

Handläggare
Anneli Rydström
Telefon: 08-508 22 068

Till
Hägersten-Liljeholmens
stadsdelsnämnd 2016-04-14

Effektiv vård (SOU 2016:2)

Yttrande till kommunstyrelsen

Förvaltningens förslag till beslut

Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande som svar på remissen till kommunstyrelsen.

Lars Arvidsson
stadsdelsdirektör

Yvonne Goldberg
avdelningschef

Sammanfattning

I januari 2016 presenterades regeringens samordnare Göran Stiernstedt utredningen om en effektivare och mer ändamålsenlig svensk sjukvård, "Effektiv vård". Utredningens uppdrag har varit att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda de olika professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Utifrån analysen har utredningen lämnat förslag till en rad åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå.

Förvaltningen anser att det är en väl genomarbetad utredning som genom sin analys och sina förslag kommer att ha betydelse för det fortsatta utvecklingsarbetet inom vården.

Förvaltningen har i sitt svar främst haft fokus på de förslag och utvecklingsområden som berör kommunens och primvårdens samverkan kring äldre med omfattande behov. En viktig utgångspunkt för samverkan är hur vården och omsorgen organiseras och bedrivs utifrån patienternas behov.

Vad utredningens förslag kommer att innebära för kommunens kostnader behöver tydliggöras.

Bakgrund

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att tillkalla en nationell samordnare med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.

I direktiven angavs att tre grundläggande frågor ska genomsyra utredningens arbete:

- hur nyttan för patienten kan öka
- hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården säkerställs
- hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt

Betänkandet om en effektivare och mer ändamålsenlig svensk sjukvård ”Effektiv vård (SOU 2016:2)” överlämnades den 13 januari 2016 av samordnare Göran Stiernstedt till regeringen.

Ärendet har remitterats till äldrenämnden, socialnämnden, stadsledningskontoret, Kommunal och stadsdelsnämnderna Bromma, Hägersten-Liljeholmen och Kungsholmen för yttrande senast den 20 april 2016.

Förvaltningen har i sitt svar främst haft fokus på de förslag och utvecklingsområden som berör hur kommunen och primvården ska samverka kring äldre med omfattande behov.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom äldreomsorgsavdelningen i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

De fackliga organisationerna informeras den 29 mars 2016 och stadsdelsnämndens pensionärsråd den 5 april 2016 och rådet för funktionshinderfrågor den 7 april 2016.

Ärendet

Övergripande utgångspunkter och slutsatser

Utredningens uppdrag har varit att analysera hälso- och sjukvården och 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.

Utgångspunkten i vården måste vara att sträva efter ökad effektivitet för att åstadkomma en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, som förmår hantera kommande utmaningar och skapa en jämlik vård av hög kvalitet. Krav på hushållning med resurser och

kostnadseffektivitet är en självklar del av de krav som ställs på offentlig verksamhet.

Det behövs en lång rad strategiska åtgärder för att möta de stora strukturella problemen, vilket utredningen har ägnat huvuddelen av sitt arbete åt. Om vården ska bedrivas effektivt måste hälso- och sjukvårdssystemet såväl i organisatoriskt och kompetensmässigt som kulturellt hänseende ständigt anpassas.

Svensk sjukvård levererar bra resultat men är dålig på koordination, integration och kontinuitet.

Ett av hindren för effektivitet är enligt utredningen jämfört med andra länder det ”sjukhustunga” svenska sjukvårdssystemet och en svag primärvård som har svårt att fylla en samordnande funktion när det gäller patienters samlade vårdinsatser.

Utredningen konstaterar att det blivit alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som ”första linjens vård”. Sverige anses därför vara sämre rustat än många andra länder att möta demografiska utmaningar i form av en ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. Detta behöver förändras för att bättre möta framtidens behov och krav som bland annat innebär att mer avancerad vård kan ges som öppen vård och i patientens hem.

Utredningens utgångspunkt har varit att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vårdens effektivitet avgörs därmed i mötet.

Störst effektivitetspotential finns där komplexiteten är störst, det vill säga för de patienter som kräver täta insatser och från många aktörer. Utredningens bedömning är att vårdvalet har försvårat samlade lösningar för de patienter som har behov av samordnade insatser. Detta beror bland annat på att det är svårt att upprätthålla en fungerande samverkan i det dagliga arbetet med många aktörer samtidigt. I de samverkansplaner som finns beskrivs vad man ska samverka kring men inte hur det gemensamma arbetet ska utföras, vilket är en brist.

Utredningen menar att det inte finns någon generell resursbrist men att det finns mycket som kan göras för att få resurserna att räcka till mer. Utredningen har identifierat ett antal faktorer som på olika sätt bidrar till ineffektivitet i vården, som rör struktur, styrning, samverkan, organisation, arbetssätt, verksamhetsstöd, administrativ börda, utbildning och forskning. Utredningen har lagt fram förslag som kan bidra till ökad effektivitet inom dessa områden.

Utredningens förslag och rekommendationer

Utredningen pekar på tre centrala utmaningar för en effektivare vård.

1. En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer.
2. Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenkla arbetet och minska ”spilltiden” för administration.
3. Förändrade arbetssätt och arbetsorganisation måste utvecklas så att ”rätt kompetens gör rätt uppgifter”. Patienten ses som en del i teamet och ska stödjas att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar ses som en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Utredningen har lämnat 26 förslag, 11 rekommendationer och ett hundratal förslag till förändringar som sammantaget syftar till att öka effektiviteten i den svenska hälso- och sjukvården. Några av förslagen beskrivs nedan.

Starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur

- Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver en mer koordinerad styrning. Förslag om fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting för mer sammanhållen styrning.
- Lagstadgad skyldighet för landstingen att samverka när det är motiverat av kvalitets- och/eller effektivitetsskäl.
- I hälso- sjukvårdslagen ska slås fast att grundprincipen är vården ska utföras nära befolkningen. Huvudprincip är öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Slutna vården kan ske på vårdinrättningar, i patientens hem eller annan plats där kraven på god vård upprätthålls.
- Omfördelning av resurser från sjukhusvård till primärvård.

Ny lagstiftning om primärvårdens uppdrag

- Primärvårdens uppdrag definieras tydligt i hälso- och sjukvårdslagen: Primärvården ska vara patientens första kontakt med vården dygnet runt. Remiss ska krävas för akutbesök på sjukhus.
- Primärvården delas upp i två organisatoriska delar, den allmänna primärvården och den riktade primärvården.
- Vårdvalet ändras inte för den allmänna primärvården.

- Den riktade primärvården undantas från det obligatoriska vårdvalet.

Den riktade primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst ska utföras gemensamt för äldre med omfattande behov.

- Ny lagstiftning som ställer krav på att kommun och landsting ska utföra verksamhet gemensam för äldre med omfattande behov så den enskilde får en sammanhållen vård och socialtjänst.
- Även inom den riktade delen ska den enskilda kunna välja utförare ”tar hand om hela mig” men bara om båda huvudmännen är överens om det.
- Kommuner och landsting ska vara skyldiga att fastställa en gemensam plan. Av planen ska det framgå mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten.
- Kommun och landsting ska få rätt att avtala om att kommunen övertar ansvaret för läkarinsatser i samband med kommunal hälso- och sjukvård.

Minskad detaljstyrning

- Detaljstyrningen ska minska kraftigt och ersättningsystemen förenklas. Styrningen behöver andas mindre av kontroll och mer av tillit till personalens förmåga.
- Vårdgarantin inom primärvården görs ”professionsneutral” genom att garantin att få besöka läkare inom 7 dagar i primärvården ändras till en garanti att få medicinsk bedömning inom 3 dagar.
- Landstingen bör i ökad utsträckning använda kontinuitet, och särskilt teamkontinuitet, som utgångspunkt i styrningen av vården.

Ändrade arbetssätt

- Patientens behov och kontinuitet ska vara utgångspunkt för planering och organisation. Se patienten som medskapare.
- Arbetet med rätt fördelning av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier intensifieras.
- Mera innovativa arbetslösningar, till exempel lösningar som bättre belönar arbete på obekvämt arbetstid och som samtidigt kan erbjuda arbetstidsförkortning med oförändrad lön.

Verksamhetsstöd

- Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården.
- Ett särskilt center för informationsstruktur och informatik inrättas.

Åtgärder för att minska den administrativa bördan

- Staten och huvudmännen måste på alla nivåer ”verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna i samband med beslut eller andra åtgärder.”
- Myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ska samordna och begränsa kraven på intyg.

Kompetensförsörjning

- En samverkansorganisation, ”en stående kommitté”, bildas för nationell samverkan om kompetensförsörjningen inom vården
- Kompetensförsörjningen ska ses över för läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdadministratörer.

Forskning

- Ett förslag är att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.
- Hälso- och sjukvårdslagen bör ses över i syfte att förtydliga kopplingen mellan forskning och utveckling och ansvaret för detta.

Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

I utredningens avsnitt angående ”Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst” föreslår utredningen att det i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen införs tre likalydande bestämmelser.

Dessa skulle innebära att en kommun och landsting ska organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt.

Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Definitionen av ”gemensam verksamhet” är att verksamheten arbetar målgruppsorienterat och där kommun och landsting lägger samman sådan verksamhet som utgår från deras respektive ansvar så att det patientnära arbetet bedrivs gränsöverskridande.

Huvudmännen behöver enas om hur målgruppen ska definieras som den gemensamma verksamheten ska rikta sig till. Enligt förslaget kommer det att vara nödvändigt att den gemensamma verksamheten ser olika ut i olika delar av landet.

Det föreslås att det i kommunallagen införs en bestämmelse som innebär att kommuner och landsting ska fastställa en gemensam

plan. Av planen ska framgå mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten

Valfrihetsbestämmelserna för den gemensamma verksamheten föreslås förändras så att landsting och kommun, om de vill erbjuda valfrihetssystem, måste vara överens om villkoren för detta. Den enskilde ska i sådant fall kunna välja utförare som ”tar hand om hela mig”.

I utredningen finns även förslag att om kommun och landsting är överens så kan huvudmännen avtala om att överlåta ansvaret för läkarvård i samband med annan kommunal hälso- och sjukvård från landstinget till kommunerna.

Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen), infördes som en del av den så kallade Ädelreformen. Betalningsansvarslagen infördes med syftet att komma tillrätta med det då ökande antalet patienter som blev kvar inom den somatiska akutsjukvården, trots att de inte längre behövde sjukhusets specialistkompetens. Eftersom betalningsansvarslagen är dispositiv, vilket innebär att huvudmännen kan avtala bort betalningsansvaret, anser utredningen att det kan vara lämpligt göra det för dessa patienter.

Utredningen bedömer att de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna är att den utförs till samma kostnad som i dag, men att kommunen kommer att skapa kvalitetsvinster för den äldre.

Även om förslagen om sammanhållen journalföring och direktåtkomst enligt SOU 2014:23 ”Rätt information på rätt plats i rätt tid” inte skulle genomföras så kvarstår behovet av en organisatorisk helhet i utförandet av tjänsterna runt äldre med stora behov och där insatserna behöver ges sammanhållet. Utredningen anser därför att även om nuvarande regelverk avseende informationshanteringen skulle bestå så behöver organiseringen av tjänsterna ändå ändras.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen får en kommun erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, så kallad hemsjukvård. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Omfattningen av ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården påverkas av hur ansvarsfördelningen ser ut mellan kommun och landsting. Samtliga landsting utom Stockholms läns landsting har överlåtit ansvaret för hemsjukvården till kommunerna.

Andra målgrupper som kan behöva sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningen avstår från att föreslå en skyldighet för huvudmännen att utföra verksamhet gemensamt för andra grupper än äldre med omfattande behov.

Utredningens bedömning är att det delade huvudmannaskapet för olika insatser är en utmaning för fler grupper än äldre med behov av insatser från olika verksamheter. Gemensamt för flera av dessa grupper är att de är storkonsumenter av vård och omsorg. Redan av det skälet finns anledning att särskilt uppmärksamma dessa målgrupper i analyser av behov och resurser.

Kan de resurser som i dag läggs på målgrupperna användas mer effektivt genom att styra och organisera resurserna på ett annat sätt än idag? Svaret är sannolikt ja även om utredningen inte haft underlag att fullt ut bedöma effektiviteten och potentialen till ett effektivare resursutnyttjande. Utredningen har vägt för och nackdelar med att avgränsa gruppen till äldre med omfattande behov.

Anhöriga

Olika studier om omfattningen av anhörigvården ger olika resultat beroende på hur anhörigvården definieras och för vilka målgrupper. Oavsett hur man definierar omfattningen finns anledning att utgå från att anhöriga till äldre med stora behov i dag gör betydande insatser för sina närstående. Det innebär ett stort ansvar för dessa anhöriga och det kan påverka de anhörigas fysiska och psykiska hälsa.

Utredningen bedömer att en bättre fungerande och bättre koordinerad vård och omsorg om äldre med en ökad kontinuitet sannolikt kommer att underlätta för anhöriga.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen anser att det är en väl genomarbetad utredning som genom sin analys och sina förslag kommer att ha betydelse för det fortsatta utvecklingsarbetet inom vården.

En viktig utgångspunkt är att vården organiseras och bedrivs utifrån patienternas behov. Förändrade arbetsätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag, som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter, är ett fortsatt viktigt utvecklingsområde.

Flera av utredningens förslag tar fasta på de problem och behov som finns med målgruppen äldre med omfattande behov och samverkan med primärvården.

Cirka 5 % av befolkningen förbrukar mer än 50 % av vårdens resurser. Största gruppen är multisjuka äldre med stora sjukvårds- och omsorgsbehov. Utredningen anser att vården för denna målgrupp idag är dåligt koordinerad.

Förvaltningen delar utredningens bedömning att en stor effektivitetspotential ligger i att komma till rätta med detta. Samtidigt som en förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov som kräver insatser från många aktörer, är en stor utmaning.

Förvaltningen tycker att utredningens förslag om gemensam verksamhet är intressant. Det angeläget att utveckla och förbättra samverkan mellan huvudmännen kring de sjuka äldre med omfattande vårdbehov. Det skapar också betydande fördelar för de äldre med en gemensam verksamhet med tanke på kontinuitet och trygghet.

Lagförslagen om skyldigheter för huvudmännen att planera och samverka kring målgruppen förstärker hur viktigt detta är.

Utifrån att alltfler patienter kommer att vårdas i hemmet, är det viktigt att utveckla modeller som kan tillgodose en trygg vård och omsorg i hemmet. Team där olika professioner arbetar tillsammans kring den äldre med omfattande behov, tycker förvaltningen är angeläget att vidareutveckla. Även andra och nya former för samverkan kommer sannolikt att behöva utvecklas.

Utredningen har avstått från att föreslå en skyldighet för huvudmännen att utföra verksamhet gemensamt för andra grupper än äldre med omfattande behov. Förvaltningen anser att det är viktigt att skapa likvärdiga förutsättningar för sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst för målgruppen med till exempel psykiska funktionsnedsättningar, förvärvade hjärnskador och missbruk- och beroendeproblematik.

En annan grupp som inte får glömmas bort i vården och i samverkan är anhöriga, både utifrån att de är en viktig resurs men också utifrån att de kan behöva eget stöd.

I det fortsatta utvecklingsarbetet är det angeläget att ta tillvara erfarenheter från olika genomförda och pågående samverkansprojekt.

Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning har genom projektet Bättre Samverkan Bättre Liv tillsammans med landstinget, såväl akutsjukvården, geriatriken som vårdcentraler samt olika privata vårdgivare och utförare utarbetat en samverkansmodell kring

målgruppen mesta sjuka äldre samt personer med demenssjukdom, som inkluderats senare. Syftet är att ge en trygg och sammanhållen vård och omsorg till de mest sjuka äldre som bor i eget boende. Ett viktigt mål är att minska inskickning till sjukhus.

Projektet har bidragit till flera positiva effekter för samverkan. Olika professioner har lärt känna varandra och utbytt kunskaper som har varit viktiga för att skapa en gemensam plattform för utvecklingen av samverkan.

Många olika aktörer och personalomsättningen har dock inneburit vissa svårigheter att upprätthålla en kontinuitet i samverkansarbetet och att förankra gemensamma rutiner. En viktig förutsättning för samverkan har varit de medel som projektet fick.

Förslag om kommunalisering av hemsjukvården i Stockholms län har tidigare förts. Förvaltningen anser att det kan vara av intresse att analysera denna fråga och se vilka förutsättningar som eventuellt finns för en kommunalisering.

En stor del av utredningen ägnas åt analys och förslag som handlar om primärvården. Utredningen presenterar en rad förslag som ska stärka primärvårdens roll att kunna vara ”först linjens vård”.

Förvaltningen anser att en stor utmaning kommer att bli att omfördela resurser från sjukhusvården till primärvården. En viktig förutsättning för att kunna ge äldre en trygg vård är utformningen av ersättningssystemet till primärvården.

Inom Stockholms län öppnar under året ett antal Äldrevårdscentraler som riktar sig till personer över 75 år. Syftet är att ge en bättre anpassad vård till en åldrande befolkning. Förvaltningen tycker att detta är en bra idé, som kan bidra till en ökad trygghet och hälsa för äldre. Det kan till exempel handla om olika förebyggande insatser, men också att ge tid och utrymme för patienten att ta upp angelägna frågor utifrån sina behov. Äldrevårdscentralen kan också vara ett viktigt led i utvecklingen av nya modeller för samverkan kring äldre med omfattande behov.

Utredningen tar upp förslag och åtgärder som rör andra viktiga frågor såsom kompetensförsörjning och verksamhetsstöd.

Personalen är vårdens och socialtjänstens viktigaste resurs. En stor utmaning som förvaltningen vill lyfta fram är kompetensförsörjningen. Att behålla och rekrytera kompetent personal

kommer att ställa krav på huvudmännen att vara attraktiva arbetsgivare.

I vården men också inom socialtjänsten finns ofta en frustration över olika IT-baserade system som inte fungerar tillfredsställande samt dubbeldokumentation som tar mycket av personalens tid, tid som i stället skulle kunna användas i mötet med patienten/brukaren. Många av utredningens förslag i betänkandet handlar om att minska den administrativa bördan, vilket är angeläget.

Avslutningsvis vill förvaltningen framföra att det är viktigt att kommunens kostnader analyseras närmare och tydliggöras, utifrån de förslag som finns i utredningen för att organisera och samordna hälso- och sjukvården tillsammans med primvården.

I utredningen tas upp att det kan vara lämpligt att avtala bort betalningsansvaret. Betalningsansvarslagen infördes i samband med Ädelreformen. Syftet var att komma tillrätta med det då ökande antalet patienter som blev kvar inom den somatiska akutsjukvården, trots att de inte längre behövde sjukhusets specialistkompetens.

Utredningen bedömer att de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna är att den utförs till samma kostnad som i dag, men att kommunen kommer att skapa kvalitetsvinster för den äldre.

Förvaltningen undrar vad detta innebär.

Bilaga

Remismissiv och sammanfattning finns på www.insynsverige.se/stockholm under Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd, sammanträde 14 april 2016.

Utredningen i sin helhet - SOU 2016:2 Effektiv vård – finns på http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf

