

Referat från NHS-seminarium den 14 mars 2018

Sammanfattning

Efterkrigstidens stora barnkullar blir i snabb takt 75-plussare och det är många som behöver sjukvård. Men hur ska vården organiseras, vem ska ta ansvar, var finns personalen och hur ska det betalas? För att belysa och diskutera den framtida vården hade ett par hundra företrädare för kommunal vård, primärvård och sjukhusvård i Västsverige samlats vid ett seminarium på Sahlgrenska sjukhuset den 14 mars 2018 med titeln: *Hälso- och sjukvårdens triangelndrama – primärvårdens nya roll*. Mötet var anordnat av Nätverket för hälso- och sjukvård (www.nhs11.se).

Utgångspunkt för diskussionerna var utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2), som förra året redovisade samlad nationell och internationell kunskap om hur en god svensk hälso- och sjukvård skulle kunna utformas. Utredningen kom fram till att det för en effektivare vård behövs en strukturereform med den nära vården i fokus. Ansvar för den bör ligga hos en utvecklad primärvård som basen i hälso- och sjukvården. För att genomföra reformen behövs både ny lagstiftning och att resurser flyttas till primärvården från den öppna och slutna specialiserade vården vid sjukhus.

Huvudtalare vid seminariet den 14 mars var **Anna Nergårdh**, som av regeringen utsetts att i samarbete med den praktiska vården ta fram planer för att genomföra förslagen från utredningen *Effektiv vård*. Konkret innebär det att genom lagar och regler få till en förstärkt och jämlik primärvård över landet. Den nya primärvården ska ha som uppdrag att genom samordning av olika vårdnivåer ta ansvar för den nära vården för ökande grupper av äldre med flera vårdbehov samtidigt och med behov av ett brett omhändertagande.

I diskussionerna var företrädarna för vården i kommuner, i primärvården och på sjukhusen överens om att en stärkt primärvård kan ha positiva effekter för både patienter och vårdgivare i kommuner och sjukhus, men att det inte löser alla problem. Lagar om köer och prioriteringar har inte nämnvärd förbättrat tillgängligheten till vården och frågan är om det är nya nationella regler som vården behöver. Det som ger överbelastning är att vården är efterfrågestyrd i stället för behovsstyrd. För vårdgivarna är dessutom personalförsörjningen ett problem, som knappast löses med nya strukturer.

En vision som lyftes fram av många var en utveckling av moderna digitala lösningar med potential att göra patienterna delaktiga i vården och avlasta köerna, men samtidigt är det ett känt faktum att IT-utvecklingen i offentlig sektor tenderar att släpa efter. Med ökande IT-användning i samhället kommer den eftersläpningen inte att accepteras av vårdens personal eller deras patienter.

Resultatet av utredningen om ett nationellt uppdrag för primärvården ska redovisas 31 mars 2019.

Bakgrund

Den svenska konstitutionen ger landsting och kommuner stark ställning (regeringsformen 1§) med egen beskattningsrätt. I regeringsformen har det kommunala självstyret dessutom ett eget kapitel (14). Här framgår att statens påverkan på det kommunala självstyret ska vara minsta möjliga (3§). Det kommunala självstyret med finansieringsansvar innebär att varje landsting och kommun ska göra sina egna prioriteringar baserat på invånarnas preferenser uttryckta i demokratiska val. Det innebär att ett landsting kan prioritera insatser för psykisk ohälsa medan ett annat kan prioritera barnsjukvården (HSL 7:2).

Mot det kommunala självstyret står hälso- och sjukvårdslagens formulering: "Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" (HSL 3:1). Det är uppenbart att tillgänglighet till skola, arbete och service inklusive hälso- och sjukvård aldrig kan vara densamma i tätort som i glesbygd. Till det kommer regeringsformens starka stöd för det lokala självstyret. Det är därför oklart vad som menas med vård på lika villkor.

Det är landsting och kommuner som är sjukvårdshuvudmän ansvariga för landets hälso- och sjukvård. För några verksamheter har staten ansvar för delar av hälso- och sjukvården som inom försvaret, kriminalvården och SIS. Statens uppgifter för den hälso- och sjukvård som landsting och kommunerna ansvarar för handlar om regelverket, om utbildning och auktorisering och om tillsyn. Till statens uppgifter hör också stöd till huvudmännens långsiktiga planering. Det stödet ges fortlöpande av myndigheter som SCB, SFH och SoS. I tillägg till den rullande planläggningen initierar och genomför staten dessutom i samverkan med huvudmännen större framtidsanalyser med betydelse för hälso- och sjukvården.

Av de skattemedel som staten har ansvar för överförs pengar till landsting och kommuner i form av riktade bidrag och generella bidrag. Cirka 100 miljarder (2018) varav cirka 1/3 till landstingen och 2/3 till kommunerna överförs genom det kommunalekonomiska utjämningsystemet (lagen 2004:773). Bidragen ska i första hand utjämna skillnader i ekonomisk bärkraft mellan kommunerna och landstingen i Sverige. Pengarna ska också möta nya statliga krav på kommunsektorn bl.a. inom skolan och inom vården. De riktade bidragen med krav på viss aktivitet t ex "köpengar" har mer karaktär av förslag till inriktning av landstingens prioriteringar än substantiellt stöd. Utöver stöd till vårdgivarna bidrar staten med cirka 25 miljarder till läkemedelssubventionen. Av landstingens kostnader används 18 procent till primärvård, 46 procent till specialiserad kroppssjukvård och 8 procent till psykiatrisk vård. Av andra större poster kan nämnas folktandvård samt landstingens insatser för kollektivtrafik, utbildning och kultur.

Under 1900-talet genomförde staten i samverkan med huvudmännen regelbundet större genomlysningar och framtidsanalyser t ex HS 80 (1975), HS 90 (1984), HSU 2000 (1996) samt "Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården" (2000). Det förtjänar påpekas att HSU 2000 var parlamentariskt sammansatt. Mer fokuserade var "Cancerplanen" (2009) och utredningen om den högspecialiserade sjukvården (2009). Av intresse i detta sammanhang är också Medicinalstyrelsens "Den öppna läkarvården i riket (SOU 1948:14) och Socialstyrelsens principprogram för öppen vård 1968.

Efter 2010 har genomlysningarna organiserats som enmansutredningar stödda av experter och sakkunniga t ex utredningen om ansvaret för den högspecialiserade vården (2015), om förändring av regelverket i ÄDEL (2015) och den mer generella om en effektiv vård (2016).

En ny utredning – ett nytt mål

Utredningen *Effektiv vård* som nämndes ovan kom fram till att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning av hälso- och sjukvården. Det kräver enligt utredningen en strukturreform där primärvården blir basen i hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Genomförandet behöver stöd i ny lagstiftning samt att resurser överförs till primärvården från den öppna och slutna specialiserade vården vid sjukhus.

För att ta den föreslagna processen vidare beslutade regeringen den 2 mars 2017 att tillsätta en ny enmansutredning med uppdrag att i samråd med huvudmännen och berörda myndigheter analysera förutsättningarna för samordnad utveckling av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (Kommittédirektiv 2017:24). Resultatet ska redovisas 31 mars 2019.

Anna Nergårdh var huvudtalare vid seminariet. Hon är läkare med erfarenhet både från kliniskt arbete och arbetsledning och det är hon som har ansvar för den nya utredningen. Hon påpekade det kända faktum att svensk hälso- och sjukvård rankas bland de allra bästa i världen, men att vårdens servicekvalitet inte anses lika hög. Det är tillgänglighet och kontinuitet som brister.

Enligt Nergårdh innebär en modern vård, vilket utredningsdirektiven lyfter fram, att fokus flyttas från det akuta till det långvariga: från akut vård till nära vård. Det är särskilt det ökade behovet av återkommande vård och omsorg till äldre med flera samtidiga hälsoproblem som ska mötas. Exempel på områden som behöver mer stöd och resurser är vård vid psykisk ohälsa och demens och vård av personer med cancer som kronisk sjukdom.

Nergårdhs utredning ska ta tillvara det som togs fram i *Effektiv vård*. Temat ska alltså vara effektivisering av vården för att kunna svara mot behovet hos den enskilda människan. Den effektiviseringen ska bygga på en samordnad vård. I stället för att slussas från expert till expert ska det finnas en plattform från vilken vården för den enskilde planeras och samordnas. Den vårdnivå som anses kunna svara mot de ökande behoven av samordning mellan experter hos olika vårdgivare inklusive kommunen är primärvården. Utredningens uppdrag är därför i första hand att utforma ett nationellt uppdrag för primärvården.

Anders Henriksson som är landstingspolitiker från Kalmar läns landsting och ledamot av SKLs styrelse menade att problemen i sjukvården sett ur politikerns perspektiv beror på den demografiska transitionen, på konkurrens om arbetskraften, på den medicinska utvecklingen som ger mer hälsa men samtidigt kräver mer resurser samt det tak samhällsekonomin sätter för sjukvården.

Lösningen är inte ”mer av detsamma”, det fordras delvis nya strukturer. En pusselbit är att teamen kring patienten breddas till att utnyttja nya yrkesgrupper. I det ligger också samverkan mellan landsting och kommuner. En annan är digitaliseringen, som för patienten erbjuder kontaktyta för

information och delaktighet i sin egen vård. För personalen kan digitaliseringen bland annat innebära möjlighet till distansdiagnostik, som redan håller på att rullas ut. Enligt Anders Henriksson behöver varje utvecklingsprocess samsyn, ske i små steg, den kräver kulturförändringar och behöver tid.

Hur ser det ut i primärvården idag och hur vill företrädarna ha det?

Tre företrädare för dagens primärvård redovisade styrkor i dagens "nära vård" och erfarenheter om vilka nyckelfrågorna är. Allmänläkaren **Agneta Hamilton** redovisade en välfungerande samverkan landsting – kommun i södra Bohuslän. Nyckelfrågorna är kunskapsbaserad vård, arenor för kunskapsutbyte och nyttotänkande d.v.s. vården ska vara indikationsstyrd – vilken nytta gör vi? vad leder det till?

Distriktssköterskan **Irene Svenningsson** berättade om praktiska åtgärder för att inom nuvarande strukturer ta hand om och stödja gruppen "sköra äldre" som är i fokus. Det gäller bl.a. att utnyttja triagering via telefon för att öka tillgängligheten. När det gäller kontinuitet är fast bemanning A och O, att utnyttja bemanningsläkare är negativt. Det gäller också att utnyttja alla kompetenser t ex BVC, distriktssköterskor och psykosociala team med psykologer, kurator och vårdsamordnare från primärvården.

Charlotte Barouma är också allmänläkare med stor erfarenhet som ledare i primärvården. En vårdcentral bör enligt henne ha läkare i ledningen, den bör heller inte vara större än att man kan ha överblick. Hon nämnde siffran sex till åttatusen listade. Det är också viktigt att listning och kommunal vård hänger ihop för enskilda vårdtagare, i bästa fall har landstinget kvar hemsjukvården. Innan man talar om resurser, prioriteringar och ransonering måste man jaga tidstjuvar. En tidstjuv för vårdcentralen är bristen på kontaktytor till den specialiserade vården. Hon efterlyste en prioriterad, bemannad "one entry" för vårdgrannar till sjukhusen.

Kommunperspektivet – problemen och lösningarna

Politikern **Henrik Ripa** presenterade värdegrunden för Göteborgsregionens kommunalförbund. Det handlar för det första om behov, inflytande och självbestämmande, för det andra om tillgänglighet, säkerhet och bemötande och för det tredje om kunskap och kompetens. De aktuella problemen handlar om brister i tillgänglighet och samverkan mellan huvudmännen. I den samverkan finns också attityder genom att vårdgrannarna ser ner på den kommunala vården. Det är viktigt för statliga utredningar att inse att Stockholm inte är detsamma som Sverige.

Thomas Jungbeck, direktör i Västkom, presenterade den kommunala samverkansorganisationen i Västra Götaland. Han diskuterade ett par regelverk med betydelse för samverkan. Det ena är "nya ÄDEL" med nya regler för in- och utskrivning från slutna vård. Det har omedelbart ställt nya krav på kommunerna. Den centralt fastställda dygnstaxan för kvarliggande är i år 7100:-. I det sammanhanget höll han med Charlotte Barouma om att det saknas prioriterade ingående linjer till sjukhusvården. Han höll också med Henrik Ripa om att det är en attitydfråga mer än en teknisk.

Det andra regelverket som Jungbeck tog upp är hälso- och sjukvårdsavtalet mellan landstinget och kommunerna i Västra Götaland. Det kom till 1999 i samband med regionbildningen och har varit av mycket stort värde för att reglera ansvaret mellan huvudmännen. Det kan bl.a. handla om hur ordinationer gjorda i den slutna landstingsvården ska hanteras när patienten kommer ut i den kommunala vården.

I Västra Skaraborg har sju kommuner tillsammans med primärvården och sjukhuset i Lidköping utvecklat ett tätt samarbete fr f a inom rehabområdet. Socialchefen i Lidköping **Sven-Ove Andersson** berättade om hur samverkan har lett till effektivt resursutnyttjande och minskat kostnaderna för dubbelarbete. I praktiken har någon av parterna anställt personal, som sedan fullgjort uppdrag även för de andra huvudmännen. Ersättningsfrågan har lösts i efterhand i enlighet med tidigare överenskommelser.

En viktig erfarenhet är att väl strukturerade processer är kostnadseffektiva, medan de ostrukturerade stjäl både tid och andra resurser. Ett par slutsatser är därför att det fordras tilltro till andra parter och att professionen ska styra verksamheten med stöd från ledningen.

Flödesproblemen i den sjukhusanknutna öppna och slutna vården

Sjukhusdirektören **Anne-Marie Wennberg** presenterade Sahlgrenska universitetssjukhuset SU. Hon lyfte fram några utvecklingsprojekt. Ett traditionellt område är fler och effektivare digitala lösningar, ett annat är ökad poliklinisering. Som exempel nämnde hon att hudkliniken en gång disponerade mer än ett hundra vårdplatser, men idag klarar sitt vårduppdrag på en handfull. Ett annat paket gäller mobila team för personer med kroniska sjukdomar och medverkan i ASIH (avancerad vård i hemmet; ofta palliativ vård). Brist på viss personal och vissa vårdplatser är ett kroniskt problem.

Marianne Alärd är sjuksköterska som arbetar med utveckling av mobil närvård. Hennes lösningsmodell innehåller vårdlogik och struktur, ledarskap, professionalism, fungerande IT-system och arbetskultur. Finansieringen av hälso- och sjukvården som helhet måste utformas så att den stödjer och inte hindrar samverkan. I det ligger bl. a att dela på resurser som personal, hjälpmedel och transporter. Det är också erfarenheten från samverkan i Västra Skaraborg.

Digitalisering och utbildning

Christer Rosenberg, som är utvecklingschef för Närhälsan, målade upp bilden av de ökande vårdbehoven och kostnaderna för vård och omsorg knutna till förändringarna i befolkningspyramiden. Kostnaden per person ökar exponentiellt med åldern och det kommer inte att kunna finansieras utan att organisation, strukturer, system och metoder förändras. Ett sätt är att skapa on-line mottagningar för nybesök, som sedan kontakten etablerats kan följas upp on-line. Monitorering av individuella parametrar kommer på sikt. Just nu behöver vi skapa virtuella centra gemensamma för alla aktörerna i vården.

Informationsdirektören vid SU **Anette Åquist Falkenroth** tidigare verksam inom psykiatri kopplade på Rosenbergs analys och pekade på att hemmonitorering redan finns och fungerar inom vissa medicinska områden. Det innebär också att man använder medborgaren/patienten som en resurs. IT-tekniken finns, det är ingen utvecklingsfråga utan en ledningsfråga när man implementerar den digitalisering som gör patienten till medarbetare. Inom SU pågår försök med digitala vårdbesök och uppföljning för att testa logistik och frågor om sekretess.

Även tidigare dekanus vid Sahlgrenska Akademin **Olle Larkö** pekade på att digitaliseringen i samhället ligger längre fram än inom vården. Utvecklingen är en generationsfråga. Den gamla generationens teknikfientlighet beror på för dålig utbildning. För dagens personal krävs utbildning och attitydförändringar, för de som är unga kommer digitala hjälpmedel att vara självklara. Till det kommer att fler yrkesgrupper med naturvetenskaplig och teknisk utbildning kommer att medverka i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Aktörernas gemensamma sammanfattning

Seminariets tema *Hälso- och sjukvårdens trängdrama* avslutades med en diskussion mellan företrädarna för triangelns tre sidor under ledning av professorn i Allmänmedicin **Cecilia Björkelund**. Bortsett från nya metoder, digital teknik och utbildning förenades föreläsarna i uppfattningen att "nära vård" främst kan åstadkommas genom samverkan. I ett sådant förhållningssätt ligger ingen dramatik, i motsats till vad rubriken för seminariet "Hälso- och Sjukvårdens Triangeldrama" låter antyda.

Ett sätt att effektivisera, som dagens moderator **Nils Crona** lyfte fram med exempel från kommunal respektive fristående ögonsjukvård var ökad konkurrens. Paneldeltagarna menade att det inom det skattefinansierade systemet inte spelar någon större roll för patienten. **Anna Nergårdh** påpekade att frågan om olika driftsformer som effektiviseringsmetod inte ingår i hennes utredningsuppdrag.

Här följer en kort sammanfattning av paneldiskussionen:

- Begreppet "primärvård som basen" innebär att vårdcentralen fungerar som ett nav för vården. Den bilden tar inte hänsyn till dagens verklighet. Det är i kommunen som personer med multipla, långvariga vårdbehov finns. Det är kommunen som är navet. Övriga aktörer ger service till medborgarna i kommunen, det är i den funktionen som samverkan måste bli bättre. Stöd till personer i kommunal vård och omsorg måste vara prio ett, annars hamnar personerna i vårdhjulet.
- De administrativa och strukturella systemen är idag hinder i stället för stöd. Diskussion om finansiering tar tid från vården. Klara riktlinjer, rättvisa avtal, gärna med incitament, fordras.
- Statliga regelverk kan stödja genom att klargöra ansvar men kan inte användas för utveckling av verksamheterna. Den kraften måste komma inifrån. Det är heller inte rationellt att lägga samma matris på hela landet. Varje del av Sverige har sina speciella förutsättningar.

- Professionalism behöver stödjas och för det behövs utbildning och den måste ske på akademisk nivå. För det har sjukhusen ansvar.
- Slutligen var alla överens om att IT-system och digitalisering i vården ligger efter andra sektorer i samhället. Förhoppningen är att teknikutvecklingen utanför vården ger spin-off effekter till en ung generation som ser digital teknik som ett självklart hjälpmedel.

Slutsatser från åhörarperspektivet

Bakom 1900 talets demografiska transition: "compression of morbidity and mortality" ligger den samhällsekonomiska utvecklingen. Det är inte i första hand genom hälso- och sjukvården som folkhälsan förbättrats, men sjukvården har bidragit. Det första steget togs med antibiotika, medicinteknik och sjukhusbyggen efter kriget. Det andra steget innehöll en ny syn på psykisk sjukdom, proteskirurgi, hjärtkirurgi, organtransplantation, nya vacciner och läkemedel. Det tredje steget var effektivisering med idéer om familjeläkare, dagkirurgi och strukturomvandling dels med centralisering av den slutna vården dels med ett återfört ansvar till kommunerna för vården av äldre. De första stegen stöddes av ett massivt tillskott av resurser, det tredje genomfördes under en lång period "inom ramen" d.v.s. med samma andel av BNP.

Idag rankas den svenska sjukvården bland de bästa när det gäller medicinsk kvalitet, men servicekvalitén har inte följt med. Har då sjukvården misslyckats? Nej, tvärtom, det är dess framgång som är dess ok eftersom förväntningarna ökar.

Efterkrigstidens stora barnkullar börjar bli 75 plussare och därmed är vi inne i en efterfrågepuckel: de kroniska och kognitiva sjukdomarnas era. Det är en ny situation och vi väntar nu på det fjärde steget i hälso- och sjukvårdens utveckling. "Mer av detsamma" tycks inte längre vara tillräckligt.

I dagens diskussioner har representanter för fyra aktörer rastat sina käpphästar. Har statens, sjukhusens, primärvårdens och kommunernas företrädare lyssnat av varandra? Har det uppstått aha-upplevelser: det är så vi ska använda våra gemensamma skattepengar! Svar: både ja och nej. Ett antal beröringspunkter ventilerades, mestadels okontroversiella, som t.ex. utbildning och utveckling av ny digital teknik. Intressanta och hoppfulla exempel som illustrerar behovet och nyttan av samverkan över de olika gränslinjerna presenterades också. Men sett mot bakgrund av tidigare stora förändringar av sjukvården presenteras inte några genomgripande förändringar.

Inför årets riksdagsval har samtliga partier lagt fram förslag som berör hälso- och sjukvården. Bland dessa finns den större frågan om en radikal förändring av huvudmannaskapen t ex förstatligande eller kommunalisering. Dessa frågor berördes inte alls vid seminarier, vilket var anmärkningsvärt.

Det är naturligt att i ett seminarium som handlar om strukturerna i första hand tala om processer, men frågan är om man kan samtala om organisation och ansvarsfördelning utan att också tala om målen för verksamheten. Den diskussionen saknades mest.