

Referat från Seminarium Effektiv vård 1 dec 2016 med avslutande reflexioner

Arrangemanget

Seminariet arrangerades i samverkan mellan Nätverket för Hälso-och Sjukvård (NHS), Chalmers och Sahlgrenska akademin. Tack vare välvilliga sponsorer¹ och att föreläsarna medverkade utan ekonomisk ersättning kunde seminariet hållas kostnadsfritt för deltagarna (i Stora Aulan på Sahlgrenska sjukhuset). Sahlgrenska Science Park, som kom in i planeringsarbetet under hösten, svarade för en gedigen insats med utskick och administration av både deltagarlista och väntelista. Det stora intresset med 213 personer på deltagarlistan och 150 på väntelistan stimulerade oss att videosända (streama) seminariet. Intresserade personer på åtta olika platser i VGR och Halland kunde således följa seminariet via nätet.

Dokumentation

Förutom detta referat är avsikten att vi skall undersöka möjligheten att framöver producera en skrift från seminariet. Som underlag för detta finns dokumentation med både ljud och bild. Samtliga bilder som föreläsarna presenterade har sparats separat.

Utgångspunkt

Det statliga betänkandet "Effektiv vård" (SOU 2016:2), som säger att det finns en betydande effektiviseringspotential inom svensk sjukvård, är, tillsammans med det statliga betänkandet om högspecialiserad vård (SOU 2015:98) utgångspunkten för seminariet.

Knappast någonsin under de senaste 30 - 40 åren har, mer eller mindre samtidigt, framlagts två statliga utredningar inom hälso- och sjukvården med så gedigna analyser och välmotiverade förslag till förändringar. Att remissbehandlingarna av utredningarna också är genomförda och den politiska behandlingen förestående gör att tidpunkten för seminariet blev väl vald.

Inledning; värdebaserad vård och ett samlat politiskt ledarskap

Bibbi Carlsson, moderator, hälsar **Carl Bennet** välkommen som inledningstalare. Han ger en eloge till seminariet, inte minst för programmets nationella perspektiv. Med hänvisning till erfarenheter från Ortopedikliniken på SU med ökad delaktighet för patienten i vården och andra studier (publicerade bl.a. i The Economist) understryker han betydelsen av värdebaserad vård. Kvalitetsregister, inkluderande data om hälsoutfall, är viktiga i utvecklingsarbetet.

¹ Sponsorer:

Albert Ekmans Stiftelse, kirurgisk FoU, Gbg
Med. Komp. Utv. Rådet VGR
Sahlgrenska akademin
Sahlgrenska Science Park
Samtliga föreläsare

Han uttalar att Sverige med ett samlat politiskt ledarskap har de bästa förutsättningarna att hantera sjukvårdens utmaningar.

Utredningarna

Ansvarig utredare **Göran Stiernstedt** ("Effektiv vård") konstaterar, under hänvisning till antalet läkare och sjuksköterskor per 1000 invånare, att vi totalt sett har mer resurser än någonsin. Generellt sett, finns ingen resursbrist. Problemet är hur vi använder resurserna. Han pekar på

- ❖ strukturella problem
- ❖ ineffektiv styrning
- ❖ arbetssätt
- ❖ IT

Eftersom Sverige har bra folkhälsa och goda medicinska resultat finns många som ställer frågan:

- Varför ändra?

Svaret är (i) att framtiden med nya terapier och ändrade demografiska förhållanden innebär mer öppen vård och mer avancerad vård utanför sjukhus och (ii) att Sverige idag har ett sjukhustungt system med låg produktivitet, i alla fall i förhållande till andra nordiska länder.

Starkt begränsade möjligheter till intäktsförstärkningar och demografin medför krav på bättre resursutnyttjande:

För det första gäller det Strukturen med förslag om

- starkare primärvård, som ger större systemeffektivitet, mera jämlik vård och bättre vård för patienterna
- bättre integration sjukhus-PV

Utredningen föreslår ändringar/tillägg i HSL med innebörd att Sverige skall bli mindre sjukhusfixerat. Grunden är vård nära befolkningen via öppen vård. Det som idag bedrivs i slutenvården kan oftare bedrivas utanför sjukhus, även i patientens hem.

Stiernstedt presenterar inte någon specificerad modell för hur primärvårdens bör utformas. Istället kommenterar han alternativa lösningar med inriktning på:

- frågan om ett nationellt primärvårdssystem
- hur primärvården i Norge och Danmark har utformats
- områdesansvaret
- fria etableringsrätten

För det andra gäller det Styrningen av vården. Utredningen anser att

- den nationella styrningen behöver förstärkas genom t.ex. lagstadgad skyldighet för landstingen att samverka

Samtidigt föreslår utredningen mindre detaljstyrning och mera tillit. Huvudmännen bör för-
enkla styrdokument och ersättningsystem och tillse att uppföljning/mätning sker på individnivå - både för patient och personal.

Ett område som berör styrning gäller vården av multisjuka. Utredningen konstaterar att den stora effektiviseringsmöjligheten ligger i samlat omhändertagande av de mest sjuka äldre. Primärvård som avser äldre med omfattande behov ska utföras gemensamt med kommunens vård och omsorg. Ett bra exempel på detta är den verksamhet som bedrivs i Västra Skaraborg.

För det tredje gäller det Arbets sättet/organisation med förslag om att

- utgå från patientens behov
- prioritera kontinuiteten
- intensifiera arbetet med rätt fördelning av arbetsuppgifter
- överväga öka undersköterskor och sekreterare och minska antalet läkare och sjuksköterskor på sjukhusen
- mer innovativa arbetstidslösningar
- den genomsnittliga beläggningen skall ligga på 85-90% på kliniknivå; högre kan medföra ineffektivitet
- undvika överbemanning som medför ineffektivitet

Göran Stiernstedt understryker att arbets sätt måste underlättas med en bättre teknik med inriktning mot e-hälsa/IT och hävdar att:

- alla av utredningen identifierade problem kräver bättre IT-lösningar och understryker behovet av ökade gemensamma satsningar.

Ansvarig utredare **Måns Rosén (Högspecialiserad vård)** menar att många faktorer kännetecknar verksamhet med bra resultat, bl.a. förutsättningar att få träna (dvs. volym). Samtidigt hänvisar han till studier som tyder på att svenska kirurger är "alltför otränade" och att det endast skett en marginell koncentration av högspecialiserad vård sedan 2000.

Utredningen presenterar en entydig dokumentation om positiva samband mellan volym och resultat, såväl på sjukhus/klinik-nivå som på individ/team-nivå. Träning ger alltså färdighet.

Om volymen operationer höjs till 100 per år skulle drygt 370 dödsfall inom 30 dagar undvikas varje år i Sverige. Ytterligare ett antal dödsfall och ett stort antal komplikationer skulle kunna undvikas om gränsen 30 dagar tas bort.

Som riktmärke för volym föreslår utredningen:

- 50-100 behandlingar/åtgärder per vårdenhet/år
- varje behandlare/team ska göra som minst 30 åtgärder/år
- för sällsynta sjukdomar, med tanke på akutuppdraget och särskilda behov kan avsteg från riktmärket motiveras.

Definitionsmässigt delas högspecialiserad vård upp enligt följande:

- nationell högspecialiserad vård är hälso- och sjukvård som erbjuds nationellt men inte i varje region
- regional högspecialiserad vård är hälso- och sjukvård som erbjuds i varje sjukvårdsregion, men hos ett begränsat antal vårdenheter.

Underlag att bedöma vilka behandlingar som bör tillhöra kategorin högspecialiserad vård skall sakkunniggrupper göra för 15-20 sjukdomsgrupper. Förslagen skall vara bindande på nationell nivå, rådgivande på regional. För genomförande förutsätts förändringar i HSL och en ny förordning om högspecialiserad vård.

Utredningen pekar på flera förändringar som kan underlätta ett genomförande:

- storregioner istället för många landsting
- öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata
- möjligheter att kommunicera mellan landsting och vårdenheter
- träning via s.k. simulering

Kraftigt stöd får utredningen av Handikappförbunden (HSO), som säger: ”Våra medlemmar anser det nödvändigt att utredningens förslag genomförs. Att koncentrera....”

Analys med synpunkter och förslag

Stefan Fölster (chef för Reforminstitutet och författare till bl.a. Den sjuka vården) instämmer i att primärvården måste utvecklas. Detta innebär dock inte att primärvården skall få mera resurser. Tvärtom menar han att det är ”livsfarligt att öka anslagen till primärvården”. För att klara finansieringen föreslår han digitaliserad vård baserad på ”small data”, där t.ex. IT-verktyg håller koll på tiden i cancervården och med hänvisning till Kaiser Permanente (USA), där man kan e-maila läkaren, boka tid, se lab.-resultat och journal. Dessutom kan IT-stödet för personalen fungera som en Solution shop.

Stefan Fölster presenterar resultatet från en internationell undersökning som visar i vilken omfattning ”din ordinarie läkare var informerad om den vård/operation som du fått på sjukhuset”. I jämförelse med tio andra OECD-länder fick Sverige, utan konkurrens, sämst resultat. Detta stödjer inte minst uppfattningen att det finns effektiviseringspotential i primärvården. På samma sätt uppfattas att antalet besök per läkare och dag är lågt i Sverige i jämförelse med sjukvårdsorganisationer i USA med välfungerande IT-system.

Den digitala genvägen till primärvård som klarar mer är enligt Fölster:

- utlys innovationstävlingar för framtidens primärvård
- betala stor, men tillfällig, ersättning för uppnådda innovationsmål
- finansiering med krav på produktivetsförbättringar

Roger Molin (analytiker på Sveriges Kommuner och Landsting och ansvarig för internationella jämförelser om svensk sjukvård) ger de båda utredarna en eloge och instämmer i deras förslag. Han gör emellertid de båda utredarna besvikna genom att påstå att de samlade förslagen inte räcker till att upprätthålla nuvarande nivå på svensk sjukvård. Demografiska förändringar innebär så betydande påfrestningar

för den svenska sjukvården att standarden inte kan upprätthållas utan betydande förändringar.

Med hänvisning till WHO och OECD måste vården riktas mot patientgrupper med kroniska sjukdomar, som svarar för 80-85 % av den samlade sjukvårdens kostnader. Samtidigt måste vi göra mer för att förebygga sjukdomar. Det finns stora potentiella vinster när det gäller t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Men "räddningen" finns (främst i) om vi har förmåga att utnyttja nya tekniska möjligheter inom området digital hälsa. Historiskt sett har stora effektivitetsförbättringar alltid haft med ny teknik att göra. Och vår tids ångmaskin är digitaliseringen. Molin efterlyser en mer målinriktad digitalisering inriktad på prevention. Han ser framför sig att vi inom 10 år har en liten artificiell intelligent "manick", som vi bär på oss. Den samlar individuella hälsodata och kommer att kunna hjälpa människor att bryta ohälsosamma levnadsvanor för att på så sätt förebygga kroniska sjukdomar som diabetes 2, hjärtkärlsjuklighet och långvarig smärta.

Molin uttrycker vidare: "Ytterligare en stor kommande och omvälvande förändring rör själva kärnan inom läkekonsten. Artificiellt intelligenta datorer kommer att ta upp anamnes, ställa diagnos och föreslå behandling. Digitaliseringen kommer att innebära stora förändringar inom sjukvården på samma sätt som den redan gjort i många andra verksamheter. Redan idag finns tillämpningar som inte bara automatiserar manuella inslag, utan som även gör intellektuellt arbete."

Nina Lagh (landstingsråd (M), 2e vice ordförande landstingsstyrelsen, Landstinget i Uppsala län) lovordade utredningarna och, liksom Fölster och Molin, understryker hon de digitala möjligheterna inom sjukvården. Men sjukvården fortsätter i hög grad agera analogt i en digital värld. I jämförelse med andra länder utnyttjar vi privat internet i mycket stor omfattning, även svenska företag, dock inte offentlig sektor. 72% av dagens 2-åringar är "digitala". Vi står inför stora utmaningar inom digitala området, men först måste vi se till att göra våra system patientsäkra.

Lagh ifrågasätter vanliga påståenden, såsom att:

- det saknas pengar i sjukvården
- sjukvården har rätt förutsättningar för framtiden; att det är bara unga som kan hålla på med mobiler och surfplattor
- sjukvården tar full hänsyn till patientens integritet, vilket inte är sant
- det är inte patientsäkert med digitalisering
- det är bara att peka med hela handen, vilket inte fungerar

Lagh menar att man inom politiken i stort är överens om att det mesta av utredningarnas olika förslag behöver genomföras. "Så: vad är problemet?" Denna retoriska slutsats för tanken till Carl Bennets inledningsord att det samlade politiska ledarskapet i Sverige ger oss förutsättningar att hantera sjukvårdens utmaningar.

Diskussion

I sin utredning redovisar Stiernstedt ett antal hinder² för ökad effektivitet. När Bibbi Carlsson ger honom möjlighet att prioritera bland dessa hinder anser Stiernstedt att frågorna om kontinuitet, samarbetet mellan kommun och landsting (splittringen) och regelmässiga överbeläggningar har högst prioritet (i närtid).

Bland åhörarna understryks behov av anpassad (ny) utbildning inom digitala områden och ändrad uppgifts-/ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterska. Följter passade på att varna för, generellt sett, förlängd utbildning. Istället borde de förkortas.

Från primärvården framförs förslag om krav på gemensamt journalsystem och effektivare samverkan och ökat förtroende mellan primärvårdsläkare och specialister. Ett gemensamt Forum efterfrågas.

Från industriellt håll menar man att svensk sjukvård inte är effektiv. Ta hjälp av digitalisering var en uppmaning. Formulera kort- och långsiktiga mål, gärna i samverkan med industrin. ”Vi hjälper gärna till”.

Effektivisering av svensk sjukvård på alla nivåer - egna reflexioner kring möjligheter och hinder

Nils Crona, med bakgrund som divisions- och områdeschef på SU och därefter med uppdrag runt om i landet inom specialiserad vård, men också inom primärvård, beskriver olika trender i utvecklingsarbetet inom sjukvården i Sverige:

- standardisering
- processutveckling
- kapacitetsplanering
- koncentration
- strukturomvandling
- FoU

Cronas presentation omfattar samtliga nivåer i svensk sjukvård med analys av problem och lösningar samt visioner för framtiden.

Vad gäller högspecialiserad vård betonar han vikten av fortsatt koncentration, både på regional och nationell nivå. För den senare kan Rikssjukvårdsnämndens uppdrag med fördel stärkas, och även involvera cancersjukvården.

² I utredningen ”Effektiv vård” redovisas ett antal hinder för effektivisering, nämligen

1. Splittrad styrning
2. Strukturen med svag primärvård
3. Stuprör istället för horisontella processer
4. Bristande kontinuitet
5. Regelmässiga överbeläggningar
6. Kulturen med besked ”uppifrån”
7. Kompetensförsörjningen
8. Den administrativa bördan

Problem och visioner för Länssjukvård och primärvård enligt Crona kan sammanfattas enligt följande sammanställning, där visionerna innehåller förslag om uppdelning på akut vård och elektiv vård för länssjukvård, men också för primärvård.

	Länssjukvård	Primärvård
Problem	Kapacitet Tillgänglighet Kvalitet Produktivitet	Historik-helhetssyn Läkarförsörjningen Vårdvalet Tungrodda IT-system Låg produktivitet
Visioner	<p><u>Länssjukvård - akut</u></p> <p>Maximalt 30 akutsjukhus Upptagningsområde med minst 300000 invånare Kompleta traumateam, 2 nivåer Utbyggd intensivvård Utvecklad prehospital vård Interventionell kardiologi/kärlkirurgi Förlossnings- o neonatalvård</p> <p><u>Länssjukvård - elektiv</u> Större enheter (t.ex. Hässleholms ortopedi) Möjlig, men inte nödvändig Samlokalisering med akutsjukvården Varierande entreprenadformer</p>	<p>Ökad profilering med</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Lättakut</u> för bättre tillgänglighet: enligt ny modell Collabodoc 2. <u>Rehabteam</u> med syfte att tidigt fånga upp dem som är på väg in i sjukskrivning, kontakt 3. <u>Profilerade team</u> för diabetes, hjärtsjukdom, astma-kol, multi-sjuka äldre

Arbetet på primärvårdens lättakut kan underlättas om patienterna kan beskriva sina problem enligt en strukturerad modell, varefter arbetet kan organiseras. Ett exempel presenterar Crona enligt följande:

Staffan Crona 

Välkommen till Lättakuten!

Dina symtom är viktiga för oss i vår bedömning. Vi önskar därför att du beskriver dina symtom så noggrant du kan genom att svara på några frågor. Välj den knapp som bäst motsvarar dina akuta besvär och svara på frågorna. Vi kommer att gå igenom frågorna tillsammans med dig senare under besöket om du är osäker.

Hosta-Snuva-Feber	Halsont	Urinvägsbesvär	Akuta hudbesvär
Akuta ögonbesvär	Akuta öronbesvär	Akut allergi	Akut smärta i knä eller fot
Akut smärta i ryggen	Akut smärta i nacke-skuldra-axel	Akuta magbesvär	Akut huvudvärk

Crona redovisar förslag som innebär betydande möjligheter att standardisera vårdarbetet, bl.a. för läkarens kroppsundersökning och (standardiserad) journaltext, som kan skapas på några sekunder. Han anser också att digitalisering ger fantastiska möjligheter till

- kommunikation
- patientmakt
- standardisering
- effektivisering

Men e-hälsa kan inte ersätta det fysiska mötet patient/läkare när det gäller diagnostik (inspektera, palpera, auskultera, perkutera etc), understryker Crona.

Akademins och industrins roll i sjukvårdens förändringsarbete

Olle Larkö, dekanus Sahlgrenska akademien, **Anna Dubois**, vice-rector Chalmers och **Elisabeth Björk**, Global Vice President, AstraZeneca, är överens om behovet av nära samarbete mellan akademi, industri och sjukvård för utveckling av innovativ sjukvård.

För att belysa de snabba förändringarna inom sjukvården, bl.a. tack vare nya läkemedel, erinrar Olle Larkö om hur antalet vårdplatser för hudsjukdomar snabbt har minskat på Sahlgrenska sjukhuset, från 120 till 6 platser på relativt kort tid. Att det idag produceras 16000 sidor vetenskaplig text varje dag understryker kravet på beredskap för innovativa förändringar i vården. Som exempel på nya vårdmodeller för

omhändertagande nämner han ”personcentrerade vården”, med betydande fördelar till kortare vårdtider. Från en tveksam inställning tidigare inom akademien förordar Larkö nu ökad samverkan med industrin.

Anna Dubois nämnde att Chalmers har en organisation, som beaktar starka relationer med sjukvården genom

- styrkeområdet Livsvetenskaper och teknik, som utför grundforskning, men också skapar tekniska lösningar för life science sektorn, inkluderande hälso- och sjukvård, livsmedelsindustrin och bioteknikindustrin
- CHI - Centre for Health Care Improvement (CHI), som bedriver forskning och utbildning inom förbättring, innovation och transformation av hälso- och sjukvård

Kunskap i samverkan - för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft - är en ny roll för akademien. Detta slås fast i 2016 års Forskningsproposition.

Att AstraZenecas svenska bolag investerade 2015 nästan 15 mdr SEK i FoU innebär att företaget ser möjligheter i en samverkan. Hon menar att AstraZeneca kan bidra till ett mer välfungerande ”ekosystem” i samverkan mellan industri, akademi och sjukvård genom att

- förstå vårdbehoven
- dela med sig av insikter, påvisa värdet av samarbete och göra klinisk forskning i Sverige
- påvisa värdet av god uppföljning och utvärdering av innovativa behandlingar

Elisabeth Björk understryker att innovativa läkemedel behövs mer än någonsin enligt WHO-siffror: åtta miljoner avlider varje år till följd av cancer, 17 miljoner dödsfall sker på grund av hjärtsjukdomar, 347 miljoner människor i världen har diabetes och 235 miljoner lider av astma.

AstraZeneca upplever idag att svensk sjukvård erbjuder

- unika möjligheter med patientjournaler, register och högkvalitativ vård
- många bra projekt och initiativ, som t.ex. 4D inom hjärtsvikt
- en vilja att förbättra klimatet för kliniska studier

Men det finns också utmaningar, exempelvis

- stress, kostnadspress och underbemanning som leder till att man ofta måste tacka nej till att delta i kliniska studier
- brister i tidig medicinering och införande av innovativa läkemedel inom t.ex. diabetes
- att man idag inte lyckas följa upp små patientpopulationer som får nya cancerbehandlingar

Önskemålen från industrins sida är enligt Elisabeth Björk

- gemensam förståelse kring folksjukdomar med bl.a. ordentlig utvärdering och uppföljning och behov av innovativa behandlingar
- att man inom vården värderar samarbeten med akademi och näringsliv högt med större flöde av kompetens och större vilja till samarbete i alla faser av läkemedelsutveckling
- systemförändring när det gäller journal-och registerdata

Sammanfattande diskussion

Under seminariet utkristalliserade sig fyra områden med förslag:

- Omstrukturera hälso- och sjukvården mot ökat ansvar och nya uppgifter för primärvården (ofta i samverkan med kommun) för att ta till vara den stora effektiviseringspotentialen i svensk sjukvård; demografiska förändringar kräver detta och tekniska förändringar i vården gör detta möjligt
- Koncentrera högspecialiserad vård för ökad kvalitet
- Utnyttja digital teknik inom sjukvården för att undanröja onödigt arbete och förbättra samverkan
- Öka samverkan sjukvård, akademier och industri för innovativa lösningar i vården

Göran Bondjers, professor och tidigare preses vid Sahlgrenska akademien, belyser svårigheterna med omstrukturering med följande frågor:

”Varför har vi inte lyckats prioritera primärvård under de senaste årtiondena, trots uttalade mål att göra detta? Och vad säger att vi kommer att lyckas bättre i framtiden?”

Under diskussionen framkommer synpunkter av innebörd att listningen av patienter bör ske hos enskilda läkare, att vi kan göra mycket i samverkan, att läkarutbildningen behöver anpassas; kanske systemfel idag att tillföra utbildningar som skär över gränser och lär yngre professionella tänka i nya banor, mentorskap, evidens för nya metoder innan man hittar på nya sådana i from förhoppning, att sjukvården måste samarbeta med andra resurser i samhället, t.ex. idrotten, skolan, socialtjänsten, etc., att fortbilda läkare i primärvården, att förbättra samverkan sjukhus-primärvård-kommun, där primärvården får en starkare roll i att koordinera långsiktiga patientinsatser före och efter en i allmänhet mycket kort vårdepisod på sjukhuset.

Flera intressanta utvecklingsprojekt pågår i VGR. Exempel är projekt inom primärvården, IT-området och projekt i samverkan med Chalmers och AstraZeneca.

Kanske vi kan lära något av Norge. Där har primärvården lätt att rekrytera läkare.

Som framgångssaga inom primärvården nämndes vårdcentralen i Bergsjön.

Med instämmanden i förslagen från Stiernstedt framförs konstruktiva förslag och idéer om hur primärvården kan utvecklas. De kan sammanfattas enligt följande:

”Primärvården ska vara basen i sjukvården på riktigt. Då behöver allmänläkarna ha närmare samarbete med sjukhusläkarna. Ett bra sätt att korsbefrukta varandra kan vara att ST-läkare inom de flesta specialiteter sidotjänstgör på vårdcentral. Allmänmedicinens uppdrag har hittills präglats av ”det som sjukhusen inte kan/vill/hinner göra”. Så länge det fattas minst 1400 allmänläkare i Sverige kommer vårdcentralerna ha svårt att klara ett sådant uppdrag och vi måste hjälpas åt. Fler läkare behöver utbildas till allmänläkare. Digitala läkarbesök kommer inte i någon nämnvärd utsträckning öka tillgängligheten men vi hoppas att införandet av e-Hälsa/digitala lösningar istället kan spara tid till det viktiga mötet mellan patient och läkare. Högt på önskelistan står till exempel en manick med artificiell intelligens som kan hantera en del av sjukskrivningsarbetet!”(Charlotte Barouma)

Den andra huvudfrågan för seminariet var förslaget att *”Koncentrera den högspecialiserade vården”*.

Några invändningar mot utredningens förslag framförs inte. Istället föreslås t.ex. att allmänläkarna borde få bättre information om hur kvaliteten varierar mellan olika sjukhus och enklare samarbetsformer mellan primärvård och akutsjukhus.

Vidare konstateras att kunskapsutvecklingen är hypersnabb, vilket ställer krav på flexibilitet och utnyttjande av evidenstillskott som gagnar en positiv utveckling och att vi uppmärksammar krav på att utmönstra gamla metoder som inte längre håller måttet.

Kring den tredje huvudfrågan att *”utnyttja den digitala tekniken”* framförs instämmanden, dock med varningar för överdriven tro på denna teknik.

I frågan om samverkan sjukvård-akademi-industri framkommer positiva synpunkter och att t.ex. VGR-akademien fungerar bra. I mötet mellan olika kompetenser händer *”så många positiva saker”*. Detta gäller samverkan mellan Chalmers, GU, SU, VGR och industrin.

Referentens slutord med några reflexioner efter seminariet³

Den svenska sjukvårdens problem och styrkor är väl utredda och kända. De två presenterade och analyserade utredningarna framlägger en rad förslag till förändringar som gäller sjukvårdens struktur, styrning, arbetssätt etc. Och effektiviseringspotentialen är stor. Det gäller inte bara produktiviteten, utan även kvaliteten. Det låter osannolikt, men uppgifter gör gällande att var elfte patient som vårdas på sjukhus får en undvikbar vårdskada och att 30-40 procent av vården inte sker i enlighet med aktuell vetenskaplig evidens⁴.

³ Efter samtal med Kurt Roos, medlem i NHS och ledande hälso- och sjukvårdsadministratör under många år, nationellt och regionalt samt med Christian Blomstrand, också medlem i NHS och professor emeritus

⁴ Jörgen Nordenström, Magna Andreen Sachs och Nina Rehnqvist: Obegriplig kritik mot förnyad vård, SVD 2017-01-08

Härtill finns en politisk enighet i stort om behovet av genomgripande åtgärder. ”Så vad är problemet?”, frågar Nina Lagh.

Utmaningen

Det stora bakomliggande problemet ligger i de ogynnsamma demografiska förändringarna och vad de innebär i form av nya krav på resurser. Roger Molin uttrycker dessa krav som procentuell ökning av kostnaderna för landsting och kommun. Under 15-20 år framöver är de betydligt större än den procentuella ökningen av den arbetsföra delen av befolkningen (åldersgrupperna 20-64 år). Förutom de ökande kraven minskar utrymmet för intäktsförstärkningar starkt, (i alla fall genom skattemedel kan man anta att Stiernstedt menar). De kanske i praktiken är obefintliga. Därför finns anledning begrunda och kanske instämma i Roger Molins påstående att utredningarna förslag i form av struktur, - och produktivitets-/kvalitetsförbättringar är otillräckliga. Otillräckliga för att sjukvården ens skall kunna upprätthålla nuvarande standard i avseende på t.ex. tillgänglighet och kvalitet.

Möjligheterna - innovationsprocessen

Förutom utredningarnas olika förslag är Molins recept digitalisering i stor skala, utöver vad utredningarna har tänkt sig inom detta område. En del kommentarer under seminariet antydde också tveksamhet, inte till behovet av digitalisering, men väl till graden av positiva effekter.

Men ett ännu viktigare område för sjukvårdens innovationsprocess är forskning. Fantastiska och i många fall oväntade medicinska landvinningar har skett på relativt kort tid till gagn för individ och samhälle. Ett exempel under det senaste decenniet är den för samhället extremt kostsamma folksjukdomen stroke. Motsvarande snabba och ytterst positiva förändringar finns inom reumatologi och neuroimmunologiska sjukdomar. Med ett något längre tidsperspektiv kan nämnas magtarmsjukdomar, hjärtkärlsjukdomar och kataraktkirurgi. En del av konsekvenserna tar sig uttryck i ökad poliklinisering och kortare vårdtider med som följd kraftig minskning av antalet vårdplatser, vilket Larkö konstaterade under seminariet. Kanske något tillspetsat kan sägas: ”från ett läge med flest vårdplatser för korttidsvård i världen har Sverige nu minst antal”.

Som också framkommit under seminariet kan erinras om att hälsofrämjande och preventiva insatser kan få ökad betydelse för kostnadskrävande sjukdomar som cancer, hjärtkärlsjukdom, stroke, och demenssjukdomar. Att behandlingen och vården av patienter med kroniska sjukdomar svarar för 80-85 % av sjukvårdens samlade kostnader är ett förhållande som sjukvårdens innovationsprocesser måste ta sikte på. Genom ny och effektivare rehabilitering bör patienter som drabbas av folksjukdomar med risk för långvariga funktionshinder få bättre hjälp.

Lika viktigt som att införa nya metoder är att ineffektiva eller rent av felaktiga metoder snabbt kan utmönstras och att strukturella förändringar sätts under lupp. Kanske detta inte har fungerat lika bra som att introducera nya metoder. Huruvida eventuella tillkortakommanden på detta område kan ha bidragit till sämre tillgäng-

lighet och lägre produktivitet på sjukhus i jämförelse med andra nordiska länder skapar utrymme för spekulationer.

Värdebaserad vård

Carl Bennet inledde seminariet med att påvisa fördelarna med den s.k. värdebaserade vården. Kanske denna vård erbjuder det "verkliga paradigmskiftet" för att citera Nordenström, Andreen Sachs och Rehnqvist (se fotnot 4). I avsaknad av kvalitetsdata har vården tidigare bedömts och ersatts på rena produktionsdata utan hänsyn till vad vården faktiskt åstadkommer i form av medicinska resultat, livskvalitet eller patientupplevelse. Det är mot denna bakgrund som begreppet värdebaserad vård har utvecklats. Att Sverige skall ha kommit längre med att införa värdebaserad vård än andra länder är ett observandum för innovationsprocessen.

Dags för reformer med politisk handlingskraft

Det är alltså dags för reformer på bred front och hinder mot förändring undanröjas på olika nivåer, politiskt, administrativt och fackligt. Det är nu inte minst den politiska enigheten och det positiva i ett "samlat politiskt ledarskap" enligt Carl Bennet, kommer att prövas.

Nya statliga utredningsdirektiv skulle i detta läge ses som bristande politisk handlingskraft för att ta itu med dagens uppenbart växande problem. Dessbättre meddelade sjukvårdsministern i TV-programmet Agenda den 11 december att regeringen förbereder flera propositioner.

Från många håll har hävdats att en ny regionindelning och färre sjukvårdshuvudmän enligt förslaget från Indelningskommittén skulle vara en nödvändig grundbult för reformarbetet inom hälso- och sjukvården. Eftersom detta förslag har skjutits i sank lär det dröja innan denna till synes "eviga" fråga kommer upp på bordet igen.

För hälso- och sjukvårdens del är detta ingen katastrof. Tvärtom finns ett redan väl etablerat och i stora delar välfungerande samarbete inom ramen för regionsjukvårdssamverkan med sex sjukvårdsregioner. Detta kan vara basen för nödvändigt reformarbete. Den statliga ledarrollen behöver bli tydligare, bl.a. genom att ge Rikssjukvårdsnämnden ett vidgat ansvar för såväl vårdens kliniska struktur som vid vilka sjukhus högspecialiserad vård skall bedrivas. På det sättet skulle huvuddragen i Roséns utredning kunna genomföras. Den av Stiernstedt föreslagna tvingande lagen om samarbete huvudmännen emellan behöver också genomföras.

En tydlig statlig ledarroll behövs också inom tre andra områden. Det ena området är personalförsörjningen, som måste baseras på en nationell och kontinuerligt uppdaterad behovsplanering.

Det andra området är en gemensam digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården. Nuläget präglas av stor splittring, inkompatibilitet mellan olika system och bristande användarvänlighet. Eftersom staten svarar för huvuddelen av övriga infrastrukturinvesteringar i samhället är det rimligt med en ökad statlig finansiering av vårdens IT-struktur, villkorad med kompatibilitet, användarvänlighet och säker hantering av individdata samt möjlighet till att extrahera till registerdata och användarstöd.

Ett tredje område gäller utökad statligt forskningsstöd för förbättrad prevention, akutbehandling och utmönstring av ineffektiva metoder och införande av nya och bättre. Ökad innovationskraft kan uppnås genom samverkan mellan kunskapsområden.

Mycket kan göras är att implementera sådana förändringar som redan med framgång genomförts i landet. På seminariet presenterade Nils Crona ett antal initiativ och exempel på förbättrings- och effektiviseringsarbete.

Normalt borde varje verksamhetschef, primär- och sjukhusledning och ytterst sjukvårdsdirektören prioritera att goda exempel omsätts i praktiken. Att i sådana sammanhang och för utveckling av ny kunskap arbeta över administrativa gränser gentemot kommuner, akademier och industri vore naturligt och bör befrämjas. Intresset för sådan samverkan demonstrerades också under seminariet.

För att lyckas med nödvändigt reformarbete måste ett antal administrativa tröghe- ter i innovationsprocessen, som Stiernstedt definierar som kulturella hinder, undanröjas. Till dessa hinder hör också facklig tveksamhet i olika sammanhang, t.ex. att acceptera schemaläggning av arbetstider.

Så kanske det kulturella hindret är det mest svårtacklade problemet, vilket kan ses som ett svar på Nina Laghs fråga.

För NHS seminariegrupp

Per-Olof Brogren

(I seminariegruppen ingår dessutom Bibbi Carlsson, Kent Lundholm, Christian Blomstrand, Nils Crona, Göran Bondjers, Bo Bergman, Lena Larsson och Axel Bergh)