

Sammanfattande rapport med anteckningar från NHS-möten våren 2016

Tre tunga utredningar

Våren 2016 fick NHS vid olika tillfällen information av utredarna för tre tunga utredningar med analyser och förslag till viktiga förändringar för den svenska sjukvården. Inte på många år, om ens någonsin, har en sådan samling angelägna utredningar för den framtida sjukvården presenterats, mer eller mindre samtidigt.

Först gästades vi den 11 februari av Anna Ingmansson, huvudsekreterare i utredningen "Effektiv vård" (SOU 2016:2), då 17 medlemmar och 1 gäst deltog.

Därefter vid ett extramöte i NHS, den 7 april, fick NHS tillfälle att lyssna på Måns Rosén, då han presenterade sin utredning rörande den högspecialiserade vården, Träning ger färdighet (SOU 2015:98). Då deltog, trots kort varsel, 13 medlemmar.

Den tredje utredningen gällde den pågående utredningen om "Storregioner". Den presenterades av Kent Johansson den 21 april, då 13 medlemmar och 2 gäster.

I det följande sammanfattar jag dessa utredningar.

1. Effektiv vård

Utredningen presenterar en gedigen rapport med analyser och överväganden. Utredningen konstaterar att den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande **utmaningar**:

- En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka m.fl.
- Ändamålsenliga stödsystem
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation

Förslag presenteras på många områden, nämligen

- Starkare styrning av sjukvårdens struktur med en nationell konsultationsordning
- Landstingen åläggs en principiell skyldighet att gemensamt utföra uppgifter
- Förändring av grundläggande principer för styrning (se nedan)
- Ny lagstiftning om primärvårdens uppdrag
- Primärvården får ett tydligare akutuppdrag
- Nya krav på primärvårdens organisering

- Gemensamt uppdrag för primärvård och kommunernas hälso-och sjukvård och socialtjänst
- Resursomfördelning från sjukhusvård till primärvård
- Minskad detaljstyrning
- Verksamhetsstöd
- Ändrade arbetssätt (fem principer, se nedan)

Bakomliggande analys och överväganden

Utredningen inleder med beskrivning av begreppen effektivitet och produktivitet (som också kan relateras till mål och uppdrag). Utredningen konstaterar att styrningen, strukturen och verksamhetsstöden skapar ineffektivitet. Den tar i samma hänseende också upp frågor som gäller organisation, arbetssätt och kulturen.

Utredningens sammanfattande syn på effektivitet är: ”det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser, dvs att alla resurser inom vården skall användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient.”

Utredningen ger en bra information om utvecklingen på många områden, såsom:

Personalförsörjningen

Av utredningen framgår att:

- Antalet läkare har ökat från 2,9 till 4,1 per 1000 inv. mellan 1995-2013 och vi har nu nästan flest läkare bland OECD-länderna
- Antalet sjuksköterskor har ökat från 9,6 till drygt 11 per 1000 inv. mellan 1995-2013 och för denna grupp intar vi ett snittvärde i jämförelse med övriga OECD-länder
- Antalet specialistsjuksköterskor har däremot minskat från 6,25 till 5 per 1000 inv. 1995-2013
- Likaså har antalet undersköterskor och vårdbiträden minskat i landstingen, från 4,5 till 3,8 per 1000 inv. 1995-2013; hos kommunerna har undersköterskorna ökat kraftigt från 4 till 12, medan vårdbiträdena minskat från 14 till 6
- Antalet vårdadministratörer i landstingens hälso- och sjukvård har ökat något från 1,5 till knappt 1,6 per 1000 inv. 1995-2014.

Vårdkonsumtion/besök

2014 gjordes 67 miljoner besök i vården; 28, 4 miljoner hos läkare och 38,7 milj. hos annan vårdpersonal. Per person och år ligger antalet besök oförändrat under en 15-årsperiod.

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

Enligt OECD data ligger Sverige mycket lågt i ett internationellt perspektiv när det gäller läkarbesök. Några länder redovisar 10-12 läkarbesök. Finland ligger ungefär som Sverige, möjligen något lägre.

Vårdplatser

Antalet vårdplatser (genomsnittligt disponibla) har successivt minskat i Sverige, från 26 478 till 24 603 platser mellan 2005-2014. Vi har nu ca 2,5 platser per 1000 invånare. Bland OECD länder ligger vi lägst; många länder har dubbelt så många platser, även Finland.

Kvalitet i vården

Den svenska vården håller hög kvalitet enligt utredningen. Ett sammanvägt index enligt Sveriges kommuner och landsting (2015) visar att Sverige skulle inta en klar tätposition. Utredningen (Effektiv vård) antyder dock att resultatet bestäms av vilka indikatorer som valts för jämförelsen och säger: Självklart är faktorer som överlevnad vid cancer eller gångförmåga efter höftledsoperation väsentliga men bemötande, information, hur trygg och delaktig patienten känner sig under vårdprocessen och hur länge man behöver vänta är också en del av kvalitetsbegreppet.

Effektivitet

Utredningen påstår (med några förbehåll) att den svenska hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv "kan nog sägas vara relativt effektiv".

Särskilt om produktivitet

Utredningen ställer frågor kring varför den svenska sjukvården har en låg produktivitet. Kan anledningen vara funktionssättet att t.ex. Sverige har en bra förmåga att använda andra professioner och att "patientbesök" inte är det ultimata måttet på produktivitet. Något egentligt svar lämnar inte utredningen.

Som komplement till denna diskussion om produktivitet hänvisar utredningen till en studie om produktivitet på sjukhus i Norden, inkluderande Danmark, Finland, Norge och Sverige. I denna studie jämförs sjukhusens produktivitet med samlade resultat vad gäller dödlighet inom 30 dagar från senaste inskrivning. Utredningen säger att resultaten visar att Sverige har en låg produktivitet jämfört med grannländerna. För den som studerar resultatet (figur 4.27 i utredningen) lite närmare kanske en annan slutsats ligger nära till hands, nämligen att Sverige har utan vidare den lägsta produktiviteten samtidigt som dödligheten ligger på en lägre nivå i såväl Norge som Danmark, möjligen också i Finland.

Utredningens slutsatser och strategiska överväganden

(se sid 152 ff.)

Utredningens generella slutsats

"Det finns en stor samlad effektiviseringspotential i svensk sjukvård och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten"

Utgångspunkter för strategin

Effektiviseringspotentialen ryms i första hand

i de delar av systemet som har högst komplexitet; berör patienter som kräver insatser från många aktörer, (se fig. 9.1 sid 416) och som förbrukar mer än 50 % av huvudmännens samlade resurser;

Effektiviseringspotentialen kan i första hand hämtas hem om arbetssätt, arbetsorganisation och logistik förändras.

Den samlade slutsatsen blir därför att det bästa man kan göra är att ändra arbetssätten för de patienter, vilkas behov är mest komplexa och som därmed är mest resurskrävande, de multisjuka äldre.

Utgångspunkt för ett nytt arbetssätt

är patientens nytta och potential (se sammanställning nedan betr. principer)

Förutsätter åtgärder inom en rad områden

- Lokalt, ledningsnivå, digitalisering (se sammanställning betr. principer för arbetssätt etc.)
- Starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå
- Huvudmännen bör ta ett större gemensamt ansvar
- Primärvården skall bli den verkliga basen och första linjen i hälso-och sjukvården
- Styrningen skall bli mindre detaljerad
- Nytt ersättningssystem
- Verksamhetsstöd
- Kompetensförsörjning genom bl.a. starkare nationell samordning

Vägledande principer, förhållanden och rekommendationer (se utredningen kap 12, sid 511 ff.)

Fem vägledande principer föreslås för arbetssättet.

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

Erfarenhetsbaserade förhållanden för att principerna för ändrade arbetssätt ska få genomslag (enligt utredningen):

- Ledarskapets betydelse: engagerad ledare och entusiastisk personal
- Katalysator för en förändringsprocess är inte sällan någon form av krissituation; t.ex. långa ledtider eller väntetider för patienter
- Förändringarna har inte varit beroende av särskild finansiering
- "Lean" eller andra liknande strukturerade förändringsmetodiker tycks sällan vara en vanlig ingång till förbättringsarbetet
- Goda exempel sprids inte, vare sig till 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. Arbetet förväntas ofta komma underifrån. Verktyg för eller krav på att främja och trycka på förbättringsarbetet saknas ofta.

Utredningens rekommendationer

Huvudmännen

Skapa strukturer för att för att ta tillvara	Skapa drivkrafter; ersättningssystem	Krav på att produktions-och	Mer adekvat fördelning av arbetsuppgifter, där rätt person gör rätt	Långsiktig plan för ökad effektivitet där flertalet av
--	--------------------------------------	-----------------------------	---	--

pat erfarenheter, synpunkter etc	bör premiera kontinuitet etc	kapacitetsplanering görs och nyttiggörs	sak; ledord: "rätt använd kompetens", "lägsta/bästa effektivaste omhändertagandenivå"	utredningens förslag ingår
----------------------------------	------------------------------	---	---	----------------------------

Verksamheten

Analys av behov som skall mötas. I arbetet bör ingå att kartlägga patientresan, "processer" och "flöden"	Var och en ska ta ett personligt ansvar för sina patienter	Besluta sig för att ta kontroll; tydliggöra uppdraget	Inventera och analysera vem som gör vad och vad som kan göras av andra professioner eller av pat själv	Planera för hur man kan ta hem nyttan av ökad effektivitet
--	--	---	--	--

Medarbetarna

Medarbetarna ska fullt ut delta i analys o förändring	Ställa om för att ta ett ökat personligt ansvar	Varje arbetsplats ska präglas av förutsebarhet och jämn belastning; gemensam planering	Medarbetarna behöver släppa den professionella prestige som hindrar många förändringar. De fackliga org bör bidra till detta genom att släppa ev. "käpphästar" att den egna professionen alltid måste växa i antal	
---	---	--	--	--

OECD- data, som ibland tolkas olika

Utredningens analyser om den svenska sjukvårdens produktivitet, effektivitet och kvalitet i ett internationellt perspektiv baseras till stor del på OECD – data. Samma underlag, om än något år tidigare, används i tre tidigare svenska studier som kommer fram till olika slutsatser. Den första studien¹ konstaterar att vården är "sjuk" och ineffektiv, den andra² att den är effektiv-kanske bäst i världen- medan den tredje³ inte är så kategoriskt negativ eller positiv. Det intressanta är att alla tre baserar sina analyser och slutsatser väsentligen på samma grundkälla, nämligen OECD rapport(er), publicerade under 2013.

Att dessa tre rapporter kommer fram till så olika resultat kan delvis förklaras av att de fokuserar på olika aspekter, t.ex. att den första rapporten riktar in sig, förhållandevis mera, på produktivitets- och tillgänglighetsfrågor, medan t.ex. den andra, SKL-rapporten, negligerar dessa aspekter och istället studerar vissa kvalitetsaspekter i vården, medan den tredje har en något mera balanserad analysansats.

¹ Stefan Fölster, Stefan Ohlsson, Monica Renstig och Lars Wigh. Den sjuka vården 2.0 - från nollvision till patientrevolution. (2014)

² Sveriges Kommuner och Landsting. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. (2015) Författare Mattias Lundbäck och Roger Molin

³ Peter Daneryd. Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst? – Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv (2015)

2. Utredning om den högspecialiserade vården⁴

Utredningen säger att cirka 500 patienter årligen skulle vara i livet om komplicerade operationer koncentrerades så att läkarna får mer träning. Den högspecialiserade vården behöver koncentreras och det behövs en nationell styrning (vilket f.ö. sammanfaller med vad som föreslås i den ovan presenterade utredningen Effektiv vård).

Risken att dö inom 30 dagar är enligt utredningen 23 % högre om sjukhuset gjorde färre än 10 operationer per år jämfört med sjukhus som gjorde fler än hundra operationer av resp. typ.

Begreppet högspecialiserad vård delas in i nationell resp. regional. Nationell är sådan som bör erbjudas nationellt. Regional högspecialiserad vård är däremot sådan vård som ska finnas i varje sjukvårdsregion, men hos ett begränsat antal vårdenheter.

För att räknas som högspecialiserad vård ska vården vara komplex och kräva viss volym (riktmärke minst 50-100 åtgärder per år och sjukhus samt 30 åtgärder per år och behandlare), multidisciplinär kompetens och/eller stora kostnader/investeringar. Utredningen gör bedömningen att nationell högspecialiserad vård kan omfatta upp till 4-5 % av sjukhusvården och regional högspecialiserad vård upp till 10-15 % av sjukhusvården.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får ett utökat ansvar för att samordna och styra arbetet med att koncentrera sjukhusvården. Sakkunniggrupper med medicinsk expertis bör få i uppdrag att bedöma vad som bör vara högspecialiserad vård.

En koncentration av vården innebär enligt utredningen inte med nödvändighet att alla resurser ska koncentreras till de stora universitetssjukhusen. De har inte alltid de bästa patientresultaten, sannolikt beroende på svårigheter att leda stora organisationer med väldigt många uppgifter, högre personalrörlighet och höga kostnader. Forskning tyder på att sjukhus med fler än 400-600 vårdplatser har nackdelar ur effektivitetssynpunkt.

Utöver koncentration av högspecialiserad vård tar utredningen även upp förslag betr.

- Storregioner istället för många landsting
- Kvalitetsdata från högspecialiserade enheter bör vara tillgängliga för allmänheten

Måns Rosén understryker till sist att egenintresse och regionalpolitik bör stå tillbaka för patienternas bästa.

⁴ Källa: Utredningen, föreläsningen och DN debatt

3. Utredning om storregioner

Indelningskommittén har under våren presenterat förslag till indelning av Sverige i 6 nya jämnstarka län. Kent Johansson konstaterar att kommittén kommer att framlägga sitt slutbetänkande under 2017 för att genomföras från 1 jan 2019 resp 1 jan 2023.

Vid de sonderande överläggningar som kommittén haft med företrädare för samtliga län har det visat sig att det finns ett stort stöd för färre län. Flertalet har givit uttryck för acceptans för en fortsatt process utifrån det framlagda förslaget. Delbetänkande kommer därför att framläggas före den 30 juni 2016.

Utredarna har alltså haft täta kontakter med företrädare för lokala/regionala organ för att underlätta ett genomförande. Förslagen från tidigare utredning på detta område, den s.k. Ansvarskommittén, tillstyrktes i princip av alla. Men när det kom till ett avgörande uppstod politisk osämja (och utredningen hamnade i byrålådan). Det vill man inte vara med om igen.

Förslaget innebär en ny regional samhällsorganisation (med 6 regioner) och omfattar inte bara sjukvård. Det finns åtskilliga andra myndigheter som också måste samordna sina gränser. Av sammanlagt ca 300 statliga myndigheter är det 13 (länsmyndigheter) som är viktiga i detta sammanhang.

Kent Johansson erinrar om att landstingen i begynnelsen, dvs under senare delen 1800-talet, hade en budget, som fördelades med en relativt liten andel på sjukvård, ca 30 %. Då hade vägar, transporter och utbildning en större relativ betydelse. (Desutom kan som kuriositet nämnas att landstingen då också var valkorporation för valet av ledamöter till riksdagens första kammare). Utredningens förslag innebär i princip att storregionerna får ett vidgat ansvar med en återgång till en relativt sett mindre andel av budgeten till sjukvården och en större andel till regional utveckling, transporter, kultur etc.

Av föredraget framgår att VGR har en tätt plats vad gäller handelsrelationer med övriga EU jämfört med andra regioner i EU. Detsamma gäller hur mycket resurser per invånare som fördelas på FOU.

Sekreterarens sammanfattande överväganden

Under ett år har tre tunga utredningar framlagts resp presenterats. Tillsammans kan de få genomgripande inverkan på hur sjukvården kommer att förändras. "Effektiv vård" framlägger, baserat på en omfattande analys, genomgripande förslag inom ett brett register: sjukvårdens arbetssätt, verksamhetsstödet, bättre samverkan mellan landstingen, en vidgad roll för primärvården jämte gränsöverskridande samverkan för multisjuka äldre personer. Utredningen om den högspecialiserade vården framlägger förslag inriktade på strukturförändring av sjukhusvården. En koncentration av den högspecialiserade vården är nödvändig för att åstadkomma högre kvalitet, för att spara liv och för högre effektivitet. Även om den tredje utredningen inte i första hand är inriktad på sjukvården, utan på en ny regional samhällsorganisation, skapar den med förslag om storregioner nya yttre förutsättningar för en ökad effektivitet inom sjukvården. Den tillgodoser önskemål som de övriga två utredningar efterfrågat.

Sällan har funnits tillgängligt ett så samlande, aktuellt och gediget underlag för ställningstagande till hur den framtida sjukvården skall se ut.

Vi behöver inte nu fler utredningar för att förändra och göra svensk sjukvård mera produktiv och effektiv. Nu krävs politiskt mod och beslutskraft, såväl regionalt som nationellt.

Till resp. utredningar finns bilder som distribueras tillsammans med denna rapport