande förvaltningsbörda med varje tillkommande register. Därför byggs gemensamma generella tjänstekontrakt som alla vårdgivare kan realisera för att erbjuda läsning av strukturerade underlag. Användaren får ett första stöd då registrens indataformulär i mesta möjliga mån förifylls med uppgifter som hämtats från de egna journalsystemen. Merparten av den manuella registreringen ska på så sätt försvinna. Målet är att interaktionen med en användare vid registrering i kvalitetsregister reduceras till ett minimum. Flytten av data mellan vårddokumentationen och kvalitetsregistret kan ske på olika sätt. NPDi har som huvudspår att kvalitetsregistren hämtar sina underlag från vården, man konsumerar vårdens tjänstekontrakt.

6.6 Den administrativa bördan

En viktig del av bakgrunden till utredningens arbete är den frustration som uttrycks av många professionsföreträdare och de alltmer frekventa klagomålen på vad som uppfattas som en ökande administrationsbörda för vårdens olika yrkesgrupper, se exempelvis Dagens nyheters uppmärksammade artikelserie *Patienten och pris-*

lappen av Maciej Zaremba, artiklarna publicerades 17/2, 20/2, 25/2 och 3/3 2013.

År 2000 konstaterade Socialstyrelsen i rapporten Omfattningen av administration i vården att ingen del av den patientnära administrationen skulle vara direkt onödig och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skriver i sin rapport att det snarare handlar om mängden av, ofta otydliga och icke koordinerade, administrativa krav.[50] Vad som definitivt har ökat under flera års tid är uppföljningsadministrationen, dvs. rapportering till olika kvalitetsregister och olika typer av kvalitetsrapportering till huvudmannen.

Klagomål över ökad administration kommer även från andra sektorer än vården, t.ex. skolan och polisen. Man låter inte ”proffsen vara proffs” på det de är utbildade och lämpade för utan tvingar personalen i ökad utsträckning att administrera. Begreppet administrationssamhället har myntats.[51] Sannolikt ligger flera samverkande faktorer bakom fenomenet. En övertro på att IT-systemen skulle göra det enkelt att administrera har bidragit till att man gjort sig av med administrativ stödpersonal, de som skulle bidra till att proffsen fick vara proffs. En annan bidragande orsak har säkerligen varit det moderna samhällets tendens att lösa problem via ökad kontroll och ökad rapportering. Om ett problem eller ett missförhållande kommer i fokus, inte sällan via media, pressas ansvariga politiker och tjänstemän att visa handlingskraft genom ökad kontroll. Ökad kontroll innebär ofta krav på ökad rapportering och därmed ökad administration.

Av utredningens direktiv framgår att utredningen bör kartlägga hur arbetsuppgifter av administrativ karaktär fördelas i vården och ge exempel på förbättringsmöjligheter. Utredningen bör även gå igenom krav på dokumentation och dylikt i lagstiftning och övriga författningar och analysera deras utformning i relation till behovet av en nödvändig och ändamålsenlig administration och ev. föreslå förändringar.

Utredningen har med anledning av uppdraget i direktivet upphandlat en granskning som utförts av Utvecklingspartner i Stockholm AB. Rapporten har redovisats för utredningen 2014-06-15 och är ett av flera underlag för utredningens analyser i frågan.

---

[50] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2013, Ur led är tiden.
[51] Forssell Anders och Ivarsson-Westerberg, Anders: Administrationssamhället 2014.

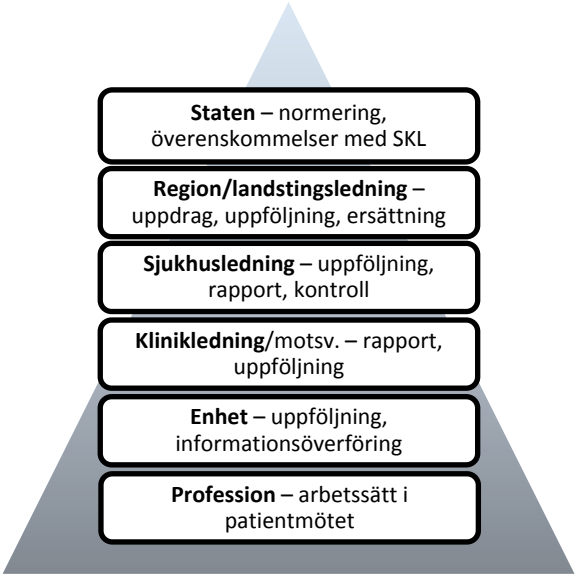
6.6.1 Kartläggning av administration i hälso- och sjukvården

Administration är brett begrepp som omärkt innefattar allt från ekonomi- och personaladministration till patientnära administration och uppföljningsadministration. I detta sammanhang beaktas endast de administrativa processer som är en del av patientarbetet och de som genereras av lokala, regionala och nationella krav på uppföljning av verksamhetens (medicinska) resultat och processer. Utredningen har i arbetet utgått från två typer av administrativa uppgifter som åligger eller landar på de professionella:

- Patientnära administration
- Uppföljningsadministration

Av avsnitt 6.1.4 framgår att statens juridiska styrning de senaste tio åren dominerats av olika former av handläggningskrav och administrativa krav. Men statens agerande är enligt utredningens bedömning inte den stora administrationsgeneratorn. I stället är det olika aktörer inom systemet hos huvudmännen som genererar olika former av administrativa krav. Analysen av frågan om sjukvårdens administrativa börda blir därför ytterst komplex. I figuren nedan ses en skiss över hur olika nivåer kan se ut i sjukvården, framför allt sjukhusen. Men motsvarande figur går även att applicera på primärvård. Sjukhusledning/klinikledning kan i sådant fall bytas ut mot primärvårdschef/vårdcentralschef eller motsvarande.

Figur 6.20 Aktörer i systemet som genererar administration



Patientnära administration

Patientnära administration är sådan administration som har direkt betydelse för vården av den enskilde patienten. Den består av aktiviteter som är förknippade med bl.a. journalföring, remisshantering, intygsskrivning, schemaläggning etc. Vad som är patientarbete och vad som är administration är inte kristallklart. De olika aktiviteterna tillhör hälso- och sjukvårdens kärnuppgifter, samtidigt som de är inbäddade i ett regelverk och ett flera olika administrativa system. Dokumentation enligt patientdatalagen (2008:355; förkortad PDL), i första hand journalföring, är en del av vårdprocessen och syftet med denna främst är att bidra till en god och säker vård. Dessutom är patientjournalen, enligt PDL en informationskälla för patienten och för tillsynen.

Nedan följer beskrivningar av den patientnära administration som skapas av olika krav och aktiviteter inom hälso- och sjukvården. Redovisningen har utgångspunkt i vilka krav som staten ställer och gör inte anspråk på att vara heltäckande.

Journalföring

Uppgifter som ska dokumenteras och av vilka, regleras i patientdatalagen (2008:355; PDL) samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utföra ett visst yrke ska föra patientjournal. Det finns 21 legitimerade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Enligt 3 kap. 6 § PDL ska patientjournalen alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Ovanstående krav preciseras ytterligare i Socialstyrelsens föreskrifter, där bl.a. framgår att ”vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler” och att nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk ska användas. Rutinerna ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter om informationshantering och journalföring kommer att upphävas och ersättas av nya. Det pågående arbetet betonar tydligare än tidigare styrningen och ledningen av informationssäkerhetsarbetet. Ett större ansvar för informationssystemen läggs på vårdgivaren. En informationssäkerhetspolicy ska finnas inom ramen för verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledorden är tillgänglighet, sekretess, spårbarhet och riktighet.

Generellt ger PDL och föreskrifterna mer vägledning när det gäller informationssäkerhet än om patientjournalens innehåll och användning i vårdarbetet.

Under senare år har huvudmännen inom hälso- och sjukvården rensat upp i den en gång vildvuxna floran av elektroniska journaler. I dag är trenden att landstingen satsar på ett system och en leverantör för all vårddokumentation i den egna organisationen – från primärvård till sjukhus och psykiatri.

Tolv av de 21 sjukvårdshuvudmännen har ett gemensamt övergripande system för sin vårddokumentation och ytterligare fyra håller på att införa ett gemensamt system.

Sex vårddokumentationssystem har tillsammans 95 procent av alla användare och de tre största nästan tre 75 procent. Förutom de övergripande systemen finns också specifika dokumentationssystem för en viss typ av verksamhet, exempelvis förlossning, BVC, IVA och operationer.

Remisser

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. reglerar remisshanteringen. En remiss kan både vara en beställning av en tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar. Vårdgivaren ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras. Verksamhetschefen ska fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamhetsområdet.

Det ska finnas dokumenterade rutiner för vilka som får utfärda remisser, hur remisser ska sändas och registreras, bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid, åtgärder vid sent remissvar samt hur remissvaren ska tas emot och registreras. Motsvarande ska göras i de verksamheter som tar emot remisser. Trots olika bevakningsrutiner kan remisser ”tappas bort”, men ett större problem är att den muntliga kommunikationen saknas vid mer komplexa problem.

Formellt ”remisstvång” mellan vårdnivåer har från tid till annan använts i Sverige för att styra och reglera tillgången till viss specialiserad vård. I dag är detta sällsynt. Däremot kan man kanske säga att det ofta finns ett informellt remisstvång. Det är svårt att komma till utan remiss.

Däremot diskuteras det ofta, t.ex. för att styra bort personer med mindre hälsoproblem från sjukhusens akutmottagningar. I Danmark har ett sådant system använts i storstadsområdena och införs nu successivt i hela landet.

Läkemedelshantering

Reglering av området sker genom läkemedelslagen (1992:859) och Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Läkemedel ska utom i särskilda fall ordineras i skriftlig form. Detta sker främst av läkare, men även sjuksköterskor har olika grad av begränsad förskrivningsrätt. I sluten vård ska ordinerade läkemedel föras in i en ordinationshandling. I öppenvården är receptmodulen numera integrerad i journalsystemen, medan beslutsstödet är integrerat i olika grad. Det senare kan gälla Kloka listan, Pascal (ordinationsverktyg för dosläkemedel), SIL etc.

Läkare ska vid behov genomföra och ansvara för läkemedelsgenomgångar med stöd av annan relevant personal. När en läkemedelsgenomgång gjorts för en patient inom slutenvården ska läkare upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen. Denna ska vid utskrivning av patienten till annan vårdgivare, överföras senast på utskrivningsdagen. Patienten ska vid utskrivning alltid få läkemedelsberättelsen, den uppdaterade läkemedelslistan och övrig relevant information om läkemedelsbehandlingen. Även för rekvisition, förvaring, iordningsställande och administrering av läkemedel i slutenvård ställs stora krav på säkerhet (se även LVFS 2012:8 om sjukhusens läkemedelsförsörjning).

E-Hälsomyndigheten förvaltar det nationella e-receptformatet (NEF) samt de tjänster som är nödvändiga för att vården ska kunna skicka e-recept och för att apoteken ska kunna expediera dem.

Möjligheten att skicka e-recept har funnits sedan början av 2000-talet. Sedan år 2006 kan apotekskunder välja att lagra e-recept under dess giltighetstid. I dag skickas över 90 procent av alla förskrivningar elektroniskt. Varje månad expedieras ca 7,5 miljoner e-recept på landets apotek.

Ronder och överrapportering i hälso- och sjukvården

Rutiner för avdelningsronder och överrapportering mellan skift har förändrats relativt lite över åren. Nu finns dock en större öppenhet för att pröva olika arbetssätt. Rutinerna för detta är lokala och fastställs av verksamhetschefen. Utformningen påverkas av patientsäkerhetslag (2010:659), typen av patienter och lokala förhållanden. Lagen betonar såväl patientsäkerheten som patientens delaktighet och rätt till inflytande i vården.

Traditionellt sker såväl rond som överrapportering kring patienter muntligt/skriftligt bakom stängd dörr och utan möjlighet för patienter och närstående att delta. Alternativa modeller som Bedside report (BSR) där patienten involverats i överrapporteringen har prövats på enstaka sjukhus. Motsvarande upplägg kan även användas för ronder.

Ordna/medverka vid individuell planering

Av avsnitt 4.2.4 framgår att det finns en lång rad bestämmelser om sjukvårdens skyldighet att i olika sammanhang initiera eller medverka till planring runt enskilda individer. Den mest frekvent förekommande planeringsformen på individnivå är vårdplanering enligt lagen (1990:1404) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Till denna lag finns Socialstyrelsens föreskrifter (SOFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. Den behandlande läkaren i den slutna vården ska genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter inom landstingets öppenvård och kommunens socialtjänst/hälso- och sjukvård att patienten kan komma att behöva deras tjänster (10 § betalningsansvarslagen). En samordnad individuell vårdplan ska tas fram tillsammans med berörda – patienten, närstående och företrädare för vårdenheter som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen. I vårdplanen anges det bedömda insatsbehovet och vilken/vilka enheter som ska stå för vad.

De formella kontakterna mellan sjukhus, primärvård och kommuner skedde tidigare via fax. I dag används en elektronisk tillämpning (t.ex. Meddix och Prator). Det ska enligt föreskriften ovan finnas enhetliga och skriftligt formulerade rutiner inom ett län eller en region.

Intyg och anmälningsskyldighet

Den grundläggande regleringen avseende intyg finns i 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355) där det anges att den som enligt 3 § samma lag är skyldig att föra patientjournal, på begäran av patienten ska utfärda intyg om vården.

Enligt 1 § 2 förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården ska verksamhetschefen ansvara för att den som varit intagen på sjukhus på begäran avgiftsfritt får intyg om orsaken till intagningen och om tiden för intagningen och sjukskrivningen.

Enligt 6 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård utforma det med noggrannhet och omsorg.

Utöver dessa allmänt hålla bestämmelser finns skyldigheten att utfärda intyg för särskilda ändamål reglerad i en lång rad författningar. Ett urval av rättsliga krav på att läkare ska utfärda intyg eller på något sätt redovisa en bedömning ges kortfattat i det följande. Uppräkningen är inte uttömmande.

Läkarintyg i samband med vård i vissa fall

I 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och i 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård regleras undersökning för vårdintyg och krav på att ett sådant intyg ska utfärdas av en legitimerad läkare.

Enligt 4 § tandvårdslagen (1985:125) ska läkare på begäran av patienten ge hen ett intyg med uppgift om vilka material som används vid protetiska arbeten och andra behandlingar som syftar till att permanent ersätta vävnad.

Enligt 9 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 1996:29) om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall, ska läkare utfärda dödsbevis och intyg om dödsorsaken utan dröjsmål.

I lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa anges att i samband med vaccination mot gula febern ska ett läkarintyg utfärdas av den läkare som har ordinerat vaccinationen.

Intyg till Försäkringskassan

Den kvantitativt största belastningen på vården utgörs av intyg till Försäkringskassan. Rätten till sjukpenning regleras i 27 kap. Socialförsäkringsbalken. Huvudregeln är att en försäkrad har rätt till sjukpenning vid sjukdom som sätter ned hans eller hennes arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För att bevisa detta krävs läkarintyg från och med den sjunde dagen. Därutöver har Försäkringskassan 12 andra intygstyper (och 24 blanketter) där läkarintyg krävs, bl.a. följande.

- Läkarintyg för tandvård.
- Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LuH).
- Särskilt läkarutlåtande för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete.
- Särskilt läkarutlåtande för en gravid egenföretagare vid risker i arbetsmiljön.
- Läkarutlåtande efter teamutredning för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete.
- Aktivitetsförmågeutredning.
- Läkarutlåtande – närståendepenning.
- Läkarutlåtande – vårdbidrag.
- Läkarutlåtande vid ögonsjukdom.
- Läkarutlåtande – bilstöd.
- Intyg om graviditet.

Intyg till kommuner

Enligt lagen (1997:736) om färdtjänst har personer med varaktiga funktionshinder och som har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel, rätt till färdtjänst. Ansökan till färdtjänst sker till, och prövas av, kommunen. Varje kommun har egna tillämpningsföreskrifter som mer detaljerat reglerar vad som gäller för färdtjänsten. Till den enskildes ansökan om färdtjänst ska ofta bifogas ett Färdtjänstintyg,

dvs. ett läkarutlåtande som styrker den sökandes behov av färdtjänst. Blanketter för detta utformas av respektive kommun/län.

Enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga får socialnämnden besluta om läkarundersökning av den unge samt utse läkare för undersökningen. I ett mål enligt denna lag har rätten samma befogenhet. Läkarundersökning ska, om den inte av särskilda skäl är obehövlig, ske innan nämnden gör ansökan till förvaltningsrätten. Läkarintyget ska innehålla relevanta uppgifter som styrker eller avstyrker nämndens ansökan om vård och stöd vid förvaltningsrätten.

Läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas vara i behov av vård eller omedelbart omhändertagande enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska enligt 6 § andra stycket LVM anmäla det till nämnden. Anmälningsplikten gäller för läkare i både offentlig och privat tjänst under förutsättning att missbrukaren inte kan beredas vård genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

Enligt 14 kap. SoL är myndigheter och yrkesverksamma skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Denna skärpning mot tidigare skrivning som endast talade om ”kännedom” började gälla 2013. Ansvaret är personligt och anmälaren kan inte vara anonym. Det är sedan socialtjänstens uppgift att utreda och ta ställning till eventuella åtgärder.

Enligt 11 kap. 17 § föräldrabalken (1949:381) ska intyg i ärenden om anordnande av godmanskap och förvaltarskap utfärdas av en legitimerad läkare.

Innehållet i faderskapsintyg regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:2) om socialnämndens utredning och fastställande av faderskap, där det finns fastställt blanketter för läkarintyg m.m. som ska ges in till socialnämnden i faderskapsärenden.

Läkarintyg krävs vid ansökan om medgivande att ta emot ett utländskt barn för adoption. Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska socialtjänsten bl.a. göra en bedömning av sökandens fysiska och psykiska hälsotillstånd (6 kap. 12 §) och de sökande ska genom läkarintyg styrka sin lämplighet som blivande adoptivföräldrar.

Anmälningsskyldighet och intyg avseende körkort

I olika körkortärenden har läkare anmälningsskyldighet enligt 10 kap. 2 § körkortslagen (1998:488) och 3 kap. 5 § trafiklagen (2012:211) samt att lämna särskilt läkarutlåtande enligt 3 kap. 1 § tredje stycket körkortsförordningen (1998:980). I föreskrifter om ändring i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. ger Transportstyrelsen också allmänna råd på diagnosnivå. Det avser bl.a.

- läkarintyg synfunktion,
- läkarintyg diabetes,
- läkarintyg om alkohol, narkotika, läkemedel,
- läkarintyg vid diagnosen eller misstanke om diagnosen beroende eller missbruk,
- läkares anmälan om medicinsk olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation.

Läkarintyg till Polismyndigheten m.fl. i samband med brott m.m.

Enligt 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen ska undersökningar och utlåtanden över dessa lämnas av läkare på begäran av länsstyrelse, domstol, åklagarmyndighet, Polismyndigheten eller överförmyndare.

I förordningen (2005:1063) om rättsintyg i anledning av brott finns bestämmelser om krav på kompetens för att en läkare ska få avge rättsintyg enligt lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott.

Utlåtanden enligt 7 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning och lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. får avges av läkare som har specialistkompetens i rättspsykiatri, och läkare med erfarenhet från rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet som har specialistkompetens i allmän psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri och som av Rättsmedicinalverket förordnas att avge rättspsykiatriska utlåtanden.

En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska enligt vapenlagen (1996:67)

6 kap. 6 §, omedelbart anmäla detta till polismyndigheten på den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver enligt bestämmelsen inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd att inneha skjutvapen. Läkaren behöver däremot inte veta eller misstänka att en patient innehar skjutvapen för att läkaren ska vara anmälningsskyldig.

Intyg till arbetsgivare

Fullmaktsanställning avser en form av statlig anställning som ger ett starkare anställningsskydd enligt lagen (1994:261) om fullmaktsanställning, t.ex. domare. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. ska innehavare av fullmaktsanställning under vissa förutsättningar kunna åläggas en läkarundersökning för intyg till arbetsgivaren.

Uppföljningsadministration

Nedan redovisas de viktigaste områdena där professionerna medverkar i hälso- och sjukvårdens arbete med uppföljningsadministration. Arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna varierar från område till område och klinik till klinik.

Rapportering till Socialstyrelsens patientregister

Regleringen sker genom förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOFS 2002:1). Rapporteringen gäller diagnos och åtgärdskoder (KVÅ-koder) för personer som vårdats i slutenvård. Den personnummerbaserade informationen innefattar person- och tidsformalia, diagnos, operations-/behandlingskoder, inkl. anestesi och yttre orsaker till sjukdom eller död, samt psykiatrisk vårdform. Data samlas i huvudmännens patientadministrativa system (PAS)/vårddatalager och relevanta uppgifter överförs årligen till Socialstyrelsens patientregister.

Kraven på diagnosdokumentation finns också i 6 § PDL, där ”uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder”, ska anges i patientjournalen.

För den öppna vården finns ingen rapporteringsplikt till patientregistret.

Rapportering till Socialstyrelsens cancerregister

Rapporteringen regleras genom förordningen (2002:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen samt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2003:13) om uppgiftsskyldighet till cancerregistret vid Socialstyrelsen. Uppgiftsskyldigheten gäller alla nyupptäckta tumörer. Den relativt omfattande rapporteringen gäller diagnoser om maligna tumörer/sjukdomar i blodbildande organ, precancerösa förändringar, förändringar som ger stark misstanke om cancer samt godartade tumörer. Även lokalisering och utbredning ska anges. En registrering kräver ofta att uppgifter från flera kliniker/specialister och samordnades tidigare av Regionala Onkologiska Centrum, i dag RCC. Även om inrapporteringen bara sker vid ett tillfälle för varje ny diagnos så handlar det om drygt 57 000 canceranmälningar per år.

Registrering i kvalitetsregister

Nationella och regionala kvalitetsregister regleras i 7 kap. PDL. Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.

2014 fanns 79 Nationella Kvalitetsregister i drift med ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten via SKL. Ytterligare register planeras eller är under uppbyggnad, och under 2014 fick 25 ”registerkandidater” ekonomiskt stöd. För den enskilde patienten är medverkan frivillig, medan huvudmännen har starka krav på att verksamheterna ska rapportera till relevanta register. Även statsbidrag har stimulerat till detta.

För etablerade register finns ofta (inom specialistsjukvården) ett starkt professionellt intresse att bidra till registret, medan många nybildade register växer till med stöd av starka förväntningar från

huvudmän och stat. Många register kräver fortfarande att patientens uppgifter registreras en gång till, vid sidan av journalen. För enstaka register finns automatisk överföring av journaluppgifter, men det gäller i så fall sällan för alla förekommande journalsystem. Från moderna register kan kliniken online hämta hem sina egna resultat och jämföra dem med länets eller landets motsvarande kliniker.

Kvalitetsregistren för olika cancersjukdomar finns sedan några år på den gemensamma IT-plattformen INCA. Även inrapporteringen till Socialstyrelsens cancerregister har nu lagts på denna plattform av landstingen, vilket underlättat den omfattande rapporteringen.

Registreringar i kvalitetsregister tillhör den uppföljning som i dag tar mest tid i anspråk för verksamheterna.

Rapportering till Socialstyrelsens medicinska födelseregister

Uppgiftsskyldigheten till medicinska födelseregistret regleras i lagen om hälsodataregister (1998:543) i förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen. Uppgifterna hämtas ur mödrahälsovårdsjournalen och förlossningsjournalen.

Rapportering av biverkningar till Läkemedelsverkets biverkningsregister

Enligt förordningen (2001:710) om biverkningsregister angående läkemedel hos Läkemedelsverket ska den som bedriver hälso- och sjukvård lämna uppgifter om biverkningar till biverkningsregistret. Uppgifterna avser personuppgifter, biverkningar, förlopp och bedömning av orsakssamband. Läkemedel som misstänkts orsaka biverkningen, inklusive dess form, dos, administrationssätt och behandlingstid samt behandlingsindikation ska anges. Motsvarande uppgifter ska ges av övriga läkemedel som patienten behandlas med.

På Läkemedelsverkets hemsida och i flera journaler finns en länk till en elektronisk anmälningsblankett.

Rapportering av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom

Enligt 2 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168) ska behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, utan dröjsmål anmäla detta till landstingets smittskyddsläkare och till Folkhälsomyndigheten. I anmälan redovisas personuppgifter, sannolik smittkälla, sannolika smittvägar, vidtagna åtgärder för att hindra smittspridning, samt andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

Rapportering till Folkhälsomyndighetens vaccinationsregister

Alla vaccinationer som ges i det allmänna vaccinationsprogrammet ska rapporteras till Folkhälsomyndighetens nationella vaccinationsregister, vilket framgår av lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram. Av 6–7 §§ framgår att rapporten till vaccinationsregistret ska innehålla datum för vaccinationen, den vaccinerades personnummer eller samordningsnummer, vilket vaccin som använts, satsnummer och den vårdgivare som har ansvarat för vaccinationen.

Rapportering av vårdrelaterade infektioner

Vid landstingsdirektörsmötet i maj 2010 fattades ett beslut om att utveckla och införa en nationell lösning för registrering, bearbetning och återkoppling av information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaordinationer – Infektionsverktyget. Verktyget integreras i journalen och har en inbyggd rapportering till en nationell databas. Landstingen har primärt tillgång till sina data. Infektionsverktyget är under införande. Systemet ska stödja lokala förbättringar.

Rapportering av väntetider lokalt och till nationellt register

Väntetider i vården ska rapporteras enligt 3 g § HSL samt förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Förordningen meddelar vilka tidsgränser som gäller samt att landstingens rapporteringsskyldighet enligt 3 § HSL ska fullgöras genom att landstingen lämnar upp-

gifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som sköts av SKL.

Inom ramen för överenskommelsen om kömiljarden avsattes tidigare medel för att stödja införandet av månadsvis automatiserad rapportering från såväl primärvård som specialiserad vård. Vårdcentralen respektive kliniken registrerar dag för tidsbeställning och besöksdag i det patientadministrativa systemet (PAS). Därefter kan rapporteringen från PAS till den nationella väntetidsdatabasen ske per automatik. Registreringen sköts i allmänhet av de medicinska sekreterarna

Rapportering av överbeläggningar till nationellt register

Rapporteringen har tidigare styrts mot bakgrund av villkoren för överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL. Landstingen rapporterade överbeläggningar till SKL:s databas. Avläsningar görs klockan 6 varje morgon på respektive avdelning. Dessa data samlas sedan på landstingsnivå och rapporteras sedan till databasen.

Rapportering av utskrivningsklara patienter till nationellt register

Rapporteringen har tidigare styrts mot bakgrund av villkoren för överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL 2014. Ett grundkrav är att alla landsting ska rapportera antalet vårddygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter över 65 år. Rapporteringen kan – efter ett visst utvecklingsarbete mellan flera olika parter – sannolikt ske genom att data tas från befintliga system.

Landstingens och regionernas uppföljningskrav

Landsting och regioner följer alltid verksamhetens produktion och kostnader. Det förstnämnda handlar om besök, telefonsamtal, behandlingar, vårdtillfällen och vårddagar. Även personalresursen följs noga. De vårdrelevanta delarna registreras i det patientadministrativa systemet, oftast av de medicinska sekreterarna med underlag från journalanteckningar, som i sin tur har dokumenterats

av professionerna. SKL samlar årligen in dessa uppgifter och publicerar dem. I det patientadministrativa systemet registreras även de basuppgifter som ska gå vidare till Socialstyrelsens patientregister, dvs. diagnos och KVÅ-koder.

Utöver detta följer huvudmännen upp tillgängligheten, överbeläggningar och utskrivningsklara patienter som framgått ovan. Alla tre har starkt påverkats av statens satsningar och överenskommelserna mellan staten och SKL. Avvikelsehantering och liknande uppföljning sker i allmänhet på klinik-, divisions- eller sjukhusnivå.

Alla huvudmän har numera starka krav på registrering i nationella kvalitetsregister, vilket innebär att uppföljningen av en allt större del av vårdens processer och resultat kan följas i dessa. Alla register klarar dock inte av sådan återkoppling on line, utan här sker rapporteringen snarare på årsbasis.

Inom vårdvalet för primärvården följs ett antal indikatorer, dvs. aktiviteter och resultat, varav några också ligger till grund för målrelaterad ersättning hos vissa huvudmän. Det gäller sådant som antibiotikaförskrivning, frågor om levnadsvanor, registrering i NDR, antalet FaR (fysisk aktivitet på recept), antal hembesök etc. Medan läkemedelsförbrukningen hanteras genom apotekets receptregister kräver övriga delar att den som genomför en viss aktivitet eller mäter ett visst resultat, också registrerar dem. I ackrediteringsvillkoren och avtalen för vårdvalet inom primärvården finns en stor och varierad flora av aktiviteter och resultat som ska registreras. Principerna för ersättning och antalet indikatorer varierar mycket mellan huvudmännen.[52]

Inom vissa landsting bygger ersättningen till primärvården bl. a på registrerade diagnoser (ACG). Slutenvårdens registreringar av diagnoser och åtgärdskoder går dels till Socialstyrelsens patientregister, dels in gällande system för DRG-gruppering, oavsett om detta kopplats till ersättningssystemet eller inte.

Huvudmännens uppföljning framstår som minst lika omfattande som den som staten efterfrågar. Sådant som staten lyfter fram som mål och ger ekonomiska bidrag till eller incitamentersättning för, blir också föremål för regional uppföljning.

[52] Ersättning i sjukvården – Modeller, effekter, rekommendationer, Peter Lindgren. SNS 2014 och Vårdval i primärvården – Jämförelser av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar, Anders Anell m.fl. SKL 2012.

Rapportering till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Regleringen sker genom förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet med registret är att tillhandahålla uppgifter om hälso- och sjukvårdinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning som kommunen ansvarar för. I dag rapporteras endast personuppgifter och insatser enligt SoL samt om personen haft hälso- och sjukvårdsinsatser eller inte.

I rapporten Äldres behov av vård och omsorg – Förslag till nya registeruppgifter från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2013), föreslås en utvidgad rapportering. Enligt förslaget bör den officiella statistiken kompletteras med uppgifter om äldres behov av kommunal hälso- och sjukvård och åtgärder riktade till äldre i kommunal hälso- och sjukvård. För att beskriva behov används det bedömda funktionstillståndet klassificerat enligt funktionshinder och hälsa (ICF). För att beskriva vårdåtgärder används klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Registreringen rör inte läkarinsatser, utan de som utförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter etc. Förslagen lämnades till Socialdepartementet i december 2013 för ställningstagande. En utvidgning av registreringen kräver en ny/förändrad förordning.

Rapportering av negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter

Det råder anmälningsplikt för negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. Rapporteringen regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

Den som har blivit utsedd till anmälningsansvarig av verksamhetschefen ska anmäla negativ händelse eller tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren och till Läkemedelsverket. Anmälan om negativa händelser och tillbud vid egentillverkade medicintekniska produkter ska göras till IVO.

Avvikelserapportering

Av 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Rapporteringsskyldigheten gäller även andra skador än vårdskador som är eller kan vara en följd av säkerhetsbrister.

Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) – att vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgrannar, patientföreningar etc. Dessa ligger sedan till underlag för analys och förbättringsåtgärder i enlighet med antaget ledningssystem.

Utredning av Lex Maria-anmälningar och klagomål

I 3 kap. patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivare ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Utredningen görs av kliniken/vårdcentralen i samverkan med chefsläkaren och skickas sedan till IVO för bedömning. Utredningarna är i allmänhet mycket omfattande. Vårdgivarens utredningar av Lex Mariaanmälningar är i allmänhet mycket omfattande och tar lång tid i anspråk.

När det gäller patienters klagomål till IVO eller patientnämnden ska verksamhetschefen, eller av denne utsedd person, svara på de frågor som IVO och Patientnämnden har angående dessa klagomål.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) fastslår myndigheten att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska

också ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Arbetet med att forma och implementera ett ledningssystem förutsätter relativt stora tidsinsatser från berörda, framför allt initialt då styr- och uppföljningsprocesser ska fastställas. Även en mer systematisk uppföljning och analys av verksamhetens resultat/kvalitet ställer krav på berörda chefer och professionella.

Lokala och nationella enkäter till verksamheterna

Myndigheter skickar med jämna mellanrum ut enkäter till olika delar av vården i syfte att inhämta uppgifter som är svåra att få in på annat sätt. Frågeställningarna kan innefatta allt från organisation, metoder och uppföljning av vården. Även huvudmännens informationsinsamling kräver ibland verksamhetsenkäter då informationen inte kan inhämtas på annat sätt.

Annan administration, t.ex. schemaläggning av personal och bokning av patienter

Rutinerna för schemaläggning av läkare och sjuksköterskor för mottagning, avdelningsarbete och operationer är normalt sett lokala. De påverkas av patienternas behov och efterfrågan, arbetsmiljölagen (1977:1160), förvaltningens direktiv och tillgänglig personal. Enligt 28 § HSL ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Ett första krav är att det finns personal med rätt kompetens och i rätt antal på rätt tid i verksamheten.

Schemaläggningen av läkare och sjuksköterskor sker nästan alltid av någon eller några ur professionen. Det motiveras i allmänhet med att de professionellas kompetens varierar och att hänsyn till detta behöver tas när olika positioner ska bemannas. Oftast användes medicinska sekreterare för att föra in schemat i använt IT-stöd, t.ex. Heroma.

Rutiner för bokning av patienter är lokala. I den öppna specialistvården prioriteras remisserna av en eller flera läkare och patienterna bokas därefter på lämplig specialist/tid. I primärvården bokas akutbesök av sjuksköterskor via telefon. I övrigt finns olika traditioner. En är att läkaren själv förfogar över sin tid och bokar sina besök. En annan är att åter- och kontrollbesök bokas/kallas av en medicinsk sekreterare. I primärvården kan tider också bokas via webben (Mina vårdkontakter) och även andra tjänster tillhandahålls (t.ex. receptförnyelse, ta del av intyg etc.).

Vårdgarantin innebär att särskilda krav har ställts på tillgänglighet och därmed även bokningen av patienter. De incitament som knutits till vårdgarantin har inneburit att många verksamheter analyserat och gått igenom sina system för tidsbokning och väntetider.

6.6.2 Har den administrativa bördan ökat i hälso- och sjukvården?

Utredningen bedömer att det knappast är möjligt att dra några generella slutsatser om den administrativa bördan ökat eller inte. Det fåtal tidsmätningar som gjorts i vården ger ingen ledning avseende detta, se avsnitt 6.4.7. Dock menar utredningen att frustrationen över den administrativa bördan ökat samt att vissa delar av hälso- och sjukvårdssystemet fått utökade administrativa krav. Men ökningen av administrativ börda är inte så stor att den motsvarar den ökande frustrationen med administrationen. Frustationen över den administrativa bördan har sannolikt också andra förklaringar.

Figur 6.21 Faktaruta: Exempel på tidsmätningar

Gustavsbergs vårdcentral genomförde på utredningens uppdrag en mätning av läkarnas arbetstid med följande resultat:

- 8 arbetstimmar genererade 4 timmar 55 minuter patienttid (patient inne på rummet). Under denna tid, 4 timmar 55 minuter, hade man i snitt 13,5 pat.
- Resten av tiden gick till 1 timmes administration samt 30 minuter fikatid: 15 f.m. 15 e.m. Dessutom i snitt 15 minuter telefontid som också är patienttid.
- Resten av tiden är mellan patienterna när man dikterar eller skriver sin journal själv vilket är vanligt på Gustavsbergs vårdcentral. De som skriver själva producerar lika många besök. Så 4 timmar 55 minuter. plus 15 minuter telefontid per dag i snitt. Det blir 5 timmar och 10 minuter patientkontakt av 8 timmar om telefontiden räknas in.
- Utöver detta får läkarna frågor om exempelvis recept ”kan du ringa …”– ”kan jag få fråga dig” etc. vilket innebär att det är ganska många fler medicinska beslut än dessa 13,5 patientbesöken plus i snitt 15 minuter telefontid per dag.

Citat från vårdcentralen: ”Vi hade besök från Tyskland, de hade *60* besök per dag. Hälften bestod av att skriva ut recept för en månad i taget, enkla saker, skriva en remiss etc. Alltid en anledning per besök. Varje besök tog ca 5 minuter i snitt. 5 minuter gånger 60 patienter är 5 timmars patienttid för de tyska läkarna.”

6.6.3 Vad beror ökningen av den administrativa bördan på?

En samhällsövergripande styrningstrend med stora inslag av uppföljning och strävan mot kontroll

Utbyggd registrering av medicinska resultat, statistikinhämtning, ökade dokumentations- och rapporteringskrav och krav på olika handläggnings- och administrativa processer inom hälso- och sjukvården gör att det i dag är enklare att följa upp och efterhandskontrollera verksamheten. Öppna jämförelser är ett exempel som riktar fokus på efterhandsmätningar och redovisningar.

1999 beskrev ekonomen Michael Power i boken *The audit Society: rituals of verification* hur ett ”granskningssamhälle” eller ”revisionssamhälle” vuxit fram i Storbritannien. Power beskriver den omdaning som New Public management (NPM) innebar i den brittiska förvaltningspolitiken och att dessa förändringar födde nya behov av styrning av verksamheterna. NPM är ingen enskild teori

eller manual utan är i stället ett kluster av olika managementfilosofier och tekniker som agerar vart och ett för sig eller sammantaget mot ett gemensamt värde. Det handlar dels om offentliga aktörers interna organisering men även om relationer mellan offentliga aktörer, företag och ”kunder”. I takt med att offentlig verksamhet marknadsutsattes hämtades också styrstrategier anpassade för näringslivet in i offentlig verksamhet. Effektivisering, ökad ”kundorientering” är exempel på två nyckelbegrepp som hämtats härifrån och mål och resultatstyrning är också en följd av införandet av olika strategier inom NPM-spektrat.

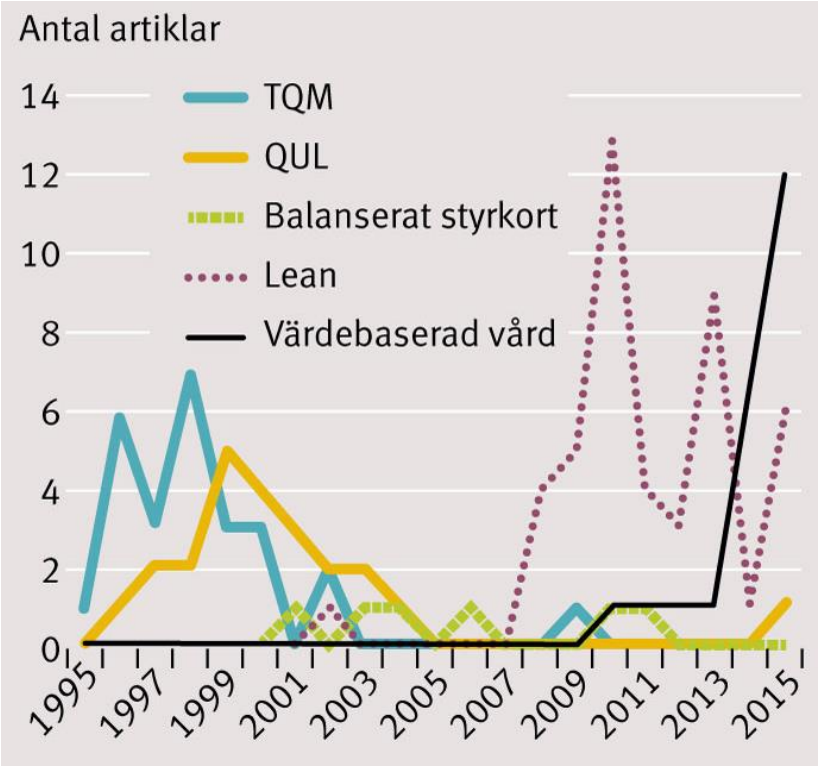
Granskningssamhället innebär i korthet att i en komplex värld med många aktörer, krav och styrsignaler frodas oklarheter och osäkerheter som vi med olika strategier försöker lindra effekterna av. Vi lägger mer tid och kraft på att följa upp, utvärdera och på olika sätt göra efterhandskontroller av det verksamheterna gör. Detta för att skapa ”trygghet” i en svåröverblickbar verksamhet.

Behovet av efterhandskontroller går hand i hand med att det då är naturligt att målsätta och på olika sätt definiera och kvantifiera det som ska åstadkommas. Detta är inte helt lätt i så komplex verksamhet som hälso- och sjukvård. Eller för den delen någon verksamhet där ”tjänsten” inte är någon enkel procedur mellan två jämbördiga parter. I NPM ingår alltså olika former av uppföljningar, revisioner, utvärderingar, kvalitetssäkringar, osv. Begreppen är många men avsikten är alltid, och av olika skäl, att i efterhand läsa av ett utfall. För att kunna läsa av utfallet, resultatet av verksamheten, är det nödvändigt att det på förhand finns definitioner av vad som ska mätas. I detta ligger således också att verksamheternas ”värdeskapande” definieras på ett avgränsat och ibland lite snävt sätt, vilket inte är helt lätt i hälso- och sjukvården.

Vi tycker oss kunna se att vi har samma utveckling i Sverige som Michael Power skildrar i the Audit society. Flera styrmedel, modeller och system inbjuder till att mer fokus läggs på att standardisera, mäta, följa upp och andra efterhandskontroller. Det finns också en flora av olika managementteorier som kommer och går. Detta har beskrivits i forskning.[53] I nedan figur framgår antalet artiklar i läkartidningen avseende olika managementteorier över tid.

[53] Savage, Carl, m.fl. Modified from WalsheK (2009) Pseudoinnovation: The development and spread of health care quality improvement methodologies.

Figur 6.22 Managementtrender



Källa: Läkartidningen. 2015;112:DPWM, Läkartidningen 40/2015.

Ofta har dessa processer och aktiviteter varit en nödvändig del i den professionalisering som varit och behovet att stimulera och styra vården. Men risken är att pendeln kanske gått väl långt, att för mycket fokus lagts på olika former av uppföljningar utan att den kunskap som utvärderingen/uppföljningen/registreringen utgjort kommit verksamheter – och patienter – till del. Antagligen saknas ofta också kunskaper att omsätta både data och managementkoncept till faktiska förändringar, se avsnitt 6.4.11.

Registrerar, mäter och dokumenterar vi för att ”ha ryggen fri” i en ängslans kultur – eller för att ha underlag till självreflektion och förbättringsarbete?

Det finns flera motiv till att hälso- och sjukvården på olika sätt dokumenterar det som görs för patienten, se avsnitt 6.5.5. Informationsöverföring till andra professionella runt patienten är ett sådant motiv så att vården och omsorgen kan utföras patientsäkert av andra. Ett annat motiv är en utökad möjlighet att lära av det arbete som gjorts. Det finns också en underliggande drivkraft att dokumentera av rättssäkerhetsskäl, man dokumenterar för att det ska bli tydligt vem som gjort vad om någonting gått fel i patientens vård. Utredningen kan inte se att det i juridisk mening finns fog för en sådan förstärkt ”rättssäkerhetsaspekt” i det sätt som staten styrt dokumentationsplikten. Staten har *de facto* inte utökat sanktionsmöjligheterna för professionerna, många hävdar att det är precis tvärt om. På motsvarande sätt är patientsäkerhetsarbetet och de nationella satsningar som gjorts inriktade på att skapa en kultur fri från syndabockstänkande eftersom ett sådant blir kontraproduktivt om man eftersträvar en öppenhet och systematik i identifiering av patientsäkerhetsrisker. Förklaringen till att många dokumenterar ”för mycket” och för att man ”vill ha ryggen fri” torde, enligt utredningens uppfattning därmed ligga mer i de mjuka styrningsaspekterna i det nära ledarskapet. Detta avser förmågan att skapa trygghet och tillit på arbetsplatsen särskilt i tider då transparens avseende processer och resultat lyfts fram som viktiga faktorer i styrningen på alla nivåer. Det kulturbärande uppdraget i ledarskapet har inte heller förmått (eller ens uppmuntrats till) att balansera den rädsla som många kan uppleva när resultaten av det egna arbetet kan komma att visas upp och granskas på andra sätt än bara den juridiska granskningen, som följer av tillsynsmyndigheternas uppdrag. Det frodas också en del mytbildning om kraven på dokumentation i det vårdnära arbetet som spär på otrygghetskänslan.

Undermåliga IT-system och verksamhetsstöd

Utredningen har i avsnitt 6.5 närmare beskrivit aktuella problemställningar avseende verksamhetsstöden. Enligt Myndigheten för vård och omsorgsanalys finns det i allmänhet en sammanhållen

journal, men funktionaliteten tycks vara lägre än i många andra länder.[54] Utredningen har också kunnat konstatera att över- och dubbeldokumentation uppfattas som problem, se avsnitt 6.5.5. Socialstyrelsens rapport *Omfattningen av administration i vården* (2000), pekade på att dokumentationen av omvårdnaden i journalen ofta överskred de nivåer som angivits i lag och föreskrifter. Inget tyder på att förändringar skett i detta avseende, tvärtom.

De synpunkter som framkommit under utredningens arbete lyfter främst fram patientjournalens brist på gemensam struktur och på över- respektive dubbeldokumentation. En kirurg pekade på att mer strukturerade operationsberättelser inte bara skulle bli mer pregnanta och läsbara, utan skulle också påtagligt underlätta rapporteringen till kvalitetsregistren. Ett genomgående problem som lyfts till utredningen har varit den ojämna implementeringen av olika verktyg i befintliga journalsystem, samt att journalleverantörerna i olika grad har följt nationella regelverk när det gäller implementeringen av vissa nationella tjänster.

Journalarbetet är beroende av andra system och kräver ”uthopp”, ofta med ny inloggning. ”Många klick” var en vanlig fras vid de besökta klinikerna. De upprepade inloggningarna beror enligt Inera på att journalleverantören inte fullt ut har följt föreskrivna specifikationer för SITHS-inloggning, vilken korrekt utförd tillåter vidaretransport av inloggningen till andra applikationer med motsvarade identifieringskrav.

De elektroniska patientjournalerna har vidare i många stycken kopierat pappersjournalernas uppbyggnad, dvs. en kontinuerlig löptext. Därför är det svårt att extrahera meningsfull information från journalerna till register. Sådana lösningar kräver ofta stora insatser, bl.a. att gemensamma mallar tas fram, att begrepp och definitioner ensas och en betydande IT-teknisk insats. Därtill kommer implementering, utbildning och uppföljning av följsamheten utifrån de nya standarderna.

Den kontinuerliga utvecklingen av patientjournalen bör enligt flera leda till mer strukturerade journaler, fler tvingande fält och mindre plats för onödiga detaljer. Utgångspunkten för journalstrukturen bör vara vårdprocessen. ”Standardvårdplaner borde vara standard”. Med detta avses att” alla ska ta ställning till samma saker,

[54] Vårdanalys 2013:,Ur led är tiden.

inte göra samma saker”. Dessutom behövs dokumentationsfält som motsvarar det som efterfrågas i kvalitetsregistren.

De finns otvivelaktigt tekniska och andra brister i de nuvarande journalsystemen, liksom det finns brister i sättet att dokumentera. Det senare kan ofta åtgärdas genom att ta fram bättre rutiner och strukturer för journalanteckningar samt genom att ge återkoppling till de som för journal. Verksamhetsövergripande dokumentationsrutiner och policys för detta tycks dock vara mycket ovanliga.

De vårdnära chefernas vardag är fylld av olika uppgifter, inte minst sådana av administrativ karaktär, varför tiden för handledning av medarbetare ofta blir minimal. Det finns heller ingen tradition av att ge återkoppling på en enskild yrkesutövares sätt att dokumentera i journalen, varför större öppenhet och även förändrade synsätt ofta behövs.

Mängden administrativa krav har ökat

Av utredningens kartläggning av administrativa krav från statens sida, som redovisas ovan, framgår att omfattningen av krav är betydande.

Som framgår av avsnitt 6.1.4 har de senaste tio årens förändringar i lagstiftningen dominerats av ett tillskott på bestämmelser som är att hänföra till handläggnings- och administrativa regler. En iakttagelse från utredningens sida är att kraven systematiskt adderas, det tillkommer ständigt nya krav utan att något tas bort.

Vårdens fragmentisering skapar behov av informationsöverföring och rutiner för hur detta ska gå till

En avsevärd del av administrationen beror på att så många personer och aktörer är delaktiga i den enskildes vård. Specialisering och subspecialisering genererar naturligt att många professionella har ansvar för ”sin del” av patientens totala vårdbehov. Det ger ett naturligt behov av överföring av information om patienten som kräver att informationen dokumenteras. varje gång patienten möter en ”ny” aktör måste denne läsa in sig i dokumentationen om patienten, arbetsmoment som kan minska om färre personer är delaktiga i vården. Utredningen har i avsnitt 6.4.4 beskrivit konti-

nuiteten som en viktig faktor, som förutom att det är högt önskat av patienterna också innebär minskat behov av dokumentation, informationsöverföring och inläsning av patientdokumentationen.

I sammanhanget bör också nämnas de strukturella problem som berörs i avsnitt 6.2.1 om vårdens storkonsumenter. Utredningen menar att vården och omsorgen generellt sett inte är tillräckligt sammanhållen i dagens system och där särskilt allvarlig problematik uppstår när patientens behov måste mötas från olika huvudmän och verksamheter. När insatser från olika håll inte hänger ihop blir den sammantagna effekten ofta att vården inte blir bra. Mångfalden av aktörer och brist på kontinuitet i kombination med att ingen har ett helhetsansvar för patienten gör att patienterna utsätts för onödiga risker. Dessa risker innebär att det förebyggande uppdraget i vården och omsorgen inte fungerar tillräckligt väl och patienten kan drabbas av undvikbara försämringar i sitt hälsotillstånd som inte sällan kräver sluten vård. Systemet och styrningen är inriktat på reaktiva åtgärder och inte proaktiva. Såväl hastiga som mer långsamt framskridande försämringar hos patienten kan missas, inte sällan uppstår behov av att patienten skjutsas till akutmottagning och eller behöver sluten vård. I ett större perspektiv är mycket av den akutsjukvård, specialistsjukvård och slutenvård som dessa patienter konsumerar undvikbar och därmed onödig. Den undvikbara vården innebär i sig att fler aktörer deltar i patientens helhet och därmed uppstår också undvikbar administration. Ytterligare en komplicerande faktor är att det finns juridiska hinder för att mer effektivt kunna dela information mellan personal i olika verksamheter hos olika huvudmän. Det genererar extra administrativt arbete när information om patienten inte kan samlas på en och samma plats, bl.a. i form av dubbeldokumentation.

Färre proffsadministratörer och sämre service till personal med högre formell kompetens

Utredningen konstaterar att antalet läkare och sjuksköterskor växer i hälso- och sjukvården både sett till reella tal och per capita och att denna trend går långt tillbaka i tid, se avsnitt 4.1.3. På motsvarande sätt minskar volymerna av administratörer som arbetar nära vården. Även undersköterskor och sjukvårdsbiträden har minskat. Effekterna av denna strukturomvandling av personalsam-

mansättning i hälso- och sjukvården är, enligt utredningens uppfattning, att personal med högre formell kompetens får mindre service i det dagliga arbetet. Personal med högre kompetens måste således ägna sig åt sådan administration som förr sköttes av personal med lägre formell kompetens. Dessa personalkategorier är ”amatörer” vad gäller administration, sannolikt har de också svårare att utföra dessa administrativa uppgifter än vad ett ”administrationsproffs” hade haft. I takt med utvidgade administrativa krav i allmänhet och en fragmenterad utveckling av de IT-baserade verksamhetsstöden är det förklarligt att läkare, sjuksköterskor och andra professionella i vården upplever administrationen som en börda och en källa till frustration i arbetet.

Antalet administratörer i hälso- och sjuvården har hållit sig relativt konstant under lång tid, ca 17 procent av personalen.[55] Men andelen av dessa som utför den patient- och verksamhetsnära administrationen har minskat. I stället har administratörer i form av controllers, utvecklare och koordinatorer utökats dvs. personal som inte avlastar den vårdnära personalen genom att utföra vardaglig administration runt patienterna.

Det verksamhetsnära ledarskapet är inte tillräckligt rationellt när det gäller det administrativa arbetet

Av Socialstyrelsens rapport från 2000 anges att vad som *de facto* dokumenteras vida överstiger vad som egentligen krävs ur såväl juridisk som praktisk mening. Utredningen anser att detta problem kvarstår. En uppskattning som framförts är att uppemot 70 procent av all dokumentation utgör onödig administration, dokumentationen utgörs av dubbel- och trippeldokumentation. Utredningen anser att denna utveckling inte direkt kan lastas den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Dess orsaker står att finna bl.a. i det faktum att verksamhetsstöden inte är tillräckligt rationellt utformade så att de stödjer arbetssätt där en åtgärd bara dokumenteras en gång. Men huvudorsaken till dubbeldokumentation är enligt utredningens uppfattning att det verksamhetsnära ledarskapet inte tillräckligt uppmärksammat dubbeldokumentationen som

[55] Forssell Anders och Ivarsson-Westerberg, Anders: Administrationssamhället 2014.

tidstjuv och därmed fokuserat på att förhindra detta dubbelarbete. Olika professionellas drivkrafter att dokumentera ”hellre för mycket än för lite” bottnar enligt utredningens uppfattning ofta på en rädsla för att göra fel; att dokumentera – oavsett om samma sak redan dokumenterats, kan ingen ”lastas” för.

Dubbeldokumentationen kan i sig också utgöra en patientsäkerhetsrisk, se avsnitt 6.4.4.

6.6.4 Sjukvårdshuvudmännens egen styrning

Utredningen har i arbetet i första hand fokuserat på statens ansvar för problemet med den administrativa bördan men även huvudmännens styrning har granskats. En väsentlig del av administrationen bottnar i vilka styrmedel som landstingen använder i sin styrning och hur de utformas t.ex. genom villkor för ersättning inom vårdvalssystemen för primärvård. Variationerna över landet är stora eftersom ersättningssystemen skiljer sig åt. Det verkar dock finnas en klar tendens till successivt ökande detaljstyrning, antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. I de fall ersättningssystemen är detaljerade, dvs. innehåller många indikatorer, skapas en tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel. Detta skapar enligt utredningens uppfattning en stor frustration bland medarbetare i vården som upplever sig kontrollerade och stundom ifrågasatta.

Dessutom erfar utredningen att de indikatorer som verksamheterna följs upp på inte tillräckligt tydligt och systematiskt återkopplas till verksamheterna så att det blir ett naturligt lärande av de samlade resultaten. Upplevelsen blir därför att verksamheterna mäts och kontrolleras utan att få något tillbaka, förutom den ekonomiska ersättningen. Detta kan i sin tur riskera att minska den naturliga viljan att följa upp sina resultat och drivkrafterna att förbättra dem om ”belöningen” för registrering och rapportering ”bara” blir i pengar till verksamheten.

Utformningen av huvudmännens ekonomiska styrmedel kan rendera administration

Huvudmännen förlitar sig enligt utredningens uppfattning i stor utsträckning på de ekonomiska styrmedlen i sin styrning av vården. Det gäller såväl den egna produktionen som privat utförd vård. Detaljeringsgraden av utformningen av de ekonomiska incitamenten är på sina håll mycket stora. Till utredningen har vid flera tillfällen framförts exempel på att personalen i det direkta patientmötet måste ha i åtanke vilka åtgärder som ska göras och sedan registreras eller rapporteras på annat sätt för att verksamheten inte ska straffas ekonomiskt.

Den ekonomiska styrningen, om den är alltför detaljerat utformad, och där det finns avsaknad av en nära och tillitsfull relation mellan beställare och utförare av vård kräver omfattande uppföljnings- och kontrollmekanismer. Sådana mekanismer kräver administration. En central fråga i sammanhanget är vad det är som de facto kan kontrolleras. I teorin är det sjukvårdshuvudmannen i egenskap av beställare som avgör vad det är som ska uppnås med de satsade resurserna och därmed överlämnas till verksamheterna att avgöra hur detta ska göras. I grunden är denna teoretiska rollfördelning positiv men i praktiken är det utmärkande för hälso- och sjukvården att ”vad-frågor” inte alltid går att skilja från ”hur-frågorna”. Vad som ska göras blandas ihop med hur-frågorna.

Agentteorin

Utredningen bedömer att landstingens egen ekonomiska styrning kan förstås utifrån den så kallade agentteorin. Agentteorin bygger på en grundföreställning att alla aktörer i systemet handlar av självintresse och därför kommer att söka maximera den egna nyttan (primärt finansiella nyttan) om tillfälle ges. I detta maximerande av egenintresset ligger också att aktörerna försöker manipulera uppdragsgivare för att främja sina egna intressen, inte minst de finansiella. Agentteorin innebär också att andra drivkrafter för verksamheten som exempelvis den professionella drivkraften att göra ett bra arbete inte tillmäts lika stor betydelse för verksamhetens arbete och resultat av arbetet. Agentteorin bygger således på en föreställning om att människor med hjälp av ekonomiska styr-

medel kommer att bete sig på ett visst sätt och att effekterna av styrningen med denna teori som bottenplatta blir förutsebar och därmed planeringsbar. Om utgångspunkten blir att aktörerna i systemet agerar primärt utifrån egen ekonomisk vinning uppkommer ett stort behov från beställaren av att kontrollera att det inte sker manipulation. Detta skapar behov av detaljerade uppföljningssystem för att övervaka att de satsade medlen använts på ett korrekt sätt. Graden av tillit i systemet är mycket litet, relationen mellan parterna bygger i stället på detaljerad avtalsmässighet och grundlig uppföljning/kontroll.

Två principiella problem ligger i själva grunden för teorin – informationsasymmetri respektive olika målsättningar. Vårdfinansiären har i regel mycket mindre och sämre information om verksamheten jämfört med vårdproducenterna själva. Politiska och administrativa målsättningar konkurrerar också med olika professionella mål, liksom med personliga mål hos enskilda chefer och yrkesutövare.

På en mera generell nivå finns tre olika strategier för att hantera ovannämnda problem. Den första strategin är att försöka reducera graden av informationsasymmetri exempelvis genom utveckling av ny kunskap baserat på klinisk forskning samt uppföljning av resultat och måluppfyllelse. Den andra strategin är att försöka påverka verksamhetens kultur så att målsättningarna hos vårdgivare i högre grad överensstämmer med finansiärens mål. Den tredje strategin är beställaren kan utveckla incitament och kontrakt som uppmuntrar ett beteende som överensstämmer med den utveckling som är önskvärd.

Utformning av ersättningsprinciper i svensk hälso- och sjukvård bygger enligt utredningens uppfattning i huvudsak på den tredje strategin. Men beroende på hur ersättningsprinciperna utformas kan de också få som indirekt effekt att graden av informationsasymmetri reduceras och/eller att verksamhetens kultur påverkas. Det gäller inte minst en målbaserad ersättning. En extra ersättning till de utförare som klarar vårdgarantins väntetider ger exempelvis mer information om väntetiderna eftersom en sådan princip kräver att väntetiderna följs upp. Det reducerar informationsasymmetrin. Den extra ersättningen kan också påverka verksamhetens kultur genom att målsättningen att ge vård inom rimlig tid blir viktigare. Det behöver inte vara enbart positivt beroende på vilka andra mål

som trängs undan. För en kunskapsintensiv och professionellt baserad verksamhet som hälso- och sjukvården kan hävdas att en stor del av belöningarna ligger i själva arbetets utförande – att genomföra arbetet så att resultaten blir så bra som möjligt för patienterna. Styrmedel i form av ekonomi och ekonomiska incitament kan antingen addera, komplettera eller konkurrera med dessa professionella normer och drivkrafter. Om både inre professionella drivkrafter och externt genererade ekonomiska incitament drar åt samma håll finns risk för att de externa incitamenten tar överhanden. Logiken bakom en sådan utträngning är att ”övermotiverade” individer reducerar den motivation de har kontroll över, dvs. de inre drivkrafterna. Det som man tidigare gjorde för att det kändes professionellt rätt och bra görs i stället för att man blir belönad ”utifrån”. Denna mekanism innebär också att utföraren genom sitt agerande får börja betala för ageranden som tidigare genererades av professionella drivkrafter, ”hidden cost of reward”.

Om de ekonomiska incitamenten är otillräckliga och inte motsvarar alternativkostnaden för att ändra på ett beteende, kan i värsta fall den enda effekten av en målbaserad ersättning bli att de inre drivkrafterna trängs undan.

Figur 6.23 Faktaruta: Exempel på drivkrafter i vården

Experiment och studier från USA har t.ex. visat att ökad ekonomisk ersättning till blodgivare inte nödvändigtvis är en bra strategi för att öka mängden blod. Många blodgivare motiveras av främst altruistiska skäl. En symbolisk monetär ersättning kan i så fall fungera som komplement till de inre drivkrafterna. Man får en bekräftelse på att man gör en god handling. Men om den ekonomiska ersättningen ökar kan effekten bli att man avstår helt eftersom det inte längre finns någon altruistisk nytta förknippad med att ge blod. Med ökad finansiell ersättning motiveras i stället de potentiella blodgivare som enbart ser till de ekonomiska incitamenten. Den totala volymen blod blir dock inte nödvändigtvis lika stor som när en blygsam ersättning betalades till den grupp som motiverades av främst altruistiska skäl.

Ekonomiska styrmedel, dvs. hur olika aktörer i systemet ersätts för sitt arbete, är en viktig del av huvudmännens styrning. Att utforma den ekonomiska styrningen så att den inte på något sätt ”förgiftar”, tränger undan eller hämmar de professionellas autonomi är dock möjligen en utopi. Ersättningssystemen i vården måste utgå från

hur andra styrmedel fungerar samt inte minst andra formella och informella motiv och normer som styr och påverkar de som arbetar i vården både på kort och lång sikt. Valet av vissa ersättningsprinciper får både önskade och oönskade effekter som måste balanseras. Exempelvis kan en utveckling mot målbaserad ersättning naturligt kräva mer uppföljning av verksamheten, men uppföljning av verksamheten kan i sin tur ge information som kan användas även på andra sätt. Om finansiärens mål överensstämmer med yrkesutövarnas målsättningar finns förmodligen starka drivkrafter för att nå målen oavsett hur ersättningen utformas. Men någon 100-procentig överensstämmelse är knappast möjlig i praktiken. I praktiken kan det finnas anledning att ifrågasätta om någon har förmågan att balansera alla relevanta målsättningar när ersättningsprinciper utformas. I tider av ekonomisk kris är det t.ex. möjligt att beställaren tvingas att fokusera på mål som har att göra med kostnadskontroll och nedprioritera mål som har att göra med tillgänglighet och kvalitet. I en sådan situation kan vårdproducenternas egna målsättningar att stå emot en hård kostnadskontroll, exempelvis genom fortsatt nyttjande av ny medicinsk teknologi, vara samhällsekonomiskt försvarbart. Ett självskt agerande från vårdproducenter kan i så fall bli en lösning för patienterna och befolkningen snarare än ett problem.

Detaljerad styrning riskerar även arbetsmiljöproblem

För de enskilda professionella kan detta innebära att den ekonomiska styrningen intervenerar på ett menligt sätt i patientmötet. En läkare på en vårdcentral uttryckte det som att ”vi är numera tre parter i rummet; patienten, jag och beställaren”. För vårdpersonalen innebär detta, enligt utredningens uppfattning, en inskränkning av de professionellas autonomi. De kortsiktiga följderna av detta är sannolikt minskad arbetstillfredsställelse bland de anställda, systemet visar inte tillit till den professionellas förmåga att i samarbete med patienten avgöra vilka åtgärder som är bäst i det enskilda fallet. Detaljerad styrning medför sannolikt även att antalet arbetsmoment som de professionella ska ”hålla reda på” ökar t.ex. inte missa att registrera något som gjorts för patienten. Ökat antal arbetsmoment eller mer detaljerat reglerade arbetsmoment ökar

sannolikt stressen för personalen. I ett längre och större perspektiv kan diskuteras om denna typ av belastningar på arbetsmiljön gagnar hälso- och sjukvårdens förmåga att rekrytera och behålla personal. Vidare bör diskuteras vilken typ och omfattningen av professionell autonomi som är önskvärd i hälso- och sjukvården. En alltför ”manualstyrd” personal är sannolikt inte rätt väg för hälso- och sjukvården.

Uppföljning av verksamheterna kommer ”uppifrån” utan dialog med de som ska följas upp

Ledningar i hälso- och sjukvården, på alla nivåer, har naturligt ett intresse av att ta del av verksamhetens arbete och de resultat verksamheten genererar. Utredningens intryck är att verksamheterna ofta uppfattar att de ”tar fram, sammanställer och skickar iväg” uppgifter till ledningar högre upp i organisationen utan att det förts någon dialog om vad som *de facto* är viktigt att veta om verksamheten. Upplevelsen är att man högre upp efterfrågar en ”hagelsvärm av siffror” där många uppgifter inte säger särskilt mycket om tillståndet i verksamheten. Därmed kan många av de uppgifter som rapporteras ”uppåt” vara onödiga och ha medfört att onödigt arbete lagts ned på att ta fram dem. Upplevelsen kan därför bli att man efterfrågar uppgifter ”för säkerhets skull” högre upp i organisationen. Många verksamheter efterfrågar dialog och samarbete med nivåer högre upp för att gemensamt fastställa vilka uppgifter som är viktiga att ta fram och redovisa.

Utredningen har granskat ett antal slumpmässigt utvalda policies som ofta utgör en ”mjukare styrningsform”. I huvudsak är dessa policies politiskt antagna dokument som beskriver en slags koncernövergripande ställningstagande i viss fråga. Det kan handla om tobakspolicies, mångfaldspolicies, uppförandekoder, miljöpolicies, resepolicies osv. Dessa olika former av policies följs också upp på olika sätt, inte minst genom enkäter till verksamheterna. Utredningens samlade intryck av dessa policies är att de är av mycket olika karaktär.

Utredningen har analyserat dokumenten utifrån följande grundkaraktäristika.

Konkreta anvisningar om agerande

Många ger direkta anvisningar om ageranden i olika situationer, t.ex. resepolicies som innehåller stadganden om att personalen vid val av transportmedel i tjänsten ska eftersträva att välja det minst miljöpåverkande transportmedlet. Andra exempel kan vara att man i en tobakspolicy förbjuder anställda att röka under arbetstid.

Attitydförändrande policies

Många policies berör områden och frågeställningar där det är svårt att uppnå någon högre konkretionsnivå, t.ex. ”bemöta med respekt”, ”bejaka mångfald” osv. Avsikten med dessa policies torde vara att uppmärksamma en fråga eller ett område, att signalera ”ett värde” för att påverka en viss kultur genom att utfärda en policy. Utredningen kan förstå motivet bakom dessa önskemål men anser samtidigt att utfärdandet av denna typ av policies måste vägas mot nackdelarna i form av den administration som uppföljningen av denna typ av policies kräver. Utredningens uppfattning är vidare att attitydförändrande policies sällan får det genomslag de avser att få. Attityder och kulturer på en arbetsplats förändras knappast av olika former av policies, hur välbehövliga de än är. Kultur- och attitydförändringar uppnås bättre på andra sätt, inte minst genom det verksamhetsnära ledarskapet och hur väl ledaren förmår vara en kulturbärare av de ”värden” som eftersträvas.

En del policies utredningen tagit del av har, enligt utredningens uppfattning, helt eller delvis, karaktären av att vara skyltfönsteraktiviteter. En skyltfönsteraktivitet kännetecknas av att det är en aktivitet som tål att visas upp, den ser gedigen och genomarbetad ut men fyller ingen egentlig funktion i utförandet av uppdraget. Risken är att viktiga frågor ”förpackas” i policydokument utifrån en tro att detta ska omsättas i praktisk handling per automatik. Ju svårare, känslig och mer komplex en fråga är desto mer är arbetsplatsens kultur och de kulturbärare som finns i systemet av avgörande betydelse för att frågan löses på det känsliga och komplexa sätt frågan kräver.

6.7 Utbildning och forskning

6.7.1 Inledning

Forskning, utveckling och utbildning är ständigt aktuella frågor med nära anknytning till vården. Frågorna har dessutom en nära koppling till näringslivsfrågor och är av avgörande betydelse för Sveriges välfärdsutveckling. Senast har betydelsen av forskning inom life science uttryckts genom tillsättningen av en nationell samordnare för området (dir. 2015:105).

Forskning och utbildning (FoU) är inget huvuduppdrag för utredningen. Med de vida direktiven har utredningen dessutom varit tvungen att begränsa analys- och åtgärdsområden. I vårt arbete har vi dock kunnat konstatera att FoU-frågor på många olika sätt har en avgörande betydelse för effektiviteten. För att översiktligt kunna bedöma effektiviseringsmöjligheterna inom vården har vi därför bedömt att en översiktlig genomgång av såväl utbildnings- som forskningsfrågor krävs. Det har dock inte varit möjligt att t.ex. gå igenom alla vårdutbildningar eller yrkesutbildningar inom närliggande utbildningsområden, t.ex. inom farmaci och bioteknik. Vi har således valt att inte ta upp behovet av nya yrkesgrupper i det patientnära arbetet.

FoU och vårdens effektivitet

Nya behandlings- och undersökningsmetoder är av avgörande betydelse för effektivisering. Alltför ofta talas det om medicinteknisk utveckling som en ekonomisk utmaning och orsak till kostnadsökningar. Eftersom det knappast är ett alternativ att avstå från nya landvinningar är det mer relevant att tala om den medicintekniska utvecklingen som vår främsta källa till effektiviseringar. Nya behandlings- och utredningsmetoder dyker upp i en accelererande takt. Nya metoder kommer även fortsättningsvis bjuda på möjligheter till effektivisering. Utmaningen ligger i att tillräckligt snabbt introducera nya effektiva metoder och dessutom klara av att utmönstra gamla metoder. Alltför ofta adderas nyheter utan att utmönstring sker, vilket är ett stort problem ur effektivitetssynpunkt. Ett minst lika stort problem är att vid introduktion av nya metoder klara av att ta till vara möjligheterna till effektivisering via

de möjligheter till nya och förändrade arbetssätt som ny teknik bjuder på. Inte sällan ser man investeringskalkyler där fullt möjlig personalbesparing räknats in för att göra investeringen lönsam. Vid uppföljning kan man ofta konstatera att besparingen aldrig realiserats och har den realiserats i anslutning till en specifik uppgift så finns det alltid ”hål” att peta in resurser i.

Utbildnings- och forskningsfrågor är nära lierade med varandra. Utbildning bedrivs med fördel i en forskningspräglad miljö, som har god kännedom de senaste rönen och effektivaste behandlings- och utredningsmetoderna. Utbildningen är dessutom viktig för att väcka forsknings- och utvecklingsintresse och därmed för rekryteringen till forskning.

Sammanfattningsvis anser vi att en högkvalitativ och internationellt konkurrenskraftig svensk forskning inom vård och närliggande områden är av avgörande betydelse för kvaliteten och därmed även effektiviteten inom framtidens hälso- och sjukvård. På samma sätt utgör högkvalitativ utbildning en förutsättning för hög effektivitet.

6.7.2 Utbildning

Grunden till hög kompetens och skicklighet och därmed effektivitet läggs i grund- och vidareutbildning. När det gäller utbildningarnas design är konsten att hitta rätt balans mellan teori och praktik en ständig utmaning. Generellt har Sveriges vårdutbildningar i en internationell jämförelse utmärkts av ett stort inslag av praktik. Även om praktikträngseln kring patienterna ökat så anser utredningen att det är angeläget att fortsatt starkt betona betydelsen av praktisk tjänstgöring. Det är likaledes viktigt att möjligheterna att utnyttja modern teknik, t.ex. i form av simulatorträning, tillvaratas fullt ut.

Vi har vid våra verksamhetsbesök ofta mött uppfattningen att ”sjukvårdspersonal kräver allt längre inskolning efter genomgången grundutbildning”. Man torde dock göra det alltför enkelt för sig om man gör utbildningarnas innehåll ensamt ansvarigt för dessa problem. I stor utsträckning torde även ökande formella och informella krav, lokala rutiner, detaljreglering och kontrollbehov mm bidra. Praktisk tjänstgöring är avsedd att tillgodose behovet när det

gäller tillämpning av de teoretiska kunskaperna, förhoppningsvis de mest effektiva metoderna och arbetssätten. Utredningen erfar dock att det tycks finnas en tröghet när det gäller utbildningarnas anpassning till utvecklingen inom vården och att nyutexaminerade alltför ofta är oförberedda på den verklighet man möter i vårdarbetet. Alltför lite praktisk tjänstgöring under utbildningstiden kan utgöra en faktor. En annan viktig faktor i detta sammanhang torde vara en lärarkår som deltar i praktiskt arbete och därmed håller sig uppdaterade med utvecklingen.

Huvudmännen (kommuner och landsting/regioner) har ökat sitt inflytande över utbildningarnas innehåll, t.ex. via samverkansorganisationer på utbildningsorterna. Vi anser att denna utveckling behöver förstärkas. Dessutom räcker det inte med lokalt inflytande. Problemställningarna är nationella och vi anser därför att det behövs mer nationell styrning inom utbildningsområdet.

Läkarutbildning

Läkarutbildningen har nyligen varit föremål för utredning, *För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning* (SOU 2013:15). Ett av huvudmotiven var en anpassning av den svenska utbildningen till internationella utbildningsförhållanden. Betydelsen av anpassning har ökat avsevärt i en alltmer internationaliserad värld, vilket inte minst tar sitt uttryck i det faktum att ca 50 procent av de som legitimeras i dag erhållit sin grundutbildning till läkare i annat land än Sverige. Utredningen föreslog bl.a. en förlängning med en termin från 5,5 till 6 år. Legitimation erhålls i likhet med de flesta andra länder direkt efter genomgången grundutbildning och nuvarande AT-tjänstgöring avskaffas. En viktig målsättning för utredningen var en läkarutbildning anpassad till morgondagens sjukvård. Utredningen har nyligen remissbehandlats och är f.n. under beredning i utbildningsdepartementet. Vi anser därför att frågan om en förbättrad läkarutbildning som är mer anpassad till morgondagens sjukvård är omhändertagen och vi avstår därför från synpunkter på grundutbildningen.

ST-utbildningen för läkare är i dag föremål för ett omfattande regelverk inkl. relativt voluminösa målbeskrivningar för varje specialitet. Det finns en tendens att teoretisk utbildning har kommit att

betonas på bekostnad av praktisk tjänstgöring och erfarenhet. Avsikten med den ökade detaljregleringen förutsätter vi har varit att få en bättre kvalitet på utbildningen och skickligare specialister. Vi har dock ofta stött på åsikten att dagens nyblivna specialister är mindre självständiga än tidigare och dessutom att arbetsinsatsen under utbildningen minskat, vilket används som delförklaring till det ständigt ökande behovet av läkartjänster. Utredningen har inte haft möjlighet att närmare utreda frågan. Oss veterligen saknas utvärdering av konsekvenserna av den omfattande regleringen av ST-utbildningen både avseende kvalitet och eventuellt ökat behov av läkartjänster. Det är viktigt att diskussionen kring detaljreglering och ökande administration även omfattar utbildningsområdet. Kan man uppnå samma eller bättre resultat med mindre detaljreglering och mindre administration?

ST-utbildning handlar även om dimensionering och fördelning mellan olika specialiteter. Bristen på specialister i allmänmedicin får betraktas som kronisk trots ständiga försök att åtgärda den via ökat intag till läkarutbildning. Bristen på specialister i allmänmedicin leder i sin tur till vakanser i primärvården, vilket i sin tur kräver inhyrning. Inhyrning i stor skala är negativt för effektiviteten eftersom det bl.a. leder till bristande kontinuitet. Även inom psykiatri har det varit stor brist även om situationen på senare tid verkar ha förbättrats. Läkarförsörjning är med andra ord en central fråga för sjukvårdens effektivitet. I dag är tillsättningen av tjänster för ST-läkare decentraliserad till resp. huvudman. I många landsting är tillsättningen decentraliserad ner till kliniknivå möjligen med undantag för allmänmedicin. Det framstår som anmärkningsvärt att det i stor utsträckning saknas nationell samordning och kontroll när det gäller läkardimensionering på ST-nivå. Inte minst borde prognos över framtida behov liksom analys avseende tillgång vara en nationell angelägenhet. Dagens brist på patologer, som utgör ett hot mot hela cancerstrategin, borde med bättre framförhållning kunnat förutses och blivit föremål för åtgärder långt tidigare än vad som nu blivit fallet. Som ytterst ansvarig för sjukvårdssystemet och dess effektivitet borde inte minst staten ha ett intresse av viss kontroll över tillgång och efterfrågan på ST-nivå. Frågan lämpar sig väl för samverkan med huvudmännen och professionernas företrädare.

Sjuksköterskeutbildning

Under senare år har sjuksköterskeutbildningen varit i fokus. En utlösande faktor är den uttalade bristen på sjuksköterskor. Detta har gett reaktioner avseende utbildningens dimensionering men även dess innehåll. Dagens sjuksköterskebrist handlar sannolikt inte bara om utbildningens dimensionering. Även arbetsmiljö, bristen på karriärgång och lön torde spela roll. Sjuksköterskebristen är synnerligen negativt ur ett effektivitetsperspektiv. Bristen riskerar att leda till kortsiktiga åtgärder där en bättre framförhållning, analys och planering åtminstone kunde ha lindrat situationen. Sjuksköterskebristen är en nationell fråga och vi anser att den pekar på behovet av en nationell samverkansfunktion där staten, huvudmän och profession fortlöpande kan ta ställning till utbildningsbehovet.

Bristen på sjuksköterskor har varit särskilt stor för vidareutbildade sköterskor inom vissa områden. Det är ett faktum att andelen specialistutbildade sjunkit stadigt sen minst 20 år (se avsnitt 4). Trenden är definitivt ett nationellt fenomen och problemet nationellt. Den stadiga minskningen har fått fortgå år efter år utan att någon aktör på ett tydligt sätt analyserat om minskningen är önskvärd eller utgör ett problem. Det tycks som problemet helt överlåtits åt resp. huvudman. Enligt utredningens uppfattning hade det varit rimligt att man, så snart trenden var tydlig, hade berett frågan nationellt och tagit ställning till om minskningen utgjorde ett problem. Om minskningen är ett problem hade det varit naturligt att berörda parter agerat, analyserat situationen och tagit fram en åtgärdsstrategi. Bristen på specialistssjuksköterskor är kanske det mest tydliga exempel utredningen noterat som illustrerar behovet av en nationell samverkansfunktion.

I takt med den ökande bristen på specialistutbildade sjuksköterskor har underliggande orsaker börjat diskuteras. Utformningen av sjuksköterskornas specialistutbildning har då alltmer hamnat i fokus. Specialistutbildningen innebär i princip att man efter genomgången grundutbildning och därefter följande anställning med lön under ett antal år ånyo sätter sig på skolbänken. Även om många huvudmän pga. bristen tvingats till lösningar som innebär att man under utbildningen kunnat uppbära viss lön, så har individen inte varit garanterad lön utan varit hänvisad till andra försörj-

ningsmöjligheter t.ex. studielån. Det säger sig själv att detta system varit förenat med svårigheter ur social och praktisk synvinkel – att efter etablering på arbetsmarknaden återvända till studier och dessutom konfronteras med ekonomisk utmaning är inte lätt. Det finns således all anledning att se över formerna för utbildning till specialistsjuksköterska.

Det finns ytterligare frågeställningar kring sjuksköterskornas specialitutbildning som bör utredas. I takt med den snabbt ökade kunskapsmassan inom medicin och omvårdnad har specialiseringen ökat. Detta leder till krav på fler specialistgrenar. Utifrån ett arbetsgivarperspektiv prioriterar huvudmännen generalistaspekten som förväntas ge större användbarhet och göra det lättare att organisera vården. Detta synsätt riskerar emellertid bli kortsiktigt. Det finns andra skäl som talar för behov av ökad specialisering, inte minst teambaserad arbetsorganisation. Vi anser att avvägningen mellan generalistperspektivet och kraven på specialisering motiverar en översyn av utbildningen till specialistsjuksköterska.

Ytterligare ett skäl till översyn av specialistutbildningen är dess betydelse för karriärgång och löneutveckling. Till dags dato har specialistutbildning haft förhållandevis begränsad påverkan på löneutveckling och status. Den patientnära tunga slutna vården riskerar i dag lida brist på erfaren personal. I framtiden är det viktigt att den patientnära vården säkrar tillgången till erfarna sjuksköterskor och då torde lön, arbetsmiljö och möjligheten till karriär vara avgörande faktorer.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det finns flera skäl till att i särskild ordning utreda specialistutbildningen för sjuksköterskor. Det är utredningens åsikt att en utredning av specialistutbildningen även kräver en genomgång av grundutbildningen. Det vore olyckligt att inte se sjuksköterskeutbildningen som en helhet – en bra specialistutbildning kräver en bra och för ändamålet anpassad grundutbildning. Det finns dessutom enligt utredningen ytterligare skäl att se över grundutbildningen. Under 1980–1990-talet skedde en kraftig förändring av sjuksköterskeutbildningen i och med omvårdnaden stärkta ställning som akademiskt ämne. Denna förändring har tillfört patienterna och vården mycket gott. Fortfarande framförs dock inte sällan åsikten att dagens utbildning har alltför lite medicinskt innehåll. Utredningen anser att en effektiv och patienttillvänd hälso- och sjukvård bygger på en framgångs-

rik integration mellan medicin och omvårdnad och i ett vidare perspektiv på integration mellan naturvetenskap, omvårdnadsvetenskap och beteendevetenskap. Detta kräver samverkan i team mellan yrkesgrupper med olika profil men också på en bra avvägningar i resp. yrkesgrupps utbildningsinnehåll. Detta bör beaktas vid en översyn av den samlade sjuksköterskeutbildningens innehåll. Det är i dag en risk att sjuksköterskeutbildningen alltför mycket handlar om dimensionering.

Undersköterskeutbildning

Undersköterskan har en central roll i det patientnära arbetet. Antalet undersköterskor har som tidigare framhållits (se avsnitt 4) minskat successivt i den landstingsdrivna vården i takt med att sjuksköterskorna övertagit allt fler av omvårdnadsuppgifterna. Sjuksköterskebristen har på senaste åren medfört ett intensifierat arbetet med att överföra arbetsuppgifter till främst undersköterskor, dvs. att åtminstone delvis reversera den tidigare utvecklingen. I detta arbete är kompetensfrågorna, inte minst när det gäller omvårdnadskomptens, avseende undersköterskor centrala och som en följd av detta även utbildningen. Detta har i sin tur tydliggjort de stora variationerna i utformningen av utbildningen till undersköterska. Det finns ingen ”standardisering” eller några nationella kompetenskrav. För att få en effektiv arbetsfördelning i det patientnära arbetet skulle det vara önskvärt med en nationell standard eller liknande som ”garanterade” viss typ av kompetens oberoende av var utbildningen ägt rum. Vi tror att detta dessutom skulle höja yrkets status, vilket vi ser som önskvärt. Nationella kompetenskrav utesluter inte att man som komplement lokalt kan profilera utbildningarna.

Vårdadministratörsutbildning

Antalet vårdadministratörer verksamma i vårdens vardagsarbete har minskat, se avsnitt 4. I takt med detta har också klagomålen från vårdpersonalen på ökande administrativ börda ökat. Det finns definitivt inte något omedelbart orsakssamband. Som tidigare framhållits (se avsnitt 6.6) finns det en mängd orsaker till den ökande ad-

ministrativa bördan. Likväl är det ur effektivitetssynvinkel angeläget att se över möjlighetrena att överföra administrativa patientnära arbetsuppgifter från vårdpersonal till administrativ personal. Den medicinska sekreteraren/vårdadministratören är en nyckelfunktion och den som har bäst administrativ kompetens. Med rätt kompetens anser vi att vårdadministratörer skulle kunna bidra till att den direkta patienttiden för vårdpersonalen ökade. Som en följd blir utbildningsinnehållet i utbildningen till vårdadministratör av stor betydelse. Utredningen anser att även denna yrkesutbildning bör bli föremål för nationell samordning och ökad standardisering och att mycket av det som sagts ovan om utbildningen till undersköterska även är tillämpligt på utbildningen till medicinsk sekreterare. Även för denna yrkesutbildning skulle det således vara önskvärt med ett nationellt arbete som ”garanterade” viss typ av kompetens oberoende av var utbildningen ägt rum. Vi tror på samma sätt som för undersköterskor att ett dylikt arbete dessutom skulle höja yrkets status.

Gemensamt yrkesutbildningarna

Huvudmännen (kommuner + landsting/regioner) bör stärka sitt inflytande även när det gäller yrkesutbildningarna. Vi har t.ex. erfarit att undersköterskeutbildningen på många platser är starkt profilerad mot kommunal hälso- och sjukvård. Landstingen/regionerna har haft svårt att rekrytera i den bristsituation avseende sjuksköterskor som nu uppstått där man delvis försökt överföra arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor. Undersköterskan behövs definitivt även inom den landstingsfinansierade vården och möjligen hade en snedvridning kunnat undvikas om samarbetet mellan skolor och huvudmän varit bättre. Detta gäller såväl avseende utbildningens innehåll som dess dimensionering.

Förutom lokalt/regionalt arbete anser utredningen i enlighet med ovanstående att vissa frågor när det gäller yrkesutbildningarna inom vården behöver samordnas nationellt. Frågorna skulle med fördel kunna hanteras inom ramen för en nationell samverkansfunktion mellan staten, huvudmänen och professionerna (se avsnitt 16.1).

6.7.3 Forskning

Forskning inom vårdområdet är ständigt under lupp. Infallsvinklarna varierar. För forskarna handlar det ofta om resurser i form av tid och/eller pengar, inte sällan bristande dito eller principerna för fördelning. Företrädare för staten har ofta näringslivsperspektiv, dvs. life science-forskningens betydelse för innovation, sysselsättning och export. För landstingen handlar det, inte minst på universitetsorterna, också om innovation för näringsliv och sysselsättning, men även om det praktiska hanterandet i vardagen, dvs. integrationen med vården. För några år sedan talade man om att stärka den kliniska forskningen, i dag talas det om att stärka innovationskraften.

Utredningen har koncentrerat sina ställningstaganden till den patientnära forskningen och dess betydelse för och integration i vården. Givetvis har t.ex. även den s.k. prekliniska forskningen avgörande för Sveriges ställning som forskningsnation. Inte minst gäller detta s.k. translationell forskning med dess ambition att minska avståndet mellan grundforskning och patientnära forskning.

Forskningens betydelse för effektiviteten.

I ett snävt vårdperspektiv är det ”frestande” att beskriva forskningen som en pålaga som ytterligare komplicerar systemet och indirekt leder till högre kostnader. När det gäller t.ex. universitetssjukvård äger detta resonemang i ett snävt ekonomiskt perspektiv sin riktighet. Vården vid universitetssjukhus ska definitionsmässigt vara dyrare på grund av den ökade komplexiteten. I ett perspektiv där vetskapen om att hög effektivitet är avhängigt hög kvalitet är det dock lätt ta till sig att en forsknings- och evidensvänlig miljö, där man är öppen för att implementera nyheter, är en förutsättning för att ständigt förbättra effektiviteten. Som redan framhållits är den medicintekniska utvecklingen på sätt och vis vår främsta effektiviseringskälla.

Utöver detta är det viktigt lyfta blicken och se betydelsen av forskning inom vårdområdet utifrån hela samhällets och de samlade välfärdsystemens effektivitet. Sverige är för sin utveckling beroende av ett samhälle som motiverar till innovation och utveckling.

Det handlar bl.a. om näringsliv, export och sysselsättning. Life science har i detta sammanhang en speciell betydelse, inte minst pga. sin nära koppling till ett av våra mest centrala välfärdssystem – vården.

Det akademiska sjukvårdssystemet

I ett effektivt sjukvårdssystem har, som framhållits, forskning och utbildning en central roll. I många sammanhang är det därför relevant att diskutera och anlysera utifrån begreppet akademiskt sjukvårdssystem.

Utgångspunkten bör vara är att hela det svenska vårdsystemet ingår i det akademiska systemet, dvs. såväl sluten vård som öppen vård, såväl sjukhusvård som primärvård men också den kommunala hälso- och sjukvården. Systemet byggs underifrån och liksom själva vården är utgångspunkten mötet mellan patient och personal. Ett akademiskt systemtänkande innebär att *alla möten i vården utgör en potentiell källa för patientnära forskning*. Detta får inte missförstås som att alla patienter ska bli föremål för att ingå i studier eller prövningar. Men i stort sett alla möten ska vara möjliga följa upp resultatmässigt via kvalitetregister som är integrerade med system för dokumentation. Därmed är varje möte definitivt potentiellt möjligt att beforska eller använda för metodutveckling/förbättringsarbete om inte prospektivt så i alla fall retrospektivt.

Ett akademiskt systemtänkande får inte heller missförstås som att all sjukvårdspersonal ska bedriva forskning. Det är inte möjligt eller ens önskvärt. Det viktiga är kulturen och känslan av att var och en ingår i ett akademiskt system. Den känslan är viktig för att skapa en arbetsmiljö som är positiv till evidens och introduktion av nya metoder och nya arbetssätt. I diskussionerna kring bredd resp. elitsatsningar glöms, i strävan på excellens, betydelsen av bredd för en akademisk miljö lätt bort. Det borde inte finnas någon motsättning i diskussionerna kring bredd resp. excellens. Excellens förutsätter bredd om inte annat för att excellenta innovationer ska kunna implementeras.

Kopplingen mellan forskning och utveckling i lagen är svag

Det finns i gällande hälso- och sjukvårdslag en skyldighet för alla landsting att bedriva forskning. Enligt 26 b § HSL ska landstingen och kommunerna medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Enligt 31 § HSL har landsting och kommuner ett ansvar att ständigt utveckla verksamheten. Inom hälso- och sjukvård ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Det föreligger således en skyldighet att *medverka i forskning* och en skyldighet att *utveckla verksamheten* fortlöpande. Lagen gör dock ingen koppling mellan forskningen och skyldigheten att utveckla. I ett akademiskt präglat sjukvårdssystem bör förhållandet mellan forskning och utveckling vara sömlöst. Övergången är flytande. Ytterligare ett problem är att formuleringen kring forskning är passiv. Tolkningen riskerar vara skyldighet att medverka i en verksamhet där någon annan har initiativet, vilket är olyckligt. Sjukvården bör i allra hösta grad ta egna initiativ inom forskningen.

Ansvaret för forskning och utveckling

När ansvaret är tydliggjort handlar det om att definiera ansvaret på olika nivåer inom organisationen. Störst betydelse har det att man längst ut i organisationen, på klinik-/enhetsnivå, kvitterar ansvaret och tar med forsknings- och utvecklingsuppdraget i verksamhetsplaneringen. Forskning är också en del av produktionen och ska därför ingå i produktionsplaneringen (se avsnitt 12.1.3). För den enskilde medarbetaren ska det vara tydligt vad som förväntas av honom eller henne och i viss utsträckning bör tiden för forskning och utveckling vara schemalagd. Givetvis varierar uppdraget i omfattning beroende på verksamhet, tjänst och organisationens uppdrag. T.ex. skiljer sig universitetssjukvård givetvis från annan sjukvård, men i princip bör forskning/verksamhetsutveckling utgöra en del av planeringen i all form av vård.

FoU-uppdraget ska även följas upp. Det ska vara tydligt för all vård att forskning och verksamhetsutveckling utgör en del av

uppföljningsdialogen och att verksamheten utvärderas även i detta avseende. Liksom i annan uppföljning gäller det att inte falla för frestelsen att överadministrera och skapa en mängd indikatorer. Enkla och föga tidskrävande parametrar torde dock vara möjliga att skapa, t.ex. antal utvecklingsprojekt, vetenskapliga artiklar, ev. innovationer mm. För verksamhet som bedriver mer avancerad forskning, t.ex. universitetssjukvården, krävs mer avancerade system, som dock till stor del redan är i bruk. I större utsträckning än i dag bör forskningsproduktion och resultat inkluderas i olika typer av jämförelser. Drivkraften i form av strävan att prestera bra i jämförelse med liknande verksamheter bör med andra ord utnyttjas i större utsträckning än i dag. Forskning är dessutom till sin natur än mer ”tävlingsinriktad” än själva vården.

Att skapa förutsättningar för en bra akademisk miljö i vården handlar liksom för så mycket annat inom vårdsystemet om en mängd samverkande faktorer. Ledarskapet är centralt liksom att det finns en strategi på olika nivåer i organisationen. Incitament och återkoppling är viktiga faktorer. Att få återkoppling på att man på olika sätt bidragit är viktigt och gäller även mer rutinmässig uppföljning via register. När det gäller mer aktivt deltagande i studier behövs bättre incitament i form av ”belöningar” för de som bidragit. Slutligen är det viktigt framhålla såväl grund- vidare- och fortbildningens betydelse för en bra akademisk och forskningsorienterad vårdmiljö.

Statens ansvar i ett akademiskt sjukvårdssystem handlar till stor del om infrastruktur. Betydelsen av register, såväl nationella kvalitetsregister, patientdataregister som IT-stöd är centrala. Dessa system ska dessutom vara integrerade och redan i uppbyggnadsstadiet ska forskningens krav och möjligheter beaktas. Effektiva IT-system är en central infrastrukturell fråga där statens ansvar behandlas i tidigare avsnitt 6.5. Biobanker utgör ytterligare en viktig infrastruktur för att skapa förutsättningar för en framgångsrik forskning och återigen handlar det om integration och bra IT-lösningar. Att fullfölja tidigare planer på gemensamma biobankssystem mellan universitet och sjukvårdshuvudmännen är viktigt. Frågan är under beredning, bl.a. hos den nationella samordnaren för området livsvetenskap (life science) (dir. 2015:105), varför utredningen avstår från att lägga förslag på denna punkt.

Universitetssjukvården

I ett akademiskt sjukvårdssystem spelar universitetssjukvården en avgörande roll. Det är viktigt att termen universitetssjukvård används och inte universitetssjukhus. Ett framgångsrikt akademiskt sjukvårdssystem måste anpassa sig till vårdens förändringar innebärande bl.a. att en större del av vården utförs utanför sjukhusen.

Akademisk primärvård och hemsjukvård

Primärvårdens ställning har stärkts, bl.a. genom inrättande av s.k. akademiska vårdcentraler på en del håll. Denna utveckling behöver fortsätta. Inledningsvis har de akademiska vårdcentralernas uppgift till stor del handlat om utbildning i takt med att en större del av vårdutbildningarna förlags till primärvården. Det är viktigt att den fortsatta satsningen på akademiska vårdcentraler i ökande omfattning omfattar en satsning på forskning. Om primärvårdens ställning i sjukvårdssystemet ska stärkas är det viktigt att man parallellt satsar på primärvårdsforskning, Fler forskartjänster och s.k. kombinationstjänster behöver inrättas, vilket torde kunna ske via omfördelning inom systemet. En satsning på primärvårdsforskning är dessutom logisk utifrån perspektivet att det är i primärvården merparten av patienterna med de stora folksjukdomarna tas om hand. Ska Sverige lyckas med satsningen på life science och lyckas rekrytera patienter för klinisk forskning är likaledes en satsning på primärvården logisk.

Den nationella satsning som genomförts på s.k. forskarskola förefaller vara lyckad och en fortsatt satsning är därför angelägen för att få fler forskarutbildade bland personalen inom primärvården. Även härvidlag torde det vara möjligt att genomföra satsningarna via omfördelning inom systemet och möjligt att styra via uppdrag till bl.a. Vetenskapsrådet.

En växande del av hälso- och sjukvården utförs i kommunerna. Det är angeläget att även denna del av vården ingår i ett akademiskt sjukvårdssystem. Det är inte helt lätt eftersom forskningstraditionen får anses svagare utvecklad i den kommunala sfären i jämförelse med landsting/regioner. Vi anser att man bör inleda försöksverksamhet med ”akademisk hemsjukvård” och ”akademiska särskilda boenden”. Vi förslår att stimulanspengar frigörs,

dvs. även för en sådan satsning torde det vara möjligt frigöra resurser via omfördelning från såväl statens som huvudmännens sida., speciellt som det inledningsvis torde handla om relativt små summor. Med fördel skulle sådan verksamhet kunna knytas till framgångsrika exempel på samverkan kommun-landsting/region. Att bygga upp akademiskt präglad hälso- och sjukvård i kommunerna är en utmaning och kommer kräva starkt stöd från universitetssjukvården. Det är viktigt påpeka att det är viktigt att säkerställa att det finns handledarkompetens och annat infrastrukturellt stöd. Akademiskt präglad kommunal sjukvårdsverksamhet är dessutom en viktig förutsättning för att kunna täcka det ökande utbildningsbehovet inom kommunal hälso- och sjukvård. Såväl läkarsom sjuksköterske- och paramedicinska utbildningar behöver större utbildningsutrymme inom kommunal vård.

Universitetssjukvården som nav i det akademiska hälso- och sjukvårdssystemet

I ett akademiskt sjukvårdssystem utgör universitetssjukvården något av ett nav. Universitetssjukvården har ett starkt ansvar för att utgöra motorn i systemet när det gäller forskning. Om varje patient och varje möte ska ses som en potentiell möjlighet till forskning ställer detta stora krav på universitetssjukvårdens förmåga att involvera hela sin sjukvårdsregion. Det ställer krav på ödmjukhet inför uppdraget och också på förmåga att avstå från vissa uppgifter och dela med sig, en uppgift som enligt vad utredningen erfar, inte alltid varit universitetssjukvårdens bästa gren. Med krav på snabbare forskningsresultat, och därmed följande nödvändighet av större patientvolymer, är det inte realistiskt att universitetssjukvården hyser alla patienter inom sina väggar. Patienter måste rekryteras i hela systemet, särskilt som den mesta forskningen ska avse folksjukdomar och inte den högspecialiserade vård där universitetssjukvården ofta har ensamrätt. Universitetssjukvården bör dessutom känna sitt ansvar och utgöra motorn i implementeringen av nya behandlings- och utredningsmetoder. Det senaste ALF-avtalet tydliggör denna skyldighet.

Statens ansvar utgörs än en gång av infrastrukturen. det kan anföras att sjukvården i sig utgör en nödvändig infrastruktur för den kliniska patientnära forskningen och staten försäkrar sig om

tillgång till denna infrastruktur via ALF-avtalet. ALF-avtalets betydelse utöver ekonomin ligger i att försöka reglera förhållandet mellan universitet och sjukvårdshuvudman och tydligöra universitetssjukvårdens uppdrag. Det är ett problem att medlen ensidigt fokuserar på läkarutbildning. När det gäller forskningsfinansiering utgör dock ALF-medlen en mindre del. Staten bidrar med ytterligare medel via forskningsråden samtidigt som s.k. externa bidrag (industri, fonder mm) har ökat förhållandevis kraftigt. Även inom forskningen är statens styrning således splittrad och det är svårt få en helhetsbild. Utredningen har inte ansett att det legat inom vårt uppdrag att utföra en djupare analys men önskar påpeka att man framledes överväger att tydliggöra den samlade statliga styrningen när det gäller patientnära forskning. Splittringen märks även när det gäller utvärderingen av ALF-medlens användning som har en stark slagsida mot forskningsproduktion. Lika viktig utvärderingsfaktor borde vara utväxlingen i ”motorfunktionen”, dvs. att utgöra navet i det akademiska sjukvårdsystemet. Faktorer som hur nya metoder implementerats i hela regionen borde utgöra en utvärderingsfaktor som av stor betydelse för effektiviteten. Forskningsmedel är ur statens synpunkt inte bara investering för forskning utan även investering för ett välfungerande sjukvårdssystem.

Under senare år har vissa för forskningen betydelsefulla regionala strukturer tydliggjorts. De nationella kvalitetsregistren har fått en stödstruktur i form av regionala registercentra, i princip ett centrum i varje sjukvårdsregion. I utredningen *Starka tillsammans* (SOU 2013:87) betonades vikten av regionala stödfunktioner för kliniska prövningar. Det är viktigt att dessa förhållandevis nya resurser integreras med universitetssjukvården och med varandra och används för att stärka universitetssjukvårdens roll som nav i ett akademiskt sjukvårdssystem. Möjligen är det ett tidens tecken att bägge dessa system förutom sin starka tonvikt på regionala stödstrukturer även ställer krav på nationell samordning. Tillkomsten av regionala cancercentra (RCC) inkl. en nationell samordningsfunktion faller väl in i detta mönster. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet håller på att regionaliseras och universitetssjukvårdens roll som nav i systemet behöver i takt med detta förstärkas.

Sjukvård, forskning och utbildning inom universitetssjukvården ska skötas integrerat, vilket ställer stora krav på organisationen. Ett redan komplext system blir än mer komplext. Problemen bottnar

till stor del i det dubbla huvudmannaskapet för verksamheten vid universitetssjukhusen. Problematiken påminner om det dubbla huvudmannaskapet kring vårdens storkonsumenter (kommuner resp. landsting/regioner). Det finns starka krav samverkan men liksom i fallet med vårdens storkonsumenter går samverkan ofta ut på att försöka renodla ansvar. Samtidigt är de flesta överens om att framgången ligger i att se det samlade gemensamma uppdraget (sjukvård, utbildning och forskning) som en gemensam angelägenhet där gränsen aldrig går att definitivt fastställa. Det finns en, och kommer alltid att finnas, en s.k. gråzon. Gråzonen är aktuell även för den enskilde medarbetaren förutsätts syssla med alla tre uppdragen, sjukvård, forskning och utbildning. Precis som i fallet med vårdens storkonsumenter utbryter lätt ett ”Svarte Petter-spel” kring resurser med ömsesidiga anklagelser på att resurserna används fel. Gränsytan ger också utrymme för manipulation eller för att citera en anonym forskare: ”*Min verksamhetsidé är att ta utgifterna på landstinget och inkomsterna på universitetet*”. Det gäller att inse att ett ekonomiskt underskott för sjukvården vid ett universitetssjukhus är ett problem för universitetssidan och vice versa och att bristande satsning på klinisk patientnära forskning från universitetets sida är ett allvarligt problem för universitetssjukvården. I stället för att försöka minska gråzonen ligger framgången möjligen i att vidga den och stärka samarbete och samsyn.

Det avgörande för utfallet avseende samverkan är hur samverkan längst ut i vårdens vardag nära patienten fungerar och då finns det inte ett entydigt svar. Många vittnar om att det blir svårt och otydligt för den enskilde medarbetaren. Som exempel kan nämnas att forskande ST-läkare ofta har en klinisk handledare och en forskningshandledare, ett system som bäddar för otydlighet när det gäller prioritering. Även om involverade handledare kan samarbeta så är detta inte speciellt effektivt. En ständigt pågående diskussion kring ledarskap inom universitetssjukvården som illustrerar problemen är diskussionen om huruvida verksamhetschefer obligat ska vara forskningsmeriterade. I förhållande till svårigheterna att definiera det gemensamma uppdraget och rollerna framstår diskussionen som lite av en pseudodiskussion.

Finns det någon lösning på problemet med två huvudmän och dubbla ledningslinjer? Avtalsvägen är huvudmännen ”tvingade” till samverkan via ALF-avtalet. Det är dock långt till gemensam eko-

nomi även om det finns strävanden att inte bara inkludera ALF-medlen i den gemensamma samverkansorganisationen. Av förklarliga skäl (ständiga underskott) sitter det dock långt inne innan universitetssidan vill ta ansvar för sjukvårdens ekonomi. Likväl bedömer vi att det vore intressant få till stånd en försöksverksamhet med en gemensam ledningslinje för universitetssjukvården. En ledningslinje som tar ansvar för det samlade uppdraget. En sådan lösning torde kräva någon form av gemensamt ägarskap av universitetssjukvården. I betänkandet Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården" (SOU 2009:43) föreslogs s.k. Universitetsmedicinska centra (UMC) som skulle tillkomma via gemensam bolagsbildning mellan involverade parter. Förslaget rönte inget större intresse. Det har nu gått mer än 6 år sedan förslaget lades utan några säkra tecken till att situationen förändrats. Utredningen anser att frågan har fortsatt aktualitet och att det borde vara värt att delvis återaktualisera förslaget men önskar betona att andra och möjligen mindre provocerande former av gemensamt ägarskap än bolag torde finnas. Vi tror att nyckeln finns i den gemensamma ekonomin och för det område som omfattas av en gemensam ekonomi bör det finnas en ledningslinje rakt igenom organisationen. Utredningen avstår emellertid från att lägga förslag i frågan.

Del B

Förslag och rekommendationer

7 Nya styrande principer för hälso- och sjukvården

Sammanfattning: I avsnittet behandlas de nuvarande styrande principer för hälso- och sjukvården som finns i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen bedömer att dagens lagstiftning i alltför hög grad utgår från sjukhusvårdens perspektiv. Utredningen bedömer att de inte överensstämmer med den inriktning av hälso- och sjukvårdssystemet som utredningen menar är mest effektiv ur ett resursperspektiv.

Utredningen lämnar förslag på förändrade styrande principer. De föreslagna styrande principerna innebär att vården ska ges nära befolkningen om det inte är motiverat att koncentrera vården av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vården ska ges som öppen vård i första hand. Sluten vård kan ges när vården inte kan ges som öppen vård och sluten vård kan ges på vårdinrättning eller annan plats.

7.1 Det behövs nya styrande principer för hälso- och sjukvårdens organisering

Utredningens bedömning: De styrande principer för hälso- och sjukvårdens organisering som anges i 5 § hälso- och sjukvårdslagen är föråldrade och bidrar till ett alltför sjukhuscentrerat hälso- och sjukvårdssystem. De nuvarande principerna bör därför ersättas av nya principer som anger närheten till patienten som en inriktning för hälso- och sjukvårdens organisation.

Skälen för utredningens bedömning

Sverige har ett sjukhustungt sjukvårdssystem

Sverige har ett ”sjukhustungt” sjukvårdssystem (se avsnitt 5.2.2) och sannolikt flest sjukhusläkare i världen. Socialstyrelsens bedömning är att utmärkande tendenser i svensk sjukvård är en betoning på slutenvård, centralisering av sjukvårdsresurser och hög grad av professionell specialisering.[1] Vidare beskriver Socialstyrelsen det svenska sjukvårdssystemet som alltför inriktat för att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Utredningens analyser stämmer väl med Socialstyrelsens bedömning.

Genom medvetna vårdpolitiska satsningar från 1800-talet och framåt har antalet sjukvårdsinstitutioner och antalet slutenvårdsplatser stadigt ökat. Denna utveckling kulminerade under 1970-talet, då Sverige kunde uppvisa västvärldens mest institutionaliserade sjukvård. I slutet av 1800-talet var 60 procent av läkarna privatpraktiserande; 25 procent var tjänsteläkare och ingick i den öppna vården medan endast 15 procent återfanns inom den slutna vården. I slutet av 1930-talet var i stället 50 procent verksamma inom slutenvården. Sedan 1970-talet har över 80 procent av läkarna varit verksamma inom slutenvården.

Nära sammanhängande med denna utveckling är centraliseringen av sjukvårdsresurserna. Dessa har huvudsakligen knutits till den befintliga vårdstrukturen i form av det traditionella lasarettsväsendet. Genom organisatoriska förändringar – bland annat en uppdelning mellan primärsjukvård, länssjukvård och regionsjukvård – har en vårdstruktur skapats där de tekniska resurserna för diagnostik och avancerad medicinsk behandling har koncentrerats. Denna trend blev framför allt tydlig under perioden 1950–1970, som kännetecknades av en satsning på att bygga ut de stora sjukhusen. Under 2000-talet har den specialiserade somatiska vårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård växt något, till 54 procent, medan primärvårdens andel ligger stabilt runt 17 procent.

Ett sista särdrag utgörs av den höga graden av professionell specialisering, såväl inom sjukvården som i läkarkårens sammansättning. På 1950-talet var hälften av de verksamma läkarna allmän-

[1] Socialstyrelsen, Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar, Lägesrapport 2015 s. 45–46.

läkare medan andra halvan kunde uppvisa specialistkompetens. I början 1980-talet uppgick andelen allmänläkare till endast 19 procent av läkarkåren och har nu fallit ytterligare till ca 15 procent, klart lägre än i bl.a. de nordiska grannländerna.

Styrande principer i hälso- och sjukvårdslagen i dag

I 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) anges att

> för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Det är oklart om lagstiftningen i denna del uttalar huvudprinciperna för hälso- och sjukvårdens organisering eller om bestämmelsen närmast ska betraktas som (föråldrade) definitioner av några begrepp. Utgångspunkten för bestämmelsen är slutenvården som ges på sjukhus. Öppenvården och primärvården (som en del av öppenvården) är i nuläget formulerade som negationer i förhållande till vården på sjukhus.

Utredningen anser att det är en brist i dagens lagstiftning att de vägledande principerna för hur hälso- och sjukvården ska organiseras är så otydliga. I visst avseende kan man hävda att styrande principer inte behövs i lagstiftningen, hälso- och sjukvårdens struktur och organisation är och bör inte vara dominerade av juridisk styrning. Utredningen bedömer dock att det faktum att lagen saknar tydliga styrande principer får till följd att handlingsutrymmet för landstingen blir mycket stort. Det kan ha sina fördelar, inte minst med hänsyn till möjligheterna till lokal anpassning. Risken är dock att vården utvecklas alltför olika i olika landsting och att det inte ges stöd för en önskvärd utveckling av vården.

De styrande principerna ger inte stöd för en önskvärd utveckling av hälso- och sjukvården

Styrningen av hälso- och sjukvården är sannolikt mer komplex än andra verksamheter. Här finns tre olika ”maktsfärer” som har direkt makt över sjukvårdens utveckling; professioner, administration (tjänstemän) och politiker. Patienterna har ingen formell direkt makt över sjukvårdens styrning och organisering.

Professionerna är många inom sjukvården och har sinsemellan olika perspektiv. Inom exempelvis läkarkåren är organiseringen av vården utifrån medicinska specialiteter tydlig och läkarkåren har en egen hierarkisk ordning med belöningssystem och karriärvägar inom den egna specialiteten. Parallellt med detta har en professionalisering skett av övriga legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården. Exempelvis har sjuksköterskeprofessionen genomgått en tydlig professionalisering sedan utbildningsreformen 1977 då den tidigare yrkesinriktade sjuksköterskeutbildningen blev en högskoleutbildning.

Politikernas styrning av vården är även den mångfacetterad. Styrningen och där tillhörande styrmedel är uppdelade på olika nivåer: stat, landsting och kommun. Det finns vidare partipolitiska skillnader i andra värden som påverkar vårdens organisering. Det kan exempelvis handla om i vilken grad man tillmäter konkurrens mellan aktörer en betydelse som drivkraft för effektivitet och kvalitet. Det kan också handla om graden av decentralisering i styrningen av vården.

Tjänstemännens styrning av vården är även den mångfacetterad, det handlar om olika professioner inom ekonomi, juridik, och HR. I formell mening ”syns inte” tjänstemännen nämnvärt i styrningen av vården men utredningen menar att tjänstemännens roll är stor i praktiken.

Beroende på vilken av dessa ”maktsfärer” som medvetet eller omedvetet tillåts dominera sker utvecklingen i den riktningen. Det är paradoxalt att både politiker och tjänstemän åtminstone sedan 1960-talet angett att det vore önskvärt att bygga ut primärvården men att detta inte har skett relaterat till resursfördelningen. Utredningen bedömer att detta sannolikt har flera orsaker, t.ex. att politiker på såväl nationell nivå som regional nivå använt styrmedel som inte fungerat. Sannolikt har styrmedlen formats utan tillräcklig

förståelse för vari de egentliga problemen ligger. Utredningen menar att det finns fog för att anta att andra krafter har varit starkare än politikernas vilja att styra resurser till primärvården. Det som utredningen här särskilt har identifierat handlar om att läkarkårens traditionella karriärmöjligheter och uppnående av status framför allt har funnits i sjukhusvården. Det tycks som att oavsett hur många läkare som utbildas så ”fångas de upp” av sjukhusen. Behovet av sjukhusläkare synes oändligt och en arbetslös läkare är en i princip omöjlig tanke.

Det är underliggande mönster som detta som utredningen menar är de verkligt styrande för hur sjukvårdens resurser fördelas. Detta förstärks av andra faktorer, exempelvis att förmågan att mäta och prognosticera sjukvårdsbehov i befolkningen får anses vara relativt svag.. Så länge vården inte har tillräcklig kunskap om nuvarande och framtida vårdbehov tenderar planering och resursfördelning att ske slentrianmässigt utifrån föregående månads/års utfall och utifrån nuvarande strukturer. Allt detta har sammantaget bidragit till att cementera sjukhusvården som en utgångspunkt för hur hälso- och sjukvården har organiserats i Sverige.

Mot denna bakgrund är det problematiskt att även de nuvarande huvudprinciperna för hälso- och sjukvårdens organisering i lagstiftningen utgår från sjukhusen. 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.

Det behövs nya styrande principer för ett effektivare hälso- och sjukvårdssystem

Utredningen menar fördelningen av resurser – i detta fall främst kompetens – behöver förändras för att möta behoven i framtiden. Det är slående hur mycket av vårdens produktion som flyttat ut från sjukhuset trots att resurser i form av kompetens i hög grad stannat kvar inom ramen för sjukhusvården. Trots att primärvården under lång tid har varit prioriterad har dess andel av de totala resurserna inte ökat. Primärvården upptar ca 17 procent av de totala resurserna i Sverige, vilket är en liten andel i jämförelse med andra länder. Det är enligt utredningens uppfattning uppenbart att den

starka sjukhusvården och den svaga primärvården i Sverige går hand i hand.

Demografiska förändringar och befolkningens förväntningar på vården innebär enligt utredningens uppfattning att fler och mer avancerade vårdbehov behöver kunna tillgodoses nära invånarna. Där är primärvården och organiseringen av densamma en nyckelfaktor för att möta de ändrade behoven. De förväntade utmaningarna när det gäller kroniska sjukdomar, multisjuklighet, stigande ålder i befolkningen och ökade behov av vård talar starkt för att det behövs åtgärder för att bryta nuvarande struktur i vården.

Mot bakgrund av den kunskapsöversikt som utredningen tagit fram (bilaga 3) anser utredningen att det finns övertygande stöd för slutsatsen att en resursöverföring från sjukhusvård till primärvård är gynnsam ur ett effektiviseringsperspektiv. Primärvården behöver således enligt utredningens uppfattning förstärkas med resurser. Resurser i detta sammanhang är i stor utsträckning synonymt med personal. En mycket viktig del i detta är att utredningen anser att fler läkare inom andra specialiteter än allmänmedicin behövs i primärvården.

Av utredningens genomgång av en lång rad utredningar och andra initiativ (se bilaga 4) kan dras slutsatsen att de mjukare styrmedel som prövats i syfte att få till stånd en prioritering av primärvården i allt väsentligt har misslyckats. Utredningen bedömer att det behövs ett nytt angreppssätt för att få till stånd en förändring av primärvårdens funktion och uppdrag

Lagstiftning är statens kraftfullaste styrmedel och utredningen anser därför att det är befogat att bärande principer i lagstiftningen görs om för att markera den inriktning som eftersträvas.

Diskussion och analys av hälso- och sjukvårdens organisering försvåras av föråldrade begrepp eller föreställningar om vad begreppen innehåller. Utredningens uppdrag har inte omfattat en analys av begreppen i nuvarande lagstiftning och utredningen har därför inte närmare kunnat utreda begreppens innebörd och inbördes relationer. Utredningen har dock i de förändringar som vi föreslår sett att det är nödvändigt att genomföra en viss naturlig modernisering av begrepp i den mån det har betydelse för förslagens utformning.

7.2 Ny styrande princip: vården ska ges nära befolkningen

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om inriktningen för landstingens organisering av hälso- och sjukvård. Innebörden är att landstingen ska ordna sin hälso- och sjukvård nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Skälen för utredningens förslag

Hälso- och sjukvården ska ges ”nära” befolkningen

Att vården ska vara tillgänglig är redan reglerat i HSL. Det har kommit att i allt väsentligt få en *tidsmässig* innebörd, dvs. en koppling till väntetider. Tillgänglighetsbegreppet fångar, enligt utredningens bedömning, inte aspekter på organiseringen av vården som utredningen menar bör vara grundläggande styrande principer för organiseringen av vården. Utredningens föreslår att en ny huvudprincip införs i lagen, att landstingen ska ordna sin hälso- och sjukvård nära invånarna. Utredningen har hämtat inspiration från den finska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Nyckelordet är ”nära” och innebär i första hand en geografisk dimension. Häri ligger det självklara att vården måste så långt som möjligt vara tillgänglig oavsett var i landet patienterna bor. Men denna fråga är ingalunda enkel och det beror på hur man definierar begreppet. Om man med nära menar möjlighet att fysiskt träffa personal behövs en viss typ av organisering. Om man med begreppet nära menar lättillgänglig hjälp att lösa sitt problem/möta sitt behov kan andra sätt att organisera vården aktualiseras.

När det gäller den traditionella förmedlingslogiken i sjukvården, dvs. att patienten besöker en vårdinrättning och träffar personal i fysiskt möte, så är denna form av service relativt väl utbyggd i dag. I vilken mån landstingen ska tillgodose exempelvis behovet av vårdinrättningar för fysiska möten t.ex. vårdcentraler i områden där det egentligen inte finns patientunderlag, bör inte lagregleras. Detta handlar om det svåra prioriteringsarbete som landstingen måste

göra. Det handlar också om att det finns gränser för det offentliga åtagandet, befolkningen kan inte förvänta sig service på *samma sätt* i extrem glesbygd som i storstadsområden.

Utredningen bedömer att detta traditionella sätt att distribuera vårdtjänster – genom att patienten träffar en professionell på en vårdinrättning – kommer att finnas kvar så långt vi kan överblicka. Det vi i dag bara sett början av handlar om ett annat sätt att distribuera vården med hjälp av teknik. Då kan patienten – med hjälp av dator, mobiltelefon eller annat få hjälp var hen än befinner sig. Först då har vården verkligen flyttat *nära* invånarna. Det nuvarande ganska ensidiga fokus på den traditionella förmedlingslogiken ”fysiskt möte på vårdinrättning” måste skiftas till att omfatta också andra former av interaktion med patienten. Patientens behov och möjligheter behöver mötas bättre av vården De tekniska möjligheterna är stora redan i dag att tillgodose behov utan att fysiska möten behöver ske men tekniken behöver spridas så att alla i befolkningen har möjlighet att få sina vårdbehov tillgodosedda på detta sätt.

Figur 7.1 Faktaruta: Exempel på primärvård med hög grad av digitala lösningar

I Västerbottens läns landsting finns två glesbygdsmedicinska center, i Storuman och i Vilhelmina. Här har man också utvecklat det som kallas sjukstugemodellen. En sjukstuga är ett minisjukhus, där man kan lägga in akut sjuka patienter. Här finns en bred kompetens med allmänläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor och paramedicinsk personal. Sjukstugorna har röntgen- och laboratorieutrustning, ambulans samt telemedicinsk teknik som gör att man kan ta emot i stort sett alla patientkategorier. Nästan alla sjukstugor har också en väl utvecklad samverkan med kommunal hälso- och sjukvård. De är ofta sammanbyggda med äldreboenden och samverkar kring bemanning, förråd m.m.

Röntgenundersökning dygnet runt och allt fler laboratorieundersökningar kan utföras, liksom Arbets-EKG. Centrumen leder utvecklingen av distansteknik mot primärvård och hemsjukvård. Tekniken för hjärtundersökning med ultraljudsrobot utvecklas vidare med en tillämpning för bukaortaundersökning och back-up på distans. En mobil väska med mätinstrument där kroniskt sjuka själva kan sköta rutinkontroll av till exempel blodtryck, blodvärde, blodsocker och Waran-dosering har införts. Mätresultaten skickas till en databas där läkare tar del av dem. Med resande specialister och/eller distansteknik bygger centrumen system för konsultation inom en rad specialiteter. Avsikten är att också införa specialiststöd vid ronder på sjukstugornas akutplatser. Arbetsformerna utvärderas systematiskt i samarbete med Lycksele lasarett. Läs mer på www.vll.se

Utredningens bedömning är att arbetssätten i sjukstugemodellen utgör en ”sinnebild” av en utveckling som svensk hälso- och sjukvård behöver ta. Den utgår från primärvården men integrerar sjukhusvård och kommunala insatser, dvs. använder tillgängliga resurser på ett icke-hierarkiskt sätt och skapar en fungerande helhet. Den traditionella vårdkedjelogiken med dess uppdelning mellan primärvård och sjukhusvård ersätts av en helt annan förmedlingslogik som av allt att döma är resurseffektiv och ger befolkningen möjligheten till vård utan att behöva transportera sig eller uppsöka många instanser. Modellen skulle sannolikt fungera lika väl i storstadsmiljö, men utredningen känner inte till att detta har prövats ännu. Arbetssätten med bred generalistkunskap multiprofessionalitet, flexibilitet och en ständig teknikutveckling möjliggör att patienten kan få vård nära där hen befinner sig.

Figur 7.2 Faktaruta: Exempel på den virtuella vårdcentralen

Kry.se gör det möjligt för patienter att träffa läkare via videomöte och få hjälp med besvär som varken kräver fysisk undersökning eller provtagning för att diagnostisera, och därför går bra att behandla på distans. Till Kry är knutet en förteckning över symptom som Kry kan hjälpa patienterna med. Kry är privat drivet och är i skrivande stund helt privat finansierat.

Läkarna som arbetar för vårdcentraler via Kry arbetar deltid på Kry och deltid med fysiska vårdmöten på vårdcentraler och kliniker i Stockholmsregionen. All vårdpersonal har även utbildats för att kunna bedriva virtuella vårdmöten. Patienterna loggar in med BankID och beskriver sina symtom eller ställer sin fråga. Därefter genomför kry ett funktionstest för att säkerställa att patientens dator/mobila enhet fungerar för ett videomöte. Patienten kan sedan välja att ställa sig i kö för en drop-in-tid eller boka en tid. Man kan även boka en tid för sitt barn. Kry kan remittera till andra vårdgivare.

Sedan den 1 december 2015 finns i Jönköpings län en testverksamhet med möjlighet att träffa läkaren via videomöte på dator, mobiltelefon eller läsplatta. Tjänsten heter Bra Liv nära och är ett samarbete mellan Vårdcentralerna Bra Liv, Region Jönköpings län och Kry. Tjänsten ingår i Region Jönköpings vårdutbud och patienterna betalar vanligt besöksavgift.

Utredningen erfar att även andra landsting har långt framskridna planer på att införa eller på andra sätt stimulera utvecklingen mot virtuella vårdcentraler.

Digital och virtuell vård är efterfrågad och kan föra vården närmare patienten

Konsultföretaget PWC har genomfört en undersökning om patienternas inställning till digitala och virtuella lösningar, där 1 000 personer tillfrågades om deras syn på ”vård på distans”.[2] Resultatet är genomgående positivt. En jämförelse görs med den samhällsförändring som skett för banker och resebolag och PWC konstaterar att det nu finns en förväntan att kunna göra detta även inom offentlig sektor. Rapporten visar bland annat att om en av tre svenskar med kroniska sjukdomar skulle välja virtuella vårdlösningar, skulle detta kunna innebära en årlig kostnadsbesparing på 369 miljoner kronor. Vidare visar PWC:s beräkningar att om en av fem svenskar valde att göra hälften av sina läkarbesök i primärvården virtuellt, skulle detta årligen kunna spara upp till 1,2 miljarder kronor. Några andra intressanta resultat är att 42 procent av respondenterna är positiva till att välja virtuella vårdalternativ före traditionella och 20 procent kan tänka sig vårdkonsultation via videosamtal. Endast 6 procent är oroliga för den personliga integriteten vid virtuell vård. Två av fem anger oro för att vårdkvaliteten kan försämras.

Virtuella vårdcentraler, appar, virtuella vårdrum och andra tekniska lösningar kan ersätta vissa vårdmöten men inte andra. Utredningen bedömer att det finns en mycket stor potential att utveckla sådana sätt att distribuera vårdtjänster. Underliggande karaktäristika är att det handlar om vård som är av mindre komplex karaktär, oftast lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Med den tekniska utvecklingen kommer sannolikt detta att förändras, exempelvis avseende diagnostik.

Den stora potentialen för patienterna är att vården kan ges verkligt *nära* patienten där hen befinner sig när vårdbehovet uppstår och att vården är personcentrerad, dvs. utgår från den enskilda patienten.

För hälso- och sjukvården är potentialen i virtuella vårdcentraler att det möjliggör för vården att kunna *segmentera patientbehov* på ett bättre sätt än i dag. Patienter med enklare besvär kan tas om hand

[2] PWC Digitala doktorn kan komma – Hur redo är Sverige för digital och virtuell vård? 2015.

på ett betydligt mer effektivt sätt om förmedlingslogiken anpassas efter det aktuella patientbehovet. Patienterna bokar tider och betalar via internet, dvs. ingen administrativ personal behövs för detta. Det uppstår ingen spilltid för vare sig patienter eller personal med att hämta i väntrum, osv. När arbetssätten bättre möter den aktuella patientgruppens behov uppstår bättre möjlighet till effektivt resursutnyttjande.

Den stora vinsten ligger antagligen i den sammantagna effekten av att använda nu nämnda lösningar för många av de enkla ”besöken”. Det innebär samtidigt att framför allt primärvården kan avlastas ”enklare” besök och mer fokus kan läggas på patienter med mer komplex problematik. Det kan skapa ökade möjligheter till kontinuitet för de patienter som behöver det och ge bättre förutsättningar för ett kvalificerat omhändertagande av patienter med t.ex. kronisk sjukdom.

En utbyggd vårdcentral på internet i alla landsting skulle sannolikt också möjliggöra att den avlastar i de geografiska områden där det råder brist på specialister i allmänmedicin. Det ger också en möjlighet att ”omdistribuera resursen” specialister i allmänmedicin så att de geografiska områden som är försörjda, eller till och med väl försörjda, med sådan kompetens kan avlasta geografiska områden där det råder brist.

I detta sammanhang kan också lyftas fram vad som i framtiden kan komma att vara möjligt att göra på distans. På flera platser utvecklas arbetssätt där en sjuksköterska undersöker en patient med en läkare närvarande på distans med hjälp av teknik, en sådan utveckling av effektivt teamarbete är både möjlig och rimlig enligt utredningens uppfattning.

Vi vet inte mycket om teknikens gränser och dess potential för sjukvården. Men en sak kan vi veta och det är att de tjänster och arbetssätt som ligger på ”frontlinjen” eller ter sig omöjliga i dag inte kommer att vara det i framtiden. Ponera att det i framtiden är möjligt att köpa ett litet ”testkit” på närmaste apotek, där patienten själv kan ta blodprov, urinprov eller annat. Resultaten avläses av en sensor kopplad till dator eller mobil som kan ställa diagnos med hjälp en digital doktor. Provresultaten och kanske till och med förslag till diagnos och tänkbara behandlingsstrategier skickas till sjukvården för bedömning. Ett sådant exempel på utveckling skulle sannolikt avsevärt förändra sjukvårdens arbetssätt, åtminstone vad

gäller relativt okomplicerade besvär. Utredningen bedömer dock att även om metoder för diagnostik radikalt kan komma att förändra vården i framtiden är det inte säkert att behandling och rehabilitering kan förändras på samma sätt. ”En bruten arm behöver sannolikt stagas upp på något sätt även i framtiden”.

Begreppet ”nära” har en relationell dimension

Uttrycket ”*nära befolkningen*” kan också ges en mer relationell dimension. Utredningen anser att det är viktigt för befolkningens tilltro till vården att den är lätt att nå och förstå, steget att ta kontakt med vården ska vara psykologiskt och praktiskt lätt att ta. Detta är särskilt viktigt för personer med lägre utbildning, sämre socioekonomisk situation, personer med nedsatt autonomi eller personer som vården av andra skäl måste ta särskild hänsyn till så att de kan få den vård de behöver. Att vården ska vara lätt att nå handlar om att servicegraden behöver vara i paritet med andra branscher, annars anser utredningen att det finns risk för att tilltron till sjukvården skadas. Olika vägar till vården bör eftersträvas så att patienter kan använda det sätt som är mest naturligt för dem, dvs. att patienterna kan kontakta vården via möten, telefon, e-post, sms, sociala medier eller annat. Språk och framtoning hos vårdens professioner spelar roll för hur patienterna upplever närheten till vården och vilken tilltro de sätter till den.

Undantag från huvudprincipen: koncentration av vård där det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl

Med inspiration från finsk lagstiftning (jämför 1 kap 10 § tredje stycket finska hälso- och sjukvårdslagen) anser utredningen att en övergripande styrande princip om att vården ska ordnas nära befolkningen behöver kompletteras med möjlighet att göra undantag då det är motiverat med geografisk koncentration av vård av kvalitetsskäl eller effektivitetsskäl.

Kvalitetsskäl och effektivitetsskäl hänger samman med varandra – dålig kvalitet är inte effektiv vård; effektiv vård har hög kvalitet. Utredningen menar att de självklara fall då detta undantag ska tillämpas är där hög grad av specialisering runt en viss patientgrupp,

viss diagnos eller viss åtgärd är nödvändig för att patienterna ska kunna erbjudas god vård. För mer utförlig analys om kvalitet, effektivitet och koncentration se betänkandet *Träning ger färdighet* (SOU 2015:98), avsnitt 8.

Det kan också finnas rent ekonomiska skäl för en geografisk centralisering. En bemannad vårdinrättning som betjänar mycket få patienter renderar höga eller mycket höga kostnader. Det finns en gräns för hur mycket resurser vård som distribueras på visst sätt får kosta jämfört med andra behov. Häri ligger en svår prioritering mellan olika behov och gränserna behöver sättas utifrån en avvägning av faktorer på lokal nivå. Utredningen väljer att inte försöka detaljreglera detta, utrymmet för lokala politiska prioriteringar behöver vara stort.

Proportionalitetsbedömning

Omställningen av sjukvårdens struktur från sjukhus till öppen vård och primärvård har skett under lång tid i så mening att mycket av vården sker utanför sjukhusen. Men resurserna har i allt väsentligt ”stannat” på sjukhusen och den önskade förstärkningen av primärvården har uteblivit, trots många reformer och att många styrmedel tillämpats. Det senaste större och mer genomgripande försöket att ställa om hälso- och sjukvårdsstrukturen genomfördes i samband med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Dessvärre uteblev den önskade effekten, se bilaga 4. Utredningen gör i princip samma bedömning som gjordes i den nationella handlingsplanen, och som upprepats i ett otal andra utredningar efter det, att Sveriges ”sjukhustunga” struktur inte är optimal ur perspektivet effektivt resursutnyttjande. Utredningen kan konstatera att både staten och i viss mån huvudmännen vidtagit ett flertal olika åtgärder under många år för att förändra detta. Mot bakgrund av att effekterna uteblivit anser utredningen att det nu är befogat att lagstifta om den önskade inriktningen och att lagstiftningsåtgärderna därmed uppfyller kraven på proportionalitet enligt 14 kap. 3 § RF.

7.3 Ny styrande princip: vården ska ges som öppenvård i första hand

Utredningens förslag: Vård som inte kan tillgodoses i öppen vård ges som sluten vård.

Skälen för utredningens förslag: I nuvarande utformning av 5 § HSL är det slutenvård som definieras. Öppenvård definieras som en negation till slutenvård. Utredningen anser att detta är ett förlegat förhållningssätt. Utredningen föreslår, med inspiration från finsk lagstiftning att lagen bör uttrycka att öppenvård är ”huvudregel” och därmed implicit att slutenvård är undantag (jämför 3 kap. 24 § andra stycket finska hälso- och sjukvårdslagen). Detta synsätt är egentligen praxis redan i dag. Förslaget är mer att se som en kodifiering av praxis och bedöms inte ha några kostnadsmässiga eller andra konsekvenser.

Utredningen vill i anslutning till detta påtala att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i sluten respektive öppen vård. Gränserna mellan öppen och slutenvård har förändrats radikalt och gränserna är i dag så flytande att det sannolikt inte är adekvat att ens upprätthålla någon exakt distinktion (se vidare i SOU 2015:20). Utredningen har dock i arbetet identifierat att mycket annan lagstiftning relaterar till dessa begrepp. Att lämna förslag till en genomgripande förändring av begreppen kräver utredning och överväganden som inte ryms inom utredningens uppdrag. Vi avstår därför från att lämna förslag när det gäller ändrade begrepp i denna del men vill ändå peka på att detta kan vara en fråga för framtida överväganden avseende lagstiftningen.

7.4 Sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning

Utredningens förslag: Sluten vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Skälen för utredningens förslag: I dagens utformning av 5 § HSL anges att ”för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård”. Utredningen menar att denna lydelse är föråldrad och missvisande.

Begreppet ”intagning” stämmer inte längre med språkbruket i hälso- och sjukvården. Begreppen som används i dag är ”inskrivning i” och ”utskrivning från” sluten vård, vilket beskriver en händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i sluten vård ställs till patients förfogande, se vidare Socialstyrelsens termbank.

Utredningen bedömer vidare att det i lagen inte längre behöver anges när det behövs sjukhus utan det ska som i praktiken i dag vara en fråga för huvudmännen att bedöma, liksom vilket innehåll i form av tjänster och utrustning ett sjukhus ska ha.

Utredningens uppfattning är att sluten vård i grunden handlar om att patienten dels hålls under uppsikt under en sammanhängande tid samt att det finns beredskap att agera snabbt om något tillstöter. Motivet för sluten vård handlar också i viss utsträckning om vilka åtgärder som görs. Motsvarande åtgärder kan dock ofta genomföras i öppen vård i dag, varför det sällan finns en särskilt tydlig avgränsning mellan öppen och sluten vård. I dag är det vanligt att det är personalens kompetens och bemanningssituation som avgör vilka åtgärder som med bibehållen patientsäkerhet kan göras var.

Utredningen anser att denna utveckling är positiv då den möjliggör inte bara för nära och personcentrerad vård, utan också för att en uppluckring av gränserna i detta fall bäddar för innovation och effektivare lösningar.

Dygnet-runt-vård ges i dag på fler platser än sjukhus, t.ex. sjukstugor, vårdcentraler, närvårdscentraler och särskilda boenden. Allt fler åtgärder kan i dag utföras utan att patienten behöver övernatta

på sjukhus eller andra vårdinrättningar. Patienthotell är exempel på detta. Det förekommer också att patienter har en vårdplats på vårdavdelning dagtid och får permission över natten för att sova hemma. På flera håll i landet pågår en utveckling mot olika former av mellanvård där kommuner och landsting samarbetar. Det handlar om vårdformer som har möjlighet att ta hand om patienter som inte längre behöver vara på sjukhusens vårdavdelningar men som av olika skäl inte kan återgå till sitt hem. För sköra äldre som bor i särskilda boenden, eller i sitt eget hem, kan kommunen ordna med förstärkt övervakning trots att svårighetsgraden i hälsotillståndet kanske skulle motivera sluten vård på sjukhus. Sådana lösningar kan vara motiverade utifrån de negativa konsekvenser det kan ha för patienten att förflyttas. Särskilt gäller detta personer med nedsatt autonomi, t.ex. pga. demens. Ett sådant byte av miljö riskerar att bli negativt och förvärra hälsotillståndet.

Vidare ska beaktas att en potentiell negativ utveckling av antibiotikaresistens och smittorisker inom sjukhusen kan medföra att vissa åtgärder av patientsäkerhetsskäl bättre utförs i patientens hem.

Även tekniska lösningar för övervakning (exempelvis kameraövervakning och/eller monitorering på distans) och tillgång till mobila vårdteam för vårdmöten i patientens hem luckrar upp gränserna för vad som behöver göras i traditionell sluten vård på sjukhus.

I den finska hälso- och sjukvårdslagen (8 kap. 67 §) anges att med sluten vård avses behandling och rehabilitering på vårdavdelning vid sjukhus, hälsovårdscentral eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller under motsvarande förhållanden. Slutenvårdsbegreppet har således gjorts platsoberoende. Vidare finns i den finska hälso- och sjukvårdslagen (3 kap. 25 § andra stycket) begreppet hemsjukhusvård som definieras som

> […] tidsbunden, effektiviserad hemsjukvård. Den kan ordnas inom ramen för primärvården, den specialiserade sjukvården eller som ett samarbete mellan dessa. De mediciner som ges och de förbrukningsartiklar enligt vårdplanen som används i hemsjukhusvården ingår i vården.

Utredningen anser att den finska lagstiftaren är betydlig mer modern i sitt sätt att se på slutenvård än den svenska. Det handlar inte om platsen utan om kvaliteten på omhändertagandet av

patienten. Personal och utrustning har möjlighet att vara mobila och kan flyttas dit behoven finns.

Utredningen föreslår mot bakgrund av detta en ändring av lagstiftningen avseende slutenvård; sluten vård ska kunna ges på vårdinrättning eller annan plats. Syftet är att ta bort gränser mellan olika vårdformer, mellan öppenvård och slutenvård där sådana gränser bromsar en önskvärd utveckling. Syftet är också att bana väg för ett mer flexibelt förhållningssätt till vad en vårdplats kan vara och hur och var olika former av vård kan ges. I takt med den tekniska utvecklingen kan allt fler vårdåtgärder utföras i den enskildes hem eller på platser utanför sjukhus och det som är avancerade åtgärder i dag kanske inte är det i framtiden.

8 Primärvårdens uppdrag och organisation

Sammanfattning: I avsnittet redovisas utredningens bedömning att det är strategiskt viktigt för hela hälso- och sjukvårdens effektivitet att primärvården har tillräcklig kapacitet. En välfungerande primärvård är sannolikt även den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan bidra med för att uppnå en mer jämlik hälsa.

Utredningen föreslår en nationell definition av primärvårdens uppdrag. Vidare föreslås en organisatorisk uppdelning av primärvården i en *allmän* primärvård och *riktad* primärvård. Den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov.

En principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov”, inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Mer och mer avancerad vård behöver utföras i primärvården. Det kommer att innebär att primärvården behöver förstärkas med personella resurser. Utredningen rekommenderar ett antal åtgärder som landstingen bör vidta för att uppnå detta.

8.1 En större primärvård ger bättre förutsättningar för effektivare resursutnyttjande

Utredningens bedömning: Den nuvarande strukturen för de totala resursernas fördelning inom hälso- och sjukvårdssystemet är inte optimal ur perspektivet effektivt nyttjade resurser. Med hänsyn tagen till den kommande demografiska utvecklingen finns anledning att nu ta första stegen till att reellt bygga ut primärvården.

Skälen för utredningens bedömning

Behovet av att stärka och utöka primärvården har funnits länge men Sverige har aldrig klarat att göra denna omställning

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, se avsnitt 4.1.3. Denna struktur har 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 vårdpersonal, se avsnitt 7.1. Det kan inte nog understrykas att den demografiska utvecklingen med fler äldre med största sannolikhet också kommer att innebära att fler människor kommer att ha flera kroniska sjukdomar, vilket potentiellt innebär att vårdens storkonsumenter kommer att bli fler. Att ta om hand vårdbehov hos dessa på ett effektivare sätt än i dag anser utredningen vara en nyckelaktivitet för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande.

Enligt utredningens bedömning behöver vårdbehoven hos personer med multisjuklighet i större utsträckning än i dag tas om hand i primärvården. De områden där svensk hälso- och sjukvård i dag uppvisar sämre resultat i internationella jämförelser handlar framför allt om bemötande, kontinuitet, helhetssyn och flexibilitet, se avsnitt 6.4.4. Förmågan för sjukvården att klara dessa centrala

kvalitetsvärden är sålunda relativt låg i dag. Utredningen bedömer att förmågan att upprätthålla dessa värden kommer att innebära en ännu större utmaning inför framtiden med tanke på den demografiska utvecklingen med allt fler äldre, en grupp som historiskt sett har multipla åkommor. Äldre, och särskilt ”äldre äldre” är en patientgrupp som ofta har mångfacetterade behov, där insatserna måste koordineras på ett ändamålsenligt sätt för att bli effektiva.

Frågan om hur mycket och på vilket sätt staten ska styra hälso- och sjukvården, däribland primärvården, i form av omfattning, ambitionsnivå och organisation har utretts ett stort antal gånger genom åren, se bilaga 4. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) utgår från principen att landstingen ska ha ett mycket stort handlingsutrymme för att närmare definiera hälso- och sjukvårdens innehåll och organisering. Genom åren har dock denna princip att inte reglera hälso- och sjukvården alltmer urholkats och ett flertal bestämmelser har tillkommit som rör primärvårdens innehåll och organisation.

Många försök har gjorts för att stimulera primärvården och för att få primärvårdens resurser att växa, några exempel nämns i bilaga 4. Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149; NHP) lämnade få, bestående resultat trots en tydlig ambition att stärka primärvården, se bilaga 4. Utredningen erfar att den stora satsning som NHP utgjorde med nationella överenskommelser mellan regeringen och de båda kommunförbunden kompletterade med landstingens handlingsplaner andades att förändringen kunde styras fram med hjälp av nationella ekonomiska stimulanser. Utredningen konstaterar att en sådan ansats inte fungerade då och skulle sannolikt inte fungera i dag heller.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Men utredningen erfar också att det finns en utbredd uppgivenhet och idéfattigdom avseende hur detta ska gå till. Utredningen menar här att det finns mycket lärdomar att dra från tidigare försök att stärka primärvården som kan ge vägledning om vad som kan vara möjliga åtgärder för att denna gång lyckas med en strukturell förstärkning. Utredningen menar att en förstärkning av primärvården behöver bygga på en teoretisk förståelse av att detta inte kan lösas genom ett ”alexanderhugg”, utan snarare

handlar det om flera små steg som alla drar åt samma håll. Utredningens avsikt med förslagen i denna del är att lägga grunden för en sådan utveckling. I avsnitt 8.2.4 anger utredningen ytterligare åtgärder som kan behöva vidtas av såväl sjukvårdshuvudmännen som staten för att fullfölja det som i realiteten behöver bli en primärvårdsreform. Detta innebär också att utredningens ansats är att det inte går att genomföra en ”reform” i ”ett svep” utan flera åtgärder behöver vidtas och vid olika tidpunkter för att möjliggöra en stark dynamisk utveckling. Det handlar i stor utsträckning om att hitta rätt ”triggers”, dvs. rätt åtgärder som i sig kan synas små, men som sammantaget främjar en stark dynamisk process.

Utredningens uppfattning är att primärvården som ett första steg i denna utveckling behöver en ny juridisk ram samtidigt som förstärkningen av primärvården måste ske på annat sätt än som gjordes genom NHP. Utredningen anser att staten vidtagit många andra åtgärder för att stärka primärvården men att det nu är befogat att använda statens skarpaste styrmedel, lagstiftning, för att uppnå önskat resultat. Den juridiska ramen måste klara balansen mellan att vara tillräckligt tydlig för att kunna förstås och få styreffekt men också tillräckligt vid för att möjliggöra lokala anpassningar. Samtidigt måste beaktas att skillnaderna inte bör vara för stora inom landet.

En utbyggd primärvård förbättrar möjligheten till effektivare resursutnyttjande totalt sett i systemet

Utredningen har låtit ta fram en studie över primärvårdens roll för ett effektivt sjukvårdssystem, (se bilaga 3). Genomgången visar sammantaget att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Potentialen i primärvården är dock inte så enkel att det *bara* handlar om resurser, det handlar i mycket stor utsträckning om organisering av arbetet och hur styrningen utformas, t.ex. detaljeringsgraden.

Primärvården – särskilt om kroniker och multisjuka

Utredningen bedömer, som framgår av avsnitt 6.2, att en viktig del i ett effektivare resursutnyttjande är att förbättra vården för vårdens ”storkonsumenter” som i stor utsträckning utgörs av män och kvinnor, flickor och pojkar med kroniska sjukdomar. Personer med kroniska sjukdomar sammanfaller till viss del med multisjuklighet Historiskt har vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp med ett stort behov av kontinuitet och med hög delaktighet från patienten. Här uppstår en konflikt mellan å ena sidan hälso- och sjukvårdssystemets förmedlingslogik av vården som i stor utsträckning utgår från akutsjukvården och en vårdkedjelogik och å andra sidan patienternas långsiktiga vårdbehov som behöver bygga på andra förmedlingslogiker. Problemen är således i allra högsta grad strukturella. Utredningen menar att en komponent i den rationella lösningen för att effektivisera vården för kroniskt sjuka är att rusta primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Bättre vård är också viktig för samhällsekonomin. När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Vården av personer med kroniska sjukdomar står för en stor del av sjukvårdskostnaderna. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden.

Det är därför av stor strategisk betydelse att vården förbättras. Det leder till en i alla delar mer långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Bättre vård förutsätter ökade möjligheter för patienterna att vara delaktiga i sin vård. Det förutsätter också att de förebyggande insatserna prioriteras mer. Dessutom krävs ett mer fokuserat och systematiskt arbete för att öka de nationella riktlinjernas genomslag. I strategin lyfts följande förbättringsområden fram som särskilt viktiga:

1. patientcentrerad vård
2. kunskapsbaserad vård
3. prevention och tidig uppmärksamhet.

Områdena beskrivs på följande sätt.

1. *Patientcentrerad vård* innebär att personer med kroniska sjukdomar och deras anhöriga aktivt medverkar i vården och att deras individuella behov, preferenser och värderingar är vägledande när insatser för prevention och vård utformas. På detta område är behovet av utveckling stort. Patientens möjligheter att aktivt medverka i och styra sin egen vård behöver stärkas. Likaså måste patienterna ges bättre förutsättningar att skaffa sig kunskap om den egna sjukdomen och om bästa behandling. Patientcentrerad vård innebär också att vården samordnas och koordineras mellan vårdenheter och vårdnivåer. Det är mycket viktigt för patienter med kroniska sjukdomar som ofta har flera olika vårdkontakter. Det finns behov av att ytterligare utveckla vården på detta område.

2. *Kunskapsbaserad vård* innebär att den vård som erbjuds på alla områden och över hela landet ska baseras på bästa möjliga kunskap. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar är ett av verktygen för att säkerställa att alla patienter vid varje vårdkontakt erbjuds insatser som vilar på sådan kunskap. Det finns nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar såsom diabetes, stroke, hjärt- och kärlsjukdomar med flera. Uppföljningar visar dock att riktlinjernas genomslag i vården är allt för svagt. Därför behöver arbetet med att, utifrån riktlinjerna, forma lokala vårdprogram utvecklas. Utvecklingen behöver i högre grad ske i samverkan mellan landstingen. Riktlinjerna behöver dessutom i högre grad anpassas till förutsättningarna i vården, särskilt till förutsättningarna i primärvården där riktlinjerna i dag inte används i samma omfattning

som i den övriga vården. Det finns behov av att bredda arbetet med behandlingsriktlinjer för att kunna omfatta fler kroniska sjukdomar.

3. *Prevention och tidig uppmärksamhet*, att tidigt uppmärksamma att en patient behöver stöd för förändrade levnadsvanor eller har tidiga symtom på någon kronisk sjukdom, är centralt både för att minska förekomsten av kroniska sjukdomar och för att minska komplikationerna för den som redan har en diagnos. Ohälsosamma levandsvanor såsom tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för insjuknande och utvecklingen av ett flertal kroniska sjukdomar. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver stärkas.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt i januari 2015 en överenskommelse om kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Målet är att bidra till en jämlik, tillgänglig och säker vård av god kvalitet. Överenskommelsen omfattar ca 70 miljoner kronor för 2015. Medlen är bland annat avsedda för insatser som ska främja en mer kunskapsbaserad och patientcentrerad hälso- och sjukvård. Aktiviteterna bidrar till genomförandet av den nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar.

En utbyggd primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Utredningen vill i sammanhanget särskilt lyfta primärvårdens betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt. Det finns enligt utredningens bedömning stöd för antagandet att en utbyggnad av primärvården sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som landstingen kan göra för att uppnå en mer jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen. Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

En ny syn behövs på vad primärvård är och innehåller

Utredningen erfar att synen på primärvårdens uppdrag ofta utgår från föråldrad föreställning om att det skulle vara fråga om ”enklare åkommor” som handläggs i primärvården. Ett sådant synsätt måste förändras. Eftersom dagens primärvård i visst avseende kan sägas ha vuxit fram som en negation till sjukhusvården och att primärvården ”ska avlasta sjukhusen” med det som inte kräver sjukhusets resurser, har synen på primärvården dominerats av att där handläggs ”den enklare vården”. Kanske har detta också i viss mån påverkat hur vi fördelat resurserna inom hela systemet. Att värna sjukhusvårdens resurser har underförstått inneburit att man värnar patienter med ”svårare problematik”.

Vår föreställning om primärvården och fördelningen av resurser till densamma kan också ha påverkats att det faktum att vi i Sverige har brist på specialister i allmänmedicin. Utredningen menar att det i den allmänna debatten implicit framkommer att primärvården är mer eller mindre synonym med ”allmänläkarvård”. Med en sådan föreställning om primärvårdens innehåll är det inte konstigt att resursförstärkning uteblivit – det har inte funnits något incitament att satsa på primärvården eftersom det ändå inte finns läkare som kan utföra primärvårdsuppdraget. Ett slags moment 22-situation har uppstått. Sverige har sannolikt haft brist på allmänläkare/distriktsläkare/specialister i allmänmedicin sedan 1600-talet och enligt senaste prognoserna kommer bristen på specialister i allmänmedicin bestå så långt fram vi kan överblicka. Utredningen menar att det är av yttersta vikt att föreställningen om vad primärvården innehåller revideras så att potentialen i det multiprofessionella arbetet i primärvården kan realiseras.

Utredningen menar att även om bristen på specialister i allmänmedicin består och fortgår så är det olyckligt om detta faktum hämmar viljan att förstärka resurserna till primärvården. Primärvården i dag består av så många andra professioner och utredningen menar, som framgår av avsnitt 6.4.7, att ändrade arbetssätt i vården medför att andra professioner kan ta över arbetsuppgifter som i dag utförs av läkare. Detta gör att specialister i allmänmedicin kan avlastas vissa arbetsuppgifter och fokusera på de behov som verkligen behöver deras kompetens. Vidare anser utredningen att det är nöd-

vändigt att läkare inom andra specialiteter verkar inom primärvården, se vidare avsnitt 8.2.4.

Utvecklingen inom de medicinska vetenskaperna – men även andra vetenskaper – gör att vilka åtgärder som kan utföras, var, när och av vem ständigt förändras. Detta påverkar i hög grad innehåll och villkor för primärvården. Ett sätt att tydliggöra primärvårdens villkor och förutsättningar är att på ett övergripande sätt beskriva hur vårdorganisationen har påverkats av den medicinska utveckling som skett under de senaste decennierna. Socialstyrelsen har i rapporten *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar – lägesrapport 2015* redogjort för huvuddragen (s. 53–54). Efter en nedgång i infektionssjukdomarnas relativa betydelse under 1960-talet tog hjärt- och kärlsjukdomarna över och stod för de flesta vårdinsatserna under 1970- och 1980-talen. Därefter ökade insatserna för rörelseorganens sjukdomar och de psykiatriska sjukdomarna under 1990- och 2000-talen. Under denna tidsperiod skedde också en övergång från omhändertagande av akuta tillstånd på sjukhusen till insatser utanför sjukhusen med ökade inslag av rehabilitering. De kroniska sjukdomstillstånden behandlades i ökad utsträckning vid öppna mottagningar utanför sjukhusen och då särskilt vid primärvårdens enheter. Många tillstånd har under de senaste 40 åren utvecklats från behandlingsbara till botbara till följd av ökad medicinsk kunskap. Detta har fått två omedelbara konsekvenser: den sjukhusbundna vården har förkortats betydligt och mortaliteten har minskat. Samtidigt har uppföljning av vård och behandling överförts från sjukhus till primärvård och kommunal hemsjukvård.

Ökad kunskap och förbättrad diagnostik har lett till nya arbetsuppgifter genom att sjukdomar såsom KOL, osteoporos och psykiska sjukdomar oftare diagnostiseras och behandlas i primärvården. Parallellt med detta har gränserna för behandling av de stora sjukdomsgrupperna ändrats så att fler personer nu betraktas som kroniskt sjuka. Exempelvis har gränsen för farmakologisk behandling vid högt blodtryck ändrats från 160 i systoliskt tryck under 1980-talet, till dagens 140. Dessutom har utveckling av läkemedel och behandlingsmetoder lett till en högre medicinsk ambitionsnivå för flera patientgrupper såsom diabetiker, personer med förslitningstillstånd i rörelseorganen och personer med hjärt- och kärlsjukdomar. Den medicinska utvecklingen har således medfört

att en allt större andel patienter upptäcks och behandlas inom primärvården samtidigt som fler patienter diagnostiseras för sjukdomar som tidigare behandlades vid sjukhus. Detta skapar ett dubbelt tryck på primärvården och dess organisation.

Den medicinska utvecklingen har alltså bidragit till och påskyndat framväxten av organisationsformer utöver den traditionella sjukhusbaserade organisationsstruktur som länge gällde för hälso- och sjukvården. Exempelvis har den medicinska kunskapsökningen medfört att ett stort antal hälsoproblem numera hanteras av vårdteam och vårdprojekt inom primärvården. En konsekvens av detta är att vårdansvaret och styrningen av medicinska åtgärder har förskjutits från läkare till andra yrkeskategorier och i förlängningen till patienterna, som fått ett allt större ansvar för behandling av sina sjukdomar. Diabetessjuksköterskemottagningar har exempelvis fått en betydelsefull roll i vård och behandling av diabetes. Denna fragmentering av primärvårdens organisation har skapat svårigheter att inlemma dessa verksamheter i det ordinarie linjearbetet, och detta kan i sin tur försvåra den lokala samordningen och koordineringen av patientens hela behov.

8.2 Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

Utredningens förslag: I 5 § hälso- och sjukvårdslagen införs en ny definition av primärvårdens uppdrag. Primärvården ska som en del av den öppna vården

1. vara befolkningens första kontakt med vården,
2. vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar,
3. ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov,
4. ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus,
5. remittera till annan vård vid behov, samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och
6. se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Skälen för utredningens förslag

Ny juridisk ram för primärvården är motiverad eftersom andra försök att vidga primärvården med andra styrmedel har misslyckats – proportionalitetsbedömning

Primärvården är mer än andra verksamheter inom sjukvården beroende av övergripande politiska beslut om vilken roll verksamheten ska ha samt hur relationer med befolkningen och övrig vård ska utformas. Sådana övergripande beslut avgör primärvårdens närmare uppdrag. Utredningens slutsats, bl.a. mot bakgrund av de analyser av statens styrning av hälso- och sjukvården som utredningen genomfört (se avsnitt 6.1.4), är att staten behöver definiera ramarna för ett nationellt primärvårdsuppdrag på ett mer ingående sätt än vad som är fallet i dag.

Åtskilliga nationella initiativ har tagits för att stärka primärvården och öka primärvårdens omfång i fråga om resurser men bestående resultat har uteblivit. Utredningen menar därför att statens möjligheter att med andra och mindre ingripande åtgärder stärka primärvården i stort har misslyckats med sitt syfte. Utredningen anser att det är befogat att staten vidtar det kraftfullaste styrmedlet genom att lagstifta om ramarna för primärvårdens uppdrag. Utredningen anser därför att det nu är befogat att göra detta ingrepp i det kommunala självstyret och att åtgärden uppfyller kraven på proportionalitet i 14 kap. 3 § Regeringsformen.

Uppdragets övergripande konstruktion

Utredningen har i utformningen av primärvårdsuppdraget utgått från den internationellt etablerade definitionen av primärvård, se bilaga 3. Dock har utredningen gjort vissa justeringar och tillägg som sammantaget bättre harmonierar mot den svenska kontexten. Vidare ska erinras att de olika delarna i primärvårdsuppdraget hänger nära samman och förstärker varandra.

Givetvis måste det finnas utrymme för landsting och kommuner att närmare definiera och organisera sjukvården så att det fungerar utifrån lokala förutsättningar men frihetsgraden över primärvårdens uppdrag är i dag enligt utredningens uppfattning för stor. Det hänger också samman med uppfattningen att skillnader i den

samhällsservice som ges kan inte kan vara alltför stor i ett land. Utredningen uppfattar också att det faktum att det i dag saknas en närmare juridisk definition av primärvårdens uppdrag gör att primärvårdsuppdraget inte prioriteras i resurstilldelningen inom respektive landsting.

Primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården

Utredningen föreslår att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården. Denna del av primärvårduppdraget ska ses utifrån tre perspektiv. För det första ska det ses i relation till vårdgarantin som reglerar tidsgränser för primärvården. Att primärvården har korta tidsfrister och har krav på sig att vara lätt tillgängliga innebär implicit att primärvården ska vara lätt att nå för alla sorters vårdbehov.

Ett annat perspektiv på denna del är primärvårdens funktion att utreda och bedöma vårdbehov. Det kan innebära att vidare utredning, behandlingen m.m. kan behöva utföras av annan enhet i vården men primärvården ska vara ingången.

Ett tredje perspektiv är att ett förtydligande av ”första-linje-ansvaret” innebär en ökad tydlighet mot befolkningen vart man ska vända sig i första hand.

Primärvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar

Utredningen anser att det är av vikt att befolkningen alltid ska kunna komma i kontakt med vården oavsett tid på dygnet. I dag har 1177 en sådan viktig funktion då 1177 ger rådgivning dygnet runt, kan bedöma vårdbehov och hänvisa patienter till rätt ställe vid behov. 1177 har också en omfattande informationsverksamhet och råd för egenvård på nätet och på olika språk. Även om 1177 inte i formell mening organisatoriskt kopplas till primärvården är den praktiska utformningen av 1177 sådan att den fullgör en del av primärvårdsuppdraget och alltmer framstår som befolkningens förstahandskontakt med vården. Men 1177 skulle kunna utföra fler uppgifter för att öka servicegraden till befolkningen. Ur patienternas perspektiv hade det varit värdefullt om det genom 1177 hade gått

att boka tider för möten. På så sätt hade patienterna endast behövt ringa ett samtal och dessutom sluppit passa telefontider. En annan möjlig utveckling i framtiden skulle kunna vara att 1177 byggdes på med en nationell virtuell vårdcentral, se avsnitt 7.2. En nationell virtuell vårdcentral skulle kunna bemannas av läkare och annan personal där det finns överskott eller åtminstone är välförsett med personal och på så sätt avlasta regioner som har en svårare bemanningssituation. Kompetensen skulle fördelas något jämnare över landet. Eftersom vårdvalet i primärvården inte är begränsat till det egna landstinget finns också de juridiska förutsättningarna för att patienterna ska kunna välja en annan primärvårdsenhet än inom det egna landstinget.

Primärvården ska ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov

I 5 § HSL anges att ”primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

Utredningen konstaterar att den nuvarande juridiska konstruktionen till stor del utgår från ett grundantagande om att ”sjukhusvården” alltid är mer avancerad och att primärvårdsuppdraget utgår från det som inte behöver utföras på sjukhus. Primärvårdens uppdrag blir således avhängigt vad sjukhusen gör och inte gör. Utredningen menar att ett sådant synsätt på primärvården ter sig alltmer omodernt då allt mer avancerad vård kan utföras utanför sjukhuset. Enligt utredningens uppfattning är mycket av det medicinska arbetet i primärvården i dag allt annat än ”grundläggande”. Primärvårdens roll när det gäller personer med komplex problematik, exempelvis multisjuka är enligt utredningens synsätt mycket komplicerad. Det saknas standardiserade arbetssätt och det saknas i stor utsträckning kunskapsstöd som vägledning när patienten har flera samvarierande sjukdomstillstånd. Vården skräddarsys efter varje enskild patients behov.

Den nuvarande definitionen om grundläggande vård överensstämmer inte heller med utredningens uppfattning att vården ska

ordnas nära befolkningen (se avsnitt 7.2). Sådan vård som är möjlig att ge nära är långt ifrån alltid ”grundläggande”. Utredningen föreslår därför att begreppet tas bort från primärvårdens uppdrag.

Uttrycket ”ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov” motsvarar definitionen av uppdraget i dag, dvs. att uppdraget inte ska avgränsas avseende sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Uttrycket ”för de allra flesta vårdbehov” måste närmare definieras lokalt och vad som lokalt är lämpligt och möjligt att göra på sjukhus respektive primärvård. Utredningens uppfattning är att slutenvård även kan komma i fråga i primärvården. Så är fallet i dag på vissa håll i landet. Utredningen anser att det är viktigt att i lagen slå fast en inriktning för styrningen av resurserna.

Innebörden i remittera till annan vård vid behov, samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten

Primärvården har enligt utredningens uppfattning redan uppdraget att stå för koordination och integration av den vård som ges och vid behov remittering. Uppdraget att remittera vidare vid behov har traditionellt beskrivits som en ”gatekeepingfunktion”, dvs. att primärvården agerar grindvakt till den specialiserade vården. Utredningen menar att detta är en förlegad föreställning som möjligen utgår ifrån den specialiserade vårdens perspektiv.

Ur patientens perspektiv borde det snarare ses som en möjlighet att slippa bli slussad vidare i sjukvårdssystemet med risk för ytterligare väntetider samt att bli hjälpt med sitt problem vid besöket i primärvården. Vidare ger det bättre förutsättningar för kontinuitet att en aktör får möjlighet att ta ett övergripande ansvar för patientens hela behov av vård.

I den internationella definitionen av primärvårdsuppdraget, se bilaga 3, anges ”remittera till annan specialistvård”. Utredningen uppfattar att en sådan avgränsning vore olycklig. Primärvården bör kunna hänvisa patienten att söka annan vård, exempelvis sådan vård som finns inom ramen för det primärkommunala ansvaret. I sådant fall är det inte fråga om en formell remiss (om inte huvudmännen särskilt överenskommit om detta), utan mer en vägledning om vart patienten kan vända sig.

Primärvården ska se till individers samlade förutsättningar och behov

Uppdraget att se till individers samlade förutsättningar och behov har två dimensioner. Den ena dimensionen är den självklara holistiska synen på individen som redan i dag utmärker primärvården. Det manifesteras av att primärvården ska vara multiprofessionell och därmed ha förutsättningar att se på människors situation utifrån olika vetenskapliga perspektiv. Primärvården är i dag i stor utsträckning multiprofessionell, här finns fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer, kuratorer, undersköterskor, dietister, medicinska sekreterare, sjuksköterskor och läkare. Det multiprofessionella arbetssättet i den svenska primärvården är en mycket stor tillgång och ska jämföras med strukturen i andra länder där primärvården inte har samma bredd. I sammanhanget ska jämföras med Norge där den norska regeringen angett att ett viktigt utvecklingsbehov i den norska primärvården är att skapa bättre förutsättningar för teamarbete[1]. Det norska fastlegesystemet fungerar på många sätt väl när det gäller just befolkningens tillgång till läkarvård, men fungerar kanske något sämre avseende att tillgodose befolkningens behov av multiprofessionella team i primärvården.

Den holistiska utgångspunkten manifesteras också i att distriktsläkare och distriktssköterskor, som utgör stommen i primärvårdens personal, på motsvarande sätt är utpräglade generalister. Spetskompetensen är just förmågan att klara av att ha ett mångfacetterat perspektiv på människors behov och kunna möta det behovet med ett multikompetent kunnande.

Den andra dimensionen som utredningen lägger i denna del av primärvårdsuppdraget är att enligt utredningens uppfattning är primärvården sjukvårdens viktigaste resurs för att tidigt kunna fånga upp förändringar i levnadsförhållanden i befolkningen samt hur behoven av vård och andra samhällsinsatser utvecklas. Funktionen ser i grunden likadan ut som uppdraget i det gamla provinsialläkarsystemet (se bilaga 4), dvs. att vara samhällets ”öra mot marken” och ha goda kontakter med enskilda såväl som det civila samhällets organisationer för att ha en bra uppfattning om nuvarande behov och ge underlag för bedömningar av kommande

[1] Melding til Stortinget Meld St. 26 (2014–2015) Fremtidens primaerhelsetjeneste – närhet og helhet, avsnitt 13.2.

behov. I detta sammanhang, vill utredningen understryka att primärvården har de bästa förutsättningarna för att vara den del av systemet som såväl snabbt som långsamt kan ställa om och anpassa sin verksamhet till förändringar i befolkningens behov av vård. Förmågan till anpassning är dock enligt utredningens uppfattning avhängig hur pass decentraliserad styrningen av verksamheten är. Ju mer centraliserat uppdraget styrs i form av regler och ersättningsvillkor, desto sämre är möjligheten för primärvårdsenheten att anpassa verksamheten efter de behov man ser lokalt.

8.2.1 Primärvården har akutuppdraget – remisskrav till akutsjukhus

Utredningens förslag: Primärvården ges ett 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.

Skälen för utredningens förslag

Primärvården tar inte ett tillräckligt ansvar för akut vård i dag

I Sverige sker en betydande del av akutsjukvården på akutsjukhusen. Kanske beror detta sökmönster på den utbyggnad av sjukhusvården som skedde under 1950-talet (se bilaga 4) och som förändrade sökmönstren då. Förklaringen var att resurser i form utrustning, exempelvis röntgen, var koncentrerade till sjukhusen. Sökmönstren vid behov av akut vård har inte riktigt ”gått tillbaka” till primärvården, trots den utveckling som skett i primärvården. Utredningens hypotes är att detta också kan hänga samman med att primärvårdsenheter ofta är öppna enbart kontorstid.

Primärvårdsuppdraget är mycket olika utformat och det varierar över landet hur primärvårdens akutuppdrag och jourberedskap är anordnad. Visserligen finns också i primärvården en jourverksamhet men den sträcker sig oftast inte över hela dygnet. Utredningens hypotes är att patienternas *okunskap* om öppettider, uppdrag och vad som faktiskt kan göras i primärvården medför att man söker sig till det man känner till, akutsjukhusets akutmottagningar. Utred-

ningen erfar att akutsjukhusen i alltför stor omfattning tar hand om lindrigare besvär som skulle kunna tas om hand någon annanstans. Denna uppfattning kommer också till uttryck i några av de landstingsplaner som utredningen granskat, se avsnitt 6.1.3. Detta är inte ett effektivt sätt att använda resurser, akutsjukvård vid akutsjukhus är en mycket dyr vårdform. Tillståndet i den svenska akutsjukvården är enligt flera rapporter bekymmersamt. Av Socialstyrelsens rapporter om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar framgår det att tillströmningen till akutmottagningarna sedan flera år tillbaka har ökat över hela landet. Det framgår även att patienter vänder sig till akutmottagningar i brist på annan tillgänglig vårdinstans eller för att förtroendet för t.ex. primärvården brister.[2]

Exempel på primärvårdens ansvar för akut vård i dag

Den norska systemet med legevakt, närmast att beteckna som en primärvårdsjour, är en del av primärvården och avsedd att ta hand om akuta tillstånd utanför ordinarie öppettider i primärvården. Legevaktsystemet anses vara en stor del av förklaringen till varför Norge får bra resultat när befolkningen skattar tillgång till vård utanför kontorstid.[3] Legevakten kan ordnas som ett samarbete mellan kommuner, ett legevaktsdistrikt. En legevaktscentral är oftast en liten enhet med 1–2 läkare och 1–2 sjuksköterskor, inte sällan lokaliserade till ett litet sjukhus. I Norge finns sedan 2015 ett och samma telefonnummer till legevakten. Patienterna som ringer blir slussade till ”rätt” legevakt, och behöver inte hålla reda på vilken legevakt de tillhör.

Legevakten ska ta hand om vårdbehov som inte kan vänta tills ordinarie öppettid i primärvården. Akutsjukhusens arbete är inriktat mot akuta och livshotande tillstånd. Det råder i princip remisstvång, dvs. patientens behov av akutsjukhusvård ska vara bedömt. Det gäller givetvis inte sådana tillstånd där patienten uppenbart har ett akut allvarligt tillstånd. Legevakten kan göra bedömningen att

[2] Socialstyrelsen: Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar Rapport 2014.
[3] Meld. st.26 avsnitt 10.

patienten behöver uppsöka akutsjukhus men för tillstånd som inte är akuta och allvarliga ger legevakten den vård som behövs.

Men egentligen behöver man inte gå så långt som till Norge för att se exempel på fungerande primärvårdsenheter med akutuppdrag. Lösningen finns även i Sverige med olika benämningar men omfattningen är dock oklar. Det är således ingen ny företeelse i den svenska sjukvården. I avsnitt 7.2 har sjukstugemodellen beskrivits. Dessa har ett ansvar för akutsjukvård dygnet runt parallellt med det ordinarie primärvårdsuppdraget. En annan modell exemplifieras av bl.a. Ljusdals sjukhus som består av flera verksamheter, däribland en vårdcentral och en akutmottagning med dygnet runt ansvar på primärvårdsnivå.

Primärvården ska ansvara för akut vård som inte kräver vård på sjukhus

Utredningen anser att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver ställa om till ett mer primärvårdsbaserat system och däri ligger även ett tydligt akutuppdrag som inte ska begränsas till kontorstid utan ska gälla dygnet runt.

De exempel på detta som utredningen har hittat har ofta det gemensamt att det på grund av (eller tack vare) geografiska avstånd blivit den mest naturliga lösningen. En omställning till ett akutuppdrag för primärvården är enligt utredningens uppfattning en större utmaning för tätorter där det finns akutsjukhus. Samtidigt är det i tätorter, generellt sett, lättare att rekrytera personal inklusive läkare, till primärvården. Eftersom lösningen redan finns och är väl etablerad i vissa delar av det svenska sjukvårdsystemet bedömer utredningen att omställningen är fullt möjlig att göra.

Utredningen utgår från att ett akutuppdrag för primärvården, förutom att det stärker primärvården som ”varumärke” även kommer att öka befolkningens förtroende för primärvården och därigenom bli den naturliga första linjens vård. Det bör eftersträvas att det på samma sätt som i Norge införs ett och samma telefonnummer så att patienterna kan få information om vilken närakut hen ska vända sig till, förslagsvis 1177.

Utredningens förslag innebär givetvis inte att *varje* vårdcentral eller primärvårdsenhet ska vara dygnet runt-öppen. Sannolikt måste framtidens organisering bygga på de strukturer som i dag är

etablerade. Det naturliga är att vårdcentraler inom ett geografiskt område samarbetar för närakutverksamheten. Inte heller är det realistiskt att en närakut finns i varje kommun.

Proportionalitetsbedömning – särskilda aspekter avseende akutuppdraget

Det föreslagna akutansvaret för primärvården innebär enligt utredningens uppfattning ett stort ingrepp i det kommunala självstyret eftersom det får stor påverkan på landstingens sätt att organisera vården. Utredningen bedömer dock att denna omställning behöver göras nationellt och samlat. Det är inte realistiskt att utgå från att varje landsting på egen hand och på frivillig väg skulle klara en omställning av detta slag. Det är en initialt mycket otacksam reform även om motiven, effektivare resursutnyttjande totalt sett i systemet, säkert kan godtas av de allra flesta. Denna omställning måste på ett tydligt sätt kommuniceras med befolkningen.

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.

Utredningen gör antagandet att omställningen kan uppfattas negativt i befolkningen. Detta mot bakgrund av att utredningen uppfattar att befolkningen ser sjukhusens akutmottagningar som en trygg plats och det är dit man ofta vänder sig. En sådan förändring är enligt utredningens erfarenhet lättare att göra om den görs över hela landet. Det kan också motiveras av kraven på att vården ska ges på lika villkor över landet. Utredningen gör dock antagandet att eventuella negativa uppfattningar av förändringen kommer att ebba ut när kunskapen om fördelarna med närakuterna sprider sig och befolkningen fått erfarenhet av närakutverksamheten.

Remisskrav för akut vård på sjukhus

Förändringen som innebär att primärvården ansvarar för akut vård i första hand bör enligt utredningen förstärkas genom att remisskrav införs i lagen för att omställningen ska få avsedd effekt. Remisskravet fungerar så att remiss krävs för akut sjukvård som inte är en

primärvårdsenhet (dvs. en enhet som fullgör uppdrag inom ramen för primärvårdsuppdraget). Primärvårdsenhet kan vara allmän primärvård, riktad primärvård, närakut eller annan beteckning som fullgör uppdrag inom primärvården. Begreppet ”remiss”, ska förstås i vid mening, dvs. en hänvisning från t.ex. en annan vårdgivare är tillräckligt. Några formkrav i övrigt och särskilda blanketter ska inte behövas. Det kan ske genom att primärvården eller någon annan vårdenhet bedömer att patientens behov är sådant att det krävs vård på sjukhus. Det kan också ske genom ambulanstransport eller en hänvisning från t.ex. 1177 eller 112.

Kravet på remiss föreslås förses med ett undantag för särskilda skäl. Det gäller givetvis personer med akut livshotande tillstånd eller andra personer där det rimligen inte kan krävas remiss, t.ex. där det inte finns tid att kontakta eller ta sig någon annanstans än till sjukhusets akutmottagning eller om det av geografiska skäl är uppenbart olämpligt. Personer som söker akut sjukvård på sjukhus utan remiss bör hänvisas till närakut om inte omständigheterna i det enskilda fallet är sådana att det skulle strida mot de etiska regler som gäller. ”Sunt förnufts-principen” får tillämpas.

8.2.2 Ett nytt rättsligt ramverk för primärvårdens organisation

Utredningens förslag: Primärvården ska organiseras i form av allmän och riktad primärvård. Den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdens uppdrag för äldre med omfattande behov.

Skälen för utredningens förslag

Begreppet primärvård

I många sammanhang, inte minst i NHP, tycks begreppet primärvård ofta vara synonymt med allmänläkarverksamhet och lokaliserad till vårdcentraler. Utredningen anser att ett sådant synsätt inte kommer att möta de krav som befolkningen kan komma att ställa på vården. Utredningen menar att begreppet primärvård bör användas för att beteckna ett uppdrag snarare än att beteckna en organisation. Primärvårdens organisation kan mer beskrivas som

ett *system*. Det kan komma att innebära att primärvårdsuppdrag kan läggas inom det som vi i dag benämner specialistvård (dvs. koncentrerad vård) eller på sjukhusen. Exempelvis gynekologisk öppenvård, psykiatrisk öppenvård m.m.

Eftersom primärvårdsuppdraget är mångfacetterat och kräver multidisciplinärt arbete är det särskilt olyckligt om det förknippas ”bara” med specialister i allmänmedicin även om denna yrkesgrupp under överskådlig tid behöver vara stommen i primärvården. I primärvården finns också många andra yrkesgrupper som självständigt handlägger patienter, inte minst inom mödravård och BVC. Dessutom förekommer redan i dag läkare i primärvården som är specialister i annat än allmänmedicin.

Utredningen anser att begreppet närvård skulle vara ett bättre begrepp än primärvård då det skulle innehålla den såväl rumsliga som funktionella förflyttning som utredningen eftersträvar med sina förslag. På motsvarande sätt är den första linjens sjukvård mer att betrakta som ett närvårdssystem är en enhetlig traditionell hierarkisk organisation. Utredningen bedömning är dock att begreppet primärvård är så inarbetat och därutöver ett internationellt etablerat begrepp att det i nuläget skulle medföra alltför stora praktiska svårigheter att ändra det.

Den allmänna primärvården

Den kunskapsöversikt som utredningen låtit ta fram, se bilaga 3, ger inte grund för slutsatsen att en förstärkning av primärvården per automatik innebär att effektiviteten i hela systemet förbättras. Potentialen i att effektivisera systemet genom en utbyggd primärvård är avhängig att primärvården organiseras på rätt sätt i respektive landsting.

Utredningen föreslår att primärvården delas upp i två olika organisatoriska delar. Skälet till detta är att det finns behov av att synliggöra och förstärka vissa delar av primärvårdens uppdrag för målgruppen äldre med omfattande behov.

Den allmänna primärvården motsvarar på många sätt dagens primärvård men behöver utvecklas och förstärkas med framför allt fler läkare för att möta upp det förändrade uppdrag som utredningen föreslår att primärvården ska ha. Utredningen förutsätter

att landstingen tillskjuter resurser till primärvården. Resurser i detta fall handlar primärt om kompetens. Primärvården behöver förstärkas med specialister som i dag finns inom sjukhusvården. Utredningens uppfattning är att lagstiftaren varken kan eller ska ange detaljer om hur detta ska går till. Det behöver ske dynamiskt för att inte skada sjukhusvårdens funktion. Utredningen har bl.a. i avsnitt 5.2.2 angett att den svenska hälso- och sjukvårdens primära akilleshäl när det gäller effektivitet är sjukhusen. Eftersom sjukhusvården är så dominerande i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet påverkar detta resten av systemet menligt. Insatserna för att öka såväl produktivitet som effektivitet behöver vara mångfacetterade och utredningen menar att ett sätt att öka effektiviteten totalt sett i systemet är att flytta ut delar av sjukhusvården till primärvården.

Utredningen menar vidare att utvecklingen av digitala lösningar och sjukvårdsrådgivning på ett naturligt sätt hänger samman med den allmänna primärvården även om dessa delar i formell mening inte är kopplade till varandra, se avsnitt 7.2.

Det finns anledning att landstingen också beaktar i vilken grad och på vilket sätt den allmänna primärvården har ett områdesansvar. I samband med husläkarreformen kan sägas att det formella områdesansvaret försvann. I och med att patienterna fritt kunde välja husläkare fanns ingen formell områdeskoppling kvar. Valfriheten är viktig men samtidigt kan det försvåra samarbetet med exempelvis socialtjänsten runt patienter som har behov av insatser från flera huvudmän. Socialtjänsten har ett naturligt områdesansvar knutet till den enskildes bosättningskommun.

Den riktade primärvården

Den riktade primärvården ska utföra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Se vidare om innebörden av den gemensamma verksamheten och målgruppen äldre med omfattande behov i avsnitt 9.2. Målgruppen kommer sannolikt bli mycket liten initialt men kan komma att växa i takt med den demografiska utvecklingen. Det är dock viktigt att komma ihåg att den demografiska utvecklingen ser olika ut över landet. Huvudmännen måste själva

definiera målgruppen vilket har avgörande betydelse för storleken. Ett av syftena med att särskilt urskilja denna grupp är att möjliggöra för sådan teambaserad vård/nätverksvård över huvudmanna- och verksamhetsgränser som anges i avsnitt 9. Det är vidare enligt utredningens uppfattning viktigt att synliggöra vilka resurser som landstingen avsätter för denna målgrupp. Det kommer att bli lättare att rikta resurser och innebär också att jämförelser kan göras med andra landsting.

Om målgruppen äldre med omfattande behov

Utredningen har valt att avgränsa gruppen till äldre med omfattande behov. Det innebär inte att det inte kan finnas behov av liknande modeller för andra grupper, se avsnitt 9.7. Utredningens avgränsning i detta avseende är enbart att betrakta som att det i nuläget av olika skäl inte är möjligt att lämna lagförslag avseende andra grupper.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade 2003 rapporten *Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget*. Denna rapport var den första i sitt slag i världen, där man försökt kartlägga den vetenskapliga behandlingslitteraturen för personer över 65 år. Rapporten redovisar alla påvisade behandlingsstudier för personer 65 år och äldre fram till 2002 inom 19 olika delområden, alla centrala för geriatrik och äldrevård. Någon senare liknande inventering har inte gjorts. SBU-rapporten sammanfattade resultaten på följande sätt: ”För de patientgrupper som får mest sluten vård och mest ’multibehandling’ är det vetenskapliga underlaget som sämst”. Motsvarande gäller enligt utredningens uppfattning än i dag. Slutsatsen av detta är att det inte är möjligt att med hjälp av forskningsresultat underbygga en närmare definition av målgruppen. Utredningen menar därför att det är att föredra att målgruppen äldre med omfattande behov närmare definieras av kommun och landsting utifrån den lokala erfarenheten och behoven. På en övergripande nivå handlar det om äldre med multisjuklighet som förutsätter en patientcentrerad (individperspektiv) snarare än en sjukdomscentrerad (grupperspektiv) analys och handläggning.

Kompetenser i den riktade primärvården

Den riktade primärvården behöver vara multiprofessionell. Kommunerna har som sjukvårdshuvudmän enligt vad utredningen erfar, generellt sett lyckats väl med att etablera multiprofessionella team och att integrera insatser som ges enligt socialtjänstlagen (2001:453) och HSL i det dagliga arbetet. Det stora problemet enligt utredningens uppfattning är att det landstingsfinansierade uppdraget för primärvården inte är tillräckligt integrerat med den kommunala hälso- och sjukvården. I samband med vårt betänkande *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) genomfördes en enkätundersökning till Sveriges socialchefer. Där framkom att ett stort hinder för att den kommunala vården ska fungera effektivt är att samarbetet med primärvården och den specialiserade vården helt enkelt inte fungerar tillräckligt väl. Utredningens slutsats är att integrationen mellan den landstingsfinansierade vården, framför allt läkarvården, och den kommunalt finansierade vården är alltför dålig. Denna slutsats stöds av den genomgång av olika samverkansavtal som utredningen genomfört, se avsnitt 6.2.2. Se vidare om behovet av ökad integrering i avsnitt 9.

Ett annat problem som utredningen identifierat är att läkarvården för äldre multisjuka bygger på en föråldrad logik i sätten att tillhandahålla vården. Det handlar i stor utsträckning om att äldre multisjuka tas om hand med en mottagningslogik, dvs. att de äldre måste komma till en vårdinrättning för att få läkarvård. Detta innebär också att ju fler diagnoser desto fler olika vårdinrättningar är inblandade i den enskildes vård samtidigt som ingen aktör har ansvaret för helheten. I rapporten *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* ges en ingående beskrivning av hur vården av multisjuka fungerar samt vilka kostnader som olika delar av systemet bär för detta[4]. Av rapporten framgår (s. 105):

> Slutenvårdens kostnader dominerar stort (58 procent). Undersökningspersonerna har varit många gånger inom slutenvård som per dygn kostar betydligt mer än andra vård- och omsorgsinsatser. Näst största kostnadsområde är kommunens hemtjänst (18 procent). På tredje plats ligger den landstingsdrivna öppna specialistvården (12 procent). Vårdcentralens andel av de totala kostnaderna är låg med endast 5 procent varav 2 procent avser hemsjukvård. Trots den låga kostnads-

[4] Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Ulla Gurner, SKL 2012.

andelen så har vårdcentralen de antalsmässigt ojämförligt flesta vårdkontakterna med och kring undersökningspersonerna genom mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakter, receptförskrivning, remisser och övrig administration.

Vad gäller läkarkompetensen har de olika medicinska specialiteterna, särskilt de tre generalistspecialiteterna allmänmedicin, internmedicin och geriatrik, historiskt sett haft delvis olika uppfattningar om vilken specialitet som är mest lämpad att handlägga multisjuka äldre personer.[5] Dessa tre specialiteter har dock fokus på olika faser av de äldre patienternas hälsoproblem: Allmänmedicinen har fokus på äldre patienter i subakut eller elektivt skede i öppen vård, internmedicinen har fokus på äldre patienter i akut skede (akutmottagningen) eller i form av organspecialiteter på sjukhus; öppen eller sluten vård. Geriatrik har fokus på äldre patienter i subakut skede på sjukhus. Alla dessa medicinska specialiteter är sannolikt nödvändiga för att ge adekvat vård till multisjuka äldre, det stora problemet är att alltför mycket av vården ges inom ramen för sjukhuset. Även andra medicinska specialiteter kan vara adekvata för den riktade primärvården och kan i betydligt större utsträckning än i dag verka på annat sätt än genom slutenvård och mottagning på sjukhus.

Utredningen menar att det inte är vare sig möjligt eller lämpligt att i lagstiftning lägga fast vilka kompetenser som behövs i den riktade primärvården och hur mycket. Det är målgruppens behov som måste vara styrande för hur verksamheten bemannas men även tillgången till kompetenser lokalt spelar en avgörande roll för hur bemanningen utformas. Eftersom kommun och landsting tillsammans definierar målgruppen och den riktade primärvården ska utföras gemensamt med kommunerna (se avsnitt 9.2) är det naturligt att kommunen görs delaktig i planeringen av den riktade primärvården. Det gäller såväl vilka kompetenser som behövs, omfattningen av läkarbemanningen som arbetssätten i den riktade primärvården.

[5] Akner; Expertutlåtande angående geriatrik för landstingsutredningen ”Forskningsgenomgång av kunskapsläget nationellt med fokus på hälso- och sjukvård av multisjuka äldre personer” 2010, s. 7.

Arbetssätten i den riktade primärvården – en annan förmedlingslogik än i dag

Utredningen menar att det generellt sett finns anledning att öppna upp arbetssätten på sjukhusen så att läkarvården runt multisjuka äldre ges inom ramen för den riktade primärvården. Den riktade primärvården behöver ha som utgångspunkt att den är mobil och att mötet med patienten och arbetet tillsammans med de andra professionerna i teamet sker via hembesök. Vården ska enligt utredningens uppfattning i första hand erbjudas patienten i patientens hem. Utredningen erfar att multisjuka patienter generellt sett uppfattar transporter till och från vårdinrättningar som påfrestande.

Därtill kan finnas andra kvaliteter i att mer vård ges i den enskildes hem. Det handlar om den enskildes upplevda trygghet och autonomi. Allt mer insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan göras utanför institutioner och sannolikt kommer detta paradigm att fortsätta. Även om kvarboendeprincipen fått avgörande betydelse för kommunernas sätt att prioritera och organisera arbetet inom såväl socialtjänsten som kommunernas hälso- och sjukvård så har läkarvården inte hängt med tillräckligt väl i denna utveckling. Vård och insatser som ges av andra professioner har anpassat sina förmedlingsformer efter kvarboendeprincipen men inte läkarvården. Möjligheten för läkare i primärvården att göra hembesök är alltjämt relativt begränsad. Några uppgifter som anger hur mycket läkarvård som utgår från sjukhusen dvs. annan läkarvård än inom primärvården, har utredningen inte funnit. Utredningen uppskattar att omfattningen av hembesök från läkare utanför primärvården generellt sett är mycket ringa.

I formandet av den riktade primärvården när det gäller arbetssätt, organisation och resurser behöver ställning tas till vad den riktade primärvården ska klara av i termer av elektiv, subakut och akut vård. Tillräckliga resurser för den elektiva vården ger möjlighet till proaktivitet som sannolikt minskar behoven av subakuta- och akuta insatser. Häri spelar också kontinuiteten en avgörande roll. En läkare som känner sin patient har andra möjligheter än om läkaren inte känner sin patient. Att patient och läkare känner varandra möjliggör för läkaren att ta ett helhetsansvar, att små skiftningar i hälsotillståndet kan uppmärksammas på ett tidigt

stadium och att vården planeras utifrån möjliga scenarios så att beredskap att agera finns vid förändringar i hälsotillståndet.

På samma sätt menar utredningen att andra professionella runt den enskilde gagnas av en hög kontinuitet i läkarvården. Olika personalkategorier lär känna varandra och har möjlighet att bygga ett tillitsfullt samarbete. Man litar på varandras omdömen och vet vem som gör vad. Tidsspill för informationsöverföring mellan olika personer kan minskas.

Hur akuta behov av läkarvård rent organisatoriskt ska se ut är dock inte möjligt eller lämpligt att ange i lag. Den riktade primärvårdens akutuppdrag kommer sannolikt på många ställen att behöva hållas samman med den allmänna primärvårdens akutuppdrag. Häri ligger dock att den riktade primärvården ska ha ett tydligt fokus på vård i hemmet. Det är sannolikt inte effektivt att patienter i den riktade primärvården under kvällar och helger måste transporteras till vårdinrättning för bedömning vid exempelvis en hastig försämring.

Vård i den enskildes hem måste utgå från den enskildes situation

Frågan om hur mycket vård som ska ges i patientens hem är inte helt enkel. Det egna hemmets betydelse som privat sfär påverkas sannolikt i takt med att mer och fler insatser ges i den enskildes hem. Hemmet blir en arbetsplats och en plats för vårdmöten. Hemmet kan vara en vårdplats och uppfylla alla kriterier för slutenvård. Utredningen menar att det kan finnas klara fördelar ur ett vårdperspektiv att ge vård i patientens hem. För en skör person, särskilt om denne har nedsatt autonomi exempelvis pga. demens, kan förflyttningar vara påfrestande och skapa förvirring och oro. Därtill ska läggas risken för smitta om patienten besöker vårdinrättning. Att vårda patienten i dennes hem kan också möjliggöra för de professionella att se helheten i patientens vardag och livssituation och får bättre förutsättningar att anpassa de åtgärder som genomförs. Det finns också indikationer på att vård i patientens eget hem kan minska patientens naturliga underläge i mötet med professionella. Patienten är ”på hemmaplan” i en trygg miljö och den enskildes autonomi stärks. Samtidigt finns det motsatta perspektivet; när hemmet blir en vårdplats utmanas den privata sfären

och kan påverka den enskildes hela livssituation. Den enskildes identitet riskerar att få alltför mycket slagsida åt ”patientrollen”. I dagens vård av multisjuka äldre sker redan en betydande del av vården i patientens eget hem. Hemsjukvården är, som namnet antyder, hembaserad och många och omfattande insatser görs för patienten i det egna hemmet. Denna utveckling är en följd av den kvarboendeprincip som varit vägledande för välfärdstjänsteras strukturering och organisering.

Den riktade primärvården blir en tydlig aktör för multisjuka äldre

En bieffekt av tillskapandet av den riktade primärvården är att det kan bidra till att utveckla en tydlig aktör med ett helhetsansvar för läkarvården av de multisjuka äldre. I kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre framgår att primärvårdens läkare utgör en relativt liten del av den läkarvård dessa patienter får. Det är heller inte ovanligt att multisjuka äldre inte har kommunala insatser och därmed finns inte heller kommunernas hälso- och sjukvård med som en aktör som kan underlätta koordineringen av den enskildes vård.

Att identifiera vårdens storkonsumenter är inte helt enkelt. Kommunerna har kunskap om de personer som har kommunala insatser och bland dessa återfinns många av vårdens storkonsumenter. Men det finns andra patienter som har stora och komplexa behov och som hälso- och sjukvården har svårt att identifiera. Mycket talar dock för att det samhällsekonomiskt skulle vara mer resurseffektivt att hitta dessa patienter i ett tidigare skede än i dag för att kunna sätta in adekvata insatser för att få ett så friskt åldrande som möjligt. Utredningens förhoppning är att landsting och kommuner tillsammans utvecklar strategier för att hitta dessa personer. Utredningen har fått kännedom om flera kommit patientfall, där det är uppenbart att ett annat omhändertagande inte bara skulle ge bättre vård och ökad trygghet för patienten och patientens närstående. Det skulle sannolikt också kunna ske till betydligt lägre kostnader. Utredningen återger nedan en av dessa patientberättelser. Patientens berättelse är något förkortad.

Figur 8.1 Faktaruta: Exempel på patientfall

Verkligt patientfall, man över 80 år. Komprimerat och anonymiserat.

2013
15 mars, Halvstora sjukhuset för yrsel, läkare 1
26 mars, operation, läkare 2
28 mars, hem från sjukhuset
4 juni, läkare 3
9 juni, frossa
14 juli, yrsel, Hydrocefalus, läkare 4
26 december, akuten Halvstora sjukhuset, läkare 5

2014
14 januari , läkare 6
22 februari, läkare 7
11 mars, Vårdcentralen, läkare 8
24 mars, läkare 9
2 april, Halvstora sjukhuset akuten, läkare 10
9 maj, Halvstora sjukhuset akuten, läkare 11
15 maj, Halvstora sjukhuset akuten, läkare 12
21 maj, , läkare 13
18 juni, Halvstora sjukhuset, läkare 14
12 juli, Halvstora sjukhuset akuten, läkare 15
14–16 juli, inlagd på Halvstora sjukhuset, läkare 16
23 juli, akuten Halvstora sjukhuset, läkare 17
31 juli, patientens dr ringer från Halvstora sjukhuset
5 augusti, Vårdcentralen, läkare 18
8 augusti, Halvstora sjukhuset akuten, läkare 19
9 augusti, Halvstora sjukhuset akuten, läkare 20
11 augusti, akuten, läkare 21
27 augusti, Vårdcentralen, läkare 22
13 oktober, akuten Halvstora sjukhuset,, läkare 23
17 oktober, hem från Halvstora sjukhuset
28 oktober, Halvstora sjukhuset, läkare 24
10 november, Halvstora sjukhuset Anestesienheten, läkare 25
11 november, Halvstora sjukhuset Strokeenheten, läkare 26
18 november, Halvstora sjukhuset operation (cystoskopi), läkare 27
19 november, hem från Halvstora sjukhuset
1 december, Halvstora sjukhuset, läkare 28
3 december, Halvstora sjukhuset, läkare 29
11 december, Halvstora sjukhuset, läkare 30
15 december, läkare 31
17 december, Vårdcentralen, läkare 32

2015
14 januari, Halvstora sjukhuset, byta kateter
16 januari, läkare 33

21 januari, Halvstora sjukhuset, föreslog operation på Stora sjukhuset (läkare 34)
22 januari, läkare 35
23 januari, akuten Halvstora sjukhuset , läkare 36
30 januari, akuten Halvstora sjukhuset, ultraljud på galla och njurar
31 januari, akuten Halvstora sjukhuset, röntgen mage
3 februari, Halvstora sjukhuset, läkare 37
5 februari, akuten Stora sjukhuset, läkare 38
9 februari, Halvstora sjukhuset, läkare 39
13 februari, hem från sjukhuset
19 februari, inskrivning på urologen för operation senare
22 februari, akuten Halvstora sjukhuset, läkare 40
25 februari, hem från halvstora sjukhuset
1 mars, akuten Halvstora sjukhuset, läkare 41
3 mars, akuten Halvstora sjukhuset, läkare 42
6 mars, tarmröntgen, Halvstora sjukhuset
8 mars, akuten Halvstora sjukhuset, läkare 43
9 mars, hem från akuten
11 mars, operation
16 mars, Vårdcentralen , läkare 44
22 mars, akuten Stora sjukhuset, läkare 45
29 mars, hem från Stora sjukhuset
31 mars, akuten Stora sjukhuset, läkare 46
8 mars, hem från Stora sjukhuset
16 mars, akuten Stora sjukhuset, läkare 47
1 april, röntgen på Stora sjukhuset i flera omgångar
2 april, hittades en klump i magen, läkare 48
3 april, läkare 49 kan ej hitta någon klump på röntgen och förordar hemgång, patienten blir kvar på Stora sjukhuset till 8 april.
16 april, patienten till akuten på Stora sjukhuset, inlagd, diskussion kring ingrepp, läkare 50
24 april, Olidliga smärtor samt starkt uppsvullna ben. Vårdguiden (1177) akuttelefon (112), ambulans. Morfinbehandling sattes in i ambulansen, en säng i en korridor på Stora sjukhusets akut. Läkare nummer 51.
25 april, läkare nummer 52, röntgen: ”Det finns inte någonting i dina tarmar. Du tillhör kirurgen men ligger på urologavdelningen. Du får åka hem i morgon.” Patienten: ”Men det går ju inte. Jag har så ont. Kan ni inte förflytta mig till rätt avdelning?” Läkaren: ”Nej det gör vi inte. Du får åka hem” Patienten: ”Men du menar att jag ska åka hem och sedan åka tillbaka med ambulans till akuten för att bli inskriven på rätt sorts avdelning?”
Läkaren: ”Ja, det får väl bli så, här har du ingenting att göra”. Patienten ordinerades att börja äta ordentligt, för att magen skulle vänja sig vid vanlig mat. Patienten åt enligt instruktion. En timme sedan uppstod kraftiga smärtor. Intravenöst smärtlindrande sattes in.
26 april, läkare nummer 53 vill skicka hem. Ändrar sig då koloskopi planeras till 28 april.

27 april, läkare nummer 54 förklarar att Patienten ska skickas hem. Ändrar sig, patienten skulle stanna kvar, för att få smärtlindring. Beslutade om att genomföra gastroskopi och koloskopi.
28 april, vid ronden fick Patienten för första gången under denna långa period av sjukhusbesök träffa samma läkare som dagen innan, läkare 54.
29 april, kvar på sjukhuset.
30 april, gastroskopi visar små sår på magsäcken, ny medicin sätts in. Läkaren, nr 55, förklarar att inga fel finns och att patienten ska skickas hem nästa dag.
1 maj, läkare 56: Det finns inget mer vi kan göra. Du ska åka hem. Ingen plan finns för fortsatt behandling.
2 maj, mycket svåra smärtor. Besök av en distriktssköterska som ger läkemedel intravenöst. Smärtorna dämpas.
21 maj, besök Stora sjukhuset, ASIH kopplas in under våren, vilket innebär att Patienten kan bo hemma och får smärtlindring via hembesök av vårdteam.
I juli ny diagnos. Medicin sätts in, med svåra smärtor som resultat. Behandlingen avbryts. Den första behandlingen gjordes med en fyra gånger så stor dos som avsett, pga feldosering.
I augusti överförs Patienten till annan ASIH-avdelning vid lilla sjukhuset. Där ges viss smärtlindring, samtidigt som medicinering med den nya medicinen återupptas.
5 augusti, efter att patienten tagit ett par sömntabletter menar läkaren på avdelningen att patienten är självmordsbenägen. En tillkallad chefspsykiatriker förklarar att patienten inte alls är suicidal utan behöver smärtlindring. Dock skickas patienten till Halvstora sjukhuset psykakut med ambulans för bedömning. På psykakuten menar läkare att patienten inte har något där att göra. Patienten är kvar på psykavdelningen i fem dagar.
11 september, patienten in till akuten på Stora sjukhuset, pga svåra smärtor. Efter undersökning skickas patienten vidare till Geriatriska avdelningen på lilla sjukhuset. På avdelningen förklarar personalen att patienten bör skrivas ut och bör vara på ett annat ställe. ”Var vet vi inte”.
Därefter:
Inskriven tillfälligt på korttidsboende.
11 oktober, mycket svåra smärtor. Telefonkontakt med jourhavande läkare, patienten förklarar i telefon att hen ej ska ha morfin i sprutform pga. risk för att hen blir opiumberoende.
16 oktober, patienten har svåra smärtor tar taxi till akuten på Halvstora sjukhuset. Där får Patienten morfin och smärtorna avtar. Patienten ligger kvar några dagar.
22 oktober, patienten får plats på äldreboende. Där ges smärtlindring med morfin…

8.2.3 Förändring av bestämmelser om valfrihet

Som en följd av den organisatoriska uppdelningen i allmän och riktad primärvård föreslår utredningen att nuvarande lagstiftning om vårdval i primärvården ska omfatta den *allmänna* primärvården

men inte den riktade primärvården. Utredningen föreslår ingen ändring i utformningen av vårdvalsbestämmelserna.

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. Förslaget behandlas i avsnitt 9.4.

8.2.4 Genomförandet av en förstärkning av primärvården

Utredningen har i detta avseende enbart sett till primärvårdens resurser, inte primärt till förstärkning på andra sätt med kunskapsstöd, verksamhetssystem och annat som behandlas i betänkandet i övrigt.

Förstärkningen av primärvården genom överföring av resurser bör ske gradvis, av flera skäl dock med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt avseende kvalitet och effektivitet. Dessutom är den gradvisa förskjutningen av mer resurser till primärvården en komplex process som inte kan lösas med ett eller några ”alexanderhugg”.

Det är vidare utredningens uppfattning att en satsning och utbyggnad av primärvården behöver påbörjas i nutid och kan inte avvakta att antalet specialister i allmänmedicin ska motsvara behovet. Så långt vi har kunnat spåra har Sverige haft brist på specialister i allmänmedicin (motsvarande). Utredningen menar att detta är en del av primärvårdens ”moment 22”. Så länge vi har brist på denna yrkeskategori så tycks motivationen låg att genomföra resursförstärkningar till primärvården. Detta hänger samman med den underliggande uppfattningen att primärvårdens läkarvård är synonym med allmänläkarvård. Så länge resurserna är så knappa ökar knappast primärvårdens attraktionskraft att locka till sig bristyrken. Status quo består och har bestått såvitt utredningen kan bedöma sedan 1960-talet.

Utredningen har i avsnitt 4.1.3 och 5.2.2 visat att Sverige sannolikt är ”sjukhusläkartätast” i världen samtidigt som den svenska hälso- och sjukvårdens effektivitetsproblem är koncentrerade till

sjukhusen. Utredningens ansats i detta är att primärvården behöver, åtminstone de närmaste åren, förstärkas med andra specialister än specialister i allmänmedicin. Det går hand i hand med utredningens uppfattning om innehållet i primärvårdsuppdraget i utredningens förslag. Samtidigt tror utredningen att en utflyttning av ”produktionen” från sjukhusen till primärvården kan mildra effekterna av effektivitetsproblemen sett till hela systemet. Utredningens uppfattning är således att en satsning på primärvården inte kan avvakta den dag Sverige är i balans med antalet specialiset i allmänmedicin.

Segmentering av patientbehov: Enkla patientfall kan tas omhand via virtuell vårdcentral eller andra digitala lösningar

Utredningen bedömer att möjligheten att ta om hand enklare behov via virtuella vårdcentraler och digital teknik har en mycket stor potential att både öka patientnyttan och att avlasta primärvården. Teknik och kunnande finns redan i dag och möjligheterna att realisera denna effektiviseringspotential behöver intensifieras.

Segmentering av patientbehov: Andra kompetenser än läkarkompetensen behövs

Som utredningen anför i avsnitt 11.2 bör vårdgarantin reformeras så att lagstiftningen inte styr mot läkarbesök. Utredningen bedömer att det finns en stor potential i att omfördela arbetsuppgifter i primärvården. Inte minst ser utredningen att fysioterapeuter är en underutnyttjad resurs som rätt använd inte bara avlastar läkarvården, utan också ger högre kvalitet för patienterna, se avsnitt 6.3.

Segmentering av patientbehov: Team

Utredningens förslag om riktad primärvård, (se avsnitt 8.2.2) innebär en segmentering av patientbehov som möjliggör en bättre fokusering av resurser och arbetssätt. Det finns emellertid även andra målgrupper som behöver ett fokuserat omhändertagande i primärvården. Dagens primärvård har utvecklats positivt för många pati-

entgrupper, t.ex. via självständiga diabetes- och KOL-mottagningar där sjuksköterskor självständigt handlägger patienter. Utredningen har tagit del av hur den norska regeringen avser att utveckla framtidens primärvård. Många av åtgärderna är relevanta även i en svensk kontext även om utgångspunkterna är något olika. En av de utvecklingsområden som den norska regeringen lyfter fram är teamarbetet i primärvården där man lägger fokus på multiprofessionalitet och koordineringsansvar.[6] Den norska meldingen lyfter också fram behovet av samlokalisering av olika professioner som ett sätt att främja effektivt teamarbete. Ett sådant förhållningssätt känns igen från förarbetena till en svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen.[7]

På många sätt är primärvården redan teambaserad i Sverige, inte minst i de delar av primärvården som kommunerna ansvarar för. Sannolikt finns effektiviseringsvinster att göra genom att utveckla specialiserade primärvårdsteam inom den landstingsfinansierade primärvården. Det kan exempelvis handla om barn som riskerar att fara illa, personer med missbruk och beroende, personer med psykiska funktionsnedsättningar och andra grupper som är beroende av samverkande professionella med olika perspektiv och vetenskaplig bas.

Segmentering av patientbehov: Personer som inte har medicinska behov tas bättre om hand av andra

En del i de idéer som genom åren diskuterats avseende primärvårdens roll och uppdrag har varit att primärvården – och vårdcentralerna – genom sin nära kontakt med lokalsamhället också skulle bygga upp kontakter och samarbete med civilsamhällets organisationer, se bilaga 4. Troligen har denna utveckling försvårats av att det formella områdesansvaret för vårdcentralerna förändrades i samband med husläkarreformen. Utredningen menar att det inte finns juridiska hinder för ett nära samarbete mellan vårdcentraler och civilsamhället. Till utredningen har flera gånger framförts från företrädare för primärvården att det finns patienter som söker vård men som inte har egentliga medicinska behov. Gränsen mellan vad

[6] Meld. st.26 avsnitt 13.2.
[7] Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

som är medicinskt betingade besvär och vad som är besvär orsakade av ”livet” är inte lätt att dra och låter sig knappast göras. Personer som lever med stor belastning löper risk att utveckla ohälsa som måste behandlas inom sjukvården. Utredningen menar att det sannolikt finns mycket som kan utvecklas i detta ”gränsland”, utan att de enskilda individerna lämnas i sticket. Vårdcentraler och andra primärvårdsenheter skulle kanske vara hjälpta av att ha någonstans att hänvisa personer som behöver någon form av stöd som inte ligger inom ramen för det offentliga åtagandet.

Traditionellt sett har civilsamhället varit aktörer i samhället som på ett sömlöst sätt kompletterar den offentliga sektorn i frågor som offentlig sektor inte förmår lösa själv eller där idéburna verksamheter har lättare att åstadkomma resultat. Utredningen önskar se en utveckling där primärvården utvecklar samspelet och samarbetet med det lokala civilsamhället. Exempelvis har trossamfunden samtalsgrupper i olika ämnen t.ex. när en anhörig gått bort. Det finns många andra exempel på att exempelvis idrottsföreningar och patientföreningar kan göra uppgifter som kompletterar offentligfinansierade verksamheter, det gäller oavsett om det civila samhällets organisationer är i rollen som *utförare* eller *ideell* aktör. Olika föreningar kan ha verksamhet för människor som av olika skäl behöver samtala men där samtalet kanske inte behöver ledas av någon inom vårdens professioner.

På huvudmannanivå kan samverkan med civilsamhällets se olika ut. Flera landsting, exempelvis Region Skåne och Västra Götalandsregionen, har tecknat principöverenskommelser med civilsamhällets organisationer som reglerar centrala principer och spelregler mellan parterna. Det kan t.ex. avse det civila samhällets olika roller som utförare och/eller demokratiaktör. På nationell nivå finns motsvarande principöverenskommelse, undertecknad av SKL, Regeringen och organisationer inom civilsamhället.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt utredningens bedömning nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som utredningen föreslår. Sannolikt handlar det i begränsad omfattning om att tillföra mer resurser i form av reda

pengar. Det handlar snarare om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. I många fall kan det vara värdefullt med delad tjänstgöring dvs. att en läkare tjänstgör både på sjukhus och i primärvård eller att tjänster helt enkelt flyttas helt. Det finns också exempel på att primärvårdsförvaltningar slagits ihop med andra förvaltningar vilket ökar förutsättningarna att förlägga resurserna mer flexibelt. Det kan också handla om att verksamheter inom sjukhus eller öppenvård som inte är primärvård ska utföra delar av primärvårdsuppdraget. Rent strategiskt handlar det om en omställning i förhållningssätt. Utredningen har många gånger stött på föreställningen om att ”primärvården ska avlasta sjukhusen”. Utredningen menar att förhållningssättet bör vara tvärtom: sjukhusen ska avlasta primärvården.

Vad gäller den riktade primärvården bedömer utredningen att det i första hand torde handla om specialister i invärtes medicin samt geriatrik, även om andra specialiteter kan komma i fråga. Det är givetvis avhängigt målgruppens behov. Vad gäller den allmänna primärvården kan det röra sig en brett spektra av specialister. Utredningen ser i denna del en naturlig koppling till den nationella kronikerstrategin.

Fler specialister i allmänmedicin

Landstingen bör överväga om omskolningsprogram kan vara ett sätt att öka antalet specialister i allmänmedicin. Sådana omskolningsprogram har förekommit tidigare exempelvis i samband med husläkarreformen. Det bör dock erinras om att tidigare försök att ”utbilda” bort bristen på specialister i allmänmedicin har haft varierande framgång. Utredningen har i avsnitt 4.1.3visat att läkartillgången sett per capita är relativt hög. Det går därmed inte att generellt sett säga att vi har läkarbrist i Sverige. Den slutsats som utredningen drar är att läkarnas specialisering sannolikt inte överensstämmer med befolkningens behov. Utredningen menar därför att en omskolning av andra specialister till att bli specialister i allmän-

medicin är att föredra i första hand innan staten i dialog med landstingen överväger åtgärder för att öka antalet utbildningsplatser i allmän medicin.

Primärvårdens attraktivitet som arbetsplats

Sannolikt räcker det inte med att utbilda fler specialister i allmänmedicin för att stärka primärvården. Det innebär att primärvården måste konkurrera med andra medel för att attrahera och behålla personal. Detta gäller i synnerhet som utredningen föreslår ett tydliggörande av primärvårdens akutuppdrag. All erfarenhet visar att arbetsmiljön i primärvården spelar en avgörande roll för möjligheten att attrahera den arbetskraft man behöver. Att läkarna har tillgång till kollegor, fortbildning, stödjande personal och kompletterande kompetenser samt möjlighet att påverka arbetstider och arbetssätt är centrala. Det finns många goda exempel på vad framgångsrikt arbetsmiljöarbete kan ge för resultat. Graden av detaljstyre är ytterligare ett område där landstingen kan göra mycket för att främja en positiv arbetsmiljö. Alltför styrande ersättningssystem kan utmana den professionella autonomin och personalen kan i vissa fall vara ekonomiskt beroende av att tillämpa ett visst arbetssätt eller metod som kan vara mindre bra i det aktuella patientmötet. Detaljeringsgraden kan också hämma möjligheter till innovation och utveckling, samt att det upplevs kontrollerande och ifrågasättande, se avsnitt 11.

Utöver arbetsorganisation och arbetsmiljö menar utredningen att ett större fokus bör läggas på lönenivåerna i primärvården. Erfarenheterna från det norska fastlegesystemet visar att lönen och lönenivåer kan vara ett väldigt effektivt sätt att öka yrkets attraktivitet. Vi menar att det är befogat att landstingen ökar sin innovationsförmåga avseende att använda löneinstrumentet för att attrahera och behålla läkare. Vidare bör landstingen ta del av erfarenheter från Norge avseende möjligheten att använda löneinstrumentet för att säkerställa läkarvården i glesbygd. Det kan innebära olika former av tillägg vid tjänstgöring på mindre attraktiva orter.

Kunskaps- och verksamhetsstöd

Primärvården behöver kunskaps- och verksamhetsstöd anpassat för primärvårdens speciella behov. Det innebär bland annat att nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer som tas fram för den specialiserade vården inte alltid är anpassade till primärvårdens speciella kontext. Under 2014 tog SKL initiativ till ett landstingsgemensamt arbete som syftade till att identifiera och kartlägga tillgången till kvalitetsdata, analysera skillnader mellan bästa tillgängliga kunskap och rådande praxis för vissa kroniska sjukdomar samt kartlägga primärvårdens möjligheter att arbeta i enlighet med rekommendationer i nationella riktlinjer. I rapporten *Hur går det för patienten med kronisk sjukdom?* konstaterar SKL att det finns tydliga utvecklingsbehov men också goda förutsättningar för att nationellt samla in grundläggande kvalitetsdata för patienter med kroniska sjukdomar i primärvården. Samtidigt betonas att det finns en rad hinder för ett sådant utvecklingsarbete. *Därför finns det behov av ett nationellt ställningstagande till hur framtidens primärvård i praktiken ska kunna bedriva en verksamhet grundad på bästa tillgängliga kunskap och där den enskilde yrkesutövaren löpande kan följa sin följsamhet till "best practice" med dagens fragmenterade vårdutbud och IT-infrastruktur.*

Ytterligare lagstiftningsåtgärder kan behövas

Utredningen lägger i detta betänkande flera förslag som syftar till att påverka strukturen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Inriktningen går att sammanfatta med mer *nära* vård och en starkare primärvård. Mot bakgrund av detta anser utredningen att det finns skäl att överväga om dagens lagstiftning om vårdval som innebär etableringsfrihet i primärvården är ändamålsenlig. Landstingen behöver ha mandat att styra resurserna dit de gör mest nytta, det gäller såväl geografiskt som för olika patientgrupper. I en utbyggd primärvård accentueras detta behov. I klartext: dagens utformning av lagstiftningen ger vissa begränsningar i möjligheten att styra produktionen. På vissa håll i landet finns tecken på överetablering i områden med god socioekonomisk struktur, se *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (Riksrevisionen 2014:22). Detta är sannolikt inte effektivt resursutnyttjande sett ur ett systemperspektiv. Det innebär inte att det är patienternas valfrihet som ska förändras.

9 Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Sammanfattning: I avsnittet redovisar utredningen en analys avseende de huvudsakliga komponenterna i varför vården och omsorgen om äldre multisjuka är ineffektiv. Integreringen av olika insatser från olika verksamheter är otillräcklig. Tidigare styrningsförsök från statens sida har inte kunnat åtgärda problemen.

Utredningen föreslår ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska *utföra* verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som måste hänga ihop och som utgör en ”hängränna mellan stuprör”.

Valfrihetsbestämmelserna för den gemensamma verksamheten förändras så att landsting och kommun, 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”.

Vidare föreslås att kommunen kan överta ansvaret för läkarinsatser i vissa fall om kommun och landsting är överens om detta.

Utredningen föreslår att staten genomför en översyn av planeringsbestämmelser på individnivå.

9.1 Utvecklade styrande principer för att bättre ta om hand behov hos personer med komplexa behov

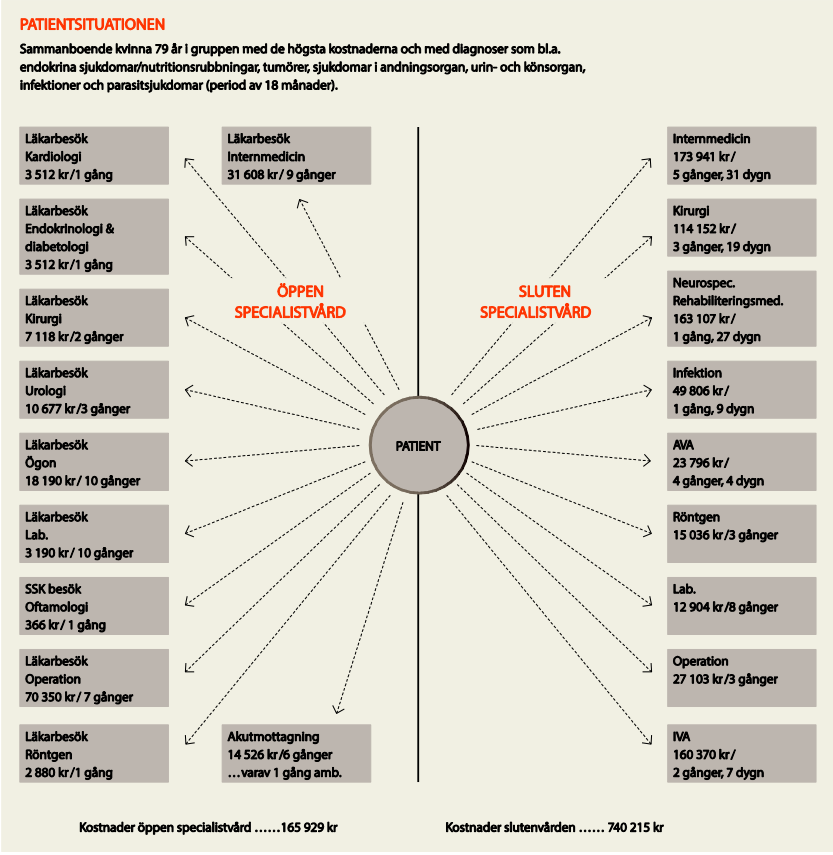
Utredningens bedömning: En väsentlig del i det samlade resursutnyttjandet inom vård och omsorg handlar om hur landsting och kommuner gemensamt förmår att ta omhand behov hos vårdens storkonsumenter. Insatser från olika huvudmän och verksamheter är i dag inte tillräckligt integrerade med varandra eller utgår från en förmedlingslogik som inte möter patienternas samlade behov. Detta leder till undvikbara vårdbehov och ineffektivitet. Staten behöver ändra sina styrande principer och sättet att reglera samverkan mellan huvudmännen.

Skälen för utredningens bedömning: Problemen avseende samverkan runt multisjuka äldre är väl dokumenterade. Multisjuka äldre är en grupp som utgör en stor del av vårdens storkonsumenter se avsnitt 4.1.2. Det finns i stor utsträckning också kunskap om vari samverkansproblemen består, se avsnitt 6.2.1. Vårdens och omsorgens organisering är fragmenterad. Det medför i sig behov av att öka ansträngningarna för att insatser från olika verksamheter ska kunna integreras med varandra och erbjudas patienten på ett koordinerat sätt. Skarpa gränser mellan kommunernas och landstingens ansvarsområden i det praktiska arbetet är svåra att dra och kommer vara än svårare att dra i framtiden. Utvecklingen på läkemedelsområdet och den medicintekniska utvecklingen gör att allt mer vård kan ges som egenvård och öppen vård och fler uppgifter kommer sannolikt att kunna göras utanför sjukhusen och nära befolkningen. Utredningens uppfattning är att det är ogörligt att dra skarpa gränser mellan de båda huvudmännens ansvar. En sådan inriktning på styrningen sannolikt är kontraproduktiv ur ett effektivitetsperspektiv. Gränsdragning ner på detaljnivå kommer sannolikt att innebära att nya organisatoriska mellanrum skapas vilket är ett hinder för ett flexibelt arbetssätt, där behoven är i fokus snarare än reglementen som anger gränser.

Utredningen menar att utöver de mer generella problemen kring samverkan är en huvudkomponent vad gäller problemen med vård och omsorg om äldre att läkarvården inte tillräckligt integrerats

med övriga insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänstinsatserna. Utredningen menar att läkarinsatserna för dessa målgrupper i stor utsträckning är alltför sjukhusdominerade, dvs. primärvårdens läkarinsatser är på sina håll i landet inte tillräckligt omfattande för att täcka behoven. Resultatet av för lite läkarinsatser eller för dåligt integrerad läkarvård med annan vård är flera. För det första riskerar patienten undvikbar ohälsa och försämringar i sitt hälsotillstånd, som hade kunnat undvikas eller fördröjas. För det andra kan patienternas behov av akut sjukvård öka. För det tredje uppstår undvikbar slutenvård och för det fjärde blir patienten mer beroende av kompensatoriska insatser från socialtjänsten om hälsotillståndet försämras. Studier av patientfall inom bl.a. satsningen på de mest sjuka äldre visar att det finns stora brister i kontinuitet och sammahållen vård och omsorg för dessa patienter. Det framkommer också att kostnaderna för det fragmenterade omhändertagandet blir mycket höga, se t.ex. figur 9.1.

Figur 9.1 Exempel på vårdkontakter för en av vårdens storkonsumenter



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

Det som gjorts hittills är inte tillräckligt och de skyldigheter som finns styr inte mot att verksamheterna tar ett gemensamt ansvar för individen

I utredningens arbete med betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) konstaterade vi att det alltjämt generellt sett finns stora problem i samarbetet mellan olika verksamheter och mellan huvudmännen runt individer med sammansatta behov. Det handlar om hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens *sammantagna förmåga* att möta individers behov på ett sådant sätt hälsa och funktionsförmåga bibehålls så att undvikbar vård och undvikbara behov av socialtjänst minimieras.

Verkligheten stämmer inte med den kartbild som läggs fast i styrdokument, lagstiftning, riktlinjer, samverkansavtal, policyförklaringar och inriktningsdokument. De verksamheter som berörs behöver samarbeta långsiktigt hållbart och förebyggande med varandra, äldre och anhöriga. Det krävs en enighet mellan landsting och kommun för att med kraft leda, styra och följa upp hela denna process mot ett förändrat sätt att arbeta ur ett behovsperspektiv.

Utredningens utgångspunkt avseende ett effektivare resursutnyttjade i hälso- och sjukvården handlar om att nyttan eller värdet och effektiviteten skapas i interaktionen med patienten. Det är uppenbart att de brister i samverkan som beskrivs ovan inte bidrar till detta. På många sätt är bristerna uttryck för ett system som är ineffektivt. Undvikbar vård är en sådan ineffektivitet, som inte sällan drabbar de multisjuka äldre som är storkonsumenter av vård och som ofta besöker sjukhusens akutmottagningar i onödan.

Med denna utgångspunkt har utredningen valt att lämna förslag på åtgärder som syftar till en bättre organisering av stödet runt äldre med omfattande behov. Vi menar att det finns stor effektiviseringspotential för hela vård- och omsorgssystemet i att bättre omhänderta vårdens storkonsumenter samtidigt som den sammantagna kvaliteten på insatserna till den enskilde ökar. Kostnaderna för undvikbar vård kommer att minska om konsumtionen av akutsjukvård och slutenvård minskar. Samtidigt kan den enskildes behov av kompensatoriska insatser från socialtjänsten minska vid bättre funktionsförmåga och färre akututryckningar.

Teoretisk utgångspunkt avseende organisering av tjänster

I Innovationsrådets slutbetänkande (SOU 2013:40) anges följande om inriktningen vad gäller styrning av offentlig verksamhet.

> Värdet av offentlig verksamhet för den enskilde skapas inte genom att blanketter är lätta att fylla i, att webbtjänster fungerar bra eller att personalen är kompetent, även om var och en av dessa är viktiga komponenter. Värdet för den enskilde skapas när dennes mål eller delmål har uppnåtts, t.ex. när man tillfrisknat efter operationen, när alla tillstånd är klara och företaget är startat, när man fått ett jobb eller när produktionsanläggningen har byggts ut. Vi föreslår därför att offentliga tjänster utvecklas utifrån en ny modell som bygger på kunskap om vilka behov människor har i olika livshändelser och företag har i olika verksamhetshändelser. Den andra perspektivförskjutningen rör synen

> på samhällsstyrningen och hur offentlig verksamhet skapar värde för människor, företag och samhället i stort. Samhällsstyrningen och dess förutsättningar förändras över tiden. Mycket tyder på att hierarkisk och auktoritativ styrning håller på att ersättas av horisontella, nätverksliknande och mer egalitära styrmekanismer. Det tycks råda enighet om att samhällsstyrningen har blivit allt mer komplicerad, vilket borde medföra ändrade förutsättningar för, och krav på, politikens roll i styrningen. Föreställningen att politiken sätter upp mål som förvaltningen ska förverkliga, lever kvar trots alla belägg för att en sådan distinktion är svår att göra i praktiken och trots att det sällan finns några tydliga linjära samband mellan politiska beslut och vad som i slutändan faktiskt sker i samhället. Vi menar att de resultat i form av faktisk påverkan på samhället som offentlig verksamhet bidrar med som regel uppstår genom en svåröverskådlig interaktion mellan människor i och utanför myndigheter i komplexa system. Därför måste dessa system, snarare än enskilda myndigheter eller enheter, ägnas fördjupad uppmärksamhet, t.ex. vad avser hur de olika delarna interagerar med varandra. Genom bättre förståelse av dessa system, nytänkande och omprövning av dem tror vi att förutsättningarna för en fortsatt välståndsutveckling avsevärt förbättras. En enkel ansvarsmodell med en ensam ansvarig part och en ensam ansvarsutkrävande part blir då också en bristfällig beskrivning av verkligheten.
>
> […] Ju mer kunskap som byggs upp inom ett visst område desto tydligare blir det att problem i samhället hör ihop med en rad andra problem och att sambanden är svåröverskådliga – komplexiteten ökar. Ett sätt att hantera detta och kreativt försöka förstå hur svårlösta samhällsfrågor bör angripas kan hämtas från komplexitets- och systemteorin. Genom att även betrakta offentlig verksamhet som system, i stället för att alltför ensidigt hantera enskilda organisationer (eller enskilda enheter i en organisation), flyttar man genom systemsynsättet uppmärksamheten till helheten och relationerna mellan systemets olika delar och till möjliga orsakssamband. Systemsynsättet kan främja kreativitet och nytänkande genom att locka fram nya frågor och problemformuleringar.

Utredningen ansluter sig till Innovationsrådets analys när det gäller inriktningen för styrning av offentlig verksamhet. För utredningen är det uppenbart att samverkan och samarbete mellan huvudmännen och integrationen av tjänster när det gäller människor med sammansatt problematik behöver styras och stärkas utifrån en sådan systemförståelse som Innovationsrådet ger uttryck för. Det innebär sannolikt att andra angreppssätt och delvis andra metoder behöver användas än vad som hittills gjorts.

Utredningen menar att en helhetssyn och systemansats är nödvändig för att lösa nuvarande problematik kring vård och omsorg

om äldre och andra med stora behov av insatser. Med detta som teoretisk utgångpunkt har utredningen analyserat problematiken ur ett effektivitetsperspektiv. Utredningen anser att statens roll i detta avseende måste vara att stödja huvudmännen i att anlägga ett systemperspektiv för att komplexa samhällsfrågor ska kunna lösas i det praktiska utförandet av tjänsterna.

I detta fall anser utredningen att det är befogat med lagstiftningsåtgärder för att främja en sådan utveckling. Det är en form av strukturskapande styrning (se avsnitt 6.1.2) som innebär en svår avvägning. Å ena sidan behöver styrningen vara tillräckligt tydlig för att ange en riktning för kommuner och landsting. Å andra sidan behöver styrningen vara tillräckligt odetaljerad för att möjliggöra för huvudmän, verksamheter och professionella att lokalt anpassa och komma överens om de praktiska detaljerna avseende det faktiska utförandet där tjänsterna möter den enskilde.

Utredningen anser att den strukturskapande styrningen i detta fall måste ta sikte på den operativa nivån. Att rikta lagstiftningsåtgärder enbart mot huvudmannanivå eller individnivå kommer inte att främja en positiv utveckling enligt utredningens uppfattning. Utredningen baserar sin slutsats i detta avseende på den analys utredningen genomfört av hur staten har styrt samverkan mellan huvudmännen, se avsnitt 6.2.3. Det finns gott om exempel på studier som visar att det finns en stor effektiviseringspotential för svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst om gemensamma resurser integreras bättre.[1]

Mot bakgrund av ovanstående är en utgångpunkt i utredningens förslag att komplexa samhällsproblem inte kan lösas genom att tjänsterna organiseras i stuprör.

Teoretisk utgångpunkt – nätverksvård

När sjukvårdsbehoven uppstår på ett mer oförutsägbart sätt, t.ex. som försämringsepisoder hos patienter med kronisk sjukdom eller multisjuklighet behöver vården organiseras utifrån en annan utgångspunkt än den traditionella vårdkedje- eller vårdprocesslogiken (se

[1] Se exempelvis Thorslund och Gurner, Dirigent saknas, Gurner Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre, HCM Närvård Västra Skaraborg. Forum för Välfärd Integrerad vårdpilot.

avsnitt 6.4.3). I sådana fall behövs en annan logik, t.ex. s.k. värdenätverk. Sådana lösningar aktualiseras när den traditionella ”vårdnivå-organiseringen” inte riktigt förmår möta behoven. I dessa fall är varken lösningen eller patientens problem tydligt definierade på förhand, hälsotillståndet kan förändras snabbt och vården måste vara beredd på att möta upp dessa snabba förändringar. Hälsotillståndet kan försämras gradvis och knappt synbart, vilket ställer krav på erfaren personal och god kontinuitet för att uppmärksamma sådana skeenden i tid. Hälso- och sjukvårdsinsatserna behöver således eftersträva att bli mer proaktiva och mindre reaktiva. För att tillfredsställa ett sådant vårdbehov måste ofta flera aktörer från olika delar av vårdsystemet involveras; inte sällan samtidigt och i varje enskild situation koordinerat. Andra viktiga komponenter i värdenätverket är god tillgänglighet till stödjande IT, en ledningscentral, kontaktpunkter, men också att patienten och dess familj och närstående erbjuds att delta i vården. Värdet för patienten skapas genom att främja hälsa, förebygga sjukdom och motverka försämringsepisoder i samband med kronisk sjukdom.

Figur 9.2 Faktaruta: Olika typer av värdenätverk

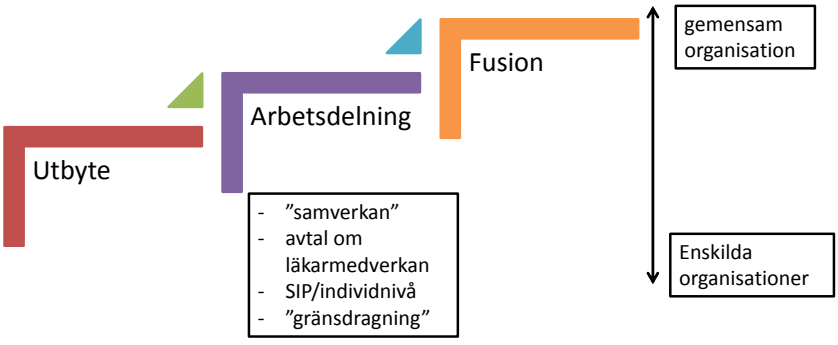
Emma, 86 år, har diabetes, hjärtsvikt och lätt minnesstörning. Emmas behov är att uppnå hög livskvalitet i hemmet, att känna sig trygg och att slippa besöka olika delar av vårdsystemet i onödan. Hon har kännedom om sina sjukdomar och vet ibland vad hon själv kan göra för att tidigt känna igen försämringssymtom. Hon har en personlig kontaktpunkt i nätverket som hon alltid kan få tag i. Sjukvårdens ledningssystem och organisering är viktig för att förutse och känna igen situationer och därmed ge stöd när Emma behöver hjälp. Om Emma försämras kan personalen upptäcka det tidigt och ett mobilt team kan åka hem till Emma för att stabilisera situationen och därmed undvika en onödig inläggning. Värdeskapandet för Emma handlar därmed om att undvika vårdprocesserna på sjukhuset.

En annan fiktiv patient är den 25-åriga Ali som har typ 1 diabetes. Han har ett nätverksliknande stödsystem knutet till sig bestående av t.ex. sjukvårdspersonal, facebook/twitter, egen blogg, familj, patientorganisationer, utbildning och virtuella patientföreningar (som patientslikeme.com). Ali har upparbetade vägar till sjukvården och bokar själv in tider med nödvändiga aktörer. När Ali mår väl sköter han en stor del av sin vård själv. Blir han sämre i sin sjukdom går sjukvården in och tar mer ansvar. Denna typ av värdenätverk är starkt framväxande, inte minst tack vare modern teknik, men också beroende på en stor efterfrågan från patienterna själva. Patienten står själv för merparten av värdeskapandet och vården kan anta en mer stödjande och faciliterande roll. Exemplen är hämtade från Höglund m.fl.

Teoretisk utgångspunkt: statens styrning av samverkan behöver utgå från en annan princip när det gäller personer med omfattande behov

Utredningen menar att dagens lagreglering av samverkan utgår från ”arbetsdelning” mellan de samverkande parterna och att en sådan utgångspunkt inte fungerar tillräckligt väl för att möta behoven hos individer med komplexa problem. Arbetsdelning som underliggande princip är i sig naturlig men utredningen menar att den inte räcker till för att åstadkomma den integration av tjänsterna som krävs för att nå en sammanhållen vård och socialtjänst. Organiseringen av tjänsterna kräver en högre grad av fusion mellan verksamheter, där det operativa arbetet, ledning, planering och resurser behöver hanteras betydligt mer sammahållet än vad som är vanligt i dag.

Figur 9.3 Olika nivåer av samverkan



Källa: Mattisson 2000.

9.2 En juridisk ram för den verksamhet som måste hänga ihop

Utredningens förslag: I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen införs tre likalydande bestämmelser som innebär att en kommun och landsting ska organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänsten för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Skälen för utredningens förslag: Det behövs lagstiftning/strukturskapande styrning för att förbättra omhändertagandet av vårdens storkonsumenter. Äldre med sviktande hälsa är en grupp som ofta är storkonsumenter av vård. Det är naturligt eftersom äldre och särskilt ”äldre äldre” oftare drabbas av multisjuklighet, se avsnitt 4.1.2. Hur gruppens komplexa behov tas omhand och hur proaktiv vården förmår att vara är av direkt betydelse för konsumtionen av exempelvis slutenvård. Utredningen konstaterar, genom det utredningsarbete som redovisas i SOU 2015:20, att det alltjämt finns stora brister när det gäller att integrera landstingets primärvård med den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En viktig komponent i detta är hur läkarvården organiseras och vilken förmedlingslogik organiseringen utgår från för denna målgrupp. Vi har bl.a. kunnat konstatera att läkarvården inte är tillräckligt integrerad i kommunernas team runt de äldre.

Många utredningar har berört detta genom åren och en tämligen negativ bild framträder. Äldre kvinnor och män får sällan träffa läkare i anslutning till hemvården utan tvingas besöka sjukhusens akutmottagningar för bedömning och åtgärder. Dessa mottagningar är i huvudsak diagnosorienterade varvid ”en sjuka i taget” åtgärdas. Men en behandling för en viss åkomma påverkar inte sällan andra (ofta kroniska) sjukdomar och behandlingen av dessa. Det är snarare regel än undantag att ingen ansvarar för denna helhet. Detta kan leda till onödiga och i värsta fall direkt felaktiga beslut om fortsatt omhändertagande på sjukhus, samtidigt som de korta vårdtiderna i sluten vård normalt innebär att äldre skrivs ut med fortsatta och omfattande behov av medicinsk behandling,

rehabilitering och omvårdnad. Dessa huvuddrag i förmedlingslogiken kring läkarvården är ett resultat av Sveriges sjukhustunga system, som är utformat för akuta sjukdomstillstånd med ”en diagnos i taget”. En vårdlogik som det står bortom allt rimligt tvivel inte fungerar bra för multisjuka äldre.

Arbete i multidisciplinära team är ett rekommenderat arbetssätt enligt Socialstyrelsens riktlinjer.[2] Ett viktigt konstaterande i SOU 2015:20 är att ett tungt vägande skäl till att primärkommunerna inte kan ta emot patienter snabbare när patienten är utskrivningsklar är att det helt enkelt inte finns läkare som kan ge stöd till kommunernas personal. Patienter som skrivs ut från slutenvård är ofta sköra och inte sällan förvirrade efter slutenvårdsvistelsen och behovet av hälso- och sjukvård är stort.

Styrning mot nätverksvård

Utredningen har inom ramen för utredningsarbetet ofta mötts av önskemål och krav att utredningen ska sätta gränser eller tydliggöra ansvarsfördelning mellan olika verksamheter. Utredningen uppfattar att sådana krav bottnar i en underliggande utveckling mot ökad kunskapsmassa och komplexitet som gör det egna ansvaret svårt att överblicka. Utredningens uppfattning är att det generellt sett inte är möjligt att lösa denna ökade komplexitet med ytterligare ”gränsdragning” mellan olika verksamheter eller vad olika kompetenser ska och inte ska göra. Tron på att tydliga gränser i uppdrag ska klara av att lösa komplex problematik ter sig närmast utopisk. Utredningen anser att sådana förändringar kan vara adekvata i vissa sammanhang men oftast uppstår nya ”gränser” som måste övervinnas. Ett önskemål om förändrade huvudmannaskap får förstås så att man med detta vill samla viss verksamhet under en och samma huvudman för att komma tillrätta med stuprörslogiken. Men stuprörslogik finns kanske i lika stor utsträckning inom en och samma huvudman.

Både den nuvarande lagstiftningen och samhällsorganisationen med skilda huvudmän etc. har medfört att vi har organiserat vård och omsorg enligt det som kallas stuprörslogiken. Men hur *tjänst-*

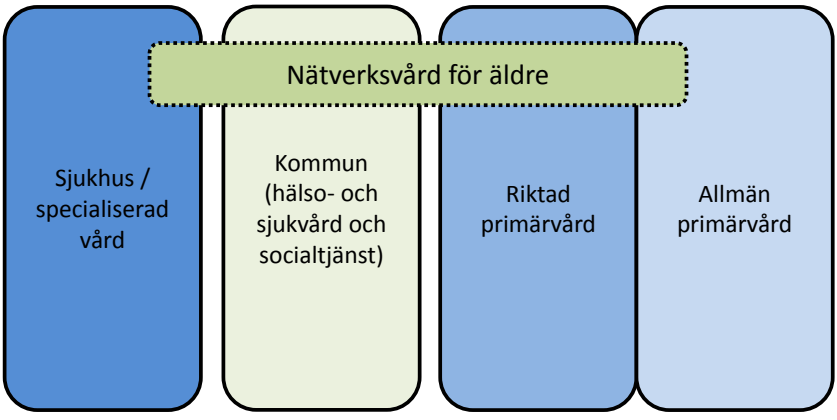
[2] Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2010.

erna som ska utgå utifrån dessa strukturer ska organiseras är en annan fråga som inte har varit föremål för lagstiftningsåtgärder (med något undantag). Utredningen menar att det finns flera goda exempel på verksamheter som, trots stuprörslogik i grundorganisationen, ändå lyckas skapa horisontella organisationer vid utförandet av tjänsterna och som därmed har goda förutsättningar att möta individers behov när behoven är komplexa.

Utredningen har i avsnitt 9.1 angett den teoretiska utgångspunkten för organisering av tjänster för individer med komplexa behov. För att leverera rätt värde till individerna anser utredningen att tjänsterna måste organiseras på ett annat sätt än i dag. Tjänsterna behöver hänga samman med varandra och organiseras som nätverksvård.

Detta innebär att det behövs en ny juridisk ram för den verksamhet som ska hänga ihop. I figur 9.4 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



En god och stabil samverkan förutsätter styrning, struktur och samsyn. Om inte samverkan stöds på ledningsnivå kommer den sannolikt att fungera kortsiktigt och personbundet. Ledningarna behöver bl.a. gemensamt efterfråga uppföljning och utvärdering av samverkan. Stabil och effektiv samverkan kräver också tålamod och en god struktur för att kunna överbrygga strukturella och kulturella hinder. Vidare krävs att de samverkande verksamheterna har

ett gemensamt mål, att de har definierat den gemensamma målgruppen och kartlagt de behov som man vill tillgodose med samverkan. Den viktigaste åtgärden för att överbygga latenta motsättningar mellan olika involverade professioner och skapa verklig samverkan är sannolikt att synliggöra de problem som bristande samverkan för med sig.[3]

Verksamheten ska utföras gemensamt

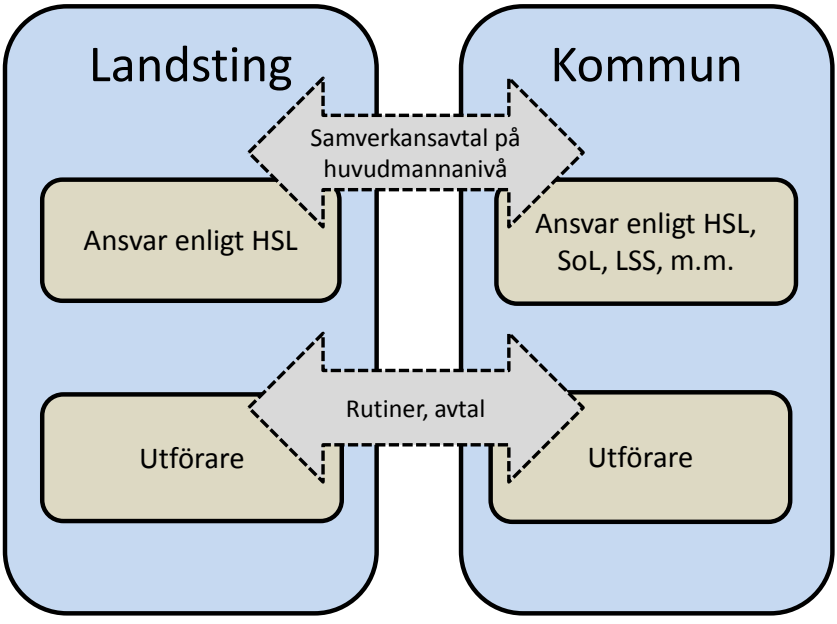
Utredningen föreslår att det i både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) och socialtjänstlagen (2001:453; SoL) tas in bestämmelser som innebär att en kommun och landsting ska organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänsten för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt. Utredningen bedömer att gemensamma verksamheter ökar förutsättningarna för bättre kvalitet i insatserna till berörda grupper. En lagstiftning sätter en standard för samverkan och samspel mellan huvudmännens olika verksamheter och ger organisatoriska förutsättningar för att en sammanhållen vård och socialtjänst ska uppstå. Avsaknad av lagkrav på gemensamma verksamheter innebär att det är frivilligt för huvudmännen att driva gemensamma verksamheter och att det är frivilligt i vilken grad verksamheter är integrerade med varandra. I praktiken innebär det att det krävs att båda huvudmännen vill samma sak om något ska utvecklas – det räcker inte med att en part vill. Utredningen erfarenhet är att detta är ett vanligt förekommande hinder mot samverkan – en part vill samspela men den andra vill inte, eller vill men kan av olika skäl inte prioritera det. En författningsreglerad skyldighet att utföra verksamheten gemensamt innebär att huvudmännen inte längre kan välja bort ett nära samarbete och en integration av sina ansvarsområden.

[3] Anell och Mattisson, s. 105.

Det är fullt möjligt redan i dag att skapa den integrerade vården och omsorgen men det finns ingen tydlig skyldighet på organisatorisk nivå

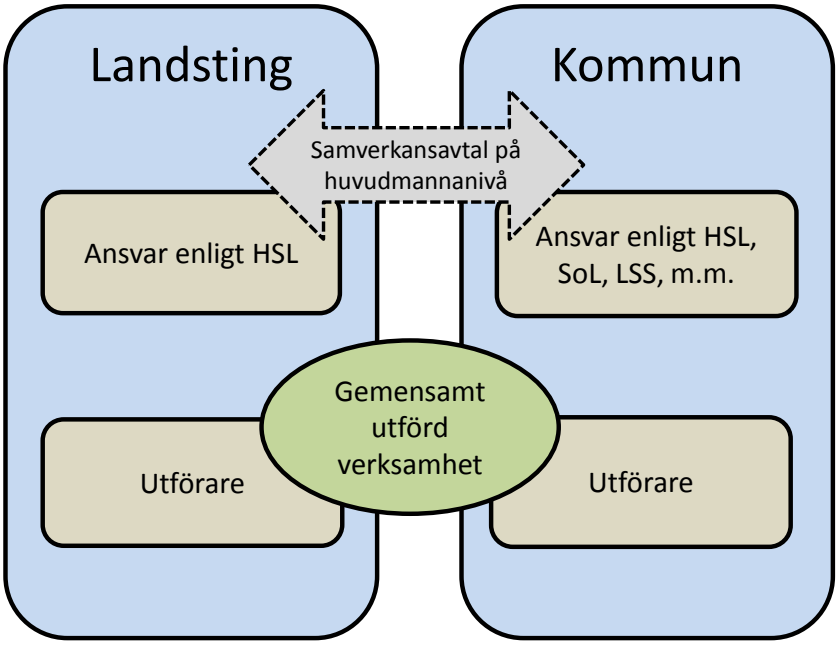
Det finns en hel del framgångsrika exempel på gemensamma verksamheter. De framgångsrika exemplen visar att det de facto är möjligt att skapa sådana integrerade organisationer över huvudmannagränser som utredningen anser måste finnas för att tillgodose dessa gruppers behov. I dag är verksamheterna nästan utan undantag styrda och avgränsade efter respektive lagstiftnings och huvudmans ansvar. Det fungerar utmärkt för att tillgodose behov hos befolkningen där behoven faller in under en huvudmans ansvar. Även för personer som har behov av olika insatser över huvudmannagränser men där behoven är av mindre omfattande karaktär fungerar den rådande ansvarsuppdelningen och utförandet av densamma inom ramen för respektive lagstiftning.

Figur 9.5 Struktur i dag



Utredningens avsikt med förslaget är att det för vissa målgrupper ska bli obligatoriskt för huvudmännen att utföra sina uppdrag i gemensamma verksamheter för de målgrupper som utredningen identifierat.

Figur 9.6 Önskat läge



Vad avses med gemensamma verksamheter?

Utredningens definition av ”gemensam verksamhet” är att verksamheten arbetar målgruppsorienterat och där kommun och landsting lägger samman sådan verksamhet som utgår från deras respektive ansvar så att det patient-/brukar-/klientnära arbetet bedrivs gränsöverskridande och multidisciplinärt. Multidisciplinära team är ett mycket vanligt arbetssätt i dag i den kommunala hälso- och sjukvården men läkarkompetensen hänger ofta inte tillräckligt väl ihop med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta är enligt utredningens uppfattning en stor akilleshäl i den svenska äldrevården.

Utredningen föreslår att den gemensamma verksamheten ska ha en egen planering där mål och riktlinjer samt resursplanering fram-

går (se avsnitt 9.3). Vi menar att det därutöver bör framgå hur den gemensamma verksamheten ska ledas, dvs. vem som ansvarar för helheten samt gemensam uppföljning av verksamhetens resultat. Den gemensamma verksamheten ska bilda en organisatorisk helhet oavsett hur huvudmännen väljer att i juridisk mening driva den gemensamma verksamheten.

Enligt överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om de mest sjuka äldre skulle det i samtliga län finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan. År 2014 hade samtliga län utvecklat någon form av struktur, oftast både på politisk nivå och på tjänstemannanivå. Strukturerna har utformats på olika sätt, och i drygt hälften av länen har man arbetat vidare i befintliga strukturer för samverkan mellan landsting och kommuner. Det finns dock skillnader i hur stort beslutsmandat som tilldelats de respektive samverkansstrukturerna.[4] Ofta handlar det om regelbundet återkommande mötesforum/mötesplatser där gemensamma utmaningar diskuteras och där problem i samverkan kan lyftas. I överenskommelsen om de mest sjuka äldre ställdes också krav på länsvisa handlingsplaner. Av Statskontorets uppföljning framgår att för handlingsplanerna för 2014 levde de allra flesta län upp till kraven i överenskommelsen men det fanns, precis som tidigare år, brister i hur planerna hade anpassats till länets lokala försättningar. I ungefär hälften av planerna var den lokala kopplingen svag eller saknades helt. I samtliga handlingsplaner beskrevs mål och aktiviteter för länets förbättringsarbete. De aktiviteter som länen pekade ut handlade i huvudsak om att

- bygga strukturer för förbättringsarbete
- analysera resultat för att hitta förbättringsområden
- implementera nya arbetssätt eller rutiner i befintliga vårdstrukturer
- införa nya funktioner eller vårdformer
- skapa utökade samverkansytor mellan vård- och omsorgsgivare

[4] Statskontoret 2015:18 avsnitt 4.1.

Utredningen anser att dessa komponenter är viktiga delar av en fungerande samverkan mellan huvudmännen. Men dessa ledningskonstellationer äger endast ”sin” del av totalen och ingen tar ansvar för helheten. Det saknas uttalad styrning när det gäller graden av integration och samspel, i vilken utsträckning de professionella runt den enskilde patienten brukaren ska se varandra som arbetskamrater och fungera som team. Det finns enligt vad utredningen har kunnat se alltför sällan samverkan på operativ ledningsnivå som är tillräckligt sammanhållen för att skapa den organisatoriska helhet som möjliggör en stark kultur av gemensamt ansvarstagande samt en tillåtande och tillitsfull atmosfär där man generöst hjälper varandra utan att kräva millimeterrättvisa eller låter gränsdragningsdiskussioner styra agendan. Utredningen menar således att även om det finns samverkansstrukturer på förvaltningschefsnivå och/eller politisk nivå så är det långt ifrån tillräckligt. Ledningens och den politiska nivåns stöd är en förutsättning men det måste till ett gränsöverskridande samarbete direkt i de enheter som ger insatser till patienter/brukare/klienter och första linjens chefer måste kunna verka i ett sådant gränsöverskridande klimat.

Organisationsformer

Utredningen har med detta förslag valt att reglera samverkan på *utförarnivå*. Det vanliga är att samverkanskrav regleras på individnivå (t.ex. planeringsbestämmelserna, se avsnitt 4.2.4) samt på huvudmannanivå (t.ex. lagstadgade krav på samarbetsöverenskommelser). Utredningen anför i avsnitt 6.2.3 att detta sätt som staten styrt samverkan på inte haft avsedda effekter. Utredningens förslag utgör en form av strukturskapande styrning genom att ställa krav på hur verksamheten ska organiseras.

Utredningens förslag innebär dock inte att krav ställs på någon särskild organisationsform, den gemensamma verksamheten behöver således inte vara en egen juridisk person. Samverkan kan i dag bedrivas på olika sätt; reglerat i avtal, helt oreglerat, i kommunalförbund eller gemensam nämnd.[5] Utredningen anser att det är en

[5] Se Anell & Mattisson kapitel 2.

fördel att inte reglera detta. Det kommer av naturliga skäl att se olika ut och måste göra det för att möjliggöra lokal anpassning.

Att införa denna typ av gemensamt utförd vård och socialtjänst är också behäftat med en rad olika praktiska som juridiska svårigheter som inte ska negligeras, se vidare avsnitt xxx. Flera av dessa måste klargöras i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Att det är möjligt att uppnå en ökad grad av integration av verksamheterna finns det dock flera goda exempel på, se exempelvis avsnitt 6.2.4.

Syftet med den gemensamma verksamheten är att ge sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningen föreslår att syftet med den gemensamma verksamheten är att den ska ge sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Begreppet sammanhållen vård och socialtjänst i detta sammanhang överensstämmer med Statskontorets beskrivning av sammanhållen vård och omsorg som

> en vård där kommuner och landsting samverkar med den äldre i centrum. Vården och omsorgen ska ha sin utgångspunkt i den sjuka äldres behov och vara individanpassad, samordnad och kontinuerlig över specialitets-, professions- och organisationsgränser.[6]

Begreppet socialtjänst i detta sammanhang har samma innebörd som i 2 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, dvs. en vid innebörd. I praktiken torde det dock i regel handla om hemtjänst och/eller särskilt boende. För utredningens del har det dock varit centralt att det inte handlar om vilka insatser den enskilde har och enligt vilket lagrum, utan om behovet av att de olika insatserna hänger samman och ges på ett sammanhållet sätt. Övriga krav enligt SoL och HSL och annan lagstiftning finns redan i verksamheten.

För personer i behov av koordinerade insatser från båda huvudmännen och flera verksamheter är det en svaghet med dagens system att huvudmännen var för sig utreder och bedömer behovet av vård- och stödinsatser. I utförandeskedet sker detta i flera olika organisationer. Det parallella ansvaret följer i första hand av att det

[6] Statskontoret, Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport 2015:18, s. 11.

handlar som två självständiga huvudmän – kommunen och landstinget – med olika ansvarsområden som regleras av två olika lagstiftningar – SoL och HSL – med olika karaktär. Socialtjänstens insatser är individuellt behovsprövade enligt SoL eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Hälso- och sjukvårdens insatser är baserade på medicinska bedömningar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och kopplade till en av riksdagen fastställd prioriteringsordning. Då även insatserna sedan utförs i en stuprörslogik, dvs. att enheter som lyder under landstinget genomför ”HSL-insatser” och enheter som lyder under kommunen genomför ”SoL-insatser” är det svårt att åstadkomma en helhet för individen.

Något om läkarens plats i teamet

Som anges i avsnitt 9.1 anser utredningen att en central del av bristerna i vården och omsorgen om äldre är att läkarinsatserna dels inte är tillräckliga och dels inte är tillräckligt integrerade med insatser från andra professionella runt den enskilde.

Landstingen har skyldighet enligt HSL att erbjuda läkarinsatser till alla invånare. Lagstiftaren har förtydligat landstingens ansvar enligt 26 d § HSL med krav på att huvudmännen ska teckna överenskommelser om omfattning och former för läkarmedverkan i vissa fall, t.ex. i särskilda boenden. Om läkarvården är för liten i omfattning blir den ofta reaktiv och det uppstår undvikbara vårdbehov; inte sällan måste patienten uppsöka akutmottagningen eller till och med vårdas i slutenvård. Det handlar också om förmedlingslogiken av läkarvården. Om det är svårt att få läkarvård i den enskildes hem så måste den enskilde få sådan vård genom att uppsöka vårdcentral/motsvarande eller sjukhusens akutmottagningar.

Det finns åtskilliga exempel på att en mer mobil läkarvård, dvs. att läkarvården ges i den enskildes hem, inte bara ger mer kvalitet för patienten utan också att det är resurseffektivt. Men akut mobil läkarvård är inte tillräckligt för att skapa god vård för patienter med komplexa behov. Läkarvården behöver också vara tillräckligt omfattande för att kunna vara proaktiv. Först då anser utredningen att ett verkligt effektivt resursutnyttjande kommer till stånd (se avsnitt 6.2.5 om Närvård västra Skaraborg).

Personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vårdbehov som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser i sin bostad har större behov av en fast läkare som kan svara för kontinuitet än vad många andra patientgrupper har. Läkaren är en viktig del i teamet som svarar för den enskildes vård och omsorg. Läkarens engagemang har stor betydelse för att patienten och dennes närstående ska känna sig trygga och för att de övriga kompetenserna i teamet ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta utryckningar och gör det möjligt för läkaren att bedöma patienten i dennes egen miljö ur ett helhetsperspektiv.

Något om socialtjänsten

Socialtjänsten har ett mycket brett uppdrag med många olika uppgifter, exempelvis att ge stöd och hjälp till utsatta barn och deras familjer, vård och behandling till missbrukare, daglig vård och omsorg om äldre, stöd och service till personer med psykisk ohälsa och funktionshinder, ekonomiskt bistånd till personer med svårigheter att försörja sig och mottagandet av flyktingar.

Av 1 kap. 1 § SoL följer att socialtjänsten ska främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet
- jämlikhet i levnadsvillkor
- aktiva deltagande i arbetslivet

Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskilda och gruppers egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet. Insatser som ges enligt SoL är frivilliga för den enskilde.

Förslaget avser ”utförandet” av insatserna

Den av utredningen förslagna lagändringen avser att ställa krav på kommuners och landstings organisering av utförandet av insatser och åtgärder. De lagförslag som utredningen presenterar avseende

sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst innefattar förändring av den riktade primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningens förslag tar således sikte på *utförandet* av insatserna. Det ska uppfattas som ett nytt krav på vad som ska karaktärisera utförandet. Det innebär *på intet sätt* en förändring av nu gällande regler i SoL och HSL avseende formellt beslutsfattande eller juridiskt ansvar.

Det har, såvitt utredningen känner till, aldrig tidigare utretts denna möjlighet att ställa särskilda krav på organisering av utförandet över huvudmannagränser. Det innebär att utredningen inte har haft andra utredningar i frågan att tillgå som referens för hur en lagreglering skulle kunna se ut. Utredningen har valt att reglera skyldigheten ”spegelvänt” i SoL respektive HSL. Motsvarande ”spegelvändning” finns exempelvis avseende krav på kommunen och landstinget att upprätta en individuell plan.

Målgruppen äldre med omfattande behov

Utredningen menar att den åtgärd som nu föreslås är radikalt annorlunda än det tidigare sätt på vilket staten har reglerat samverkan. Utredningen har haft för avsikt att ange en hög ambitionsnivå när det gäller landstings och kommuners integrering av tjänsterna och att dessa måste ha en gemensam ledning och organisering för att kunna fungera. Vi menar samtidigt att det är viktigt att de samverkande parterna ges utrymme att närmare definiera former och innehåll. Utredningen menar att stort utrymme måste ges till huvudmännen att definiera målgruppen som skyldigheten omfattar. En anpassning till lokala förhållanden är en absolut förutsättning för att detta ska fungera. Ett annat skäl till att huvudmännen själva måste definiera målgruppen är att det är komplext att samverka och att smälta samman organisationer, kulturer, kompetenser och ledning. Framgångsrik samverkan kan inte uppstå utan tillit och tillit tar tid att bygga.[7]

Utredningen har i samband med arbetet med SOU 2015:20 fått indikationer på att det på sina håll i landet råder ett dåligt samverkansklimat mellan huvudmännen, möjligen beroende på tidigare

[7] Se Anell & Mattisson s. 95.

misslyckanden. Utredningen menar att det är klokt att börja i liten skara med en avgränsad målgrupp för att sedan bygga ut den gemensamma verksamheten dynamiskt i den takt som utgör en naturlig utveckling.

Utredningen föreslår att det i lagen ska anges att den gemensamma verksamheten ska avse äldre med omfattande behov.

Det kommer att vara nödvändigt att den gemensamma verksamheten ser lite olika ut i olika delar av landet. Huvudmännen behöver enas om mer exakt hur målgruppen ska definieras som den gemensamma verksamheten ska rikta sig till. Därigenom påverkas också vilka verksamheter som ska hänga samman i den gemensamma verksamheten. Vad gäller äldre finns flera sätt att åskådliggöra olika nivåer av den samlade ohälsan. Utredningen vill understryka att det generellt inte finns effektivitetsskäl för att förorda att all verksamhet ska utföras gemensamt på det sätt utredningen nu föreslår. Insatser som ges till förhållandevis friska patienter och där stödet från samhällets sida inte är så omfattande kan hanteras i vanlig ”stuprörslogik”. Det är när patienterna behöver mycket vård i hemmet och när vårdcentralernas normala förmedlingslogik i form av mottagningsbesök inte fungerar så flexibelt som krävs, som de stora vinsterna med bättre vård och minskad slutenvårdskonsumtion kan uppnås om olika verksamheter hänger ihop.

Utredningen utgår från att möjliga avgränsningar av målgruppen för den gemensamma verksamheten kan göras utifrån ett organisatoriskt perspektiv, exempelvis hemsjukvårdens personkrets. Det kan också utgå från en avgränsning där behov och hälsotillstånd styr, exempelvis personer med multisjuklighet som befinner sig i ett stabilt och/eller instabilt skede. Det torde finnas många sätt att avgränsa målgruppen.

Övriga aspekter

Förhållande till ”betalningsansvarslagen”

Syftet med förslaget i denna del är att är ge bättre sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst till den utpekade målgruppen. Utredningen menar att en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst på ett bättre sätt ger förutsättningar att agera proaktivt och därmed kommer behovet av sluten vård på sjukhus att minska. Det kan dock finnas situationer där sluten vård inte kan undvikas.

I dagsläget ska lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) tillämpas när en patient skrivs ut från sluten vård. Lagen reglerar bl.a. kommunernas betalningsansvar om patienten blir kvar för länge inom slutenvården efter att patienten är utskrivningsklar. När en patient som omfattas av det gemensamma ansvaret skrivs ut från slutenvård kan det vara ologiskt att tillämpa betalningsansvarslagen. Landstinget och kommunen är ju i dessa fall gemensamt ansvariga i den uppkomna situationen för att ge erforderlig vård till målgruppen vid utskrivning. Eftersom betalningsansvarslagen är dispositiv i denna del anser utredningen att det kan vara lämpligt att avtala bort betalningsansvaret för dessa patienter. Detta kan enklast ske genom att nivån på avgiften sätt till 0 kronor. I SOU 2015:20 föreslår vi en ny lag som ska ersätta betalningsansvarslagen. Om detta förslag genomförs innebär det att kommun och landsting ska teckna samarbetsöverenskommelser om utskrivningsklara patienter. Ett av målen med en sådan samarbetsöverenskommelse är att samverkan ska fungera så bra att betalningsansvaret kan tas bort. En sådan överenskommelse skulle med fördel, enligt utredningens uppfattning, också kunna innebära att betalningsansvaret avtalas bort för målgruppen för den gemensamma verksamheten.

Förhållande till sekretesslagstiftning och olika regelverk för journalföring

Utredningens förslag innebär ingen ändring i nuvarande regelverk vad gäller sekretess och journalföringsplikt. Utredningen är medveten om att detta kan utgöra ett hinder i det praktiska arbetet. I en kontext runt den enskilde med många olika utförare riskerar situationen att bli än mer problematisk.

> Här i Västerås har vi 15 olika familjeläkarenheter med flera olika journalsystem, tre olika leverantörer av hemsjukvård och 15 olika hemtjänstleverantörer. En patient kan ha Q-RA:s hemsjukvård och Attendos hemtjänst, nattetid kommer den kommunala hemsjukvården och vid larmutryckningar kommer en fjärde aktör – och ingen av dessa parter har möjlighet att ta del av varandras journalanteckningar. Jag får ont i huvudet bara av att förklara hur det ser ut.[8]

[8] Dagens Medicin nr 46/2015, intervju med Håkan Falknäs.

Detta har nyligen belysts i betänkandet *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23). En del av förslagen rör möjligheter till sammanhållen journalföring och direktåtkomst mellan olika vårdgivare och huvudmän som om de genomfördes skulle innebära en väsentligt förbättrad möjlighet att arbeta effektivt och patientsäkert runt den enskilde. Sammanhållen journalföring är i dag bara tillåten under vissa förutsättningar.

Utredningen anser att även om förslagen om sammanhållen journalföring och direktåtkomst inte skulle genomföras så kvarstår behovet av en organisatorisk helhet i utförandet av tjänsterna runt äldre med stora behov och där insatserna behöver ges sammanhållet. Utredningen anser därför att även om nuvarande regelverk avseende informationshanteringen skulle bestå så behöver organiseringen av tjänsterna ändå ändras på det sätt vi föreslår.

Konsekvenser för kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst

I samband med ädelreformen 1992 övertog kommunerna ansvaret för utförande av vissa vård- och omsorgsinsatser. För de flesta kommuner omfattade detta ansvar för vårdinsatser i äldreboenden men vissa kommuner tog tidigt även över ansvaret för hemsjukvård inom ordinärt boende. Ansvaret för läkarinsatserna stannade hos landstingen och i stället skapades krav på kommunerna att utse en sjuksköterska med särskilt ansvar för den hälso- och sjukvård som kommunen skulle tillhandahålla. Funktionen har kommit att kallas medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och är i dag en etablerad funktion i alla kommuner.

Enligt 18 § HSL får en kommun erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Av prop. 1990/91:14 framgår att kommunen inte får utföra all hemsjukvård utan endast hemsjukvård som är kopplad till primärvården upp till sjuksköterskenivå. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Omfattningen av ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården påverkas av hur ansvarsfördelningen ser ut mellan kommun och landsting men det påverkas också av hur landstinget definierat sitt primärvårdsuppdrag

inom det egna landstinget. Samtliga landsting utom Stockholms läns landsting har överlåtit ansvaret för hemsjukvården till kommunerna.

Det finns ett flertal uppfattningar om vad hemsjukvården innehåller. Med hemsjukvård menas vanligtvis medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Med hälso- och sjukvård avses också den som biträder en legitimerad yrkesutövare.

Trots att den kommunala hälso- och sjukvården är en omfattande verksamhet, drygt 380 000 personer har fått en insats i den kommunala hälso- och sjukvården under 2014 och nästan 40 procent av patienterna är 85 år eller äldre, saknas det i stor utsträckning data som beskriver vilka åtgärder som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården.[9] Inte heller finns tillräckliga data att tillgå för att analysera hur kommunerna organiserat sin hälso- och sjukvård. Detta gör att utredningens underlag för att bedöma konsekvenserna av utredningens förslag är knapphändiga.

De erfarenheter som utredningen har framför allt mot bakgrund av det arbete som gjordes i samband med SOU 2015:20 är dock att den kommunala hälso- och sjukvården i stor utsträckning arbetar teambaserat redan i dag och att det i den kommunalt finansierade vården och omsorgen i det dagliga arbetet finns en naturlig integration mellan insatser och åtgärder som ges inom ramen för SoL och HSL. Dock ska tilläggas att kommunernas organisering av hälso- och sjukvårdsuppdraget tycks vara mycket olika. Vad gäller omfattningen av socialtjänstinsatser för äldre hänvisas till Socialstyrelsens Lägesrapport 2015, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – vård och omsorg om äldre*, s. 123–130.

Utredningens uppfattning är vidare att företrädare för kommunerna ofta uttalar önskemål om ett närmare samarbete med landstingen, se SOU 2015:20 avsnitt 6.1. Ett närmare samarbete med

[9] Socialstyrelsen, Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser till äldre personer och personer med funktionsnedsättning år 2014.

landstingen och en ökad integration av insatser från olika håll; den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänsten torde därmed i stort sett vara en utveckling som många kommunala företrädare eftersträvar. Med tanke på att utredningens förslag inte i detalj reglerar verksamhetsformer, kompetenser eller målgrupp anser utredningen att det inte är sannolikt att förslagen skulle få några negativa konsekvenser för kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård.

9.3 Den gemensamma verksamheten ska ha en plan där mål, riktlinjer och resursplanering framgår

Utredningens förslag: I kommunallagen införs en bestämmelse som innebär att kommuner och landsting ska fastställa en gemensam plan. Av planen ska det framgå mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten.

Eftersom den gemensamma verksamheten får en särskild planeringsbestämmelse föreslår utredningen att kraven på avtal om läkarmedverkan enligt 26 d § hälso- och sjukvårdslagen ändras så att kraven på avtal inte ska omfatta de patienter som omfattas av den riktade primärvården.

Skälen för utredningens förslag: Kommun och landsting föreslås få en skyldighet att årligen upprätta en gemensam plan för den gemensamma verksamheten. Utredningens ambition är att reglera samverkan på *utförarnivå* och inte som annan lagstiftning på individnivå (planeringsbestämmelser) eller huvudmannanivå (t.ex. samarbetsavtal). Förslaget ska ses som en del i att i viss mån skapa en juridisk ram för den ”hängränna mellan stuprören” som utredningen menar är nödvändig för att inte bara skapa ett bättre helhetsomhändertagande runt den enskilde, utan även möjliggöra ett effektivare resursutnyttjande totalt sett.

Utredningens förslag är på många sätt unikt eftersom det innebär ett krav på så kallad ”horisontell organisering” och denna horisontella organisation fullgör uppgifter enligt flera lagstiftningar med flera finansieringskällor. Utredningen vill med förslaget ”komma åt” de mekanismer som ofta gör att samverkan strandar, nämligen stridigheter om ansvarsgränser och finansiering. Om verksamhet

ska kunna fungera integrerat och sömlöst behöver de samlade resurserna användas där de gör mest nytta. Det är inte vanligt i dag att resursplanera över huvudmannagränser. I socialtjänsten finns en lång tradition av att bedriva arbetet målgruppsinriktat men i hälso- och sjukvården är planering och organisering av vården framför allt uppdelat på medicinska specialiteter. En samlad planering och organisering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är ovanlig.

Utredningen anser att det är ofrånkomligt att resursplanering på målgruppsnivå behöver göras där resurser för vårdens olika specialiteter ses i ett sammanhang för den aktuella målgruppen tillsammans med resurserna för kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inte förrän man ser de samlade resurserna till en viss målgrupp kan man fatta de mest rationella besluten om var resurserna används mest effektivt. Det traditionella ”Svarte-petterspelet” med resurser är inte ett sätt att använda samhällets sammantagna resurser mest effektivt, det kan vara effektivt för en viss det av systemet som ”slipper” betala men denna ”mekanism” är samtidigt en avart i offentlig förvaltning.

Den plan som landsting och kommun ska fastställa ska innehålla riktlinjer för verksamheten. Utredningen finner det naturligt att häri ingår en beskrivning av den gemensamma organisationen, hur det dagliga arbetet ska gå till och hur verksamheten ska ledas. Av de framgångsrika exempel utredningen studerat framgår att en viktig del i fungerande samverkan är att det operativa ledarskapet hänger ihop, kanske till och med att det är samma person. Det kan exempelvis lösas genom att denne erbjuds anställning både hos kommun och landsting. Målen med verksamheten bör återspegla målen för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. I Socialstyrelsens nationella indikatorer för God vård har Socialstyrelsen valt ut fyra indikatorer som särskilt intressanta för gruppen de mest sjuka äldre; undvikbar slutenvård, avlidna eller återinskrivna efter slutenvårdsvistelse för hjärtsvikt eller stroke samt inläggning i sluten vård på grund av fall. Men dessa indikatorer behöver kompletteras med indikatorer som visar måluppfyllelse i relation till socialtjänstens målsättningar. Det kan exempelvis handla om att den gemensamma verksamheten ska bidra till att öka den enskildes välbefinnande, den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Men det är viktigt att huvudmännen och den gemensamma verksamheten själva närmare får definiera målet med verksamheten så att detta blir adekvat

i det lokala sammanhanget. I sammanhanget ska erinras om att mål som sätts av verksamheten själv och där medarbetarna får inflytande över målen tenderar att bli ett starkare styrmedel än mål som kommer ”uppifrån”.

Förändringar i kravet på avtal om läkarmedverkan enligt 26 d § hälso- och sjukvårdslagen

Utredningens förslag om ett tillägg i kommunallagen (1991:900) innebär att den verksamhet som ska utföras gemensamt, den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst för äldre med omfattande behov, får en egen planeringsbestämmelse. I planeringsskyldigheten ingår att resursplanera verksamheten samt att fastställa mål och riktlinjer. Det är naturligt att det av denna planering framgår hur läkarbemanningen i den gemensamma verksamheten ska utformas både när det gäller omfattning, kompetens och arbetssätt. Utredningen menar att om kraven i 26 d § HSL kvarstår oförändrade, uppstår en dubbel planeringsskyldighet eftersom äldre med omfattande behov sannolikt redan har sådana insatser som avses i 26 d § HSL. Utredningen föreslår för att undvika en dubbelreglering att det lagstadgade kravet på avtal om läkarmedverkan tas bort för patienter som omfattas av den riktade primärvården. Beroende på hur kommun och landsting närmare definierar målgruppen kan det dock av praktiska skäl vara enklare att hantera viss ”planeringsöverlappning” när kommun och landsting tecknar avtal.

9.3.1 Landsting och kommun bör samplanera resurser även på andra områden

Utredningens förslag i denna del avser att stimulera nya former för ett mer verksamhetsnära samarbete och ökad integration mellan verksamheter som behöver hänga samman med varandra för att den enskilde ska kunna få en sammanhållen vård och socialtjänst. Det föreslagna sättet att reglera detta, genom att ställa krav på *utförandet,* har inte prövats tidigare. Vi har i detta avseende baserat vår analys på de framgångsrika verksamheter som finns och eftersträvat en lagstiftningskonstruktion som ska bidra till en utveckling i denna

riktning. Samtidigt ser vi att det finns andra frågor som skulle gagnas av en ökad integrering och där det finns samhällsekonomiska vinster av att kommun och landsting i ökad utsträckning resursplanerar tillsammans. Det möjliggör också en allokering av resurser som kan vara ett sätt att använda resurserna mer effektivt. Ett exempel är utveckling av olika mellanvårdsformer.

I betänkandet SOU 2015:20 framkommer att flera kommuner, men även landsting, önskar en utveckling mot ett mer differentierat vårdutbud. Om patienten inte längre behöver vara inom slutenvård på sjukhus men heller inte, av olika skäl, kan återvända till det egna hemmet finns behov av andra vårdformer. Ett exempel är mellanvårdsformer där landstingsföreträdare kan hävda att det är ett kommunalt ansvar medan kommunala företrädare kan hävda att det är ett ansvar för den landstingsfinansierade vården. Men ingenting hindrar att kommuner och landsting gemensamt identifierar behoven hos en viss målgrupp och *gemensamt* tar ansvar för att utforma vård och stödutbudet därefter. Då ges möjlighet att se till det samlade resursutnyttjandet och potentialen att göra rätt saker som möter behoven hos målgruppen.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har tagit fram ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg.[10] Underlaget beskriver konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen år 2025. Studien är unik eftersom den utgår från ett brett samhällsekonomiskt perspektiv och fokuserar på önskemålen från morgondagens äldre, effekten på de äldres funktionsförmåga samt kostnaderna för äldreomsorgen, hälso- och sjukvården och närståendes informella omsorg. Äldreomsorgen kan inte ses isolerad från den vård och omsorg som ges av andra. Äldreomsorgen, hälso- och sjukvården och insatser från närstående är kommunicerande kärl vilket innebär att kostnaderna för kommunerna skulle kompenseras av lägre kostnader för landsting och för närståendes insatser. Studien lyfter några centrala utgångspunkter för hur en långsiktig planering av äldreomsorgen bäst kan utformas. Äldres behov av omsorg blir allt mer olika i takt med en ökad mångfald och att allt fler lever allt längre med kroniska sjukdomar. Därmed

[10] Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg, Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Rapport 2015:8.

ställs större krav på en äldreomsorg som kan anpassas till äldres skilda förutsättningar. Morgondagens äldre har också skilda önskemål om hur de vill få sina omsorgsbehov tillgodosedda – önskemål som innebär anpassningar jämfört med dagens äldreomsorg. Kommuner och landsting behöver också stärka sitt arbete för att upprätthålla äldres funktionsförmåga. Med förebyggande och rehabiliterande åtgärder som minskar eller skjuter upp behovet av äldreomsorg förbättras möjligheterna att klara den framtida demografiska utmaningen betydligt. Kommunerna och landstingen bör satsa på förebyggande och rehabiliterande åtgärder, både för äldre som har och inte har äldreomsorg. Rapporten uppmärksammar också att kommunerna bör erbjuda flera alternativa omsorgsformer, oavsett grad av funktionsnedsättning. Mellanvårdsformer nämns som ett alternativ av flera.

9.4 Valfrihet och den gemensamma verksamheten

Utredningens förslag: Den riktade primärvården enligt den föreslagna 5 b § hälso- och sjukvårdslagen ska undantas från skyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvalssystem.

Landsting och kommun får organisera den gemensamma verksamheten så att den enskilde kan välja utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Skälen för utredningens förslag

Rätten att välja läkare omfattar alla men är inte oproblematisk att hantera när det gäller patienter med omfattande behov av insatser

Lagstiftaren har inte klargjort relationerna mellan å ena sidan 26 d § HSL och enskildas rätt att välja utförare av primärvård. Frågan utreddes inte i samband med införandet av obligatoriskt vårdval i primärvården *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37). Frågan uppmärksammades också i *Kommunaliserad hemsjukvård* (SOU 2011:55). Enligt nuvarande 5 § HSL är ingen patientkategori undantagen från möjligheten att välja utförare i primärvården. Det innebär att även personer som omfattas av sådana insatser som avses i 26 d § HSL

kan välja den läkare de vill, oavsett hur landstinget och kommunen har träffat avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredningens erfarenheter efter kontakter med många kommuner i samband med betänkandet SOU 2015:20 är att detta inte är oproblematiskt att hantera, särskilt i situationer där patienten ska skrivas ut från sjukhus och planering och etablering av kontakter ska gå snabbt. En utmaning i den praktiska verksamheten kan vara att personalen i den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan ha många olika läkare från flera olika vårdcentraler att samspela med. På motsvarande sätt kan det för en del patienter vara ett merarbete att själv koordinera helheten när läkarvård, hemtjänst, hemsjukvård och/eller hemrehabilitering utförs av olika utförare. Det är vidare inte ovanligt att olika utförare kan ansvara för insatserna under olika tider på dygnet vilket ytterligare ökar splittringen.

För relativt friska personer som själva vill ”sätta ihop” sitt eget ”vård och omsorgsteam” är detta såvitt vi kan bedöma inget problem som uppmärksammats i forskning eller andra studier. Det finns rapporter som visar att valfriheten uppskattas mer av personer som har mindre omfattande behov.[11] Men för patienter med sämre hälsotillstånd eller nedsatt autonomi är erbjudandet om att sätta ihop sitt eget ”team” inte enbart förknippat med fördelar.[12] Patienterna har rätt att välja den läkare de själva vill i primärvården. Det är givetvis önskvärt och lovvärt på många sätt men i det praktiska arbetet anser utredningen att detta inte är oproblematiskt. Socialstyrelsens riktlinjer när det gäller personer med demenssjukdom rekommenderar att arbetet organiseras i multiprofessionella team. Rekommendationen gäller förvisso bara personer med demenssjukdom, men ingenting talar för att det teambaserade arbetssättet inte skulle vara eftersträvansvärt även för andra personer med komplexa behov.

Relationer mellan de professionella är enligt utredningens mening en viktig del i möjligheten för teamet att fungera flexibelt och smidigt. Det handlar om att aktörerna känner varandra och har haft

[11] Stimulansbidrag LOV – Slutrapport 2011–2014, Socialstyrelsen 2015.
[12] Se t.ex. Meinow, B., Parker, M.G. & Thorslund, Szebehely,, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Valfrihetens LOV.

möjlighet att bygga tillitsfulla relationer, man vet varandras styrkor och svagheter och kan varandras arbetsrutiner. En förutsättning för att team ska vara effektiva är således ett visst mått av kontinuitet i teamet. Det försvårar effektivt samarbete över professionsgränser när en aktör, läkaren, utgör en del som ”kommer och går” i teamet, vilket är en följd av vårdvalet i primärvården. Hypotetiskt kan det i dag innebära att de brukare som har ett team som utgår från det primärkommunala ansvaret har många olika läkare att förhålla sig till. Det blir i sådana fall svårt att planera verksamheten i sammanhållna team. Kontinuitet är viktigt i relation till patienten, men är även viktigt för att ett team ska fungera optimalt. Personliga relationer där det byggts upp tillit mellan aktörerna kan inte fullt ut ersättas med administrativa åtgärder i form av skriftlig informationsöverföring, skriftliga arbetsrutiner osv. Vidare är det svårt att uppnå en tillräckligt hög grad av personlig kännedom om varandra som underlättar ett flexibelt samarbete. Problematiken kan försvåras ytterligare om patienten/brukaren dessutom har valt olika utförare av hemtjänst och/eller hemsjukvård eller särskilt boende. Det finns enligt utredningens mening en övertro på att teknik och administrativa regler kan ersätta det mänskliga samspelet inom teamet och mellan teamets medlemmar och den enskilde individ som behöver sammanhållna insatser.

Att ha många aktörer som ger olika former av insatser är inte per automatik problematiskt, det beror på omständigheter i det enskilda fallet. Problematiken kan i synnerhet uppstå om den enskildes behov är komplexa och där insatserna måste hänga nära samman med varandra. Denna utmaning har dock inte utretts i samband med införandet av obligatoriskt vårdval.[13] Utredningen finner det anmärkningsvärt.

Den svenska hanteringen av valfriheten i primärvården ska jämföras med den norska lagstiftningen. Läkare i fastlegeordningen har inte ansvaret för sjukvård till sina listade patienter när dessa bor på exempelvis sykehjem och kommunala institutioner (3 kap. 8 § Forskrift om fastlegeordning i kommunene). Motivet till att personer på vissa institutioner inte omfattas av vårdvalet i Norge var att det ansågs bli mycket krävande för en institution att förhålla sig till

[13] Vårdval i Sverige SOU 2008:37.

många olika läkare eftersom de boende skulle välja att ha kvar sin egen fastlege.[14]

Utredningens intryck av hur kommunerna arbetar med frågan är att man hänvisar till och förutsätter att patienterna vill ha den läkare som anvisats kommunen genom de tecknade avtalen enligt 26 d § HSL. Det ligger i gråzonen för vad som kan sägas utgöra ett fritt vårdval. Samtidigt är kommunernas agerande förståeligt då det skulle bli ohanterligt i praktiken om alla eller många av patienterna har olika läkare. Man kan hävda att lagstiftaren lämnat kommunerna i sticket och att kommunerna för att hantera detta har hittat praktiska tillämpningar som ligger i gråzonen för det fria vårdvalets krav.

Utredningen anser att en sådan lösning som finns i Norge hade varit värd att utreda, det har dock inte varit möjligt att genomföra med hänvisning till de resurser som utredningen haft till sitt förfogande.

Valfrihet inom den sammanhållna vården och socialtjänsten – den enskilde ska kunna välja en utförare som ”tar hand om hela mig”

Utredningen lämnar i avsnitt 8.2.1 förslag som innebär att primärvården ska organiseras i allmän och riktad primärvård. Den nuvarande regleringen av vårdval i primärvården överförs till att gälla den allmänna primärvården. Utredningens förslag i denna del innebär att den riktade primärvården inte ska omfattas av regleringen avseende vårdval. Den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov och utföras gemensamt med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst i syfte att ge en sammanhållen tjänst. Kommun och landsting får, *om de är överens* om detta, erbjuda den enskilde att välja utförare. Regleringen av valfrihet blir således annorlunda för den målgrupp som omfattas av den riktade primärvården.

Syftet med bestämmelserna om gemensam verksamhet är att skapa sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst, dvs. skapa förutsättningar för sammanhållna multiprofessionella team. Utredningen menar att sådana team svårligen kan bildas om olika personal-

[14] Melding till Stortinget Meld. St. 26 (2014–2015) s. 127.

kategorier kan väljas separat och var för sig. Utredningen menar att det försvårar för kontinuitet i teamet om teamet ser väsentligt olika ut för var och en av patienterna/brukarna. Utredningen bedömer att även om valfrihet kan ha ett värde i sig är det angeläget att utbudet, dvs. innehållet i det som individen kan välja på, ändras för att möta behoven av kontinuitet och multiprofessionalitet. Det är därför av avgörande betydelse att valfriheten för dessa individer avser val av en sammanhållen tjänst där utföraren tar hand om patientens/brukarens samlade behov av insatser i form av vård och omsorg. Landsting och kommun behöver organisera den gemensamma verksamheten så att den enskilde kan välja utförare av *sammanhållen* hälso- och sjukvård och socialtjänst, dvs. utförare som tar hand om både behovet av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Denna valfrihet innebär att den enskilde kan välja mellan sammanhållna insatser eller sammanhållna team – det är således inte valfrihet uppdelat per insats eller per yrkeskategori. All erfarenhet visar att patienter/brukare med omfattande behov vill att deras vård och omsorg ska hänga ihop och utgöra en helhet. Översatt till dagens vårdvalssituation menar vi att vårdvalet för dessa grupper borde handla om att välja team och inte enskilda aktörer i teamet. Äldre med stora och sammansatta behov uttrycker ofta en önskan om att kunna få alla sina insatser från ett håll, med personal som har tid och kan anpassa sig efter de skiftande behov den äldre har”.[15]

Kommuner har ingen skyldighet att erbjuda valfrihet vare sig avseende socialtjänstinsatser eller kommunal hälso- och sjukvård. Många kommuner har dock valt att på frivillig väg inrätta valfrihetssystem. Utredningen anser därför att det är mest rationellt att den gemensamma verksamheten utformas så att kommuner och landsting *får* erbjuda val av utförare av gemensamma tjänster. Det skulle innebära ett väsentligt ingrepp i det kommunala självstyret att skapa en skyldighet för kommunerna i detta avseende. Frågan om obligatorisk valfrihet i socialtjänsten har utretts i *Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten* (SOU 2014:2).

Utredningen väljer att inte ange vilket lagrum som ska tillämpas om huvudmännen vill införa valfrihet för målgruppen i den gemen-

[15] Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre. Stockholms läns äldrecentrum. Rapport nr 2012:1.

samma verksamheten. Det innebär att både LOV och LOU är möjliga. Utredningen menar att det är viktigt att huvudmännen själva avgör detta så att det fungerar i den lokala kontexten.

Utredningen menar också att det är av yttersta vikt att kommuner och landsting är överens om hur verksamheten ska bedrivas och däri ingår frågor om valfrihet. Vidare måste det understrykas att den målgrupp som den gemensamma verksamheten tar sikte på sannolikt är liten. Huvudmännen ska, enligt utredningens förslag, ha stor möjlighet att själva definiera närmare vilken målgrupp det handlar om. Konsekvenserna för valfrihetsystemen torde således bli relativt begränsade.

Ingen är undantagen valfrihetsbestämmelsen i den allmänna primärvården

Utredningens förslag om den allmänna primärvården innebär att den nuvarande regleringen av vårdval överförs oförändrad till den allmänna primärvården. 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 därför erbjudas som ett förstahandalternativ. 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.

Om den enskilde väljer läkare i den allmänna primärvården kommer sannolikt dagens situation med där tillhörande problem att kvarstå. Utredningen gör dock antagandet att detta kommer att vara ett marginellt problem. Utredningen bygger detta antagande på att de individer som sannolikt kommer att omfattas av målgruppen för den gemensamma verksamheten i allmänhet kommer att prioritera att få sammanhållna tjänster av ett effektivt team framför att själv välja teamets olika medlemmar. Ett visst stöd för detta antagande finns bl.a. i *Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre*. Stockholms läns äldrecentrum. Rapport nr 2012:1.

Genomförande

En regelförändring av detta slag skulle innebära ett visst arbete för berörda huvudmän, inte minst mot bakgrund av att det kan komma att beröra avtal som parterna har med privata och idéburna verksamheter som upphandlats enligt LOV och LOU. Omfattningen av detta praktiska arbete är svårt att överblicka. Utgångspunkten är dock att omställningsarbetet är en punktinsats och inte renderar administrativt merarbete i förlängningen. I sammanhanget ska också erinras om att valfrihetssystem enligt LOV inte innebär att huvudmännen har garanterat utförarna någon viss volym av patienter.

Kommun och landsting kan, om de så önskar, upphandla verksamhet gemensamt. Ett annat alternativ som kan klargöras i det fortsatta lagstiftningsarbetet är att kommuner som har avtal med externa utförare skulle kunna komplettera dessa avtal med att även omfatta landstingets ansvar för läkarvård. Detta möjliggörs eftersom kommunen får möjlighet att tillhandahålla läkarvård om landsting och kommun är överens om detta (se avsnitt 9.8). En sådan lösning möjliggör för den externa utföraren att ta ett helhetsansvar för den enskilde. För upphandlade parter kan det vara ett möjligt sätt att ”ringa in” kostnaderna inom ett och samma system och att utföraren får ett helhetsansvar för den enskilde. Motsvarande möjlighet att ringa in kostnaderna gäller givetvis även om verksamheten utförs i egen regi.

Vissa erfarenheter finns

Utredningen har inte hittat något exempel på utförare som i dag erbjuder en lösning för ”hela mig” över huvudmannagränser. Det finns dock erfarenheter från Norrtälje där man utformat en intressant modell för kundvalet som kan utgöra inspiration. De aktörer som ingår i kundvalet ska kunna erbjuda såväl hemtjänst, hemsjukvård som hemrehabilitering. Lösningen adresserar alla de problem som lyfts fram i olika studier, såväl nationellt som lokalt, att det brister i samverkan mellan hälso- och sjukvård och hemtjänst samt att det gäller att få en fungerande samverkan mellan dem som är närmast den äldre i hemmet. Idén är definitivt god men har inte varit enkel att förverkliga. De äldre synes vara nöjda, men det finns en del i

samspelet mellan olika aktörer och i informationsöverföringen som skapat frustration hos personalen och oro för patientsäkerheten. I uppföljningen av kundvalet i Tiohundra framför inte oväntat de distriktsläkare och distriktssköterskor som intervjuats i uppföljningen att det blivit svårare att nå varandra när distriktssköterskan flyttade ut från vårdcentralen.[16] Detta är också erfarenheter från flera län där hemsjukvården har kommunaliserats.

Hemrehabiliteringen lever i många kommuner runt om i landet sitt eget liv, utan något samspel med hemtjänst och hemsjukvård. I Norrtälje har man gjort tvärtom och lagt in även hemrehabiliteringen i kundvalet. Kunskapsläget vad gäller sådan vardagsrehabilitering är svagt men de vetenskapliga studier som hittills publicerats indikerar att detta är en typ av intervention som har potential att stödja äldre med behov av hjälp och stöd i vardagen på ett effektivt sätt.[17]

9.5 Särskilt om anhöriga

Med anhöriga i detta avseende avses person som regelbundet vårdar, hjälper eller stödjer en närstående. Utredningens förslag syftar till att öka integreringen mellan insatser som ges av olika huvudmän och verksamheter och att även läkarvården i ökad utsträckning ska ges i den enskildes hem.

Olika studier om omfattningen av anhörigvården ger olika resultat beroende på hur anhörigvården definieras och för vilka målgrupper.[18] Oavsett hur man närmare definierar omfattningen finns anledning att utgå från att anhöriga till äldre med stora behov i dag gör betydande insatser för sina närstående. Det innebär ett stort ansvar för dessa anhöriga. Ansvaret kan påverka inte bara de anhörigas fysiska och psykiska hälsa utan kan också påverka deras möjligheter att förvärvsarbeta, ägna sig åt fritidsaktiviteter, rekreation och möjligheten att upprätthålla andra viktiga relationer.

En bättre fungerande och bättre koordinerad vård och omsorg om äldre med en ökad kontinuitet kommer sannolikt att underlätta

[16] Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre. Stockholms läns äldrecentrum. Rapport nr 2012:1.
[17] Pettersson & Iwarsson kap. 5.
[18] Anhöriga äldre angår alla, Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, 2014:3, s. 14.

för anhöriga. Samtidigt innebär det risk för andra negativa konsekvenser för anhöriga om mer av vården ges i patientens eget hem. Sjukhusvistelserna kan, för en del, ha inneburit ett tillfälligt andrum i omvårdnaden för de anhöriga även om naturligvis ingen önskar att en närstående ska bli så sjuk att han eller hon hamnar på sjukhus. En sjukhusvistelse är sannolikt även påfrestande för anhöriga även om denne får avlastning i det dagliga omvårdnadsarbetet. Oro, ansvar för praktiska ting, koordineringsinsatser m.m. kan vara omfattande för anhöriga även om den närstående är på sjukhus.

9.6 Proportionalitetsbedömning

Utredningen menar att, trots att åtskilliga insatser gjorts av staten under många år, finns fortfarande betydande problem när det gäller att integrera vården och omsorgen om äldre med omfattande behov. Den senaste stora satsningen med prestationsbaserad ersättning inom ramen för satsningen på de mest sjuka äldre har gett flera goda resultat men just avseende sammanhållen vård och omsorg konstaterar Statskontoret att satsningarna inte gett resultat i detta avseende.[19] Utredningen menar att staten genom många andra åtgärder försökt styra området utan att avsett resultat uppnåtts och att det därmed är befogat med ytterligare lagstiftningsåtgärder.

Utredningen har övervägt om andra mindre ingripande lagstiftningsalternativ skulle kunna åtgärda de problem runt samordningen av insatser för multisjuka äldre som är väldokumenterade. Lagstiftningen om läkarmedverkan i 26 d § HSL löser inte problemet enligt utredningens uppfattning. Den paragrafen tar sikte på medverkan, omfattningen och formerna för läkarinsatserna, se avsnitt 9.8. Vidare har utredningen övervägt alternativet att föreslå krav på samarbetsavtal på motsvarande sätt som finns enligt 8 a och 8 b §§ HSL. Utredningens genomgång av dessa avtal, se avsnitt 6.2.2, ger en tydlig indikation på att denna lagstiftningsåtgärd inte ger de effekter som utredningen vill uppnå. En allmänt hållen lagstiftning har renderat allmänt hållna samarbetsöverenskommelser.

[19] Statskontoret, Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport 2015:18.

Utredningens analyser av hur staten har styrt samverkan, se avsnitt 9.1, visar att det rådande paradigmet är att uppnå arbetsdelning dvs. att man eftersträvar definierade gränser och tydlighet ner i minsta detalj avseende vem som gör vad. Detta kan fungera väl när det gäller verksamhet enligt HSL och SoL för människor där de sammantagna resultaten av insatserna inte kräver att insatserna integreras i någon större omfattning. Utredningen menar dock att för personer där insatserna kräver en hög integration med varandra så räcker inte nuvarande lagstiftning avseende samverkan. För denna relativt lilla men resurskrävande grupp måste tjänsterna från olika verksamheter integreras i betydligt högre omfattning, både för att den enskildes behov av vård och omsorg ska kunna tillgodoses på ett ändamålsenligt sätt och för att detta ska göras mer kostnadseffektivt.

De föreslagna lagändringarna uppfyller därmed enligt utredningens mening kraven på proportionalitet i den mening som avses i 14 kap. 3 § RF.

Utredningen har vidare analyserat alternativet om det skulle vara tillräckligt att ställa krav på sammanhållen vård enbart när det gäller insatser som ges enligt HSL. På så vis skulle en lagändring i SoL kunna undvikas men ändå uppnå det som utredningen eftersträvar. På många sätt kan det hävdas att en reglering som enbart tog sikte på HSL skulle vara tillräcklig för att uppnå den sammanhållna vården och omsorgen som utredningen eftersträvar med förslaget. Det är sammanhållningen över huvudmannagränser som är det centrala i förslaget. Med tanke på att den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i hög grad är naturligt integrerad i hemtjänst och särskilda boenden, dvs. samma personal gör insatser enligt både HSL och SoL så skulle det möjligen kunna räcka med en lagändring enbart i HSL (om sammanhållen vård).

Samtidigt är det enligt utredningens uppfattning inte bara hälso- och sjukvårdens insatser som behöver hänga ihop för att ge en fungerande helhet för den enskilde. Socialtjänstens insatser och det socialvetenskapliga perspektivet varpå dessa vilar är ofrånkomligt viktiga komponenter om samhället ska garantera att insatserna planeras, utförs och följs upp ur ett holistiskt perspektiv. Ett starkt socialvetenskapligt perspektiv skulle inte kunna garanteras på samma sätt om skyldigheten endast omfattade åtgärder som ges med stöd av HSL. Inte minst är det viktigt att säkerställa social-

tjänstens delaktighet för att närståendes situation ska kunna uppmärksammas och att rätt stöd ges till patientens närstående.

Den riktade primärvården och den gemensamt utförda verksamheten ska i första hand erbjuda insatser i den enskildes hem. Men det kan finnas situationer där det av sociala skäl inte är en lämplig miljö för den enskilde att vårdas. Det kan förekomma missbruk, våld eller andra skäl som gör att vård i hemmet inte är lämpligt för den enskilde. Utredningen menar att i detta sammanhang är det socialvetenskapliga perspektivet en nödvändig förutsättning för att god vård ska kunna uppnås. Vidare är det, enligt utredningens uppfattning, önskvärt med en stor flexibilitet i de insatser som ges och en rad olika socialtjänstinsatser kan beröras, inte bara hemtjänst och särskilt boende. Det kan röra sig om boendestöd, korttidsboende, LSS-insatser eller annat. Att utesluta SoL ur skyldigheten att utföra gemensamt vore således en olycklig begränsning enligt utredningens uppfattning.

9.7 Andra målgrupper som kan behöva sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningens bedömning: Utredningen avstår från att föreslå en skyldighet för huvudmännen att utföra verksamhet gemensamt för andra grupper än äldre med omfattande behov.

Skälen för utredningens bedömning: Det delade huvudmannaskapet för olika insatser är en utmaning för fler grupper än äldre med behov av insatser från olika verksamheter. Gemensamt för flera av dessa grupper är att de är storkonsumenter av vård och omsorg. Redan av det skälet finns anledning att särskilt uppmärksamma dessa målgrupper i analyser av behov och resurser.

Kan de resurser som i dag läggs på målgrupperna användas mer effektivt genom att styra och organisera resurserna på ett annat sätt än i dag? Svaret är sannolikt ja även om utredningen inte haft underlag att fullt ut bedöma effektiviteten och potentialen till ett effektivare resursutnyttjande. Utredningen har vägt för och nackdelar med att avgränsa gruppen till *äldre* med omfattande behov.

Den främsta anledningen är att det i dagsläget är oklart för oss om en motsvarande lagreglering för andra grupper av patienter/brukare skulle uppfylla kraven i en proportionalitetsbedömning enligt 14 kap. 3 § RF. Två av dessa målgrupper har egna samarbetsbestämmelser i HSL, se avsnitt 4.2.4. Det har, såvitt utredningen känner till, inte gjorts någon utvärdering av effekterna av dessa. Utredningen menar att det är rimligt att sådana görs innan beslut om andra eller ytterligare lagstiftningsåtgärder vidtas. Vad gäller andra grupper i detta avsnitt så har utredningen inte funnit att underlagen som finns att tillgå är tillräckliga för att bedöma effektiviseringspotentialen av en reglering för dessa grupper.

9.7.1 Personer med psykiska funktionsnedsättningar

Det finns relativt gott om underlag som visar såväl problembild som effektiviseringspotential vad gäller sammanhållna tjänster för personer med psykiska funktionsnedsättningar. År 2010 stärktes de juridiska kraven på huvudmännen då en bestämmelse om obligatorisk samarbetsöverenskommelse infördes, se avsnitt 4.2.4. Utredningen har begärt in dessa samverkansavtal från Landstingen och granskat dem, se avsnitt 6.2.2. Utredningen befarar att såsom överenskommelserna är konstruerade och med det innehåll som överenskommelserna har, kommer de sannolikt endast att ha en mer marginell effekt avseende sammanhållna insatser till de män, kvinnor, flickor och pojkar som behöver en hög grad av integrering av insatserna. Utredningen anser dock att det är rimligt att en genomgående analys av effekterna av denna lagändring genomförs innan ställning tas till vidare åtgärder, inklusive lagstiftningsåtgärder. Utredningen har inte haft tillgång till underlag för en sådan samlad analys och därmed menar vi att vi med hänvisning till kravet på proportionalitet enligt 14 kap. 3 § RF, inte kan motivera ett ingrepp i det kommunala självstyret motsvarande det som föreslås avseende äldre med omfattande behov. Utredningen avstår därför från att lämna något sådant förslag.

9.7.2 Personer med missbruk och beroende

Missbruks- och beroendevården har relativt nyligen utretts av missbruksutredningen; *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOU 2011:35). Personer inom dessa grupper är storkonsumenter av vård. Det är därför angeläget att missbruks- och beroendevården fungerar inte bara ur ett etiskt och mänskligt perspektiv utan även för en god resurshushållning. Det finns relativt gott om underlag som visar problembilden i missbruks och beroendevården. Effektiviseringspotentialen vad gäller sammanhållna tjänster för denna målgrupp är inte helt tydlig, men sannolikt är den stor. Missbruksutredningen konstaterade att den svenska missbruks- och beroendevården behövde stärkas. Inte minst genom att huvudmännen måste öka ambitionen vad gäller hur de olika insatserna hänger ihop.

Socionomens, psykologens och läkarens olika perspektiv och insatser behöver ofta vara helt integrerade för att ge effekt, annars fungerar inte beroendevården. Beroende är förvisso ett sjukdomstillstånd men för patienten är tillfrisknande avhängigt att socionomers kompetens finns med i planering av insatser och genomförandet av dem. De medicinska och psykologiska insatserna når sällan resultat om den enskildes sociala situation omöjliggör behandling. Insatserna är sådana att de sällan fungerar med ”vårdkedjelogik”, dvs. att var och en åtgärdar sin del i en sekvens, insatserna måste ofta ges samtidigt och helt integrerat för att ge effekt.

År 2013 stärktes de juridiska kraven på huvudmännen då en bestämmelse om obligatoriska samarbetsöverenskommelser infördes, motsvarande den som finns för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Utredningen har begärt in dessa samverkansavtal från landstingen, se avsnitt 6.2.2. Utredningen befarar att såsom överenskommelserna är konstruerade och med det innehåll som överenskommelserna har, är det tveksamt om denna typ av insatser leder till någon större förändring avseende en ökad integrering av olika insatser för de personer som behöver detta. Utredningen anser att det är rimligt att en genomgående analys av effekterna av denna lagändring genomförs innan ställning tas till vidare åtgärder, inklusive lagstiftning. Utredningen har inte haft tillgång till underlag för en sådan samlad analys och därmed menar vi att vi med hänvisning till kravet på proportionalitet enligt 14 kap. 3 § RF, inte kan motivera ett ingrepp i det kommunala självstyret motsvarande det som

föreslås avseende äldre med omfattande behov. Utredningen avstår därför från att lämna något sådant förslag.

9.7.3 Personer med funktionsnedsättningar

Personer med funktionsnedsättningar är en mycket heterogen grupp. Många kvinnor, män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning behöver insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Därför finns ett stort behov av rutiner för samverkan mellan LSS-området och andra kommunala verksamheter och olika delar av landstingets hälso- och sjukvård. Enligt Socialstyrelsen har allt fler kommuner samverkansöverenskommelser med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och andra aktörer.[20] Ökningen är särskilt stor när det gäller överenskommelser med barnhabiliteringen och barnpsykiatrin, där andelen fördubblats under de senaste tre åren.

Trots ökningen har långt ifrån alla kommuner samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och andra aktörer. Andelen är fortfarande anmärkningsvärt låg när det gäller enskilda ärenden med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Under 2014 var andelen 16 respektive 17 procent. Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med landstingens habiliteringsverksamhet är låg, 22 procent för vuxenhabiliteringen och 27 procent för barn- och ungdomshabiliteringen. Överenskommelser på detta område mellan kommunen och landstinget syftar till att stärka stabiliteten, förutsägbarheten och kontinuiteten mellan huvudmännen. De regionala skillnaderna är dock stora och andelen kommuner med samverkansöverenskommelser varierar mellan länen. Det finns också stora regionala skillnader i förekomsten av de aktuella överenskommelserna med landstingets habiliteringsverksamheter.

Samtidigt som antalet överenskommelser mellan olika aktörer ökat över tid vet vi lite om överenskommelsernas effekter för den enskilde. Därtill ska läggas att personer med funktionsnedsättning är en mycket heterogen grupp. För vissa fungerar stuprörslogiken

[20] Socialstyrelsen 2015, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Lägesrapport 2015 (s. 98–99).

medan andra är beroende av att insatserna ges med en hög grad av koordination och integration. Det krävs en särskild fördjupad analys för att bedöma om målgruppen får sina insatser integrerade i den utsträckning som behövs Utredningen har inte haft tillgång till underlag för en sådan samlad analys och därmed menar vi att vi med hänvisning till kravet på proportionalitet enligt 14 kap. 3 § RF, inte kan motivera ett ingrepp i det kommunala självstyret motsvarande det som föreslås avseende äldre med omfattande behov. Utredningen avstår därför från att lämna något sådant förslag.

9.7.4 Barn och unga som mår dåligt eller riskerar att fara illa

Barn och unga som mår dåligt eller riskerar att fara illa är ytterligare en grupp vars insatser i dag ofta följer en vanlig vårdkedjelogik. Flera insatser kan behöva ges samtidigt och integrerat. En åtgärd från en aktör kan bli utan effekt om barnet t.ex. har en ohållbar skolsituation. Utredningen har inte haft tillgång till en sådan samlad analys och därmed menar vi att vi med hänvisning till kravet på proportionalitet enligt 14 kap. 3 § RF, inte kan motivera ett ingrepp i det kommunala självstyret motsvarande det som föreslås avseende äldre med omfattande behov. Utredningen avstår därför från att lämna något sådant förslag.

9.7.5 Barn och familj – familjecentraler

När det gäller barn och unga är det såväl mänskligt som samhällsekonomiskt lönsamt att så tidigt som möjligt identifiera barn som befinner sig i risk att utvecklas ogynnsamt. För att kunna nå dessa barn i ett tidigt skede behöver verksamheten rikta sig till alla barn för att stärka kända friskfaktorer för de yngre barnen. Den generella och förebyggande verksamheten är därmed av olika skäl prioriterad. Utredningens uppfattning är vidare att ett effektivt förebyggande arbete är avhängigt sådana multidisciplinära verksamheter som innebär att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens respektive uppdrag för det förebyggande arbetet integreras. Ett gränsöverskridande arbetssätt över verksamhets- och professionsgränser kommer, enligt utredningens uppfattning, sammantaget att innebära att verksamheterna kan bedrivas med högre kvalitet till samma

kostnad. Därmed uppstår ett effektivt resursutnyttjande för samhället totalt sett.

Utredningen anser dock att det inte fullt ut finns underlag att bedöma effektiviseringsfaktorn av familjecentralsverksamheten. Det saknas också underlag för att bedöma mervärdet av familjecentralsverksamheten visavi traditionell uppdelning och om detta i sådant fall skulle motivera ett ingrepp i det kommunala självstyret. Eftersom verksamheten byggts upp dynamiskt och utan nationell styrning kan det inte heller uteslutas att andra styrmedel än juridiska krav, som är det mest ingripande för det kommunala självstyret, kan främja en positiv utveckling. Utredningen avstår därför från att lämna något förslag motsvarande det som föreslås avseende äldre med omfattande behov.

En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. I den gemensamma verksamheten kan ingå landstingets primärvårdsansvar (de delar som avser det förebyggande arbetet) för barn upp till den ålder kommuner och landsting bestämmer gemensamt. I den gemensamma verksamheten kan vidare ingå socialtjänstens uppdrag för det uppsökande och förebyggande arbetet för barn upp till den ålder kommuner och landsting bestämmer gemensamt. Utredningen väljer att inte rekommendera någon åldersgräns för målgruppen mot bakgrund av att rekommendationer på sådan detaljnivå kan försvåra för lokal anpassning och lokala effektiva lösningar.

Det finns anledning för huvudmännen av såväl kvalitetssynpunkt som kostnadseffektivitetssynpunkt att i utformandet av familjecentraler utgå från målgruppens samlade behov och söka samla verksamheter så att det genom en ”en-dörr-in-lösning” blir lättillgängligt för familjerna. I flera familjecentraler ingår också verksamheter som bedrivs av civilsamhällets organisationer. Ett nära samarbete med berörda organisationer kan berika och förstärka familjecentralernas verksamhet. I dag är det mycket vanligt att öppen förskola ingår i familjecentralens verksamhet och det ses av många som en framgångsfaktor.

På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socialarbetare kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, psykologer och läkare. En familjecentral är en mötes-

plats för familjer. Hur verksamheten ser ut beror till stor del på barnfamiljernas behov och önskemål. En familjecentral ska bestå av minst mödrahälsovård, barnhälsovård och socialtjänst med minst förebyggande arbete. För att uppnå ett bättre stöd till målgruppen bör den gemensamma verksamheten ha högre ambition än enbart samlokalisering. Huvudmännens ambitioner bör vara att samordna de resurser de på respektive håll avsatt för sina uppdrag enligt respektive lagstiftning så att de verksamheter som bedrivs inom ramen för familjecentralen omfattas av gemensam ledning, styrning, planering, budgetering och uppföljning samt att arbetsformerna inom familjecentralen är sådana att gränsöverskridande teamarbete möjliggörs. Samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är en förutsättning för en fungerande familjecentral. Den främsta vinsten med samverkan mellan många yrkeskategorier kring barn och barnfamiljer är att den ökar förmågan att upptäcka och tillgodose behov bland barnfamiljer i ett upptagningsområde. Samverkan innebär också att man får bättre förutsättningar att skräddarsy lösningar för ett specifikt behov.

Utredningen har identifierat att nuvarande bestämmelse om vårdval i primärvården kan vålla bekymmer för familjecentralernas verksamhet. Det berör det faktum att socialtjänsten har ett områdesansvar vilket andra deltagande parter i familjecentralen inte har på samma sätt. Det är avhängigt hur landstinget utformat vårdvalet. Socialtjänstens uppsökande verksamhet är geografiskt begränsad till den egna kommunen. Om de landstingsfinansierade verksamheterna har patienter från andra kommuner riskerar det att omöjliggöra familjecentralens uppdrag.

9.8 Kommun ska få överenskomma med landsting om att ta över ansvar för läkarvård i vissa fall

Utredningens förslag: Om kommun och landsting är överens får kommunen överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård som ges till personer som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård.

Skälen för utredningens förslag

Huvudmännens ansvarsgränser möter inte dagens behov

Enligt 18 § HSL och mot bakgrund av kommunernas kompetens som framgår av kommunallagen är det inte möjligt för kommuner att tillhandahålla läkarvård, skolhälsovård undantaget. Landstingen är huvudmän för vård som ges av läkare. I dag finns inte heller möjlighet för kommunerna att anställa läkare ens efter avtal med landstinget om att kommunerna övertar detta ansvar.

Läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård regleras i 26 d § HSL. Enligt bestämmelsen ska landstinget med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget. I detta ingår läkaransvaret för personer som bor i särskilt boende, för läkemedelsgenomgångar samt att råd och stöd till personal ges. Därutöver ingår ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende.

Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna innebar att kommunen övertog huvudmannaskap för insatser som tidigare var landstingens ansvar. Motiven var flera, men tonvikten låg på att det var nödvändigt att få bort den ”medikalisering” och institutionsinriktning som samhällets samlade stöd till dessa grupper dominerades av. Kommunernas ansvar för den sociala välfärden inklusive boende, sysselsättning och hjälp i hemmet var en bättre utgångspunkt att bygga framtidens äldreomsorg samt stöd till personer med olika typ av funktionsnedsättningar. Vid reformerna var man väl medveten om att ”nya diken” skulle uppstå eftersom ansvaret för

läkarvården kvarstod hos landstingen. Den bedömning av behovet av läkarvård som gjordes vid tiden för Ädelreformen utgick från då rådande förhållanden.

Sedan Ädelreformens tillkomst har behoven förändrats generellt sett. Vi lever längre och den medicintekniska utvecklingen tillsammans med bättre läkemedel, ökad kunskapsmassa, ökade möjligheter att utföra operationer långt upp i åldrarna, etc. har avsevärt förändrat både karaktär och omfattning av sjukvårdsbehovet hos de äldre. Denna utveckling förutsågs inte fullt ut vid Ädelreformens genomförande.

Omfattningen av och karaktären hos behovet av läkarvård medför att läkarvården generellt sett behöver vara en fullt ut integrerad del av den samlade vården och omsorgen för de äldre. Därför har i många år diskuterats hur detta behov av läkarvård och samarbete över huvudmannagränser ska lösas.

Återkommande utredningar om ansvaret för läkarvård

En återkommande fråga har varit om kommunerna ska ta över ansvaret för läkarvården för de patienter som bor i särskilt boende och har kommunal hemsjukvård. Frågan om huvudmannaskap för läkarvård vid särskilda boenden och hemsjukvård respektive kommunernas möjligheter att själva anställa läkare har utretts tre gånger, 2000, 2004 och 2011. Samtliga utredningar har utgått från problembilden att läkarvården brister för personer som har så stora behov att de har kommunala insatser i form av särskilt boende och/eller hemsjukvård och hemtjänst i eget boende. Samma problembild finns krav i dag. Trots alla de olika satsningar som gjorts genom åren kvarstår problemet att läkarvården för denna målgrupp inte tillräckligt hänger samman med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Brister i tillgängligheten till läkare inom kommunal vård och omsorg var motivet till att Samverkansutredningen år 2000 (SOU 2000:114) föreslog att kommunerna skulle få befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser till patienter i särskilt boende och hemsjukvård. Landstingens ansvar skulle stå kvar oförändrat. Kommunerna skulle enligt förslaget inte ha någon skyldighet att tillhandahålla läkare och de skulle själva bekosta eventuella läkarinsatser.

Samtliga landsting och en majoritet av kommunerna avvisade förslaget med motivering att det skulle medföra oklarheter i uppgiftsfördelningen.

Äldrevårdsutredningen bedömde i betänkandet *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skulle bli oklar om kommunerna skulle bli huvudmän också för läkare. Om kommunen fick rätt att anställa allmänläkare skulle redan nu existerande rekryteringsproblem riskera att förvärras ytterligare, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kommuner finns inte underlag för läkare som enbart arbetar med hemvård och en sådan organisation skulle riskera att bli sårbar. Äldrevårdsutredningen lämnade i stället förslag till nuvarande 26 d § HSL, se ovan.

Frågan om kommunernas möjlighet att anställa läkare utreddes på nytt av den nationella samordnaren för sammanhållen hemsjukvård (SOU 2011:55), som inte föreslog någon förändring av rådande förhållanden. Samordnaren anförde dels att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting för hälso- och sjukvård skulle bli oklar om kommunerna skulle bli huvudmän också för läkare, dels att det skulle vara svårt att kombinera vårdvalet med tillsättandet av kommunala läkare. Ska läkaren vara ytterligare en aktör i vårdvalet eller ska patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården stå utanför vårdvalet? Den enskilde har rätt att välja den vårdenhet som man anser bäst motsvara de behov man har. Läkarinsatser i hemsjukvård i ordinärt boende och de kommunala särskilda boendeformerna omfattas således formellt av vårdvalet, eftersom det handlar om vård på primärvårdsnivå.

Tydlig ansvarsfördelning

Utredningen gör delvis en annan bedömning än de tidigare utredningar som behandlat frågan. Utredningens slutsats utifrån de tidigare bedömningarna i denna fråga är att patientens behov av en god vård inte fått tillräckligt genomslag. Rädslan för oklara ansvarsförhållanden mellan huvudmännen tycks ha varit större än rädslan för att målgruppen skulle få dåligt sammanhållen vård.

Vi menar att det finns skäl att möjliggöra för kommuner att anställa läkare och tillhandahålla läkarvård vid samma situationer

där kommunen i dag ansvarar för vård upp till sjuksköterskenivå. Det kan exempelvis vara aktuellt i de fall där kommunen vill kunna förfoga över alla resurser och kompetenser som behövs för att uppnå en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Då tidigare utredningar och remissinstanser haft som huvudinvändning mot kommunala läkare att det skulle innebära en otydlig ansvarsfördelning anser utredningen att möjligheten för kommunen att anställa läkare måste vara villkorad med att kommuner och landsting är överens om detta och träffar ett avtal om det. Det får förutsättas att landstingen i sådant fall lämnar adekvat ekonomisk kompensation till kommunen. Utredningen menar att detta säkerställer en tillräcklig tydlighet i ansvar som efterfrågats av tidigare utredningar. Vårt förslag innebär att det inte kan byggas upp parallella läkarorganisationer för primärvårdsinsatserna, där kommuner och landsting konkurrerar om läkarkompetensen.

Utredningen bedömer att intresset för den nu föreslagna lösningen kommer att vara ytterst marginellt. Utredningen anser dock att det är en viktig förutsättning för effektivt resursutnyttjande att huvudmännen ges möjligheter att hitta de lösningar som passar bäst lokalt. Nuvarande begränsning är således onödig. Detta innebär inte att kommunerna får en *skyldighet* att erbjuda läkarvård, utan endast möjlighet att göra det efter avtal med landstinget.

Valfrihet

Det finns en oklarhet i gränsdragning i dag vad gäller HSL mellan å ena sidan lagens krav på att landstingen ska organisera primärvården så att alla som är bosatta i landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem) (5 § andra stycket HSL) och å andra sidan lagens krav på att landstingen ska avsätta läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i kommunal verksamhet (26 d § HSL). På motsvarande sätt som utredningen uppfattar rättsläget i dag så menar vi att även om kommunerna efter överenskommelse med landstinget tar över skyldigheten att erbjuda läkarvård, fråntar det inte patienterna möjligheten att välja en annan läkare. Detta gäller oavsett om kommunernas

läkarvård i detta avseende hänförs till allmän eller riktad primärvård.

Förslaget kan innebära att nya möjligheter för privata entreprenörer att utveckla tjänster skapas om kommun och landsting inte driver verksamheten i egen regi. Det kan, förutsatt att kommuner och landsting är överens, möjliggöra upphandling av ett bredare spektra av tjänster. Om läkarvården är inkluderad i upphandlingen skapas också bättre förutsättningar för privata utförare att bidra till innovation och ett helhetsansvar för individers behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

9.9 Översyn av planeringsbestämmelser

Utredningens rekommendation: Regeringen behöver genomföra en översyn av befintliga regler för planering på individnivå i syfte att förenkla och skapa överblickbarhet för såväl personal som patienter och brukare.

Skälen för utredningens rekommendation: Regelverken avseende bestämmelser om huvudmännens eller verksamheters planeringsskyldighet och upprättande av olika former av planeringsdokument på individnivå är mycket omfattande (avsnitt 4.2.4). Var och en av skyldigheterna har tillkommit i en kontext i syfte att åtgärda samverkans-/samarbetsproblem för viss målgrupp eller viss situation. Utredningen bedömer att planeringsbestämmelserna var och en för sig är rimliga och adekvata men sammantaget blir regelverken så svåröverskådliga att de försvårar den praktiska tillämpningen.

I de olika författningarna klargörs sällan hur olika planeringsbestämmelser förhåller sig till varandra eller vilken bestämmelse som ska ha företräde framför en annan om flera bestämmelser är tillämpliga. Var och en av dem renderar sannolikt också administration då huvudmän och verksamheter förutsätts upprätta rutiner för arbetet med att upprätta olika former av individuella planer.

Utredningen menar att det finns skäl att göra en översyn av dessa planeringsbestämmelser. Det bör i ett sådant sammanhang övervägas möjligheten att skapa ett eget fristående regelverk för planering av individuella insatser som kan gälla generellt och över olika samhällssektorer; hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola,

Arbetsförmedling, Försäkringskassa, Kriminalvård m.m. Detta motiveras av att det kan underlätta för olika aktörer att ha samma regelverk att förhålla sig till, dessutom kan utbildningsinsatser samordnas mellan myndigheter på ett mer rationellt sätt än i dag. Utredningen kan även se fördelar ur ett informationsperspektiv då kunskapen om regelverket lättare och sannolikt billigare (informationsmaterial kan användas av fler aktörer) kan spridas till berörda aktörer.

10 Gemensamt beslutsfattande mellan landstingen

Sammanfattning: I avsnittet redovisas grunderna för behovet av en förbättrad nationell koordinering och styrning av hälso- och sjukvården. Däri ingår behovet av att landstingen agerar mer gemensamt och stärker gemensamma strukturer för beslut och förmåga att äga och driva gemensamma frågor. Därvid lämnas förslag på lagstiftning som på ett principiellt plan ger en skyldighet för landstingen att gemensamt planera och utföra vissa uppgifter. Förslaget syftar till att stärka landstingens inbördes samarbete. Om de föreslagna lagstiftningsåtgärderna inte får effekt anger utredningen möjliga åtgärder som regeringen bör överväga för att säkerställa ett ökat samarbete mellan landstingen. Vidare lämnas förslag på en nationell konsultationsordning som innebär ett mer strukturerat samrådsförfarande mellan regeringen och landstingen. Syftet med detta är att säkerställa arenor där gemensam dialog om utmaningar och utvecklingsbehov kan föras. Syftet är ytterst att stärka koordineringen av styrningen av hälso- och sjukvårdssystemet.

10.1 Samtliga landsting ska gemensamt planera och utföra vissa uppgifter

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en skyldighet för samtliga landsting att när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl gemensamt planera och utföra uppgifter.

Utredningens rekommendation: Landstingen bör finna former för att kontinuerligt överväga vilka uppgifter inom sitt ansvarsområde som kan och bör lösas gemensamt.

Behovet av gemensamt och samordnat agerande

Utredningen har vid upprepade tillfällen tagit del av utvecklingsarbete och verksamheter där varje landsting/region själva fått bygga upp infrastrukturer, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift. Sällan har dessa enheter/verksamheter haft andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det samlade intrycket är således att det i många frågor handlar om att alla ”utvecklar sitt”. Sett ur ett systemperspektiv är detta inte alltid optimalt. Smarta lösningar skulle med fördel kunna samlas så att fler kunde nyttja de innovationer och verksamheter som vuxit fram. Det saknas i stor utsträckning arenor och mekanismer för att nyttja varandras verksamheter och lösningar.

En annan iakttagelse som utredningen gjort är att vissa verksamheter kan vara mycket små och mycket specialiserade i varje landsting. I sådans fall det skulle finnas fördelar med att sådan verksamhet skulle drivas gemensamt för att uppnå stordriftsfördelar.

Utredningens bedömning är att förmågan att få till gemensamma lösningar är mycket viktig men i dag är landstingens förmåga att agera gemensamt olika på olika områden. Det finns, enligt utredningens uppfattning, en växande insikt hos landstingsledning både på tjänstemannanivå och på politisk nivå att det finns behov av att samlas runt olika lösningar och att allokera resurser för gemensamt utförande av vissa uppdrag. Samtidigt är vägen till gemensamt agerande lång och svår. Av Statens vård- och omsorgsutrednings delbetänkande *Statens roll i framtidens vård och omsorgssystem – en kartläggning* (SOU 2011:65) (s. 95) framgår följande.

> Både vården och omsorgen kommer att behöva stärkt nationell samordning på flera områden. Dels handlar det om att säkra vård och omsorg på lika villkor. Dels handlar det om olika former av samordning för att främja kvalitet och effektivitet.

Samma kommitté understryker att det inte handlar om att staten övertar eller ersätter ansvar som i dag åvilar sjukvårdshuvudmännen (s. 96).

> Nationell samordning är mer än statlig styrning. De senaste årens utveckling visar att kommuner, landsting, entreprenörer, professionella sammanslutningar och andra både vill och kan bygga stora delar av den nationella samordningen genom samarbete. Detta sätt att bygga samordning har en styrka i att det bygger på lokal och regional kunskap, samtidigt som beslutsfattandet finns kvar nära de berörda medborgarna och verksamheterna. Samtidigt är det nödvändigt att staten deltar med en tydligare roll i det nationella samordningsarbetet. Dels därför att regeringen, med utgångspunkt från riksdagens överordnade ansvar, behöver möjlighet till överblick och verktyg för att kunna styra när så behövs. Dels därför att staten, många gånger genom sina myndigheter, har viktiga delar av den kompetens och det mandat att ta nationella beslut som samordningen behöver i vissa skeden.

Ovan refererade utredning lämnade i slutbetänkandet förslag på utveckling av den statliga styrningen, vilken roll staten har och hur de styrande myndigheterna ska organiseras.[1] Utredningen lämnade dock inga förslag som rörde samordningen av landstingens verksamheter.

Även Ansvarskommittén lyfte betydelsen av ett bättre samarbete mellan olika samhällsnivåer och huvudmän.[2] Man menade att staten och kommunsektorn har ett gemensamt ansvar för många välfärdstjänster och att ett konstruktivt samspel mellan sektorerna därför är av avgörande betydelse för att åtagandet visavi medborgarna ska kunna utföras väl.

Utredningen ansluter sig till den bedömning av behovet av en starkare nationell samordning som ovanstående utredningar gjort. Motiven för ett starkare samarbete mellan landstingen är flera. Ur utredningens perspektiv har effektivitet varit i förgrunden för analyserna men effektivitet är i detta sammanhang sammanhängande med kvalitet och jämlikhet. Utredningen anser att ett närmare och mer strukturerat samarbete mellan landstingen är en nödvändig del för att främja ett effektivare resursutnyttjande.

Samarbete sker redan i dag mellan landstingen och i några fall även mellan samtliga landsting. Exempelvis programråd, Inera,

[1] Gör det enklare SOU 2012:23.
[2] Se exempelvis avsnitt 2.2. SOU 2007:10.

Skandionkliniken, NLK, NSK m.m. Utredningen menar dock att utvecklingen går för långsamt i att skapa konkreta lösningar och lösningar som kan få ett långsiktigt ägarskap.

SKL har en viktig roll som mötesplats och ofta nav i landstingens samarbete och kommer att vara en naturlig plattform för landstingens skyldighet att samarbeta om lösningar. Enligt utredningens uppfattning ställs dock ibland orimliga krav på vad SKL ska hantera, ofta mot bakgrund av en missuppfattning av SKLs roll och det faktum att SKL är en intresse- och arbetsgivarorganisation och inte en myndighet eller ett kommunalförbund. Det kan vidare finnas tillfällen när en uppgift som inte hanteras av SKL behöver en nationell hemvist. Det kan röra sig om situationer där det faktum att SKL inte är ett offentligrättsligt subjekt omöjliggör hanteringen av viss fråga eller där förbundets stadgar eller politiska och resursmässiga prioriteringar gör att SKL inte kan härbärgera den.

Fria vårdvalen sammanlänkar landstingens vårdutbud – behov av ökad samordning

De fria vårdvalen inom primärvård och öppen specialiserad vård sammanlänkar landstingens vårdutbud med varandra. Patienten kan välja utförare av vård vart hen vill. Det innebär att ett landstings interna vårdutbud och sätten vården tillhandahålls på kan påverka ett annat landsting beroende på hur patientströmmarna ser ut. Utredningen menar att vårdvalen indirekt utgör en del av ett nationellt sammanhållet sjukvårdssystem men det finns ingen part som riktigt har rollen att stödja eller koordinera *systemets* funktion. Staten bör inte ha en sådan uppgift enligt utredningens uppfattning då den hänger mer samman med landstingens ansvar för att praktiskt ansvara och utföra vård. Däremot torde staten i vissa fall kunna underlätta samordning mellan landstingen, genom att exempelvis tillskjuta projektmedel eller annat. Utredningen menar att strukturerna för att stödja och till och med styra systemet kan behöva stärkas. Vår bedömning är att det i vissa fall behövs en mer formaliserad struktur än nuvarande informella strukturer inom ramen för SKL. Det kan handla om att landstingen enas om gemensamma standarder av olika slag eller någon gemensam rutin för att underlätta det fria vårdvalet. Se även exemplet nationell virtuell vårdcentral, figur 7.2.

Ny princip: landstingen ska vara skyldiga att agera gemensamt i vissa fall

Utredningen menar att det är nödvändigt att i lag införa en principiell skyldighet för landstingen att samarbeta i frågor som gagnas av gemensamma lösningar. Skyldigheten behöver vara allmänt formulerad för att möjliggöra en flexibel användning över tid. Utredningens avsikt är att formuleringen ska utgöra en bärande princip som innebär att skyldigheten träffar vart och ett av landstingen att samarbeta i ett kollektiv. Det innebär en skyldighet att varje enskilt landsting också får ett ansvar att se till helheten i systemet på ett annat sätt än landstingen har i dag. I skyldigheten ligger implicit att landstingen kontinuerligt behöver överväga om vissa uppgifter är bättre att lösa gemensamt än av varje landsting för sig. Utredningen har valt att inte detaljreglera denna skyldighet, utan förordar att hålla den mer principiell. Denna bedömning bottnar i att skyldigheten i sig, att få ett utökat ansvar för helheten, är ny och på många sätt utmanar denna skyldighet den gängse lagstiftningstraditionen. Av detta skäl är det av vikt att i första hand stödja en dynamisk utveckling av den process som utredningens förslag avser att förstärka. En detaljreglering bör komma ifråga om inte denna dynamiska process får erforderlig kraft och långsiktig stabilitet.

Skyldighet att samverka med andra landsting finns i dag för landstingen avseende sådan vård som berör flera landsting, länssjukvård 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Landstingen är vidare skyldiga att samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av vården (8 § HSL).

Staten vård- och omsorgsutredning, se ovan, hade i uppdrag att föreslå åtgärder avseende statens roll men lämnade inga förslag om landstingens organisering i horisontell bemärkelse. Utredningen har för avsikt att ta vid där den kommittén slutade och föreslå åtgärder med inriktning mot att finna former för hur landstingen kan agera mer gemensamt.

Utredningen bedömer att en sådan ordning måste bestå av flera komponenter. För det första ska gemensamt ansvarstagande eller gemensamt utförande av uppgifter bli en skyldighet för landstingen/regionerna när det är befogat av kvalitets- eller effektivitets-

skäl. Landstingen bör därför i första hand på frivillig väg identifiera och besluta om frågor eller område som ska utföras gemensamt.

Utredningens förslag innebär att landstingen åläggs att utföra eller på annat sätt lösa uppgifter gemensamt när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Det innebär inte att landstingen inte längre i sin egenskap av huvudman ansvarar för uppgiften – regleringen tar sikte på själva utförandet av en skyldighet som åligger landstingen. Det kan i normalfallet innebära sådana uppgifter där det för den totala samhällsekonomin är gynnsamt att landstingen samlokaliserar sina resurser för att lösa uppgifter i stället för att var och en löser uppgiften enskilt. Det kan också röra sig om situationer där själva uppgiften i sig behöver en likformig lösning över landet för att säkerställa effektivitet.

Det kan också finnas frågor eller områden där olikheten över landet blir ett problem. Statens övergripande ansvar för vård på lika villkor över landet innebär att staten, utöver att ansvara för ramarna för hälso- och sjukvården, ibland har skäl att detaljreglera ett visst förhållande. Olikheterna kan helt enkelt inte bli för stora över landet eftersom det strider mot såväl grundläggande rättsprinciper om likabehandling som det allmänna rättsmedvetandet. Samtidigt är detaljreglering från statens sida inte alltid önskvärd då det kan låsa fast nivåer och därmed förhindra utveckling över tid. Detaljreglering är till sin natur också ett otympligt sätt att styra vården. Hälso- och sjukvården riskerar att byråkratiseras i onödan. Av respekt för det kommunala självstyret kan det således finnas skäl att i stället för detaljreglering skapa frivilliga mekanismer som möjliggör en mer likartad hantering av vissa frågor över landet.

Vilken typ av uppgifter kan det handla om?

Utredningen anser att det vid följande situationer är påkallat att föra diskussioner om ett landstingsgemensamt ansvar:

1. När en uppgift svårligen kan lösas på ett ändamålsenligt sätt av varje landsting för sig,

   exempel avsnitt 10.3: Nationella kvalitetsregisterkansliet.

2. När en uppgift är gemensam för alla landsting men där utförandet av uppgiften inte behöver ske geografiskt i vart och ett av

landstingen,
exempel avsnitt 10.3 nationell virtuell vårdcentral, hälsobibliotek.

3. När en uppgift kräver en allokering av resurser för att uppgiften ska kunna lösas effektivt och därmed uppstår en sund användning av gemensamma resurser i vid mening,
exempel avsnitt 10.3 luftburen sjuktransport, informationssystem.

Utredningen menar inte att huvudmännens skyldighet att bedriva sjukvård omfattas av den föreslagna skyldigheten att agera gemensamt. Utredningen menar att skyldigheten kan röra uppgifter som stödfunkoner och strukturer för planering, uppföljning, tekniska lösningar, kunskapsstöd och materiell och immateriell egendom.

Kommunala självstyret, proportionalitet och effektivitet

Som utredningen redovisat i avsnitt 6.1.4 har den statliga normeringen de senaste tio åren i stor utsträckning rört administrativa åtgärder kring olika processer i vården, anmäla, rapportera/redovisa, utreda, informera, teckna samarbetsöverenskommelser och planera. Någon större utvidgning av det offentliga åtagandet har inte skett. Inte heller har mer än marginellt förtydligande skett av vad landstingen eller kommunerna ska erbjuda befolkningen för vårdutbud på motsvarande sätt som finns i t.ex. norsk och finsk lagstiftning.

Utredningen har inte kunnat finna någon egentlig analys avseende varför staten valt denna normeringsstrategi. Detta ska ses mot bakgrund av den omstrukturering av statens relationer med kommunsektorn som skedde under början av 1990-talet (se t.ex. prop. 1991/92:150) då staten genomförde förändringar i styrningen. Statsbidragen blev mer generella och det fanns ambition att staten inte skulle detaljreglera den kommunala verksamheten, en decentraliseringsambition. Karaktären på den statliga styrningen har ändrats betydligt sedan dess men den statliga styrningen har endast i undantagsfall rört utvidgade rättigheter för befolkningen.

En av flera troliga orsaker till detta är att i den svenska kontexten är normering av hälso- och sjukvårdstjänster mot befolkningen lite mer komplicerade eftersom HSL i grunden är en ramlagstiftning. Varje reglering som innebär strukturella för-

ändringar eller definierar en vårdtjänst aktualiserar en grundlig analys av intrånget i det kommunala självstyret samt en analys av tillämpningen av finansieringsprincipen. Finansieringsprincipen innebär att när staten lagreglerar ett nytt åtagande för huvudmännen så ska en bedömning göras om en reglering ska ske enligt finansieringsprincipen. I Sverige, med tre självständiga samhällsnivåer med självständig beskattningsrätt, är detta en komplicerad uppgift.

Utredningen har, som framgår av avsnitt 6.4.1, redovisat den huvudsakliga karaktären av den statliga styrningen samt i avsnitt 9.1 redogjort för innovationsrådets bedömning av utvecklingen av styrningen för offentlig sektor. Nära sammanhängande med detta är statens möjligheter att styra. Det gängse sättet för staten är att styra sektorsvis och enligt stuprörslogiken. I dessa fall görs en avvägning av åtgärden visavi det kommunala självstyret och en proportionalitetsbedömning ska göras. När åtgärden är i form av handläggningskrav eller administrativa rutiner är prövningen mindre komplicerad, det får antas att det anses som marginella intrång i självstyret och kan då passera en proportionalitetsbedömning. När åtgärden rör mer strukturskapande styrning, se avsnitt 6.4.1, blir prövningen mot proportionalitetsprincipen mer omfattande då det rör huvudmännens möjligheter och autonomi avseende hur verksamheten organiseras. Utredningen menar här att det är relevant att beakta de motiv som bär upp det kommunala självstyret, demokratiperspektivet och effektivitetsperspektivet. Vad gäller effektivitetsvärdet tolkas det i dag, enligt utredningens uppfattning, i ett relativt snävt perspektiv, dvs. inom det egna landstinget eller kommunen. Det som är effektivt för det *enskilda* landstinget eller kommunen behöver inte vara effektivt sett ur ett större systemperspektiv. Utredningen menar att det kommunala självstyret, med hög grad av handlingsfrihet fungerar bäst i de sammanhang där kommunen eller landstinget förfogar över helheten dvs. alla eller de flesta komponenter för att kunna styra verksamheten. För verksamheter som är beroende av andra verksamheter hos andra huvudmän är det enligt utredningens uppfattning svårare att göra proportionalitetsbedömningen. Verksamheter som har olika huvudmän men är ömsesidigt beroende av varandra behöver ibland ses som en helhet.

Ett vanligt exempel är följande. En kommun behöver insatser från landstinget för att en viss målgrupp ska få vård av den omfattning och den kvalitet som kommunen eftersträvar. Landstinget är i enlighet med det kommunala självstyret fria att organisera sin verksamhet och prioritera enligt beslut som landstinget fattar (med de ramar som lagstiftningen medger). Resultaten kan bli att en viss målgrupp inte får tillräckliga insatser från landstinget vilket kan leda till att kommunen behöver ge mer av kommunala insatser. Berörd målgrupp riskerar gå miste om hälsa. Det kan också innebära att de försämrade patienternas behov hamnar någon annanstans i sjukvården. Kommunen och landstinget agerar helt i enlighet med lagstiftningen men det samlade resultatet blir inte effektivt.

Enligt nu rådande praxis för proportionalitetsbedömningar prövas åtgärder riktade mot landstinget sett för sig och åtgärder mot kommunen sett för sig. En sådan prövning kan ge ett annat resultat än om den samlade verksamheten och effekterna av åtgärden beaktas i prövningen. Utredningen menar att det vore värdefullt om en större vikt kunde läggas vid möjligheterna till effektivitet i det *samlade systemet* vid prövning av ingreppet på det kommunala självstyret. Mot bakgrund av att alltmer uppgifter inom kommuner och landsting kräver samarbete med andra för att kunna lösa dem på ett effektivt sätt vore det eftersträvansvärt om prövningen av proportionaliteten i åtgärden också kunde beakta faktorer om samlad resurseffektivitet. Det framgår inte av förarbetena till kravet på proportionalitetsbedömningar i 14 kap 3 § Regeringsformen, att sådana aspekter ska vägas in i bedömningen.[3] Utredningen menar att det är en brist.

Våra förslag att ålägga landstingen en skyldighet att när det är påkallat av effektivitets- och kvalitetsskäl lösa uppgifter gemensamt innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Utredningen menar att det i vissa fall är gynnsamt för det samlade resursutnyttjandet att landstingen i vissa fall agerar gemensamt. Landstingen har i många andra avseenden skyldigheter att samarbeta och samverka, utredningen bedömer därför att denna nya skyldighet inte innebär någon väsentlig avvikelse från rådande praxis. Den föreslagna nya skyldigheten bedöms därmed vara proportionerlig i relation till ändamålet med den föreslagna skyldigheten. Utred-

[3] Regeringens proposition (2009/10:80) En reformerad grundlag.

ningen har valt att inte detaljreglera i vilka frågor som landstingen ska lösa gemensamt, utan väljer i stället att lagstiftningen får en mer principiell innebörd.

10.2 Om den föreslagna skyldigheten att samverka inte får effekt bör regeringen överväga ytterligare åtgärder

Utredningens bedömning Om lagstiftningen om skyldigheten att samarbeta inte har gett resultat två år efter införande bör regeringen överväga ytterligare åtgärder för att säkerställa bättre samarbete och därmed bättre resursutnyttjande mellan landstingen. Utredningen anser att regeringen i en sådan eventuell prövning bör *överväga* följande åtgärder:

1. Genom lagsstiftning skärpa skyldigheten att agera gemensamt genom att närmare definiera vid vilka situationen skyldigheten uppkommer.
2. Lagstiftning som innebär att landstingen ska fullgöra skyldigheten att gemensamt planera och utföra uppgifter genom att bilda ett kommunalförbund enligt 3 kap. 20–28 §§ kommunallagen (1991:900).
3. Lagstiftning som innebär att regeringen bemyndigas att fatta beslut om att viss uppgift som ska omfattas av landstingens skyldighet att lösa gemensamt.

Skälen för utredningens bedömning

Utredningen anser att det finns starka skäl för staten att säkerställa att landstingen agerar mer gemensamt och ökar ambitionstakten avseende nationellt samarbete och koordinering. Ett första steg i statens styrning av detta är utredningens förslag om att införa en ny skyldighet för landstingen att agera gemensamt. Utredningen bedömer att behovet av att i ökande omfattning samverka med andra landsting också är en relativt utbredd uppfattning bland företrädare för landstingen. Utredningen menar att skyldigheten bör vara relativt löst formulerad för att möjliggöra innovation och

dynamik. Häri ingår att den bästa utvecklingen vore om landstingen själva fick ett stort mandat att tolka den nya skyldigheten, så att den i takt med tiden utvecklas dynamiskt. Även om utredningen har förhoppningar så finns också skäl att ha tvivel. Utredningen anser att utvecklingen av samarbetet går för långsamt och att man inte i tillräckligt hög grad säkerställer långsikthet i vissa av de gemensamma satsningarna. Inte heller är vi säkra på att de verksamheter som landstingen samarbetar om har en form och ett ägarskap som i juridisk mening är tillräckligt adekvat. Med tanke på att det är offentliga medel som brukas och att staten i flera fall bidrar med finansiering av utvecklingsarbetet är det nödvändigt att de gemensamma verksamheterna drivs i sådan form att erforderliga krav på hanering av offentliga medel kan upprätthållas.

Vi bedömer därför att regeringen noga bör följa och stödja utvecklingen, bland annat inom ramen för den av utredningen föreslagna nationella konsultationsordningen, se avsnitt 10.4. Vidare anser utredningen att regeringen bör vidta ytterligare åtgärder om samarbetet mellan landstingen inte tar fart och formaliseras på ett sätt som säkerställer en bättre nationell samordning och samarbete. En sådan prövning bör göras två år efter att förslaget om skyldigheten att samverka trädd i kraft. Om regeringen finner att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att stärka landstingens samarbete så anser utredningen att följande åtgärder bör övervägas; skärpa lagstiftningen avseende skyldigheten att samarbeta, skyldighet att inrätta ett gemensamt kommunalförbud, samt överväga om regeringen kan bemyndigas att fatta beslut om uppgifter som ska omfattas av landsingens skyldighet att lösa gemensamt, se nedan.

Skälen till utredningens val av ”tvåstegsraket” i detta fall är följande:

1. Förslagen avseende kommunalförbundet och bemyndigande för regeringen att fatta beslut är ingrepp i det kommunala självstyret. Sådana lagstiftningsåtgärder kan vidtas om det inte finns andra mindre ingripande sätt att uppnå syftet med bestämmelserna (proportionalitetsbedömning). Utredningen menar att den föreslagna skyldigheten att agera gemensamt först bör prövas för att se hur det gemensamma agerandet utvecklar sig innan det är motiverat att föreslå ytterligare åtgärder.

2. Indelningskommitténs (Fi 2015:09) arbete ska slutredovisas den 31 augusti 2017. Resultatet av kommitténs arbete kan bli att vi får förändringar i antal landsting. Utredningen menar att ett bildande av ett gemensamt kommunalförbund bör avvakta resultaten av indelningskommitténs arbete. Dock anser utredningen att enbart det faktum att det skulle bli färre landsting inte förändrar behoven av nationellt gemensamt agerande, dock kan det komma att bli lättare att genomföra om det är färre huvudmän involverade.

Exempel på gemensamt agerande i dag

Utredningen bedömer att landstingen behöver utveckla en infrastruktur för hur landstingen ska samarbeta med varandra och lösa uppgifter gemensamt och som är hållbar över tid. Denna infrastruktur behöver vara flexibel och garantera inflytande och naturliga kontaktvägar till landstingen. Den får inte riskera att utvecklas till en perifer aktör med bristande legitimitet visavi huvudmännen.

Det finns i dag exempel på att landstingen på liknande sätt allokerar resurser för vissa specifika ändamål. Ett sådant är kommunalförbundet som äger Skandion-kliniken i Uppsala. Kliniken är ett nationellt centrum för avancerad strålbehandling och är den första kliniska anläggningen i Norden. Det är de 7 universitetslandstingen som bildat kommunalförbundet men indirekt är alla landsting i Sverige berörda och alla patienter i Sverige har samma möjlighet till behandling vid kliniken. Kommunalförbundet leds av en direktion bestående av en ledamot från respektive landsting som väljs vart fjärde år.

Ett annat exempel är det kommunalförbund för ambulansflyg som är under bildande där alla landsting kommer att ingå. Alla landstingsfullmäktige behöver fatta beslut om bildadet av Kommunalförbundet ”Svenskt ambulansflyg”.

Ett gemensamt kommunalförbund

Utredningen bedömer att det nu och framöver kommer att finnas många frågor och områden där landstingen behöver samarbeta i en mer strukturerad form än i dag. Det är administrativt mycket tung-

rott att det för varje sakfråga bildas ett kommunalförbund, och för landstingens del kan det på längre sikt bli svårt att överblicka vilka åtaganden man har. Utredningen menar att ett gemensamt kommunalförbund med generell inriktning skulle kunna vara en bättre lösning. I takt med tiden kan de områden och frågor man vill lösa gemensamt på olika sätt ägas eller styras av eller via det gemensamma kommunalförbundet.

Utredningen anser också att ett gemensamt kommunalförbund skulle kunna utgöra en sådan infrastruktur som ger stöd åt samarbete i vardande. Kommunalförbundet kan således bilda stödstomme för utveckling som börjar och drivs ”underifrån”. Utredningen menar att samverkan kan stimuleras av sådana strukturer att ”klättra i”.

Kollektivt ansvar eller kollektivt ansvar för utförande som följer av lag

Det finns relativt få exempel på att staten reglerar ett kollektivt huvudmannaskap eller en kollektiv skyldighet att samarbeta kring gemensamt utförande av en uppgift. Inom sjukvården finns ett bemyndigande för regeringen att dela in riket i sjukvårdsregioner för sådan hälso- och sjukvård som berör flera landsting, 9 § HSL. Därtill finns en lagstadgad skyldighet för landstingen att samverka om sådan sjukvård, 9 § 2 st HSL.

Kollektivtrafikområdet

Kollektivtrafikområdet är ett exempel på ett långtgående kollektivt ansvar som följer av lag. Det är visserligen ett helt annat politikområde men liknar hälso- och sjukvården på så sätt att det handlar om att förena och harmoniera uppdrag som åvilar flera huvudmän. Inom transportområdet har staten reglerat att landstinget och kommunerna inom ett län ansvarar gemensamt för den regionala kollektivtrafiken, 1 § 2 kap. lagen (2010:1065) om kollektivtrafik. Stockholm och Gotland har särlösningar inskrivna i lagen. Lagen innebär att ansvaret för kollektivtrafiken åvilar landsting och kommuner gemensamt. Landsting och kommuner får dock avtala om att antingen landstinget eller kommunerna ensamt får ha ansvaret. I varje län ska det finnas en regional kollektivtrafikmyndighet. I de

län där kommunerna och landstinget gemensamt bär ansvaret för den regionala kollektivtrafiken ska den regionala kollektivtrafikmyndigheten organiseras som ett kommunalförbund. Detsamma gäller i de län där kommunerna ensamma bär ansvaret för den regionala kollektivtrafiken. De som ansvarar för den regionala kollektivtrafiken i länet får komma överens om att organisera den regionala kollektivtrafikmyndigheten som en gemensam nämnd i stället för som ett kommunalförbund.

Juridisk form för ett mer formaliserat samarbete.

Utredningen har vägt för- och nackdelar med olika tänkbara former för konstruktionen för den organisation som ska utföra den gemensamma verksamheten. Utredningen kan se att formen kommunalförbund har de juridiska förutsättningarna att fullgöra uppgifterna och som säkerställer inflytande och ägarskap för landstingen/regionerna. Dock är utredningen medveten om att kommunalförbund som samverkansform inte är helt oproblematisk. Möjligheterna att samverka i olika former och svårigheterna som följer av kommunalförbund uppmärksammades också av Ansvarskommittén.[4] Det finns risk att det blir en administrativt tungrodd organisation om inte formaliafrågor om verksamhetens form löses på ett bra sätt. Utredningen bedömer att de gemensamma uppgifterna behöver härbärgeras i en organisation som kan teckna avtal med underleverantörer, därav faller konstruktionerna med samverkansavtal och gemensam nämnd. Möjligheten att teckna avtal med underleverantörer kan komma att bli viktig beroende på hur en sådan verksamhet skulle utveckla sig. Det är möjligt att kommunalförbundet i sig inte själv skulle driva verksamhet utan enbart utgöra en ägarkonstruktion och att olika verksamheter då drivs av andra.

I valet mellan kommunalförbund och aktiebolag är kommunalförbund att föredra enligt utredningens uppfattning. Det möjliggör för alla landsting att ha inflytande över verksamheten. Ett kommunalförbund är ett offentligrättsligt subjekt vilket innebär att staten har möjlighet att genom överenskommelser och statsbidrag

[4] SOU 2007:10 s. 272.

finansiera verksamhet som drivs inom kommunalförbundets ram. Den möjligheten är på grund av statsstödsreglerna betydligt sämre om den gemensamma verksamheten genomförs i ett aktiebolag.

Figur 10.1 Sammanställning karaktäristika olika samverkansformer

Form för samverkan	Samverkansavtal/ interkommunala avtal	Gemensam nämnd	Kommunal-förbund	Kommunalt aktiebolag
Egen juridisk person	Nej	Nej	Ja	Ja
Överlåter uppgiften	Nej	Nej	För drift och utförande.	För drift och utförande.
Huvudman	Respektive part är huvudman för sin verksamhet, dvs. både den som säljer och köper tjänst.	Respektive part är huvudman.	Kommunal-förbundet.	Bolaget för driften.
Juridiska dokument som reglerar samverkan	Avtal mellan säljande kommun och köpare.	Samverkansavtal mellan parterna. Nämndreglemente.	Förbunds-ordning.	Bolagsordning och konsortialavtal.
Insyn och påverkan för parterna	Endast enligt avtal. Möjlighet till samrådsgrupper finns men utan beslutsrätt.	Alla parter ska ha minst en ledamot med beslutsrätt. Parterna har kontroll och insyn.	Alla parter ska ha minst en ledamot med beslutsrätt.	Ej krav på att alla parter ska ingå i styrelsen. Aktieägarna ska ha rimlig insyn, styrs via bolagsordning och ägardirektiv.

Utredningen rekommenderar landstingen att hitta en ordning för analyser av behoven av gemensamt agerande

Utredningens föreslagna konstruktion avseende skyldigheten att agera gemensamt bygger på en stor frihet för landstingen att avgöra vilka frågor som omfattas av skyldigheten att agera gemensamt. Om behov av gemensamt agerande finns men landstingen inte kan komma överens om detta så kan det på sikt finnas behov av att staten beslutar att viss uppgift ska utföras gemensamt. Tanken med statens back-up funktion är att stimulera att frivilliga lösningar skapas i första hand. Men staten, i egenskap av yttersta systemägare, måste ha reella verktyg att använda för att fullgöra sitt systemansvar och ska därför förses med sådana verktyg. För att landstingen ska kunna fullgöra denna skyldighet att agera gemensamt behöver de utveckla former för att kontinuerligt överväga vilka uppgifter inom sitt ansvarsområde som kan och bör lösas

gemensamt. Utredningen lägger inga förslag avseende hur dessa former ska se ut. I dag är SKL en naturlig och viktig mötesplats för landstingsledningar på såväl tjänstemannanivå som politisk nivå. Möjligen kan landstingen ordna överläggningarna inom ramen för dessa mötesplatser. Utredningen kan, med hänsyn till respekten för den autonomi som åvilar SKL i egenskap av NGO, inte lämna förslag i denna del.

Finansiering

Utredningen bedömer att om skyldigheten för landstingen att tillskapa ett gemensamt kommunalförbund skulle genomföras utgör denna en ny uppgift som ska regleras enligt finansieringsprincipen. Däremot är själva verksamheten som ska bedrivas i kommunalförbundet av sådan karaktär att den ansvarsmässigt redan åvilar landstingen. Verksamheten som ska utföras gemensamt innebär således inga nya skyldigheter för landstingen eller en sådan ambitionsökning som ska regleras enligt finansieringsprincipen.

Legala möjligheter att besluta vad landstingen ska lösa gemensamt

Utredningen menar att om landstingens skyldighet att agera gemensamt inte får genomslag bör det övervägas om regeringen kan bemyndigas att besluta om att viss uppgift som följer av landstingens ansvar för hälso- och sjukvården ska utföras gemensamt. Utredningen har i denna del hämtat inspiration från Norge. I 6 § 6 kap. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) har departementet bemyndigats att besluta att kommuner ska samarbeta om det krävs för en ”försvarlig lösning” av uppgifter som åvilar kommunen inom kommunernas hälso- och omsorgstjänst. Vidare får departementet besluta vilka uppgifter kommunerna ska samarbeta om samt fördelning av utgifter.

Om ett sådant bemyndigande skulle införas får ett sådant beslut inte innebära en utvidgning av det offentliga åtagandet och landstingens ansvar i juridisk mening. Däremot kan en samlokalisering av verksamhet och allokering av resurser i vissa frågor leda till

effektivare verksamhet, att samhället får ut mer av varje satsad skattekrona.

Vid ett övervägande om regeringen ska bemyndigas att fatta beslut om uppgifter som ska lösas gemensamt finns några andra centrala frågor att klargöra. Till dessa hör räckvidden på bemyndigandet i avseendet att en inskränkning av det kommunala självstyret enbart får ske med lag. Myndigheter är i vissa fall bemyndigade att utfärda föreskrifter inom sina verksamhetsområden, även föreskrifter kan innehålla bestämmelser som kan sägas utgöra ingrepp i det kommunala självstyret. Det innebär att myndigheter under vissa ramar får fatta juridiskt bindande regler som i praktiken kan innebära inskränkningar i handlingsutrymmet. Häri får förstås att själva bemyndigandet som sådant är det lagstöd som möjliggör ingreppen i självstyrelsen. En motsvarande avgränsning behöver säkerställas för ett bemyndigande för regeringen, samt att proportionalitetsprincipen tillämpas vid beslut om att uppgifter ska falla under landstingens skyldighet att lösa gemensamt.

10.3 Utredningens rekommendation avseende uppgifter som bör utföras av samtliga landsting gemensamt

Redan i dagsläget finns en rad utmaningar där det enligt utredningens uppfattning finns skäl för landstingen att överväga ett gemensamt agerande eller gemensamt ägande av olika verksamheter. Utredningen rekommenderar således landstingen att överväga om följande uppgifter är lämpliga för ett gemensamt ansvar i enlighet med den av utredningen föreslagna nya skyldigheten.

Investeringar i informationssystem som möjliggör utbyte av information över huvudmannagränser

Ett gemensamt agerande mellan landstingen när det gäller informationssystemen och verksamhetsstöden är en viktig del i de samlade insatserna på det området, se vidare avsnitt 14. I samband med införandet av den nya patientlagen infördes en rättighet för patienter att välja öppen specialistvård och primärvård över hela landet. För att patienterna ska kunna fullgöra denna rättighet och att den vård

patienten behöver ska kunna ges på ett patientsäkert sätt behöver information om patienten kunna överföras mellan vårdgivare över huvudmannagränser. Detta problem har varit känt mycket länge, men i samband med införandet av nya patientlagen drogs frågan till sin spets. Hur ska patienterna, på ett patientsäkert sätt, kunna ta del av sin rätt att välja vårdgivare över huvudmannagränser om inte informationen om dem (som är i elektronisk form i hemlandstinget) kan följa med i elektronisk form till den valda vårdgivaren? Frågan löstes inte i samband med införandet av nya patientlagen.
Se även avsnitt 14.5.1.

Nationella kvalitetsregister (kansliet)

Utredningens rekommendationer i detta avseende avser enbart den nationella strukturen för kvalitetsregistren, inte kvalitetsregistren som sådana. Utredningens rekommendation bygger på slutsatser i utredningen ”Guldgruvan i hälso- och sjukvården”.[5] Ett grunddrag i översynens förslag är att det behövs en starkare nationell styrning av infrastrukturen för registren. Kvalitetsregisterkansliet är placerat på SKL och verksamheten ägs formellt av SKL. Kansliet är dock beroende av statlig finansiering. SKL är en NGO vilket komplicerar statens möjligheter att stödja den nationella verksamheten Regeringskansliet är representerat i kansliets styrgrupp men enligt utredningens uppfattning är det juridiska ramverket kring denna lösning inte helt optimal. I formell mening äger inte staten det nationella stödet och frågan är vilket mandat staten egentligen har. Utredningen menar att det sannolikt vore gynnsamt för kvalitetsregistrens långsiktiga utveckling att ha en annan och juridisk tydlig ägarstruktur på den nationella nivån där ägaren var ett offentligrättsligt subjekt. Utredningen rekommenderar därför landstingen gemensamt att utreda förutsättningarna för att det nationella kvalitetsregisterkansliet får en annan ägarstruktur.

[5] Rosén 2010.

Nationell virtuell vårdcentral

I avsnitt 7.2 föreslår utredningen en ny styrprincip för hälso- och sjukvården – att vården ska ordnas nära befolkningen. Primärvården föreslås få en ny organisatorisk ram som bättre svarar mot denna styrande princip.

I begreppet *nära befolkningen* ingår att vård kan ges med hjälp av teknik så att patienten kan få sina vårdbehov tillgososedda vart än hen befinner sig. Utredningen bedömer att detta kommer att bli allt viktigare i framtiden. Landstingens respektive ansvar för att befolkningen ska ha lättillgänglig information och service kan i stora delar utföras gemensamt.

Utredningen anser att en sådan utveckling för hälso- och sjukvården hänger samman med regeringens strävan enligt budgetpropositionen 2016 att digitala tjänster, så långt det är möjligt och där det är relevant, ska vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med medborgare, organisationer och företag.[6] Regeringen och SKL har gemensamt framfört följande.

> Vi måste på allvar prioritera den digitala förnyelsen.
>
> […] Digitala tjänster ska, när det är möjligt och relevant, vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med dem som bor i Sverige, med organisationer och med företag.
>
> […] För att detta ska bli verklighet, krävs ett nära samarbete mellan stat, kommun och landsting. Vi ser en mycket stor potential för ökad effektivitet och kvalitet för medborgare och företag när vi samverkar kring digitala lösningar över myndighetsgränser. I dag är problemet ofta att myndigheter utvecklar egna isolerade komponenter och digitala tjänster. Det är varken effektivt eller hållbart. Det som utvecklas i en myndighet ska kunna återanvändas i en annan.[7]

Om denna inriktning ska realiseras för hälso- och sjukvårdens del bedömer utredningen att digitaliseringstakten måste öka. Utredningen rekommenderarlandstingen att utreda förutsättningarna för en nationell virtuell vårdcentral, med fördel inom ramen för 1177. En fördel med en nationell lösning är att teknik, kunnande och kompetens kan samlas under en och samma verksamhet vilket kan

[6] Budgetproposition för 2016, utgiftsområde 22, avsnitt 4.5.1.
[7] Debattartikel i Svenska dagbladet den 29 oktober 2015, signerad Mehmet Kaplan, it-minister och Lena Micko, ordförande Sveriges Kommuner och Landsting.

ge kostnadsmässiga besparingar då varje landsting inte behöver upphandla eller utveckla på var sitt håll. En annan fördel är att en nationell lösning möjliggör att områden i Sverige som är välförsörjda med sådan kompetens som behövs kan ”dela med sig” till områden där det är mindre välförsörjt, dvs. de samlade resurserna i hela hälso- och sjukvårdssystemet kan användas mer effektivt. Ur ett befolkningsperspektiv innebär det en mer jämlik tillgång till vård och till den relevanta kompetensen.

Frågan om en nationell virtuell vårdcentral kan dock även ges en nationell lösning på annat och mycket enklare sätt. I avsnitt 7.2 redogörs för exempel på befintliga virtuella vårdcentraler. Enligt vad utredningen erfar finns långt gångna planer i flera landsting. I realiteten innebär vårdvalet i primärvården att patienterna kan söka vård var de vill över landstingsgränser. Således kan hävdas att vi redan i dag har en nationell virtuell vårdcentral. Dock är den virtuella vårdcentralen i Jönköpings län landsting, såvitt utredningen erfar, i dagsläget en pilotverksamhet, därav följer att verksamheten inte tycks marknadsföra sig mot hela landet. Som vårdvalet är utformat får patientens val av utförare inte begränsas till visst geografiskt område, *potentiellt* kan således denna nya virtuella pilot bli en nationell angelägenhet. Detta exempel, att vårdvalen *indirekt* sammanlänkar landstingens vårdutbud, illustrerar att det finns behov av ett starkare samarbete mellan landstingen. I just detta fall torde bristen på formaliserat samarbete, i den form utredningen nu föreslår, inte vålla några bekymmer men det kan inte uteslutas att det i framtiden kan uppstå andra frågor där effekterna är sammantaget inte är lika positiva för systemet.

Luftburen sjuktransport

Sverige har under årens lopp genomfört 50-talet utredningar avseende helikoptertransport av sjuka och skadade. I princip har ingen av dessa lett till mer omfattande åtgärder. Helikoptertransport inom hälso- och sjukvård brukar delas in i primär- respektive sekundärtransport. Med primärtransport avses tranport från skade- eller insjuknandeplats till sjukvårdsinrättning och med sekundärtranport avses transport mellan sjukvårdsinrättningar.

Av geografiska skäl var traditionella glesbygdslandsting först med att skaffa helikoptrar, bl.a. Norrbotten, Västerbotten och Jämtland, Även Stockholm med sin skärgård och dessutom hårt trafikerade vägar har sedan länge haft helikopterverksamhet främst för primäruppdrag. Pionjär avseende sekundäruppdrag har varit Uppsala som sedan 1990-talet haft helikopter främst för sekundäruppdrag. Uppsalas helikopter har bemannats och utrustats för att kunna utföra intensivvård.

I utredningen *Helikoptern i samhällets tjänst* (SOU 2008:129) lades förslag om en mer nationell lösning i stället för att som i dag, berörda landsting var för sig upphandlar helikopterverksamhet. Utredningens förslag innebar att regeringen skulle uppdra till en förhandlingsdelegation att inrätta ett nationellt bolag för luftburen ambulanssjukvård, som ägs gemensamt av staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Förslaget blev aldrig verklighet. Utredningen delar dock denna utrednings bedömning att det finns starka skäl till en mer nationell lösning av helikopterverksamheten. Som utredningen anfört ovan är luftburen flygtransport på väg att få ett nationellt ägarskap genom ett gemensamt kommunalförbund. Utredningens rekommendation till landstingen är utreda förutsättningarna för att även helikopterverksamheten inordnas i det gemensamma kommunalförbundet.

Nationellt hälsobibliotek

Utredningen föreslår i avsnitt 14.6.1 ett nationellt hälsobibliotek. Utredningen rekommenderar landstingen att utreda förutsättningarna för att det nationella hälsobiblioteket kan ägas gemensamt.

10.4 Stärkta förutsättningar för mer koordinerad styrning (en nationell konsultationsordning för hälso- och sjukvården)

Utredningens förslag: En nationell konsultationsordning för sjukvården införs som består av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting/regioner.

Skälen för utredningens förslag

Utredningens bedömning är, som framgår av avsnitt 10.1, att det finns behov av att stärka samarbetet mellan landstingen. Utredningen gör i detta avseende en likartad bedömning som framförs i avsnitt 2.7 i delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning *Statens roll i framtidens vård och omsorgssystem* (SOU 2011:65). I betänkandet anförs bland annat att ”*det finns en bristande kunskap om vilka styrformer som ger önskad effekt och vilka som passar för en viss verksamhet. Det är oklart varför en viss styrform väljs framför en annan*” (s. 239).

Härutöver anser vi att det även finns behov av att stärka samband och samarbete mellan den statliga styrningen och sjukvårdshuvudmännens styrning. Sådana strukturer för samarbete mellan olika delar i systemet finns till viss del vad gäller statens myndigheter och sjukvårdshuvudmännen men det finns starka skäl till att tillskapa formella strukturer på den politiska nivån mellan regeringen och ledande politiska företrädare för sjukvårdshuvudmännen.

Syftet med den nationella konsultationsordningen

Utredningen väljer att inte definiera vilka ämnen som ska vara föremål för dialog i den nationella konsultationsordningen. Detta för att sådana ämnen är svåra att förutse på sikt. En strikt definition av vilka ämnen som ska tas upp för dialog kan således riskera att hämma den dynamik utredningen anser är nödvändigt för en effektiv styrning. Utredningen anser i stället att konsultationsordningen omfång bättre beskrivs utifrån syften med konsultationsordningen.

- Att skapa en ökad samstämmighet mellan nationell nivå och regional nivå om hur hälso- och sjukvården bör utvecklas och styras.

En önskat effekt av dialogerna i konsultationsordningen är att de styrmedel som respektive part förfogar över koordineras så att det och sammantaget leder till önskat resultat. En bättre koordinering av styrning mellan olika nivåer minskar behovet av statlig kontroll,

öronmärkning av statsbidrag och detaljerad lagstiftning. En ytterligare effekt av ett starkare samarbete mellan landstingen och regeringen är också att det kan bidra till förbättrade planeringsförutsättningar för landstingen.

- Att utgöra en arena för dialog om vilka uppgifter som bör utföras av landstingen gemensamt.

Utredningen föreslår i avsnitt 10.1 en skyldighet för landstingen att utföra uppgifter gemensamt. Utredningen menar att konsultationsordningen kan vara en arena för dialog mellan staten och landstingen om gemensamt agerande.

- Att skapa enighet mellan staten och landstingen avseende investeringar i informationssystemen i hälso- och sjukvården.

Utredningen har i avsnitt 14 beskrivit de strukturella problem som finns avseende hälso- och sjukvårdens informationssystem och behovet av ett mer koordinerat arbete mellan landstingen och mellan landstingen och staten. Problematiken är komplex i alla led inte minst finns olika utgångspunkter i styrningen av utvecklingen. Utredningen anser att en viktig utgångspunkt är att dessa frågor får ett naturligt fora på politisk toppnivå, utredningen menar att det är nödvändigt för att åstadkomma den kraftsamling från alla parter som kommer att behövas.

Regeringen behöver ha regelbunden och strukturerad dialog med sjukvårdshuvudmännen.

SKL är en politisk styrd organisation vars huvuduppgift enligt förbundets stadgar är att utveckla det kommunala självstyret. SKL leds mellan kongresserna av en styrelse där i dagsläget 9 landsting är representerade som ledamöter eller ersättare. Till styrelsen är knutet ett antal beredningar inom olika politikområden vars uppdrag är att bereda ärenden för styrelsen. I organisationen finns också delegationer som har ett större eget mandat än de andra beredningarna. Här hälso- och sjukvårdens del är det framför allt sjukvårdsdelegationen och beredningen för primärvård och äldreomsorg som hanterar de sjukvårdspolitiska frågorna. Sjukvårdsdelegationen har 13 ledamöter och sju ersättare, i dagsläget är

12 landsting representerade i delegationen, dvs. alla landsting är inte representerade i SKLs främsta sjukvårdspolitiska organ. I beredningen för primärvård och äldreomsorg finns 13 ledamöter och 7 ersättare. Tio landsting är representerade.

Utredningens bedömning är att SKL:s roll som intresseorganisation visavi staten och som samrådsförfarandet enligt följande avsnitt bygger på är av en annan karaktär än ett sådant forum som utredningen menar behövs för att få en större nationell samsyn av utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården. Utredningen menar att regeringen behöver ha utökade kontaktytor direkt med de respektive landstingsledningarna i vissa frågor. Det är såväl en praktisk som formell skillnad att regeringen i vissa frågor har överläggningar direkt med sjukvårdshuvudmännen och inte med en företrädare för en intresse- och arbetsgivarorganisation.

Utredningens förslag i denna del är starkt inspirerat av förslag som lades av Ansvarskommittén som gjorde motsvarande bedömning av behovet av mer formaliserade samråd mellan staten och kommunsektorn. Ansvarskommittén föreslog en fastlagd ordning för samråd mellan staten och kommunsektorn som föreslogs omfatta ekonomiska och andra övergripande förutsättningar för kommunsektorn att klara sina uppgifter, utformning av den statliga styrningen samt de resultat som sektorns olika verksamheter uppvisar.[8] Av tydlighetsskäl och för att betona den varaktiga karaktären ansåg ansvarskommittén att skulle samrådet regleras i förordning. För genomförandet av samrådet föreslogs inrättandet av ett organ inom Regeringskansliet, Delegationen för samråd mellan staten och kommunerna. Förslaget genomfördes inte.

Nuvarande strukturer för överläggningar mellan sjukvårdshuvudmän och regeringen täcker inte behoven

Det finns redan i dag ett semiformaliserat samrådsförfarande mellan regeringen och kommunsektorn. Bakgrunden är uttalanden i prop. 1991/92:150 med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m. (kompletteringsproposition) avsnitt 4.4.2, där det framgår att regeringen ska ha överläggningar med före-

[8] SOU 2007:10 avsnitt 3.3.

trädare för kommuner och landsting så att ”kommuner och landsting i god tid får klart för sig vilka förutsättningar som gäller för de närmaste åren”. Överläggningarna bör ske i två olika sammanhang.

- Inför regeringens förslag till riksdagen om hur den kommunala verksamheten i stort ska anpassas till det samhällsekonomiska utrymmet.
- Inför regeringens förslag till nya reformer, besparingar, omprioriteringar eller andra konkretiserade förändringar inom sektorn.

Av propositionen framgår att det av praktiska skäl inte är möjligt för regeringen att överlägga med varje enskild kommun, därför anförde föredragande statsråd att det får ankomma på kommunerna och landstingen själva att utse sina företrädare. Överläggningarna sker med företrädare för SKL och är inte formaliserade i form av reglemente, krav på protokoll eller liknande.
Utredningens bedömning är att dessa samråd har ett annat syfte än den konsultationsordning som utredningen föreslår ska inrättas. För det första är nuvarande samråd ett mer generellt utformat samråd som täcker in samtliga verksamheter som kommuner och landsting ansvarar för. Eftersom samråden inte dokumenteras är det oklart i vilken utsträckning samtalen rör hälso- och sjukvård. En skattning från utredningens sida är dock att hälso- och sjukvården gissningsvis får del av utrymmet i dessa överläggningar. För det andra har dessa samråd en tydlig koppling till ekonomi och statens övergripande ansvar för en fungerande samhällsekonomi.
För det tredje sker samråden med företrädare för organisationen SKL och inte direkt med sjukvårdshuvudmännen.

Kommunerna och konsultationsordningen

I ovan nämnda proposition som ligger till grund för det samrådsförfarande som finns mellan regeringen och företrädare för SKL anförs att det av praktiska skäl inte är möjligt för regeringen att ha samråd men varje kommun. Utredningen bedömer att det är möjligt att ha samråd med varje landsting. Däremot bedömer vi att det av praktiska skäl inte är möjligt för regeringen att ha samråd med 290 kommuner. Kommunerna är dock vid sidan av landstingen sjukvårdshuvudmän och utför en betydande del av hälso- och

sjukvården. Utredningen menar också att kommunernas roll i hälso- och sjukvårdssystemet kommer att bli än mer betydelsefull i framtiden. Det finns därför anledning att på andra sätt säkerställa att kommunerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän görs delaktiga i konsultationsordningen. Men då varje kommun inte själv kan inbjudas till konsultationsordningen måste kommunsektorn företrädas av representanter. Ett sätt att utse dessa skulle kunna vara att kommunerna i varje län mellan sig fick utse representanter att ingå i den nationella konsultationsordningen. Antalet representanter från varje län skulle kunna avgöras med hänsyn till folkmängd. Utredningen bedömer dock att momentet med att utse representanter, även om den är teoretiskt lätt att förstå, skulle vålla en hel del administration för alla berörda parter. Ett annat sätt att säkerställa representation för kommunerna är att inbjuda representanter för de läns- och regionvisa förbunden. Dock ser dessa olika ut avseende vilket uppdrag de har i fråga om mandat att representera medlemskommunerna och det är oklart om dessa har uppdrag från sina respektive medlemskommuner som rör den kommunala hälso- och sjukvården. Ett tredje alternativ är att kommunerna representeras av SKL i detta sammanhang.

Arbetet i praktiken

Utredningen bedömer att det vore naturligt att de regelbundna möten som utgör konsultationsordningen bereds inom ramen för Regeringskansliets ordinarie verksamhet. Redan i dag sker möten mellan statsråd och landstingsledningar, konsultationsordningen syftar till att få mer struktur på dialoger mellan regeringen och hela landstingssektorn på toppnivå. Alla parter bör ha möjlighet att anmäla angelägna ämnen för agendan, dock bör huvudansvaret åvila regeringen då det är regeringen som bjuder in till dialog.

Utredningen bedömer vidare att det vore naturligt att SKL är delaktiga i processen runt konsultationsordningen men ytterst måste det måste bestämmas av förbundets medlemmar. En tänkbar roll är att SKL i dialog med Regeringskansliet förbereder möten i konsultationsordningen och därmed koordinerar landstingens förslag på ämnen som ska avhandlas vid möten. SKL skulle också kunna vara delaktiga på andra sätt genom att exempelvis adjungeras

till möten i konsultationsordningen, upprätta underlag för dialogen m.m. SKLs deltagande kan också motiveras av att SKL i sammanhanget skulle kunna företräda kommunerna i egenskap av sjukvårdshuvudmän.

Utredningen anser att det är lämpligt att ordförande och vice ordförande för landstingen bjuds in till dialogerna i konsultationsordningen. Vidare kan vid behov andra aktörer adjungeras till visst möte eller ha en stående adjungering.

Utredningen anser inte att konsultationsordningen behöver någon särskild juridisk form, dvs. det behöver inte regleras genom formella beslut. Protokoll eller minnesanteckning behöver inte upprättas. Lämplig frekvens för dialogerna uppskattar utredningen till 3–4 gånger per år.

Andra konsultationsordningar

Utredningen har studerat en rad olika former för konsultationer och samråd och dragit slutsatsen att ingen nu fungerande ordning motsvarar den konsultationsordning som utredningen bedömer behöver tillskapas. Men däremot kan man vid studerande av andra modeller hämta olika idéer på hur konsultationsordningen för hälso- och sjukvården kan utformas. Utredningen har studerat den norska konsultationsordningen som i stort liknar det svenska nuvarande samrådsförfarandet, dock är det norska samrådsförvarandet mer reglerat i sin form än det svenska. Samråd sker mot bakgrund av ett avtal mellan regeringen och Kommunernes Sentralförbund (AS) från 2001. Konsultationsordningen består av fasta möten på politisk nivå mellan regeringen och företrädare för AS. Fram till 2014 hölls fyra möten per år, numera sker tre möten per år. Mötena förbereds av ett sekretariat.

Syften med konsultationsordningen är följande.

- Främja gemensam förståelse mellan staten och kommunsektorn om de uppgifter som kan utföras inom ramen för resurserna.
- Prioritering av kommunsektorns resursbruk kan bidra till att reducera statlig styrning genom regelverk och öronmärkning.

- Ökad lokal frihet i lösningen av kommunsektorns uppdrag kan ge ett mer effektivt nyttjande av resurserna och stärka den lokala demokratin.
- Mer stabila och förutsebara förutsättningar för kommunsektorn.
- Bättre underlag för regeringens och Stortingets utformning av den nationella styrningen av kommunsektorn.
- Transparens avseende metoder och beräkningar så att de är begripliga, konsistenta och kontrollerbara.

Den norska konsultationsordningen domineras av ekonomiska frågor.[9]

I departementspromemorian DS 2009:40 *Vissa samepolitiska frågor* föreslås en konsultationsordning mellan Sametinget och Regeringskansliet genom ett tillägg i förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet. Förslagets syftade på att strukturera samrådet mellan Sametinget och regeringskansliet i syfte att kan komma till tals på ett tidigt stadium i ärenden som berör dem. Förslaget har inte genomförts.

Slutligen ska nämnas att det fram till 1980-talet fanns en regeringens sjukvårdsdelegation kopplad till socialdepartementet. Det saknas utvärdering av hur denna fungerade.

[9] Olaf Rieper, Marie Bengtsson, Jens Blom-Hansen: Aftaler mellem kommune og stat – den norske konsultationsordning i skandinavisk og europæisk perspektiv, AKF Forlaget, 2003.

11 Minskad detaljstyrning

Sammanfattning: I avsnittet rekommenderar utredningen att både huvudmännen och staten minskar detaljstyrningen av vården.

Utredningen *föreslår* att vårdgarantin görs professionsneutral. 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* att staten ska ge mer aktiv vägledning till vårdens verksamheter avseende vem som får göra vad.

11.1 Detaljstyrningen behöver minska

Utredningens rekommendationer: Huvudmännens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas.

Huvudmännen behöver ompröva och rensa i styrningen genom strategier, handlingsplaner, policydokument och liknande.

Staten behöver använda specialdestinerade eller prestationsbaserade bidrag till huvudmännen med större försiktighet.

Staten behöver minska den juridiska detaljstyrningen av hälso- och sjukvården.

Staten och huvudmännen behöver i högre grad gemensamt analysera och prioritera de viktigaste utmaningarna för hälso- och sjukvården och hur styrningen mot de frågorna kan bli tydligare samtidigt som vårdens verksamheter ges bättre förutsättningar att själva skapa lösningar på problemen.

Skälen för utredningens rekommendationer: Hälso- och sjukvården betraktas ofta som svår att styra. Sektorns storlek och det faktum att både kommunen och landstinget är huvudmän utgör i sig en komplexitet. Ansvarsgränser i såväl juridisk som praktisk mening är inte enkla att dra och dessutom fungerar kommunernas och landstingens ansvarsområden i stor utsträckning som kommunicerande kärl med varandra när det gäller vårdens storkonsumenter.

I avsnitt 6 ger utredningen en översikt av statens och huvudmännens styrning av hälso- och sjukvården och styrmedlen. Den tidigare betoningen på frihet för vårdens enheter att själva disponera en budget har under senare decennier förskjutits mot en ökande detaljstyrning. Landstingens modeller för styrning av vården har uppmärksammats på många sätt de senaste åren, inte minst efter Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter våren 2013. Ekonomistyrning influerad av New Public Management har kritiserats för att bidra till detaljstyrningen och till att det införts kontrollsystem med mätning – ofta med kvantitativa mått – som skapar administration och minskar utrymmet för vårdpersonalens egna bedömningar. Andra element som kritiserats är uppdelningen i resultatenheter, införandet av interndebiteringssystem och att större enheter brutits upp, bl.a. för att ge plats för konkurrens.

Detaljerade ersättningssystem innebär en risk för ineffektivitet

Ersättningssystemen är en väsentlig del av huvudmännens styrning, även om den stora bulken hälso- och sjukvård fortfarande är budgetfinansierad. Särskilt där vården är konkurrensutsatt, t.ex. avseende primärvårdens vårdvalssystem är ersättningssystemen högst aktuella. Variationerna över landet är stora eftersom ersättningssystemen skiljer sig åt. Det verkar dock finnas en klar tendens till successivt ökande detaljstyrning. En strävan mot att ”rätt” sak

eller beteende ska belönas och att ersättningen ska upplevas som mer ”rättvis” av både offentliga och privata leverantörer innebär ofta att landstinget (i egenskap av beställare) allt oftare justerar i systemet. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom ”sedimentering”, dvs. nya indikatorer införs utan att gamla tas bort. Att justera ersättningssystemet, t.ex. genom att införa fler kontrollpunkter eller redovisningar har enligt utredningens uppfattning blivit ett sätt att visa ”politisk handlingskraft”. Den utbredda användningen av ”målstyrning” i landstingen skapar också krav på mätning, se vidare avsnitt 6.1.3.

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. Till utredningen har vid flera tillfällen framförts exempel på att personalen i det direkta patientmötet måste ha i åtanke vilka åtgärder som ska göras och sedan registreras eller rapporteras på annat sätt för att verksamheten inte ska straffas ekonomiskt.

Den ekonomiska styrningen kan på det sättet påverka patientmötet menligt. En läkare på en vårdcentral uttryckte det som att ”vi är numera tre parter i rummet; patienten, jag och beställaren”. Detta innebär, enligt utredningens uppfattning, en inskränkning av de professionellas autonomi och är ett uttryck för bristande tillit till professionerna förmåga att skapa värde för patienten.

Konsekvenserna av detta är att mötet/interaktionen mellan patienten och vården blir ineffektivt. Sannolikt leder det också till minskad arbetstillfredsställelse bland de anställda. Antalet arbetsmoment som professionerna ska ”hålla reda på” ökar (för att inte missa att registrera något som gjorts för patienten)och det ökar sannolikt stressen för de anställda. I ett längre och större perspektiv kan diskuteras om denna typ av belastningar på arbetsmiljön gagnar hälso- och sjukvårdens förmåga att rekrytera och behålla personal.

Nyttan av detaljerade ersättningssystem?

I en så komplex verksamhet som hälso- och sjukvård kommer det aldrig vara möjligt att täcka in allt i en uppföljning. Trots många indikatorer är det generellt sett en liten del av verksamheten som

mäts och sedan belönas. Anslag till sjukhus och kapitering i primärvården är fortfarande den dominerande basen i ersättningssystemen. Av vad vi hittills sett är dock styreffekten stor, dvs. personalen ägnar sig definitivt åt de saker som ger ekonomisk ersättning, oavsett om det är ”rätt” sak i det individuella fallet.

Utredningen har upprepat fått rapporterat att den detaljerade styrningen leder till en diskussion om ifall rätt indikatorer har valts i stället för att huvudmännen och privata och offentliga leverantörer diskuterar kvalitet i vården.

En detaljerad styrning konserverar också processer, metoder och åtgärder. Arbetssättet blir konformt i stället för att fokusera på det som ger bäst resultat i det enskilda fallet. Möjligheterna till innovation i arbetssätt och metoder minskar. Ett exempel 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. Det nödvändiga i att ”träffa” patienten kan variera. Mer och mer av möten mellan yrkesutövare och patienten kan komma att genomföras i annan form än ”öga-mot öga”, t.ex. med hjälp av e-post, videosamtal, sms, mms m.m.

I ett system med många styrsignaler finns också uppenbara risker med utspädning av effekterna, osäkerhet om vad som är prioriterat och t.o.m. målkonflikter.

Slutligen kan konstateras att ersättningssystem med många indikatorer i dagsläget ofta kräver mycket manuell hantering/rapportering och skapar därmed i nuläget en tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel.

Användningen av medicinska kvalitetsindikatorer i ersättningssystemen är ett särskilt problem. Vi vill betona att mätning och uppföljning av resultat också fortsatt bör vara en självklar del av kvalitetsutveckling i alla vårdens verksamheter. Särskilt viktigt är det som mäts är relevant för att utveckla verksamheten på lokal nivå. Givetvis ska också data kunna aggregeras och användas för styrning och ledning på ”högre nivå” i organisationen. Det finns dock en väsentlig skillnad på mätning/rapportering utifrån en strävan efter att nyttiggöra data i form av kvalitetsutveckling jämfört med mätning/rapportering i syfte att erhålla ekonomisk ersättning. I det senare fallet finns en risk att data korrumperas av ekonomiska

motiv. Det är i sig ett problem men det leder dessutom till att datamängderna i så fall blir odugliga ut ett kvalitetsutvecklingsperspektiv.

Dessutom är det viktigt framhålla att medicinska kvalitetsindikatorer, även om de är talrika, aldrig kan täcka hela verksamheten, speciellt inte i primärvården. Utfallet påverkas också av andra faktorer som vården har svårt påverka, t.ex. socioekonomi. Forskning har också kunnat påvisa att ekonomi kopplat till indikatorer är ett starkt styrmedel och man riskerar då att få undanträngningseffekter, dvs. verksamheten ”springer på” det som är lönsamt och riskerar försumma annat. Det finns således ett flertal faktorer som talar mot användning av medicinska resultat som ekonomiskt styrmedel.

Utrednigens sammantagna bedömning är att huvudmännens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas och riskerna med ersättning kopplad till medicinska kvalitetsindikatorer bör uppmärksammas. Flera aspekter bör beaktas i vid ändring av eller införande av ersättningssystem, bl.a. om styrningen stimulerar kontinuitet för patienten och om styrningen möjliggör innovation i form av ändrade arbetssätt.

Krav på planer m.m.

Ledningar i hälso- och sjukvården, på alla nivåer, har naturligt ett intresse av att ta del av verksamhetens arbete och de resultat verksamheten genererar. Utredningens intryck är att verksamheterna ofta uppfattar att de ”tar fram, sammanställer och skickar iväg” uppgifter till ledningar högre upp i organisationen utan att det förts någon dialog om vad som de facto är viktigt att veta om verksamheten. Upplevelsen är att man högre upp efterfrågar en ”hagelsvärm av siffror” där många uppgifter inte säger särskilt mycket om tillståndet i verksamheten. Därmed kan många av de uppgifter som rapporteras ”uppåt” vara onödiga och har medfört att onödigt arbete lagts ned på att ta fram dem. Upplevelsen kan därför bli att man efterfrågar uppgifter ”för säkerhets skull” högre upp i organisationen. Många verksamheter efterfrågar dialog och samarbete

med nivåer högre upp för att gemensamt fastställa vilka uppgifter som är viktiga att ta fram och redovisa.

En närliggande fråga är metodiken att kommunicera och styra genom strategier, policies, riktlinjer och handlingsplaner är långt gången. I en aktuell genomgång från ett landsting har man uppmärksammat landstingsledningen på att landstinget har 3 strategier, 20 policies, 264 riktlinjer och 281 handlingsplaner.[1]

Detaljerad styrning från staten genom överenskommelser

Regeringen har under det senaste decenniet återkommande använt specialdestinerade ersättningar som ibland är prestationsbaserade i syfte att stimulera förbättringar i hälso- och sjukvården. Utvärderingar av detta från både myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Riksrevisionen visar att styrmedlet kan ge kraftiga effekter ute i de ”styrda” verksamheterna[2]. Risken är dock att effekterna inte enbart blir de som satsningarna syftar till att uppnå.

Styrningen har lett till ineffektivitet på grund av att satsningarna inte varit inbördes synkroniserade eller harmoniserade med huvudmännens planerings- och budgetcykler, samt att de inbördes konkurrerat med varandra om personalens engagemang och kraft. Ofta har framförhållningen varit kort och planeringsförutsättningarna därmed bristfälliga, vilket påverkat möjligheterna att använda resurserna effektivt. Det har också funnits för litet utrymme för lokal anpassning eftersom överenskommelserna slutits på nationell nivå. Uppdrag, mål och vad som ska göras är givna efter en nationell bild av vad som är problemen som ska åtgärdas. Ett exempel är den s.k. rehabiliteringsgarantin, där staten gett landstingen ekonomiska stimulansmedel för att behandla personer i yrkesverksam ålder som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa med särskilt utpekade behandlingsmetoder Riksrevisionen uttalade sammanfattningsvis följande:

> Att regeringen från början har styrt mot att evidensbaserade behandlingsmetoder ska främjas i primärvården har riktat fokus på just be-

[1] Ref. VLT. 2015-11-19.

[2] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2013, Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning samt Riksrevisionen 2015, Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner.

> handlingsmetoderna, vilket har försvårat en utveckling av rehabiliteringsgarantin. Ett uttalat fokus på att arbeta med arbetsåtergång är i stället något som borde ha prioriterats vid införandet av rehabiliteringsgarantin.
>
> […] Ett annat problem är att det inte går att säga om patienterna blir hjälpta av behandlingen. Anledningen är att det i rehabiliteringsgarantin inte finns några krav på uppföljning av patienterna. Det innebär att behandlarna själva inte vet om de patienter som får behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin får effektivare hjälp än de patienter som får andra behandlingsmetoder eller färre behandlingar än vad som specificeras i rehabiliteringsgarantin.

Utredningen konstaterar att de sammantagna erfarenheterna från överenskommelserna talar för att staten så långt möjligt bör undvika att styra mot *hur* hälso- och sjukvården ska lösa problem. Staten och huvudmännen behöver i högre grad gemensamt analysera och prioritera de viktigaste utmaningarna för hälso- och sjukvården och hur styrningen mot de frågorna kan bli tydligare samtidigt som vårdens verksamheter ges bättre förutsättningar att själva skapa lösningar på problemen (se vidare avsnitt 10.4 om en nationell konsultationsordning och avsnitt 6.4 om förutsättningar för ändrade arbetssätt).

Detaljerad juridisk styrning från staten

Utredningen har i avsnitt 6.1.4 närmare analyserat den juridiska styrningen från staten. Den senaste tioårsperioden har den juridiska styrningen, enligt utredningens uppfattning, fått ökad omfattning och ett stort inslag av detaljstyrning. Utredningen bedömer att mottagare av den juridiska styrningen i de allra flesta fall är *verksamhetsnivån*, där staten infört tydliga regler över vad som ska göras i olika givna situationer. Det finns också ett stort inslag av att lagstiftaren riktat sig till individnivå – patienten – och anger vad patienten ska få i viss given situation, t.ex. information eller samordnad individuell plan. Lagstiftaren anger också konkreta regler för vad som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal i vissa givna situationer. Att lagstifta direkt mot verksamhetsnivå innebär att staten direktreglerar huvudmännens faktiska verksamhet. Ett exempel på detta är vårdgarantin i primärvården som styr patienten till besök hos *läkare*. Andra exempel är kraven i en lång rad lagar på att

läkare ska utförda intyg till olika myndigheter samt omotiverade skillnader när det gäller möjligheterna att delegera läkemedelshantering inom öppen och sluten vård. De nu nämna exemplen behandlas nedan i avsnitt 11.2–4.

Utredningen anser efter den genomgång som gjorts att det materiella innehållet i bestämmelserna mycket ofta rör administrativa åtgärder, se också avsnitt 6.1.2 angående bestämmelser som rör planeringsskyldigheter på individnivå. De administrativa åtgärderna rör ofta huvudmännens, vårdgivares och enskild personals skyldigheter att anmäla, rapportera/redovisa, utreda, informera, teckna samarbetsöverenskommelser och planera. De aktiviteter som lagstiftaren ålagt huvudmän, verksamheter och personal har således i praktisk mening i stor utsträckning karaktär av ”pappersarbete”.

Däremot kan utredningen inte se att staten i egenskap av ”systemägare” använt sina styrmedel för att främja kontinuitet i vården. Kontinuitet är ett krav på hälso- och sjukvården, 2 a § HSL. Att patienterna efterfrågar kontinuitet och att kontinuitet ofta är en förutsättning för effektivitet framgår nedan i avsnitt 13. Värdet ”kontinuitet” har således potentiellt mycket stor betydelse. När det gäller personlig kontinuitet, dvs. att en patient möts av samma personal vid flera tillfällen kan utredningen inte se att staten vidtagit några åtgärder som främjat en sådan utveckling. I samband med införandet av fast vårdkontakt avskaffades bestämmelser om PAL, patientansvarig läkare. En patient kan ha flera fasta vårdkontakter och en fast vårdkontakt behöver inte heller vara legitimerad personal utan kan vara vilken personalkategori som helst. Utredningen uppfattar att det således inte är kontinuitet i interagerandet mellan patient och vårdpersonal som var fokus för lagstiftaren i denna lagändring, utan lagändringen har mer karaktär av att garantera kontinuitet mellan patient och vårdgivare.

Ett annat närliggande problem som utredningen identifierat är möjligheten att föra information om patienter över olika huvudmannagränser, se avsnitt 6.5.1. Sedan 1 januari 2015 har patienter rätt att välja såväl primärvård som öppen specialiserad vård i andra landsting. Men någon uttrycklig skyldighet för huvudmannen att informationen som lagrats om patienten på ett ställe ska kunna föras över elektroniskt till en vårdgivare i annat landsting finns inte i lagstiftningen. Detta faktum försvårar sannolikt patienternas

möjlighet att söka vård i andra landsting. Endast staten har det huvudmannaövergripande ansvaret

Utredningens sammantagna bedömning är att staten behöver minska detaljstyrning som direkt reglerar vem som ska göra vad om det inte finns starka skäl för en sådan reglering. Vår bedömning är vidare, vilket också genomsyrar förslagen i avsnitt 7 och 8, att staten i ökad utsträckning behöver styra hälso- och sjukvårdens organisation genom reglering.

11.2 Vårdgarantin ska vara professionsneutral

Utredningens förslag: Landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården.

Tidsfristen ska anges till tre dagar, om en bedömning inte kan göras när den enskilde söker kontakt med primärvården.

Skälen för utredningens förslag

Lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession

Den nuvarande vårdgarantin förutsätter att patienten ska besöka en läkare inom primärvården, 3 g § första stycket, andra punkten hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Utredningen anser att detta krav kan ifrågasättas ur rent teoretisk utgångspunkt. Varför styr staten patienten till en specifik profession/kompetens i vården? Det kan konstateras att vare sig lagstiftningen i övrigt eller förarbetena till vårdgarantin ger något svar på den frågan. Systemet har i övrigt alltmer fjärmat sig från tanken att på generell nivå knyta patienten specifikt till läkare, bl.a. genom att ändra begreppet patientansvarig läkare till förmån för fast vårdkontakt och att ”listning” i vårdvalssystemen sker på vårdcentral och inte på enskild läkare.

Utredningen bedömer att det i synnerhet i den svenska primärvården, som i internationell jämförelse är bred och multiprofessionell (se bilaga 3), är ologiskt att en specifik kompetens på detta sätt har knutits till vårdgarantin. Att det dessutom är den kompetens

som har längst utbildning, är ”dyrast” och som på många håll bedöms saknas är en ytterligare försvårande omständighet.

Även om specialist i allmänmedicin (som det i många fall handlar om) är en bred kompetens är det inte givet att det är just den kompetensen som bäst möter patientens behov. I många fall kan det vara mer motiverat att patienten träffar en sjuksköterska, fysioterapeut, eller psykolog. En sådan ansats stämmer väl överens med de grundläggande principer om lägsta/bästa effektivaste omhändertagandenivå, som diskuteras i bl.a. avsnitt 8.1. Det ligger också i linje med den rapporterade ökningen av patienter till primärvården med besvär i rörelseapparaten eller psykisk ohälsa, där andra professioner än läkare många gånger är mer relevanta för patienten. Avgörandet av vem patienten bör träffa bör ligga på *verksamhetsnivå* eftersom bedömningen i första hand måste bero på vilket behov patienten har. Dessutom behöver hänsyn tas till vilken kompetens som *de facto* finns att tillgå och hur arbetssätten är utformade på i den aktuella verksamheten. Sådana frågor kan och bör inte avgöras på nationell nivå genom lagstiftning. Utredningen föreslår därför att den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården inte är knuten till en läkare.

En väsentlig del i en förändring mot att ännu bredare använda kompetenserna i primärvården är att frigöra tid för läkare för mer komplicerade fall. Det kan t.ex. handla om patienter med kroniska sjukdomar eller andra mer komplicerade besvär och där det av stor vikt att skapa förutsättningar för att primärvården ska få förutsättningar att öka den personliga kontinuiteten i vården.

Finns det risker med att fler yrkesgrupper ges möjlighet att ”ta över” eller komplettera läkaren som första instans i primärvården? Invändningar mot förslaget skulle kunna vara att läkaren, till skillnad från andra professioner, har särskild kompetens att göra en holistisk bedömning samt att förslaget ökar risken för att patientens besvär delas upp redan i första kontakten. Utredningen bedömer sammantaget att förslaget innebär en tillämpning av den grundläggande principen om lägsta/bästa effektivaste omhändertagandenivå. Av kravet på god ekonomisk hushållning med det offentligas resurser följer att om det är möjligt att på ett adekvat sätt hjälpa patienten till en lägre kostnad ska det göras. Förslaget är vidare ett steg mot det stora behovet i vården av att bättre utforma

processen utifrån patienternas behov, se avsnitt 6.4.3. Det arbetssätt som föreskrivs i den nuvarande utformningen av vårdgarantin i denna del, dvs. att läkaren alltid ska träffa patienten först, motverkar närmast detta.

Flera av de goda exempel som utredningen studerat har också skapat nya arbetssätt inom primärvården där en patient gör sitt första besök hos den profession som anses vara lämpligast med hänsyn till patientens behov, t.ex. fysioterapeut eller sjuksköterska. Den s.k. Brahemodellen innebär att första besök vid besvär från rörelse-/stödjeorganen styrs till fysioterapeut och har inneburit att patienterna fått möjlighet till snabbare hjälp, snabbare positiv effekt och minskade sjukskrivningstider. Arbetssättet har minskat antalet onödiga besök liksom trycket på vårdcentralens läkartider samt fördjupat samarbetet mellan läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter

Det väsentliga som framkommer från de goda exemplen är att det ska vara tydligt vad föranleder ett första besök hos t.ex. fysioterapeut samt betoningen på teamarbete där olika professioner lätt kan konsultera varandra.

Ansatsen att patienten ska få träffa den profession som är lämpligast med hänsyn till patientens behov riskerar dock att strida mot en samhällelig ”kulturfråga”, nämligen missuppfattningen att den med högst formell kompetens (läkaren) alltid kommer att ge patienten den ”bästa” bedömningen. De verksamheter som genomfört denna typ av förändring rapporterar att det ibland inneburit att patienterna initialt ifrågasatt arbetssättet men att nöjdheten är hög, bl.a. tack vare kortare väntetider till besök och mindre antal onödiga besök.

Lagstiftningen ska inte styra mot besök

En ytterligare brist i den nuvarande konstruktionen av vårdgarantin är att den förutsätter att ett *besök* ska göras i primärvården. Tekniska lösningar finns redan i användning inom hälso- och sjukvården som innebär att konsultationer ibland kan och bör ske på helt andra sätt, direkt genom t.ex. videokonferens eller telefonsamtal eller indirekt genom e-post, sms, mms, etc. En virtuell vårdcentral startades under 2015 och fler är redan på väg att starta, bl.a. genom att fysiska vårdcentraler inkorporerar denna förmedlingsform i sitt vanliga utbud. Det kan också konstateras att primärvården i fram-

tiden i allt högre utsträckning kommer att behöva möta patienten fysiskt i dennes hem. För alla dessa fall anser utredningen att den nuvarande lydelsen av vårdgarantin i denna del är förlegad.

Utredningen föreslår därför att vårdgarantin ska tillförsäkra patienten en *medicinsk bedömning* inom primärvården. Lagstiftningen ska därmed inte styra interaktionen mellan patienten och vården mot någon särskild förmedlingsform. Vad som ska väljas i varje enskilt fall behöver i högre utsträckning än i dag utgå från vad som innebär det bästa utnyttjandet av både patientens och vårdens tid i relation till att kunna garantera patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet i vården. En bedömning kan dock i många fall kräva ett besök och i så fall ska det givetvis inte heller finnas något som hindrar ett sådant arbetssätt.

En självklarhet i sammanhanget är att bedömningen ska göras av någon med tillräcklig kompetens. Redan i nuläget sker detta i de fall man t.ex. har en fysioterapeut som första kontakt i primärvården. I många fall är det rätt kompetens men vid oklarheter eller om man upptäcker att patienten kräver en annan kompetens är arbetssättet att konsultera t.ex. en läkare eller att slussa patienten vidare till annan kompetens.

Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att i lagen ställa krav på att bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Sannolikt är det i de flesta fall en tämligen given utgångspunkt att bedömningen görs av någon sådan yrkesgrupp. Det finns dock inte anledning för staten att låsa fast arbetssätten i hälso- och sjukvården i detta hänseende. Det kan inte uteslutas att andra yrkesgrupper än de 21 legitimationsyrkena kan vara lämpade att göra medicinska bedömningar i vissa fall, t.ex. undersköterskor med lång erfarenhet. Det viktiga är att kraven på god vård upprätthålls, bl.a. på så sätt att bedömningen är patientsäker. Avgörandet i denna fråga bör ligga på verksamhetsnivå. Ytterst är det inte enbart en fråga om yrke och utbildning utan också individuell lämplighet.

Det är vidare inte heller givet att det alltid är en person som behöver konsulteras. Inom en nära framtid kan en dator tänkas stå för en del av eller hela den initiala bedömningen.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin också ska ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården i stället blir en ”bedömningsgaranti”, där den enskilde ska få en medicinsk bedömning inom viss tid.

En bedömning ska ske snabbare än enligt dagens vårdgaranti

Av 2 § förordningen (2010:349) om vårdgaranti framgår att landstingen ska uppfylla besöksgarantin inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare. Det kan konstateras att redan i det nuvarande systemet får i genomsnitt 90 procent av patienterna sitt besök inom sju dagar och så många som 82 procent inom tre dagar. Detta trots att de flesta ”förstabesök” styrs till läkare och trots den brist på läkare inom primärvården som ofta framhålls.

Den nuvarande tidsramen sju dagar framstår som onödigt lång bl.a. i jämförelse med våra grannländer. Utredningen bedömer att en väsentligt kortare tidsfrist borde kunna sättas om lagstiftningen samtidigt ändras på så sätt att det inte krävs att *besöka läkare* inom primärvården utan att en *medicinsk bedömning* inom primärvården ska lämnas. Det blir därmed upp till verksamheten att besluta om vilken kompetens som ska ha den inledande kontakten med patienten, vilket utredningen bedömer sammataget kan innebära ett effektivare utnyttjande av den kompetensen i primärvården. Utredningen föreslår, bl.a. i jämförelse med våra grannländer, att en bedömning ska kunna lämnas inom 3 dagar från patientens kontakt med vården och att förordningen ska ändras för att återspegla det.

Med hänsyn dels till att över 80 procent av patienterna redan i dag kan få ett besök hos läkare inom 3 dagar och dels att utredningens förslag innebär att fler kompetenser kan användas för att uppfylla vårdgarantin i primärvården bedömer utredningen att skärpningen av tidsgränsen inte kommer att medföra ökade kostnader för landstingen. Utredningen bedömer att särskilt primärvården, som i internationell jämförelse har en stor bredd av professioner, är väl rustad att klara denna förändring.

Enligt den nuvarande lydelsen av förordningen gäller vårdgarantin endast ”om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare”. Den avgränsningen kommer att sakna betydelse med utredningens förslag och kan tas bort. Däremot bedömer utredningen att det i en del fall är möjligt att redan vid den första kontakten göra en medicinsk bedömning. Exempel på det kan vara att patienten kan klara sitt besvär med egenvård eller vid allvarliga och akuta fall där rådet blir att patienten bör söka sig till en

akutmottagning. Den typen av bedömningar görs antagligen relativt ofta men det saknas data om omfattningen. I vilken utsträckning det kan göras är också beroende på arbetsätten i respektive verksamhet, främst beroende av vilken kompetens som tar emot den första kontakten från patienten, normalt ett telefonsamtal. Utredningen anser att det av förordningen ska framgå att vårdgarantin ska gälla endast om en bedömning inte kan göras när den enskilde söker kontakt med primärvården. Med en sådan lydelse finns en presumtion för att så tidigt som möjligt och helst vid den första kontakten ge patienten en medicinsk bedömning.

11.3 Kraven på intyg från hälso- och sjukvården ska vara professionsneutrala

Utredningens förslag: Regeringen ska skyndsamt utreda hur den lagstiftning som innebär krav på läkarintyg kan ändras i syfte att intygshanteringen ska vara professionsneutral. Beslut om vem som ska utfärda intyg ska tas på verksamhetsnivå utifrån överväganden om vilken information om patienten som efterfrågas och att den som utfärdar intyget ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften med hänsyn till ändamålet med intyget.

Skälen för utredningens förslag: Det finns en brokig flora av krav på intyg från hälso- och sjukvården. Dels följer av patientdatalagen (2008:355) att den som är skyldig att föra patientjournal på patientens begäran utfärda intyg om vården, dels följer en skyldighet att utfärda intyg om patienten av speciallagstiftning på en lång rad områden (se avsnitt 6.6.3). Gemensamt för dessa krav är att det normalt handlar om krav på läkarintyg. I avsnitt 6.4.8 konstaterades att det finns ganska få begränsningar i möjligheterna till fördelning av arbetsuppgifter. De krav på läkarintyg som följer av lagstiftning på en lång rad områden är dock en av de mest långtgående begränsningarna i denna möjlighet och innebär i många fall en alltför långtgående detaljreglering av arbetssätten i hälso- och sjukvården. Att skriva intyg är troligen också en av de mest omfattande administrativa uppgifterna för många läkare. Utredningen bedömer att

den nuvarande hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården sammantaget innebär ett ineffektivt resursutnyttjande.

Samtidigt bygger många intyg nästan helt på patientuppgifter där trovärdighet och tillit mellan patient och vårdpersonal är central. Vid flera intygstyper görs ingen traditionell läkarundersökning. Vissa intyg, t.ex. till socialtjänsten och skolan, handlar i grunden om patienten behöver en viss insats eller ett visst bidrag. I flera fall kan det dessutom vara mer praktiskt och antagligen mer ändamålsenligt att någon annan yrkeskategori bedömer och intygar t.ex. funktionsförmåga.

Utredningen bedömer att det finns stora möjligheter att ändra kraven på intyg i lagstiftningen. Inriktningen bör vara de områden där det är möjligt göra lagstiftningen professionsneutral. Syftet med sådana justeringar 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. Utredningens uppfattning är att bedömningen av vem inom hälso- och sjukvården som kan intyga i de flesta fall kan och bör avgöras betydligt närmare verksamheten än vad som är möjligt i dag.

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 (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. (5 kap. 1 §). Där framgår också att verksamhetschefen ska svara för att det finns rutiner som säkerställer detta.

Av resursskäl har utredningen inte kunnat lämna några lagförslag i denna del. Utredningen föreslår därför i stället regeringen att skyndsamt utreda hur den lagstiftning som innebär krav på läkarintyg kan ändras i syfte att intygshanteringen ska vara professionsneutral. En utgångspunkt för en sådan utredning bör vara att beslut om vem som ska utfärda intyg ska tas på verksamhetsnivå utifrån överväganden om vilken information om patienten som efterfrågas och att den som utfärdar intyget ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften med hänsyn till ändamålet med intyget. Utredningen bedömer att ändringar i lagstiftningen med denna inriktning kommer att tillgodose den nödvändiga avvägningen mellan kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

11.4 Läkemedelshanteringen i vården bör vara likartad oavsett vårdnivå

Utredningens bedömning: De formella möjligheterna att delegera arbetsuppgifter som avser läkemedelshantering till undersköterskor inom sluten vård behöver utvidgas. Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering bör därför ändras.

Skälen för utredningens bedömning: I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 200:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården anges att läkemedel ska iordningställas av en sjuksköterska, läkare, tandläkare, receptarie eller apotekare. En sjuksköterska, läkare eller tandläkare som iordningställt ett läkemedel har själv ansvaret för administreringen av läkemedlet till patienten. Annan personal får iordningställa eller administrera läkemedel efter delegering från sjuksköterska. (4 kap. 1 och 3 §§) Möjligheterna till delegering gäller dock bl.a. inte sluten vård. Föreskrifterna skiljer alltså på sluten och öppen vård, där möjligheterna att delegera är större i öppen vård. Utredningen har mött flera exempel på att detta får orimliga konsekvenser för den slutna vården, se ovan.

Det kan argumenteras för att förutsättningarna att delegera till undersköterska borde vara större i sluten vård. Personaltätheten är betydligt högre, liksom tillgången till läkare och sjuksköterska. Föreskrifterna bör därmed ändras.

Socialstyrelsen förbereder för närvarande en ändring med det innehåll som utredningen förordar. Det är därför inte nödvändigt att utredningen lämnar något förslag i denna del utan vill bara framhålla vikten av att en ändring av föreskriften kommer till stånd.

11.5 Regeringen behöver klargöra förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården

Utredningens förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med huvudmännen och andra aktörer intensifiera informations- och vägledningsinsatser när det gäller möjligheterna till ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter.

Skälen för utredningens förslag: Socialstyrelsen publicerade år 2004 en handbok till vägledning för vårdgivare när det gäller frågor om delegation och fördelning av arbetsuppgifter. Trots att myndigheten sedan länge visat att det finns ytterst få hinder mot omfördelning av arbetsuppgifter finns ännu utbredda uppfattningar om rättsliga hinder för detta. Till stor del tycks i själva verket motståndet ligga i traditioner och vanor inom vårdens verksamheter samt starka professioner som inte vill byta arbetsuppgifter. Utredningens erfarenheter från möten med verksamhetsföreträdare visar att det som påstås eller uppfattas vara ett rättsligt hinder, t.ex. att endast läkare får skriva en remiss till röntgen, oftast visar sig vara verksamhetens egna beslut eller traditioner. Att hänvisa till externa faktorer, t.ex. rättsliga hinder blir i så fall bekvämt.

Det kan konstateras att den informationsinsats som staten redan genomfört genom nämnda handbok har visat sig otillräcklig. I juni 2015 publicerade Socialstyrelsen en uppdatering av handboken. Innehållet och presentationsformen är dock i allt väsentligt detsamma. Det finns fortfarande relativt få hinder mot fördelningen av arbetsuppgifter. Det måste tyvärr konstateras att myndighetens insatser är starkt begränsade när det gäller att öka kännedomen om dessa för vården så grundläggande fakta.

En fråga är var uppgiften bör ligga att sprida denna typ av information. Vår uppfattning är att Socialstyrelsen redan tagit på sig denna uppgift genom upprättandet av handboken. Under utredningens gång har det framkommit att många vårdgivare och anställda i vården har behov av betydligt mer lättillgänglig information och praktisk vägledning än vad som finns i form av handboken. Vi bedömer att det behövs ett mycket mer aktivt och tillgängligt stöd till vårdgivarna för att nå fram i denna fråga. Det gäller både hur informationen presenteras liksom ett aktivt arbete med att nå ut med informationen.

Ett närliggande gott exempel kan hämtas från utredningen om rätt information i vård och omsorg, som beskrivit de möjligheter som befintlig lagstiftning ger för att kunna utbyta uppgifter (SOU 2014:23, bilaga 4). Redovisningen är utformad som ett praktiskt verktyg anpassat för en verksamhetsnära nivå, i form av en omfattande powerpointpresentation med omkring 80 frågor och svar om informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För varje frågeställning finns ett mer utförligt

resonemang i dokumentets anteckningssidor. Den typen av vägledning har efterfrågats av många i vården som utredningen träffat.

Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen uppdraget att ta initiativ till att en mer ambitiös insats när det gäller information och vägledning om förutsättningarna för fördelning av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården.

11.6 Signeringskravet bör avskaffas

Utredningens rekommendation: Staten bör genomföra förslaget att avskaffa kravet på signering som lämnats i SOU 2014:23.

Skälen för utredningens rekommendation: Vid sidan av intygsskrivande är kravet på signering av anteckningar i journalen den administrativa arbetsuppgift till följd av lagstiftning som bedöms vara mest tidskrävande för hälso- och sjukvårdens personal och är ett uttryck för onödig detaljreglering från staten sida. Utredningen Rätt information i vård och omsorg har i slutbetänkandet (SOU 2014:23) lämnat förslag till en ny hälso- och sjukvårdsdatalag som bl.a. innebär att signeringskravet avskaffas men som betonar ansvar för vårdgivaren att säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är korrekta och ansvar för den som för patientjournal att uppgifterna är korrekta.[3] Förslaget öppnar för betydligt smartare och mer tidsbesparande lösningar än dagens tidskrävande ”kvittenser” av anteckningar. Utredningen bedömer att det är angeläget att detta förslag genomförs oavsett hur övriga delar i det betänkandet hanteras.

[3] Se SOU 2014:23 3, föreslagna 3 kap. 13 § samt avsnitt 12.4.8 och 12.4.9.

12 Arbetssätten

Sammanfattning: I avsnittet lämnar utredningen rekommendationer om generella principer som ska vara vägledande för ändrade arbetssätt i hälso- och sjukvården

Utredningen lämnar också rekommendationer om åtgärder för att principerna ska få genomslag riktade till huvudmän, verksamheter och medarbetare.

Staten rekommenderas 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.

12.1 Generella principer ska vara vägledande för ändrade arbetssätt i vården

Utredningens bedömning: Befintlig lagstiftning är tillräcklig avseende ändrade arbetssätt.

Utredningens rekommendation: Samtliga hälso- och sjukvårdens verksamheter 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.

Principerna bör vara vägledande för all hälso- och sjukvård och riktar sig till huvudmän, vårdgivare, verksamhetschefer och medarbetare.

Skälen för utredningens bedömning och rekommendation

Arbetssätten i hälso- och sjukvården behöver ändras

Utredningen har i avsnitt 6.4 konstaterat att organisationen och arbetssätten i vården skapar ineffektivitet. De mest väsentliga problemen är följande.

- 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.
- Det saknas analys av vårdbehoven och uppdragen till verksamheter och med utgångspunkt i det analys och planering av produktion och kapacitet. Scheman läggs inte utifrån en sådan analys och planering.
- Kompetensen underutnyttjas p.g.a. suboptimerad fördelning av arbetsuppgifter, suboptimerad personalstruktur, främst för få anställda med lägre formell kompetens, och att den lärande organisationen inte prioriteras.
- Arbetet med förändring försvåras av kulturfrågor.
- Det saknas diskussion om varför verksamheten bör bli mer effektiv och hur man nyttiggör en mer effektiv verksamhet på kort och lång sikt.

Att ändra arbetssätten i hälso- och sjukvården innebär att alla verksamheter behöver ägna sig åt förbättring i sin egen kontext och utifrån sina förutsättningar. Utredningens uppfattning är att det normalt sett inte går att lämna ett nationellt eller ens regionalt recept på

exakt hur arbetssätten ska förändras. En utgångspunkt för utredningen är att ändrade arbetssätt behöver utgå från lokala förhållanden. Det behövs en lokal analys av uppdraget, behoven och kapaciteten med beaktande av den egna verksamhetens förutsättningar. Därefter behöver ett förändringsarbete ske med lokal förankring och involvering av de som arbetar i verksamheten.

Det pågår en hel del sådant arbete och mycket är gjort sedan tidigare. En genomgående observation från utredningen är dock att ”goda exempel” genomförs som isolerade öar. Det finns lite av kunskapsinhämtning från andra liknande exempel och lite av ömsesidigt lärande. I några fall kan skönjas en attityd av att lösningar helt och hållet måste uppfinnas av verksamheten själv för att ha trovärdighet.

Det kan konstateras att det med något undantag saknas systematiserade ansatser att fånga upp sådana exempel från t.ex. huvudmannanivå eller nationell nivå och att göra dem tillgängliga för andra att inspireras av. Några enstaka sådana ansatser har förekommit.

Mot bakgrund av den lokala prägel som förändringsarbete behöver ha menar utredningen att de förslag som vi kan lägga bör ta sikte på övergripande frågor, dvs. sådant som främst avser att ange en generell inriktning eller hur lokalt arbete kan faciliteras från högre nivå.

Hur kan utredningen bidra till detta? Huvudmännen, verksamheterna och vårdens professioner har redan skyldighet att planera och utveckla verksamheten enligt befintliga författningar (se avsnitt 4.5.2). Det finns således ingen anledning för utredningen att lämna lagförslag som skulle skapa nya skyldigheter eller konkretisera de redan befintliga. Det kan också ifrågasättas hur väl lagstiftning fungerar som styrmedel i dessa frågor.

Utredningen bedömer att det är lämpligare att konkretisera vad huvudmännen, verksamheterna och professionerna behöver göra i form av generella principer som utgångspunkt för att analysera och ändra arbetssätten i vården i syfte att nå ett effektivare resursutnyttjande. Med utgångspunkt i dessa principer avser utredningen lämna rekommendationer till de övergripande krav som bör ställas på verksamheterna och var ansvaret bör ligga för att ägna sig åt förändringar. Det kan också avse hur stat och landsting kan skapa förutsättningar för detta på olika nivåer, t.ex. lämna utrymme för

förbättringsarbete som en kontinuerlig del av arbetet, utbildning, tillgång till stöd, verksamhetsstöd i form av IT och handledning samt tillgång till goda exempel.

Vägledande principer för ändrade arbetssätt i vården

Med ledning av de problem som vi ovan beskrivit som relativt gemensamma för verksamheter inom hälso- och sjukvården kan ett antal generella principer formuleras, vilka bör vara vägledande för arbetssätten i vården. Principerna är följande.

1. Utgå från vad som kan göras för 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 nyttogöras.

Principerna kan härledas till de skyldigheter som följer av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), patientlagen (2014:821) förkortad PL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Skyldigheterna finns men är allmänt formulerade. Det är därför motiverat att klargöra hur hälso- och sjukvårdens ledning och verksamheter bör ta sig an frågor om organisation och arbetssätt. Principerna är av den karaktären att de riktar sig till alla i hälso- och sjukvården. Både huvudmän, vårdgivare, verksamhetschefer och medarbetare träffas av principerna. Vad respektive aktör behöver göra för ett genomslag för principerna skiljer sig dock åt, vilket utredningen återkommer till nedan.

Samtliga principer kan härledas till de goda exempel som utredningen studerat av förändrade arbetssätt. Vi har uppfattat en stor samstämmighet bland företrädare för vården kring dessa principer genom utredningens arbete. För vissa kan principerna säkerligen uppfattas som självklarheter där man redan arbetar utifrån delar av

dem. För många andra, antagligen de flesta, verksamheter i hälso- och sjukvården är det en lång väg innan man kan säga att man gör analyser av sin verksamhet och justerar arbetssätten i linje med dessa principer.

Det är viktigt framhålla att vägledande principer bör vara generella och tillämpliga på alla nivåer i organisationen. På ”högre”/”central” nivå handlar det mer om övergripande principer och krav och det gäller snarast att undvika detaljstyrning (se avsnitt 11). Längre ner i organisationen sker successivt ökande detaljplanering. I princip gäller detsamma som vid annan verksamhetsplanering t.ex. i form av mer traditionella verksamhetsplaner.

Utredningen erfar att hälso- och sjukvården i dag generellt sett har för stora planeringsenheter avseende detaljplanering och schemaläggning. I många fall är kliniknivån en alltför stor planeringenhet för mer detaljerad planering och schemaläggning. En målsättning borde vara att den ”nedersta”/”yttersta” nivån är teamet och ett mål med planeringen är att få teamet att ta ett självständigt ansvar. Frågeställningen vad som är en bra storlek på ett team har dock inget givet svar. Det beror på verksamhetens karaktär och andra förutsättningar. Utredningen erfar att framgångsrika verksamheter tycks ha en planeringsenhet som är överblickbar och som kan idka viss självkontroll ”max 10–15 läkare”. Blir teamen för stora är det lätt för enskilda medarbetare att bli anonyma och arbetsuppgifterna kan få en ojämn och orättvis fördelning. Innan principerna kan implementeras finns således ett ”läge 0” – att ta ställning till organisatoriska förutsättningar inkl. bl.a. storlek för planeringsenheten. Med beaktande av ovanstående blir en checklista som följer:

0. *Tydliggör planeringsförutsättningar där ramarna i form av organisation och planeringsenhet inte får vara för stora.*
1. *Utgå från vad som kan göras för 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 nyttogöras.*

Åtgärder för att principerna för ändrade arbetssätt ska få genomslag

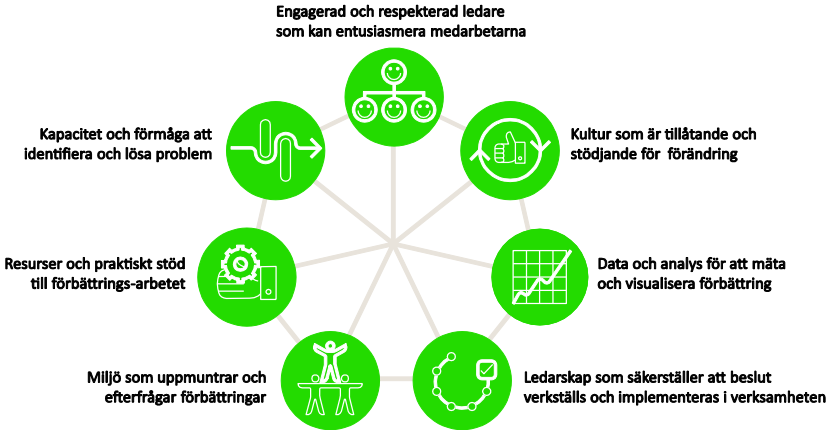
Medvetenheten bland hälso- och sjukvårdens personal och personer i ledande ställning hos huvudmännen om de problem som utredningen redovisat beträffande arbetssätten bedömer utredningen generellt sett vara hög. Många som utredningen träffat har också bekräftat att det behövs ett arbete i linje med det som anges i ovan nämnda principer. Utredningens intryck är att många i vården tycks famla efter lösningarna. Samtidigt finns en stor men spretig mångfald av goda exempel som visar att det finns lösningar. Utredningens analys av de exempel vi sett visar på följande gemensamma drag:

- Ledarskapets betydelse: I så gott som alla exempel framkommer direkt eller indirekt betydelsen av en engagerad ledare och entusiastisk personal.
- Katalysator för en förändringsprocess är inte sällan någon form av krissituation, t.ex. långa ledtider eller väntetider för patienter liksom i de interna processerna t.ex. för remisser eller utskrift av diktat. Det kan också handla om ”oreda” i arbetet där det har blivit tydligt att resurserna visserligen är hårt belastade eller t.o.m. överbelastade men att de inte används på ett effektivt sätt.
- Förändringarna har inte varit beroende av särskild finansiering för genomförandet.
- ”Lean” eller andra liknande strukturerade förändringsmetodiker tycks sällan vara en vanlig ingång till förbättringsarbetet.
- Goda exempel sprids inte, vare sig grannkliniken eller andra landsting tar efter förbättringsarbetet.
- Det verkar sällan finnas krav från en högre nivå i organisationen att enskilda kliniker/enheter ska ta efter goda exempel. Inte heller att ”alla” ska göra analyser av nuläge/utmaningar/möjliga förbättringar. Arbetet förväntas ofta komma underifrån, bl.a. eftersom alla är medvetna om att det krävs ett tydligt verksamhetsnära engagemang. När det arbetet inte kommer underifrån finns dock inga uppenbara verktyg eller krav för att främja och ”trycka på” ett förbättringsarbete.

- I de goda exemplen på förbättringsarbete tycks man ofta ha gett sig i kast med någon sorts produktions- och kapacitetsplanering.
- Kulturfrågor, bl.a. acceptans för förändring bland de anställda kan ha avgörande betydelse för om en förändring kommer till stånd.

Det står klart både från våra intervjuer med företrädare för vården och från forskning att det behövs både stöd och rätt förutsättningar för att förändring ska komma till stånd. Vår slutsats är att det behövs en mer systematisk ansats från ledningen och genom organisationen ned/ut till verksamhetsnivå att förbättra arbetssätt och metoder, i både stort och smått. Det behövs en systematik i att fånga upp befintliga goda exempel på förbättringsarbete och att verka för spridning genom förändringsledare. Det behövs en ”kultur” i verksamheten som innebär att den är mottaglig för förändring, vilket bl.a. behöver understödjas genom att tydligt visa på behoven och vad man faktiskt åstadkommer. Första linjens chefer behöver ha ett tydligt uppdrag och ansvar för helheten och för att ständigt pröva förbättringar. Styrningen genom ersättningssystem och på andra sätt behöver både möjliggöra utveckling och visa att utveckling är efterfrågad. För att klara förbättringsarbete kan också krävas praktiskt stöd i form av hjälp med analyser, förändringsmetodik och liknande.

Figur 12.1 Förutsättningar för förbättringsarbete i hälso- och sjukvården



Källa: The Health Foundation 2015, Constructive comfort, accelarating change in the NHS; egen bearbetning.

12.1.1 *Princip 1:* Utgå från vad som kan göras för öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare

Innebörden av principen

Den allra mest fundamentala principen för hälso- och sjukvården är att man är till för patienten. Denna utgångspunkt behöver både genomsyra det vardagliga arbetet och påverka hur man utvecklar arbetssätten i vården. Det bör därför vara en vägledande princip för hälso- och sjukvården på alla nivåer att utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och att se patienten som medskapare i vården. Det finns stark evidens för att ett förhållningssätt som innebär att man utgår från patienten, t.ex. genom personcentrerad vård, kan ge tydligt positiva effekter på bl.a. slutenvårdskonsumtion, livskvalitet och trygghet för patienterna.

Denna princip har flera implikationer. Hälso- och sjukvården (både ledning och verksamheter) behöver förstå patientens behov bättre och utifrån detta utforma tjänsterna, se avsnitt 5.2.4 och avsnitt 6.4.3. Metodik för detta saknas inte men däremot saknas i nuläget ofta ett genomslag för det synsättet. Organisering kring patienten i värdenätverk eller värdecenter är exempel på detta.

Hälso- och sjukvården behöver vidare utgå från att de flesta människor normalt sett kan och vill ta ansvar för sin hälsa och sin

behandling. För t.ex. kroniska sjukdomar görs den absoluta merparten av vården av patienten själv i hemmet, se avsnitt 4.1.2. Vården på olika nivåer behöver ställa sig frågan hur man bäst kan stödja det. Vården behöver ta tillvara de möjligheter som ges genom innovationer inom medicinteknik, behandlingsmetoder och inte minst digitalisering för att låta patienten vara medskapare i vården och samtidigt se till att dra nytta av det patienten gör. Patientens insatser kan i den bemärkelsen vara en viktig ”effektiviserare” av vården.

Utredningens rekommendationer för att principen ska få genomslag

Huvudmännen behöver skapa strukturer för att ta tillvara patienters erfarenheter, synpunkter och idéer i beslutsfattande och förbättringsarbete.

Huvudmännen behöver skapa organisatoriska och tekniska lösningar för att dra nytta av patienternas egna insatser. Det kan avse t.ex. tidsbokning på internet eller patientjournal på internet. Det kan också handla om tjänster där patienten själv står för behandling eller monitorering, t.ex. självdialys, kontroll av insulinnivå för diabetiker. Det behövs i sådana fall också system för att vården ska kunna tillgodogöra sig den information som patienten på egen hand samlar in (om patienten vill dela med sig av den) och snabbt kunna fånga upp avvikelser. Det handlar i anslutning till detta också om att använda digitaliseringens möjligheter för att t.ex. ta hjälp av datoriserad anamnesupptagning, där försöksverksamhet redan pågår i bl.a. Stockholm.[1]

Huvudmännen behöver se till att det finns lätt tillgängliga system för att ge patienten relevant, uppdaterad och korrekt information om behandling, kontaktvägar etc.

Verksamheterna behöver göra en analys av vilka behov de ska möta och hur behoven ska mötas. Utgångspunkten för ett sådant arbete är självklart behoven hos de patienter som verksamheten träffar. Ett sådant arbete behöver inkludera patienterna. I arbetet behöver ingå att kartlägga patientresan, de ”processer” och ”flöden”

[1] David Zakim, 2014, Anamnesupptagning via dator kan ge bättre vård och forskning, Läkartidningen. 2014;111:C39A, nr 43/2014.

för patienter som verksamheten är en del i eller helt äger själva. Grundfrågan är: vad är viktigt för patienten (patienterna)? Ett problem anses ibland vara att alla patienter inte kan eller vill medverka i analysarbetet och att ett urval av patienter inte representerar alla patienter. Utredningens uppfattning är att ett urval av patienter ändå representerar ”kollektivet patienter” bättre än om de inte alls tillfrågas och får medverka.

Därefter behöver verksamheten identifiera de möjligheter till ändrade arbetssätt som bäst kan mötas patientens behov. Vilka ändringar som behövs och är rimliga varierar givetvis och kan t.ex. inkludera sättet att:

- lyssna på och kommunicera med patienten,
- organisera arbetet vid mottagnings-, operations- eller avdelningsverksamhet,
- samarbeta med andra enheter eller huvudmän,
- ta ansvar för att skapa en väg genom vården för patienten utan onödiga väntetider/ledtider.

Utifrån en sådan analys behöver verksamheterna ändra arbetssätten för att möta behoven. Nya flöden ska utformas tillsammans med patienterna.

Medarbetarna behöver fullt ut delta i analys och förändring. Medarbetarna behöver axla det samlade uppdraget som innebär att både ge bästa möjliga vård utifrån sin kompetens och att samtidigt vara en del i ständig utveckling av verksamheten med patientens nytta som utgångspunkt. Medarbetarna behöver särskilt uppmärksamma att patienten är väl informerad om sitt hälsotillstånd eller sin sjukdom, hur behandlingsstrategin ser ut, vad patienten ska göra själv, vad han eller hon ska vara observant på samt vem som kan kontaktas om det uppstår problem.

12.1.2 *Princip 2:* Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten

Innebörden av principen

Den personliga kontinuiteten, dvs. att patienten får träffa samma person eller team av personer över tid är en starkt effektivitetsskapande faktor enligt utredningens synsätt, se vidare avsnitt 13.1. Det är en nyckelfaktor för att skapa effektivitet i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Särskilt de patienter med omfattande behov och som konsumerar mest vård har behov av kontinuitet.

Teknisk kontinuitet, dvs. att det som gjorts för patienten är väl dokumenterat och enkelt och säkert åtkomligt och att lämna god information till patienten om kommande åtgärder samt ”administrativ kontinuitet”, dvs. att det finns en funktion av typen fast vårdkontakt som ansvarar för att hålla samman patientens vård, är båda viktiga element i kontinuiteten och har betydelse för att minska ineffektivitet. De kan dock inte ersätta den personliga kontiniteten när det både gäller att skapa trygghet för patienten och att skapa ett förhållningssätt hos hälso- och sjukvårdspersonalen att känna ansvar för ”sina patienter”.

Utredningens rekommendationer för principen ska få genomslag

Huvudmännen behöver skapa drivkrafter för och möjligheter till personlig kontinuitet. Ersättningssystemen behöver utformas så att de premierar kontinuitet, särskilt för de patienter som har störst behov. Ersättningssystem behöver i förekommande fall också utformas så att de inte styr mot att en viss profession ska träffa patienten. Det försvårar fördelning av arbetet och att rätt person kan ta ett kontinuerligt ansvar för patienten.

Huvudmännen behöver genomföra förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur för att göra det möjligt att bättre möta patienternas behov av kontinuitet i de fall det finns. Utredningens förslag om riktad primärvård syftar till detta. Huvudmännen behöver genomgående göra den typen av analyser av hur struktur och organisation i vården bättre kan möta patienternas behov. Det kan t.ex.

handla om t.ex. värdecenter i form av one-stop-shops för diagnostisering av vissa sjukdomar eller värdenätverk i form av mobil, koordinerad vård för bl.a. multisjuka äldre.

Huvudmännen behöver vidta åtgärder för att minska beroendet av tillfällig personal, t.ex. hyrläkare. Dessa innebär något högre kostnader men framför allt att det är svårt att upprätthålla kontinuitet. Tillfällig personal kan vara en kritisk resurs i t.ex. primärvården men bör i så fall vara det främst för att upprätthålla den mer akuta delen av verksamheten.

Verksamheterna behöver ändra arbetssätten med utgångspunkt i att var och en ska ta ett personligt ansvar för sina patienter. Alla verksamheter behöver analysera hur den personliga kontinuiteten kan stärkas. I en sådan analys behöver ingå vilka patientgrupper man möter som har de verkligt stora behoven av kontinuitet. Verksamheten behöver planeras och schemaläggas på ett sådant sätt att det de facto blir möjligt att upprätthålla personlig kontinuitet. Därefter behöver man se till att det finns en metodik för att konsekvent boka patienter till ”sin” hälso- och sjukvårdspersonal.

Medarbetarna behöver ställa om till att ta ett ökat personligt ansvar för sina patienter. En sådan omställning av både arbets- och synsätt möter den vilja till personligt engagemang som utredningen uppfattat att många i vården vill ta. Det innebär att man behöver vara beredd till viss flexibilitet, det kan på sjukhus innebära att man inom ett pass behöver röra sig mellan mottagning, operation och avdelning för att kunna hantera sina patienter. Vidare behöver man vara beredd att låta schemat styras utifrån patienternas och verksamhetens behov.

12.1.3 *Princip 3:* Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning

Innebörden av principen

En förutsättning för att kunna upprätthålla en verksamhet med hög effektivitet är att se till att alla resurser finns på rätt plats i rätt tid. För att nå detta behövs ”kontroll” över vissa fundamentala inslag i verksamheten. Man behöver skapa en tydlig bild av behoven, vad som ska göras, vilken kapacitet som finns och vem som ska göra vad. Detta brukar benämnas *produktions- och kapacitetsplanering*.

I de fall det genomförts finns mycket positiva resultat, se avsnitt 6.4.5. Det ger bl.a. en målbild och överblick över vad som måste göras samt möjlighet att upptäcka och kunna reagera på förändringar i inflödet. Det sätter fokus på vad som är viktigast inom organisationen och ger möjlighet att minska variationer skapade av de egna arbetssätten. Det är en förutsättning för en effektiv schemaläggning av personalresurserna.

I detta ingår att verksamheterna behöver utgå från en grundlig analys av behov och uppdrag, planera vad som ska göras, hur det ska göras och av vem i en produktions- och kapacitetsplan. Planeringen behöver göras stegvis och i tillräckligt god tid.

Eskalering behöver möjliggöras så att planeringen kan ligga till grund för horisontella prioriteringar, t.ex. omfördelning av resurser eller uppdrag även mellan vårdnivåer.

Planeringen ska även användas i daglig styrning där det varje dag är tydligt för medarbetarna vad som ska göras och hur det förhåller sig till planen.

Scheman läggs helt naturligt på ”låg”/”decentraliserad” nivå, t.ex. en vårdcentral. Det kan och bör inte göras centralt eftersom ett viktigt inslag i schemaläggningen är att se till att det finns rätt kompetens (i form av utbildning, erfarenhet, personliga egenskaper, osv.) på rätt plats. Schemaläggningen behöver dock utgå från produktions- och kapacitetsplaneringen. Personlig kontinuitet ska styra schemaläggningen så långt det går och när det behövs.

Utredningens rekommendationer för att principen ska få genomslag

Huvudmännen behöver ställa krav på att produktions- och kapacitetsplanering görs och nyttiggörs. Att ha god kontroll på vad som ska göras, när och av vem behöver vara ett krav från landstinget på samtliga verksamheter. När sådana krav ställs i dag tycks efterlevnaden vara låg. Det ska inte vara möjligt att avstå från ett för verksamheten så centralt krav. Huvudmännen behöver därför överväga åtgärder för att få ett långt större genomslag för detta uppdrag till verksamheterna. Ett första steg bör vara att se till att produktions- och kapacitetsplanering är en del av huvudmännens kvalitetsledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

(SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kraven måste förenas med lättillgängligt stöd.

En del i kravställandet behöver vara att följa upp arbetet. En sådan uppföljning sker helt logiskt om landstinget har en genomgripande ”koncernmodell” för planering där planeringen från verksamheterna steg för steg aggregeras för att slutligen ge en helhetsbild på landstingsnivå. Uppföljning i kontrollsyfte bör undvikas eftersom det riskerar att endast innebära ett administrativt merarbete för verksamheterna utan tydligt värde för endera parten.

Huvudmännen behöver skapa strukturer för att på högre nivå (division, etc.) nyttiggöra produktions- och kapacitetsplanering. Det handlar både om att ha analyskraft att identifiera flaskhalsar och organisatoriska beroenden. Det handlar också huvudmännens förmåga att ta koncernansvar för verksamheten i sin helhet och att kunna ta mer välinformerade beslut om horisontella prioriteringar, t.ex. omfördelning av resurser, eller om investeringar.

Huvudmännen behöver ta fram en generisk modell för planeringen och bistå med direkt stöd till verksamheterna vid implementering av modellen. Modellen behöver vara lätt att använda och skapa förutsättningar för jämförbarhet mellan olika enheter och således för att data ska kunna aggregeras. Detta kan göras på olika sätt och det viktiga är att modellen och stödet är lättillgängligt.

Huvudmännen behöver investera i verksamhetsstöd, dvs. IT-baserade verktyg för produktions- och kapacitetsplanering. Huvudmännen bör i denna fråga överväga möjligheterna att göra investeringar i en grundstruktur gemensamt. Huvudmännen behöver också se till att de chefer som har direkt ansvar för att genomföra planeringen också får tillräcklig utbildning/kunskap.

Huvudmännen behöver förtydliga de utgångspunkter som ska gälla för schemaläggning, dvs. att schemat ska utgå från produktions- och kapacitetsplaneringen så långt möjligt från att tillgodose personlig kontinuitet.

Verksamheterna behöver besluta sig för att ”ta kontroll”. Det kräver att det är tydligt för verksamheten vilket uppdraget är och vilka behov som ska mötas. Utifrån detta ska produktions- och kapacitetsplanering göras så att den kan brytas ned på daglig basis. Planeringen ska användas i den dagliga styrningen med frågorna vad ska åstadkommas i dag, hur och av vilka, vilka hinder/problem finns, vad uppstod under gårdagen som behöver hanteras? Varje

dag ska återkoppling ges på det som uppnåtts, gärna genom visualisering.

Schemaläggningen i verksamheten ska ta utgångspunkt i den genomförda planeringen och med den personaliga kontinuiteten som ledstjärna.

Medarbetarna behöver efterfråga en verksamhet/arbetsplats där arbetsmiljön präglas av förutsebarhet och jämn belastning. Det förutsätter att man tillsammans planerar hur man ska arbeta för att upprätthålla det.

12.1.4 *Princip 4:* Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter

Innebörden av principen

Ändrade arbetssätt är ofta synonymt med att söka en mer adekvat fördelning av arbetsuppgifterna, där rätt person gör rätt sak. Det innebär ofta en mängd ”enkla” små justeringar men som sammantaget innebär ett effektivare resursutnyttjande och många gånger kortare väntetider för patienten och en klart bättre arbetsmiljö. Dessa inslag finns i många av de goda exempel som utredningen sett och i olika sammanställningar, t.ex. www.ringla.nu.

Förändringsarbetet i vården ska utgå från ledorden ”rätt använd kompetens” och ”lägsta/bästa effektivaste omhändertagandenivå”. Utifrån de analyser som gjorts enligt ovanstående principer ska möjligheterna till att omfördela arbetsuppgifter ständigt sökas. Det kräver också att samtliga medarbetare utgår från att så många som möjligt ska arbeta inom sin kärnkompetens, vilket kan innebära att arbetsuppgifterna koncentreras och att alla är beredda att släppa uppgifter som inte ligger inom denna kompetens. Det ska vara tydligt och lättillgängligt vem som får och ska göra vad.

Det innebär också att arbetsuppgifter kanske kan och bör göras av patienten. I andra fall kanske det är lämpligare att arbetsuppgifter utförs helt eller delvis av datorer.

Utredningens rekommendationer för att principen ska få genomslag

Huvudmännen behöver undvika styrning mot viss kompetens, där det är möjligt. Den typen av beslut bör i stället få tas på verksamhetsnivå.

Huvudmännen behöver tillgång till bättre underlag och förmåga att analysera vilken kompetens som behövs i hälso- och sjukvården, se vidare avsnitt 16.1.

Huvudmännen behöver ge verksamheter förutsättningar för förändring.

Huvudmännen behöver analysera hur tjänsteutbud och sätten att förmedla vård och behandlingar kan förändras. Det kan handla om att överlåta mer av insatserna till patienten sedd som medskapare av sin vård och detta sammanfaller i sådana fall med rekommendationerna som utredningen lämnar ovan i anslutning till den första principen, dvs. att dra nytta av de insatser som patienten själv kan bidra med i form av bokningar, förberedelser, datainsamling i form av mätvärden, anamnestagning etc. Andra delar av de möjligheter som digitaliseringen ger avser t.ex. bättre *beslutsstöd* för diagnostik och behandling som en del av verksamhetsstöden, t.ex. integrerat direkt i journalen eller i form av mer avancerad teknologi, t.ex. ”Dr Watson”, som också ger förslag till behandlingsstrategier m.m. baserat på data om patienten.

Verksamheterna behöver utifrån ledorden ”rätt använd kompetens” och ”lägsta/bästa effektivaste omhändertagandenivå” inventera och analysera vem som gör vad och vad som kan göras av andra professioner eller av patienten själv. Verksamheterna behöver också våga testa sådana idéer i praktiken, det är omöjligt att teoretiskt förutsäga de dynamiska effekterna av denna typ av förändringar eftersom mycket beror på de personer som genomför den.

Medarbetarna behöver släppa den professionella prestige som hindrar förändringar. De fackliga organisationerna behöver bidra till detta, bl.a. genom att släppa eventuella ”käpphästar” att den egna professionen alltid måste växa i antal.

12.1.5 *Princip 5:* Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras

Innebörden av principen

Förändringsarbetet behöver ges tydliga mål som svarar på varför verksamheten behöver bli mer effektiv och vad man gör med ett gott utfall av en förändring. Beskrivningar av de kortsiktiga vinsterna med förbättringsarbeten finns men i ett längre perspektiv har utredningen uppfattat att diskussioner om s.k. effekthemtagning i mycket låg grad präglar förbättringsarbetet i vården. De sparbeting som är ett återkommande inslag för många av hälso- och sjukvårdens verksamheter verkar leva ett eget liv, väsentligen frånskilt diskussioner om förbättringsarbete och effekterna av det. Utredningen har inte sett något exempel på långsiktiga strategier kring effektiviseringar, inte heller i vår granskning av landstingsplaner för åren 2003–2004 och 2013–2014, se avsnitt 6.1.3.

Utredningens rekommendationer för att principen ska få genomslag

Huvudmännen behöver en långsiktig plan för ökad effektivitet där flertalet av de förslag som lämnas i detta betänkande behöver vara en del. Huvudmännen behöver ta ett tydligare *koncernperspektiv* på vården, med en plan för hur man ska få aggregerad (och nedbrytbar) information om vad som ska åstadkommas och resurserna för detta liksom behoven av och möjligheterna till horisontella prioriteringar.

Den långsiktiga planen behöver ersätta de kortsiktiga sparbeting som huvudmännen genomför. I stället för att som i dag dra en finansiell ”osthyvel” över samtliga verksamheter behöver huvudmännen ha en klar bild av vad som ska göras, vilka de tillgängliga resurserna är, hur resurserna kan utnyttjas smartare och hur en omfördelning kan gå till.

Verksamheterna behöver planera för hur man ska ”ta hem” nyttan av ökad effektivitet. Målen med förbättringar på kort sikt och lång sikt behöver diskuteras och synliggöras.

12.2 Övriga rekommendationer i anslutning till effektivitet och arbetssätt

Utredningen har konstaterat att det utöver de rekommendationer som lämnas i anslutning till varje princip ovan också finns ett antal åtgärder av mer generell karaktär som behöver genomföras för att underlätta förändringen av arbetssätten i vården. Dessa lämnas i det följande.

Samtliga landsting gemensamt bör bidra till en katalog med goda exempel på förändringsarbete för tillgängliggörande. Även andra metoder för tillgängliggörande, t.ex. i form av mässor behöver prövas.

Staten eller huvudmännen gemensamt behöver bidra till en nationell struktur för kunskap om styrning, ersättningssystem, organisation, uppföljning, utvärdering, utvecklings-, förbättringsarbete och implementering, som utredningen föreslår ska utredas, se avsnitt 12.2.2.

Huvudmännen behöver mer systematiskt samla de egna erfarenheterna från förbättringsarbete och verka för att goda idéer sprids. I alltför många fall stannar ett gott exempel där det uppstod. Grannkliniken på sjukhuset tillämpar inte det framgångsrika arbetssättet, om de ens känner till det. Ledning på högre nivå kan vara medvetna om det men utredningen har inte sett något exempel på att man gör ett strategiskt arbete med att inventera sina verksamheter på smarta arbetssätt, analysera och identifiera framgångsfaktorer och sådant som kan generaliseras och aktivt verka för att andra ska inspireras. Många landsting (om inte alla) har utvecklingsenheter som bör ges sådana uppdrag.

Huvudmännens utvecklingsenheter behöver sannolikt också i ökad utsträckning ge direkt stöd i analys-, idé- och förbättringsarbetet. Utredningen erfar att det finns få med kompetens på detta område och det bör därför eventuellt organiseras centralt i landsting/region men med ett utåtriktat uppdrag.

Huvudmännen måste tydliggöra att uppdraget till vårdens medarbetare står på två ben. Vid sidan av själva vårdverksamheten ska var och en också bidra till att utveckla den. Huvudmännen behöver därför också göra tydligt vilket mandat som finns hos t.ex. första linjens chefer att utveckla verksamheten. Ett sådant mandat bör

formuleras brett och på ett sätt som visar tydligt att innovation i form av utvecklingsarbete välkomnas.

Första linjens chefer behöver ges ett betydligt bättre stöd i sin vardag och för utveckling av verksamheten. Många av dessa chefer ansvarar för en stor personalgrupp, där det i många andra verksamheter vore självklart med ett utvecklat stabsstöd till chefen. Sådant saknas ofta i vården. Detta kan göras på olika sätt, t.ex. genom mer aktiva utvecklingsenheter hos huvudmännen som ger direkt analys- och förändringsstöd, se ovan.

Verksamheterna behöver efterfråga goda exempel att inspireras av. Varje organisation är unik eftersom personerna är unika, därför behöver också det förändringssätt som fungerar bäst för varje organisation identifieras. Förändringen kan och behöver dock utgå från ett antal principer och idén om *vad* som kan prövas/göras måste inte uppfinnas i den egna organisationen.

Vardagsnära förbättringsarbete bör prioriteras där frågan om *hur* en förändring implementeras i den faktiska driften är en väl så viktig fråga som *vad* det är man ska göra. Förändringsarbete i projekt bör undvikas om det är möjligt, bl.a. på grund av de dokumenterat stora svårigheterna att gå från projekt till vardaglig drift när det gäller förändringar.[2]

Från **medarbetare** i vården lyfts ofta fram förändringsarbete är omöjligt att hinna med och nyttan av det ifrågasätts. Om alla ”springer så fort de kan” – när ska man hinna med att sätta sig ned och fundera över nya, smarta sätt att arbeta och kan det ge någon förbättring? Utredningens bild är att en inte oväsentlig del av denna problembeskrivning är att det är oklart hur mycket som ska göras, hur mycket man bör hinna med och hur mycket man *de facto* gör. I en rapport redovisas en chefs uppfattning såhär: ”Vi känner att vi drunknar, men vi vet inte om vi drunknar i flera meter eller i fem centimeter vatten!”[3]. Att ta reda på fakta om flöden i sin verksamhet är ett sätt att ta reda på hur verkligheten ser ut och ett första steg för att skapa förutsättningar för förändringsarbete. Ett nästa steg kan vara att se till att *skapa utrymme för förändringsarbete*, dvs. avsätta tid för det i planeringen av verksamheten. Det

[2] Se exempelvis Leading Health Care, Framtidens hälsa, vård och omsorg: Detta kommer debatten att handla om.
[3] Palmgren, Myrna, m.fl. Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård, SKL 2014.

innebär ett aktivt beslut att tillfälligt minska antalet besök/operationer eller liknande för att skapa utrymme. Erfarenheterna från lyckade förändringar visar att det oftast snabbt går att hämta hem detta. Efterfrågan i många verksamheter är nämligen inte alls är oändlig. Kortade köer leder inte automatiskt till att fler människor skadar sig eller får svåra sjukdomar.

12.2.1 Beläggning/bemanning vid sjukhusen

Utredningens rekommendation: Huvudmännen bör i ökad utsträckning planera utifrån en genomsnittlig beläggningsgrad på 85–90 procent på klinik-/enhetsnivå avseende akutsjukvård.

Skälen för utredningens rekommendation: Huvudmännen rekommenderas att utveckla och stärka benchmarkingverksamheten avseende resursförbrukning på enhets-/specialitetsnivå och i större utsträckning än i dag använda dessa uppgifter i sitt effektiviseringsarbete

Som framhållits i avsnitt 5.2.8 så utgör systematiska överbeläggningar ett effektivitetsproblem. Det vanligaste är att man definierar problemet som vårdplatsbrist, speciellt som figur 4.21 visar att vårdplatserna sjunker kontinuerligt och Sverige har få vårdplatser vid en internationell jämförelse (figur 4.22). Utredningen anser dock att det är viktigt att man i första hand definierar problemet som en beläggningsproblematik och först efter noggrann analys och översyn av möjligheter till andra lösningar använder ordet vårdplatsbrist. Det bör tilläggas att just nu försvåras beläggningsproblematikens lösning av att man på många ställen inte ens klarat av att ha budgeterade vårdplatser öppna på grund av personalbrist. Det kan finnas en rad åtgärder som kan övervägas som lösning på problemet t.ex.

1. Är vårdplatserna rätt fördelade inom sjukhuset eller möjligen landstinget? Överbeläggningarna drabbar regelmässigt samma klinik, inte sällan internmedicin, och utlokaliseringarna lika regelmässigt samma kliniker, vilket kan vara en indikation på att omdisponering borde ske.

2. Arbetssätt, logistik m.m. Utskrivning från avdelningarna bör spridas över dagen, kompetensen i jourlinjer m.m. ses över för att nämna några exempel från framgångsrika åtgärdsprogram. Snabb tillgång till medicinsk service är viktigt.
3. Polikliniserings/överföring i dagvård eller rent av hemvård. Det finns fortfarande stora variationer i hur vissa verksamheter/ingrepp/behandlingar genomförs i annan form än sluten dygnsvård. Det finns med andra ord en avsevärd potential i att flytta ut verksamhet från den slutna sjukhusvården.
4. Patienthotell.
5. Samverkan primärvård och kommun. Se mer utförliga beskrivningar i avsnitt 6.2.4 och avsnitt 9.1. Det kan handla om samverkan i anslutning till utskrivning (se även SOU 2015:20), men potentialen är ännu större i lösningar som minskar behovet av sjukhusvård (se avsnitt 6.2.4).

Givetvis kan lösningen på beläggningsproblematiken i slutänden vara att inrätta fler vårdplatser. En reflektion i anslutning till detta är att varje vårdplats så intimt kommit att förknippas med en bestämd kostnad, ofta i storleken 1–2 miljoner kronor/vårdplats. Detta medför att när man är ekonomiskt trängd så blir ett tydligt och enkelt förslag att skära ned antalet vårdplatser och därmed minska kostnader. Man bortser då ofta från vilka kostnader som uppstår till följd av överbeläggningsproblematik, försämrad logistik, försämrad arbetsmiljö och ökad personalomsättning m.m.

På samma sätt förknippas öppnandet av nya vårdplatser närmast med automatik med en ökad kostnad. Om klinikens uppdrag inte förändras utan samma patienter ska i princip tas om hand så är det helt enkelt inte logiskt att en ny vårdplats med automatik kostar 1–2 miljoner kronor. Ökar man antalet vårdplatser så förändras säkerligen nivån för inläggning”, en säng får sällan stå tom”. Dock borde det vara möjligt att resonera utifrån utgångspunkten att samma patienter ska tas om hand. Kostnaden uppstår bara på olika ställen i systemet och kanske är det möjligt att ”sköta” fler vårdplatser med samma totala bemanning och definitivt borde det vara möjligt att skaffa resurser via omfördelning i systemet. Dessutom sparar man in resurser genom att slippa det ”strul” som överbeläggningar medför.

Jämförelser inom Nyckeltalssamverkan (Nysam) visar förvånande stora skillnader i bemanningstal mellan verksamheter med tämligen identiska uppdrag. I de spartider som nu råder är en reflektion från utredningens sida att huvudmännen i förvånansvärt liten utsträckning använder sig av de möjligheter till jämförelse på kliniknivå som finns, t.ex. genom Nysam, för att analysera och efterforska möjliga lösningar.

Sammanfattningsvis är det anmärkningsvärt att antalet vårdplatser kontinuerligt minskar samtidigt som resurserna och bemanningen ökar. Det finns ett behov av ändrade förhållningssätt och innovation när det gäller beläggning, bemanning och vårdplatsantal.

12.2.2 Fortsatt översyn av kunskapsstyrningen

Utredningens bedömning: Statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstöd i hälso- och sjukvården bör utredas.

Förutsättningarna att samordna kunskapsstöd från de statliga myndigheterna, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingen, specialistföreningar och andra professionsföreningar bör utredas.

I ett samlat kunskapsstöd bör tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering övervägas.

Det behövs ett enhetligt fackspråk när det gäller begreppen för att beskriva vårdens resursanvändning.

Skälen för utredningens bedömning

Sammanhållet arbetet med kunskapsstöd

Statens roll och behov av samordning inom kunskapsstyrning/kunskapsstöd har utretts i två omgångar de senaste åren. Det kan bl.a. utifrån de utredningarna konstateras att mycket återstår att göra när det gäller samordning och renodling inom staten. Av det skälet har Rådet för styrning med kunskap bildats, bl.a. med uppdrag att samordna nio myndigheters arbete på området.

En väsentlig fråga som dock lämnats orörd av utredningarna är att det även när det gäller kunskapsstöd förekommer alltför många signaler från många olika aktörer. Detta avser givetvis myndig-

heterna i form av nationella riktlinjer och annat, men kunskapsstöd kommer också genom Sveriges Kommuner och Landsting, huvudmännens eget respektive arbete samt professionernas styrning genom professionsföreningarnas riktlinjer. Förhållandet mellan dessa aktörers arbete framstår fortfarande som oklart. Till utredningen har bl.a. framförts att professionernas egna riktlinjer ibland avviker från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och att det i så fall oftast är de förstnämnda som efterföljs. Trots ett omfattande arbete av många aktörer med ett gott syfte finns det uppenbara risker att summan av arbetet är mångfald av ”styrsignaler” som främst skapar otydlighet för professionerna. Risken för överlappningar och dubbelarbete är också uppenbar.

Omvänt går det att se en klar potential i att den stora produktionen av kunskapsstöd samordnas bättre. Potentiellt borde på generell nivå t.ex. vårdprogram behöva göras endast en gång förutsatt att det finns en struktur för att dels låta ett landsting eller professionsförening ta fram det, dels sprida det.

Utredningens bedömning är att det behövs fortsatt utredning av hur de många olika aktörernas arbete med kunskapsstöd/kunskapsstyrning kan länkas samman.

Frågor om styrning, organisation, förbättringsarbete och implementering

Det kunskapsstöd som avsetts ovan avser främst vårdens innehåll. I ett samlat kunskapsstöd bör dock även tillgången till kunskap om styrning, ersättningssystem, organisation, uppföljning, utvärdering, utvecklings-/förbättringsarbete och implementering övervägas. Utredningen erfar att kompetensen för utvecklingsarbete tycks vara låg i vården och möjligheten för verksamheter att få adekvat stöd tycks saknas på många håll.

Exempel på centrum på landstingsnivå finns dock; t.ex. Qulturum i Region Jönköpings län eller Memeologen i Västerbottens läns landsting. En del i det är också de regionala HTA-centrumen.

På nationell nivå saknas dock någon som svarar för att hålla samman kunskapsbildningen och det regionala arbetet. Det finns en rad nationella eller semi-nationella frågor som skulle kunna omfattas av ett sådant arbete, t.ex. de nationella kvalitetsregistren, det nationella arbetet med Öppna jämförelser, Nysam, Sveus, Natio-

nella programrådet för diabetes (och kommande programråd), KPP-samarbetet, m.m.

Utredningen bedömer vidare att en sådan nationell samordning vore en naturlig värd för utvecklingsarbete som SKL driver till följd av överenskommelser med regeringen. Det vore ett sätt att överbrygga den problematik som ligger i SKL:s komplicerade dubbla roll som beställare (tar fram initiativ tillsammans med staten och anger ramarna för detta) och utförare (bedriver utvecklingsarbete på det man överenskommit med staten).

Utredningen bedömer att även denna typ av kunskapsstöd bör ingå i en sådan utredning som föreslås ovan.

Det behövs definitioner av resursbegreppen i vården

Som konstateras i avsnitt 3 är olika ”vårdaktiviteter” ofta väl definierade medan resursbegreppet delvis saknar standardisering och fackspråk. Exempel är att resurser i form av ”personaltimmar” och ”personalkostnader” saknar enhetliga definitioner. Det har framkommit behov av att kartlägga vad som finns och vad som saknas när det gäller standardiserade begrepp avseende resurser. Det vore också önskvärt att någon har ansvaret för att definiera denna typ av begrepp i syfte att öka förståelse, mätbarhet och jämförbarhet när det gäller resursanvändningen i hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att även denna fråga skulle kunna ingå i en sådan utredning som föreslås ovan.

12.2.3 Behov av ökad kunskap om vissa faktorer som påverkar effektiviteten vid sjukhusen

Utredningens bedömning: Staten bör snarast initiera en studie på klinik-/enhetsnivå av planering, bemanning, schemaläggning, arbetstidssystem, lönemodeller, fördelning av arbetsuppgifter, patientflöden, m.m. i vården i syfte att ge ett kunskapsunderlag avseende bl.a. resursåtgång, bemanningsstruktur och arbetstidsförläggning.

Skälen för utredningens bedömning: Som framhållits i avsnitt 4.1 och avsnitt 5.2.2. är tendensen till ökade kostnader och sjunkande produktivitet vid sjukhusen ett nationellt problem och därmed även ett problem som staten har anledning engagera sig i. Utredningen har inte haft tillgång till sådana data att det varit möjligt att få en fullständig bild över orsakerna till denna utveckling. Dock finns anledning att tro att det definitivt kan hänga samman med de problem som beläggningsproblematiken medför och som utredningen har redogjort för i avsnitt 5.2.8. Att kostnadsproblematiken accelererat har sannolikt samband med personalbristen och dagens rekryteringssvårigheter, som leder till kortsiktiga dyra lösningar.

De studier som genomförts avseende effektiviteten vid sjukhus i Norden indikerar en lägre produktivitet vid svenska sjukhus (se figur 4.27). Tidigare jämförelser har antytt att den faktor som skiljer ut sig är att de svenska sjukhusen har högre läkartäthet. Det är angeläget för alla inblandade parter att analysera orsaken till detta. Inte minst anser utredningen att det är angelägt för läkarkåren utifrån perspektivet skicklighet, dvs. betydelsen av tillräckliga volymer för att uppnå skicklighet. En nationell studie i denna fråga skulle kunna bidra till att skapa större klarhet.

I rapporten *Den sjuka vården (*Fölster et al) utpekas joursystemet som trolig orsak till effektivitetsproblemen. Utredningen kan konstatera att frågan om läkarnas joursystem är ytterst känslig, vilket inte minst märkts vid de hearings som utredningen anordnat. Det finns en stor skillnad i uppfattning om joursystemets effektivitet. Vissa hävdar att andra system skulle kräva fler läkare medan andra är lika övertygade om att andra system skulle kräva färre läkare. Utredningen kan konstatera att det i dag inte finns underlag för att kunna dra säkra slutsatser avseende effektivitet i anslutning till läkarnas joursystem.

Dagens joursystem är över 40 år gammalt. Systemets effektivitet har varit föremål för diskussion i minst 25 år och har också varit föremål för konflikt. Alla inblandade parter skulle tjäna på en ökad klarhet i frågan. I det perspektivet skulle en studie av den typ utredningen föreslår förhoppningsvis bidra. Det är emellertid viktigt betona att en studie även förväntas ge ökad klarhet kring andra frågor av betydelse för effektiviteten, inkl. arbetstidssystem för andra personalkategorier än läkare.

Utredningen har således under arbetets gång kunnat konstatera att det saknas mer genomgripande och heltäckande studier eller annat underlag som på klinik-/enhetsnivå samlat studerar planering, bemanning, schemaläggning, arbetstidssystem, lönemodeller, fördelning av arbetsuppgifter, patientflöden, m.m. kopplat till medicinska resultat, patienttillfredsställelse, arbetsmiljö, resursintensitet, produktivitet och effektivitet.

En sådan studie skulle vara värdefull ur många perspektiv, inte minst som ett underlag för analys och en bättre förståelse av de faktorer som påverkar effektivitet inom hälso- och sjukvården. Studien skulle vara relevant både för policyanalys på central nivå och för analyser på regional nivå och som ett underlag för att analysera alternativa modeller för t.ex. arbetstider och lönemodeller. Studien är särskilt angelägen med hänsyn till tecknen på ökade kostnader och sjunkande produktivitet vid sjukhusen.

Studien bör omfatta åtminstone fem landsting med två utvalda kliniker per landsting. Deltagande kliniker ska väljas från stora specialiteter och dessutom ha akutfunktion med relativt hög jourbelastning. Exempel kan vara internmedicin, kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård och anestesi/IVA.

Studien bör beskriva åtminstone följande aspekter:

A. Beskrivning av klinikens funktion och uppdrag.

- Hur fördelas uppgifterna på akutmottagning, vårdavdelning, mottagning, operation?
- Hur fördelas uppgifterna över dygnet, veckan och året?
- Hur ser läkarbemanningen ut? Sammansättning, åldersfördelning, arbetsfördelning, jour- och beredskapsupplägg, tidsfördelning m.m. Hur ser schemaläggningen ut? Vilka centrala och lokala avtal reglerar tjänstgöringen?
- Motsvarande för övriga personalgrupper.
- Grov beskrivning av processerna. Vilka flaskhalsar finns? Patientperspektivet – hur är det med kontinuiteten? Övriga faktorer av betydelse för närmaste framtiden, t.ex. befolkningsutveckling och medicinsk utveckling.
- Beskrivning av viktiga samarbetspartners och deras uppgifter.

B. Aktivitetskartläggning

– Aktivitetskartläggning för all personal i en vecka. Självregistrering. Personalgrupperna deltar själva i utformningen av enkäter och blanketter.

C. Analys och diskussion

– Nulägen, styrkor, svagheter, diskussion av alternativ vägar.

D. Utvecklingsmöjligheter

– Förslag till förändringar i arbetstidsscheman, uppdragsfördelning, samarbeten.
– Konsekvenser av framtagna förslag.

Utredningen har önskat genomföra en sådan studie som ett underlag för våra rekommendationer men det har av resursskäl inte varit möjligt. Vi vill ändå rekommendera att en sådan studie genomförs för att ge huvudmännen underlag för fortsatt arbete i dessa frågor.

13 Särskilt om kontinuitet

Sammanfattning: I avsnittet konstaterar utredningen att särskilt för vårdens storkonsumenteter är personlig kontinuitet efterfrågat och önskvärt och kan innebära stora effektivitetsvinster, skapa ökad trygghet hos patienten och bättre arbetsmiljö.

Utredningen rekommenderar att kontinuiteten som bärande princip genomsyrar styrning, organisation och arbetssätt i vården.

Flera av utredningens förslag i andra delar av betänkandet innebär stärkta förutsättningar för kontinuitet.

13.1 Ett personligt ansvarstagande för patienten skapar effektivitet

Utredningens rekommendation: Kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetssätt.

Skälen för utredningens rekommendation

Personlig kontinuitet kan bidra till ökad trygghet

Av utredningens analys i avsnitt 6.4.4 framgår att begreppet kontinuitet kan förstås på olika sätt. Den ”relationella” eller ”personliga” kontinuiteten är dock det som i högst grad framförs av patienter som önskvärd. Med detta avses att det över tid är samma person eller personer i ett team i vården som interagerar med patienten.

Särskilt när det handlar om mer komplexa vårdbehov är personlig kontinuitet efterfrågad och värdefull. I synnerhet anges den formen av kontinuitet vara en viktig faktor för att skapa *trygghet* för

såväl patient som personal. Patienten upplever stor trygghet i att mötas av någon som man vet känner till såväl nuvarande som tidigare sjukhistoria. Bara ett så enkelt faktum som att slippa upprepa svar på tidigarer ställda frågor är trygghetsskapande. Trygghetsskapande kontinuitet gäller alla personalkategorier. Oavsett om det är en kontaktsjuksköterska eller en sekreterare som svarar i telefon så inger vetskapen att man är identifierad och igenkänd en stor trygghet. Kontinuitet är trygghetsskapande även för personalen. Att känna att man sedan tidigare känner till problemet inger en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. Kontinuitet är således en viktig faktor för en god arbetsmiljö.

Personlig kontinuitet kan bidra till ökad effektivitet

En personlig kontinuitet har även potential att bidra till effektivitetsvinster på olika sätt. De patienter som har komplexa vårdbehov, inte sällan äldre med flera kroniska sjukdomar, konsumerar merparten av vådens resurser. Ett bättre omhändertagande av dessa patienter är antagligen en av de stora möjligheterna till att minska ineffektivitet i vården. I komplexiteten ligger att sambanden mellan orsak och verkan ofta är oförutsägbara. Vården av dessa patienter kräver ofta att man ”prövar sig fram” och testar hypoteser. Det krävs att någon har överblick över patientens historik och en idé om vad som behöver göras när en hypotes/strategi inte visar sig fungera. Utredningens uppfattning är att en ett sådant arbetssätt förutsätter personlig kontinuitet innefattande ett personligt ansvarstagande för patienten. Beskrivningarna, från bl.a. satsningen på de mest sjuka äldre, av de patienter med omfattande behov som i nuläget flyter runt i vården ”vind för våg” och som blir föremål för många punktinsatser utan inbördes samordning talar starkt för att ett sådant angreppssätt behövs, men som ofta saknas i dag. Genom personlig kontinuitet minskar risken för att patienten faller mellan stolarna och kan således vara en klart patientsäkerhets- och kvalitetshöjande åtgärd. Det kan både minska antalet olika vårdkontakter och bidra till ett minskat användande av laboratorieundersökningar.

Kontinuitet bidrar också till att professionerna kan arbeta effektivare. Inläsningstiden minskar om man ”känner till” patienten och risken minskar också för den vanligt förekommande situationen att

grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger. Personlig kännedom minskar också behovet av att lägga tid på att kommunicera endast i syfte att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare. ”Det goda samtalet” mellan personal och patient handlar dock om mycket annat. För personalen handlar det om mekanismer som ofta är omedvetna. Personalen registrerar personlighetstyp, där spännvidden kan vara är det en trygg person med bra nätverk eller en ensam och otrygg person. Personalen registrerar också faktorer som har stor betydelse för kommunikation och information. Många av dessa faktorer är svåra att förmedla vidare eller registrera i journalhandlingar men bidrar till effektiviteten i mötet om patienten redan är känd.

Vården styrs, ersätts och organiseras inte utifrån kontinuitet i dag

Trots den stora potential som ligger i personlig kontinuitet och trots att det är det som vissa patientgrupper efterfrågar mest har utredningen inte hittat något exempel på att huvudmännens sätt att styra vården eller sättet att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet. Särskilt förvånande är detta eftersom det i utredningens granskning av landstingsplaner (se avsnitt 6.1.3) framkommer att kontinuitet nämns flitigt. Ingen av landstingsplanerna ger dock uttryck för att kontinuitet är en del i en effektiviseringsstrategi, utan nämns mer utifrån dess värde som trygghetsskapare för patienten samt viktig för patientsäkerheten. Genomslaget för detta i styrningen tycks dock ha uteblivit.

Vi har endast kunnat se enstaka exempel på att en verksamhet låtit den personliga kontinuiteten vara en bärande princip för arbetssätten. Ett väl dokumenterat och mycket gott exempel är Öronnäsa-hals-kliniken i på Skånes universitetssjukhus Lund som 2004 genomförde ett större förändringsarbete där verksamheten organiserades utifrån kontinuitet och det personliga ansvaret för ”sin patient”, se avsnitt 6.4.4.

Statens styrning av vården har inte heller bidragit till att stimulera personlig kontinuitet. Den tidigare funktionen ”patientansvarig läkare” (PAL) ersattes 2010 av ”fast vårdkontakt”, som snarast är ett uttryck för en form av administrativ kontinuitet. Utvärderingar visar dock att PAL-funktionen inte heller bidrog till personlig kon-

tinuitet, se nedan avsnitt 13.3. Den s.k. ”kömiljarden” har av många professionella ansetts leda till fler och snabbare besök för de med lägre prioriterade behov men undanträngning av de patienter som har mer omfattande behov. Sådana effekter har dock inte kunnat beläggas i studier.[1] Vidare kan den ökade valfriheten och det ökade antalet utförare inom såväl hälso- och sjukvården sägas ha bidragit till en fragmentisering som försvårat ”teamkontinuitet” över vårdgivar- och huvudmannagränser. De styrprinciper som mer eller mindre implicit valfrihetsreformen representerar är att olika aktörer tecknar samarbetsavtal eller liknande som ska reglera hur involverade enheter ska samarbeta. Ett exempel som utredningen tagit del av rör en ortopedklinik vid ett mindre sjukhus som måste förhålla sig till 15 olika utförare av rehabiliteringstjänster och teckna avtal med var och en av dessa. En vårdcentral i en större stad kan ha många hemtjänstutförare att samarbeta med. Då är det svårt att utveckla personliga relationer med andra professionella runt den enskilde och då personlig kontinuitet bryts blir samverkan mer beroende av mer administrativa åtgärder för informationsöverföring, koll på ”vem som gör vad”, dokumentation, skriftliga rutiner och annat. Möjligheten att utveckla multiprofessionella, väl sammansvetsade team runt enskilda med komplexa behov blir nästintill obefintlig.

Kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetssätt

Kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetssätt i vården. Det är sannolikt få frågor i vården som är så efterfrågade och uppenbart enkla att få uppslutning kring. Det bör således vara en självklar åtgärd för huvudmännen att i ökad utsträckning styra vården mot kontinuitet. Detta kan göras på olika sätt, t.ex. genom ersättningssystemen. En enkel åtgärd är att se till att det ”lönar sig” att de patienter som återkommande besöker vården eller som har omfattande behov (den exakta definitionen bör göras lokalt) får träffa samma person eller samma team av personer. En mer indirekt kompletterande åtgärd i detta

[1] Socialstyrelsen 2013, Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012.

hänseende kan vara att belöna låg personalomsättning, vilket är en förutsättning för kontinuitet. Det kan också stimulera idéskapande om vad i arbetsmiljö, ansvar och likande som får personal att stanna. Det goda exempel som nämns ovan, Öron-näsa-hals-kliniken i Lund, kännetecknas av dels organisation utifrån personligt ansvar för patienten, dels en mycket låg personalomsättning.

Även struktur och organisation behöver i ökad utsträckning främja kontinuitet. Utredningens bedömning är att hälso- och sjukvården har en stor potential i att öka förmågan att analysera patientens behov och utifrån det organisera tjänsterna enligt olika förmedlingslogiker. Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har helt enkelt behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Utredningens förslag till riktad primärvård är ett exempel på detta men mycket mer kan och bör göras också på andra håll. I avsnitt 6.3.2 nämns olika koncept för detta, t.ex. värdecenter i form av one-stop-shops för diagnostisering av cancer eller värdenätverk i form av mobil, koordinerad vård för bl.a. multisjuka äldre.

Slutligen behöver arbetssätten ändras i syfte att möjliggöra personlig kontinuitet. En sådan omställning av både arbets- och synsätt möter den vilja till personligt engagemang som utredningen uppfattat att många i vården vill ta. Det innebär att man behöver vara beredd till viss flexibilitet, vilket på sjukhus kan innebära att man inom ett pass behöver röra sig mellan mottagning, operation och avdelning för att kunna hantera ”sina patienter”. Vidare behöver man vara beredd att låta schemat styras utifrån patienternas och verksamhetens behov.

Kontinuitet är inte alltid nödvändigt

Som konstaterades i föregående avsnitt behöver hälso- och sjukvården bli bättre på att segmentera patienter utifrån behoven och att utifrån detta organisera vården enligt olika förmedlingslogiker. På en vårdcentral kan det vara en utmärkt idé att organisera en del av verksamheten som infektionsmottagning där möjlighet ges till korta oplanerade besök. Behovet av kontinuitet är i de fallen betydligt mindre och därför kan med fördel andra logiker än kontinuitet prägla denna del av verksamheten, t.ex. hög tillgänglighet. Till

exempel kan inhyrd personal användas eller ännu bättre att verksamheten organiseras som en virtuell vårdcentral för de möten som bedöms vara lämpliga att genomföra på ett sådant sätt. Ett sådant angreppssätt minskar smittorisker och skapar bättre förutsättningar för den övriga verksamheten att erbjuda personlig kontinuitet till andra patienter som har större behov av detsamma.

13.2 Flera andra av utredningens förslag syftar till att öka förutsättningarna för kontinuitet

Nytt uppdrag för primärvården

En orsak till bristen på kontinuitet är att särskilt primärvården förmedlas med en besökslogik som inte främjar kontinuitet. I avsnitt 8.2.1 lämnar utredningen förslag till riktad primärvård som ska fullgöra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov gemensamt med kommuner i syfte att erbjuda patienten/brukaren en och sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. De exempel på denna typ av värdenätverk som utredningen studerat visar att den i hög grad bidrar till att ge kontinuitet till de individer som mest behöver det.

Ändrad vårdgaranti

Utformningen av den nuvarande vårdgarantin innebär att alla garanteras besök hos läkare i primärvården inom 7 dagar. I avsnitt 11.2 föreslår utredningen att denna del av vårdgarantin justeras så att det inte längre garanteras besök hos läkare utan att patienten i stället har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Utredningen bedömer att förslaget kan bidra till att patienter direkt får träffa eller på annat sätt får en bedömning av rätt kompetens.

En väsentlig del i en förändring mot att ännu bredare använda kompetenserna i primärvården är att frigöra tid för läkare för mer komplicerade fall. Det kan t.ex. handla om patienter med kroniska sjukdomar eller andra mer komplicerade besvär där det är av stor vikt att primärvården får förutsättningar att öka den personliga kontinuiteten i vården.

Kontinuitet ska vara en vägledande princip för arbetssätten i vården

I avsnitt 12.1.2 rekommenderar utredningen att kontinuitet blir en av de vägledande principerna för att ändra arbetssätten i vården. För att möjliggöra en sådan omställning krävs som redovisats ovan att kontiniteten tillåts genomsyra styrning, organisation och arbetssätt och att man genomför de åtgärder som nämns där. Utredningen vill dock betona att det inom befintlig styrning och organisation ofta finns förutsättningar att ställa om arbetssätten, förutsatt att viljan till personligt ansvarstagande för ”sin patient” finns.

Bättre verksamhetstöd där information kan följa med patienten

Även om de främsta vinsterna med kontinuitet enligt utredningens uppfattning ligger i det personliga ansvarstagandet måste det också framhållas att en väl fungerande och överskådlig dokumentation om patienten är en kontinuitetsbefrämjande åtgärd. Att slippa ägna tid åt att leta efter information om patienten och att genom en strukturerad journal få hjälp med att bara dokumentera det som behövs och endast en gång ökar effektiviteten och förutsättningarna för kontinuitet, inte minst i teamet runt patienten. I avsnitt 14 lämnar utredningen förslag och rekommendationer som syftar till förbättringar av verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården.

13.3 Vi avstår från att föreslå ett införande av patientansvarig läkare (PAL) i lagstiftningen

Utredningens bedömning: Utredningen anser att en av de viktigaste faktorerna för att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt är att öka graden av kontinuitet i möten mellan professionell och patient. Utredningen menar att graden av personell kontinuitet är avhängigt sätten att organisera vården och att detta inte kan lagstiftas fram. Utredningen avstår därmed från att föreslå ändrad lagstiftning på detta område.

Skälen för utredningens bedömning: Till utredningen har flera gånger framförts förslag om att återinföra begreppet patientansvarig läkare (PAL) i lagstiftningen. Detta får förstås mot bakgrund av att utredningen under utredningsarbetets gång betonat vikten av kontinuitet som effektiviseringsstrategi. Utredningen har därför övervägt möjligheten att föreslå ett återinförande av funktionen PAL i lagen.

Den 1 juli 2010 genomfördes vissa lagändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Funktionen PAL, patientansvarig läkare togs bort och ersattes av funktionen fast vårdkontakt (Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning prop. 2009/10:67 s. 55 ff.).

Syftet med bestämmelsen om PAL var enligt förarbetena (prop. 1989/90:81, s. 44 ff.) att skapa förutsättningar för att patienten ska få en starkare anknytning till en viss läkare och att det ska skapa kontinuitet i vården. Vid patientens första besök i en behandling eller vårdepisod ska en patientansvarig läkare utses som har ett speciellt ansvar för patienten under hela vårdepisoden.

Bestämmelsen om PAL trädde i kraft den 1 juli 1991 och innan dess fanns en bestämmelse i HSL om medicinskt ledningsansvar. Bestämmelsen om PAL har utvärderats av Socialstyrelsen och förtydligats under tiden den har varit gällande. En granskning av efterlevnaden av bestämmelsen vid vissa kliniker genomfördes 1995 och en bredare utvärdering av tillämpningen redovisades till regeringen 2000. Slutsatsen från dessa är att PAL har haft betydelse för förståelsen av att kontinuitet och samordning i vården. Socialstyrelsen ifrågasatte dock i sin uppföljning om PAL som funktion uppfyllde det ursprungliga syftet, att en särskilt utpekad läkare skulle ansvara för kontinuitet, samordning och säkerhet för patienterna. Av uppföljningarna framgår att det inte uppfattats av hälso- och sjukvårdspersonalen som att det är den patientansvarige läkaren som ensam ska stå för kontinuitet och samordning i patientens kontakter med vården. Läkarna har heller inte uppfattat det som att det är deras uppgift att samordna all vård av en patient, utan snarare att hen står som ansvarig för patientens behandling utifrån den egna specialiteten. Utvärderingarna har funnit att kontinuitet och samordning inte bör vara beroende av endast en läkare utan snarare olika professioner tillsammans, t.ex. ett team.

Regeringen konstaterar i ovan nämnda prop. att PAL inte tillämpats på det sätt som var det ursprungliga syftet och gav heller inte avsedd effekt. För patienter med sammansatta vårdbehov är det viktigt att vården fungerar ur medicinsk synpunkt. Olika behov hos olika patienter beroende på bl.a. hälsotillstånd, men också på andra faktorer som ålder och livssituation, gör att de funktioner som ska underlätta samordning av vården för enskilda patienter måste utformas och anpassas efter den enskilde patienten. Att begränsa den funktion som ska tillgodose patientens behov av samordning till en enskild läkare har inte bidragit till utveckling av nya och mer patientanpassade lösningar för att underlätta samordning och kontinuitet i vårdens insatser för den enskilde.

Av det skälet föreslogs i stället att fast vårdkontakt med ansvar för samordning skulle ersätta bestämmelser om PAL (prop. 2009/10:67 s. 58).

Utredningen anser att en av de viktigaste faktorerna för att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt är att öka graden av kontinuitet i möten mellan professionell och patient. Av det skälet skulle det vara lockande att återinföra PAL i lagen. Utredningen menar dock att graden av personell kontinuitet är direkt avhängigt sätten att organisera det patientnära arbetet. Erfarenheterna visar att det inte stärker den personliga kontinuiteten att tilldela en person eller ett team en funktion endast genom lagstiftning. För att det ska få ett faktiskt genomslag för patienten krävs att man i respektive verksamhet i vården ändrar arbetssätten. Det ställer genomgripande krav på hur man planerar och schemalägger verksamheten, hur man konsekvent bokar patienten till ”sin” läkare eller någon annan personal i ”sitt team”. Det kräver också en kulturförändring där inställningen hos medarbetare behöver vara att man ska ta ansvar för ”sin patient”.

Så länge vården organiseras som den gör kommer en lagstiftning om PAL inte att göra någon skillnad för patienterna. En lagreglering skulle sannolikt bli en ”skyltfönsteråtgärd” utan reell effekt för patienterna enligt utredningens uppfattning. Att lagreglera själva organiseringen av det patientnära arbetet är främmande utifrån utredningens övergripande uppfattning att det patientnära arbetet måste styras lokalt, där professioner i samverkan och med patienternas behov som utgångspunkt hittar det mest effektiva sätten att organisera arbetet. Organisering av det patientnära mötet är enligt

utredningens uppfattning inte möjligt eller ens lämpligt att lagstifta fram. Ett återinförande av PAL skulle till och med kunna verka kontraproduktivt. Man gör PAL till en administrativ åtgärd och registrerar PAL i journalsystemet utan att det har större praktisk betydelse. Med registreringen kan man dock visa att man följt lagen, och klarar därmed eventuella kontroller/inspektioner.

Dessutom anser utredningen att lagstiftningen i princip ska vara så professionsneutral som möjligt. Utredningen avstår därmed från att föreslå ändrad lagstiftning på detta område.

Utredningen vill slutligen påminna om att inte finns några rättsliga hinder mot att redan i dag arbeta utifrån PAL-funktionens intentioner och att det redan förekommer i enstaka fall.

14 Verksamhetsstöden

Sammanfattning: I avsnittet föreslår utredningen principer för en nationell vision för verksamhetsstöden som utgår från ett medborgarperspektiv.

Utredningen rekommenderar landstingen att gemensamt planera och utföra investeringar m.m. avseende verksamhetsstöden.

Utredningen föreslår att regeringen och landstingen tillsammans långsiktigt satsar på verksamhetstöden.

Utredningen föreslår att staten tar ett tydligare ledarskap för verksamhetstöden, bl.a. genom ny lagstiftning för informationsutbyte, standarder för interoperabilitet, långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur och praktiskt stöd för att informationsstrukturen ska få genomslag i den vardagliga informationshanteringen.

14.1 En effektiv informationshantering i hälso- och sjukvården kräver samlade insatser av staten och huvudmännen

Utredningens bedömning: För att nå ökad patientsäkerhet och effektivitet när det gäller informationshantering och verksamhetsstöd inom hälso- och sjukvården behövs samlade insatser från staten och huvudmännen.

Regeringen och huvudmännen behöver formulera en vision för utvecklingsarbetet och gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden.

Huvudmännen behöver fatta gemensamma beslut om utveckling av verksamhetsstöden.

Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården.

Skälen för utredningens bedömning

En samlad beskrivning av problemen

Informationshanteringen i hälso- och sjukvården och de system som ska stödja detta, verksamhetsstöden, är av väsentlig betydelse för effektiviteten i vården. Att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till adekvat information *i mötet med patienten* är en förutsättning för patientsäkerhet och för effektivitet. Med information avses i detta fall både tillgång till fullständiga och överblickbara patientuppgifter och tillgång till relevant kunskapsstöd. I vilken mån arbetet i och i samband med mötet blir effektivt eller ineffektivt påverkas i hög grad av hur tillgänglig och fullständig informationen är, i vilken mån system kan överföra information mellan varandra, vilka tekniska hjälpmedel som finns och hur väl de fungerar liksom på vilket sätt hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör sin skyldighet att dokumentera. I alla dessa avseenden finns stora problem, som redovisats i avsnitt 6.5. En sammanfattning av problemen ges i det följande.

Verksamhetsstöden, bl.a. journalsystemen, är i flera fall föråldrade, användargränssnitten upplevs som daterade, svårbegripliga och inte utformade ur användarens perspektiv. Begrepp är förvirrande och kan sakna koppling till både fackspråk och vardagligt tal.

Interoperabiliteten brister, dvs. verksamhetsstöden kommunicerar inte med varandra över vårdgivargränser, inom en vårdgivare eller t.o.m. för en och samma användare. För patienten innebär det stora risker att informationen inte finns på rätt ställe när den behövs – mer än 10 procent av lex-mariarapporter avser brister i informationshanteringen på olika sätt. För vårdpersonalen resulterar det i en arbetsmiljö där det krävs upprepade in- och utloggningar i många olika system med ofta långa ”svarstider” från systemen, upprepade inmatningar av samma information i olika system och en uppenbar risk att väsentlig information utelämnas eller missas. Det är en källa till stor frustration och stress i arbetsmiljön. Den tekniska utrustning som används är föråldrad och ny utrustning (t.ex. läsplattor eller smarta telefoner) går inte att använda i befintliga system. Sammantaget riskerar de stora bristerna i både den hårdvara som används och funktionaliteten att hota personalförsörjningen inom vården.

Onödig information i journalen på grund av dubbeldokumentation (eller trippel- och kvadrupeldokumentation) är vanlig. Uppskattningar anger att en majoritet av anteckningarna i journalen är upprepningar av tidigare anteckningar. Det verkar finnas en utbredd osäkerhet bland vårdens professioner om vad som ska dokumenteras, hur och av vem. Det gör ofta informationen om patienten alltför omfattande och oöverskådlig.

Det saknas ofta i mötet med patienten direkt tillgång till tillförlitlig och kliniskt användbar information som ger vägledning om diagnostik och behandling.

Patienterna ges i för låg utsträckning möjlighet att interagera med hälso- och sjukvården på ett sätt som tar tillvara digitaliseringens möjligheter, t.ex. genom att boka tider, bidra med information om hälsotillståndet eller genomföra konsultationer.

Nuvarande lagstiftning om informationsutbyte ger inte tillräckliga förutsättningar för de gränsöverskridande organisationer och arbetssätt som hälso- och sjukvården behöver utveckla.

Problemen kräver gemensamt agerande från staten och huvudmännen

Sammantaget leder dessa brister på många olika sätt till ineffektivitet i hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att skälen till dessa problem är mångfacetterade men vår sammantagna bedömning är att informationshanteringen och verksamhetstöden under alltför lång tid har prioriterats för lågt från ledningsnivå. Det saknas gemensamt agerande och beslutsfattande, liksom gemensamma investeringar. Initiativ saknas inte men de är fragmentariska, okoordinerade och kan inte härledas till en övergripande strategi för förbättringar. Det saknas någon som tar ”ledartröjan” för dessa frågor och både sätter dem på den politiska agendan och samlat ser till åtgärder för förbättring kommer till stånd.

Utredningens bedömning är att förbättringar förutsätter att både regeringen och dess myndigheter liksom huvudmännen och verksamheterna blir betydligt mer aktiva än vad man är i nuläget och att det i en samlad strategi behöver bli tydligt vem som ska göra vad. Regeringen och huvudmännen behöver därför gemensamt formulera en vision att utgå från i detta arbete. Regeringen och

huvudmännen behöver vidare gemensamt satsa på utvecklingen av verksamhetsstöden.

Huvudmännen behöver i mycket högre grad fatta beslut om utveckling av verksamhetstöden gemensamt för att garantera både kostnadseffektivitet och utvecklingsarbetet leder till att de möjligheter till gränsöverskridande vård som ges i bl.a. patientlagen (2014:821) kan realiseras.

Parallellt med denna gemensamma ansats behöver utvecklingsarbetet ha en stark koppling till det som görs i verksamheterna. En kärnfråga är att verksamhetstöden ska utvecklas så att de stödjer de nya arbetssätt som behöver utvecklas. Det utvecklingsarbete och de analyser avseende arbetssätten som föreslås i avsnitt 12 behöver därmed gå hand i hand med utvecklingen av verksamhetsstöden och huvudmännen behöver hitta former för att göra den kopplingen, t.ex. genom s.k. tjänstedesign.

Staten behöver ta ansvar för informationshanteringen i hälso- och sjukvården ur perspektivet att det är en infrastrukturfråga som behöver ges nationellt hållbara och långsiktiga lösningar. Det behövs ett tydligt ansvar för nationell informationsstruktur och fackspråk liksom standarder som ska gälla för informationssystemen i både tekniskt och semantiskt hänseende när det gäller utbyte av information m.m. Det behövs krav på och stöd till arbetet med informationshantering. Det behövs också en ändrad lagstiftning som möjliggör informationsutbyte över gränser på ett effektivare sätt än i dag.

I slutbetänkandena från Utredningen rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) liksom från E-hälsokommittén (SOU 2015:32) har förslag lämnats som är väsentliga delar i detta, särskilt vad avser de lagliga och tekniska och organisatoriska förutsättningarna för att utbyta information. Utredningen bedömer att det vore av stor vikt att förslagen nu genomförs för den sammantagna utvecklingen när det gäller informationshantering och verksamhetsstöd i hälso- och sjukvården.

14.2 En nationell vision för verksamhetsstöden

Utredningens bedömning: Regeringen och huvudmännen bör formulera en nationell vision för verksamhetsstöden.

Skälen för utredningens bedömning: Grunden för ett framgångsrikt arbete kring informationshantering och verksamhetsstöd i hälso- och sjukvården är att inblandade parter är överens om målen. För att kunna formulera mål behövs en enkel och tydlig vision som kan föras ut till all inblandade, dvs. såväl till medborgarna i deras egenskap av potentiella patienter/brukare som till hälso- och sjukvårdpersonalen. Regeringen och huvudmännen bör därför snarast formulera en enkel och tydligt gemensam vision. Det är mer eller mindre självklart att denna vision bör formuleras utifrån medborgarperspektivet – de som vården är till för och de som finansierar densamma. Visionen bör utgå från 3 principer:

1. Medborgarens självklara rättighet att enkelt och digitalt ha tillgång till all information om sin egen vård.
2. Medborgarens möjlighet att använda digitala tjänster för att kommunicera med hälso- och sjukvården oberoende av utförare och oberoende av var i Sverige den äger rum.
3. Medborgaren ska känna sig trygg i att var man än söker i Sverige ska vården ha tillgång till all nödvändig information som behövs för att kunna erbjuda en trygg och säker vård.

14.3 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden

Utredningens bedömning: Regeringen och huvudmännen bör i samverkan göra en bred satsning på verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården. De övergripande målen med satsningen bör vara att stärka patientsäkerheten och öka effektiviteten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att verksamhetsstöden inom hälso- och sjukvården behöver ges en högre prioritet än i dag. Att åstadkomma en säkrare och mer ändamålsenlig informationshantering kan komma att kräva årliga investeringar i miljardklassen. Regeringen behöver därför snarast förhandla med huvudmännen om hur investeringskostnader kan fördelas. Regeringen och huvudmännen bör genom sådana gemensamma och långsiktiga investeringar bl.a.

- skapa förutsättningar för att huvudmännen gemensamt ska kunna få fram nya lösningar men också bistå var och en av huvudmännen med att ta bort gamla system,
- främja tillämpningen av standarder i syfte att öka interoperabiliteten mellan IT-stöd inom hälso- och sjukvården,
- stödja arbete med en mer patientsäker och effektiv dokumentation,
- stödja arbetet med den praktiska tillämpningen av informationsstruktur, genom stöd till arbetet med strukturerade journaler och mallar och finansiering av ett centrum för informationsstruktur och informatik.

En gemensam satsning behöver ges ett antal tydliga och mätbara effektmål, t.ex. minskat antal vårdskador på grund av brister i informationshanteringen, minskad tid som professionerna ägnar åt dokumentation, ökat införande av automatisk överföring av data mellan journaler och kvalitetsregister, ökade möjligheter för patienten att genom informationssystem interagera med vården. En utgångspunkt bör dock vara att uppföljning/mätning inte ska kräva manuell hantering i verksamheterna utan andra sätt att fånga data behöver tillämpas.

Den statliga insatsen kan med fördel utgå från den s.k. professionsmiljarden. Verksamhetsstöden är det område där det är tydligast att regeringen och huvudmännen behöver göra gemensamma insatser i syfte att nå ett effektivare resursutnyttjande. Utredningen rekommenderar att man ställer vissa grundläggande krav på landstingen avseende t.ex. interoperabilitet för att få tillgång till det statliga stödet. En gemensam satsning kan med fördel utgå från ett kontrakt mellan regeringen och huvud-

männen. Det skulle i så fall avsevärt förenkla om landstingen/ regionerna var organiserade inom ett kommunalförbund.

14.4 Huvudmännen behöver gemensamt fatta beslut om utveckling av verksamhetsstöden

Utredningens bedömning: Landstingen bör gemensamt fatta beslut om investeringar i verksamhetsstöd som möjliggör utbyte av information över huvudmannagränser.

Skälen för utredningens förslag

Behovet av gemensamt agerande är stort

Landstingen har betydande utmaningar när det gäller det gemensamma agerandet för bättre verksamhetsstöd i vården. Visserligen har det gemensamma bolaget Inera bildats med uppdraget att samordna, utveckla och införa gemensamma e-hälsotjänster, teknisk infrastruktur samt gemensamma regelverk och standarder. Utredningen bedömer dock att det pågående arbetet har ett för litet omfång. De gemensamma investeringarna i verksamhetstöden har under många år varit försvinnande små och används nästan uteslutande för förvaltning. Det är också tveksamt i vilken mån Inera kan bidra till en samordning av t.ex. investeringar i verksamhetsstöd. Som tidigare framhållits (se avsnitt 6.5.1) finns flera konstellationer av landsting som förbereder ”samordnad” upphandling av nytt vårdinformationsstöd (Cosmics kundgrupp, ”Sussa” och 3R). De har alla goda ansatser men lider av den uppenbara svagheten att det inte är samordnat nationellt och för närvarande kan ingen därmed garantera möjligheterna till informationsutbyte över landstingsgränserna i en tid när lagstiftningen ger patienten möjlighet söka vård var som helst i landet.[1] Såvitt framkommit har således ingen ett mandat eller uppdrag att samordna allt detta pågående eller eventuellt kommande utvecklingsarbete, att säkerställa nationella nyttor som

[1] T.ex. de s.k. ”Cosmic-landstingen”, som använder journalsystemet med samma namn och ”Sussa-gruppen” som använder journalsystemet System-Cross, m.fl.

standarder, interoperabilitet, säkerställande av beställarkompetens, kostnadseffektivitet och skalfördelar vid upphandling m.m. Den nuvarande Ledningsgruppen för Nationell eHälsa inom ramen för strategin för eHälsa tycks inte heller bidra till den typen av frågor.

Samtidigt pekar utvecklingen av vården alltmer mot ett tydligt behov av gränsöverskridande lösningar, inte minst vad gäller information om patienten. Patienterna rör sig över huvudmanna- och vårdgivargränser och för att vården av patienten ska kunna ges på ett patientsäkert sätt måste också information om patienten kunna överföras mellan vårdgivare och över huvudmannagränser. Som konstaterats finns det dock stora problem i anslutning till detta. Problemen har varit kända sedan länge, men i samband med införandet av nya patientlagen har frågan ställts på sin spets, genom möjligheten för patienten att välja vårdgivare i öppen vård i hela landet. Utredningen kan konstatera att vare sig de rättsliga förutsättningarna för att utbyta patientinformation eller de befintliga verksamhetsstöden stödjer en sådan gränsöverskridande vård.

En väsentlig del i detta är behovet av ny lagstiftning som möjliggör gränsöverskridande informationshantering, se avsnitt 14.5.1. En annan väsentlig del är att landstingen gemensamt genom investeringar och beslutsfattande behöver se till att det skapas lösningar för gränsöverskridande information.

Huvudmännens nuvarande former för samverkan och liggande förslag är otillräckliga för att fatta gemensamma beslut

E-hälsokommittén föreslog att en samverkansorganisation för utvecklingsarbete på e-hälsoområdet ska införas. Motivet enligt E-hälsokommittén är att möta det decentraliserade och utspridda ansvaret samt bristen på mandat. Det behövs en strategi som pekar ut den långsiktiga inriktningen och någon som koordinera insatser.

> Det långsiktiga målet för e-hälsoarbetet kan […] sägas vara att stärka patient- och brukarsäkerheten och skyddet för den enskildes integritet genom en mer säker och ändamålsenlig informationshantering. En sådan informationshantering bygger på att alla inblandade aktörer måste göra likadant i vissa frågor och att någon samordnar och leder utvecklingen i den riktningen.

Utredningen delar E-hälsokommitténs bedömning att det behövs en organisation som håller samman och leder arbetet med verksamhetstöd för hälso- och sjukvården. Vi delar också tanken på en styrgrupp som strategiskt arbetar med långsiktiga mål för det nationella e-hälsoarbetet. Vår uppfattning är dock att förutsättningarna för gemensamt agerande i praktiken inte ändras genom E-hälsokommitténs förslag. Det finns en rad punkter där det finns problem i dag och där det fortsatt kommer finnas uppenbara utmaningar: t.ex. bristen på ett gemensamt beslutsmandat, förutsättningarna för att någon ska bli bunden av beslut mot sin vilja, förutsättningar för gemensamma investeringar och förutsättningarna för att styra om regionala projekt till en gemensam agenda (t.ex. NPÖ 2.0, 3R, 4G).

Utredningen bedömer att det i landstingens satsningar på området saknas en konkret och manifesterad vilja och förmåga att fatta *gemensamma beslut*. Vi ser inte heller förutsättningar för att ett mandat för beslutsfattande skulle uppstå som på något sätt skiljer sig från situationen i dag. Erfarenheterna talar för att takten i det samlade utvecklingsarbetet också fortsatt skulle sättas av de med lägst ambitioner, att några eller många avstår från delaktighet i det strategiska arbetet samt att utvecklingsarbetet fortsatt kommer att kunna spreta år olika håll utan inbördes samordning mellan alla huvudmän.

Huvudmännen bör gemensamt hantera strategiska frågor om verksamhetsstöden

Vår bedömning är att regeringen behöver verka för att huvudmännen tar ett gemensamt ansvar för verksamhetstöden på ett sätt som inte tycks uppstå med nuvarande lösningar för beslutsfattande. Ett antal olika lösningar för det kan tänkas men utredningens förslag, som redovisas i avsnitt 10.1, är att när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl ska samtliga landsting gemensamt planera och utföra en uppgift. De rättsliga förutsättningarna och ramarna för detta utvecklas i avsnitt 10.1. Vilka frågor som i denna form ska hanteras av huvudmännen gemensamt föreslår vi att huvudmännen ska besluta och vi föreslår en nationell modell för konsultation mellan regeringen och huvudmännen för bl.a. denna typ av frågor (se avsnitt 10.4).

Utredningen bedömer att en av de frågor som på detta sätt bör hanteras gemensamt av landstingen är beslut om investeringar i informationssystem som möjliggör utbyte av information över huvudmannagränser.

14.5 Staten behöver ta ett samlat ansvar för infrastruktur, regelverk m.m.

14.5.1 En ny lagstiftning som möjliggör gränsöverskridande informationshantering behövs

Utredningens bedömning: Förslagen till en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag som lämnats i betänkandet SOU 2014:23 bör genomföras skyndsamt.

Regeringen bör utreda vidare hur gränsöverskridande informationshantering mellan landsting kan möjliggöras.

Skälen för utredningens bedömning: Hälso- och sjukvårdens struktur, organisation och arbetssätt kommer att behöva ändras för att möta patienternas behov. Därigenom kommer också skapas förutsättningar för ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. En ökad förmåga att samla resurser från olika vårdgivare eller huvudmän runt patienten liksom förmåga att skapa ett flöde för patienten i hälso- och sjukvården kommer att vara avgörande för att bättre möta patienternas behov. Särskilt tydligt är behovet av en sådan utveckling när det gäller de patienter som har de största behoven, som konsumerar mest vård och som ofta har behov av insatser från både landsting och kommun. För att de olika vårdgivarna ska kunna ge bästa möjliga vård behöver de få del av de av varandras vårddokumentation om patienterna. Behovet för olika vårdgivare att dela information om patienter har i dag snarare kommit att bli regel än undantag.

Detta kommer dock att ställa höga krav på ett väl fungerande informationsutbyte inom hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Förutsättningarna att utbyta information måste bli bättre för att öka kontinuitet, nå bättre omhändertagande av de mest resurskrävande, samt underlätta primärvårdens funktion – koordinera, överblicka, samarbeta med övrig vård i landsting och kommun. Särskilt

viktigt ur utredningens perspektiv är ett bättre informationsutbyte mellan landsting och kommun samt att minimera de negativa effekterna av den ökade organisatoriska fragmentiseringen.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg har i slutbetänkandet (SOU 2014:23) pekat på bristerna i dagens lagstiftning när det gäller informationsutbyte inom hälso- och sjukvården mellan olika vårdgivare och huvudmän samt informationsutbyte mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen har lämnat samlade förslag om en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag. Vi har inte närmare analyserat i vilken mån det är möjligt att bryta ut förslag ur dessa samlade förslag till ny lagstiftning. Men i synnerhet de förslag som avser ökade möjligheter att enkelt och effektivt utbyta den information om patienten som behövs för att ge en säker och kvalitativ vård bedömer vi är särskilt angelägna att genomföra. Detta avser särskilt förslaget att det ska vara tillåtet med direktåtkomst till personuppgifter mellan vårdgivare som finansieras av samma landstingskommunala eller kommunala huvudman. Syftet med ändringen är att det ska vara lika enkelt att utbyta nödvändig information oavsett om vården bedrivs direkt i vårdgivarens regi eller genom en privat utförare. Det avser även förslaget att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska få medge vårdgivare i hälso- och sjukvården direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling om den enskilde har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård samt förslaget att det ska vara möjligt att föra en gemensam vård- och omsorgsjournal för vårdgivare och för de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten.

Utredningen kan konstatera att förslagen har mött remisskritik från bl.a. Datainspektionen när det gäller skyddet för den enskildes integritet. Det finns ständigt en balansgång mellan sekretess/integritet och patientsäkerhet. Informationsbrist är ett patientsäkerhetsproblem. Datainspektionen har till uppgift att värna om integriteten och självklart ska man i görligaste mån försöka tillgodose de krav som ställs på integritet och möjligheter till sekretess. Självklart ska patienten ha en grundläggande rätt att principiellt bestämma över vilken information som ska vara tillgänglig men i slutänden är det dock viktigt att framhålla att grundprincipen för en trygg och säker vård är tillgång till information. Behoven av ett väl fungerande informationsutbyte inom hälso- och sjukvård och

med socialtjänsten kommer att fortsätta vara stora och växande. Till sist behöver man komma till avslut och ta nödvändiga beslut som krävs angående möjligheter till informationsöverföring över organisatoriska gränser.

Behovet av gränsöverskridande patientinformation mellan landstingen löses inte genom förslagen

Det har i flera sammanhang påtalats till utredningen att trots att förslagen om en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag skulle innebära väsentliga förenklingar för informationshanteringen, saknas en viktig komponent. Detta avser förutsättningarna för att utbyta patientinformation mellan landstingshuvudmän i samband med hälso- och sjukvård över landstingsgränserna. Med hänsyn till att patientlagen ger patienten en möjlighet att söka öppen vård i valfritt landsting får det anses vara en brist att lagstiftningen inte medger att informationen enkelt kan följa med patienten mellan landstingen. Det är tydligt att lagstiftningen i denna del inte går i takt med den utveckling som anses vara önskvärd när det gäller patientens ställning i vården. Denna fråga har dock varken behandlats i samband med införandet av patientlagen[2] eller i samband med förslaget till hälso- och sjukvårdsdatalag.[3] Vi bedömer att det ur ett patientsäkerhetsperspektiv, liksom ett kvalitets- och effektivitetsperspektiv är angeläget att regeringen hanterar denna fråga och att frågan behöver utredas vidare.

14.5.2 Nationella standarder för informationshantering behövs

Utredningens bedömning: Förslagen i E-hälsokommitténs slutbetänkande (SOU 2015:32) att besluta en förordning om krav på interoperabilitet och ett instruktionsenligt ansvar för E-hälsomyndigheten att fatta beslut om krav på interoperabilitet bör genomföras skyndsamt.

[2] Prop. 2013/14:106 och SOU 2013:2.
[3] SOU: 2104:23.

Skälen för utredningens bedömning: Den bristande interoperabiliteten, dvs. verksamhetstödens förmåga att kommunicera och utbyta information, har lyfts fram som en tungt vägande orsak till ineffektivitet i vården. Det kan också innebära en stor patientsäkerhetsrisk. Ett grundläggande problem är att det helt saknas styrning av vilka förutsättningar som ska gälla för att utbyta information, t.ex. tekniska förutsättningar, termer och begrepp och säkerhetskrav. Avsaknaden av gemensamma standarder får till följd att information alltför sällan kan utbytas eller förstås och användas över verksamhetsgränser.

E-hälsokommittén har föreslagit att E-hälsomyndigheten ska besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i bl.a. hälso- och sjukvården. I praktiken skulle det innebära att myndigheten beslutar om vilka standarder och andra krav på interoperabilitet som ska gälla för informationssystemen. Det skulle t.ex. kunna innebära krav på att följa den nationella informationsstrukturen samt vilka tjänstekontrakt[4] som ska gälla vid utbyte av information.

Utredningen bedömer att ett sådant mandat för myndigheten skulle innebära ett avgörande steg för staten i riktning mot att ta ansvar för infrastrukturen när det gäller information i vården. E-hälsokommitténs förslag bör därför genomföras skyndsamt.

14.5.3 Socialstyrelsen ska ta ett långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur i vården

Utredningens bedömning: Det är angeläget att Socialstyrelsen ges ett långsiktigt uppdrag att utveckla och förvalta den nationella informationsstrukturen inom vård och omsorg. E-hälsokommitténs förslag om detta i SOU 2015:32 bör genomföras.

[4] Ett tjänstekontrakt beskrivs av E-hälsokommittén som ”en ritning över hur informationssystem, system och tjänster ska vara utformade tekniskt för att kunna utbyta information, vilken information som ska kunna utbytas och hur denna information ska vara angiven (struktur, termer och begrepp)”.

Skälen för utredningens förslag: Behovet av strukturerad information med entydiga termer och begrepp är stort. Det är grunden för att möjliggöra interoperabilitet mellan systemen. Det är också en förutsättning för att professionerna kunna ge säkra insatser av hög kvalitet, bl.a. så att informationen om patienten dokumenteras och förstås lika oavsett var patienten befinner sig i hälso- och sjukvården. Det är vidare en förutsättning för att utveckla besluts- och kunskapsstöd och för uppföljning och forskning. E-hälsokommittén föreslår i slutbetänkandet (SOU 2015:32) att Socialstyrelsen ska få ett instruktionsenligt ansvar för att i samråd med E-hälsomyndigheten utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur. Myndigheten ska också ge verksamheterna råd och stöd vid införande och användning av den gemensamma informationsstrukturen. Utredningen delar E-hälsokommitténs bedömning att dessa frågor bör vara en nationell angelägenhet.

Utredningens bedömning är vidare att frågor om informationsstrukturen behöver samordnas med det föreslagna nationella arbetet avseende journalstruktur och informatik, dvs. frågor om den praktiska tillämpningen. Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten och det nationella centret för informationsstruktur och informatik bör bedriva ett nära samarbete i dessa frågor.

14.5.4 Socialstyrelsen ska ställa krav på och ge stöd till arbetet med dokumentation

Utredningens förslag: Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården ska 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 ska 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.

Skälen för utredningens förslag

Problemen med bristande dokumentation

Vilka uppgifter i hälso- och sjukvården som ska dokumenteras och av vem regleras i patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Den som har legitimation eller särskilt förordnande att utföra ett visst yrke ska föra patientjournal (3 kap. 3 § PDL). Det finns 21 legitimerade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Enligt 3 kap. 6 § PDL ska patientjournalen alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Ovanstående krav preciseras ytterligare i Socialstyrelsens föreskrifter, där bl.a. framgår att ”vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler” och att nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk ska användas. Rutinerna ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Trots regleringen har flera gånger konstaterats att överdokumentation och ibland underdokumentation är ett stort problem för både patientsäkerhet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen pekade år 2000 på att dokumentationen av omvårdnaden i journalen ofta överskred de nivåer som angivits i lag och föreskrifter.[5] Sveriges Kommuner och Landsting konstaterade i en kart-

[5] Socialstyrelsen 2000, Omfattningen av administration i vården.

läggning av administrativa processer 2005 att många dokumenterar för Socialstyrelsen och inte för patienten samt att dokumentationskravet övertolkas av alla yrkesgrupper.[6] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver att över- och dubbeldokumentation uppfattas som problem i hälso- och sjukvården och pekar på att dubbeldokumentationen mellan läkare och sjuksköterskor uppges ha tillkommit i samband med akademiseringen av sjuksköterskeyrket som medförde ett större ansvar för dokumentation samt att ”dokumentationsöverdriften”, där olika yrkesgrupper dokumenterar allt som är av intresse för den egna yrkesgruppen, beror på behovet av att legitimera sitt eget arbete.[7] Socialstyrelsen har nyligen gjort bedömningen att så mycket som 70 procent av det som antecknas i journalen är upprepningar av tidigare anteckningar.[8]

Utredningens hearingar och intervjuer med många inom hälso- och sjukvården har bekräftat denna bild. Utredningen bedömer att det finns ett antal skäl som ligger bakom problemen. Ett väsentligt skäl är att verksamhetsstöden ger ett ytterst svagt stöd när det handlar om dokumentationen t.ex. på så sätt att mallar eller annan struktur i journalerna används i liten utsträckning som vägledning för den som dokumenterar. Det tycks också saknas rutiner för dokumentation eller kännedom om dessa.

Ett annat skäl till problemen som framkommit är att arbetsfördelningen är oklar, dvs. man vet inte vem som ska dokumentera bedömningar eller åtgärder. Skyldigheten enligt 3 kap. 3 § PDL för olika professioner att dokumentera verkar ibland missförstås, så att man tror att man behöver dokumentera även om en annan redan profession dokumenterat samma sak. Så är naturligtvis inte fallet.

Ytterligare andra skäl till problemen är att man vill visa att man gjort något under arbetspasset, att man vill markera ”professionellt revir” eller att den som dokumenterar vill skydda sig mot eventuella anmälningar/klagomål skydda sig om det skulle bli ett anmälningsärende. Ett ytterligare skäl som upprepat rapporterats till utredningen är att journalen ofta är så oöverskådlig, med långa

[6] Sveriges Kommuner och Landsting 2005, Effektivare nyttjande av tid och resurser? Kartläggning av de administrativa processerna samt undersköterskors och läkarsekreterares uppgifter.
[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2013, Ur led är tiden.
[8] Läkartidningen. 2014;111:C4T4, nr 40/2014.

sammanhängande sjok av fritext, att det går snabbare att skriva in en ny anteckning än att kontrollera om informationen redan finns.

Huvudmännens ansvar behöver förtydligas

Bristerna i vårdens dokumentation innebär en uppenbar risk för att patientsäkerheten men också för att mötet med patienten blir väsentligt mindre effektivt. Mycket onödig tid läggs på att leta efter information eller att dokumentera sådant som redan har dokumenterats. Utredningen bedömer att huvudmän och vårdgivare behöver på ledningsnivå driva på en utveckling mot en mer effektiv och patientsäker dokumentation där det är tydligt för professionerna *varför* man ska dokumentera, *vem* som ska dokumentera och *hur* dokumentationen ska/kan ske. Målsättningen behöver vara att både över- och dubbeldokumentation i vården minskar och helt försvinner men att den väsentliga informationen alltid tas med. Alla verksamheter i vården behöver, som en del i ändrade arbetssätt, arbeta med frågor om vad som ska dokumenteras och vem som ska göra det.

Ett sådant arbete saknas dock på många håll i nuläget och frågorna tycks sällan hanteras på hög nivå hos huvudmännen. Det saknas också rättsliga krav riktat till vårdens ledning i denna fråga. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården anges endast att vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler (3 kap. 1 §). Däremot finns krav på att vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy (2 kap. 1 §).

Utredningen föreslår att det ska vara en skyldighet för huvudmännen att ange övergripande principer för dokumentation vården och ansvaret för att det ska ske. Det innebär att huvudmännen behöver ange hur respektive verksamhet ska arbeta med dokumentationens innehåll och vem som ska dokumentera vad liksom vem som är ansvarig för arbetet. Ansvaret för huvudmännen kan vidare innebära t.ex. att de behöver peka ut vilka resurser som finns för att

förändra dokumentationen och ge tydliga direktiv för verksamhetsförändringen.

Det bör understrykas att förslaget syftar till en mer patientsäker och effektiv dokumentationen i hälso- och sjukvården, bl.a. genom minskad överdokumentation. Förslaget innebär inte någon begränsning av yttrandefriheten. Det handlar inte om texter av åsiktpåverkande eller opinionsbildande karaktär utan förslaget avser endast saklig information som ska lämnas i enlighet med kraven i 3 kap. 6 § PDL liksom de nu aktuella föreskrifterna från Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen föreslås se över föreskrifterna (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården i syfte att åstadkomma en sådan komplettering. Socialstyrelsen har med stöd av med stöd av 2 och 3 §§ patientdataförordningen (2008:360) samt 2 § 1, 2 och 4, 3 § 1 och 2 och 4 § 7 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. meddelat de föreskrifterna. Utredningens bedömning är att det i bemyndigandet finns stöd för Socialstyrelsen att besluta om krav på huvudmännen i detta avseende.

På grundval av de övergripande principerna för dokumentation i vården som huvudmännen ansvarar för bör lokala rutiner tas fram. Det behövs också ett aktivt utvecklingsarbete på verksamhetsnivå av arbetssätten där de nämnda frågeställningarna behöver hanteras, dvs. varför man ska dokumentera, vem som ska dokumentera och hur dokumentationen ska/kan ske. Ett sådant angreppssätt kan väsentligt minska den administrativa bördan i verksamheterna genom att det är tydligt varför dokumentation ska ske, vem som ska dokumentera och på vilket sätt.

Stöd till det praktiska förändringsarbetet

Utredningens uppfattning är att huvudmännen i dag generellt sett saknar de nödvändiga kunskaperna för att realisera ett arbete med en mer effektiv och patientsäker dokumentation. Utredningen bedömer att det behövs insatser på flera nivåer för att ett sådant arbete ska få genomslag i praktiken.

Dels behövs vägledning om innehållet i och innebörden av nu gällande regelverk, dvs. vilket syfte olika typer av dokumentation i

vården har, vem som ska dokumentera och hur dokumentationen ska/kan ske. Socialstyrelsen har under några år bedrivit ett tillfälligt utåtriktat vägledande och stödjande arbete om vårddokumentation, som varit efterfrågat och uppskattat. Socialstyrelsen behöver permanenta och skala upp det arbetet.

Dels behövs vägledning och stöd i hur övergripande principer för dokumentation vården kan eller bör se ut och hur de kan brytas ned i och omsättas i praktiskt utvecklingsarbete i respektive verksamhet i hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att det center för informationsstruktur och informatik och som föreslås i avsnitt 14.5.5 bör hålla i metodstöd avseende detta och vara en arena för att skapa nätverk kring det praktiska arbetet med dokumentation.

14.5.5 Ett center för informationsstruktur och informatik

Utredningens förslag: Ett nationellt center för informationsstruktur och informatik ska bildas. I uppdraget ska ingå:

- metod- och modellstöd vid tillämpningen av nationell informationsstruktur samt vid utvecklingsarbete med informatik och strukturerad information i hälso- och sjukvårdens informationssystem,
- projektstöd för professionsdriven utveckling av strukturerad dokumentation, bl.a. journalmallar, och
- modellstöd för arbete på verksamhetsnivå med effektiv och patientsäker dokumentation.

Centret ska organiseras med en nationell bas men med ett regionalt nätverk av experter och i alla delar med involvering av professionerna.

Skälen för utredningens förslag

Utbyte och återanvändning av information behövs för att minska dubbeldokumentationen

En angelägen utveckling är åstadkomma interoperabilitet som innebär att information kan överföras automatiskt mellan system. Denna till synes självklara funktionalitet, att bara behöva mata in uppgifter en gång, efterfrågas av många men är i praktiken en stor utmaning.

Ett stort antal olika system används med olika konfigurationer. De framtagna nationella lösningarna, alltifrån gemensam informationsstruktur och nationellt fackspråk till en teknisk infrastruktur med tjänsteplattform och tjänstekontrakt, används bara i begränsad omfattning och inte alltid enhetligt. Problemen ligger enkelt uttryckt i dels att systemen som ska utbyta information är strukturerade på helt olika sätt, dels att information i vården inte getts en tillräckligt precis beskrivning. Det som efterfrågas i ett system är svårt att hitta i ett annat system. Tekniska lösningar för detta finns dock redan i form av s.k. tjänstekontrakt, som ger en teknisk specifikation av informationsmängder i vården. Utredningen bedömer att denna typ av lösningar har potential att ge stora effektivitetsvinster och kan på sikt dramatiskt minska behovet av att mata in samma uppgift flera gånger i olika system.

Ett småskaligt arbete kring detta har påbörjats i syfte att möjliggöra för kvalitetsregister att ”hämta” data ur journalsystem. För att stödja arbetet har ett nationellt kompetenscenter för informatik inom e-hälsa inrättats (se avsnitt 6.5.5). Centret är uppbyggt enligt nätverksprincip där en mindre central funktion står för utveckling och förvaltning av metoder och modeller, samordnar utbildningar av den framtagna metoden för tillämpning av gemensam informationsstruktur och nationellt fackspråk och samordnar det praktiska informatikarbetet i Sverige. Till centret är knutet ett nätverk som fungerar som en nationell resurspool för det praktiska arbetat inom centret. Det är bemannat av huvudmän och intressenter och fungerar som kompetenscentrets ”förlängda arm” gentemot huvudmännen och vårdverksamheterna. I fokus för centrets arbete ligger såvitt utredningen kan bedöma främst ”efterfråge-sidan”, dvs. att kvalitetsregister får stöd i informatikarbetet.

Nationellt stöd behövs för arbetet med journalstruktur och informatik

Den största utmaningen för att skapa bättre möjligheter till interoperabilitet ligger antagligen i att strukturera innehållet i journalerna. Det nuvarande arbetet med nationell informationsstruktur tycks i många fall ”fastna” på nationell nivå. Det finns ingen nationell strategi för hur strukturerad information ska komma till praktisk användning trots mångårigt arbete på Socialstyrelsen med nationell informationsstruktur och fackspråk. Till utredningen har framkommit att det visserligen tas både lokala och regionala initiativ men utan inbördes samordning och ibland utan koppling till Socialstyrelsens nationella arbete.

Utredningen bedömer att det behövs en nationell koordinering av stöd till arbetet med att strukturera information i journalerna. Det skulle innebära en möjlighet att nyttiggöra den nationella informationsstrukturen i verksamheterna. Utredningen bedömer att den uppenbara vägen för att nå dit är det ovan beskrivna nationella kompetenscentret för informatik kompletteras med en motsvarande funktion för journalstruktur. Dessa båda delar hänger naturligt samman och båda delarna behövs för att möjliggöra utbytet av information mellan system. Utredningen föreslår därför att det befintliga centret ska utvidgas och ges ett långsiktigt uppdrag. Centrets båda delar ska ledas och koordineras i en gemensam funktion och bemannas solidariskt från alla deltagande huvudmän i kompetenscentrens nätverk. Koordineringen bör innehålla projektsamordning och metodstöd. På detta sätt kan en samordning av expertresurser och kunskap ske nationellt och kunskap fördelas på alla deltagande huvudmän (både stora och små).

Det bör understrykas att centret inte föreslås lagra information eller samla in information från journalsystemen för vidareförmedling, utan endast är ett kunskapscenter. Centrets verksamhet handlar om hur informationsutbytet inom befintligt regelverk kan underlättas.

Hemvist, finansiering och genomförande av ett centrum

Utredningen föreslår att det befintliga kompetenscentret för informatik ska kompletteras med en del som avser informationsstruktur. Centren bör knytas tätt samman i en gemensam organisation.

Utredningen föreslår att organisationen fortsatt ska ha sin hemvist vid Sveriges Kommuner och Landsting. Det avgörande skälet för detta förslag är att det befintliga centret redan är väl förankrat i landstingens verksamhet där landsintgen bidrar med experter i ett nätverk som ger lokal förankring. Att bygga vidare på detta framstår som klart mest resurseffektivt och ger en lösning som sannolikt innebär en kort startsträcka. För närvarande är finansieringen för det befintliga centret kortsiktig och sker indirekt genom regeringens och huvudmännens satsning på kvalitetsregister. Utredningen bedömer att regeringen och huvudmännen gemensamt bör finansiera centret och att denna fråga bör vara en del i den överenskommelse om gemensamma satsningar på verksamhetsstöden som utredningen föreslår att regeringen och huvudmännen ska träffa (se avsnitt 14.3). I samband med detta bör regeringen och huvudmännen också komma överens om hur genomförandet ska organiseras och där erfarenheterna från inrättandet av det befintliga centret för informatik kan tas tillvara.

Dokumentationsstrukturer på klinisk nivå – mallar m.m.

Mycket av dubbeldokumentationen och överdokumentationen kan sannolikt hindras genom en standardiserad journalföring, antingen genom strukturerade journaler eller genom att använda s.k. journalmallar (eller både och). Genom att styra den som dokumenterar minskar risken för att onödiga uppgifter förs in, att väsentligheter utelämnas samt att samma sak återkommer flera gånger. Det behöver vara lätt att göra rätt helt enkelt. Uppenbara exempel är att det bara ska finnas ett ställe att skriva om patientens bakgrund, personliga förhållanden osv, samt att viktiga uppgifter kan anges genom att klicka i rutor eller välja bland flervalsalternativ samt med viss möjlighet till begränsad fritext vid avvikelser.

Dokumentationsstruktur på klinisk nivå i form av ”mallar” ingår i dag inte i Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur. Detta efterfrågas dock i mycket hög grad från verksamheterna, som vill ha strukturerade informationsmängder kring olika processer.

Nationella dokumentationsstrukturer på ”klinisk nivå” för patientprocesser behöver tas fram, avsedda att användas direkt i verksam-

heternas system. I flera fall finns grundarbete gjort genom nationella riktlinjer och genom arbeten i specialistföreningar och kvalitetsregister. Att skapa strukturerade ”mallar” med tillhörande informationsspecifikationer bör i första hand vara en fråga för huvudmännen, verksamheterna och professionerna. Ett sådant arbete behöver ges stöd och struktur på nationell nivå. Det skulle möjliggöra ett samarbete mellan huvudmännen för att använda gemensamma ”mallar” som på detta sätt skulle användas regionalt/nationellt. Detta skulle i mycket hög grad bidra till en standardiserad, effektiv dokumentation med möjligheter att kommunicera mellan system.

Utredningen föreslår att regeringen stödjer ett sådant arbete genom att skapa en struktur för arbetet, lämpligen genom att det föreslagna centret står för projektsamordning och modellstöd riktat till långsiktiga projekt. Regeringen bör också lämna ekonomiska bidrag till specialistföreningar och andra professionsföreningar, som ska sätta upp förutsättningarna för strukturerad dokumentation och bidra med praktiskt arbete. Projekten bör avse både strukturen i dokumentationen och termer och variabler som ska vara nationellt gemensamma inom respektive specialitet. Även denna fråga bör vara en del i den överenskommelse om gemensamma satsningar på verksamhetsstöden som utredningen föreslår att regeringen och huvudmännen ska träffa, se avsnitt 14.3.

Modellstöd för arbete på verksamhetsnivå med effektiv och patientsäker dokumentation

I avsnitt 14.5.4 föreslås att huvudmännen ska ange övergripande principer för dokumentation i vården och ansvaret för att det ska ske. Genom sådana principer bör anges hur respektive verksamhet ska arbeta med dokumentationens innehåll och vem som ska dokumentera vad liksom vem som är ansvarig för arbetet. Principerna kan t.ex. också peka ut vilka resurser som finns för att förändra dokumentationen och ge tydliga direktiv för verksamhetsförändringen. Utredningen förslår att centret ska ha uppdraget att ge modellstöd i hur principerna för dokumentation kan eller bör se ut och hur de kan brytas ned i och omsättas i praktiskt utvecklingsarbete i respektive verksamhet i hälso- och sjukvården. Centret föreslås också vara en arena för att skapa nätverk kring det praktiska arbetet med dokumentation.

14.6 Kunskapsstöd som en del i verksamhetsstöden

14.6.1 Ett nationellt hälsobibliotek

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

Utredningens bedömning: Regeringen bör besluta om en genomförandeorganisation med uppdraget att besluta den närmare hemvisten för hälsobiblioteket samt en organisation för att besluta vad som ska ingå i biblioteket och hur det ska upphandlas, när det relevant.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Olika former av kunskapsstöd tillhandahålls i dag ofta på regional och lokal nivå i varierande utsträckning. Inera har också tecknat licensavtal med 1 600 e-tidskrifter, kunskapsstödet BMJ Best Practice och Cochrane Library, det s.k. Eira-samarbetet. Innehållet i Eira görs tillgängligt via sjukhusbibliotekens webbsidor eller e-bibliotek. Där finns även sjukhusens egna, lokala prenumerationer på olika kunskapskällor. För de privata vårdgivare som inte har tillgång till e-biblioteket i sitt landsting/region, finns möjlighet att använda Eirakansliets e-bibliotek Eira Discovery.

Även om samarbetet mellan sjukhusbiblioteken är lovvärt är ett problem att det inte täcker in tillräckligt många användare, t.ex. den kommunala hälso- och sjukvården. Ett ytterligare problem är att det inte inkluderar det kunskapsstöd (eller den kunskapsstyrning) som staten står för, samt att det inte finns ett redaktionellt arbete som innebär att allt material är samlat sökbart oavsett språk. Trots tillgången till ovan redovisade tjänster har det dessutom visat sig att personalen i stor utsträckning använder frisökning på internet som stöd för kliniska beslut.[9] Det finns då uppenbara problem

[9] Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2013, Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek, Förstudie.

med att snabbt hitta tillförlitlig och kliniskt användbar information om vilken behandling som är evidensbaserad och rekommenderas.

En viktig förutsättning för en kostnadseffektiv och högkvalitativ vård är spridningen och tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap. På lång sikt måste beslutsstöd, journal och kvalitetsregister integreras med varandra. Som en lösning på kort sikt föreslår utredningen att ett nationellt hälsobibliotek införs och görs tillgängligt för alla som verkar inom hälso- och sjukvården. Användarna ska snabbt hitta, sovra och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe. Detta bör inkludera vetenskapliga kunskapskällor, beslutsstöd, riktlinjer och vårdprogram. Syftet med hälsobiblioteket är att stödja det kliniska arbetet och beslutsfattandet i syfte att öka vårdens kvalitet. En generell kvalitetsökning inom vården går hand i hand med ökad effektivitet. Hälsobiblioteket kan också bidra till ökad jämlikhet över landet. Ett liknande verktyg finns redan i Norge och samarbete med dem bör därför sökas både kring uppbyggnad av hälsobiblioteket men också kring avtalen med leverantörer av innehållet till hälsobiblioteket.

Genom att enligt norsk modell dessutom ge befolkningen tillgång till hela eller valda delar av hälsobiblioteket skulle det dels bidra till att stärka patienternas och brukarnas kunskap, ställning och inflytande på den egna vården, dels sannolikt bidra till en förbättrad hälsa hos patienter och brukare. Det skulle ha ett stort symbolvärde gentemot såväl befolkning som vårdens anställda. Dessutom kan en informerad, initierad patient innebära vinster vad gäller vårdens effektivitet. En nationell tillgång till hälsobiblioteket förenklar också möjliga frågor om och hur t.ex. privata vårdgivare, statliga myndigheter, universitet och högskolor eller andra organisationer ska kunna få tillgång till hälsobiblioteket.

Regeringen bör ta initiativ till införande av hälsobiblioteket och delfinansiera det. Regeringen bör söka få till stånd samfinansiering med huvudmännen så långt möjligt. Ur ett huvudmannaperspektiv finns ett stort intresse av att samtliga vårdgivare har ett så fullständigt kunskapsstöd som möjligt och av att detta tillgängliggörs på det mest effektiva sättet.

Utredningen bedömer att ekonomiska bidrag för hälsobiblioteket inte aktualiserar EU:s regler om statsstöd (artikel 107 EUF-fördraget). Stödet hotar inte att snedvrida konkurrensen eftersom

avtalen med leverantörer till hälsobiblioteket bör träffas efter upphandling.

I ett senare skede finns möjlighet att utveckla integration av tjänsterna från ett nationellt hälsobibliotek med journalsystemen. Exempel på påbörjad sådan integration finns t.ex. i Stockholm läns landsting där ett beslutsstöd för specialiserad vård (Up-to-date) ska integreras i journalsystemet.

Utredningen bedömer att införandet av ett hälsobibliotek förutsätter att en genomförandeorganisation tillsätts med uppdraget att besluta den närmare hemvisten för hälsobiblioteket samt en organisation för att besluta vad som ska ingå i biblioteket och hur det ska upphandlas, när det relevant.

15 Åtgärder för att minska den administrativa bördan

Sammanfattning: 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.

15.1 Den administrativa bördan har ökat och orsakerna är mångfacetterade

Utredningen konstaterar att den administrativa bördan har ökat i hälso- och sjukvården. Kraven på registreringar, dokumentation, rapporteringar och olika former av mätningar och uppföljningar är betydande. Det hävdas ibland i debatten att sjukvårdens administrativa börda beror på styrnings- och managementmodeller som härrör från New Public Managament (NPM). Utredningens bedömning är att styrningsprinciper och filosofier hämtade ur NPM förvisso är en del av förklaringarna till varför den administrativa bördan upplevs som alltför betungande. Men utredningen anser vid en samlad bedömning att NPM endast förklarar en del av orsaker till frustrationen över den administrativa bördan. Att vården lägger stora/alltför stora resurser på administration förklaras i stället av en rad interagerande orsaker vilket utredningen redovisat i avsnitt 6.6.

Är lösningen att ta bort vissa krav på administration?

De administrativa kraven på hälso- och sjukvården har sannolikt ökat. Om de är orimliga är en annan fråga. I den allmänna debatten utmålas ”administration” ofta som något onödigt och byråkratiskt. Men granskar man syften och motiv för vart och ett av de administrativa kraven så har de så gott som alltid ett berättigat syfte i den speciella kontext som varit när kraven ställdes. 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 – liknande debatt förefaller förekomma även inom skola, socialtjänst och andra kunskapsintensiva verksamheter. Utredningen anser att debatten kring administration och NPM 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.

Vad gäller *statens* krav som renderar administrativt arbete har utredningen särskilt analyserat de lagbundna kraven. Samtliga dessa krav har tillkommit efter omfattande utredningsarbete där utredarna haft i uppdrag att lösa en viss uppgift. Förslagen har sedan antagits av riksdagen. Man får förmoda att de krav av administrativ karaktär som lagstiftare och myndigheter ställer noga avvägts mot eventuella nackdelar. Borttagande av administrativa krav som finns för att lösa ett visst problem måste således föregås av utredning för att förslå andra åtgärder för att uppnå det syfte det administrativa kravet var avsett att uppnå. Sådana frågor behöver utredas från grunden om man på ett seriöst sätt ska kunna finna andra sätt att åtgärda det problem som det administrativa kravet var avsett att åtgärda. En rimlig strategi för framtiden bör vara att staten tar ansvar för att följa upp de administrativa krav som staten ställt i lag eller föreskrift i syfte att överväga om de administrativa kraven fortfarande är adekvata och ska behållas.

Figur 15.1 Faktaruta: Exempel på uppföljningsadministration

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en så kallad patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska skrivas senast den 1 mars varje år och göras tillgänglig för den som vill ta del av den. Patientsäkerhetsberättelsen har flera syften:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

Patientsäkerhetsberättelsen innebär en form av uppföljningsadministration för alla vårdgivare.

Sätta plåster eller åtgärda de verkliga orsakerna?

Utredningens uppfattning är vidare att en ambition att ta bort enskilda administrativa krav i lagstiftningen sannolikt inte kommer att förbättra situationen nämnvärt. En utgångspunkt för kravställande på administrationen är att de uppgifter som behövs för uppföljning och rapportering av olika slag ska vara enkla att hantera. En rapportering enligt visst krav, t.ex. inrapportering till kvalitetsregister, ska kunna enkelt gå att hämta ur systemet där patientdata redan finns lagrat. Där är inte utvecklingen ännu. Lite hårddraget: valet står då mellan att sänka uppföljningskraven eller att åtgärda de ineffektiva verksamhetsstöden. Utredningen anser att vägvalet måste vara att åtgärda de IT-baserade verksamhetsstöden. Att sänka kraven på uppföljning generellt sett kan vara förödande för hälso- och sjukvården, kunskapen om verksamhetens arbete och resultat är centralt för att vården ska kunna utvecklas och förbättras. Dock måste kraften komma mer underifrån, dvs. uppföljningen måste ha förankring i professionerna och i större utsträckning utformas i nära samverkan med verksamheterna. Utvecklingen av kvalitetsregister är ett exempel på detta. Tillämpningen av parametrar från register i olika ersättningssystem är i många fall exempel på motsatsen.

Ett annat vägval är om kraven på dokumentation om patientens vård bör sänkas för att dokumentation av alla aktörer som deltar i patientens vård är så tidskrävande. Utredningen menar att det är bristen på kontinuitet, och särskilt personlig kontinuitet, som är en

grundorsak till att produktion av dokumentation och inläsning av sådan blir så viktig och omfattande. En annan orsak till att dokumentationen är så betungande är att hälso- och sjukvården har en utbredd tradition av dubbeldokumentation och att dokumentera långt utöver de juridiska kraven. Det är en orimlig tanke att sänka de juridiska dokumentationskraven. Utredningen anser att det är grundorsaken – bristande kontinuitet som behöver åtgärdas i kombination med att sjukvårdshuvudmän och verksamheter behöver vidta åtgärder för att stävja dubbel- och överdokumentation.

15.2 Många av utredningens förslag innebär en minskad administrativ börda

Som konstaterats i föregående avsnitt finns ingen ”quick fix” för den administrativa bördan inom hälso- och sjukvården. Många samverkande faktorer bidrar till problemen. Flera av de förslag och rekommendationer som utredningen lämnar kan innebära en väsentligt minskad administrativ börda.

Minskad detaljstyrning

En väsentlig del av administrationen bottnar i vilka styrmedel som landstingen använder i sin styrning och hur de utformas t.ex. genom villkor för ersättning inom vårdvalssystemen för primärvård. Variationerna över landet är stora eftersom ersättningssystemen skiljer sig åt. Det verkar dock finnas en klar tendens till successivt ökande detaljstyrning. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. I de fall ersättningssystemen är detaljerade, dvs. innehåller många indikatorer, skapas en tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel.

I avsnitt 11 lämnar utredningen rekommendationer om minskad detaljstyrning.

Förbättringar av verksamhetsstöden

Verksamhetsstöden sätter i stor utsträckning förutsättningarna för hur betungande de administrativa uppgifterna blir, oavsett om det handlar om patientnära administration eller uppföljningsadministration. Det administrativa arbetet upplevs av många som trögt, bl.a. därför att verksamhetsstöden har omfattande brister. Det krävs inloggningar i många olika system och systemen kommunicerar inte så att information förs över från ett system till ett annat.

I avsnitt 14 lämnar utredningen förslag och rekommendationer till åtgärder för att förbättra informationshanteringen och verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården.

Effektivare dokumentation

En stor del av det som hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i journalen är onödigt, antingen för att anteckningarna är för omfattande eller för att uppgifterna redan finns i journalen.

I avsnitt 14.5.4 lämnar utredningen förslag till ökade krav på och stöd till arbetet med dokumentation i vården.

Ökad kontinuitet

Utredningen bedömer att bristen på kontinuitet är en av de starkast bidragande orsakerna till onödig dokumentation och därmed en stor administrativ börda.

I avsnitt 13 lämnar utredningen rekommendationer om åtgärder för att stärka kontinuiteten

Rationell fördelning av arbetsuppgifter med rätt använd kompetens

På grund av ett minskande antal vårdadministratörer har det administrativa arbetet i vården genomgått en ”amatörisering”, dvs. det arbetet utförs i högre grad av professioner som har en annan kompetens än administration. Förutsättningarna att fördela arbetsuppgifter som ett led i ändrade arbetssätt i vården är goda och kan minska ineffektivitet.

I avsnitt 12 lämnar utredningen rekommendationer om ändrade arbetssätt.

15.3 Administrativa konsekvenser ska belysas och begränsas

Utredningens bedömning: Staten och huvudmännen bör på alla nivåer verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna för hälso- och sjukvården i samband med beslut eller andra åtgärder.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens kartläggning visar att de statliga kraven på administration som riktas mot hälso- och sjukvården är stora. Antagligen ställs minst lika omfattande administrativa krav av huvudmännen gentemot sina verksamheter. Utredningen har inte sett något uttryckligt exempel på att en inriktning i styrningen från stat eller huvudmän varit att begränsa konsekvenserna när det gäller administration. Inte heller har vi sett något exempel på att man gjort *konsekvensbeskrivningar* av de administrativa kostnaderna vid förändringar, t.ex. vid lagstiftning eller annan normering, införande av krav på rapportering till register eller införande av ersättningssystem.

Självklara frågor som både stat och huvudmän borde ställa är hur den som träffas av förändringen ska hantera denna i administrativt hänseende. Vad blir ”kostnaden” för detta, t.ex. mätt i tid. Går det att ställa kravet på något annat sätt som gör att den administrativa kostnaden blir lägre? Ett annat viktigt led i en sådan analys bör vara om kostnaden står i proportion till nyttan med förändringen. Vid värdering av nyttan bör nyttan för patienten/brukaren vara utgångspunkten.

Utredningen gör bedömningen att inriktningen på statens och huvudmännens styrning på alla nivåer bör vara att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna. Förutsättningarna för och konsekvenserna av att ompröva samtliga *befintliga* krav är svåröverblickbara och utredningen avstår från att lägga ett sådant förslag. Däremot skulle ett avgränsat område kunna användas som ett pilotprojekt för att undersöka hur det kan göras. Utredningen bedömer att krav på intyg från hälso- och sjukvården är ett lämpligt sådant område, se nedan.

Däremot anser utredningen att det vid kommande förslag ska införas krav på konsekvensanalyser när det gäller de administrativa kostnaderna, vilket utvecklas i följande avsnitt.

15.3.1 Staten ska analysera, belysa och begränsa administrativa konsekvenser av förslag och beslut

Utredningens förslag: I betänkanden från kommittéer och särskilda utredare som beslutats av regeringen ska administrativa konsekvenser av förslagen redovisas. Ett tillägg med denna innebörd ska göras i 15 § kommittéförordningen.

När en myndighet begär in uppgifter eller utövar tillsyn ska myndigheten se till att de administrativa konsekvenserna begränsas. Ett tillägg med denna innebörd ska göras i 19 § myndighetsförordningen.

De administrativa konsekvenserna ska redovisas i den konsekvensutredning som ska föregå beslut om föreskrifter eller allmänna råd. Ett tillägg med denna innebörd ska göras i 4 § förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning.

Utredningens rekommendation: Ekonomistyrningsverket eller den myndighet regeringen bestämmer bör få i uppdrag att utarbeta en vägledning för administrationskonsekvensbeskrivningar.

Skälen för utredningens förslag och rekommendation: Utredningen gör i föregående avsnitt bedömningen att både stat och huvudmän bör verka för att begränsa de administrativa konsekvenserna av beslut och andra åtgärder. För statens del gäller detta först och främst regeringens beslut. För att ge regeringen ett mer fullständigt underlag för beslut och för möjlighet att få frågan belyst även under en remissomgång är det naturligt att kommittéer och särskilda utredare, som det första ledet i lagstiftningskedjan, bör analysera och beskriva de administrativa konsekvenserna av sina förslag. I den nuvarande 15 § kommittéförordningen (1998:1474) anges att ”om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för syssel-

sättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen." Utredningen föreslår att bestämmelsen kompletteras med en uppmaning att också belysa konsekvenserna för den administrativa belastningen inom offentligfinansierad verksamhet. Utredningen bedömer att det inte vore lämpligt eller ens önskvärt att avgränsa denna skyldighet till att avse endast hälso- och sjukvården. Problemen avseende en omfattande administrativ belastning finns i många sektorer inom offentlig finansierad verksamhet, se avsnitt 6.6.

Av utredningens kartläggning av administrativa krav på hälso- och sjukvården framgår att en väsentlig del av kraven har sitt ursprung i när förvaltningsmyndigheter begär in uppgifter eller utövar tillsyn. Utredningen bedömer därför att myndighetsförordningen (2007:515) bör kompletteras med en uppmaning att begränsa de administrativa konsekvenserna. Av 19 § framgår att myndigheten ska se till att de kostnadsmässiga konsekvenserna begränsas när den begär in uppgifter eller utövar tillsyn. Bestämmelsen ska kompletteras med en uppmaning att begränsa även de administrativa konsekvenserna.

De nu refererade kraven har ofta författningsmässigt stöd, främst genom myndigheternas föreskrifter i olika frågor. Innan en myndighet beslutar om föreskrifter eller allmänna råd bör den vara skyldig att utreda konsekvenserna även i administrativt hänseende. I 4 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning anges att "innan en myndighet beslutar föreskrifter eller allmänna råd, ska myndigheten så tidigt som möjligt

1. utreda föreskrifternas eller de allmänna rådens kostnadsmässiga och andra konsekvenser i den omfattning som behövs i det enskilda fallet och dokumentera utredningen i en konsekvensutredning, och
2. ge statliga myndigheter, kommuner, landsting, organisationer, näringslivet och andra som kostnadsmässigt eller på något annat betydande sätt berörs tillfälle att yttra sig i frågan och om konsekvensutredningen.

Utredningen föreslår att en uppmaning att utreda även de administrativa konsekvenserna ska tas in i bestämmelsen.

Vägledning för att beskriva administrativa konsekvenser

Som konstaterats tidigare har utredningen inte stött på något exempel på en utredning eller beskrivning av konsekvenserna för administrationen i hälso- och sjukvården (med undantag för betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20), som togs fram som en del av utredningens arbete). Utredningen har i föregående avsnitt skisserat några frågor som bör ställas i en sådan utredning. Utredningen bedömer dock att det behövs en mer strukturerad vägledning för hur denna typ av analyser och beskrivningar kan göras. Regeringen bör ge en myndighet uppdraget att ta fram en sådan vägledning, som kan vara allmängiltig för alla de typer av beskrivningar som ska göras enligt de förordningsändringar som föreslås ovan. Ekonomistyrningsverket kan vara en lämplig mottagare av ett sådant uppdrag.

För att förhindra att de statliga myndigheterna i onödan bidrar till att den administrativa bördan ökar har Rådet för statlig styrning med kunskap enats om att använda en checklista vid framtagande av nya riktlinjer, föreskrifter eller kunskapsstöd men också vid tillsyn. Frågor myndigheterna tänker ställa sig handlar om följande.

- Finns koppling till andra myndigheters krav på dokumentation/administration?
- Ställs ökade eller nya krav på dokumentation/administration? På vilket sätt är de nya kraven befogade?
- Leder nya krav på dokumentation/administration till någon förbättring för den enskilde?
- Kan något tidigare krav på dokumentation/administration samtidigt tas bort?
- Ger det som föreslås/beslutas stöd i vad som ska dokumenteras och/eller administreras?

Utredningen bedömer att checklistan med fördel kan ingå i ett arbete med en vägledning för att beskriva administrativa konsekvenser.

15.3.2 Huvudmännen behöver analysera, belysa och begränsa administrativa konsekvenser av beslut

Utredningens rekommendation: Huvudmännen bör vid beslut som rör verksamheten analysera de administrativa konsekvenserna

Huvudmännen bör i sin uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamheter se till att de administrativa konsekvenserna av uppgiftsinsamlingen begränsas.

Skälen för utredningens rekommendation: Som konstateras ovan behöver både staten och huvudmännen verka för att begränsa de administrativa konsekvenserna i samband med uppföljning eller styrning av vården. För huvudmännens vidkommande saknas det författningar som reglerar detta och utredningen har inte sett att det är möjligt att föreslå någon sådan, bl.a. med hänsyn till att huvudmännens sätt att styra och följa upp vården är ett oreglerat område.

Det kan dock konstateras att behoven av analys och beskrivningar av konsekvenserna i administrativt avseende av olika åtgärder är lika stora hos huvudmännens som för staten. Även för huvudmännens del gäller det hela ”kedjan” från utredning och beredning av beslut till huvudmannens interna ”reglering” liksom vid åtgärder för uppföljning och kontroll. Den vägledning för att beskriva administrativa konsekvenser som utredningen föreslår ska tas fram i föregående avsnitt bör kunna användas även av huvudmännen.

15.4 Ett samordnat arbete med hälso- och sjukvårdens intyg

Utredningens bedömning: Ett pilotprojekt för att begränsa konsekvenserna av krav på administration ska genomföras avseende de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag: Regeringen ska i regleringsbreven för de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ställa krav på att myndigheterna samordnar och begränsar kraven på intyg. Samordningen ska innebära att

- varje myndighet omprövar vilken information om enskildas hälsotillstånd och behov eller förmåga, etc. som myndigheten behöver, hur myndighetens behov kan tillgodoses och av vem,
- myndigheterna i samverkan identifierar och ensar de informationsmängder i intyg som är gemensamma för flera myndigheter,
- myndigheterna i samverkan med landstingen skapar förutsättningar för att samtliga intyg kan hanteras på ett likartat sätt tekniskt och informatiskt (genom samma plattform).

Regeringskansliet (genom Socialdepartementet) ska leda det myndighetsgemensamma arbetet.

Staten ska komma överens med landstingen om förutsättningarna för det gemensamma arbetet. Överenskommelsen bör också omfatta förutsättningarna för att kommunerna som mottagare av intyg kan inkluderas i arbetet.

Skälen för utredningens bedömning och förslag

Intygshanteringen har stora brister och bör omprövas

Det finns stora brister i hanteringen av de intyg som begärs av hälso- och sjukvården. Utredningens bedömning är att detta är en starkt bidragande orsak till ineffektivitet i vården och en väsentlig del av ”den administrativa bördan” som professionerna upplever. Liksom i många andra fall som avser den administrativa bördan ligger orsakerna även i detta fall i att många aktörer skickar ”styrsignaler”, i detta fall krav på intyg, som inte samordnas, vare sig språkligt, innehållsmässigt eller tekniskt. Vidare ges inget eller svagt stöd i informationssystemen att hantera intygen på ett effektivt sätt, vilket också bidrar till onödigt betungande arbete. Slutligen har staten genom lagstiftningen detaljreglerat vem som

ska utföra arbetet – läkare – vilket också bidrar till ineffektivitet (se vidare om detta i avsnitt 6.6).

Utredningen har i föregående avsnitt konstaterat att ett allmänt krav på samtliga myndigheter att ompröva och begränsa krav som kan innebära konsekvenser för de administrativa kostnaderna är för omfattande och svårbedömt för att införa. Däremot bedömer utredningen att intygshanteringen vore ett lämpligt första exempel på hur en sådan omprövning kan göras. Intygen är relativt lätt avgränsade men utgör en relativt stor volym i det administrativa arbetet i hälso- och sjukvården. I samband med en sådan omprövning bör det dessutom genomföras ett arbete för att samtidigt samordna de krav på intyg som ställs, både i tekniskt och språkligt hänseende.

Samtliga berörda myndigheter ska få uppdraget att ompröva kraven på intyg

En viktig uppgift för ”mottagarna”, dvs. de myndigheter som begär intyg, är att pröva *vilket* informationsbehov man har och *vem* som kan tillgodose det. Ett enkelt exempel: Barn som behöver laktosfri kost uppmanas ofta av skolan att inkomma med läkarintyg som påvisar behovet. Ett sådant krav kommer i så gott som alla fall leda till att 1) vårdnadshavaren kontaktar primärvården och får en tid för läkarbesök, 2) ett läkarbesök görs där vårdnadshavaren redogör för behovet, 3) läkaren skriver ett intyg, som 4) lämnas till skolan och barnet får laktosfri kost. Intyget bygger i dessa fall så gott som uteslutande på vårdnadshavarens uppgifter och inkluderar inte någon undersökning. Värdet av att skolan på detta sätt involverar hälso- och sjukvården, där steg 1–3 tar tid från vården som kan användas till annat, i stället för att direkt acceptera vårdnadshavarens bedömning kan ifrågasättas. Många liknande exempel finns.

Utredningens uppfattning är dock att en sådan prövning eller omprövning av de befintliga kraven inte kommer att komma till stånd utan vidare. Regeringen behöver uppdra åt sina myndigheter att göra detta, t.ex. genom myndigheternas regleringsbrev.

Myndigheternas arbete ska samordnas

Den information eller de informationsmängder som hälso- och sjukvården kan lämna om en patient är ofta desamma oavsett vem som är mottagare av informationen (intyget). Förutsättningarna för att samordna kraven på information borde därför vara goda. Som konstaterats ovan har dock ingen ett sådant samordnande uppdrag i dag och förutsättningarna för att någon ska ta det får i nuläget bedömas som små.

Erfarenheter från regeringens arbete med att samordna information mellan myndigheter inom rättskedjan i brottmål[1], visar att endast uppdrag till myndigheterna att samordna arbetet inte är tillräckligt om inte någon har ett tydligt mandat att också leda arbetet. I det fallet tog slutligen Regeringskansliet (Justitiedepartementet) ansvar för att leda arbetet, med goda resultat.

Utredningen bedömer att Regeringskansliet (Socialdepartementet) bör ta ansvar för att leda ett samordnat arbete avseende intygen i vården. Myndigheterna bör uppdras, t.ex. i regleringsbreven, att delta i samordningsarbetet.

Myndigheternas samordnade arbete behöver bestå av flera delar. Myndigheterna behöver i samverkan identifiera de informationsmängder i intyg som är gemensamma för flera myndigheter, dvs. sådan information som man vill ha om en person som i princip är densamma. Alla sådana informationsmängder ska ensas, dvs. man ska fråga om samma saker på samma sätt. Myndigheterna behöver också i samverkan med landstingen skapa förutsättningar för att samtliga intyg kan hanteras på ett likartat sätt tekniskt och informatiskt. Det finns enligt utredningens bedömning uppenbara skäl till att sikta mot att alla intyg från hälso- och sjukvården där staten är mottagare ska hanteras på en gemensam teknisk plattform, i första hand genom den befintliga plattformen för intygstjänster som hanteras av Inera AB. Kvalitet, förutsägbarhet och kostnadseffektivitet i intygshanteringen talar för en sådan lösning.

Det befintliga utvecklingsarbete som pågår mellan Inera AB och Försäkringskassan respektive Transportstyrelsen kan tjäna som utgångspunkt för arbetet.

[1] http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2014/09/en-digitalt-sammanlankadrattskedja/

Staten bör teckna en överenskommelse med landstingen gemensamt om utvecklingsarbetet

För att åstadkomma allt detta behöver naturligtvis också landstingen vara fullt delaktiga i lösningarna. Staten bör komma överens med landstingen om förutsättningarna för det gemensamma arbetet, t.ex. genom att använda relevanta delar i sjukskrivningsmiljarden som utgångspunkt för en ny (eller utvidgad) överenskommelse.

Vilket utvecklingsbehov av den befintliga plattformen som finns är svårt att bedöma i nuläget. Antagligen är det så att det behövs en utvecklad ”arkitekturell” lösning som tar höjd för den stora mängden intygstyper som finns inom vården. Men arbetet med samordning mellan myndigheterna i informatiskt hänseende måste samtidigt innebära att en sådan lösning ska kunna bli möjlig.

Av genomgången ovan framgå att primärkommunerna genom lagstiftningen också är mottagare av en rad olika intyg. Överenskommelsen bör därför också omfatta förutsättningarna för att kommunerna kan inkluderas i arbetet.

Också andra viktiga aktörer kan behöva identifieras och eventuellt involveras i arbetet, t.ex. försäkringsbolagen.

16 Kompetensförsörjning

Sammanfattning: I avsnittet föreslår utredningen 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.

Socialstyrelsen föreslås få uppdraget att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

16.1 Nationell samordning

Utredningens förslag: Regeringen ska besluta om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i frågor om kompetensförsörjning och hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt.

Skälen för utredningens förslag: I avsnitt 6.7.2 har utredningen redogjort för de brister som finns när det gäller nationell samordning i frågor om utbildning och kompetensutveckling. Sammanfattningsvis anser vi att det är viktigt för effektiviteten inom vården att vissa utbildningsfrågor blir föremål för samverkan mellan staten, huvudmännen (landsting/regioner och kommunerna) och företrädare för vårdens professioner. På den statliga sidan krävs samverkan/representation från såväl Utbildningsdepartementet 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.
- Drivkrafter för utvecklingen av nya arbetssätt, fördelning av arbetsuppgifter m.m.

En samverkansfunktion kräver kansli- och handläggningsresurser. Det krävs bl.a. kompetens att göra prognoser över tillgång och efterfrågan av olika personalkategorier. Det krävs också omvärldsbevakning, dvs. kompetens att prognosticera utifrån förändringar i arbetssätt och tillgång till ny medicinteknik. Tillgång till projektmedel för att stimulera utveckling av arbetssätt, arbetsorganisation och kompetensutveckling skulle medföra bättre förutsättningar att genomföra uppdragen.

Regeringen har den 3 december 2015 beslutat ge ett uppdrag till Socialstyrelsen i vissa frågor som berör kompetensförsörjningen. Uppdraget omfattar bl.a. följande.

- Föreslå hur det nationella planeringsstödet (NPS) vid Socialstyrelsen kan breddas samt hur stödet kan ge största möjliga nytta för huvudmän och andra vårdgivare i planeringen av sin kompetensförsörjning.
- Bedöma om informationen om tillgång och efterfrågan på legitimerade läkare som genomgår specialiseringsutbildning (ST-läkare) kan utvecklas inom ramen för NPS.
- Överväga om NPS löpande kan kompletteras med ytterligare fördjupningar kring olika yrkeskategoriers förutsättningar och stabilitet, samt genomföra en sådan fördjupning om specialistsjuksköterskor.
- Bidra till att inom ramen för NPS skapa en mötesplats för huvudmän och andra organisationer att gemensamt diskutera planering av kompetensförsörjning ur ett nationellt perspektiv.

Uppdraget ska genomföras i samråd med bl.a. huvudmän och samt övriga berörda organisationer.

Uppdraget till Socialstyrelsen stämmer väl överens med uppdraget för den samverkansorganisation som skisserats ovan.

Utredningen ser principiellt tre olika möjligheter att organisera en samverkansfunktion (i samtliga fall förenad med kanslifunktion).

1. Ett samverkansråd
2. En stående kommitté/utredning (modell SMER)
3. Ett uppdrag till en myndighet, t.ex. Socialstyrelsen, vilket skulle kunna innebära att vidareutveckla dagens NPS

Utredningen förordar alternativ 2, som vi anser ger bäst förutsättningar att fullgöra uppdraget. En stående kommitté/utredning är fristående och ger möjlighet till en tydligare organisation än övriga alternativ. Vi tror dessutom att samverkansfunktionen är så strategiskt viktig att den bör få en närmare och starkare anknytning till regeringen än vad som är möjligt för en myndighet. Representationen bör utgöras av representanter med stark beslutsbefogenhet. Dagens NPS skulle med fördel kunna helt eller delvis integreras i kanslifunktionen. Det utvidgade uppdrag för NPS som Socialstyrelsen ska redovisa kan passa mycket väl in i en sådan kanslifunktion.

Sammansättningen av kommittén liksom utformningen av och resurserna till kanslifunktionen föreslår vi att regeringen snarast tar ställning till. Vi önskar betona att kanslifunktionen inte behöver vara särskilt omfattande och att de kompenser som krävs i princip finns inom olika myndigheter i dag, t.ex. NPS inom Socialstyrelsen. Det handlar således till stor del om att organisera på ett annat sätt. Kostnaderna torde därmed kunna begränsas.

16.2 Utred sjuksköterskeutbildningen

Utredningens förslag: Regeringen ska snarast besluta en utredning för att ta ställning till utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har i avsnitt 6.7.2 konstaterat att det finns flera skäl till att i särskild ordning utreda specialistutbildningen för sjuksköterskor. Utredningen bedömer att en utredning av specialistutbildningen även kräver en genomgång av grundutbildningen. Det vore olyckligt att inte se sjuksköterskeutbildningen som en helhet; en bra specialistutbildning kräver en bra och för ändamålet anpassad grundutbildning. Det finns dessutom enligt utredningen ytterligare skäl att se över grundutbildningen. Under 1980–90-talet skedde en kraftig förändring av sjuksköterskeutbildningen i och med omvårdnadens stärkta ställning som akademiskt ämne. Denna förändring har tillfört patienterna och vården mycket gott. Fortfarande framförs dock inte sällan åsikten att innehållet i dagens utbildning har alltför svag koppling mellan teori och praktik. Utredningen föreslår i enlighet med ovanstående resonemang att regeringen snarast tillsätter en utredning för att ta ställning till 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.

16.3 Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Utredningens förslag: Regeringen ska, i avsikt att stärka det framtida samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård, ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har bl.a. i avsnitt 6.4.4 tagit upp det bristfälliga samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård. Det framgår av internationella enkätundersökningar att svenska medborgare i betydligt mindre utsträckning än i andra jämförbara länder anger att deras ordinarie läkare blir informerad om sjukhusvistelse. I många länder är det snarast rutin att ansvarig sjukhusläkare kontaktar patientens ordinarie fasta läkarkontakt i primärvården så snart som möjligt. I Sverige sker detta sällan. Alltför ofta får patientens primärvårdsenhet information via epikris långt efter utskrivningen. Utredningen har slagit fast att gränserna mellan primärvård och sjukhusvård behöver luckras upp. Sverige skulle i större utsträckning behöva planera utifrån målgrupper och i mindre utsträckning utifrån organisation, t.ex. primärvård respektive sjukhus. En utveckling i denna riktning underlättas av om personalen inom primärvården respektive sjukhusen har insikt i och förståelse för varandras arbetsvillkor. Dessutom skapar ofta personlig kännedom förutsättningar för ett gott samarbete.

Alla läkare med svensk legitimation som genomgått AT-utbildning har tjänstgjort i primärvården. I takt med att allt fler får sin läkarutbildning i bl.a. annat EU-land, har andelen som gjort AT-tjänstgöring och därmed fullgjort tjänstgöring inom primärvården minskat. Hur detta kommer att hanteras i framtiden är tills vidare oklart och föremål för beredning i anslutning till remissbehandlingen av utredningen om framtidens läkarutbildning.

Specialister i allmänmedicin, som utgör stommen i primärvården, har i sin ST-utbildning tjänstgöring på såväl sjukhus som på vårdcentraler. Specialister inom specialiteter med huvudsaklig tjänstgöring på sjukhus, t.ex. olika intermedicinska och kirurgiska specia-

liteter, har inom ramen för sin ST-utbildning ytterst sällan tjänstgjort inom primärvården. Utredningen anser att förståelsen för primärvårdens arbetssätt och möjligheter till omhändertagande av patienter inom den egna specialiteten skulle kunna öka om man inom ramen för ST-utbildningen hade tjänstgöring vid vårdcentral. Minskningen av antalet läkare som via AT-tjänstgöring tjänstgjort inom primärvården utgör ytterligare en anledning att se över frågan. Vi föreslår därför 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.

16.4 Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar

Utredningens förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

Skälen för utredningens förslag: 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 utbildningsgivare. Vi anser att arbetet med förändringar i personalmixen skulle underlättas om det förelåg en form av standardisering och samordning av dessa utbildningar. Enklast torde detta ske genom att ge Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för dessa yrken. Med nationella kompetenskrav som utgångspunkt kan det givetvis stå olika utbildningsgivare fritt att göra lokala profileringar.

Därutöver bör huvudmännen (kommuner och landsting) stärka sitt inflytande även när det gäller yrkesutbildningarna. Vi har t.ex. erfarit att undersköterskeutbildningen på många platser är starkt profilerad mot kommunal hälso- och sjukvård. Landstingen har haft svårt att rekrytera i den bristsituation avseende sjuksköterskor som nu uppstått där man delvis försökt ”ersätta” sjuksköterskor med undersköterskor. Undersköterskan behövs definitivt även inom den

landstingsdrivna vården och möjligen hade en snedvridning kunnat undvikas om samarbetet mellan utbildningsgivare och huvudmän varit bättre.

Frågor av ovanstående karaktär skulle dessutom med fördel kunna hanteras inom ramen för en nationell samverkansfunktion mellan staten, huvudmänen och professionerna enligt ovan.

17 Forskning

Sammanfattning: I avsnittet föreslår utredningen att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.

Utredningen bedömer att hälso- och sjukvårdslagen bör ses över i syfte att förtydliga kopplingen mellan forskning och utveckling och ansvarfet för detta.

17.1 Ett förtydligat ansvar för forskning

Utredningens bedömning: Hälso- och sjukvårdslagen bör förtydligas så att ansvar för forskning- och utvecklingsfrågor förs ihop till en paragraf som tydliggör kopplingen mellan begreppen

Skälen för utredningens bedömning: I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) anges en skyldighet för alla landsting att bedriva forskning. Enligt 26 b § HSL ska landstingen och kommunerna medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor. Enligt 31 § HSL har landsting och kommuner ett ansvar att ständigt utveckla verksamheten. Inom hälso- och sjukvård ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Det finns således en skyldighet att *medverka i forskning* och en skyldighet att *utveckla verksamheten* fortlöpande. Lagen gör dock ingen koppling mellan forskningen och skyldigheten att utveckla. Som utredningen konstaterat i avsnitt 6.7.3 bör 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 högsta grad ta egna initiativ inom forskningen.

Utredningen anser att HSL bör förtydligas så att ansvaret för forsknings- och utvecklingsfrågor förs ihop till en paragraf som tydliggör kopplingen mellan begreppen. På så sätt kan också skyldigheten att bedriva forskning göras mer offensiv. En tänkbar lydelse skulle kunna vara följande.

> Landsting och kommuner ska fortlöpande bedriva forsknings- och utvecklingsarbete för att säkra kvaliteten i verksamheten. Landstingen och kommunerna ska i dessa frågor samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Utredningen bedömer dock att det av resursskäl inte är möjligt att lämna förslag i denna del. Utredningen bedömer att frågan t.ex. skulle kunna diskuteras vidare inom ramen för uppdraget till den nationella samordnaren för området livsvetenskap (dir. 2015:105).

17.2 Försök med akademisk hemsjukvård

Utredningens förslag: Regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens förslag: Ett framgångsrikt akademiskt sjukvårdssystem måste anpassa sig till vårdens förändringar innebärande bl.a. att en större del av vården utförs utanför sjukhusen. Utgångspunkten bör vara att hela det svenska vårdsystemet ingår i det akademiska systemet, dvs. såväl sluten vård som öppen vård, såväl sjukhusvård som primärvård men också den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Systemet byggs underifrån och liksom själva vården är utgångspunkten mötet mellan patient och personal. Ett akademiskt systemtänkande innebär att *alla möten i vården utgör en potentiell källa för patientnära forskning*.

I avsnitt 6.7.3 redogör utredningen för den begynnande framväxten av det akademiska sjukvårdssystemet. Primärvårdens ställning har stärkts, bl.a. genom inrättande av s.k. akademiska vårdcentraler på en del håll. Denna utveckling behöver fortsätta och förstärkas bl.a. genom att fler akademiska vårdcentraler inrättas. Inledningsvis har de akademiska vårdcentralernas uppgift till stor del handlat om utbildning i takt med att en större del av vårdutbildningarna förlags till primärvården. Det är viktigt att fortsatt stärka forskningsinslaget.

En växande del av hälso- och sjukvården utförs i kommunerna. Det är angeläget att även denna del av vården ingår i ett akademiskt sjukvårdssystem. Det är en utmaning eftersom forskningstraditionen är mycket svagare utvecklad i den kommunala sfären än inom landstingens hälso- och sjukvård. Utredningen föreslår en försöksverksamhet med ”akademisk hemsjukvård”. Med fördel skulle sådan verksamhet kunna knytas till framgångsrika exempel på samverkan mellan kommun och landsting. Att bygga upp akademiskt präglad verksamhet i kommunerna kommer att kräva starkt stöd från universitetssjukvården. Det är viktigt påpeka att det är meningslöst kasta ut pengar utan att man försäkrat sig om att det finns handledarkompetens och annat infrastrukturellt stöd.

Utredningen föreslår därför att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag i form av stimulansbidrag i syfte att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård. t.ex. genom att stödja tillkomsten av akademisk hemsjukvård och akademiska särskilda boenden.

Del C

Övrigt

18 Ikraftträdande och genomförande

Utredningens förslag: Ändringarna i kommittéförordningen, myndighetsförordningen och förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning föreslås träda i kraft den 1 januari 2017.

Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, kommunallagen, patientlagen och förordningen om vårdgaranti föreslås träda i kraft den 1 juni 2018.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens uppdrag handlar om att analysera och ge förslag på åtgärder som kan vidtas av staten, landsting och kommuner för att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet. En nationell samordnare har normalt ett uppdrag i ett område som är komplext, spänner över ett brett fält eller annat som gör att den exakta åtgärden inte kan ringas in på förhand i samband med att uppdraget ges, som det normalt är vid tillsättandet av en särskild utredare eller en parlamentariskt tillsatt kommitté. Uppdraget är således inte specificerat till en viss lagstiftningsåtgärd eller att lösa en viss avgränsad problematik, t.ex. en viss paragraf eller en ny lag som ska ersätta något annat. Vi menar att en sådan beskrivning också är kännetecknande för vårt uppdrag.

Utredningen har mot bakgrund av detta valt att lämna lagförslag på åtgärder som utredningen menar skulle förbättra förutsättningarna för ett effektivare resursutnyttjande. Flera av utredningens förslag är juridiskt-tekniskt komplicerade och flera av förslagen hänger samman med annan lagstiftning som kan komma att behöva ändras för att möjliggöra utredningens förslag. Vidare utredning eller andra lagstiftningsåtgärder kan således bli aktuella innan utredningens förslag fullt ut kan genomföras. Ändringarna i hälso- och sjuk-

vårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453), kommunallagen (1991:900), patientlagen (2014:821) och förordningen (2010:349) om vårdgaranti hänger samman med varandra. De kan dock brytas ut i delar om regeringen bedömer att delar av utredningens förslag inte ska genomföras, eller behöver vidare utredning. För att ge utrymme för eventuella kompletteringar samt eventuella förberedelser hos huvudmännen föreslås ändringarna i denna del träda i kraft den 1 juni 2018.

Av innovationsrådets slutbetänkande (SOU 2013:40) framgår att rådet rekommenderar en ökad användning av försökslagstiftning. Utredningen menar att utredningens förslag även kan övervägas genomföras som försökslagstiftning.

Utredningen bedömer att övriga författningsförslag i kommittéförordningen (1998:1474), myndighetsförordningen (2007:515) samt förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning inte är av den mer komplicerade karaktär som ovan nämnda förslag. De föreslås därför träda i kraft redan den 1 januari 2017.

19 Konsekvensanalyser

Sammanfattning: I avsnittet redovisas konsekvenserna av utredningens förslag.

Vissa av förslagen innebär en inskränkning av det kommunala självstyret.

19.1 Förslagens konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningen hänvisar till vad som anförs om förslagen och relationen till det kommunala självstyret under respektive avsnitt, se avsnitt 8.2.1, 9.6 och 10.1.

19.1.1 Många av utredningens förslag påverkar landstingens och kommunernas organisering av tjänsterna och utgör en inskränkning av det kommunala självstyret

Gemensamt för många av utredningens förslag är att de har karaktären av strukturskapande styrning enligt den modell som Statskontoret tagit fram, se avsnitt 6.1.2. Det avser i synnerhet förslagen till nya huvudprinciper för organiseringen av hälso- och sjukvården, ett nationellt utformat uppdrag för primärvården, att primärvården ska organiseras i allmän och riktad primärvård, landstingens skyldighet att gemensamt planera och utföra uppgifter, samt att kommuner och landsting ska utföra hälso- och sjukvård och socialtjänst gemensamt för äldre med omfattande behov. Sammantaget bedömer utredningen att de föreslagna åtgärderna innebär ingrepp i det kommunala självstyret eftersom samtliga förslag innebär mindre frihet för huvudmännen att organisera verksamheten. Motiven för

inskränkningarna och varför andra mindre ingripande åtgärder inte föreslås, redovisas under respektive avsnitt.

19.1.2 Förslag som innebär en vidgning av handlingsutrymmet och därmed har en positiv verkan på självstyret

Utredningens förslag om förändringar i vårdgarantin och att ge kommuner möjlighet att ansvara för läkarvård i lägre grad påverkar kommuners respektive landstings egna möjligheter att styra verksamheterna. Förändringarna påverkar således självstyret i positiv riktning.

19.1.3 Utredningens proportionalitetsbedömning

Utredningen i avsnitt 6.1.4 redovisat den huvudsakliga karaktären av den statliga styrningen samt i avsnitt 9.1 redogjort för innovationsrådets bedömning av utvecklingen av styrningen för offentlig sektor. Nära sammanhängande med detta är statens möjligheter att styra sjukvården. Det gängse sättet för staten är att styra sektorsvis och enligt stuprörslogiken. I dessa fall görs en avvägning av åtgärden i förhållande till det kommunala självstyret och en proportionalitetsbedömning görs. När åtgärden är i form av handläggningskrav eller administrativa rutiner är prövningen mindre komplicerad, det anses enligt praxis som marginella intrång i självstyret och kan då passera en proportionalitetsbedömning. När åtgärden rör mer strukturskapande styrning behöver prövningen mot proportionalitetsprincipen bli annorlunda och mer omfattande. Utredningens förslag i betänkandet på särskilt följande områden berör strukturfrågor i kommun och landsting.

1. Styrprinciper för hälso- och sjukvården
2. Primärvårdens uppdrag och organisering
3. Sammanhållen vård och socialtjänst
4. Förändringar av vårdgarantin

Proportionalitetsbedömning avseende 1–3 redovisas i samband med respektive avsnitt, se avsnitt 7.2, 8.2.1 och 9.6. Sammanfattningsvis anser utredningen att de föreslagna ingreppen i det kommunala

självstyret är försvarliga och att inga andra styrmedel eller åtgärder kan ge det avsedda resultatet.

De av utredningen föreslagna ändringarna i vårdgarantin uppfattar utredningen som att det *minskar* ingreppet i det kommunala självstyret eftersom graden av detaljstyre minskar. den föreslagna ändringen i denna del är således i positiv riktning avseende landstingens möjlighet att organisera verksamheten.

19.2 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för landstingen och regleringar enligt Finansieringsprincipen

Landstingen föreslås få en skyldighet att planera och utföra uppgifter gemensamt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Utredningen vill understryka att skyldigheten att samarbeta kring gemensamma lösningar syftar till att de gemensamma resurserna ska användas *mer effektivt* och bedöms därför inte i sig skapa utgifter som inte vart och ett av landstingen ändå hade haft. Av förslaget följer således inga kostnader som utlöser en reglering enligt finansieringsprincipen.

Förslaget om sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst innebär en skärpning av planeringsarbetet för huvudmännen. Det ska ställas i relation till att sådant planeringsarbete ytterst syftar till en mer obyråkratisk och smidigare verksamhet. Förslagen anses därför inte totalt sett generera merarbete eller ökade kostnader. Snarare visar erfarenheterna från de goda exempel som utredningen studerat att kostnaderna kan minska väsentligt om patienten/brukaren ges ett sammanhållet omhändertagande.

I övrigt har utredningens arbete syftat till åtgärder för ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Utredningen kan inte se att förslagen i någon del innebär att landstingen eller kommunerna tillförs nya uppgifter, ökade kvalitetskrav eller nya skyldigheter som skulle leda till högre kostnader. Någon reglering enligt finansieringsprincipen blir således inte aktuell.

Däremot påverkar förslagen avseende primärvårdens uppdrag och organisation (avsnitt 8) landstingen på så sätt att resurser behöver överföras från sjukhusvård till primärvård. Detta föranleder enligt utredningens bedömning ingen ny uppgift. Utredningens

bedömning är att landstingen med denna åtgärd ges bättre förutsättningar att nyttja sina resurser mer effektivt än i dag.

Utredningen föreslår att tidsgränsen för vårdgarantin i primärvården skärps från nuvarande 7 dagar till 3 dagar. Utredningen föreslår samtidigt att den nuvarande besöksgarantin till läkare i primärvården ändras till en professionsneutral bedömningsgaranti. Med hänsyn dels till att över 80 procent av patienterna redan i dag kan få ett besök hos läkare inom 3 dagar och dels till att utredningens förslag innebär att fler kompetenser kan användas för att uppfylla vårdgarantin i primärvården bedömer utredningen att skärpningen av tidsgränsen inte kommer att medföra ökade kostnader för landstingen som ska regleras i enlighet med finansieringsprincipen. Utredningen bedömer att särskilt primärvården, som i internationell jämförelse har en stor bredd av professioner, är väl rustad att klara denna förändring.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna och regleringar enligt Finansieringsprincipen

Förslaget i avsnitt 9 avseende kommunens skyldighet att utföra vård och socialtjänst gemensamt med landstinget avseende äldre med omfattande behov innebär ingen utvidgning av ansvar eller ny uppgift för kommunerna. Ansvaret med nu gällande lagstadgade kvalitetskrav ligger fast. Lagregleringen tar sikte på *organiseringen* av verksamheten. Detta bedöms inte generera merkostnader för kommunerna. Förslaget om sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst innebär en skärpning av planeringsarbetet för huvudmännen. Detta ska ställas i relation till att sådant planeringsarbete ytterst syftar till en mer obyråkratisk och smidigare verksamhet. Förslagen anses därför inte totalt sett generera merarbete eller ökade kostnader.

Förslaget att vidga kommunernas möjlighet att ansvara för läkarvård ska inte innebära ökade kostnader för kommunerna. Om kommunen ska överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i enlighet med utredningens förslag förutsätts att landstinget som huvudman för läkarvården ersätter kommunen för läkarvården.

Någon reglering enligt finansieringsprincipen blir således inte aktuell.

19.2.1 Ekonomiska konsekvenser av riktad primärvård och sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningens förslag syftar till ett effektivare resursutnyttjande och ska inte ses som förslag som ökar kostnaderna för någon part. Förslagen att både samla ansvar och att förbättra samverkan mellan verksamheter inom kommuner och landsting kring den enskildes vård och omsorg innebär totalt sett inga nya samhällsekonomiska åtaganden. Kommuners respektive landstings ansvar och ambitionsnivåer för dessa uppdrag är redan reglerade i respektive lagstiftning. Utredningens förslag handlar om *organisering av utförandet* av dem och ökar varken ansvaret eller ambitionsnivån i juridisk mening. Utredningen bedömer att de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna är att verksamheten utförs till samma kostnad som i dag men att kommunen kommer att skapa kvalitetsvinster för patienten/brukaren. För landstingens del handlar det om att resurser i form av kompetens måste överföras från sjukhusvård till primärvård, både den allmänna primärvården och den riktade primärvården. Utredningens utgångspunkt är detta är ett effektivare resursutnyttjande än i dag eftersom ändrade arbetssätt kommer att minska undvikbar slutenvård.

19.2.2 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningen gör följande bedömningar när det gäller de förslag som riktas till regeringen och dess myndigheter.

Gemensam satsning på verksamhetsstöden

Utredningen bedömer i avsnitt 14.3 att staten och huvudmännen i samverkan bör göra en bred satsning på verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården i syfte att bl.a. skapa förutsättningar för att huvudmännen gemensamt ska kunna få fram nya lösningar och ta bort gamla system samt främja tillämpningen av standarder i syfte att öka interoperabiliteten mellan IT-stöd inom hälso- och sjukvården. De övergripande målen med satsningen böra vara att stärka patientsäkerheten och öka effektiviteten. Utredningen bedömer att staten för detta ändamål bör avsätta minst 500 miljoner kronor årligen

med åtagande från huvudmännen att satsa minst lika mycket. Utredningen bedömer att den statliga delen bör finansieras genom professionsmiljarden som föreslås i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1), *utgiftsområde 9, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.*

Center för informationsstruktur och informatik

Utredningen föreslår i avsnitt 14.5.5 att ett center för informationsstruktur och informatik inrättas. Centret skapas genom att utöka det redan befintliga centret för informatik. Utredningen har beaktat dels kostnaderna för det redan befintliga centret, dels att centret organiseras enligt nätverksprincipen med hög grad av deltagande av personal som är anställda i landsting och som inom ramen för det uppdraget bidrar med kompetens till centret. Utredningen bedömer att kostnaderna för den tillkommande delen kommer att vara ca 3,5 miljoner kronor per år, varav merparten avser löner. Utredningen föreslår att centret finansieras genom professionsmiljarden som föreslås i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1), *utgiftsområde 9, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.*

Projektstöd

Utredningen föreslår i avsnitt 14.5.5 att det tas fram nationella dokumentationsstrukturer på ”klinisk nivå” (mallar) för patientprocesser, avsedda att användas direkt i verksamheternas system. Utredningen föreslår att regeringen lämnar ekonomiska bidrag till specialistföreningar och andra professionsföreningar, som ska sätta upp förutsättningarna för strukturerad dokumentation och bidra med praktiskt arbete. Utredningen föreslår ett stöd med 20 miljoner kronor årligen lämnas och att det hanteras genom det föreslagna centret för informationsstruktur och informatik. Utredningen föreslår att bidragen finansieras genom professionsmiljarden som föreslås i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1), *utgiftsområde 9, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.*

Socialstyrelsens arbete med vägledning

I avsnitt 14.5.4 föreslår utredningen att staten (Socialstyrelsen) ska förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen föreslås permanenta och skala upp det tillfälliga, utåtriktade vägledande och stödjande arbetet avseende vårddokumentation. Socialstyrelsens arbete bedöms kunna göras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

I avsnitt 11.5 föreslår utredningen att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med huvudmännen och andra aktörer intensifiera informations- och vägledningsinsatser när det gäller möjligheterna till ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter. Socialstyrelsens arbete bedöms kunna göras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Hälsobiblioteket

Utredningen föreslår i avsnitt 14.6.1 att regeringen i samarbete med huvudmännen ska 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. Utredningen gör också bedömningen att regeringen bör besluta en genomförandeorganisation med uppdraget att besluta den närmare hemvisten för hälsobiblioteket samt en organisation för att besluta vad som ska ingå i biblioteket och hur det ska upphandlas, när det relevant.

Kostnaden för ett hälsobibliotek är svår att bedöma av ett antal olika skäl. Främst är det är svårt att bedöma hur mycket offentliga och privata vårdgivare i dag sammanlagt betalar för den typ av prenumerationer som i stället skulle kunna erbjudas genom hälsobiblioteket. Med undantag för sjukvårdsbibliotekens samarbete Eira, som främst samlat erbjuder elektroniska tidskrifter, är tillgången till olika typer av kunskapsstöd fragmenterad och olikartad. I vissa fall finns landstingsövergripande upphandlingar, i många andra fall sker inköp på kliniknivå. Uppskattningar i samband med införandet av det norska helsebiblioteket ger dock vid handen att potentialen

till besparingar genom att samla många små inköp till ett samlat inköp kan vara mycket stor.[1] Kostnaden för hälsobiblioteket beror också på hur många prenumerationer på tjänster som man slutligt väljer att köpa in samt vilka avtal med leverantörer av tjänsterna man träffar. Ambitionsnivån kan således sättas olika högt och det är viktigt att det (liksom i Norge) sker en redaktionell bedömning av vad som är mest relevant för hälso- och sjukvården att få tillgång till. Utredningen uppskattar att de samlade kostnaderna för hälsobiblioteketet kan motsvara ca 60 miljoner kronor årligen. Regeringen bör så långt möjligt söka få till stånd en delad finansiering av hälsobiblioteket med huvudmännen. Utredningen föreslår att statens del kostnaderna finansieras genom professionsmiljarden som föreslås i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1), *utgiftsområde 9, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.*

Kostnaden för genomförandeorganisationen bör finansieras inom Regeringskansliets kommittébudget.

Stående kommitté för kompetensförsörjning

I avsnitt 16.1 föreslår utredningen att regeringen beslutar om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i frågor om kompetensförsörjning och hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt. Sammansättning av kommittén liksom utformning av och resurser till kanslifunktionen föreslår utredningen att regeringen snarast tar ställning till. Kostnaderna bedöms kunna finansieras bl.a. genom omfördelning från Socialstyrelsens arbete med det Nationella planeringsstödet.

Utredning av sjuksköterskeutbildningen

I avsnitt 16.2 föreslår utredningen att regeringen snarast beslutar en utredning för att ta ställning till utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning. Utredningen bedöms kunna finansieras genom Regeringskansliets kommittébudget.

[1] Uppgifter till utredningen vid intervju med företrädare för det norska helsebiblioteket i maj 2014.

Utredning av målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning

Utredningen föreslår i avsnitt 16.3 att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården. Uppdraget bedöms kunna finansieras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Akademisk hemsjukvård

I avsnitt 17.2 föreslår utredningen att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen bedömer att bidragen kan finansieras t.ex. genom omfördelning av de anslag som Vetenskapsrådet delar ut.

Kompetenskrav för undersköterskor och medicinska sekreterare

I avsnitt 16.4 föreslår utredningen att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer. Det innebär ett nytt uppdrag för myndigheten som kan bedömas vara relativt omfattande. Utredningen bedömer att kostnaden för detta kan uppgå till ca 2 miljoner kronor årligen under en tvåårsperiod. Utredningen föreslår att uppdraget finansieras genom professionsmiljarden som föreslås i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1), *utgiftsområde 9, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.*

19.3 Andra konsekvenser

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet. Inte heller vad gäller möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

19.3.1 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningens förslag ska i stor utsträckning uppfattas som att de anger en riktning men inte är detaljstyrande. Utredningen har försökt balansera mellan å ena sidan en tydlighet i vad som eftersträvas men å andra sidan att inte ange detaljer för hur det ska uppnås och utföras. När det gäller de förslag som utredningen lägger som är att betrakta som strukturskapande styrning är det viktigt att huvudmän, verksamheter och professionella ges tillräckligt utrymme för lokal anpassning. Förslagen kommer att få något olika lösning beroende på geografi, befolkningsstruktur, tillgång till kompetens och patienters/brukares behov och önskemål.

Utredningens rekommendationer vad gäller virtuella vårdcentraler kan, rätt utformade, ge nya möjligheter till offentlig service i glesbygd då servicen kan ges utan att patienten behöver transportera sig för att möta vården.

19.3.2 Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags

Förslaget om kommun och landstings skyldighet att utföra sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst kan få konsekvenser för företagens tjänsteutbud. Kommun och landsting som önskar anlita en extern utförare kan i sådana fall endast anlita utförare som kan erbjuda tjänster som kommunen och landstinget har bestämt ska ingå. Stora företag kan, i kraft av sin storlek, ha lättare att bredda sitt tjänsteutbud. För små företag kan det vara en utmaning. Samtidigt innebär utredningens förslag en betoning på multiprofessionella team och mikrosystem som utredningen bedömer kan vara särskilt gynnsam för små företag. Gemensam upphandling av sam-

manhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst kan skapa förutsättningar för organisatoriska innovationer, t.ex. genom att små leverantörer av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst går samman och skapar nya tjänstekoncept. En sådan utveckling saknas i dag på grund av avsaknaden av incitament till att ta fram nya lösningar.

19.3.3 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

På ett objektivt plan torde inte utredningens förslag påverka jämställdheten mellan kvinnor och män. Dock är en majoritet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal kvinnor, därmed kan utredningens förslag få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor. Såvitt utredningen kan bedöma har dock utredningens förslag ingen påverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män i *menlig* riktning.

Indirekta jämställdhetskonsekvenser – sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningens förslag som rör gemensamt utförd verksamhet för äldre med omfattande behov syftar till att avsevärt förbättra insatserna för denna målgrupp. En majoritet av dessa är kvinnor.

Utredningen vill i sammanhanget beskriva att förslaget kan komma att få konskevenser för jämställdheten ur perspektivet närståendes insatser. I rapporten *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* från Institutionen för socialt arbete,[2] dras slutsatsen att en väl utbyggd och väl fungerande äldreomsorg är en förutsättning för att anhöriga till omsorgsbehövande äldre ska kunna förvärvsarbeta och försörja sig på samma villkor som andra. Studien visar att 42 procent av både kvinnor och män i medelåldern ger anhörigomsorg minst en gång i månaden. I genomsnitt ger kvinnor 5,4 timmar hjälp i veckan, män 3,8 timmar. Det är således lika vanligt att män som kvinnor är omsorgsgivare, men det är fler kvinnor än män som ger omfattande omsorg: 6 procent av kvinnorna och 4 procent av männen i befolkningen hjälper en närstå-

[2] 2014:1 Marta Szebehely, Petra Ulmanen & Ann-Britt Sand.

ende varje dag. I den gruppen ger kvinnorna i genomsnitt 19 timmar hjälp i veckan, männen närmare 13 timmar. Denna rapport visar att anhörigomsorg i dagens Sverige har betydande konsekvenser för omsorgsgivarnas välbefinnande, vardagsliv, arbete och ekonomi. För både kvinnor och män gäller att ju mer omsorg man ger, desto större är risken att drabbas.

Samtidigt är det vanligare bland kvinnor än bland män att omsorgsgivandet leder till negativa konsekvenser på en rad områden. Den allvarligaste formen av påverkan på arbetslivet är att minska sin arbetstid eller sluta arbeta helt. Av dem som ger anhörigomsorg minst en gång i månaden har 13 procent av kvinnorna och 8 procent av männen minskat sin arbetstid, sagt upp sig eller gått i pension tidigare än planerat som en konsekvens av omsorgsgivandet. Av de som ger daglig hjälp är motsvarande andelar 32 procent av kvinnorna och 27 procent av männen.

Uppräknat till befolkningen har drygt 90 000 kvinnor och drygt 50 000 män i åldrarna 45–66 år minskat sin arbetstid eller lämnat sitt arbete på grund anhörigomsorg. Många får minskade inkomster som en följd av anhörigomsorg, av dem som ger anhörigomsorg minst en gång i månaden har 16 procent av kvinnorna och 11 procent av männen fått minskade inkomster på grund av omsorgsgivande. Av dem som ger daglig hjälp är motsvarande andelar 40 procent av kvinnorna och 32 procent av männen. Uppräknat till befolkningen har 114 000 kvinnor och 75 000 män i åldrarna 45–66 år fått minskade inkomster på grund av anhörigomsorg. I rapporten dras även slutsatsen att kvinnors välbefinnande och vardagsliv påverkas mer än mäns av att ge anhörigomsorg.

Hur vård och omsorgen runt äldre fungerar är således inte bara en fråga för enskilda individer som behöver hjälpen och de offentliga institutionerna. Det är i högsta grad en fråga som får konsekvenser för närstående och där det med dagens strukturer av anhörigomsorg får olika konsekvenser för kvinnor och män. Utredningen bedömer att förslagen kan påverka strukturerna mot att jämna ut dessa skillnader.

19.3.4 Konsekvenser för den administrativa belastningen inom offentligfinansierad verksamhet.

En viktig del i uppdraget har varit att analysera och föreslå åtgärder för att minska den administrativa belastningen för hälso- och sjukvården. Några av de åtgärder utredningen själv föreslår kan komma att innebära administrativa uppgifter, dock innebär samtliga dessa att administrativ belastning minskar i något annat avseende.

Krav på gemensamt utförd verksamhet

Utredningen föreslår en skyldighet för huvudmännen att gemensamt utföra hälso- och sjukvård och socialtjänst för äldre med omfattande behov. För denna verksamhet ska det för varje år fastställas budget och en plan. Detta innebär en ny administrativ uppgift. Åtgärden bedöms dock minska den administrativa belastningen då den kommer att leda till ökad kontinuitet och därmed minskar behovet av skriftlig informationsöverföring mellan olika aktörer. Åtgärden torde också minska behovet av avtal som reglerar ekonomiska mellanhavanden och praktiska arbetsrutiner mellan olika verksamheter. Förslaget syftar till att vården ska fungera bättre runt denna målgrupp som är storkonsumenter av vård och därmed minska behovet av akuta åtgärder och undvikbara slutenvårdsvistelser. Sådan undvikbar vår renderar också administration inte minst i samband med utskrivning från slutenvård.

Ändring i vårdgarantin

Utredningen föreslår en ändring i vårdgarantin som innebär att det är tiden fram till den medicinska bedömningen som ska mätas och inte som i dag tid till läkarbesöket. Då landstingen är skyldiga att rapportera uppgifter till en nationell väntetidsdatabas kommer detta innebära att inrapporteringsrutiner måste ändras, detta kommer rendera visst administrativt arbete av engångskaraktär. Såvitt utredningen kan bedöma blir dock konsekvenserna mycket begränsade eftersom insamling av data i hög grad sker automatiskt.

Huvudmännen ska ange övergripande principer för dokumentation i vården

Utredningen föreslår att Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården ska ändras så att huvudmännen får en skyldighet att ange övergripande principer för dokumentation vården och ansvaret för att det ska ske. Utredningen bedömer att det arbete med dokumentationen som behöver genomföras inte i sig innebär ett administrativt arbete, utan att det snarare är ett arbete för att ändra arbetssätten i respektive verksamhet. Genom ett sådant arbete bedömer utredningen att den administrativa belastningen på hälso- och sjukvårdens personal kan minska.

20 Författningskommentar

20.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 g §

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. en medicinsk bedömning inom primärvården (bedömningsgaranti),

3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och

4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 11.2, avser innehållet i besöksgarantin inom vårdgarantin enligt 3 g § *första stycket andra punkten*. Den nuvarande lydelsen ”besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti)” ändras till ”en medicinsk bedömning inom primärvården (bedömningsgaranti)”. Med uttrycket ”medicinsk bedömning” avses att det ska vara en bedömning som görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Samma uttryck används i nuvarande 2 a § tredje stycket, där det anges att ”varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.” Utformningen är ”professionsneutral”, dvs. det ska inte längre krävas att det är en läkare som gör bedömningen (eller tar emot besöket i den tidigare lydelsen) utan bedömningen kan göras av andra yrkes-

kategorier som har tillräcklig kompetens för att göra en medicinsk bedömning. Det krävs således inte att det är en legitimerad yrkesgrupp som gör bedömningen, jämför 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Det avgörande är att kraven på god vård enligt 2 a § första stycket i denna lag uppfylls, bl.a. i form av patientsäkerhet.

Ändringen innebär vidare att vårdgarantin inte längre ska förutsätta att den enskilde ska göra ett ”besök” i primärvården. Bedömningen kan i stället göras på olika sätt oberoende av plats eller teknik, exempelvis i den enskildes hem, över telefon, genom säkra lösningar för videomöten eller genom andra tjänster eller förmedlingsformer som kan komma att utvecklas. I många fall kommer det fortsatt vara så att det behövs att ”fysiskt” besök på t.ex. en vårdcentral för att kunna göra en medicinsk bedömning och i så fall hindrar lydelsen inte det.

Regeringen kan redan i dag enligt andra stycket meddela föreskrifter om bl.a. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld. Utredningen föreslår att tidsramen för vårdgarantin i denna del ändras genom en ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti, se vidare kommentaren till det förslaget.

5 §

Landstinget ska ordna hälso- och sjukvården nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera hälso- och sjukvården av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vård som inte kan ges i öppen vård ges som sluten vård. Sluten vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Ändringen behandlas i avsnitt 7.2. I paragrafen anges vägledande principer för hur landstingen ska organisera hälso- och sjukvården. Huvudprincipen är att vården ska ordnas ”nära” befolkningen. Med detta avses för det första geografisk närhet, dvs. vården ska vara lätt tillgänglig var än man bor. Detta kan som i dag innebära att vården organiseras med en god spridning över landet i form av t.ex. vårdcentraler. Det kan också innebära att telemedicin, annan distansoberoende teknik eller mobila vårdeneheter används, särskilt på platser där det av geografiska och demografiska skäl är omöjligt att upprätthålla en ”fysisk” närhet i vårdutbudet. För det andra

avses att det ska vara lätt att kontakta vården med tydliga kontaktvägar för patienten och där vården och de som verkar i vården har ett bemötande (språk och framtoning, m.m.) som gör det lätt för patienter att söka sig till vården. För det tredje avses med begreppet *nära* att vården ska innefatta ett servicetänkande som gör det lätt att få frågor besvarande eller att på andra sätt interagera med vården, t.ex. med digitala hjälpmedel.

Från huvudregeln om att ordna vården nära befolkningen kan göras undantag om det är ”motiverat att koncentrera hälso- och sjukvårdstjänsterna av kvalitets- eller effektivitetsskäl”. Uppenbara sådana fall är när det finns behov av hög grad av specialisering eller att samla sådana komptenser, att ha tillgång till utrustning som är dyr eller andra sådana typiska faktorer som redan i dag innebär att vården ges på sjukhus för att patienterna ska kunna erbjudas god vård.

Vidare anges i den nya lydelsen att ”vård som inte kan ges i öppen vård ges som sluten vård”. Detta innebär att vården som huvudprincip ska ges i öppen vård och endast när det inte är möjligt ska vården ges som sluten vård. Detta innebär en kodifiering av praxis och är ett uttryck för skyldigheten att ha en god ekonomisk hushållning enligt 8 kap. 1 § kommunallagen (1991:900) och den allmänna princip om att vård ska ges på ”lägsta effektiva vårdnivå” som formulerats inom hälso- och sjukvården.

Slutligen innebär förslaget till ändring att ”sluten vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats”. Detta innebär en utvidgning jämfört med den nuvarande lydelsen men överensstämmer med den praktiska tillämpningen i dag. Det ska således inte längre vara avgörande för begreppet sluten vård att platsen där patienten vistas kallas sjukhus. En legaldefinition av ”sjukhus” saknas. Det intressanta är i stället innehållet i den tjänst som patienten får. I Socialstyrelsens termbank anges angående termen sluten vård att ”bedömningen av vilka tillstånd som kräver sluten vård varierar över landet. Sluten vård bedrivs dygnet runt och kräver inskrivning.” I många eller de allra flesta fall kommer sluten vård även fortsättningsvis säkerligen att innebära vård på sjukhus men även mellanvårdplatser eller andra platser kan tänkas. Även patientens hem är fullt tänkbart som en plats för sluten vård. I dag tillämpas begreppet bl.a. så att när patienten är inskriven i sluten vård ges ”permission” till hemmet utan att slutenvården upphör.

Det nuvarande *första stycket* upphävs delvis och flyttas delvis med vissa justeringar till annan paragraf.

Det nuvarande *andra–fjärde stycket* flyttas med vissa justeringar till den nya 5 b § andra–fjärde stycket, se kommentaren till den paragrafen.

5 a §

Primärvården ska

1. vara befolkningens första kontakt med vården,

2. vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar,

3. ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov,

4. ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus,

5. remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och

6. se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Paragrafen, som är ny och behandlas i avsnitt 8.2, anger primärvårdens uppdrag. Enligt *första punkten* ska primärvården vara *befolkningens första kontakt med vården*, vilket innebär att det alltid är primärvården som man ska vända sig till i första hand, för alla sorters vårdbehov.

Enligt *andra punkten* ska primärvården vara ”lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar”, vilket innebär att befolkningen alltid ska kunna komma i kontakt med vården oavsett tid på dygnet. Det kan innebära att det befintliga 1177, som ger rådgivning dygnet runt, bör betraktas som en del av primärvården, vilket väl överensstämmer med den praktiska tillämpningen där 1177 alltmer framstår som befolkningens förstahandskontakt med vården. Andra tillämpningar är också möjliga, bl.a. med hänsyn till primärvårdens akutuppdrag, se nedan.

I *tredje punkten* anges att primärvården ska ”ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov”. Uppdraget motsvarar i allt väsentligt det uppdrag för primärvården som anges i nuvarande 5 § första stycket. En ändring är dock avgränsningen av primärvårdens uppdrag. I den

nuvarande lydelsen anges att primärvården ska ansvara för ”grundläggande” åtgärder som ”inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. De nuvarande begreppen återspeglar inte de patienter – med t.ex. flera kroniska sjukdomar, stor läkemedelanvändning och ofta både komplicerade och komplexa tillstånd – som primärvården tar om hand. Åtgärderna i primärvården är i de fallen inte grundläggande och inte heller kan det sägas att det inte krävs särskild kompetens. Avgränsningen av primärvårdens uppdrag bör därför vara att ansvaret omfattar åtgärder ”för de allra flesta vårdbehov”. Vissa vårdbehov kan vara för svåra, kritiska eller ovanliga för att hantera i primärvården men den närmare skiljelinjen behöver dras på lokal nivå.

Enligt *fjärde punkten* ska primärvården ”ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus”. Uppdraget innebär i denna del att primärvården har förstahandsansvaret för akut hälso- och sjukvård. Ett sådant ansvar tas i många fall av primärvården redan i dag i Sverige (bl.a. genom en mängd befintliga närakuter) och är vanligt i andra länder. Uppdraget att upprätthålla primärvårdens ansvar för akut vård kan utföras t.ex. genom att upprätta jourssystem för primärvården i samarbete mellan flera vårdcentraler eller på andra sätt. Med en uppenbar koppling till detta led i primärvårdens uppdrag anges i den nya 5 c § att ”för akut hälso- och sjukvård på sjukhus krävs remiss om det inte finns särskilda skäl”, se kommentaren till den paragrafen nedan.

Enligt *femte punkten* ska primärvården ”remittera till annan vård vid behov, samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten”. Detta är endast är en kodifiering av det uppdrag som primärvården har redan i dag.

I *sjätte punkten* anges att primärvården ska ”se till patientens samlade förutsättningar och behov”. Uppdraget är en kodifiering av den holistiska syn på patienten som i dag utmärker primärvården och som bl.a. kommer till uttryck i att primärvården är multiprofessionell.

5 b §

Landstinget ska organisera primärvården i form av allmän och riktad primärvård.

Landstinget ska organisera den allmänna primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Landstinget ska organisera den riktade primärvården så att den för äldre med omfattande behov utförs gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Bestämmelser om val av utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst finns i 26 f §.

I paragrafen, som är ny och behandlas i avsnitt 8.2.2, 8.2.3 och 9.4, anges hur landstingen ska organisera primärvården.

I *första stycket* anges att primärvården ska organiseras i ”allmän och riktad primärvård”. Den allmänna primärvården motsvarar i allt väsentligt dagens primärvård. Den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdens uppdrag för äldre med omfattande behov, se nedan kommentaren till femte stycket.

I *andra–fjärde stycket* anges hur den allmänna primärvården ska organiseras. Innebörden är densamma som i den nuvarande 5 § andra–fjärde stycket, vilka har först över till denna paragraf med någon mindre språklig justering men utan några innehållsmässiga ändringar. ”Primärvården” föreslås ändras till ”den allmänna primärvården”. Det innebär att den riktade primärvården inte omfattas av bestämmelserna om vårdvalssystem i andra-fjärde stycket.

I *femte stycket* anges närmare hur den riktade primärvården ska organiseras. Den riktade primärvården omfattar målgruppen äldre

med omfattande behov. Målgruppen har inte definieras närmare eftersom det är nödvändigt att huvudmännen enas om mer exakt vilken målgrupp som den gemensamma verksamheten ska rikta sig till. Den gemensamma verksamheten bör således kunna vara olika i olika delar av landet. Det t.ex. kan handla om äldre som har samtidigt behov av omfattande insatser från både hälso- och sjuvården och socialtjänsten, t.ex. på grund av flera sjukdomar eller andra tillstånd.

Landstingen ges en skyldighet att organisera den riktade primärvården så att den utförs ”gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst”. ”Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst”. En motsvarande skyldighet för kommunen beträffande hälso- och sjukvården förs samtidigt in i 18 § HSL samt beträffande socialtjänsten i 5 kap. 6 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453). Landsting och kommun ges således skyldighet att gemensamt utföra verksamheten för de utpekade grupperna. ”Gemensam verksamhet” innebär att både landstingets riktade primärvård kommunens hälso- och sjukvård för målgruppen ingår, att det finns en gemensam verksamhetsplan samt en ledning som ansvarar för helheten, liksom en gemensam uppföljning av verksamhetens resultat. Den gemensamma verksamheten ska bilda en organisatorisk helhet oavsett hur huvudmännen väljer att i rättslig mening driva den gemensamma verksamheten.

”Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst” innebär en vård där kommuner och landsting samverkar med den äldre i centrum. Vården och omsorgen ska ha sin utgångspunkt i den sjuka äldres behov och vara individanpassad, samordnad och kontinuerlig över specialitets-, professions- och organisationsgränser. Begreppet socialtjänst i detta sammanhang har samma innebörd som 2 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, dvs. en vid innebörd. I praktiken torde det dock i regel handla om hemtjänst och/eller särskilt boende. Det handlar inte om vilka insatser den enskilde har och enligt vilket lagrum, utan om behovet av att de olika insatserna hänger samman och ges på ett sammanhållet sätt. Övriga krav enligt denna lag och socialtjänstlagen (2001:543) samt annan lagstiftning finns redan i verksamheten.

I *sjätte stycket* ges en hänvisning till 26 f § som reglerar val av utförare inom sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vårdvalet i primärvården i dess nuvarande utformning omfattar inte den riktade primärvården. För att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna utföras gemensamt krävs för val av utförare att landsting och kommun gemensamt skapar nya valfrihetssystem.

5 c §

För akut hälso- och sjukvård på sjukhus krävs remiss om det inte finns särskilda skäl.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.2.1. Primärvårdens uppdrag för akut hälso- och sjukvård som anges i den nya 5 a § innebär att primärvården är förstahandsalternativet också för akut hälso- och sjukvård. Akut hälso- och sjukvård på sjukhus kräver ”remiss”, vilket ska förstås i vid mening, dvs. dels en handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient, dels en hänvisning från t.ex. annan vårdgivare. Det kan naturligtvis ske genom att primärvården eller någon annan vårdenhet bedömer att patientens behov är sådant att det krävs vård på sjukhus. Det kan också ske genom ambulanstransport eller en hänvisning från t.ex. 1177 eller 112.

Om det finns särskilda skäl kan akut hälso- och sjukvård på sjukhus ges utan en remiss, t.ex. i nödsituationer där det inte finns tid att kontakta eller ta sig någon annanstans än till sjukhusets akutmottagning eller om det av geografiska skäl är uppenbart olämpligt. Det kan också tänkas att vårdbehovet är så omfattande eller att smittorisk föreligger som gör att det att inte är lämpligt att söka sig till en närakut.

Landstingens gemensamma ansvar för vissa uppgifter

9 c §

När det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl ska samtliga landsting gemensamt planera och utföra en uppgift.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 10.1 Paragrafen föregås av en ny rubrik, ”Landstingens gemensamma ansvar för vissa uppgifter”. Rubriken är nödvändig för att skilja denna paragraf från de närmast föregående i lagen som avser rikssjukvård.

Paragrafen innebär att landstingen i vissa fall är skyldiga att planera och utföra uppgifter gemensamt. Skyldigheten omfattar ”samtliga landsting”, dvs. inget landsting kan välja att avstå. Skyldigheten är av principiell karaktär och inträder när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Med detta avses t.ex. situationer när en uppgift svårligen kan lösas på ett ändamålsenligt sätt av varje eller några landsting för sig eller när en uppgift får en bättre lösning om den utförs av samtliga landsting gemensamt. Det kan också avse fall när en uppgift är gemensam för alla landsting och där utförandet av uppgiften inte behöver ske geografiskt i vart och ett av landstingen. Vidare avses fall när en uppgift kräver gemensamma investeringar eller där en god ekonomisk hushållning motiverar att resurser används gemensamt. Det kan även avse fall när en uppgift behöver en nationell hemvist men där inte är lämplig eller möjligt att staten eller t.ex. Sveriges Kommuner och Landsting utför uppgiften. Exempel på att landstingen gemensamt tagit ett sådant ansvar för att planera och utföra en uppgift avser sjukvårdstransporter med flygplan.

Vilka frågor som ska omfattas av landstingens skyldighet anges inte i lagen utan får i första hand bedömas av landstingen. Inte heller anges i lagen i vilken form landstingen ska utföra skyldigheten att gemensamt planera och utföra en uppgift. Det kan t.ex. ske genom kommunalförbund.

18 §

Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, med undantag för vad som anges i sjätte stycket och 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och ska därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård enligt första och andra stycket om landstinget och kommunen kommer överens om det.

Kommunen ska organisera hälso- och sjukvården för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med den riktade primärvården enligt 5 b § denna lag och kommunens socialtjänst. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Ändringen behandlas i avsnitt 9.2 respektive 9.8.

Första–tredje och femte stycket är oförändrade.

En ändring införs i *fjärde stycket*. Där framgår att huvudregeln är att kommunens ansvar och befogenhet i fråga om hälso- och sjukvård inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av

läkare. Ett undantag från huvudregeln är de fall som avses i 26 d §. Ett tillägg i stycket innebär att ytterligare ett undantag görs från huvudregeln i de fall som avses i det nya sjätte stycket.

I det nya *sjätte stycket* ges en möjlighet för landsting och kommun att komma överens om att landstinget till kommunen överlåter ”skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård enligt första och andra stycket”. Det innebär i så fall att kommunen övertar ansvaret för läkarvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453) och i samband med dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen samt vid hemsjukvård. För att förhindra att det offentliga bygger upp parallella organisationer krävs i dessa fall en formell överlåtelse av ansvaret för läkarvård.

I det nya *sjunde stycket* föreslås att kommunen ska organisera hälso- och sjukvården för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med den riktade primärvården enligt 5 b § denna lag och kommunens socialtjänst, se vidare kommentaren till 5 b §.

26 d §

Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket.

Landstinget ska med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan för de patienter som inte omfattas av den riktade primärvården.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 9.3, innebär att ett tillägg görs i *andra stycket.* Där förtydligas att det inte är nödvändigt att på det sätt som anges i paragrafen avtala om omfattningen och formerna för läkarmedverkan för de patienter som omfattas av den riktade

primärvården och därmed av landstingens och kommunernas skyldighet att gemensamt utföra hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

26 f §

Landsting och kommun får organisera verksamhet som ska utföras gemensamt enligt 5 b och 18 §§ denna lag samt 5 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) så att den enskilde kan välja utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 9.4. Paragrafen föregås av en ny rubrik med lydelsen ”Val av utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst”.

Den gemensamma verksamheten enligt den nya 5 b § (riktad primärvård) omfattas inte av de vårdvalssystem som gäller för den allmänna primärvården. I paragrafen anges därför att landsting och kommun får organisera sådan verksamhet som ska utföras gemensamt så att den enskilde kan välja utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Innebörden är att landstinget och kommunen kan ordna valfrihetssystem som omfattar sådana sammanhållna tjänster. Någon särskild lagstiftning som ska eller bör användas för detta ändamål anges inte men både lagen (2007:1091) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem kan komma ifråga.

20.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

5 kap.

6 §

Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunen ska organisera socialtjänst för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med den riktade primärvården enligt 5 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och kommunens hälso- och sjukvård enligt 18 § samma lag. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

Ändringen behandlas i avsnitt 9.2. Det nuvarande *första och andra stycket* är oförändrade. Det nuvarande *tredje stycket* ska betecknas fjärde stycket.

I ett *nytt tredje stycke* föreslås att kommunen ska organisera sin socialtjänst för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt med den riktade primärvården enligt 5 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver enligt 18 § samma lag. Paragrafen motsvarar den nya 5 b § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), se kommentaren till den paragrafen.

20.3 Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)

8 kap.

5 a §

För verksamhet som ska utföras gemensamt enligt 5 b och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt 5 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) ska kommun och landsting fastställa en gemensam plan. Av planen ska det framgå mål, riktlinjer och en gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten.

Paragrafen är ny och behandlas i 9.3. För den gemensamma verksamhet som utredningen föreslår genom den nya 5 b § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), liksom ändringarna i 18 § samma lag samt 5 kap. 6 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) ska kommun och landsting fastställa en gemensam plan. Syftet med förslaget att stärka den juridiska ramen runt den gemensamma verksamheten, som fullgör uppgifter enligt flera lagstiftningar med flera finansieringskällor. Den plan som ska fastställas ska innehålla mål och riktlinjer för verksamheten. Där bör det ingå en beskrivning av den gemensamma organisationen, hur det dagliga arbetet ska gå till och hur verksamheten ska ledas. Planen ska också innehålla en gemensam resursplanering. Syftet med det är att ge en bild av de samlade resurserna till målgruppen för att möjliggöra beslut om var resurserna används mest effektivt.

20.4 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

2 kap.

3 §

Enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 11.2, är en följdändring till ändringen i 3 g § första stycket andra punkten hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), se kommentaren till den paragrafen.

20.5 Förslaget till förordning om ändring i kommittéförordningen (1998:1474)

15 §

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, skall konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen samt för den administrativa belastningen inom offentligfinansierad verksamhet.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 15.3.1, innebär att kommittéer ska redovisa konsekvenserna av sina förslag för den administrativa belastningen inom offentlig sektor. Detta innebär ett krav på att beskriva konsekvenser för de administrativa kostnaderna av förslagen. Det kan t.ex. avse när förslagen innebär krav på att offentliga verksamheter ska göra mätningar, lämna rapportering, beskrivningar eller andra typer av redovisningar liksom krav på att göra olika slags planer eller policys. Det som ska redovisas av kommittén kan t.ex. vara vilket sätt sådana förslag förväntas tas om hand i den verksamhet som förslaget riktas till, på vilken nivå i verksamheten, hur lång tid det kan förväntas ta samt om det kommer att ske genom manuell eller automatisk hantering.

20.6 Förslaget till förordning om ändring i myndighetsförordningen (2007:515)

19 §

Myndigheten skall se till att de kostnadsmässiga och administrativa konsekvenserna begränsas när den begär in uppgifter eller utövar tillsyn.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 15.3.1, innebär att förvaltningsmyndigheter under regeringen ska begränsa de administrativa konsekvenserna när de begär in uppgifter eller utöver tillsyn.

20.7 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning

4 §

Innan en myndighet beslutar föreskrifter eller allmänna råd, ska myndigheten så tidigt som möjligt

1. utreda föreskrifternas eller de allmänna rådens kostnadsmässiga, administrativa och andra konsekvenser i den omfattning som behövs i det enskilda fallet och dokumentera utredningen i en konsekvensutredning, och

2. ge statliga myndigheter, kommuner, landsting, organisationer, näringslivet och andra som kostnadsmässigt eller på något annat betydande sätt berörs tillfälle att yttra sig i frågan och om konsekvensutredningen.

Innebär det fara för miljön, liv, personlig säkerhet eller hälsa eller risk för betydande ekonomisk skada om en föreskrift inte beslutas, får det som sägs i första stycket vidtas efter beslutet.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 15.3.1, innebär att förvaltningsmyndigheter under regeringen ska utreda de administrativa konsekvenserna och dokumentera dessa i en konsekvensutredning innan beslut fattas om föreskrifter eller allmänna råd.

20.8 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti

2 §

Vårdgarantin enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska innehålla en försäkran om att landstingen uppfyller

1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,

2. bedömningsgarantin inom primärvården inom 3 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om en bedömning inte kan göras när den enskilde söker kontakt med primärvården,

3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nöd-

vändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och

4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 11.2, gäller förändringar av vårdgarantin vad avser besöksgarantin inom primärvården.

I *andra punkten* föreslås en följdändring utifrån förslaget till ändring av 3 g § första stycket andra punkten hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), dvs. att besöksgarantin i primärvården ändras till en ”bedömningsgaranti”.

Tidsfristen för att uppfylla vårdgarantin i denna del minskas från 7 dagar till 3 dagar.

Enligt den nuvarande lydelsen gäller vårdgarantin i denna del ”om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare”. Denna kvalifikation av vårdgarantin ska tas bort på grund av ändringen till en bedömningsgaranti, där det inte längre är ett besök till läkare som garanteras. Bedömningsgarantin ska i stället gälla ”om en bedömning inte kan göras när den enskilde söker kontakt med primärvården”. Enligt första punkten i vårdgarantin (tillgänglighetsgarantin inom primärvården) ska den enskilde få kontakt med primärvården samma dag som han eller hon söker den. Om den enskilde ges en medicinsk bedömning redan vid denna första kontakt är således bedömningsgarantin enligt andra punkten uppfylld.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experten Anne Carlsson

Invändningar mot utredarens förslag.

Jag anser avseende *remisskrav för akut vård* vid sjukhus är helt fel väg att gå. Det ger signal om att det är patienter som ska styras för att uppnå ett effektivare resursutnyttjande. Medborgare och patienter måste istället få enkel och tydlig information om var inom hälso- och sjukvården de ska söka vård vid varje givet tillfälle. Att införa *remisskrav för akut vård* vid sjukhus kommer att flytta ett problem från en del av sjukvården till en annan.

Grundproblemet, det vill säga, vem sjukvården är till för samt hur den organiseras utifrån medborgarnas behov av Hälso- och sjukvård måste hanteras på ett annat sätt än *remisskrav till akut vård* vid sjukhus. Min uppfattning är att medborgare och patienter inte söker akut vård vid sjukhus förrän alla andra möjligheter att tillgå sjukvård på annat sätt är uttömda, tillgänglighetsproblematiken innefattas i mitt påstående. Risken med förslaget är att patienter blir hänvisade till olika vårdnivåer, vem bedömer vad som är akut? Detta kan innebära, ännu sämre utnyttjande av Hälso- och sjukvårdens resurser än i dag.

Min bedömning är att *remisskrav för akut vård* vid sjukhus är fel väg att gå och kommer inte kommer att ge det resultat som utredningen önskar.

Referenser

Utrednings och kommittébetänkanden

SOU 1948:14 Den öppna läkarvården i riket.

SOU 1958:15 Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena.

SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården.

SOU 1984:39 Hälso- och sjukvård inför 90-talet m.m.

SOU 1992:73 Välfärd och valfrihet.

SOU 1993:38 Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller, rapport från expertgruppen till HSU2000.

SOU 1994:71 Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen.

SOU 1994:126 Husläkarreformens första halvår.

SOU 1999:66 God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården.

SOU 2000:114 Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m.

SOU 2002:29 Riv ålderstrappan.

SOU 2003:91 Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.

SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård.

SOU 2005:82 Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.

SOU 2006:100 Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande.

SOU 2007:12 Hälso- och sjukvården, sekretariatsrapport nr 2 till Ansvarskommittén.

SOU 2007:93 Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd.

SOU 2008:15 Lov att välja – Lag om valfrihetssystem.

SOU 2008:37 Vårdval i Sverige.

SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?

SOU 2008:125 En reformerad grundlag.

SOU 2008:126 I den äldres tjänst.

SOU 2008:127 Patientens rätt.

SOU 2008:129 Helikoptern i samhällets tjänst.

SOU 2009:11 En nationell cancerstrategi för framtiden.

SOU 2009:43 Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården.

SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård.

SOU 2010:48 Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år.

SOU 2010:65 Kompetens och ansvar. Betänkande av 2009 års Behörighetsutredning.

SOU 2011:55 Kommunaliserad hemsjukvård.

SOU 2011:15 Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.

SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende.

SOU 2012:33 Gör det enklare!

SOU 2013:2 Patientlag. Delbetänkande av Patientmakts-utredningen.

SOU 2013:15 För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning.

SOU 2013:40 Att tänka nytt för att göra nytta, om perspektivskiften i offentlig verksamhet.

SOU 2013:44 Ansvarsfull hälso- och sjukvård.

SOU 2013:45 Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga.

SOU 2013:87 Starka tillsammans.

SOU 2014:2 Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten.

SOU 2014:20 Läkemedel för särskilda behov.

SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid.

SOU 2015:7 Krav på privata aktörer i välfärden.

SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.

SOU 2015:32 Nästa fas i e-hälsoarbetet.

SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.

SOU 2015:98 Träning ger färdighet.

SOU 2015:101 Långtidsutredningen 2015, Bilaga 7.

Departementsserien m.m.

Ds 1988:36 Den kommunala självstyrelsen, jämlikheten och variationerna mellan kommunerna.

Ds 1989:27 Ansvaret för äldreomsorgen: rapport från Äldredelegationen.

Ds 2003:56 Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.

Ds 2012:2 Specialist i allmänmedicin – en yrkeskvalifikation för läkare i allmänpraktik.

Ds 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Propositioner och skrivelser

Prop. 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m.

Prop. 1979/80:1 om socialtjänsten.

Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.

Prop. 1989/90:81 om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m.

Prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. Prop. 1991/92:150 med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m. (kompletteringsproposition).

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prop. 1987/88:176 Om äldreomsorgen inför 90-talet.

Prop. 1997/98:189 Patientens ställning.

Prop. 1992/93:160 om husläkare m.m.

Prop. 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m.

Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

Prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom omsorgsområdet.

Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m.

Prop. 2008/09:21 Kommunala kompetensfrågor m.m.

Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag.

Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.

Prop. 2009/10:116 Värdigt liv i äldreomsorgen.

Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.

Prop. 2010/11:156 Bättre förutsättningar för skatteväxlingar mellan kommuner och landsting.

Skr. 2011/12:34 Riksrevisionens rapport om rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg.

Prop. 2011/12:108 Specialist i allmänmedicin- en yrkeskvalifikation i allmänpraktik.

Prop. 2011/12:149 Bättre tillgång till kommunala föreskrifter.

Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Skr. 2014/15:52 Riksrevisionens rapport om överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården.

Skr. 2014/15:72 Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning.

Skr. 2014/15:102 Utvecklingen inom den kommunala sektorn.

Skr. 2015/16:53 Riksrevisionens rapport om patientsäkerhet.

Utskottsbetänkanden

Socialutskottets betänkande (1990/91:SoU 9).

Socialutskottets betänkande (2002/03:SoU 12) Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.

Rapporter

Afa försäkring: Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg, 2015.

Arbetsmiljöverket: Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården, rapport 2012:2.

Capire/HCM: Design av tjänster inom hälsa, vård och omsorg – en kunskapsöversikt, 2013.

Center för eHälsa i samverkan, Handlingsplan 2013–2018 – Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eHälsoområdet, 2012.

E-hälsomyndigheten: Översiktig kartläggning av eHälsa i Sverige, 2014.

ESO: Goda år på ålderns höst? ESO 2014:1.

European Observatory on Health Systems and Policies; Building primary care in a changing Europe, 2015.

FoU Skåne: Närsjukvård – Samverkan mellan olika professioner i hemsjukvården, 2010.

FoU i Väst/GR: Implementering av Västbus – Slutrapport från utvärderingen om införande av ny samverkansmodell kring barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län, 2010.

FoU i Väst/GR: Mellan människor och dokument – att skapa en långsiktig samverkan mellan kommuner och psykiatri, 2009.

FoU i Väst/GR: Onödig slutenvård av sköra äldre, en kunskapsöversikt, 2013.

Forum för välfärd: preventionspilot i Södertälje, 2015.

Forum för välfärd: Integrerad vårdpilot, 2014.

HCM Health Care Management: Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, 2013.

Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2014, 2015.

Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, SU: Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning? Marta Szebehely, Petra Ulmanen & Ann-Britt Sand, 2014:1.

IVO: Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013, 2013.

IVO: Kommunikationsbrister i vården, 2014.

IVO: Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014.

IVO: Hur står det till med våra akutmottagningar? 2015.

Kommunal: Lapptäcke utan sömmar. En rapport om äldre med stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga, 2014.

Kommunal: Plats för proffsen – ett alternativ till new public management i hemtjänsten 2015.

Konkurrensverket: Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. 2010:3.

Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Socialstyrelsen, Spri: Primärvård Äldreomsorger Samverkan. 1977.

Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Socialstyrelsen, Spri: Primärvård – innehåll och utveckling 1978.

Leading Health Care: På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre, 2012.

Leading Health Care: Mångfaldig styrning – en teoriöversikt, LHC.

Leading Health Care: Ekonomi på tvären: Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning, 2014.

Leading Health Care, Framtidens hälsa, vård och omsorg: Detta kommer debatten att handla om, 2014.

Läkarförbundet: Varför kan inte doktorn komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård, 2013.

Läkarförbundet: Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval – uppföljning av vårdvalets primärvård som en del av den samlade hälso- och sjukvården, 2014.

Läkarförbundet: Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamheter, Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015.

Myndigheten för delaktighet: Digitala tjänster, 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring, 2012.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget, 2012.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys : Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen – Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov, 2013.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning, 2013.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Vården ur patienternas perspektiv – Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder, 2014.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Strukturreformer i hälso- och sjukvårdsystem, 2014.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, 2014.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Sjukt engagerad, 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Vårdval och jämlik vård inom primärvården, 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv, 2015.

Nestor FoU-center: Vård- och omsorgsmöte i hemmet – Samverkan kring sköra äldre, 2014.

PRO m.fl.: En vård värd samverkan. Vårt upprop till samverkan mellan äldrevård och äldreomsorg, 2012.

PRO: LOV, lagen om valfrihetssystem, 2012.

PWC: Digitala doktorn kan komma, 2015.

Regionförbundet Uppsala län FoU-rapport, Styrning mot samverkan och styrning av samverkan, 2010.

Region Skåne: Arbetsmarknaden i Skåne, Sjuksköterskorna, Tillgång och efterfrågan på kort och lång sikt, 2015.

Riksrevisionen: Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet (RiR 2009:10).

Riksrevisionen: Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem? (RiR 2011:17).

Riksrevisionen: Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning? (RiR 2013:20).

Riksrevisionen: Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej (RiR 2014:20).

Riksrevisionen: Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22).

Riksrevisionen: Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner (RiR 2015:19).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2013: Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek, Förstudie.

SBU: Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre, 2013.

SBU: Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team, 2015.

SBU: Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke, 2015.

Sveriges Kommuner och Landsting. Effektivare nyttjande av tid och resurser? Kartläggning av de administrativa processerna samt undersköterskors och läkarsekreterares uppgifter, 2005.

Sveriges Kommuner och Landsting: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting: Bättre liv för sjuka äldre Analysrapport 3. Sammanhållen vård och omsorg, 2014.

Sveriges Kommuner och Landsting: Modellområdesprojektet – psykisk hälsa hos barn och unga – Slutredovisning, 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting: Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården, befolkningsundersökning, 2014.

Sveriges Kommuner och Landsting, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, 2015.

Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk sjukvård i internationell jämförelse, 2015.

Socialdepartementet: Den ljusnande framtid är vård – Delresultat från LEV-projektet, 2010.

Socialdepartementet: Empati och high tech – Delresultat från LEV-projektet, 2012.

Socialstyrelsen: Principprogram för den öppna vården, 1968.

Socialstyrelsen: Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Principprogram för vård, 1976:1.

Socialstyrelsen: PM 166/87.

Socialstyrelsen: Primärvårdsuppföljning 1989, rapport 1990:35.

Socialstyrelsen: Omfattningen av administration i vården, 2000.

Socialstyrelsen: Primärvårdens bidrag till hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet, 2001.

Socialstyrelsen: Utan helhetssyn ingen primärvård. En studie av ett svårfångat begrepp, 2004.

Socialstyrelsen: Trygghet – En studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården, 2003.

Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2010.

Socialstyrelsen Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Delredovisning, 2011.

Socialstyrelsen Ojämna villkor för hälsa och vård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, 2011.

Socialstyrelsen: Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser, 2011.

Socialstyrelsen: Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. 2012.

Socialstyrelsen: Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning, 2012.

Socialstyrelsen: Tillsynsrapport 2012 – hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen: Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre – stöd för vård- och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner, 2012.

Socialstyrelsen: Vårdgaranti och kömiljard – Uppföljning 201.3

Socialstyrelsen: Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, 2013.

Socialstyrelsen: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen: Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre, Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg, 2013.

Socialstyrelsen: Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård – Urval ur ICF och KVÅ 2013.

Socialstyrelsen: Öppna jämförelser 2014 – Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom.

Socialstyrelsen: DRG-statistik 2012 – En beskrivning av vårdkonsumtion i Sverige, 2014.

Socialstyrelsen: Handbok för effektivitetsanalyser – För god vård och omsorg, 2014.

Socialstyrelsen: Hemvård – en kartläggning av översikter, 2014.

Socialstyrelsen: Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre – Redovisning av arbetsläget hösten 2014.

Socialstyrelsen: Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder, 2014.

Socialstyrelsen: Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser till äldre personer och personer med funktionsnedsättning år 2014.

Socialstyrelsen: Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014.

Socialstyrelsen: Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015.

Socialstyrelsen: Vägledning till NordDRG – svensk version 2015

Socialstyrelsen: Stimulansbidrag LOV – Slutrapport 2011–2014, 2015.

Socialstyrelsen: Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar Lägesrapport 2015.

Socialstyrelsen: Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, 2015.

Statistiska centralbyrån, SCB, Innovationer i sjukvården 2012–2013. En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och vårdcentraler, 2015.

Statskontoret: Reglering och andra styrmedel. En studie av hur staten styr kommuner och landsting 2005:28.

Statskontoret: Kommunalt självstyre och proportionalitet 2011:17.

Statskontoret: Modeller för statlig styrning. Förslag om hur staten kan styra kommuner och landsting 2005:2.

Statskontoret: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, Slutrapport, 2015.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Styckevis och delat, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge, 2006.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Doktorn kommer – men vad kan hon göra? 2010.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll, 2011.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Jag bara lyfter luren Utvärdering av äldreteamet i Huddinge, 2011.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Sköra länkar i vårdkedjan, 2011.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Kan två bli en? Tio-Hundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre, 2012

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Samverkan på väg – En studie om gränsytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, 2013.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Tillit och relationer. Om kvalitet i hemtjänsten – en kunskapsöversikt, 2013.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Valfrihetens LOV, 2013.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: Vem ska bestämma vad i hemtjänsten? 2014.

Stockholm läns landsting och Scandinavian Health Partner: Utveckling av innovativa och fokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter, 2009.

Stockholms läns landsting: Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet. Kärnverksamheterna på Danderyds sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset, 2015.

Sveriges Läkarförbund: Primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012, 2013.

Sveriges Läkarförbund: Varför kan inte doktorn komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård, 2013.

Vårdförbundet: Vårdförbundets stora chefsenkät, rapport 2015.

Litteratur

Adenfelt, Bergström Krohwinkel Winberg: Välfärden är värd en bättre debatt – Sex ofrånkomliga dilemman som måste balanseras, Uppdrag välfärd, 2015.

Ahlbäck Öberg Shirin. Framväxten av granskningssamhället, Statsvetenskaplig Tidskrift nr 5, 2010.

Akner, Gunnar: Expertutlåtande angående geriatrik för landstingsutredningen ”Forskningsgenomgång av kunskapsläget nationellt med fokus på hälso- och sjukvård av multisjuka äldre personer” 2010.

Alvesson Mats: Tomhetens triumf : om grandiositet, illusionsnummer & nollsummespel, 2011.

Alvesson Mats och Sveningsson, Stefan: Organisationer, ledning och processer, 2012.

Alvesson Mats; Organisationskultur och ledning, 2015

Anell, Anders: Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet, 2014.

Anell, Anders: Hur kan svensk primärvård bli bättre? 2012.

Anell, Anders: Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? 2012.

Anell, Anders: Valfrihet och konkurrens i primärvården, 2010.

Anell, Anders: Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar? Ett experiment bland beslutsfattare och en analys av faktiska prioriteringar, 2010.

Anell, Anders: Värden i vården – en ESO rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2010:7, 2010.

Anell, Anders och Mattisson, Ola: Samverkan i kommuner och landsting,- en kunskapsöversikt, 2009.

Brännmark, Mikael: Lean i kommun och myndigheter – en översikt över existerande empirisk forskningslitteratur, 2012.

Baumol, William J: The cost disease: why computers get cheaper and health care doesn't, Yale University Press, 2012.

Bergh, Elisabeth: Regionala Samarbetsprojekt i Norrbottens län – Socialtjänsten, psykiatrin och primärvården. Luleå tekniska universitet: Institutionen för arbetsvetenskap, 2008.

Blomqvist, Paula (red): Vem styr vården? organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård, 2007.

Bowin, Gurner, Krohwinkel, Karlsson, Rognes: Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden Leading Health Care, 2012.

Danermark, Berth: Samverkan – himmel eller helvete, 2003.

Danermark, Berth: Samverkan – en fråga om makt, 2004.

Drucker, Peter F: Knowledge-Worker Productivity: The Biggest Challenge, California Management Review, vol. 41, nr 2, 1999.

Edebalk, P. & Svensson, M.: Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden, Nordiska Ministerrådet, 2005.

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Eur Heart J, 33(9), 1112–1119, 2012.

Forssell Anders och Ivarsson-Westerberg, Anders: Administrationssamhället, 2014.

Fölster, Renstig, Ohlsson, Wiigh: Den sjuka vården 2.0 – från nollvision till patientrevolution, 2014.

Gurner, Ulla och Thorslund, Mats: Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning, Natur och Kultur, 2003.

Gustafsson, Yngve: ”Medicineringen av riktigt gamla rena rama experimentverkstaden”. Intervju med Yngve Gustafsson, Läkartidningen nr 6, 2010.

Hasselbladh Hans: Sjukvårdens nya styrning – vad står på spel? I Bortom New public management, 2008.

Hjalmarson, I. Valfrihet och inflytande i äldreomsorgen,. i Åldrandet och äldreomsorgen, Thorslund. M. & Wånell.SE, Lund: Studentlitteratur, 2006.

Hultberg, Annemarie, m.fl. ISM-rapport 9. Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser, 2010.

Höglund PJ, Lifvergren S, Hellström A, Ebbevi D: Hur organiserar vi vården för att skapa bästa möjliga värde? – värdelogiker skapar bättre förutsättningar. ;anuskript inskickat, Läkartidningen, 2015.

Kittelsen S, Anthun K, Goude F, Huitfeldt I, Häkkinen U, Kruse M, Medin E, Rehnberg C, Rättö H: Costs and Quality at the

Hospital level in the Nordic Countries. Health Economics, vol. 24 (Suppl. 2): 140–163, 2015.

Liljequist David, m.fl., Störande eller stödjande – om eHälsosystemens användbarhet, 2013.

Lindgren Lena: Öppna jämförelser Ett styrmedel i tiden eller ”hur kunde det bli så här”? FOU i väst, 2012.

Meinow, B., Parker, M.G. & Thorslund, M. Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. Social Science & Medicine, 73:1285–1289, 2011.

Mattisson, Ola: Kommunala huvudmannastrategier för kostnadspress och utveckling – en studie av kommunal teknik, 2000.

Nilsson, Fredrik: Den komplexa vården – om komplexitet och komplexa processer inom hälso- och sjukvården, Region Skåne, 2007.

Nordmark. S., Söderberg. S., & Skär. L. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. Informatics for Health and Social Care; 40(1):23–44, 2015.

Norén, Dag: Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte, 2015.

Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. J Adv Nurs; Vol. 58, pp. 116–125, 2007.

Palmgren, Myrna, m.fl. Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård, SKL, 2014.

Pettersson, Cecilia och Iwarsson Susanne. FSA: Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt, 2015.

Power Michael: The Audit Society, 1999.

Ramsberg J, Ekelund M: Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. Ekonomisk debatt, nr 5, årgång 39, 2011.

Rehnberg, C., Goude, F: Valfrihet och kvalitet inom hälso- och sjukvården – en litteraturöversikt om faktorer som påverkar patienters val av vårdgivare. Sociala Rådet, 2011.

Rieper, Bengtsson, Blom-Hansen: Aftaler mellem kommune og stat – den norske konsultationsordning i skandinavisk og europæisk perspektiv, 2003.

Rosén, Måns: Guldgruvan i hälso- och sjukvården, 2010.

Sjönell, Göran: Husläkarfallet, 1994.

Stockholms läns landsting: Landstingsrevisorerna: Projektrapport Nr 5/2010. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov, 2010.

Swartling, Per G: Den svenska allmänmedicinens historia. Läkartidningen nr 24, 2010.

Szebehely, M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Kapitel 7. SNS Förlag, 2011.

Söderström, Jonas: Jävla skitsystem, 2010.

Tyrstrup, Mats: I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg. Uppdrag välfärd, 2014.

Vahlne Westerhäll, Thorpenberg, Jonasson: Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen : styrning, legitimitet och bevisning – Styrning, legitimitet och bevisning, 2009.

Zakim, David: Anamnesupptagning via dator kan ge bättre vård och forskning. Läkartidningen , nr 43, 2014.

Åkervall Jan: Smart sjukvård, 2007.

Övrigt

Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), Svensk Internmedicinsk förening (SIM), 2008.

Melding til Stortinget. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Melding til Stortinget, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Melding til Stortinget, Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

RP 90/2010: Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.

Zaremba Maciej: ”Patienten och prislappen” reportageserie Dagens nyheter, 17/2, 20/2, 25/2 och 3/3 2013.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015: Kortare väntetider i cancervården 2015.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015 samt Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård.

Kommittédirektiv 2013:104

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Beslut vid regeringssammanträde den 21 november 2013

Sammanfattning

En nationell samordnare ska göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Analysen bör bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Mot bakgrund av analysen ska samordnaren initiera samarbeten med berörda aktörer och i dialog med dessa aktörer 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 i syfte att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet. Detta bör bidra till både högre kvalitet och lägre kostnader.

Tre grundläggande frågor ska genomsyra samordnarens arbete, dels hur nyttan för patienten kan öka, dels hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården förbättras och dels hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt.

Uppdraget ska genomföras i nära samverkan och dialog med sjukvårdshuvudmännen, företrädare för professionerna, berörda myndigheter och utredningar samt patientorganisationer.

Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som beslutas i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2015.

Bakgrund

God och effektiv hälso- och sjukvård

Målet för hälso- och sjukvården är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Enligt det s.k. LEV-projektet (Långsiktig Efterfrågan på Välfärdstjänster) kan Sverige inte fortsätta att tillhandahålla vård och omsorg på samma sätt som i dag om vi ska öka kvaliteten, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vården. För att möta de framtida utmaningarna krävs en ännu mer effektiv hälso- och sjukvård. I framtiden kommer t.ex. hälso- och sjukvården att vara tvungen att vårda fler patienter utan att personalstyrkan ökas i motsvarande grad.

Mycket av det utvecklingsarbete som pågår i landstingen för att förbättra vården tar sikte på olika aspekter av effektivitet. I detta ryms bl.a. arbete för att öka patientsäkerheten, t.ex. genom att minska vårdrelaterade infektioner, och att öka flödet/produktiviteten i vården genom förbättrad tillgänglighet och förbättrad planering av hur vårdens resurser används. Av bl.a. Öppna jämförelser framgår det dock att skillnaderna mellan landstingen och mellan enheter inom respektive landsting fortsatt är stora, både vad gäller medicinska resultat och kostnader för olika åtgärder. Enligt LEV-projektet är kostnaden (exkl. hemsjukvård, tandvård och omstrukturering skostnader) per invånare närmare 20 procent högre i det landsting som har högst jämfört med det som har lägst kostnad när man tagit hänsyn till struktur på det sätt som görs inom utjämningssystemet. Det finns därför behov av att se över möjligheterna att förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Det personliga mötet

Mötet mellan professionerna och patienterna är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Varje år görs över 28 miljoner läkarbesök samtidigt som besöken hos andra personalkategorier uppgår till omkring 37 miljoner besök. Förutom dessa mer eller mindre plane-

rade besök sker miljontals övriga möten mellan hälso- och sjukvårdpersonal och patienter respektive anhöriga.

En förutsättning för att vårdgivarna ska kunna ge en god och säker vård är att de har rätt personal för rätt uppgift. Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare har ökat under de senaste åren men trots detta anser nästan hälften av landstingen att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor och efterfrågan på läkare överstiger fortfarande tillgången.

Trots den rapporterade bristen på personal tillhör Sverige de länder som har flest antal sjuksköterskor och läkare per 1 000 invånare. I Sverige finns det 11,1 sjuksköterskor per 1 000 invånare jämfört med OECD där snittet är 8,7. När det gäller läkare så finns det i Sverige 3,9 läkare per 1 000 invånare jämfört med 3,2 för OECD. Samtidigt har vi minst antal läkarbesök per capita och år (3,0 i Sverige jämfört med 6,6 för OECD). Antalet patientmöten per läkare har konstant sjunkit under perioden 2006–2010. I Stockholms läns landsting minskade antalet patientmöte per dag och läkare under perioden 1997–2006 från 3,2 till 2,6. Detta borde innebära att det finns gott om tid för varje patientmöte. Undersökningar visar dock att sjukhusläkarna lägger endast cirka 18 procent av tiden direkt på patienten, medan en distriktsläkare lägger 47 procent av tiden. Resten av tiden går åt till bl.a. administration, forskning och utbildning. Det faktum att läkare förutom att arbeta kliniskt använder en del av sin tid för forskning gör att vårdkapaciteten förloras på kort sikt i utbyte mot att specialistkompetens säkerställs på lång sikt.

I den årliga Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP) från 2011 och 2012 framkommer det att både patienter och läkare inom primärvården anser att det finns för lite tid för det personliga mötet. Vidare anser en tredjedel av de svårt sjuka att de inte får tillräckligt med tid med sin läkare. Nästan hälften anser att de inte uppmuntrades att ställa frågor till sin läkare och 20 procent har svårt att förstå vad läkaren säger. I förhållande till jämförbara länder hamnar Sverige på en bottenplacering.

Ökad dokumentation och uppföljning

Under de senaste åren har det gjorts omfattande satsningar på t.ex. informationshantering, insamling av data, utveckling av hälsodata- och kvalitetsregister samt framtagande av öppna jämförelser. Tillgången till data om insatser och behandlingsresultat behövs för ett kontinuerligt förbättringsarbete i vården och det har även bidragit till Sveriges mycket goda hälso- och sjukvårdsresultat i internationella jämförelser.

En följd av utvecklingen av uppföljningen av hälso- och sjukvården är att kraven på dokumentation har ökat, t.ex. registrering i hälsodata- och kvalitetsregister, och det har i sin tur inneburit en ökad administration för hälso- och sjukvården. Under senare tid har allt mer av administrationen utförts av läkare och sjuksköterskor och det har lett till att professionerna använder sin tid i allt mindre utsträckning till patientmöten. Det kan delvis bero på personalneddragningarna under 1990-talet som framför allt slog mot de yrkesgrupper som arbetade med administration.

Kraven på rapportering till register och andra uppföljningssystem anses av professionerna allt för betungande och de upplevs inte alltid som relevanta. I dialoger med olika professionella grupper har det framkommit ett antal exempel på områden som dessa grupper menar är administrativt betungande. Det handlar t.ex. om patientadministrativa åtgärder som remisser, in- och utskrivningar och undersökningar av platstillgång. Ofta nämns också kraven på rapportering, främst till sjukvårdshuvudmännen men också till kvalitetsregister och hälsodataregister. Andra områden som berörts är IT-systemens bristande funktionalitet och behovet av en förbättrad journalstruktur, samt omfattningen av dagens krav på dokumentation och signering.

Omfattningen av administrationen bidrar till negativa upplevelser av arbetsmiljön och att förtroendet för hälso- och sjukvårdens styrning och ledning minskar hos dess personal. En del av registreringsarbetet skulle förmodligen kunna hanteras av andra yrkesgrupper med lägre formell kompetens.

Planering av professionernas resurser

För att Sverige även fortsatt ska kunna erbjuda en hälso- och sjukvård av hög kvalitet måste professionernas resurser tas tillvara på det mest ändamålsenliga sättet och för rätt uppgifter.

På lång sikt måste behovet av läkare, sjuksköterskor m.fl. sättas i relation till framtida förändringar i sjukdomspanoramat och vårdens innehåll samt till vilken arbetsfördelning som kommer att råda i framtidens sjukvård. Det finns därför ett stort behov av långsiktiga personalförsörjningsplaner för hälso- och sjukvården. Detta förutsätter t.ex. att sjukvårdshuvudmännen tar fram utvecklingsplaner för sjukvårdens verksamhet och kontinuerliga analyser av vilka kompetenser som kommer att behövas i framtidens sjukvård.

På kort sikt behöver vårdgivarna även se över hur de ska kunna använda professionernas kompetenser mer flexibelt genom att se över och effektivisera produktions- och kapacitetsplaneringen. Det handlar om att optimera de interna processerna och styra arbetstiden för att skapa effektiva flöden, t.ex. genom omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper. Vissa typer av arbetsuppgifter skulle t.ex. kunna flyttas från läkare till sjuksköterskor efter vidareutbildning. I hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns det bestämmelser som pekar ut vissa arbetsuppgifter som endast får utföras av vissa yrkesgrupper. Samtidigt befinner sig större delen av arbetsuppgifterna i en gråzon, där det inte finns regler som säger att olika åtgärder enbart tillkommer en viss yrkeskategori. Det finns alltså stora möjligheter för verksamhetschefer att fördela arbetsuppgifter mer fritt efter professionernas reella kompetens. En utgångspunkt bör vara att den minst kostsamma kompetensen ska utföra aktiviteten givet att patientsäkerheten kan garanteras.

Väl fungerande IT-system

Utmaningarna i samhället, t.ex. den demografiska utvecklingen, framtidens finansiering av välfärden och behovet av tid till patientmötet kräver att det finns fungerande IT-system som kan effektivisera verksamheten genom att stödja professionerna i deras arbete.

Sverige har kommit långt när det gäller användning av IT-system som stöd i den dagliga verksamheten. Regeringen och huvudmännen har gjort stora investeringar för att skapa goda grundförutsätt-

ningar för en mer ändamålsenlig informationshantering. Satsningar har gjorts och görs på exempelvis IT-infrastruktur, säkerhetslösningar och för att införa en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk. Vidare införs nu bl.a. nationell patientöversikt, sammanhållna journalsystem och elektroniska beslutsstöd inom hela vårdsektorn. Den tekniska utvecklingen är bred och snabb och skapar många nya möjligheter.

Sverige började tidigt använda elektroniska stödsystem, men systemen är ännu inte utvecklade på samma nivå som i en del andra länder. Sverige placerar sig dock högt när det gäller allmänläkares användning av elektroniska stödsystem. En stor andel av läkarna tycker däremot att det är svårt att få tillgång till informationen från systemen. Detta stöds även av IHP-studien där det framkommer att 25 procent av de svårt sjuka har varit med om att vården inte samordnat viktig information om deras sjukdom och behandling. Cirka 20 procent av patienterna uppfattar inte att specialistläkaren har grundläggande information om honom eller henne. En av tio har dessutom varit med om att vården har missat att informera om avvikande provresultat.

Arbetet med att stödja och utveckla arbetet med att t.ex. ta fram nationella elektroniska beslutsstöd och en enhetlig journalstruktur, behöver således fortsätta. Genom väl anpassade IT-stöd och IT-verktyg kan rapporteringen förenklas och administrationen förenklas, vilket frigör resurser.

Styrningen av hälso- och sjukvården

Under den senaste tiden har det förts en diskussion om hälso- och sjukvårdens styrsystem och diskussionen handlar till stor del om att ersättningssystemens betydelse har ökat. Kritik har riktats mot att ersättningssystemen i allt för hög grad belönar kvantitet och enskilda besök snarare än resultat i form av förbättrad hälsa. Professionerna har även uttryckt att den nuvarande styrningen av hälso- och sjukvården är för detaljerad och att deras erfarenheter och kompetenser får för lite betydelse för den vård som ges.

Behovet av nationell samordning

Det finns flera tecken på att hälso- och sjukvårdens resurser inte används så effektivt som möjligt. Orsakerna till detta förhållande är givetvis många men några exempel är omfattande krav på dokumentation och andra administrativa åtgärder samt brist på fungerande IT-stöd och IT-verktyg. Detta kan både innebära ett slöseri med gemensamma resurser och riskera att försämra förutsättningarna för att ge en god och säker vård. Samtidigt är ett fungerande system för dokumentation och uppföljning av hälso- och sjukvården en förutsättning för att kunna följa kvalitet och resultat och styra resurserna effektivt.

För att kunna möta framtidens utmaningar och öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om säkra att tillgängliga resurser, framför allt professionernas resurser, används optimalt. Regeringen ser därför att det finns behov av att driva arbetet framåt på ett samlat, samordnat och effektivt sätt för att få ökad samsyn kring vilka system för t.ex. dokumentation, uppföljning och resursstyrning som är nödvändiga för att säkerställa en god och effektiv vård och hur systemen kan utformas för att på ett bättre sätt ta tillvara professionernas kunskaper och erfarenheter.

En nationell samordnare bör därför ges i uppdrag att stödja huvudmän, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården. Det finns behov av att se över hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas tid, kompetenser och kunskaper på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2014 aviserat en satsning på området och har avsatt tre miljoner kronor per år 2014–2015.

Uppdraget

Samordnaren ska göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Analysen bör belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Det handlar också om att få en samlad bild av redan pågående arbete på området. Mot bakgrund av analysen ska samordnaren sedan initiera samarbeten med berörda

aktörer och i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt.

Mot bakgrund av resultatet av analysen kan följande punkter vara exempel på frågor som samordnaren behöver se över:

- kartlägga hur arbetsuppgifter av administrativ karaktär fördelas i vården och ge exempel på förbättringsmöjligheter,
- gå igenom krav på dokumentation och dylikt i lagstiftning och övriga författningar och analysera deras utformning i relation till behovet av en nödvändig och ändamålsenlig administration och ev. föreslå förändringar,
- utreda vilka stöd och verktyg som skulle kunna effektivisera och underlätta det dagliga arbetet,
- kartlägga landstingens processer för planering av resurser och ge exempel på förbättringsmöjligheter, och
- se över hur professionernas kunskaper och erfarenheter bättre kan tas tillvara vid utformningen av hälso- och sjukvårdens styrsystem.

Tre grundläggande frågor ska genomsyra samordnarens arbete, dels hur nyttan för patienten kan öka, dels hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården säkerställs och dels hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt

Samordnaren ska arbeta utåtriktat mot berörda aktörer och vara sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna behjälplig i arbetet med att se över hur professionernas resurser kan användas på bästa sätt.

Uppdragets genomförande

Uppdraget ska genomföras i nära samråd och dialog med sjukvårdshuvudmännen, företrädare för professionerna, berörda myndigheter och utredningar samt patientorganisationer. Samordnaren ska dock inte ta över det ansvar som sjukvårdshuvudmännen, vårdgivarna och andra myndigheter har. Under genomförandet av uppdraget

ska samordnaren inhämta synpunkter från berörda aktörer i den utsträckning som samordnaren finner lämpligt. För att uppdraget ska kunna genomföras är det viktigt att berörda aktörer redovisar de uppgifter samordnaren behöver.

Om förslag lämnas till regeringen som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, landstingen, kommunerna eller enskilda ska samordnaren kartlägga och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen. Om förslagen förväntas få ekonomiska effekter på den offentliga ekonomin ska samordnaren också föreslå hur dessa ska finansieras. Om något av förslagen påverkar det kommunala självstyret ska dess konsekvenser och de särskilda avvägningar som har föranlett förslaget redovisas. För det fall samordnaren föreslår ny eller ändrad lagstiftning ska fullständiga författningsförslag lämnas. Det ligger inte i samordnarens uppdrag att lämna förslag som förändrar ansvarsfördelningen mellan stat och kommunsektor eller som utvidgar det offentliga åtagandet.

Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som beslutas i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2015. Slutredovisningen ska i första hand sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete samordnaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits. Därutöver bör slutredovisningen vid behov innehålla förslag till ytterligare åtgärder.

(Socialdepartementet)

Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)

OBS! SKA FOTAS IN AV ELANDERS

Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt av professor Anders Anell

Översiktlig historik avseende utvecklingen av primärvården och samverkan mellan kommun och landsting

Primärvårdens utveckling

Primärvården har sina rötter i 1600-talet provinsialläkarväsende. 1688 infördes de första förordningar som reglerade provinsial- och stadsläkarnas verksamhet i Sverige (och Finland). Provinsialläkarna skulle arbeta på landsbygden och stadsläkarna i städerna. De statligt anställda provinsialläkarna hade ett brett ansvarsområde, vilket också utmärker dagens primärvård. Som exempel kan nämnas vad som stadgades i provinsialläkarinstruktionen från år 1822 (8 §):

> Utom denna skyldighet, att biträda de sjuke inom distriktet, som hans hjelp anlita, bör provinsialläkaren äfven fästa sin uppmärksamhet på allt, som kan bidraga att bibehålla innevånarnas helsa, samt på allt, som för helsan kan medföra skadeliga följder. Han bör för detta ändamål
>
> * Taga noga kännedom om sitt distrikt till dess medicinskt topografiska beskaffenhet, särskilda folkkynne och lefnadssätt, allmogens boningshus, dess barns fysiska uppfostran, allmänt ömkliga huskurer m.m. …
>
> * Vara uppmärksam på beskaffenheter av allmogens dryck och födoämnen ...
>
> * Anmäla förhållandet (vid risk för missväxt, farsoter och skada) hos landshövdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare avböja hvad för innevånares helsa kunde vara av menligt inflytande.

Provinsialläkare hade en bestämd station (stationeringsort) och tjänstgöringsdistrikt och utnämndes av Kunglig majestät. Extra provinsialläkare hade samma tjänstgöringsskyldighet som ordinarie provinsialläkare, men var helt eller delvis avlönade av kommuner. I varje län fanns dessutom en av staten avlönad förste provinsialläkare med ett övergripande ansvar för länets allmänna sjuk- och hälsovård. Kännetecknande för det gamla provinsialläkarsystemet var att dess läkare arbetade ensamma eller med mycket litet av biträdande personal. Ibland kunde vissa sjukhusplatser stå till förfogande. Hembesök var ett betydande inslag i verksamheten.

Antalet läkartjänster var fram till 1900-talet mycket begränsat. Vid sekelskiftet år 1700 fanns endast nio sådana läkare i landet (inkl. Finland). Omkring år 1900 fanns det omkring 500 tjänsteläkare, vilket innefattade både provinsialläkare och stadsläkare, en majoritet av dessa var allmänpraktiserande privatläkare. Provinsialläkarsystemet fungerade enligt dåtidens krav relativt väl – fram till efter andra världskriget. Det fanns då över 800 provinsialläkare samt stads- och stadsdistriktsläkare i landet. Dessutom hade privatläkare börjat etablera sig, huvudsakligen i de största städerna. Antalet uppskattades till drygt 500.

Den slutna sjukvården började byggas ut först under 1700-talet och det första egentliga lasarettet – Kongl. Serafimerordenslasarettet – öppnades år 1752 med åtta sängplatser för hela landet som vid denna tidpunkt också omfattade Finland. År 1823 hade riksdagen beslutat att hospitalen enbart skulle användas för de sinnesjuka och vid mitten av 1800-talet började utbyggnaden av nya stora centralhospital. Vid kommunallagarnas tillkomstår 1862 kunde med fattigvård avses allt från barnavård och åldringsvård till viss sjukvård och sinnessjukvård. Vid denna tidpunkt var den offentliga sjukvården ännu inte särskilt omfattande. 1862-års kommunallagstiftning innebar bl.a. att landstingen inrättades med uppgift att handha frågor om jordbruk, näringsliv, kommunikationer, undervisning och hälsovård. De nybildade landstingen övertog ansvaret för lasarettsvården och kurhusen – specialsjukhus för veneriska sjukdomar – totalt 46 lasarett med ca 3 000 sängplatser.

När landstingen övertog ansvaret för kroppssjukhusens drift i kom expansionen att fortsätta. Framför allt under 1900-talets första decennier började en stark expansion av dessa sjukhus. Det kan dock konstateras att antalet läkare vid sjukhus och andra vård-

inrättningar för sluten vård ända fram till 1940-talet var mindre än det antal läkare som var verksamma utanför sjukhus.

Vid tiden för det andra världskriget började behovet av en reformering av den öppna sjukvården att diskuteras. I en utredning som genomfördes av medicinalstyrelsen under dess dåvarande chef Axel Höjer, *Den öppna läkarvården i riket* (SOU 1948:14), presenterades en rad omdanande förslag. Grundprincipen var att skapa s.k. hälsocentraler, som var avsedda för både sjuka och friska och som skulle omfatta såväl sjukvårdens öppna mottagningar och fristående tjänsteläkarmottagningar som centra för både specialiserad och allmänmedicinsk öppenvård.

Andra förslag var bl.a. att:

- landstingen skulle ha huvudmannaskapet för öppen vård vid deras sjukhus,
- landstingen skulle upprätta en översiktlig ”stomplan” för all öppen vård inom landstingsområdena,
- en snabb utbyggnad skulle ske av öppen psykiatrisk vård och psykiatriska barn- och vuxenavdelningar vid centrallasaretten,
- antalet provinsialläkare skulle utökas i en enhetlig organisation,
- formella möjligheter till förebyggande hälsovårdsåtgärder skulle erbjudas inom den öppna vården.

Utredningens majoritet uttalade sig principiellt för en kostnadsfri samhällsdriven hälso- och sjukvård. Samhällets hälsocentraler skulle enligt förslaget innehålla tillräckligt mänga läkare för att ge öppen hälso- och sjukvård åt hela befolkningen. Men valet att söka privatsjukvård skulle vara fritt. Förslagen blev hårt kritiserade både från landstings- och läkarhåll, och genomfördes inte.

Ansvaret för kroniskt sjuka människor var i princip oreglerat fram till införandet av 1951-års sjukhuslag då landstingen fick en obligatorisk vårdskyldighet för ”sådana långvarigt – dock inte tuberkulöst – kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd är i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras mer av personlig skötsel än av krav på de diagnostiska och terapeutiska resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärka lasarett och sjukstugor”. Några år senare klargjorde Åldringsvårdsutredningen att sjukhemsvården skulle erbjuda sådan vård som inte

ansågs möjlig att utföra i det egna hemmet eller på ålderdomshem. Efter att landstingen fick huvudmannaskap för långtidssjukvården (kronikervården) 1951 följde en kraftig expansion av sjukhusvården. Den högspecialiserade sjukvården koncentrerades till regionsjukhus och landet delades in i sju sjukvårdsregioner (1960).

På 1950-talet var provinsialläkarväsendet inne i en svår kris. Arbetet var isolerat vid enläkarstationer med stor bundenhet av ständig jourtjänst. Inte sällan tillkom dubbelförordnande då granndistriktets provinsialläkartjänst var vakant. Den gamla tidens hemsjukvård genom hembesök hos patienten och dennes familj minskade kraftigt. En kartläggning som gjordes av Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (ÖHS-kommittén) *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena* (SOU 1958:15) visade att var femte till var sjätte provinsialläkartjänst var vakant, i Norrland var situationen än mer besvärlig då var tredje till var fjärde tjänst var vakant. Ensamarbetet och bristen på fortbildning medförde att blev kunskaperna snart föråldrade och det blev allt svårare att rekrytera unga läkare som hellre lockades av en karriär på sjukhuset, med möjlighet till specialistutbildning. Allmänhetens förtroende för sjukhusen växte och påverkade sökmönstren. Patienterna sökte sig till sjukhusens öppna mottagningar, då dessa hade tillgång till laboratorieundersökningar, röntgen och annan modern utrustning.

Landstingen blir successivt ansvariga för all hälso- och sjukvård

Den snabba utvecklingen av sjukhusväsendet och svårigheterna i provinsialläkarsystemet väckte krav på genomgripande reformer. Det statliga huvudmannaskapet för viktiga delar av sjukvården blev föremål för en kritisk debatt och ÖHS-kommittén fick i uppdrag att göra en bred genomgång. Utredningen föreslog en huvudmannaskapsreform för provinsialläkarväsendet. Som motiv angavs att staten var en försumlig huvudman, som befann sig på för stort administrativt avstånd från fältet, att det behövdes en rationell arbetsfördelning mellan sjukhusen och den öppna vården, att mera öppenvård skulle minska behovet av sjukhusutbyggnad och att en bättre planering av olika värdinrättningar skulle följa av reformen. Förslagen innebar alltså en försiktig omstrukturering i samma riktning

som förslaget om hälsocentraler från år 1948 men med en öppenvård helt fristående från sjukhusen.

ÖHS-kommitténs förslag om den öppna hälso- och sjukvården kom inte att realiseras i sin helhet. Huvudmannaskapet för provinsialläkarväsendet överfördes dock år 1963 från staten till sjukvårdshuvudmännen. I slutet av 1960-talet fanns endast 1 000 tjänster, vilket motsvarade 7 000 invånare per provinsialläkare. Läkarna kom efter hand att arbeta vid större enheter (vårdcentraler), och yrkestiteln ändrades 1973 till distriktsläkare.

Genom provinsialläkarreformen 1963, mentalsjukvårdsreformen år 1967 då ansvaret för den slutna mentalsjukvården överfördes till landstingen samt besluten om huvudmannaskapsförändringar för Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska sjukhuset i Stockholm vid inledningen av 1980-talet kom så gott som all hälso- och sjukvård att ligga under landstingskommunalt huvudmannaskap. Även den så kallade sjukronorsreformen 1970 utökade landstingens ansvar då landstingen även fick ansvar för öppenvården på sjukhusen. Före reformen var landstingen främst ansvariga för den slutna vården på sjukhusen. Överläkarna på sjukhusen var i sin egenskap av slutenvårdsläkare anställda hos landstingen, men de hade möjlighet att ha både egen öppenvårdsmottagning och privata inneliggande patienter. Genom avtal och lagstiftning reglerades och begränsades dessa möjligheter successivt under åren 1945–1960. Denna verksamhet finansierades med patientavgifter och det fanns sedan 1955 en obligatorisk sjukförsäkring som innebar att patienten fick betala doktorn hela kostnaden för ett öppenvårdsbesök och sedan vända sig till Försäkringskassan för att få tillbaka den fastställda statliga subventionen för sin utgift. Sjukronorsreformen innebar att patienten fick betala en nettoavgift på 7 kronor (15 kronor för hembesök), och vårdgivaren skulle få återstoden av kostnaden från försäkringskassan. För landstingen kan sjukronorsreformen beskrivas som att landstingen fick kontroll över hela verksamheten vid sjukhusen vilket skapade andra förutsättningar för att planera och dimensionera helheten.

Det fanns för många läkare ett symbolvärde i att läkaren uppbar besöksavgiften direkt från patienten och betalade huvudmannen ersättning för utnyttjande av lokaler, utrustning och personal. Läkaren var oberoende yrkesutövare. För sjukhusläkarna innebar reformen att de blev heltidsavlönade tjänstemän där lönen reglera-

des i avtal mellan landstingen och Läkarförbundet. I praktiken innebar detta innebar en kraftig förändring av läkarnas avlöningssystem. Tidigare hade en stor del av de flesta läkares inkomster kommit från öppenvårdsbesöken, och läkaren fick betalt per mottagen patient. Efter reformen betalade patienten ett fast pris till huvudmannen (landstinget) och alla läkare fick en fast lön som inte påverkades av antalet patienter som läkaren tog emot. Reformen hade som effekt att många patienter som haft långvarig kontakt med specialister på sjukhusen hänvisades till provinsialläkare (sedermera distriktsläkare). Den kom i ett läge då primärvården var starkt underdimensionerad för att klara uppgiften. Sjukronorsreformen tog bort ett incitament för läkare att tänja sig lite extra för efterfrågade konsultationer. Man blev snabbare med att hänvisa till jourläkare eller någon annan mottagning. Även jourpassen, som tidigare varit en viktig inkomstkälla för många läkare, upplevdes nu betydligt tyngre. Ekonomiska incitament med prestationsersättning som en del av lönen är således inget nytt fenomen i sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens struktur och primärvårdsfunktionen utreds … och utreds igen …

Trots de diskussioner som pågått sedan 1940-talet initierades inte några innehållsmässiga förändringar av den öppna hälso- och sjukvården förrän i slutet av 1960-talet då Socialstyrelsen presenterade detaljerade riktlinjer för den öppna vårdens organisation och utveckling i sin rapport Ett principprogram om öppen vård (Socialstyrelsen redovisar 3/1968). I denna förordades en snabb utbyggnad av gruppläkarmottagningar och begreppet vårdcentral lanserades. Vid dessa enheter skulle även olika specialistläkare kunna engageras. För att öka kapaciteten i en situation med läkarbrist pekade socialstyrelsen också på behovet av personal med andra kompetenser. Principprogrammet behandlade även möjligheterna att förkorta medelvårdtiderna vid akutsjukhusen och att minska behovet av sluten vård genom en effektiviserad och utbyggd öppenvård med god tillgång till utredningsresurser vid laboratorier och röntgenavdelningar. Som alternativ till sluten vård fördes även fram möjligheter till dagvård, hemsjukvård och patienthotell. Behovet av samverkan med socialvården underströks och samlokalisering av vårdcentral, socialvård, apotek m.m. förespråkades.

Provinsialläkare blir distriktsläkare

Provinsialläkartjänsterna omvandlades 1973 till distriktsläkartjänster. Landstingen fick möjlighet att inrätta sådana tjänster för såväl allmänläkarvård som specialiserad vård. De flesta distriktsläkarna hade allmänläkarkompetens, där kraven nu hade ökat till fyra års tjänstgöring varav en stor del inom olika sjukhuskliniker och dessutom förelåg krav på sex veckolånga fortbildningskurser. Vid en del vårdcentraler, exempelvis i Tierp, inrättades distriktsläkartjänster på heltid för specialister inom invärtes medicin, kirurgi, ögon, öron, barnmedicin och gynekologi – förutom för allmänmedicin. Snart visade det sig att de olika specialisterna hade specialistuppgifter i mycket begränsad omfattning, med visst undantag för barnläkaren och gynekologen. Endast barnläkaren blev kvar på heltid, övriga specialisttjänster omvandlades till allmänläkartjänster. I stället anlitades specialister från sjukhusen som konsulter vissa dagar med möjlighet till personlig kontakt och fortbildning av allmänläkarna.

Primärvården under 1970-talet

Under 1970-talet skedde i de flesta landsting en successiv distriktsindelning av primärvården där de nya vårdcentralerna fick bestämda upptagningsområden med vanligen omkring 10 000 invånare. Man bildade inom vårdcentralerna fasta arbetslag (vårdlag), bestående av distriktsläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera – med ett gemensamt områdesansvar. Invånarna hänvisades att söka ”sin” vårdcentral, och valfriheten blev därmed begränsad. Även barn- och mödrahälsovård samt sjukhemmen ingick i den nya primärvårdsorganisationen. De flesta vårdcentralerna hade under 1970-talet svårt att leva upp till de ambitiösa målsättningarna, och bristen på distriktsläkare var mycket stor. Antalet tjänster hade visserligen ökat till 1 700 – motsvarande en läkare per 4 800 invånare – men nästan hälften av tjänsterna saknade ordinarie innehavare och många var helt vakanta.

Institutioner med professorstjänster i allmänmedicin har efter hand inrättats vid de sex universitet som har ansvar för läkarutbildningen, och allmänmedicin har införts som ett särskilt ämne i alla läkares grundutbildning. Forskning kom igång inom allmänmedicinen. Vid vissa vårdcentraler skapades FoU-enheter för forskning

och utveckling. För alla blivande läkare ingår numera sex månaders AT-tjänstgöring vid vårdcentral. I överensstämmelse med riktlinjerna i öppenvårdsprogrammet beslöt riksdagen år 1969 att i samband med en läkarutbildningsreform dels godkänna inrättandet av en vidareutbildningslinje för läkare i öppen vård, dvs. det som senare kom att kallas allmänmedicin, dels att förstärka grundutbildningen av läkare i detta ämne. I den fortsatta fördelningen av platser för läkare under vidareutbildning borde, ansåg riksdagen, särskild uppmärksamhet ägnas behovet av utbildningsplatser i allmänmedicin.

Socialstyrelsen presenterade 1976 Principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS-80 Socialstyrelsen anser 1976:1). Rapporten innehöll en idéskiss över strukturen för den framtida hälso- och sjukvärden. I detta arbete utmejslades en primärvårdsfunktion som en tydlig bas i den svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen. Primärvårdsfunktionen ska omfatta all individuell hälsovård och i princip all sjukvård, som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Primärvårdsuppgifterna omfattar med en sådan definition den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långtidssjukvård. Härutöver skulle det finnas länssjukvård och regionsjukvård. Vikten av en bred syn på hälso- och sjukvård betonades. Som en grund för denna drevs frågan om gemensamma geografiska betjäningsområden för primärvård och socialvård. Tankegångarna från 1968 års förslag i principprogrammet för öppen vård om en strukturerad kontakt med socialvården berördes dock inte av HS-80. Vare sig hälso- och sjukvårdens eller socialvårdens företrädare var då redo att gå in i ett formellt samarbete. I principprogrammet från 1976 utvecklar Socialstyrelsen primärvårdsbegreppet ytterligare jämfört med principprogrammet från 1968 som både ett verksamhetsområde och en organisatorisk vårdnivå. Allmänmedicinens avgränsning och uppdrag blev här mycket otydligt, och en rad specialiteter gjorde anspråk på att bedriva primärvård. I programskrifterna från 1968 och 1976 betonades vissa huvudprinciper som blivit kända som primärvårdens honnörsord: helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan.

I arbetet med hälso- och sjukvårdens strukturfrågor har primärvården som begrepp, funktion, organisation och geografisk enhet utvecklats. I Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968), SPRI rapport 14/72 samt Socialstyrelsens remissupplaga med för-

slag till principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (1973) angavs primärvårdens funktion i huvudsak vara att svara för patienternas förstahandskontakt med hälso- och sjukvården och att ansvara för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet geografiskt område. I dessa skrifter utgick man från att läkarstabens storlek skulle medge en viss specialisering mellan läkarna inom ett primärvårdsområde. Man pekade särskilt på barnens behov av hälso- och sjukvård. Mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning var andra delar, som man ansåg skulle kunna integreras i primärvården. Tillgång till andra specialister, såsom läkare i invärtesmedicin och psykiatri, var också önskvärd, menade Socialstyrelsen. Organisatoriskt tänkte man sig då att det inom ett större primärvårdsområde kunde finnas både en större mer differentierad värdcentral och andra mindre rent allmänmedicinskt inriktade vårdcentraler.

För att driva på frågan om samarbete mellan primärvården och socialvården inför deras fortsatta utveckling och utbyggnad bedrev de båda kommunförbunden, Socialstyrelsen och Spri ett gemensamt utredningsarbete. Resultatet av detta arbete presenterades åren 1978 och 1979 i form av olika rapporter inom ramen för projektet Primärvård – äldreomsorg – samverkan. I rapporten Primärvård – innehåll och utveckling 1978 som togs fram inom ramen för detta projekt, gjordes ett försök att förtydliga definitionen av begreppet primärvård: "Primärvård omfattar miljöinriktade åtgärder, all individinriktad förebyggande medicinsk verksamhet, all behandlande medicinsk verksamhet utanför sjukhus av lasarettstyp samt all omvårdnad som betingas av medicinska skäl och som kan ges utanför sådana sjukhus".

I rapporten framhölls också att i takt med att primärvården byggs upp borde sådana verksamheter, som inte kräver länssjukvårdens särskilda resurser, fullgöras inom en sammanhållen primärvårdsorganisation. Rapporten uttalade dessutom att sjukhusens öppna specialiserade värd inte kan betecknas som primärvård, eftersom primärvården inte enbart ska tillgodose medicinska säkerhetskrav utan även krav på bl.a. helhetssyn och samverkan med främst primärkommunala verksamheter. Vidare menade man att de arbetsinsatser som utförs vid vårdcentraler av läkare, som är anställda i sjukhusens klinikorganisation, utgör konsultinsatser från länssjukvården och därför inte heller kan betecknas som primärvård. I rapporten förordade man att primärvården organisatoriskt

skulle knytas ihop inom ett geografiskt område under gemensam ledning. I normalfallet förutsattes primärvårdsområdets geografiska gräns sammanfalla med primärkommunens. I rapporten Primärvård-innehåll och utveckling fanns också tankar om att små primärvårdsområden skulle kunna samordna vissa verksamheter, t.ex. utbudet av vissa specialistfunktioner, jourverksamhet m.m. I många fall skulle en sådan samordning kunna ske inom sjukvårdsdistrikt eller motsvarande.

Hälso- och sjukvårdsutredningen – HSU

År 1975 tillsatte regeringen en utredning om en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården (hälso- och sjukvårdsutredningen – HSU). I direktiven angavs att den nya hälso- och sjukvårdslagen borde omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet och att den borde ha formen av en ramlagstiftning. En viktig utgångspunkt var att ta bort sådan detaljreglering som inte längre behövdes. I HSUs betänkande *Mål och medel för hälso- och sjukvården* (SOU 1979:78), betonades vikten av att mottagningsverksamhet inom hälso- och sjukvården har sin tyngdpunkt i verksamhet vid vårdcentraler och andra närmottagningar. Vad gällde den funktionella utbyggnaden av den öppna vården utgick man helt från socialstyrelsens förslag till principprogram inför 80-talet och dess indelning av hälso- och sjukvården i primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. HSU förutsatte att hälso- och sjukvårdsverksamheten skulle byggas upp och förankras på den lokala nivån. Denna del skulle vara förlagd eller anknuten till mottagningsenheter av typen vårdcentraler och närmottagningar samt lokala sjukhem. Utredningen föredrog för sin del beteckningen närvård framför beteckningen primärvård. HSU ansåg emellertid att varken beteckningen primärvård eller närvård borde användas i någon föreskrift i den nya lagstiftningen. Landstingen förutsattes ha stor frihet att själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skulle ställas till förfogande och sättet att organisera dessa. Föreskrifter skulle heller inte finnas om andra organisatoriska eller administrativa begrepp. Den enhetlighet som krävs borde enligt HSU skapas i samverkan mellan huvudmännen utan särskilda lagregler.

Vad gäller primärvårdens roll i det förebyggande arbetet ansåg HSU att den främsta skyldigheten anges vara att utveckla det individinriktade arbetet i kontakten med den enskilde patienten. Det har blivit alltmer naturligt att, särskilt vid vissa sjukdomar, ta upp frågor om livsstil: rökning, kost, motion samt alkohol och droger. Inom barn- och mödrahälsovården är dessa frågor alltid aktuella. Distriktssköterskan har en bredare ansats, som även omfattar olycksfallsprofylax hos barn och äldre. Grupper för viktminskning och rökavvänjning finns numera vid många vårdcentraler. Befolkningsinriktat folkhälsoarbete ansågs dock inte längre ett ansvarsområde för allmänläkarna, enligt HSU. Däremot kan distriktsläkare och distriktssköterska förmedla sina erfarenheter om hälsoproblem i distriktet till ett lokalt hälsoråd, som finns i många kommuner.

Primärvårdens ställning i HSL – ingen reglering av organisatoriska former

I regeringens proposition (1981/82:97) Hälso- och sjukvårdslag, m.m. tog det föredragande statsrådet fasta på utredningsresultaten. Mot denna bakgrund föreslogs en ramlag utan någon detaljerad reglering av formerna för verksamheten vare sig organisatoriskt eller administrativt. Den övergripande organisationen skulle bestå av en politisk styrelse, hälso- och sjukvårdsnämnden, med möjlighet att inrätta olika förtroendemannaorgan underställda denna nämnd. Till hälso- och sjukvården hör, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) även företagshälsovård, skolhälsovärd och studerandehälsovård liksom sjuktransporter. Däremot räknas inte tandvård och särskilda omsorger om utvecklingsstörda dit.

Även om någon reglering inte förutsattes ske av de organisatoriska formerna för hälso- och sjukvården, fann det föredragande statsrådet dock anledning att redovisa riktlinjer för den fortsatta verksamheten. Därvid framhöll hon bl.a. följande om primärvården:

> Övervägande skäl talar för att begreppet primärvård används för den lokala hälso- och sjukvården. Primärvård är en väl inarbetad benämning, som också är internationellt vedertagen. Det är angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriteras. Det är av stor vikt att den utveckling som påbörjats med samlokalisering av primärvården med angränsande delar av social värden, fortgår och underlättas. Det torde

vara politisk enighet om att de verksamheter, som enligt HSU ingår i primärvårdsfunktionen, förs samman till en primärvårdsorganisation, som ges förstahandsansvaret inom hälso- och sjukvården och för befolkningens hälsa inom ett begränsat geografiskt område – i regel motsvarande en kommun. Med utgångspunkt i primärvårdens ansvar för befolkningens hälsa inom det egna betjäningsområdet och i linje med det hälsopolitiska synsätt, som måste prägla verksamheten, bör primärvården bl.a. ha till uppgift att samla in kunskaper om sjukdomar och skador samt att undersöka om dessa har ett samband med miljöförhållanden av olika slag. Mot denna bakgrund bör hälso- och sjukvården planeras med primärvården som bas för organisationen. Utifrån denna utgångspunkt är det också viktigt att primärvården samarbetar med olika samhällsorgan samt med frivilliga organisationer och enskilda för att främja befolkningens hälsa i vidsträckt bemärkelse. I denna samverkan ingår bl.a. privata vårdgivare, företagshälsovård, länssjukvård och primärkommuner, främst deras socialtjänst. Långtidssjukvården är en viktig funktion för primärvården. Det ökade behovet av sjukvård för de äldre bör tillgodoses inom ramen för hemsjukvården. När det gäller psykiatrin bör denna sektoriseras och vara samlokaliserad med övrig primärvård.

I enlighet med en särskild överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen infördes år 1981 en särskild ersättning för att underlätta insatser för förebyggande hälsovård och primärvård, inkl. långtidssjukvård. I propositionen 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag m.m. förordades också ökad decentralisering och ökad dag- och hemsjukvård. De målformuleringar som uttrycktes genom propositionen innebar krav på omstruktureringar inom hälso- och sjukvärden med utbyggnad av öppen vård utanför sjukhus och långtidssjukvård, samtidigt som den slutna korttidsvården skulle minskas. Socialdepartementets dåvarande sjukvårdsdelegation, som i april 1983 ersattes av hälso- och sjukvårdsberedningen, beslöt i juni 1978 att påbörja arbetet med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS-90). HS-90-projektet ska ses mot bakgrund av kravet dels på förändringar av hälso- och sjukvårdens inriktning och struktur, dels på återhållsamhet i den fortsatta expansionstakten.

HS-90 avlämnade i augusti 1984 sin huvudrapport *Hälso- och sjukvård inför 90-talet m.m.* (SOU 1984:39). I denna slogs fast att hälso- och sjukvårdslagen från 1983 ställde nya krav på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården. I förarbetena till lagen understryks nödvändigheten av att hälso- och sjukvårdens resurser måste omfördelas för att den avsedda inriktningen av vården skulle

kunna genomföras. HS-90 hänvisade därvid också till sin uppfattning om att huvudmännen i sin planering av hälso- och sjukvården skulle utgå från primärvården.

HS-90 anger följande avseende primärvårdens ansvar och uppgifter:

- Samordna de primära vårdgivarnas hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvärdsområdet.
- Meddela basal sjukvård vid mottagningar (vårdcentraler), genom sjukvård i hemmet och vid lokala sjukhem.
- Svara för hembesök, förlängt öppethållande och jourtjänst för flertalet akut vårdsökande.
- Svara för hälsovård för mödrar och barn och äldre samt särskilda hälsoriskgrupper.
- Svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där denna inte tillgodoses på annat sätt.
- Svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hälso- och sjukvårdsplaneringen, för prövning av behoven av förändrad inriktning av hälso- och sjukvården samt som underlag för primärvårdens samverkan med andra samhällssektorer.
- Bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde.
- Svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillhandahålla lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

I propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. redovisade regeringen sin syn på inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild tonvikt på förebyggande insatser. En ändring i HSL föreslogs med innebörd att som ett särskilt krav på en god hälso- och sjukvård ska gälla att vården ska inriktas på att förebygga ohälsa och att kraven på en god hälso- och sjukvård ska avse all hälso- och sjukvård och inte endast den som drivs av landstingen. I propositionen anslöt sig vidare det föredragande statsrådet till de synpunkter på primärvården som

nyss angetts. I de riktlinjer för hälso- och sjukvården, som preciserades i propositionen, angavs följande om primärvården, som enligt propositionen utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet:

> Primärvården är den del av landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation som är förlagd utanför sjukhus. Primärvården har – enligt motiven till hälso- och sjukvårdslagen – ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område, i regel motsvarande en kommun eller kommundel. Den har goda förutsättningar att tillgodose krav på närhet, tillgänglighet och kontinuitet och kan arbeta såväl med ett patientperspektiv som ett befolknings- och samhällsperspektiv och kan bygga upp en samlad kunskap om befolkningens hälsovillkor och hälsoproblem.
>
> Landstingens primärvårdsorganisation har vidare en viktig uppgift i samordningen av de samlade vårdinsatserna från de olika vårdgivarna inom området.
>
> Primärvården bör genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården eller som tillhandhålls genom t.ex. företagshälsovård eller skolhälsovård. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som förutsätts i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen är det nödvändigt att primärvården kan tillhandahålla ett brett serviceutbud anpassat till befolkningens behov. Viktiga delar av denna verksamhet är en väl täckande jourverksamhet, hembesök vid akut sjukdom och en väl utbyggd hemsjukvård.

Förslagen till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen liksom vad som anfördes om riktlinjer för primärvården i propositionen godkändes av riksdagen. Primärvården har som framhållits ett förstahandsansvar för befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården. För personer med psykiska sjukdomar har dock en särskild organisationsstruktur med en integrerad öppen och sluten vård inom ramen för s.k. sektorer eftersträvats. Organisationen är baserad på riktlinjer som socialstyrelsen redovisat (socialstyrelsen anser 1980:2). I dessa anges att modellen med en sammanhållen öppen och sluten vård bör vara huvudprincipen för utvecklingen, men att även andra modeller bör prövas där psykiatriska vårdresurser organiseras inom primärvårdens ram på ett sådant sätt att förstahandsansvaret också för de psykiska sjukdomarna kan uppfyllas av primärvården.

Primärvården under 1980-talet

Från början av 1960-talet till början av 1970-talet hade det totala antalet läkarstationer/vårdcentraler minskat från knappt 800 till cirka 700. Detta var ett uttryck för den centralisering som ägt rum i samband med den nya kommunindelningen, men också för tendensen att i de större tätorterna bygga stora vårdcentraler med uppemot 10–15 läkartjänster. Utbyggnad av vårdcentralerna från 1970-talet och framåt skedde inte likformigt över landet. Gemensamt var dock under lång tid en områdesbaserad verksamhet kring vårdlag och med en distriktsläkare som vårdcentralschef. Under hela 1980-talet eftersträvade man att bygga mindre vårdcentraler med högst 3–4 läkare. I mitten av 1980-talet hade mer än 60 % av vårdcentralerna 2–4 läkare. En period på 1980-talet bildades ibland mycket stora vårdcentraler med 10–15 läkare eller fler, vilket så småningom upplevdes som otympligt, och en uppdelning skedde i mindre och mer självständiga vårdlag. Flera vårdcentraler kunde gemensamt ledas av en distriktsöverläkare, senare under 1980-talet kallad chefsöverläkare. Denna benämning övergick efter lagändringar till titeln verksamhetschef. Denne behövde inte vara läkare, och inom primärvården har det blivit allt vanligare att en sjuksköterska, sjukgymnast och person ur annan yrkeskategori utses till verksamhetschef.

På många vårdcentraler tillkom efter hand på 1980- och 1990-talen specialinriktade sjuksköterskor inom främst diabetes, hypertoni, astma/kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Berörda patienter kunde på dessa sköterskemottagningar få stöd, övervakning och vägledning mellan läkarbesöken, vilka därmed kunde glesas ut. Ofta hade en allmänläkare med fördjupad kunskap inom respektive område ett speciellt ansvar för verksamheten.

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1982 förutsatte att i första hand primärvården skulle ta det ansvar för befolkningens hälsa som ålades landstingen. Primärvårdens tidigare nämnda honnörsord fick i HSL sin lagliga förankring. Socialdepartementets rapport HS 90 förutsatte en betydande utökning av primärvårdens uppgifter med insamling av hälsodata och krav på att även bedriva samhällsinriktade preventiva åtgärder. De alltför få distriktsläkarna, som hade stora svårigheter att hinna med angelägen basal sjukvård, upplevde de nya kraven och förväntningarna mycket frustrerande.

Antalet tjänster för distriktsläkare ökade under 1980-talet till 3 000, men en tredjedel av tjänsterna var vakanta. Avhoppen var stora både från tjänsterna och under utbildningen. Inom Sveriges läkarförbund tog man fram ett förslag om hur arbetet skulle bli mer stimulerande och attraktivt. Viktiga inslag var att göra arbetet mer omväxlande genom att regelbundet lägga in andra uppgifter och inte enbart ha mottagningsarbete. Uppdraget måste också avgränsas.

Trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården hade i praktiken fortsatt satsning inriktats på sjukhusbaserad vård. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 procent av samtliga specialistkompetenta läkare. I andra länder var motsvarande siffror till exempel i Norge 30 procent och i England 40 procent.

År 1986 fanns det vårdcentraler i alla primärkommuner i landet. Antalet en-läkarstationer hade minskat kraftigt till förmän för enheter med två eller flera läkare. Även lokala sjukhem hade byggts ut kraftigt. Det fanns dock fortfarande stora ojämnheter i relation till behoven. Sjukvård i hemmet hade också expanderat och minskat behoven av platser inom långtidssjukvården. Fortfarande rådde dock – framför allt inom glesbygdsområdena – en besvärande brist på allmänläkare.

Efter ett regeringsuppdrag redovisade Socialstyrelsen i december 1986 en uppföljning av faktisk och planerad utveckling av primärvården (PM 166/87). Av denna framgick bl.a. att det då fanns 758 vårdcentraler i 358 primärvårdsområden i landet. Antalet inrättade allmänläkartjänster uppgick till 2 986. Samma år fanns det i landet 1 582 distriktssköterskemottagningar. Av dessa mottagningar låg 700 i anslutning till en vårdcentral/läkarstation. Varje mottagning betjänade cirka 5 280 patienter. I nästan alla, eller 351 av de dåvarande 358 primärvärdsområdena, bedrevs vid denna tidpunkt någon form av hemsjukvård. I de allra flesta 269 stycken, fungerade verksamheten dygnet runt alla dagar i veckan. I övriga primärvårdsområden fanns ingen hemsjukvårdsverksamhet nattetid och i 13 av dem fanns denna form av service endast under dagtid måndag–fredag.

Barnhälsovården sköttes i de flesta fall, eller i 33 % av primärvårdsområdena, av både allmänläkare och barnläkare från länssjukvården i samverkan. I 30 % av dessa områden sköttes barnhälsovården helt av allmänläkare och i 14 % av dem hade man barnläkare anställda i primärvården. I några primärvårdsområden anlitade man

enbart barnläkare från länssjukvården. I 83 % av områdena förekom föräldrautbildningsinsatser.

Även för mödravården hade huvudmännen valt olika former för läkarmedverkan. I de flesta fall svarade länssjukvårdens specialister för insatserna, medan allmänläkarna hade ansvaret vid drygt en femtedel av primärvårdsområdena.

Endast cirka en femtedel av primärvårdsområdena ägnade sig åt hälsovård för äldre och förebyggande av alkohol- och drogmissbruk.

I 336 primärvärdsområden uppgav man att det förekom sjukgymnastisk verksamhet. Sammanlagt fanns 1 178 inrättade tjänster för sjukgymnaster vid denna tidpunkt, dvs. drygt 7 000 invånare/tjänst. 305 primärvårdsområden rapporterade att man hade arbetsterapeutisk verksamhet och sammanlagt 801 tjänster. Skolhälsovården är en kommunal angelägenhet. I 209 primärvårdsområden svarade emellertid distriktsläkare för läkarinsatserna. I 86 primärvårdsområden svarade distriktssköterskor för sjuksköterskeinsatserna.

Företag, staten, landstingen och många primärkommuner har byggt upp särskilda organisationer för företagshälsovården för den egna personalen. Inom 18 primärvårdsområden bedrev man dock extern sådan verksamhet. År 1989 fanns det 810 vårdcentraler i 370 primärvårdsområden i landet. Detta innebar i genomsnitt 10 370 invånare per vårdcentral. Antalet inrättade allmänläkartjänster uppgick till 2 950. Samtidigt fanns det inom primärvården 150 tjänster för specialistläkare. Vid vårdcentralerna fanns det dessutom 815 läkare under vidareutbildning.

Av Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning 1989 (SoS-rapport 1990:35) framgår att antalet inrättade distriktssköterskebefattningar ökade med cirka 21 %, vilket motsvarar 935 tjänster, från år 1986 till år 1989. Variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen är dock kraftiga. Spännvidden mellan dem är emellertid betydligt mindre om man väger in samtliga sjuksköterskетjänster i öppen vård och inte bara ser till distriktssköterskетjänsterna. Under 1980-talet knöts även undersköterskor till sjukvården i hemmet för att bistå distriktssköterskorna i deras verksamhet. De sistnämnda fick därigenom en ny roll, nämligen som arbetsledare för en eller flera undersköterskor. År 1989 fanns det cirka 6 800 undersköterskor och 1 500 biträden i öppen primärvård. Dessutom fanns det cirka 130 mentalskötare. Även antalet befattningar för sjukgymnaster och arbets-

terapeuter ökade och uppgick i slutet av 1980-talet till cirka 1 500 resp. 1 100 inrättade befattningar i primärvården inkl. de lokala sjukhemmen.

Sammanfattningsvis fanns år 1989 per 3 000 invånare ungefär följande:

- en allmänläkare
- en mottagningssköterska
- två distriktssköterskor
- tre undersköterskor/biträden för sjukvård i hemmet och mottagning
- 0,5 sjukgymnast
- 0,33 arbetsterapeut
- 0,33 övrig vårdpersonal
- 0,66 läkarsekreterare
- 0,66 annan personal.

Sammanlagt arbetade ungefär 43 200 personer i primärvården, varav 19 150 vid de 368 lokala sjukhemmen.

De flesta landsting hade vid mitten av 1980-talet anpassat sin administrativa struktur till de riktlinjer som tidigare angivits om en fristående primärvårdsorganisation. Detta innebär att primärvårdsverksamheterna hålls samman av en ledning med ansvar för alla de verksamheter som lokalt ingår i primärvården. Anpassningen av primärvårdsområdena och vårdcentralernas betjäningsområden till primärkommunernas gränser har också genomförts av de flesta landsting. I de större kommunerna har en uppdelning av primärvårdsområdena gjorts och i allmänhet anpassats efter primärkommunernas indelning i socialdistrikt. På vissa håll i landet har man kompletterat primärvården med vissa mer renodlade psykiatriska resurser för vård av personer med psykisk funktionsnedsättning. I några sjukvårdsområden har också den psykiatriska öppenvården i sin helhet organiserats inom primärvården.

Trots den relativt positiva utvecklingen av primärvården under 1980-talet har det varit svårt att uppfylla de ökade anspråken på den. Det är också svårt att rekrytera läkare till denna verksamhet,

framför allt inom de glest bebyggda delarna av landet. Uppemot en tredjedel av de inrättade läkartjänsterna var under 80-talet vakanta eller uppehålls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. Undersökningar har också visat att antalet avgångar från både vidareutbildning i allmänmedicin och yrkesverksamhet som distriktsläkare är relativt högt.

Primärvården under 1990-talet

Antalet allmänläkare ökade långsamt under 1990-talet till 4 250 år 1998 och de flesta tjänstgjorde vid någon av de omkring 1 100 vårdcentralerna med i genomsnitt fyra allmänläkare vid varje. Andelen kvinnor hade vid denna tidpunkt ökat till 40 procent., Många distriktsläkare arbetade deltid, och antalet invånare per heltidstjänst uppgick till mellan 2 000 och 3 000. Den önskvärda bemanningen angavs nu till i genomsnitt 1 500 invånare per läkare. Motiveringen till ökad läkarbemanning var de mer krävande uppgifterna med en åldrande befolkning, där allmänläkaren har fått ta ett betydande medicinskt ansvar med utredning och även uppföljning efter sjukhusvård av multisjuka patienter med komplicerad behandling.

Vårdcentralerna blev gradvis blivit mer välutrustade och vissa större vårdcentraler har röntgenutrustning, framför allt i glesbygd där allmänläkarens akutvårdsansvar är större. Under 1990-talet infördes datorjournaler vid de flesta vårdcentralerna.

Huvudmannaskapet för primärvården diskuteras

Äldredelegationen överlämnade i maj 1989 rapporten *Ansvaret för äldreomsorgen* (Ds 1989:27) som innehöll förslag om att ge kommunerna ett mera samlat ansvar för service och vård, förslagen låg sedan till grund för Ädelreformen 1992. Förslagen begränsades inte till äldre utan hade som utgångspunkt alla dem som, oavsett ålder, har behov av stöd och hjälp. Att överväga och analysera frågan om att eventuellt överföra hela primärvården till primärkommunerna ingick inte i äldredelegationens uppdrag. I samband med remissbehandlingen av delegationens rapport tog dock många remissinstanser upp denna fråga och flera av remissinstanserna uttalade sig för att frågan borde utredas – och till och med att hela primär-

vården borde föras över till primärkommunerna. Av de 266 kommuner, som yttrade sig över äldredelegationens förslag efterlyste 101 en utredning om ett eventuellt överförande av hela primärvården till primärkommunerna. Av dessa uttalade sig 86 kommuner för ett sådant överförande. Ytterligare 53 kommuner framhöll att primärvården i sin helhet borde överföras, men uttryckte inte något önskemål om att ett sådant överförande skulle föregås av en ytterligare utredning. Av dessa 53 kommuner menade dessutom elva stycken att ett överförande av hela primärvården till kommunerna borde ske fr.o.m. år 1992. Av de då 23 landstingen ansåg åtta att hela primärvården borde bli föremål för utredning. Alla landsting utom ett framhöll också vikten av en sammanhållen primärvård. Även 74 av de 266 kommunerna gav uttryck för behovet av en sammanhållen primärvård. Hälften av de 22 organisationer, som besvarade remissen, uttalade sig för en utredning av hela primärvården och sex av dem tog också ställning för ett överförande av primärvården till kommunerna. Vidare ansåg sju av 16 myndigheter att frågan om ett eventuellt överförande av hela primärvården till kommunerna borde utredas. Socialutskottet betonade i sitt betänkande (1990/91:SoU9 s. 34 f.) vid riksdagsbehandlingen av denna proposition att även om frågan om huvudmannaskapet för primärvården inte utretts av delegationen så är det på sikt angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård och att det föreliggande förslaget därför inte kan ses som en slutgiltig lösning. Vidare ansåg utskottet att en försöksverksamhet med kommunalt ansvar för primärvården bör inledas.

Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård (utom läkarinsatser som även i fortsättningen var landstingens ansvar) vid institutioner. I många landsting övertog kommunerna även hemsjukvården för patienter i det egna hemmet. Många distriktssköterskor och undersköterskor flyttades genom Ädelreformen över till kommunerna och fick en ny ledning. Primärvården blev uppdelad och tidigare vårdlag och nära samarbete mellan distriktssköterskor och läkare splittrades. I dag är det endast Stockholms läns landsting som har kvar ansvaret för hemsjukvården.

Försök med kommunal drift resp. huvudmannaskap för primärvård

Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område öppnades möjligheter för de kommuner som ingick i det s.k. frikommunförsöket att på försök helt eller delvis bedriva primärvård i kommunen, men med bibehållet huvudmannaskap för landstinget. 1985-års lag utvidgades sedermera till att gälla även kommuner som ingick i en landstingskommun som fick bedriva försöksverksamhet inom ramen för frikommunförsöket. Försöksverksamheten, som förutsatte medgivande av regeringen, fick i nu avsedd form pågå till utgången av år 1991. I samband med att frikommunförsöket upphörde gavs genom en ändring i 1985-års lag (SFS 1991:1590) en generell möjlighet för kommuner att efter medgivande av Socialstyrelsen på försök bedriva primärvård utan att huvudmannaskapet övergick till kommunen. Lagen utsträcktes då också till att gälla till utgången av år 1996. Ett annat försök var det s.k. Brunfloprojektet som reglerades i lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt omsorgsverksamhetens område. Jämtlands läns landstingskommun och Östersunds kommun drev gemensamt på försök primärvårdsuppgifter i ett kommunalförbund inom kommundelen Brunflo.

I samband med behandlingen av Ädelpropositionen, se ovan, uttalade Socialutskottet att en försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvården skyndsamt borde inledas. Mot bakgrund av dessa uttalanden återkom regeringen under våren 1991 med förslag till en lag om sådan försöksverksamhet (prop. 1990/91:121). I propositionen konstaterades att de försöksverksamheter som dittills bedrivits inom ramen för det s.k. frikommunförsöket inte hade inneburit att kommunerna hade tagit över huvudmannaskapet för primärvården vilket innebar att försöksverksamheten hade ett begränsat värde. I propositionen pekades vidare på de erfarenheter som visar att ett intensifierat arbete mellan kommunala och landstingskommunala verksamheter är nödvändigt för att kunna uppnå en önskad och ändamålsenlig utveckling samt att ett samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan öka effekten av insatta resurser samtidigt som det ger möjligheter till bättre anpassad service och vård för de enskilda. Därvid nämndes särskilt äldre, handikappade, psykiskt störda, missbrukare och barn som far illa.

Vidare framhölls att besparingar också borde kunna åstadkommas genom att viss specialiserad personal och vissa funktioner utnyttjas gemensamt av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uttalades också att ett ökat samarbete kan bidra till att dubbelarbete undviks samt att ökad samverkan är erforderlig för att kunna möta nya och ändrade krav från allmänheten. För att nå målet om ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betonades i propositionen att det kunde vara ändamålsenligt att de kommuner som kommer att svara för primärvård organisatoriskt samordnar denna med någon av de nämnder som har ansvaret för socialtjänsten.

Ett av syftena med försöksverksamheten var att den skulle ligga till grund för ett generellt ställningstagande till frågan om huvudmannaskapet för primärvården. Försöksverksamhet bedrevs ursprungligen i sex kommuner. Senare tillkom ytterligare en kommun.

Socialstyrelsen fick i uppdrag att utvärdera försöket och i slutrapporten (Försök med kommunal primärvård 1992–1998, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:5) redovisas Socialstyrelsens slutsatser av försöksverksamheten. Sammanfattningsvis konstateras att primärvårdsförsöket inte kunnat visa upp några generella effekter av avsett slag. Försöksverksamheterna var få och de var sinsemellan relativt olika utformade avseende uppdrag och grundläggande förutsättningar. Vidare bedrevs försöksverksamheten i en tidsperiod med andra stora förändringar i välfärdssektorn, ädel-, handikapp- och psykiatrireformen genomfördes och därtill kom- och avvecklades husläkarreformen som ytterligare komplicerade förutsättningarna för att uppnå stabilitet i de nya strukturerna. Implementeringen av försöket – fortsatte Socialstyrelsen – påverkades sannolikt av att vare sig landstingen eller kommunerna hade tillfört primärvården särskilda resurser för ledning och styrning av försöksverksamheten: primärvården lyftes i stället in i de aktuella kommunernas befintliga system. Socialstyrelsen kunde dock konstatera att de genomförda studierna indikerade en med tiden positiv utveckling av försöksverksamheten, vilket tydligast syntes i attityder hos lokala projektledare och vårdcentralschefer i de kommuner som fullföljde försöket. Enligt Socialstyrelsen markerade dessa personer en alltmer positiv och optimistisk hållning till att fortsatt kunna utveckla primärvården i kommunal regi. Samtidigt synes ingen av de faktorer som framkom vid

intervjuer med lokala projektledare angående positiva erfarenheter under försöksverksamheten ha varit av formellt administrativ natur eller direkt relaterade till en förändring i huvudmannaskap. I stället verkar de ha pekat på mer informella krafter av betydelse för förändringsarbetet, vilket föranledde Socialstyrelsen att i slutrapporten konstatera att det är entusiasm, klarhet i de operationella målen, ledarskap och återföring av erfarenheter som är viktiga för arbetet.

Nationella handlingsplanen

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården prop. 1999/2000:149 innehöll en rad åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning. Syftet var att genom att stärka primärvården i landstingen och primärvården i kommunerna för de äldre skulle obalansen mellan primärvårdens åtagande och dess resurser minska. Det övergripande syftet var att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. En central del var att tillse att alla invånare tillförsäkras tillgång till en egen vald läkare i primärvården – en familjeläkare. Utöver detta vidtogs åtgärder för att stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till personer med psykiska funktionsnedsättningar. För att stimulera utvecklingen omfattade handlingsplanen tre centrala delar; utvecklingsavtal, ett resurstillskott på närmare nio miljarder kronor under perioden 2001–2004 och uppföljning. Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att följa upp resultaten av den nationella handlingsplanen (Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – slutrapport 2005).

Av uppföljningen framgår att handlingsplanen med dess olika komponenter haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling och att landstingen inte har lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin.

Husläkarreformen

Husläkarreformen infördes 1994 och syftade till att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården. Hela befolkningen skulle aktivt eller passivt listas hos en husläkare som man ständigt skulle kunna vända sig till. Husläkarreformen innebar inte bara en valfrihet för patienten att välja läkare. Det innebar också etableringsrätt för läkare och sjukgymnaster, vilka ersattes enligt en nationell taxa. När reformen startade 1994 fanns 4 188 läkare registrerade, vilket då var en oväntat hög siffra med tanke på den tidigare låga bemanningen av distriktsläkare. Idén om husläkare hade i princip ett starkt stöd i landet. I flera landsting hade man redan tidigare infört en frivillig listning. Reformen var dock inte oproblematisk i primärvården. Reformen innebar att det tidigare områdesansvaret ersattes av patientens möjlighet att lista sig vilket förändrade förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna, som hade sina områden, medan husläkarens patienter kunde komma från andra geografiska områden. Möjligheten att arbeta i vårdlag runt patienter komplicerades (Larsson & Szebehely, 2006).

Husläkarlagen upphävdes av en ny politisk majoritet i riksdagen 1994 och ersattes med ett tillägg till HSL om att landstingen skulle ge alla möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare. Listningsförfarande finns fortfarande kvar även om lagregleringen ser annorlunda ut. I tillägget till HSL angavs även en ny definition av primärvård med följande formulering: ”Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. Begreppet primärvård står nu inte längre för en organisationsform utan betecknar en vårdnivå.

Primärvården under 1990-talet påverkades inte bara av husläkarreformen och de stora reformerna, ädel- handikapp och psykiatrireformen. Den ekonomiska krisen under 1990-talet spelade också en stor roll för de effektiviseringar och förändringar som påbörjades bland sjukhusen kring mitten av 1990-talet. Dessa förändringar mer eller mindre tvingade fram en förändrad syn på den öppna vården utanför sjukhusen. Mer och mer avancerad vård görs i

öppna former, delvis dessutom av kommunerna, vårdtiderna har förkortats och akutmottagningarna är färre. I växande grad fanns också en insikt om att primärvården kan ge lika bra eller bättre vård av vanliga sjukdomar och inte enbart ska betraktas som ett billigare alternativ till annan specialistvård.

Vårdvalsreformen

Landstingen fick 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010. Vårdvalsreformen bygger på idéer från den husläkarreform som trädde i kraft 1994, men som revs upp efter regeringsskiftet samma år. Upphandling enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen (2007:1 091) om offentlig upphandling att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav på primärvård fritt får etablera sig. Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras. Syftet med vårdvalsreformen var att sätta individen i fokus, förskjuta makt från politiker och tjänstemän till medborgare, ökad valfrihet och ökat inflytande samt få fler utförare och större mångfald. Regeringen menade att reformen skulle skapa förutsättningar som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvaliteten och effektiviteten i vården, eftersom pengarna följer patienten och patienterna kommer att söka sig till de verksamheter som har bäst kvalitet. Ytterligare ett syfte med vårdvalsreformen var att regelförenkla och underlätta för små företag att vara leverantörer till den offentliga sektorn. Enligt regeringen var en förutsättning för att ett vårdvalssystem ska få positiva effekter på kvalitet, patientinflytande och kostnadseffektivitet att det finns en reell möjlighet att välja utförare. För att kunna välja krävdes att befolkningen gavs möjlighet att göra rationella val utifrån egna behov och preferenser. Landstingen gavs därför ett ansvar att tillhandahålla information om utförarna som är saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. Utredningen som låg till grund för vårdvalsreformen, (Vårdval i Sverige SOU 2008:37) innehöll förslag om ett nationellt

grunduppdrag för primärvården. Landstingen skulle sedan få komplettera grunduppdraget utifrån sina lokala förutsättningar och på så sätt forma egna vårdvalsystem. Förslaget syftade till att ge en mer likartad primärvård över hela landet och ett tydligare offentligt åtagande. Utredningen menade också att nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav skulle gynna kvalitetsutvecklingen. Patientens rätt skulle dessutom kunna tydliggöras nationellt samtidigt som vårdgivarna fick lika regler att verka inom. Utredningens ambition var alltså att vårdvalssystemen skulle vara relativt lika i hela landet. Regeringen såg fördelar med att göra vårdvalssystemet enhetligt över landet, framför allt eftersom en enhetlig modell på ett bättre sätt kunde bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Många landsting var dock kritiska och såg det som en inskränkning av det kommunala självstyret. De gavs därför stor frihet att på egen hand utforma sina vårdvalssystem. Vad primärvården närmare omfattar definieras alltså även fortsättningsvis av respektive landsting som beslutar om dels krav och villkor som ska ställas på utförare av primärvård, dels ersättningens utformning. Landstingen har stor frihet att själva utforma vilka tjänster som ska ingå samt vilka krav och villkor som ställs på vårdgivarna. Landstingens krav får dock inte strida mot lagar eller föreskrifter som statliga myndigheter utfärdat

Mot bakgrund av behovet av en likvärdig behandling i hela landet skrev regeringen i propositionen att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Riksdagen delade regeringens ståndpunkt. Regeringen avsåg att följa detta arbete noggrant och aktualisera frågan i de löpande kontakterna med SKL.

Vårdgaranti

Primärvården omfattades av den överenskommelse om vårdgaranti som fanns mellan regeringen och SKL mellan 1996 och 2010. Från den 1 juli 2010 regleras vårdgarantin i stället i hälso- och sjukvårdslagen. Nuvarande tidsgränser är de samma som beslutades om i regeringens och SKL:s överenskommelse 2005. Enligt bestämmelserna har landstingen ansvar för att vårdgarantins tidsgränser upp-

nås. De angivna tidsgränserna innebär att en enskild person som söker kontakt med primärvården ska få kontakt samma dag, (tillgänglighetsgarantin) och ett läkarbesök inom 7 dagar från det att man har sökt kontakt med primärvården, förutsatt att vårdgivaren har bedömt att personen behöver besöka läkare (besöksgarantin). De skäl som regeringen angav för att lagstifta om vårdgarantin 2010 var att de tidigare överenskommelserna inte i tillräcklig grad lett till förbättringar av vårdens tillgänglighet. Regeringen hänvisade också till Socialstyrelsens utvärderingar som visade att det fanns brister hos huvudmännen när det gällde viljan att prioritera tillgänglighetsfrågor. Vidare pekade regeringen på fördelarna med en rättslig grund för vårdgarantin som tydliggör att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär.

Uppföljningar

Vårdvalsreformen och vårdgarantin har granskats och följts upp från olika håll sedan dess införande och utredningen kan konstatera att det finns många olika uppfattningar om dessa båda reformers för- och nackdelar. Sammantaget kan dock sägas att vårdvalsreformerna inte haft någon påtaglig effekt på hälso- och sjukvårdens eller primärvårdens övergripande struktur. Primärvården bedrivs ungefär på samma sätt som före reformen. Förekomsten av innovationer utöver förändrade öppettider är hittills begränsade. Även om vårdvalsreformerna lett till förbättrad tillgänglighet för flertalet individer finns frågetecken kring fördelningseffekterna. De studier som hittills genomförts indikerar att de som tjänat mest på vårdval i primärvården är befolkningen i allmänhet, snarare än vårdtunga patienter.

Enligt Riksrevisionen (RiR 2014:22 Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan) skapades en målkonflikt när vårdvalsreformen infördes. Före vårdvalet fattades i högre utsträckning prioriteringsbesluten, förvisso utifrån begränsade budgetramar, av vårdpersonalen utifrån de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov. Riksrevisionen menar att efter reformerna fattas beslut om resursprioriteringar i primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan.

Vårdvalsreformens syfte, att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov bygger på olika logiker. Efterfrågestyrning innebär att marknaden erbjuder de lösningar som flest kunder efterfrågar. När efterfrågan på vård fått styra har konsumtionen av primärvård blivit större för relativt friska patienter från gynnade samhällsgrupper. De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter en aktör med makt och mandat, det vill säga motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Riksrevisionen anför att inget landsting lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Riksrevisionen konstaterade vidare att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad. Ökningen av privata vårdgivare inom den offentligt finansierade primärvården verkar inte ha stimulerat utvecklingen av nytänkande så som det var tänk när reformen infördes. Som förklaring anges att kraven från staten och landstingen troligen varit alltför styrande och att utvecklingen av nya arbetssätt då hämmats. Landstingens och statens styrning påverkar i allt för hög grad hur olika åtgärder ska utföras och vem som ska utföra dem och vårdgivarna hindras därmed från att själva utforma verksamheten så effektivt som möjligt.

Riksrevisionen lyfte också problematiken runt ersättningssystemen och konstaterar att det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten. Diagnossättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting vilket verkar ha påverkat diagnossättningen i dessa landsting. En risk till följd av detta är att patienter får irrelevanta diagnoser vilket i sin tur kan påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Att patientens val kan få ekonomiska effekter och att detaljstyrningen ökar innebär att andra faktorer än de rent medicinska påverkar personalens möte med patienten. Ersättningssystemen kan således försvåra för vårdpersonalen att fokusera på patientens

vårdbehov och det patienten vill förmedla vid sitt besök. När skevheter i ersättningssystem uppdagas gör landstingen korrigeringar som ofta leder till nya detaljerade krav. Ju mer komplext ersättningssystemet är, desto mer tid krävs för återrapportering. Detta resulterar i ökad administration för vårdpersonalen på bekostnad av tid för patienten. Prismekanismerna ökar också risken att den vård som ges och registreras manipuleras i syfte att öka ersättningen.

Utvecklingen av samverkan mellan huvudmännen

Huvudmännens ansvarsområden regleras i lagstiftningen. Socialtjänstlagen (1980:620) föreskriver att varje kommun har ansvar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta gäller alla människor oberoende av hjälpbehovens orsak och omfattning. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) ger landsting och kommuner utanför landsting ansvaret för att erbjuda sin befolkning en god hälso- och sjukvård. Även i övrigt ska dessa huvudmän verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Särskild lagstiftning finns som reglerar tandvård. I förarbetena till både socialtjänstlagen och HSL förutsätts att huvudmännen själva i vissa avseenden träffar avtal om den närmare uppgiftsfördelningen dem emellan. Under 1970-talet och tidigare var det vanligt att hjälpbehovets omfattning och karaktär låg till grund för ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Sjukvårdshuvudmannens ansvar innefattade all hjälp till de människor som var långtidssjuka och som bedömdes behöva värd på sjukhem även om hjälpen faktiskt gavs av primärkommunen i den egna bostaden eller vid ålderdomshem. Dessa personer benämndes hemsjukvårdspatienter eller landstingspatienter vid ålderdomshem. Landstinget betalade kommunerna för de tjänster som kommunalt anställd personal utförde. Dessa tjänsteköp medförde ofta diskussioner om huruvida den enskilda människan var långtidssjuk eller ej och om det därmed var kommunen eller landstinget som skulle svara för insatserna. Orsaken till tjänsteköpen var sjukvårdshuvudmannens bristande

resurser. En av primärvårdens viktigaste uppgifter är att ge äldre människor vård vid såväl akuta som långvariga sjukdomstillstånd. Med primärvårdens utbyggnad under 1970- och 1980-talen skapades förutsättningar för en utveckling av sjukvården i hemmet. Men detta innebar också att behovet av samverkan med primärkommunernas socialtjänst förstärktes. En generell skyldighet för myndigheter att samverka med varandra regleras i 6 § förvaltningslagen. Inom hälso- och sjukvård är denna allmänna skyldighet förtydligad i en rad olika författningar och dessa har olika karaktär. Somliga bestämmelser tar sikte på skyldighet att samverka i olika situationer eller för olika målgrupper. Somliga tar sikte på strukturell nivå och somliga rör samverkan på individnivå. Många centrala initiativ togs från myndigheter och organisationer för att initiera och stimulera samverkan och samordning inom äldreomsorgen. År 1978 publicerades t.ex. gemensamt av Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Spri ett flertal rapporter från projektet Primärvård – äldreomsorg – samverkan. I dessa rapporter lades grunden för utvecklingen av den s.k. kompetensprincipen som började tillämpas under 1980-talet. Denna innebar att landstinget svarade för åtgärder som kräver medicinsk kompetens och kommunen för åtgärder som kräver social kompetens. Som följd härav kom såväl landstingsanställd personal som personal från den sociala hemtjänsten att besöka den enskilde i hans eller hennes hem och utförde arbetsmoment med den fördelning som man gemensamt kommit överens om.

Från 1980 träffade kommuner och landsting avtal om uppgiftsfördelning och samverkansformer avseende sjukvård i hemmet och social hemtjänst. Dessa avtal utgjorde i flera län en god plattform för ett intensifierat samarbete mellan huvudmännen. Genom information och utbildning till berörd personal sökte man skapa gemensamma referensramar och arbetsformer bland dessa. Genom tillkomsten av vårdplaneringsgrupper, där service- och vårdpersonal från båda huvudmännen gemensamt planerar insatserna till hjälptagarna, utvecklades det praktiska samarbetet. Dessa samverkansavtal syftade dock främst till att utveckla stödet i det vanliga boendet. I mer begränsad utsträckning var de särskilda boende- och vårdformerna föremål för gemensamma överväganden mellan huvudmännen.

I juni 1987 överlämnade den s.k. äldreberedningen sitt slutbetänkande Äldreomsorg i utveckling (SOU 1987:21). Efter remissbehandling lades bl.a. detta betänkande till grund för ställningstagandena i propositionen om äldreomsorgen inför 90-talet (prop. 1987/88:176). I propositionen anförde det föredragande statsrådet bl.a. att ett mer samlat politiskt och ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen bör åstadkommas och att mycket talar för att primärkommunerna bör vara huvudmän för bl.a. hemsjukvård och lokala sjukhem. De förändringar som aktualiserades i propositionen ansågs emellertid kräva ett omfattande förberedelsearbete. En särskild delegation, äldredelegationen, tillsattes därför i maj 1988 med uppdraget att analysera konsekvenserna av de ändringar i huvudmannaskapet samt förändringar i ansvarsfördelningen, som aktualiserades i propositionen 1987/88:176. Äldredelegationen överlämnade i maj 1989 rapporten (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen. Delegationen lade fram förslag om att ge kommunerna ett mera samlat ansvar för service och vård. Förslagen begränsades inte till äldre utan hade som utgångspunkt alla dem som, oavsett ålder, har behov av stöd och hjälp. Att överväga och analysera frågan om att eventuellt överföra hela primärvården till primärkommunerna ingick inte i äldredelegationens uppdrag. I samband med remissbehandlingen av delegationens rapport tog dock flera remissinstanser upp denna fråga. Av de 266 kommuner, som yttrade sig över äldredelegationens förslag efterlyste 101 en utredning om ett eventuellt överförande av hela primärvården till primärkommunerna. Av dessa uttalade sig 86 kommuner för ett sådant överförande. Ytterligare 53 kommuner framhöll att primärvården i sin helhet borde överföras, men uttryckte inte något önskemål om att ett sådant överförande skulle föregås av en ytterligare utredning. Av dessa 53 kommuner menade dessutom elva stycken att ett överförande av hela primärvården till kommunerna borde ske fr.o.m. år 1992. Av de 23 landstingen ansåg åtta att hela primärvården borde bli föremål för utredning. Alla landsting utom ett framhöll också vikten av en sammanhållen primärvård. Även 74 av de 266 kommunerna gav uttryck för behovet av en sammanhållen primärvård. Hälften av de 22 organisationer, som besvarade remissen, uttalade sig för en utredning av hela primärvården och sex av dem tog också ställning för ett överförande av primärvården till kommunerna. Vidare ansåg

sju av 16 myndigheter att frågan om ett eventuellt överförande av hela primärvården till kommunerna borde utredas.

Riksdagen beslutade i december 1990 om förändringar i ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. senast fr.o.m. den 1 januari 1992 (prop. 1990/91:14). Beslutet innebar att kommunerna gavs ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och personer med funktionsnedsättningar. Förändringarna avsåg att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna efter de målsättningar som riksdagen lagt fast i fråga om samhällets äldreomsorg. Kommunernas skyldighet i fråga om särskilda boendeformer för service och vård till äldre samt bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning Klargjordes. Dessutom innebar förändringarna bl.a. att kommunerna fick skyldighet att erbjuda viss hälso- och sjukvård vid de institutioner och motsvarande som kommunerna tog över från landstingen liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt vid bostäder med särskild service och kommunala dagverksamheter. Kommunerna gavs därutöver befogenhet att erbjuda hemsjukvård också i ordinärt boende. Landstingets ansvar för läkarinsatser kunde dock, enligt detta riksdagsbeslut, inte överlåtas till kommunerna. Socialutskottet betonade i sitt betänkande vid riksdagsbehandlingen av denna proposition att även om frågan om huvudmannaskapet för primärvården inte utretts av delegationen så är det på sikt angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård och att det föreliggande förslaget därför inte kan ses som en slutgiltig lösning. Vidare ansåg utskottet att en försöksverksamhet med kommunalt ansvar för primärvården bör inledas. Kompetensprincipen manifesterades gradvis i sociallagstiftning, hälso- och sjukvårdslagstiftning och genom 1990-talets stora reformer. Reformerna sades ta ett helhetsgrepp om människors samlade behov men all erfarenhet visar att kompetensprincipen skapade nya gränssnitt. Kompetensprincipen visade sig i praktiken vara svår att tillämpa i gränsområdet mellan sjukvård och social omsorg. Utvecklingen mot att allt fler människor med omfattande och sammansatta behov fick hjälp i eget boende förstärkte svårigheterna. Inte minst för människor med psykiska funktionsnedsättningar var det svårt att avgöra när det behövdes medicinsk resp. socialt inriktad personal.

Samverkan mellan huvudmännen har utretts. Och utretts igen

Det är svårt, för att inte säga omöjligt att överblicka alla utredningar som berör socialtjänst och hälso- och sjukvårds såväl inom ramen för Statens offentliga utredningar, som myndigheter, organisationer och andra. Vissa berör samverkan mellan huvudmännen på ett mer generellt plan och andra utredningar har fokuserat på vissa grupper som behöver samverkande organisationer. Andra utredningar har berört ett visst moment, t.ex. utskrivning från sluten vård. Nedan följer ett urval som haft särskild betydelse.

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) föreslogs en rad åtgärder för att stärka vård och omsorg av äldre. Regeringen aviserade ökade statsbidrag till kommuner och landsting åren 1997–2000 med 16 miljarder kronor – de s.k. kanonpengarna, en omfördelning från försvarsområdet – och betonade särskilt behovet av samverkan mellan kommuner och landsting. Frågan om stärkta lagliga förutsättningar för samverkan mellan kommuner och landsting berördes i propositionen och Samverkansutredningen tillsattes 1999 (dir 1999:05). I betänkandet *Samverkan Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* (SOU 2000:114) lämnades förslag till lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Ytterligare en parlamentarisk beredning tillsattes mot slutet av 1990-talet; SENIOR 2005 (dir 1998:08). Utgångspunkt för beredningen var de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre ökar. Analyser och förslag skulle utformas med utgångspunkt för situationen år 2005 och framåt. År 2002 presenterades ett diskussionsbetänkande *Riv ålderstrappan* (SOU 2002:29) och 2003 kom slutbetänkandet *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning* (SOU 2003:91). Kommittén bedömde att det finns ett behov att tydliggöra och säkerställa det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor.

Våren 2003 tillsattes Äldrevårdsutredningen (dir 2003:04) med uppgift att göra en översyn av vård och omsorg för äldre tio år efter Ädelreformen. Utredningen lämnade sitt betänkande *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) ett år senare med förslag att kommunerna skulle ta över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Med hemvård avsågs integrerade sociala och medicinska

insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel samt också dagverksamheter och korttidsvård. Landsting och kommuner skulle få en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av personer med sammansatta vårdbehov vilka behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, primärvården och kommunernas hemvård. Vidare föreslogs att en individuell vårdplan skulle upprättas oavsett var behoven av vård och omsorg aktualiseras. När en sådan vårdplan upprättas ska kommunen utse en namngiven samordnare/kontaktperson. Även när det gäller läkarinsatser lämnade utredningen förslag.

Regeringens proposition Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) behandlade förslag från ett antal statliga utredningar och regeringsuppdrag; SENIOR 2005, Socialstyrelsens utvärdering av verksamheten med patientansvarig läkare (PAL), Äldrevårdsutredningens betänkande Sammanhållen hemvård, en handlingsplan för kompetensförsörjning från Socialstyrelsen och åtta myndigheter; Investera nu! (S2004/4695/ST), ett betänkande från Utredningen om verkställighet av vissa gynnande kommunala beslut; *Beviljats men inte fått* (SOU 2004:118), en promemoria om Kommunal befogenhet att tillhandahålla hushållsnära tjänster åt äldre (S2005/8833/ST). I samband med denna proposition kompletterades Hälso- och sjukvårdslagen (26 d–e) bl.a. med syfte att tillgodose patientens krav på kontinuitet och säkerhet, samordning av insatser, skyldighet för landstingen att avsätta läkarresurser och att skriva avtal om omfattning och former för läkarmedverkan med kommunerna. Kommunerna gavs rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader om inte landstinget uppfyllde sina skyldigheter – en ”rätt” som aldrig utnyttjats.

Nationell psykiatrisamordnings betänkande *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) låg till grunden för regeringens proposition 2008/09:193, Vissa psykiatrifrågor m.m. och en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning infördes i både HSL och SoL. Lagen ställer också som krav att om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. I HSL och SoL infördes samtidigt också en skyldighet för kommuner och landsting att upprätta en indivi-

duell plan när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Denna skyldighet är inte begränsad till personer med psykiska funktionsnedsättningar utan gäller generellt. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av den individuella planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Regeringen skrev i propositionen att det redan fanns krav på individuell planering för att den enskildes samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Det är ur behandlingssynpunkt ofta nödvändigt att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten planerar individens behov av åtgärder ur olika aspekter för att kunna leva upp till lagars intentioner och effektivitetskrav. Den föreslagna ändringen skulle ses som ett förtydligande av ett redan existerande ansvar och inte fråga om en ny uppgift eller en ambitionshöjning. I de fall den föreslagna individuella planen sammanfaller med någon annan plan som ska upprättas enligt annan lagstiftning, ska inte någon individuell plan upprättas enligt den föreslagna bestämmelsen.

Regeringen anförde vidare att en detaljerad reglering av hur huvudmännen ska inleda planeringen inte behövs, utan huvudmännen är bäst lämpade att utforma nödvändiga rutiner för samverkan. Rutinerna bör vara skriftliga och kända hos den personal som ska tillämpa bestämmelserna anförde regeringen. Regeringen bedömde vidare att det bästa instrumentet för att få till stånd bra samverkansformer och rutiner, var en skriftlig överenskommelse. Den 1 juli 2013 infördes en motsvarande bestämmelse om skyldighet för huvudmännen att teckna samarbetsavtal avseende personer med missbruk och beroende. Förslaget till dessa krav lades av Missbruksutredningen i slutbetänkandet *Bättre insatser vid missbruk och beroende (*SOU 2011: 35)

En annan grupp som omgärdas av särskilda bestämmelser om samverkan är barn som far illa eller riskerar att fara illa. En bestäm-

melse med likalydande formulering om skyldighet att samverka infördes i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och dåvarande skollagen (SkolL) år 2003. Innebörden är att hälso- och sjukvården ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Samtidigt infördes en hänvisning till anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § andra respektive fjärde stycket SoL i nämnda lagar samt i polislagen, tandvårdslagen m.fl. lagar. Samverkan ska ske såväl på övergripande nivå som kring enskilda barn och ungdomar. När det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och den skyldighet att teckna samverkansöverenskommelser som rör personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt 5 kap. 8 a § SoL resp. 8 a § HSL finns inga åldersgränser, bestämmelsen gäller således även insatser till barn och äldre.

Statens offentliga utredningar 2016

Kronologisk förteckning

1. Statens bredbandsinfrastruktur som resurs. N.
2. Effektiv vård. S.

Statens offentliga utredningar 2016

Systematisk förteckning

Näringsdepartementet

Statens bredbandsinfrastruktur som resurs. [1]

Socialdepartementet

Effektiv vård. [2]