

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





# Innehåll

<b>1 Sammanfattning.....</b>	<b>2</b>
<b>2 Inledning.....</b>	<b>4</b>
2.1 Effektivitet i hälso- och sjukvården .....	4
<b>3 Utredningens erfarenheter och analys hittills .....</b>	<b>9</b>
3.1 Tre huvudproblem .....	9
3.2 Problemen hänger ihop men har olika tidsperspektiv.....	11
<b>4 Rekommendationer till landstingen och verksamheterna .....</b>	<b>12</b>
4.1 Styrning av vården.....	12
4.2 Strukturfrågor inom vården påverkar effektivitet .....	14
4.3 Organisation och arbetsätt som stödjer patientens väg genom vården .....	16
4.3.1 Produktions- och kapacitetsplanering.....	16
4.3.2 Schemaläggning .....	17
4.3.3 Arbetstidssystemet .....	17
4.3.4 Omfördelning av arbetsuppgifter .....	18
4.4 Det lokala ledarskapet och medarbetarskapet är nyckelfaktorer för förbättringsarbete.....	19
4.4.1 Förbättringsarbete behöver få bredare genomslag .....	19
4.4.2 Gott ledarskap och medarbetarskap behövs för utveckling .....	20
<b>5 Rekommendationer till staten.....</b>	<b>21</b>
5.1 Styrning av vården.....	21
5.1.1 Styrning genom överenskommelser och ekonomiska bidrag till landstingen behöver bli tydligare .....	21
5.1.2 Kunskapsstöd behöver bli tydligare och fokusera på nytta för användarna.....	22
5.2 Vem får göra vad? .....	24
5.2.1 Det behövs ökad kännedom om avsaknad av hinder .....	24
5.2.2 Vissa lagändringar behövs .....	25
5.3 Myndigheterna behöver arbeta mer stödjande .....	26
<b>6 Rekommendationer till staten och huvudmännen gemensamt .....</b>	<b>28</b>
6.1 E-hälsa .....	28
6.2 Standardisering och informatik .....	29
<b>7 Frågor som utredningen avstår från att ta upp.....</b>	<b>31</b>

# 1 Sammanfattning

Utredningen har regeringens uppdrag att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Vi uppfattar att det finns tre huvudproblem när det gäller ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.

*Styrsystemen* är inte ändamålsenliga. För patienten avgörande frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn främjas inte genom nuvarande sätt att styra vården. Resultatet är en splittrad, mångfaldig och ibland detaljerad styrning.

*Verksamhetsstödet* till hälso- och sjukvårdens personal är otillräckligt. Det handlar till stor del om brister i de olika informationssystemen men också en avsaknad av nationella kunskaps- och handläggningsstöd. För patienten innebär det stora risker. För personalen brister både användbarhet och användarvänlighet.

*Organisation och arbetssätt som stödjer patientens väg genom vården* är antagligen den fråga som i allra högst utsträckning påverkar i vilken mån resurserna utnyttjas effektivt. På detta område finns en rad utmaningar men också många goda exempel. Det finns ett samband mellan å ena sidan att patienten får en snabbare och tydligare väg genom vården och å andra sidan att professionerna får en bättre arbetsmiljö och att resurserna kan utnyttjas mer effektivt.

Vi lämnar nu preliminära förslag på alla dessa områden riktade till både staten och huvudmännen (särskilt landstingen) liksom dessa båda nivåer tillsammans. Även professionerna och vårdens ledning på lägre nivå träffas av förslagen.

Vi lämnar bl.a. följande förslag:

- Landstingens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas och vården bör i ökad utsträckning styras mot att stimulera kontinuitet för patienten. Staten behöver tydliggöra sin roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Regeringen bör i högre grad samordna styrningen genom överenskommelser med SKL.
- Landstingen bör fortsatt överväga resursfördelningen mellan olika vårdnivåer och verksamheter. Det behövs intensifierade insatser för att öka primärvårdens andel av resurserna.
- Landstingen bör se till att bedriva ett genomgripande sammanhållet arbete med produktionsstyrning på klinik-, divisions-, sjukhus- och landstingsnivå. Schemaläggning måste utgå från en analys av behov och belastning. Schemaläggningen bör göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården.
- Förbättringsarbete behöver i ökad utsträckning fångas upp, dokumenteras och där det är möjligt spridas. Utredningen avser att analysera ytterligare hur ett sådant arbete kan samordnas och ges stöd. En kultur behövs där kvalitet och produktion följs upp och diskuteras.

- Staten bör i samarbete med företrädare för huvudmän och professioner i initiera ett brett arbete med att skapa nationella behandlingsrekommendationer liksom journalmallar. Staten bör i samarbete med huvudmännen finansiera ett nationellt hälsobibliotek där vårdens professioner snabbt ska kunna hitta, söva och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag.
- Det behövs ett nationellt omtag i syfte att åstadkomma genomgående och långsiktiga förbättringar av informationssystemen i hälso- och sjukvården. Staten bör ta ett tydligt ansvar för infrastrukturen när det gäller informationssystemen. En statlig IT-miljard bör inrättas med motsvarande åtagande från landstingen och kommunerna att tillsammans satsa lika mycket i gemensamma investeringar. Det behövs initiativ för att kraftigt stärka och nationellt samordna arbetet med informatik i vården.

## 2 Inledning

Utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande har regeringens uppdrag att analysera 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. Uppdraget sträcker sig till den 31 december 2015.

Det finns flera syften med denna PM. Vi vill sammanfatta de synpunkter vi har fått hittills genom en lång rad samtal med företrädare för patienter, professioner, verksamheter, huvudmän, myndigheter och intresseorganisationer. Vi vill lämna en preliminär analys av problem och utvecklingsområden samt lämna preliminära förslag och bedömningar. Slutligen vill vi beskriva inriktningen på utredningens fortsatta arbete.

Vi avser att använda PM:n för en mer konkret dialog med ovan nämnda aktörer. Resultatet av denna fortsatta dialog samt fullständiga förslag, bl.a. vissa lagförslag, avser vi att redovisa i ett slutbetänkande vid utredningstidens slut. I PM:n kommer resonemangen att hållas relativt korta, vi avser inte att i nuläget vrida och vända på alla aspekter av frågorna utan vill istället stimulera fortsatt diskussion.

### 2.1 Effektivitet i hälso- och sjukvården

#### *Vad avses med effektivitet?*

Begreppen effektivitet och effektivare resursutnyttjande kan tolkas på många sätt. Med effektivitet avser vi 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. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Ett sådant mycket allmänt mål kan naturligtvis brytas ned i en mängd delmål som är mer användbara för en diskussion om effektivitet. Det bör dock poängteras att 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. De mått som beskriver hälso- och sjukvården är därför mer "processorienterade" än "effektorienterade", det vill säga de talar om vad och hur mycket vården gör men inte så mycket om effekterna för hälsan i befolkningen.

Produktiviteten – mängden prestationer och kvaliteten i dessa i förhållande till insatta resurser – är endast en *del* i effektiviteten, det vill säga vårdens bidrag till att nå målen. En vårdinsats kan utföras till låga kostnader och med god kvalitet (dvs. med hög produktivitet), men ändå ha begränsat värde för patientens hälsa. Det kan finnas andra behandlings-

metoder 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.

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 kvalitet. 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 följderna av 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.

### ***Flera infallsviklar på effektivitetsbegreppet är nödvändiga***

Det är en nödvändighet att anlägga flera perspektiv i diskussionen om hur resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården kan effektiviseras. 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 bedrivs 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 har 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 centrala för utredningen.

Slutligen är det nödvändigt att anlägga ett *systemperspektiv*, dvs. om ansvarsfördelningen i sjukvårdssystemet är ändamålsenlig och om aktörerna i systemet, framförallt 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 istället 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.

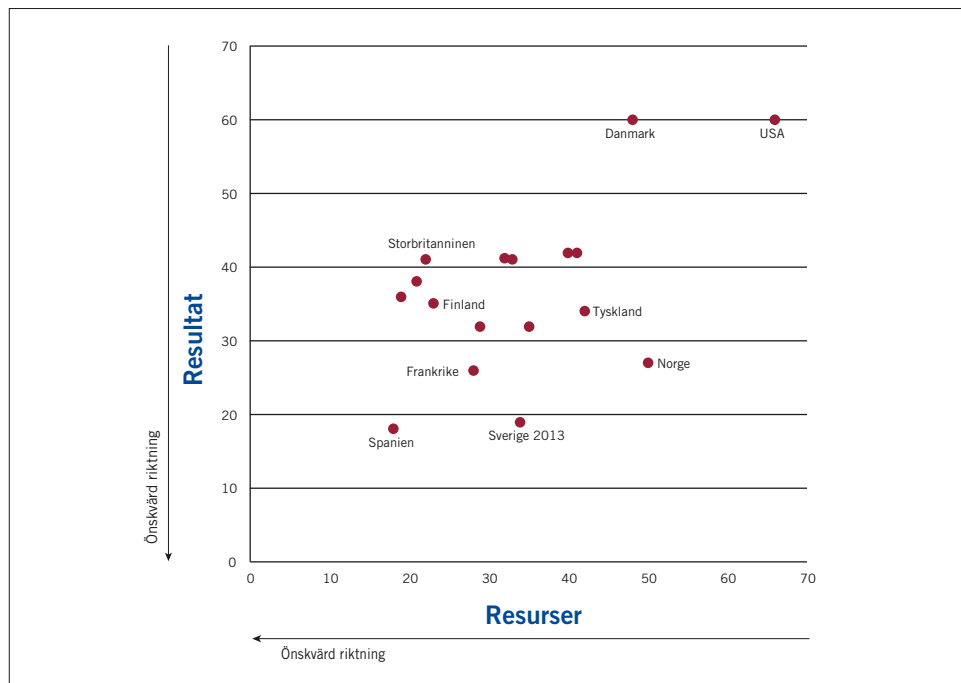
## Utredningens syn på effektivitet

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.

## Är den svenska hälso- och sjukvården effektiv?

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 diagram 1. 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.<sup>1</sup> Ytterligare en svaghet är att arbetet med att fånga patientens upplevelser av vården (den patientupplevda kvaliteten) ännu inte kommit särskilt långt.

Diagram 1: Matris för jämförelse av effektivitet inom OECD<sup>2</sup>



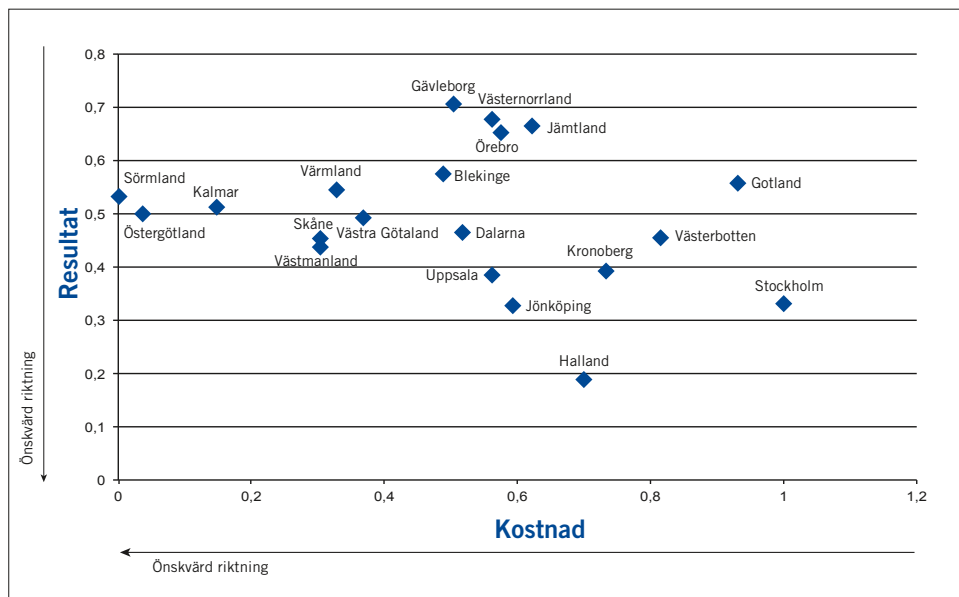
1 Måns Rosén 2010, Översyn av de nationella kvalitetsregistren – Guldgruvan i hälso- och sjukvården.

2 Resultatindexet består av 18 indikatorer och resursindexet av 4 indikatorer som sammanvägs. Lågt indexvärde innebär bra resultat. Baseras på metodik framtagen av forskare på Karlstads och Linköpings universitet och presenteras i SKL:s rapport Att skapa index – metodutveckling och test baserat på Öppna jämförelser.



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 diagram 2 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.

Diagram 2: Matris för jämförelse av effektivitet inom Sverige<sup>3</sup>



Spridningen indikerar att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet trots allt har en hög grad av ineffektivitet. Potentialen att förbättra effektiviteten är stor och huvudmännen och vårdgivarna kan lära av varandra. Inom varje landsting finns också stora variationer, inte sällan ännu större än den mellan landstingen, vilket ytterligare belyser denna potential.

### Andra pågående arbeten om effektiviteten i vården

I princip allt arbete i syfte att minska resursslöseri, öka kvalitet, ändra arbetsätt m.m. inom vården har betydelse för frågan om ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Mycket arbete pågår och det är omöjligt att på ett rättvisande sätt skapa en överblick över detta.

- Totalt beräknas *skador som kunnat undvikas* omfatta drygt 8 miljarder kronor om året räknat som kostnader för extra vård dagar. 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.<sup>4</sup> Under flera år har ett nationellt arbete för att stärka patientsäkerhet pågått, bl.a. har staten satsat fyra miljarder kronor. Resultat av arbetet består främst i att användningen av metoder som syftar till att förbättra patientsäkerheten har ökat väsentligt liksom introduktionen av nya sådana metoder i vården. En nationell infrastruktur för ett samlat patientsäkerhetsarbete har byggts upp och tagits i bruk inom flera viktiga områden.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Resultatindexet består av 15 indikatorer som sammanvägs, för metodik se not 2.

<sup>4</sup> Sveriges Kommuner och Landsting 2014, Patientsäkerhet lönar sig – Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen 2014, Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014.

- Kroniska sjukdomar utgör den tyngsta sjukdomsördan i Sverige. De förekommer hos nästan hälften av befolkningen och beräknas stå för ca 85 procent av kostnaderna i hälso- och sjukvården. Av de som dör av kronisk sjukdom hade 90 procent en sjukdom som går att förebygga och behandla. Mot denna bakgrund beslutade regeringen 2014 om en nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar.<sup>6</sup>
- Som en särskild del av vårt uppdrag ingår att göra en översyn av den s.k. betalningsansvarslagen. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutna vård vid sjukhus och vård och omsorg i ordinärt och i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödigt vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. Förslagen i denna del ska lämnas i februari 2015.
- Att lyckas åstadkomma fungerande verksamhetstöd med hjälp av IT är en av de största utmaningarna för en effektivare hälso- och sjukvård. Personalen i hälso- och sjukvården har idag inte tillräckligt bra stöd i sitt arbete av ändamålsenliga och användarvänliga informationssystem. Tvärtom upplever många att systemen istället gör det svårare att arbeta på ett effektivt sätt. Detta innebär att E-hälsa inte fullt ut används på ett sätt som förbättrar vårdens kvalitet. Istället kan såväl patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker uppstå. Regeringen har tillsatt en särskild utredare (E-hälsokommittén) som ska lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen mellan stat, huvudmän och andra berörda aktörer på IT-infrastrukturområdet för hälso- och sjukvården. Förslagen ska redovisas i mars 2015.<sup>7</sup>
- Regeringen har under 2014 tillsatt en särskild utredare för att se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration i syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att erhålla ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Förslagen ska redovisas i november 2015.<sup>8</sup>

Av störst betydelse för effektiviteten i den svenska hälso- och sjukvården är dock sannolikt det lokala utvecklings- och förbättringsarbetet, där lokala, regionala eller nationella initiativ omsätts till konkret handling. Utredningen har mött många sådana lokala exempel och vi återkommer nedan till dem och några generella slutsatser som preliminärt kan dras av dem.

Mer strukturerade ansatser när det gäller förbättringsarbete finns också. Projektet Bättre flöde i vården är ett nationellt samordningsprojekt i syfte att ta fram, beskriva, pröva och införa effektiva metoder, modeller och arbetssätt för en hållbar tillgänglighet inom det deltagande landstingets kvarstående problemområden. Projektets fokus ska vara patientens väg genom vården.<sup>9</sup>

6 <http://www.regeringen.se/sb/d/14830/a/232262>

7 <http://www.sou.gov.se/sb/d/18750>

8 <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/238525>

9 Se vidare på projektets webbplats: <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/tillganglighetivardenvardgarantin/battreflodeivarden.890.html>

## 3 Utredningens erfarenheter och analys hittills

Utredningens arbete har hittills till stor del ägnats åt att träffa företrädare för landsting och kommuner, professioner, patienter, myndigheter och andra organisationer i syfte att ta del av problembeskrivningar, lösningsförslag och goda exempel. Ett av underlagen för utredningens arbete är en rapport från Myndigheten för vårdanalys, "Ur led är tiden".<sup>10</sup> Nästan samtliga vi träffat bekräftar den problembeskrivning som Vårdanalys ger:

- 1) Den administrativa bördan är för stor för personalen.
- 2) IT-stöden fungerar alltför dåligt.
- 3) Personalens kompetens tillvaratas inte fullt ut.
- 4) Bemanning görs inte på optimalt sätt.

Vårdanalys arbete har utgått från läkarnas arbetsituation men problembeskrivningarna kan generaliseras för andra professioner i hälso- och sjukvården. Genom våra möten har problembilden också breddats jämfört med Vårdanalys rapport, vilken utgår från "klinik-effektivitet". För en förståelse av problemen behöver också andra dimensioner av effektivitet diskuteras avseende vårdens (och omsorgens) processer, strukturer och hur effektivt systemet är i sin helhet.

### 3.1 Tre huvudproblem

Vi uppfattar att det finns tre huvudproblem när det gäller ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.

#### *Styrsystemen*

Styrsystemen är inte ändamålsenliga. För patienten avgörande frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn främjas inte genom nuvarande sätt att styra vården. Styrningen av hälso- och sjukvården är uppdelad på många aktörer, bl.a. stat, landsting, kommuner, privata vårdgivare och professioner som på olika sätt utövar styrning av vården.

Resultatet är en splittrad, mångfaldig och ibland detaljerad styrning. Det saknas väsentligen samordning av de styrsignaler som skickas och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får.

Landstingens styrning saknar ofta ett helhetstänkande. 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. T.ex. går det inte att åtgärda en väntelista separat utan det krävs en rad bredare åtgärder för att förbättra flöden etc. Ersättningssystemen skiljer sig åt mellan landstingen i varierande grad. Det har dock funnits och finns ännu en klar tendens till successivt ökande detaljstyrning. Antalet indikatorer att rapportera tenderar att öka genom att nya införs utan att gamla tas bort. Detta ger

<sup>10</sup> Myndigheten för vårdanalys 2013, Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens.

en mångfald av styrsignaler som skapar osäkerhet om vad som är prioriterat och minskar utrymmet för professionernas egna bedömningar (s.k. professionell autonomi). En tung administrativ börda kopplat till ekonomiska styrmedel skapas.

Även statens styrning är fragmentarisk och skapar problem. De många och dåligt koordinerade prestationsbaserade överenskommelserna mellan Socialdepartementet och SKL innehåller ofta indikatorer som förutsätter nya mätningar i vårdens verksamheter. Detta bidrar ytterligare till detaljreglering av vården och genererar mer administration.

### ***Verksamhetsstöden/E-hälsa/Informationssystem***

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 om patienten. 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 inlogningar i många olika system och systemen samspelar inte så att information förs över från ett 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 av vårdens insatser.

### ***Organisation och arbetssätt som stödjer patientens väg genom vården***

I vilken mån organisation och arbetssätt förmår stödja patientens väg genom vården är antagligen den fråga som i allra högst utsträckning påverkar i vilken mån resurserna utnyttjas effektivt. Det verkar finnas ett tydligt samband mellan å ena sidan att patienten får en snabbare, tydligare väg genom vården och å andra sidan att professionerna både får en bättre arbetsmiljö och att resurserna utnyttjas mer effektivt.

På detta område finns en rad utmaningar men också många goda exempel. Det som behövs är en tydlig bild på vad som ska göras, hur det ska göras och av vem, dvs. produktions- och kapacitetsplanering. Utifrån en produktions- och kapacitetsplanering behöver en samlad schemaläggning av alla kompetenser (omnämns ofta som "teamet") göras. Där det är möjligt bör arbetsuppgifter omfördelas med inriktningen att vården ska ges på lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen). Och en naturlig del i arbetet bör vara att pröva om patientens väg genom vården kan underlättas och förkortas.

Görs inte detta idag? Svaret tycks vara att det i alla fall görs i alltför liten omfattning. Vi har många exempel på att det gjorts lokalt på en avdelning eller enhet. Sådana exempel tycks oftast uppstå till följd av ett yttre tryck, t.ex. en krissituation, eller initiativ från en "eldsjäl". Mer sällan tyck förbättringsarbetet uppstå som ett resultat av ledningens intentioner och inte heller spridas vidare på ledningens initiativ.

## 3.2 Problemen hänger ihop men har olika tidsperspektiv

Dessa tre huvudfrågor är till stor del inlindade i och beroende av varandra. Ett tydligt exempel på detta är *"den administrativa bördan"* i vården, vilken ofta nämns som ett av de största hindren mot ett effektivt resursutnyttjande av vårdens professioner. Både Vårdanalys rapport och vårt arbete hittills styrker att det inte går att på något generellt sätt skilja ut specifika administrativa uppgifter som kan avfärdas som överflödiga (sådana finns dock säkert). Det tycks vara den *samlade* administrativa bördan som är problemet. Detta bottnar dels i hur landstingen styr hälso- och sjukvården, t.ex. genom villkor för ersättning inom vårdvalssystemen för primärvård men även statens styrning genom prestationsbaserade överenskommelser påverkar. Dels upplevs det administrativa arbetet som trögt bl.a. därför att verksamhetsstöden har brister, det krävs inlogningar i många olika system och systemen samspelar inte så att information förs över från ett system till ett annat. Dels har arbetsätten 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.

Det bör betonas att tidsperspektiven i arbetet med att möta dessa utmaningar varierar starkt. Bättre planering, förbättrade flöden och omfördelning av arbetsuppgifter 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.

Vår analys visar att det finns behov av åtgärder på nationell, regional och lokal nivå. Trots att vi lämnar våra förslag till regeringen kommer vi därför att peka på alla de nivåer där det behövs insatser.

# 4 Rekommendationer till landstingen och verksamheterna

## 4.1 Styrning av vården

Landstingens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningsystem bör brytas och riskerna med ersättning kopplad till medicinska kvalitetsindikatorer bör uppmärksammas. Flera aspekter bör beaktas i vid ändring av eller införande av ersättnings-system, bl.a. om styrningen stimulerar kontinuitet för patienten, om styrningen möjliggör innovation i form av ändrade arbetssätt, hur systemen påverkar den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens personal och om styrningen lämnar tillräckligt utrymme för professionernas bedömningar i det enskilda fallet.

Landstingens modeller för styrning av vården har uppmärksammats på många sätt de senaste åren. Ekonomistyrning influerad av New Public Management har kritiserats för att bidra till detaljstyrning och 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.

Diskussionen kompliceras av att styrningen varierar relativt mycket över landet. Systemen för ersättning till slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård är också olika. Våra erfarenheter hittills, vilket främst avser primärvården, visar att det som upplevs som ett stort problem i ett landsting inte är något problem i ett annat landsting.

Vår uppfattning är att det finns en trend mot en ökande detaljeringsgrad i ersättnings-systemen. Möjligen har trenden brutits i något landsting. 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 mer justerar systemet, dvs. i praktiken lanserar fler indikatorer, utan att gamla tas bort. Enligt vår uppfattning innebär detta en rad problem.

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 ersättningsystemen.<sup>11</sup> 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. Detaljstyrningen medför att man inte sällan tvingas utföra och också registrera saker som upplevs som irrelevanta i det individuella mötet. Utrymmet för den autonoma professionella bedömningen minskar och vården blir mindre effektiv.

Vi har också fått erfara att den detaljerade styrningen leder till en diskussion om ifall rätt indikatorer har valts istället för att huvudmännena och privata och offentliga leverantörer diskuterar kvalitet i vården.

<sup>11</sup> Sveriges Kommuner och Landsting 2012, Vårdval i primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar.

En detaljerad styrning konserverar också processer, metoder och åtgärder. Arbets sättet blir konformt istället 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 försvarar 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 korrumpas av ekonomiska motiv. Det är i sig ett problem men det leder dessutom till att datamängderna i så fall blir odugliga ut ett kvalitetsutvecklingsperspektiv.

Vår slutsats är att landstingen behöver lägga om sin styrning av vården genom ersättningssystemen. Den ibland långtgående detaljstyrning som förekommer bör ersättas av betydligt öppnare system. Styrningen bör utgå mer ifrån mötet mellan patient och personal. Det är där mervärdet skapas, kvaliteten avgörs och den stora mängden ekonomiska beslut tas. Styrningen behöver i ökad utsträckning ha karaktären av stöd i mötet och signalen till vårdpersonalen behöver vara att "vi litar på er". Ett sätt att göra det är att ge ett bredare "ansvar" till leverantören för kvalitet och hälsa i befolkningen samtidigt som landstingen inrättar former för dialog om de kliniska resultaten.

Från patienternas sida efterfrågas kontinuitet<sup>12</sup> och det finns också mycket som talar för att det är en viktig faktor för ett effektivare resursutnyttjande. Att patienten får träffa samma person (-er) ökar värdet i patientmötet eftersom mycket grundläggande information då inte behöver upprepas och tiden kan istället ägnas åt diskussion och analys av aktuella problem. Det spar också inläsningstid för vårdpersonalen och bidrar sannolikt till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Det är med stor sannolikhet också en viktig faktor för patientsäkerheten.

Vad vi kunnat se finns från beställarnas sida endast begränsade ansatser att förenkla systemen och styra mot kontinuitet och prevention. Försök med s.k. vårdepisodersättning inom avgränsade områden är ett sådant exempel.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Se bl.a. Myndigheten för vårdanalys 2014, Vem vill veta vad för att välja? – Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral.  
<sup>13</sup> Se bl.a. [www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2013/04/vardval-for-ryggkirurgi-infors-fran-september/](http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2013/04/vardval-for-ryggkirurgi-infors-fran-september/)

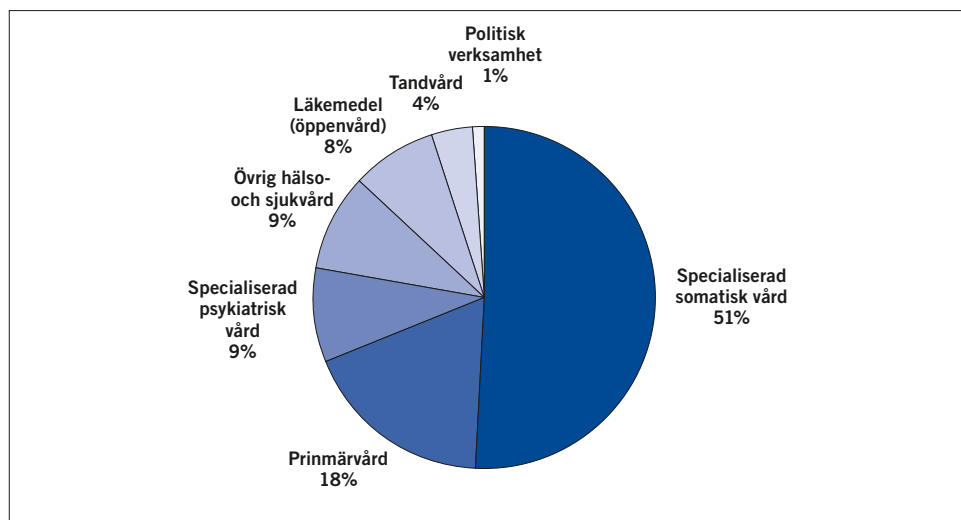
## 4.2 Strukturfrågor inom vården påverkar effektivitet

Landstingen bör fortsatt överväga resursfördelningen mellan olika vårdnivåer och verksamheter. Det behövs intensifierade insatser för att öka dimensioneringen av primärvården, stärka primärvårdens akutuppdrag och stärka rekryteringen av personal till primärvården. Vi avser att inom utredningen vidare analysera frågor om primärvårdens roll, funktion, ansvar och dimensionering liksom förhållandet till slutenvård när det gäller dessa frågor.

### Primärvården

Sverige har en internationellt sett liten andel av resurserna inom vården fördelade på primärvården, ca 18 procent.

Diagram 3: Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2013, procentuellt fördelade på verksamhetsområde<sup>14</sup>



Under lång tid har förstärkningar av primärvården framhållits som en prioriterad fråga. Det är dock tveksamt om det går att se några resultat av det. Inte heller tycks vårdvalsreformen ha inneburit någon större resurs- eller kapacitetsförstärkning av primärvården. Framförallt tycks en resursomfördelning ha skett i riktning mot fler men mindre enheter.

Några brister som återkommande framkommit till utredningen är att primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård, det råder brist på allmänläkare, öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg – många patienter söker sig till akuten istället. Primärvården erbjuder i jämförelse med andra länder en låg grad av kontinuitet för patienten. Listning på enskild läkare förekommer i alltför liten utsträckning och samarbete med den specialiserade vården inklusive informationsöverföring fungerar dåligt. Genom avgiftssystemet för vård och högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök är det

<sup>14</sup> Källa: Budgetpropositionen 2015, Utgiftsområde 9, s 30.



svårt att skapa system som ger patienten ekonomiska incitament att alltid söka sig till primärvården först. Andra styrmedel som t.ex. remisstvång till den specialiserade vården har inte heller använts.

Ett självklart uppdrag för primärvården är att klara grundläggande medicinsk diagnostik och behandling för befolkningen. Ytterligare delar av uppdraget borde, som i en del andra länder, vara att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att agera "grindvakt" för den specialiserade vården. Sådana roller tycks vara ovanliga i Sverige.

Det är genom tidigare studier visat att investeringar i primärvård leder till lägre kostnader och bättre folkhälsa.<sup>15</sup> Vi avser att inom utredningen vidare analysera frågor om primärvårdens roll, funktion och ansvar liksom frågor om dimensionering kopplat till produktivitet och effektivitet.

### ***Slutenvården***

Den svenska hälso- och sjukvården ligger relativt långt fram med att ta till sig ny teknik och nya behandlingsmetoder, de medicinska resultaten är ofta bra i internationella jämförelser. En följd av det är att vi kunnat minska antalet vårdplatser i slutenvård. När det gäller antalet vårdplatser per capita ligger Sverige bland de lägsta i världen. Sverige har en stor andel av resurserna knutna till specialiserad vård, 85 procent av läkarna finns där och Sverige ligger bland de länder i världen som har högst antal sjukhusläkare per capita. Förhållandet mellan vårdplatser och tillgången till personal kan framstå som något paradoxal. Nordiska jämförelser av produktivitet vid akutsjukhus visar också att Sverige har klart lägre läkarproduktivitet än grannländerna. Det är tydligt att minskningen av vårdplatser inte samtidigt har inneburit att vårdens verksamheter tagit hem vinsten genom att t.ex. minska personal i specialistvården eller omfördelat resurser till primärvården. Detta hänger samman både med frågan om hur primärvården kan stärkas men också hur hälso- och vården planeras och resurssätts och hur professionerna schemaläggs.

I debatten lyfts ofta fram att minskningen av vårdplatser i slutenvård gått för långt. Det är möjligt att kapaciteten behöver ökas i något fall men dessförinnan bör en rad andra frågor ställas, t.ex. i vilken mån det går att omfördela vårdplatser inom sjukhuset och huruvida det går att ytterligare poliklinisera. Hur arbetar man med att minska belastningen på vårdplatserna dels genom att undvika vårdskador och minska läkemedelsbiverkningar? Har man tillräckligt hög kompetens på akutmottagningen? Hur samarbetar man med kommuner kring t.ex. äldre för att undvika onödiga inskrivningar samt för att bättre planera för utskrivning från sjukhuset (betalningsansvarslagen)? Hur kan internprocesserna förbättras? Ett mått på hur väl man lyckas med dessa utmaningar är *beläggningsgrad*, vilket är tydligare begrepp än antalet vårdplatser. Hälso- och sjukvården behöver styra mot en beläggningsgrad i akut somatisk vård på ca 85–90 procent i stället för 95–105 procent som ofta är fallet idag.

15 Se bl.a. Janlöv, Anell och Lyttkens, Ekonomisk debatt nr 8, 2013, Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården?

## 4.3 Organisation och arbetssätt som stödjer patientens väg genom vården

### 4.3.1 Produktions- och kapacitetsplanering

Landstingen bör se till att bedriva ett genomgripande sammanhållet arbete med produktionsstyrning på klinik-, divisions-, sjukhus- och landstingsnivå.

Den svenska hälso- och sjukvården omsätter årligen ca 300 miljarder kronor och sysselsätter närmare 300 000 personer. Varje år görs ca 27 miljoner mottagnings- och hembesök av läkare och ca 37 miljoner mottagnings- och hembesök av andra professioner. En ganska självklar förväntan på en verksamhet av den omfattningen är att man har en tydlig bild av behoven, vilken kapacitet som finns och vem som ska göra vad. Särskilt viktigt är det eftersom hälso- och sjukvården är en komplicerad verksamhet där det kan vara många personer, kliniker eller t.o.m. huvudmän inblandade i vården av en patient, en process där de olika aktörerna är beroende av varandras insatser.

Våra 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. På många håll görs detta lokalt, inte sällan som ett led i ett förbättringsarbete.<sup>16</sup> 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.

Vår uppfattning är att det behövs ett övergripande och genomgripande arbete i varje landsting med detta. En generell tendens är att landstingen i ökande utsträckning arbetar med detta men genomslaget tycks ännu inte vara särskilt stort.

Landstingen behöver genomgående ställa som *grundkrav* på sina verksamheter att alla ska analysera behov och kapacitet, nedbrutet i tid. Planeringen bör inte bara omfatta sjukvårdsuppdraget, utan även forskning och utveckling samt undervisning. Det är en förutsättning för att alla ska tala samma språk när det gäller produktion, resurser, processer, etc. Detta kommer att innebära en radikal förändring inom stora delar av vården där analys och planering av den vård som ska produceras kommer att genomföras på ett långt tydligare och mer strukturerat sätt än idag. Samtidigt är produktionsstyrning ett väl känt och dokumenterat arbete i många branscher och fullt möjligt att genomföra på bred front i vården bedömer vi.

Produktions- och kapacitetsplanering kanske kan låta som ett "industriellt" tänkande som många i vården kan vara skeptiska till. Vi tror dock att en sådan planering är en viktig förutsättning för att vården ska kunna bli mer patientcentrerad. Det behövs i en verksamhet där organisatoriska beroenden, flaskhalsar och annat som påverkar patientens väg genom vården måste synliggöras och det krävs en gemensam förståelse eller "ett gemensamt språk" för att på rätt sätt adressera sådana problem.

Vinsterna med ett sådant arbete bedömer vi är stora. Det ger möjlighet att bemanna efter behov, vilket skapar förutsättningar för ett bättre flöde för patienten, en bättre arbetsmiljö för personalen och en förbättrad produktion. Variationer som i dag ofta resulterar antingen i långa väntetider för patienter eller (tillfällig) överkapacitet i vården kan jämnas ut och flaskhalsar som stoppar upp fungerande flöden identifieras. Det ger en gemensam förståelse för behov och kapacitet nedbrutet på kort tid vilket kan vara en viktig förutsättning för gemensam schemaläggning av alla professioner.

<sup>16</sup> Se några exempel i Myndigheten för vårdanalys 2013, Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, avsnitt 2.4.

### 4.3.2 Schemaläggning

Schemaläggning måste utgå från en analys av behov och belastning. Schemaläggningen ska göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården.

En vanlig beskrivning av schemaläggningen i vården är att den görs utifrån tillgänglig personal och i hög utsträckning främst 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.

Planeringen 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".<sup>17</sup>

Vi har sett få exempel på att en produktions- och kapacitetsplanering efterföljts av ett samlat arbete med schemaläggning. Det är problematiskt eftersom vinsten av planering hämtas hem genom ett gediget arbete med bemanning.

Schemaläggningen behöver ske samlat för alla yrkeskategorier som är involverade i vården av en patient, om det inte är uppenbart obehövt. Schemaläggningen måste knytas ihop med produktions- och kapacitetsplanering så att ett tydligt flöde skapas: behoven i verksamheten analyseras, bryts ned på tid, kapacitetssätts och utifrån det ska bemanningen planeras.

### 4.3.3 Arbetstidssystemet

Arbetstidssystemet för läkare hävdas i vissa fall försvåra schemaläggning och ett rationellt resursutnyttjande samt motverka kontinuitet för patienten. Vi avser att utreda frågan vidare inom ramen för utredningen.

En väsentlig faktor för att framgångsrikt lägga scheman är att det finns personal att schemalägga. Det finns indikationer på att schemaläggning försvåras av arbetstidssystemet för läkare.<sup>18</sup> Den normala arbetstiden för läkare tycks vara måndag–fredag mellan kl. 07.00–17.00. För övriga tider gäller det s.k. jouravtalet, som i olika grad ökar ersättningen för arbete på övriga tider, upp till fyra gånger normalersättningen. Denna s.k. jourkompensation kan sedan tas ut i lön eller ledighet. Under en längre tid har detta systems effekter diskuterats. Invändningar mot systemet är att det skapar tydliga incitament för läkare att arbeta kvällar och helger istället för dagtid och att alltför stora delar av jourkompensationen tas ut i ledighet vilket hindrar en adekvat planering av läkarresurserna.

Vårdanalys har konstaterat att det enligt specialbestämmelser i läkarnas kollektivavtal är möjligt att förlägga läkares ordinarie arbetstid till helgfri måndag–fredag kl. 07.00–21.00. Trots det tycks det vara få landsting som utnyttjar möjligheten att schemalägga läkare till kl. 21.00. Bl.a. har Revisionskontoret i landstinget i Jämtlands län konstaterat att en utökad

<sup>17</sup> Vårdanalys, a a, avsnitt 2.4.1.

<sup>18</sup> Se Vårdanalys a a, avsnitt 2.4.2 samt Monica Renstig m.fl., Den sjuka vården 2.0, 2014.

schemaläggning inom ramarna för nuvarande avtal skulle kunna medföra ett minskat behov av jourverksamhet. En ökad schemaläggning skulle inte innebära att ersättningen till läkarna skulle minska, men däremot skulle det kunna frigöra mer läkartid och mer tid för planerad verksamhet.<sup>19</sup>

Vår bedömning är att arbetstidssystemet inte i första hand är en kostnadsfråga, dvs. det är inte givet att det skulle vara möjligt att göra väsentliga besparingar på att ändra systemet. Däremot finns det anledning att ifrågasätta hur systemet påverkar möjligheterna till en strukturerad planeringsprocess där bemanningen i hälso- och sjukvården utgår från patienternas behov och där det ges förutsättningar för kontinuitet för patienten. Övriga professioner i vården kan schemaläggas dygnet runt inom ramen för den ordinarie ersättningen (eller med vissa tillägg) utan att det skapar möjlighet till extraordinär ledighet. I samband med det behöver också diskuteras hur arbetstidssystemet påverkar produktiviteten i hälso- och sjukvården. Vi avser att analysera detta vidare inom ramen för utredningen.

#### 4.3.4 Omfördelning av arbetsuppgifter

Många av de goda exempel som utredningen fått ta del av involverar en omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika professioner. I många fall tycks det handla om en renodling av respektive professions arbete utifrån vad det är rimligt att man gör med hänsyn till utbildning och kompetens. Vårdanalys har redovisat enkäter riktade till läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och medicinska sekreterare. I samtliga professioner finns ett starkt stöd för en omfördelning av arbetsuppgifter.<sup>20</sup> Detta kan antas vara en av nyckelfrågorna för att öka effektiviteten i vården och erfarenheterna visar att omfördelning av arbetsuppgifter bör vara ett självklart inslag i ett förbättringsarbete.

Det finns ett par övergripande ansatser att skapa utbyte och lärande när det gäller omfördelning av arbetsuppgifter. Dels har inom SKL funnits ett nätverk med samarbete kring vårdnära service med syftet att belysa möjligheterna att frigöra tid till vården genom att särskild servicepersonal utför den vårdnära servicen.<sup>21</sup> Dels har nyligen nätverket "Mer tid för patienten" skapats på initiativ av landstinget i Dalarnas län, vilket omfattar utbyte kring både vårdnära service och möjligheterna till omfördelning av andra arbetsuppgifter.

Det bör understrykas att inga eller få rättsliga hinder finns mot ett sådant arbete, se avsnitt 5.2.1.

19 Jämtlands läns landstings revisorer 2010, Styrning av läkarnas tid och kompetens (REV/26/2009).

20 Se Vårdanalys, a a avsnitt 2.3.

21 Sveriges Kommuner och Landsting 2014, Vårdnära service – en viktig del i framtidens sjukvård.

## 4.4 Det lokala ledarskapet och medarbetarskapet är nyckelfaktorer för förbättringsarbete

### 4.4.1 Förbättringsarbete behöver få bredare genomslag

Förbättringsarbete behöver i ökad utsträckning fångas upp, dokumenteras och där det är möjligt spridas. Utredningen avser att analysera ytterligare hur ett sådant arbete kan samordnas och ges stöd. En kultur behövs där kvalitet och produktion följs upp och diskuteras. Första linjens chefer ska ha tydligt uppdrag och ansvar för helheten och en förbättringskultur måste finnas i alla delar av verksamheten.

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet. Den är kunskapsintensiv, de viktigaste besluten fattas av enskilda yrkesutövare i mötet med patienten och beror i hög grad på individuella förutsättningar hos patienten. Vidare beror mycket i verksamheten på lokala förutsättningar, demografi, sjukdomsburda, tillgång till kompetens, osv. Det betonas ofta att det är en typ av verksamhet som är svår att standardisera.

Utredningen har fått ta del av ett stort antal goda exempel på förbättringsarbete. Nästan uteslutande har detta handlat om att man på en vårdcentral, klinik eller enhet har ändrat arbetssätt i någon del. Exempelen varierar mycket vad gäller verksamhet, angreppssätt och syfte. Några tämligen gemensamma drag är dock följande:

- 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 förändrings-metodiker tycks sällan vara en vanlig ingång till förbättringsarbetet.
- Goda exempel sprids inte, vare sig grannkliniken eller andra landsting tar efter förbättringsarbetet.
- Det verkar inte 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.
- Mer omfattande produktions- och kapacitetsplanering är fortfarande ovanligt i vården men i de goda exemplen på förbättringsarbete tycks man ofta ha gett sig i kast med någon sorts sådan planering.

Vår slutsats är att det behövs en mer systematisk ansats från ledningen och genom organisationen ned till verksamhetsnivå att förbättra arbetssätt och metoder, i både stort och smått. För att ett sådant arbete ska lyckas behövs också ett ständigt pågående arbete med vad som ska göras, hur och av vem. Det behövs en systematik i att fånga upp befintliga goda

exempel på förbättringsarbete och att verka för spridning genom förändringsledare. Första linjens chefer behöver ha ett tydligt uppdrag och ansvar för helheten och för att ständigt pröva förbättringar.

Trots hälso- och sjukvårdens komplexitet och individuella variationer hos patienter bedömer vi att det finns många frågor som kan standardiseras och ges en likartad lösning oavsett var verksamheten finns. En inte oväsentlig del av vården består av logistik och service som kan standardiseras: personer, saker och information behöver finnas på rätt plats vid rätt tillfälle, beställningar ska göras, förråd fyllas på och städning ske. Andra exempel är informatik – t.ex. hur insatser journalförs genom användning av mallar och annan strukturerad journalföring, hur remisser skickas och tas om hand, hur en första bedömning vid inskrivning på akuten görs. Hälso- och sjukvårdens ledningar behöver intensifiera arbetet med att identifiera sådana standardiserade arbetssätt.

Ett ofta återkommande önskemål till utredningen är att samla goda exempel i en "katalog" att inspireras av. Ett sådant arbete pågår redan inom ramen för regeringens satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Samfinansierat av Socialdepartementet och Stockholms läns landsting och under namnet "Ringla" ([www.ringla.nu](http://www.ringla.nu)) finns en katalog men beskrivning av ett större antal goda exempel samt beskrivning av metodik, hållbarhet, etc. Utredningen avser att i samarbete med Ringla och Socialdepartementet återkomma till hur goda exempel kan ges en större spridning.

#### 4.4.2 Gott ledarskap och medarbetarskap behövs för utveckling

Gemensamt för många av frågorna är ledarskapet på olika nivåer i vården. Från ledningens sida behöver man en tydlig beställning/kravbild. I det bör ligga att alla verksamheter/utförare ska ha god kontroll på sin verksamhet – produktions- och kapacitetsplanering ska genomföras av alla och det ska finnas en gemensam förståelse för produktion och kapacitet från kliniknivå upp till högsta ledningsnivå. För att ett sådant krav ska vara realistiskt bör det också förenas med stöd och utbildning som är lättillgängligt och synligt. I en så stor organisation som landsting kan inte frågor om produktionsstyrning som nu vara avhängigt eldsjälar eller särskilt drivna chefer. Vår uppfattning är att den typen av uppdrag är ett "gnetarbete" som främst förutsätter ordning och rätt verktyg/stöd.

Sedan länge finns det krav på kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvården. Sådana tycks i låg grad användas men vore antagligen väl lämpade för en systematisk ansats i dessa frågor.

Hindren för förändring verkar genomgående vara tungt knutna till kulturfrågor hos professionerna inom vården. I Vårdanalys rapport återkommer två huvudskäl till att förbättringsarbete inte kommer till stånd: traditioner och vanor samt starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter. Av diskussionerna med landstingen framkommer att produktions- och kapacitetsplanering och ändrade arbetssätt inneburit en långsiktig "kulturresa" eller ett "kulturarbete" för chefer och professioner. Det är tydligt att ett s.k. "förändringstryck" i en verksamhet inte kommer genom styrning från huvudmännen eller staten utan snarare genom inomprofessionell horisontell styrning, som bygger på engagemang. Utredningen avser att fortsätta diskussionen med verksamheter och företrädare för professioner avseende detta.

# 5 Rekommendationer till staten

## 5.1 Styrning av vården

### 5.1.1 Styrning genom överenskommelser och ekonomiska bidrag till landstingen behöver bli tydligare

Staten behöver tydliggöra sin roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Regeringen bör i högre grad samordna styrningen genom överenskommelser med SKL. Detta bör innebära färre och tydligare styrsignaler, t.ex. genom ett minskat antal överenskommelser och ett minskat antal indikatorer som följs. Konsekvenserna av krav på rapportering bör analyseras och synliggöras, bl.a. när det gäller hur rapportering ska utföras.

Staten förfogar över många styrmedel för styrningen av hälso- och sjukvården, bl.a. normering, ekonomiska styrmedel genom bidrag, överenskommelser med landsting eller med SKL, kunskapsstöd och tillsyn. Styrmedlens genomslag tycks vara beroende av många faktorer, inte minst i vilken mån de kan omsättas till mer konkret styrning hos landstingen både i egenskap av huvudman/beställare av vården men också i egenskap av vårdgivare, liksom hos andra vårdgivare.

Det kan konstateras att ekonomiska styrmedel, särskilt i kombination med överenskommelser med krav på prestation för att få del av medlen, har använts allt mer frekvent under de senaste åren och fått stort genomslag.<sup>22</sup> Ett skäl till genomslaget kan vara att landstingen fogar in kraven från en överenskommelse i villkoren för ersättning. Det skapas därmed avgörande ekonomiska incitament för vårdgivarna att prioritera just de frågorna.

De verksamhetsföreträdare vi träffat uppger att styrningen genom överenskommelser haft positiva konsekvenser för några områden, bl.a. väntetider. Det stora antalet mätetal genom överenskommelserna ger dock många styrsignaler, med utspädning av effekterna, osäkerhet om vad som är prioriterat och t.o.m. målkonflikter.

Parallellt med detta utövar naturligtvis landstingen i egenskap av beställare av vården sin egen styrning, med egna mål och prioriteringar. Det uppges, även om vi inte sett något konkret exempel, att målen och rapporteringskraven på grund av den nationella styrningen och den regionala inte samordnas och att det kan vara liknande men inte samma krav.

Robustheten i styrningen och kraven på rapportering ifrågasätts också. Både statens och landstingens styrning är relativt kortsiktig. Dels därför att det normalt handlar om *tillfälliga* statliga stimulansmedel och dels därför att det finns en vilja att skärpa kraven från år till år i syfte att öka effekten av medlen. Konsekvensen av detta blir att professionerna ofta behöver skifta fokus till det som är prioriterat och anpassa sitt arbetssätt.

<sup>22</sup> Se Riksrevisionen 2014, Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården, RIR 2014:20.

I arbetet med överenskommelserna förekommer inte grundliga konsekvensanalyser av hur kraven på mätning och rapportering påverkar vårdens verksamheter, t.ex. när det gäller merarbetet för att rapportera. Inte heller finns resonemang eller ställningstaganden om nytta i förhållande till arbetsinsats.

Vår bedömning är att staten behöver samordna och renodla styrningen av hälso- och sjukvården genom ekonomiska stimulansbidrag, särskilt när dessa kopplas till överenskommelser med krav på motprestationer. Färre och tydligare styrsignaler bör eftersträvas. Konsekvensanalyser och överväganden bör redovisas öppet när det gäller nyttan av insatsen i förhållande till den arbetsinsats som krävs för att samla in data. När det är möjligt ska självklart befintliga data användas.

### 5.1.2 Kunskapsstöd behöver bli tydligare och fokusera på nytta för användarna

#### *Det behövs ytterligare insatser för att tydliggöra roller i kunskapsstöd*

Statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstyrning och kunskapsstöd i hälso- och sjukvården bör utredas.

Statens roll och behov av samordning inom kunskapsstyrning/kunskapsstöd har utretts i två omgångar de senaste åren.<sup>23</sup> Det kan bl.a. utifrån de utredningarna konstateras att mycket återstår att göra när det gäller samordning och renodling inom staten.

En väsentlig fråga som lämnats orörd av utredningarna är att det även när det gäller kunskapsstöd förekommer alltför många signaler från 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 respektive arbete samt professionernas styrning genom professionsföreningarnas riktlinjer. Förhållandet mellan dessa aktörers arbete framstår fortfarande som oklart. Till utredningen har bl.a. framförts 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.

Utredningens bedömning är mot denna bakgrund att det behövs fortsatt utredning av hur de många olika aktörernas arbete med kunskapsstöd/kunskapsstyrning kan länkas samman. I det sammanhanget är det naturligt att lyfta upp statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstöd/kunskapsstyrning. Därefter blir det mer meningsfullt att slå fast hur man bättre samordnar och renodlar arbetet inom staten.

#### *Ett professionsdrivet arbete med behandlingsrekommendationer*

Staten bör initiera ett samarbete med företrädare för huvudmän och professioner i syfte att skapa nationella behandlingsrekommendationer som är ett direkt stöd i den kliniska verksamheten.

<sup>23</sup> Se SOU 2012:33 Gör det enklare! samt Ds 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.



En annan väsentlig fråga är behovet av att göra kunskapsstöd lätt tillgängligt för vårdens professioner och direkt användbart i mötet med patienten. I Sverige finns totalt 15 Nationella riktlinjer som publiceras av Socialstyrelsen efter ett omfattande arbete med bl.a. professionerna. Riktlinjerna är dock inte riktade till och utformade för personalen i olika vårdverksamheter som kunskapsstöd i de beslutssituationer som uppstår dagligen. I dessa beslutssituationer finns ett stort behov av kunskapsstöd, vilket har stor potential att öka kvalitet och effektivitet.

Det i högsta grad önskvärt att vårdens professioner ges enkel tillgång till aktuella och relevanta kunskapsstöd som vägledning i beslutssituationer. Professionerna bör ha tillgång till ett verksamhetsstöd som ger ett direkt stöd i beslutsfattandet och som gör det möjligt att basera dialogen med patienten på relevant och aktuell kunskap om vilka insatser som har bäst förutsättningar att nå framgång. Nationella diagnos- och behandlingsriktlinjer behövs för de flesta områden inom hälso- och sjukvården. Möjligen är behovet allra störst inom primärvården men finns även i den specialiserade vården.

Kunskapsstöden måste vara lätt att nå, vilket betyder att de helst bör vara integrerade i journalsystemen eller på annat sätt lätt nåbara. De behöver vara lätta att använda, vilket betyder att de behöver vara korta och ha karaktären av beslutsstöd. Också uppföljningsmöjligheterna måste vara enkla och därför sannolikt kopplade direkt till journalsystemen. Självklart ska även patienten ha tillgång till kunskapsstöd i särskilda patientversioner. I relevansen ligger också att kunskapsstödet beaktar frågan om samsjuklighet och individens egna prioriteringar.

Olika vägar kan tänkas för att någorlunda snabbt och brett uppnå detta. En tänkbar väg är att utgå från pågående arbeten i landstingen. Stockholms läns landsting hardiagnos- och behandlingsriktlinjer för primärvården, som redovisat på [viss.nu](http://viss.nu) och landstinget i Jönköping har motsvarande på [fakta.se](http://fakta.se). Båda omfattar mer än 200 områden.

Staten bör ta initiativ till samarbete med företrädare för huvudmän och professioner i syfte att skapa nationella behandlingsrekommendationer. Sannolikt är det nödvändigt att närmare utreda hur arbetet ska struktureras, bl.a. för att garantera kvalitetssäkring och hållbarhet. Parallellt med detta kan dock områden identifieras där det vore möjligt att starta pilotprojekt, t.ex. med utgångspunkt i det snarlika arbete som gjorts inom ramen för cancerstrategin.

### ***Ett hälsobibliotek för hälso- och sjukvården***

Staten bör i samarbete med huvudmännen finansiera ett nationellt hälsobibliotek där vårdens professioner snabbt ska kunna hitta, söva och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbar på ett enda ställe.

En viktig förutsättning för en kostnadseffektiv och högkvalitativ vård är spridningen och tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap. Olika former av kunskapsstöd tillhandahålls i dag ofta på regional och lokal nivå i varierande utsträckning. Det har visat sig att personalen i stor utsträckning använder frisksökning på internet som stöd för kliniska beslut. Det finns då uppenbara problem med att snabbt hitta tillförlitlig och kliniskt användbar information om vilken behandling som är evidensbaserad och rekommenderas.

På lång sikt måste beslutsstöd, journal och kvalitetsregister integreras med varandra. Som en lösning på kort sikt bör ett nationellt hälsobibliotek införas och göras tillgängligt för all personal inom vården och omsorgen. 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.

Staten bör ta initiativ till införande av hälsobiblioteket och delfinansiera det. Staten 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 mest effektiva sätt.

## 5.2 Vem får göra vad?

### 5.2.1 Det behövs ökad kännedom om avsaknad av hinder

Staten bör i samverkan med landsting, kommuner och andra aktörer vidta informations- och vägledningsinsatser när det gäller möjligheterna till ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter.

Ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter är en av nyckelfrågorna för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande i vården. Socialstyrelsen publicerade år 2004 en handbok till vägledning för vårdgivare när det gäller frågor om delegation och fördelning av arbetsuppgifter.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup> Våra 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. 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.

<sup>24</sup> Socialstyrelsen 2004, Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?

<sup>25</sup> Se Vårdanalys a a, s. 99 ff.

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.<sup>26</sup> 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.

### *Patienten som medskapare*

Förmågan att tillvarata patienternas engagemang och resurser kan ha betydelse för hur effektivt resurserna sammantaget utnyttjas i hälso- och sjukvården. Kanske ännu viktigare är dock potentialen att öka både delaktighet och kunskap hos patienterna och att förenkla för patienterna i mötet med eller vägen genom vården. Dessa frågor har lyfts fram i många sammanhang de senaste åren och vi har därför valt att endast kort beröra detta ämne. Även när det gäller patienten som medskapare i vården kan konstateras att det inte finns några rättsliga hinder. Detta område spänner över en rad frågor, t.ex. möjligheterna för patienten att

- boka tider och utföra andra enkla ärenden digitalt och därmed avlasta vården sådana administrativa sysslor,
- ta del av sin journal, bl.a. i syfte att bli bättre förberedd till möten med professionerna i vården,
- sköta provtagning och monitorering av t.ex. kroniska sjukdomar hemma och föra över sådana data till vården,
- involveras av vårdgivare i kreativa processer för att hitta nya eller bättre lösningar.

## 5.2.2 Vissa lagändringar behövs

### *En mer professionsneutral lagstiftning om intyg*

Lagstiftningen bör göras mer professionsneutral. Där det är möjligt bör kravet på läkare som utfärdare av intyg avskaffas. Frågan om vem som får göra vad bör om inte starka skäl talar däremot få avgöras av vårdgivaren. Utredningen avser att utreda möjligheterna att lämna lagförslag i denna del.

Vissa formella hinder mot omfördelning av arbetsuppgifter finns trots allt. En av de mest omfattande administrativa uppgifterna för läkare är att skriva intyg avseende patienterna. Enligt patientdatalagen 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. Hälso- och sjukvårdslagen har nästan inga anvisningar om vad enskilda yrkeskategorier ska göra, medan socialförsäkringsbalken, körkortslagen, trafiklagen och föräldrabalken alla föreskriver att läkare ska skriva en rad olika intyg.<sup>27</sup>

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

<sup>26</sup> Se Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23), bilaga 4.

<sup>27</sup> Sjukintyget är volymmässigt störst, totalt inkom under 2013 cirka 2,2 miljoner läkarintyg i sjukpenningärenden till Försäkringskassan. En försiktig beräkning att ett sådant intyg tar i genomsnitt 10 minuter att skriva motsvarar drygt 200 heltidstjänster för läkare årligen. Därutöver förekommer närmare 200 olika intygstyper, i de flesta fall av läkare, till en lång rad myndigheter, kommunen, arbetsgivare, försäkringsbolag, osv.

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 avser att utreda möjligheterna att lämna förslag till ändrad lagstiftning när det gäller intyg, med inriktningen att där det är möjligt göra lagstiftningen professionsneutral. Syftet är att möjliggöra en rationell fördelning av arbetsuppgifter, minska den administrativa belastningen på läkare och att skapa förutsättningar för att rätt kompetens står bakom ett intygande. Det är vår uppfattning 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.

En tänkbar väg framåt är att staten tillåter begränsade försök med att låta andra kategorier än läkare utfärda t.ex. sjukintyg under begränsad tid.

Utöver en sådan förändring är det angeläget att själva intygandet underlättas, dels genom att de som begär intyg kritiskt omprövar innehållet i intygen, dels genom digitalisering och att det finns fungerande tjänster för det, se vidare under avsnitt 5.3.

### ***Signeringskravet bör avskaffas***

Staten bör genomföra förslaget att avskaffa kravet på signering som lämnats i SOU 2014:23.

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. 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.<sup>28</sup> Förslaget öppnar för betydligt smartare och mer tidsbesparande lösningar än dagens tidskrävande "kvittenser" av anteckningar. Vi bedömer att det är angeläget att det genomförs skyndsamt, liksom övriga förslag som lämnats i slutbetänkandet.

## **5.3 Myndigheterna behöver arbeta mer stödjande**

Uppdragen för de statliga myndigheter som är aktiva inom vårdområdet bör ses över. Inriktningen bör bl.a. vara att myndigheterna ska redovisa analyser av nytta i förhållande till administrativ börda för vården på grund av de rapporteringskrav m.m. som ställs på vården. Myndigheterna bör så långt möjligt söka samordning av krav på rapportering eller uppgiftslämnande.

Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården behöver bli mer stödjande när det gäller frågor om kvalitet och på sikt också effektivitet.

<sup>28</sup> Se SOU 2014:23 3, föreslagna 3 kap. 13 § samt avsnitt 12.4.8 och 12.4.9.

Det finns i dag bestämmelser om konsekvensanalyser i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning och förordningen (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner. Dessa krav på konsekvensanalyser tycks dock inte vara tillräckliga för att minska strömmen av ökade krav, som ska hanteras med hjälp av otillräckliga administrativa system. Bestämmelsen om konsekvensutredningar vid regelgivning har viss betydelse för den prövningen av konsekvenserna av varje enskilt nytt regelverk och dess eventuella bidrag till en ökad administration. Problemet är att den sammantagna mängden av nya och befintliga bestämmelser inte adresseras i konsekvensutredningarna. Vår uppfattning är att bestämmelser och regelverk växer fram ad hoc, utan inbördes samordning, vilket innebär att behovet av omtag uppstår med jämna mellanrum.

Socialstyrelsen har initierat en myndighetsövergripande omprövning av statliga krav på intyg liksom möjligheterna att samordna dessa i ett mindre antal tjänster (formulär). En utgångspunkt för arbetet är att det ibland inte är nödvändigt (eller rimligt) att vården lämnar intyg. Uppgifterna kan likaväl lämnas av den enskilde själv. Ytterligare en utgångspunkt är att nuvarande krav på intyg inte sällan endast innebär att uppgifter om vården ska lämnas, vilket ofta kan göras enklare genom t.ex. journalutdrag. Ibland behövs därutöver ett medicinskt utlåtande/bedömning. Det är viktigt att i sammanhanget tydliggöra vad som är vad och att de som kräver utlåtanden ökar precisionen i sina frågor, både för att få bättre svar och för att minska belastningen på hälso- och sjukvården.

Liknande myndighetsövergripande arbete behöver komma till stånd på fler områden. Vi avser att analysera denna fråga vidare inom utredningen.

Tillsynen av hälso- och sjukvården är fördelad på flera myndigheter, bl.a. Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Arbetsmiljöverket och Datainspektionen. Vår uppfattning är att ingen av tillsynsmyndigheterna utövar en tillräckligt positiv tillsyn, dvs. som stödjer verksamheterna att klara sitt uppdrag. IVO tillsynar för närvarande inte kvaliteten i vården (resultat) och således inte heller effektivitet, t.ex. på så sätt att man jämför patientfall när det gäller ledtider, kvalitet (utfall), kostnader, osv. Inte heller använder man sådana mått eller jämförelser för att välja ut tillsynsobjekt. Den typen av tillsyn skulle ha potential att bli mer stödjande för vårdgivarna än den nuvarande. Möjligen är det oklart vilket mandat IVO har att tillsyna de aspekterna, såvida inte det finns ett uppenbart patientsäkerhetsperspektiv.

Väl fungerande och användbara informationssystem i form av journalsystem m.m. är väsentligt för att skapa förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande. Såvitt vi kunnat se tillsynas inte verksamhetstöden ur ett användarperspektiv – dvs. är de funktionella, enkla, tillfredsställer de användarens och verksamhetens behov, skapar de goda förutsättningar för att arbeta på ett effektivt sätt? Datainspektionens tillsyn fokuserar på säkerhet och integritet, och enligt Arbetsmiljöverket har inte IT lyfts som en problematisk arbetsmiljöfråga för vården. IVO:s tillsyn tangerar IT-frågorna men främst ur patientsäkerhetsperspektivet genom frågor om dokumentation, rutiner.

IVO bör genomföra en mer stödjande tillsyn ut ett i första hand ett kvalitetsperspektiv och om möjligt också ett effektivitetsperspektiv. Arbetsmiljöverket bör uppmärksamma den digitala arbetsmiljön – som lyfts fram av många som ett av de stora arbetsmiljöproblemen.

# 6 Rekommendationer till staten och huvudmännen gemensamt

## 6.1 E-hälsa

### *Ett nationellt omtag behövs*

Det behövs ett nationellt omtag i syfte att åstadkomma genomgående och långsiktiga förbättringar av informationssystemen i hälso- och sjukvården. Staten bör ta ett tydligt ansvar för infrastrukturen när det gäller informationssystemen. En statlig IT-miljard bör inrättas med motsvarande åtagande från landstingen och kommunerna att tillsammans satsa lika mycket i gemensamma investeringar.

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.

Att informationssystemen i vården lider av stora brister får anses vara väl dokumenterat. Detta har påtalats i många olika sammanhang och går också som en röd tråd genom de problembeskrivningar som vi tagit del av i arbetet hittills.<sup>29</sup> 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. 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. För vårdpersonalen resulterar det i en arbetsmiljö där det krävs upprepade in- och utloggningar i många olika system, upprepade inmatningar av samma information i olika system och en uppenbar risk att väsentlig information utelämnas eller missas.

För verksamheterna och ytterst för huvudmännen innebär dessa 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) alltmer tycks dra ifrån vårdens informationssystem. Denna diskrepans bidrar till en växande frustration av att vårdens verksamhetsstöd inte håller måttet.

Bakgrunden till denna situation är komplex och tror vi bl.a. bottnar i huvudmännens agerande som 21 självständiga beställare av system, leverantörernas utvecklingsarbete och inte minst hur representanter för verksamheterna (inte) har involverats i dessa båda processer.

29 Se bl.a. Projektet eHälsosystemens användbarhet 2013, Störande eller stödjande – Om eHälsosystemens användbarhet, samt Vårdanalys a a.

Vi nöjer oss nu med att konstatera att landstingen trots många års kännedom om problemen har varit oförmögna att agera samlat i investeringar, kravställande, utvecklingsarbete, standardisering, osv. trots möjligheten till uppenbara vinster.<sup>30</sup>

Den enskilt största insats staten kan göra för att stärka möjligheterna till ett effektivare resursutnyttjande för vården är att på ett tydligt sätt styra förutsättningarna för informationshanteringen inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det bör ske genom förändringar i lagstiftning och nya mandat för statliga myndigheter men också genom finansiella satsningar. Att åstadkomma en säkrare och mer ändamålsenlig informationshantering kommer kräva årliga investeringar i miljardklassen och staten behöver därför snarast förhandla med huvudmännen om fördelning av investeringskostnader. Staten och huvudmännen bör genom sådana gemensamma och långsiktiga investeringar bl.a. främja tillämpning av standarder i syfte att öka interoperabiliteten mellan IT-stöd inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Staten har genom omfattande satsningar under de senaste åren satt ett antal angelägna områden inom vård och omsorg högt på den politiska dagordningen med vissa förbättringar som följd, t.ex. när det gäller psykiatri, cancervården, äldrevården, tillgängligheten och patientsäkerheten. De omfattande bristerna som finns i vårdens och i socialtjänstens informationssystem påverkar starkt möjligheterna till ytterligare förbättringar på dessa prioriterade områden. En satsning på infrastruktur i form av IT har potential att lyfta alla delar av vården och socialtjänsten.

Det handlar om ökad patientsäkerhet och en mer kunskapsbaserad vård, mindre risk för felbedömningar och felbehandlingar. Det skulle innebära bättre förutsättningar för delaktighet och kontinuitet för individen, bl.a. genom ökade möjligheter att interagera med vården och som patient själv styra sin vård. Det skulle vidare ge möjligheter till ett effektivare resursutnyttjande i vården genom förbättrad logistik och bättre flöden i vården med kortade ledtider, bättre tillgänglighet och bättre utnyttjande av vårdplatser, bättre förutsättningar för planering av hur vården och socialtjänsten på bästa sätt kan använda sina resurser, mindre "spilltider" som innebär väntan för individen och därmed förutsättningar för en bättre använd tid för både personal, patienter och brukare. En satsning på infrastruktur skulle ha goda förutsättningar att ersätta flera av dessa satsningar och samtidigt åstadkomma mer hållbara förändringar.

## 6.2 Standardisering och informatik

Det behövs initiativ för att kraftigt stärka och nationellt samordna arbetet med informatik i vården, t.ex. genom väsentligt utökat användande av journalmallar inom olika områden.

Dubbeldokumentation (eller trippel- och kvadrupeldokumentation) i journalen är vanlig. Det finns stora brister i arbetet med informatik – dvs. på vilket sätt vården dokumenteras. Det finns sällan policies, rutiner, utbildning och stöd när det gäller dokumentation. Detta skapar osäkerhet bland vårdens professioner om vad som ska dokumenteras, hur och av vem. Det är vanligt att flera yrkeskategorier skriver parallellt i journalen med delvis samma information och att samtliga dokumenterar onödigt mycket. Det finns flera förklaringar till detta:

<sup>30</sup> En positiv signal om ett samfällt agerande har kommit genom det s.k. 3R-projektet där landstinget i Stockholms län, Region Skåne och Västra Götalandsregionen gemensamt skisserat en projektplan för att på sikt genomföra en gemensam upphandling av ett "kärnsystem" för information i vården.

bristande verksamhetsstöd, avsaknad av rutiner, oklar arbetsfördelning samt att den som dokumenterar vill skydda sig mot eventuella anmälningar/klagomål.<sup>31</sup>

Det behövs omfattande utvecklingsinsatser när det gäller informatik i vården. Samtliga vårdgivare behöver ha dokumentationspolicys som på ett övergripande plan fastslår vad som ska dokumenteras och hur det ska ske. I en sådan policy bör också anges hur respektive verksamhet ska arbeta med både dokumentationens innehåll och vem som ska dokumentera vad. På grundval av ett sådant arbete bör lokala rutiner tas fram. Frågan om dubbeldokumentation kommer därmed att vara intimt förknippat med vårdens arbetsätt eftersom det faktum att samma sak dokumenteras flera gånger dels är uppenbart ineffektivt och dels ibland antyder att flera personer har frågat patienten samma saker eller t.o.m. gjort samma insatser.

Mycket av dubbeldokumentationen och överdokumentationen kan antagligen hindras genom en standardiserad journalföring, antingen genom standardiserade 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. 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 flervalsoalternativ samt med viss möjlighet till begränsad fritext vid avvikelser.

Journalmallar tas i nuläget fram i mycket begränsad utsträckning genom lokala initiativ. I likhet med kunskapsstöd genom t.ex. behandlingsrekommendationer skulle detta arbete kunna genomföras på nationell basis genom att använda verksamheterna och professionerna. Det skulle även på detta område kunna ge ett brett och snabbt arbete med många mallar och med ett snabbt genomslag i verksamheterna.

Staten bör stödja ett sådant arbete genom att skapa en struktur för arbetet och genom ekonomiska bidrag.

---

31 Vårdanalys, a a, s. 50 ff.



## 7 Frågor som utredningen avstår från att ta upp

Av de många inspel utredningen fått framgår att det är några frågor där det finns förväntningar eller förhoppningar om förslag och där utredningen inte har möjlighet att behandla frågan vidare, främst utifrån begränsningar i direktiven och/eller begränsningar i utredningens resurser. Vi har valt att avstå från att arbeta med bl.a. följande frågor, som var och en kan ha stor betydelse för hur effektivt resurserna i hälso- och vården utnyttjas:

- *Utbildningsfrågor:* Många synpunkter till utredningen berör behovet av att se över utbildningarna för flera av vårdens professioner och att det har stor betydelse för ett effektivt resursutnyttjande. Vi delar bedömningen av behoven. Det behövs en översyn av innehållet i grundutbildningen för sjuksköterskor samt utredas en modell för specialistutbildning av sjuksköterskor. Det finns behov av att standardisera innehållet i utbildningen av undersköterskor, vilken idag till övervägande del utförs i form av vuxenutbildning. Det finns också behov av att standardisera innehållet i utbildningen av medicinska sekreterare/vårdadministratörer samt att ge de utbildningarna en mer långsiktig och hållbar ram än vad som är möjligt inom dagens system med utbildningar som finansieras av Yrkes högskolan. Det finns slutligen behov av att ta ställning till det förslag som lämnats till regeringen avseende läkarutbildningen.
- *Regionfrågan:* Frågor som rör Ansvarskommitténs förslag i SOU 2007:10 eller andra förslag om ändrade ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården ryms inte inom utredningens direktiv.
- *Strukturering inom den sjukhusbundna vården:* Som nämnts ovan pågår en utredning av hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration.
- *Läkemedel:* Avser bl.a. frågor om ökat användande av läkemedelsgenomgångar och ökad användning av apoteken för informationsöverföring och viss diagnostik.







STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR