

INKOM**2016 -03- 0 1**

Till berörd remissinstans

Äldreförvaltningen

Dnr 150-360/2016

**Angående remissen om SOU 2016:2 Effektiv
vård**

Detta gäller remissvar på ”SOU 2016:2 Effektiv vård”
Dnr: 110-389/2016

Remisstiden sträcker sig till den 2016-04-20, vilket vi ber er respektera. Om det av några skäl inte är möjligt för er att inkomma med svar inom utsatt tid måste en kontakt tas med den för ärendet ansvariga personen på roteln.

Ansvarig handläggare/borgarrådssekreterare på Äldre- och personal roteln är Lina Hultman, tfn 08-50829956.

Remissvar skickas till:

- Äldre- och personal roteln digitalt i Word-format. Ange KS:s diarienummer som namn på ärenderubrik. Ex: KS 314-331-2004
- KF/KS kansli i **pappersform**.

Bilägg **inte** remissunderlaget. Det finns redan diariefört i kommunstyrelsens diarium.

Häfta **inte** ihop handlingarna.

Adresserna är följande:

Rotelns e-post: Funktion SLK RVIII-remissvar eller
RVIII-remissvar.slk@stockholm.se

KF/KS kansli, Stadshuset, 105 35 STOCKHOLM

Med vänliga hälsningar

Äldre- och personal roteln

Remitteringsmapp

Ärende: SOU 2016:2 Effektiv vård

Inkom till KF/KS kansli den

Behandling i övrigt:

För yttrande senast:

För yttrande senast:

Stadsdelsnämnderna	Facknämnderna	Övriga
Kungsholmen	Äldrenämnden	SLK
Hägersten/Liljeholmen	Socialnämnden	Kommunal
Bromma		

Bilaga till Dnr 150360/2016

OBS!

Hela SOU 2016:2 finns på

www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016:2_Hela4.pdf

Effektiv vård

*Slutbetänkande av En nationell samordnare
för effektivare resursutnyttjande inom hälso-
och sjukvården*

Stockholm 2016



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2016:2

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24398-5

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Gabriel Wikström

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. Analysen ska bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Mot bakgrund av analysen ska samordnaren initiera samarbeten med berörda aktörer och i dialog med dessa aktörer ge förslag på åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt i syfte att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Till nationell samordnare förordnades direktören Göran Stiernstedt. Utredningen har antagit namnet utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Den 27 februari 2014 tillkallade regeringen en särskild utredare för att genomföra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Göran Stiernstedt utsågs till särskild utredare. Utredningen överlämnade den 5 mars 2015 betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) Utredningen bedrevs som en integrerad del i den nu föreliggande utredningen.

Den 17 juni 2015 förordnades som experter att bistå utredningen stabschefen Monica Axelsson, Inspektionen för vård och omsorg, enhetschefen Daniel Brattström, Socialstyrelsen, förste vice ordföranden Karin Båtelsson, Sveriges läkarförbund, förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, utredaren Jean-Luc af Geijerstam, E-hälsomyndigheten, sektionschefen Jonas Hampus, Falu kommun, regiondirektören Ann-Sofi Lodin, Västra Götalandsregionen, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, Vårdförbundet, gruppchefen Liz Silke, Kommunal samt programansvarige Patrik Sundström,

Sveriges Kommuner och Landsting. Som sakkunniga förordnades samma dag departementssekreteraren Malin Ekelund, Finansdepartementet, departementssekreteraren IngaLill Karlström, Socialdepartementet, kanslirådet Markus Martinelle, Finansdepartementet, kanslirådet Henrik Moberg, Socialdepartementet, samt kanslirådet Sara Rosenmüller, Socialdepartementet. Den 2 november 2015 entledigades Sineva Ribeiro och ersattes av vårdstrategen Lisbeth Löpare Johansson, vårdförbundet. Samma dag entledigades Malin Ekelund och ersattes av kanslirådet Andreas Hermansson, Finansdepartementet.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 januari 2014 juristen Daniel Zetterberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 mars 2015 juristen Anna Ingmanson. Även juristen Maria Jacobsson har deltagit i arbetet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Effektiv vård* till regeringen.

Till betänkandet fogas ett särskilt yttrande av experten Anne Carlsson.

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i januari 2016

Göran Stiernstedt

/Daniel Zetterberg
Anna Ingmanson

Innehåll

Sammanfattning	17
-----------------------------	-----------

Del A Inledning

1 Författningsförslag.....	41
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	41
1.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	48
1.3 Förslag till lag om ändring i kommunallagen (1991:900).....	49
1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	50
1.5 Förslag till förordning om ändring i kommittéförordningen (1998:1474).....	51
1.6 Förslag till förordning om ändring i myndighetsförordningen (2007:515)	52
1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.....	53
1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti	54
2 Om uppdraget och dess genomförande	55
2.1 Utredningens direktiv.....	55
2.2 Utredningens arbete	56
2.3 Utredningens kommentarer till uppdraget	58

3	Om effektivitetsbegreppet.....	63
3.1	Effektivitetens plats i hälso- och sjukvården	63
3.2	Vad avses med produktivitet och effektivitet i vården?	64
3.2.1	Målet med hälso- och sjukvården i relation till effektivitet	66
3.2.2	Det är svårt att mäta och följa upp effektivitet i vården.....	68
3.2.3	Flera infallsviklar på effektivitetsbegreppet är nödvändiga.....	71
3.2.4	Utredningens syn på effektivitet.....	72
4	Nulägesbeskrivning	73
4.1	Vården i siffror	73
4.1.1	Den demografiska situationen	74
4.1.2	Kostnader	75
4.1.3	Personal	83
4.1.4	Vårdkonsumtion	90
4.1.5	Kvalitet och effektivitet i vården.....	95
4.2	Rättslig reglering	102
4.2.1	Lagstiftningens krav på effektivitet	102
4.2.2	Allmänna bestämmelser om hälso- och sjukvården.....	103
4.2.3	Bestämmelser avseende hälso- och sjukvårdens struktur	105
4.2.4	Bestämmelser om samverkan och planering.....	105
4.2.5	Skyldigheter för hälso- och sjukvården knutna till arbetsätten i vården.....	107
4.2.6	Informationshantering i hälso- och sjukvården ..	111
5	Utredningens utgångspunkter och övergripande analys.....	115
5.1	Utredningens utgångspunkter.....	115
5.1.1	Effektiviteten uppstår i mötet med patienten	116
5.1.2	Arbetet med att förbättra effektiviteten blir inte klart.....	117
5.1.3	Det finns samband mellan patientnytta och effektivitet	119

5.2	Utredningens övergripande analys och hypoteser om ineffektivitet i vården.....	119
5.2.1	Styrningen skapar ineffektivitet	123
5.2.2	Strukturen skapar ineffektivitet.....	126
5.2.3	Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektivitet.....	130
5.2.4	Organisation och arbetsätt leder till ineffektivitet.....	131
5.2.5	Kulturen skapar ineffektivitet.....	136
5.2.6	Kompetensförsörjningen bidrar till ineffektivitet.....	143
5.2.7	Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet.....	147
5.2.8	Bemanning och vårdplatser ur ett effektivitetsperspektiv.....	148
5.2.9	Annat av betydelse för effektivitet.....	150
5.2.10	Några perspektiv på problemen.....	151
5.3	Övergripande om åtgärder för att möta utmaningarna	152
6	Bakgrund och fördjupad analys i de viktigaste frågorna.....	155
6.1	Hälso- och sjukvårdens styrning	155
6.1.1	Bakgrund.....	155
6.1.2	Statens styrning – några huvuddrag	161
6.1.3	Landstingens styrning av hälso- och sjukvården – några reflektioner	170
6.1.4	Utredningens analys av statens styrning.....	176
6.1.5	Statens styrmedel och huvudmännens styrning måste hänga samman i högre utsträckning	189
6.1.6	Kulturen är ett starkt styrmedel i vården.....	193
6.1.7	Det finns områden och frågor där landstingen behöver agera mer gemensamt.....	204
6.2	Samverkan.....	204
6.2.1	Problembeskrivning och analys	210
6.2.2	Landstingens (och kommunernas) styrning av samverkan – utredningens bedömning.....	218

6.2.3	Statens styrning av samverkan.....	227
6.2.4	Några framgångsrika exempel på samverkan	230
6.3	Primärvården.....	236
6.3.1	Sjukhusen.....	239
6.4	Arbetsätten.....	240
6.4.1	Bakgrund och sammanfattande problembeskrivning	240
6.4.2	Ledarskapet i vården och förmågan att hantera komplexitet.....	243
6.4.3	Patientens behov är inte utgångspunkten för organisation och arbetsätt i vården.....	245
6.4.4	Personlig kontinuitet saknas	254
6.4.5	Bristande produktions- och kapacitetsplanering.....	260
6.4.6	Schemaläggning utgår inte från patientens behov.....	266
6.4.7	Kompetensen underutnyttjas	270
6.4.8	Hindren mot att omfördela arbetsuppgifter	275
6.4.9	Finns den kompetens som behövs?	280
6.4.10	Den lärande organisationen hotas	281
6.4.11	Finns rätt kompetens för att driva förbättringsarbete i vården?.....	283
6.4.12	Hur ska ökad effektivitet tas tillvara?	284
6.5	Verksamhetsstöden	285
6.5.1	Bakgrund och sammanfattande problembeskrivning	285
6.5.2	Ledning och styrning.....	290
6.5.3	De rättsliga förutsättningarna	295
6.5.4	Systemen.....	296
6.5.5	Användningen	297
6.6	Den administrativa bördan	300
6.6.1	Kartläggning av administration i hälso- och sjukvården.....	302
6.6.2	Har den administrativa bördan ökat i hälso- och sjukvården?	321
6.6.3	Vad beror ökningen av den administrativa bördan på?	322
6.6.4	Sjukvårdshuvudmännens egen styrning.....	330

6.7	Utbildning och forskning.....	337
6.7.1	Inledning	337
6.7.2	Utbildning.....	338
6.7.3	Forskning.....	345

Del B Förslag och rekommendationer

7	Nya styrande principer för hälso- och sjukvården	357
7.1	Det behövs nya styrande principer för hälso- och sjukvårdens organisering	357
7.2	Ny styrande princip: vården ska ges nära befolkningen.....	363
7.3	Ny styrande princip: vården ska ges som öppenvård i första hand.....	370
7.4	Sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning	371
8	Primärvårdens uppdrag och organisation	375
8.1	En större primärvård ger bättre förutsättningar för effektivare resursutnyttjande	376
8.2	Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården	384
8.2.1	Primärvården har akutuppdraget – remisskrav till akutsjukhus	390
8.2.2	Ett nytt rättsligt ramverk för primärvårdens organisation.....	394
8.2.3	Förändring av bestämmelser om valfrihet.....	405
8.2.4	Genomförandet av en förstärkning av primärvården.....	406
9	Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst	413
9.1	Utvecklade styrande principer för att bättre ta om hand behov hos personer med komplexa behov	414
9.2	En juridisk ram för den verksamhet som måste hänga ihop	422
9.3	Den gemensamma verksamheten ska ha en plan där mål, riktlinjer och resursplanering framgår	438
9.3.1	Landsting och kommun bör samplanera resurser även på andra områden.....	440

9.4	Valfrihet och den gemensamma verksamheten	442
9.5	Särskilt om anhöriga.....	449
9.6	Proportionalitetsbedömning.....	450
9.7	Andra målgrupper som kan behöva sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst	452
9.7.1	Personer med psykiska funktionsnedsättningar.....	453
9.7.2	Personer med missbruk och beroende.....	454
9.7.3	Personer med funktionsnedsättningar.....	455
9.7.4	Barn och unga som mår dåligt eller riskerar att fara illa.....	456
9.7.5	Barn och familj – familjecentraler	456
9.8	Kommun ska få överenskomma med landsting om att ta över ansvar för läkarvård i vissa fall.....	459
9.9	Översyn av planeringsbestämmelser	463
10	Gemensamt beslutsfattande mellan landstingen	465
10.1	Samtliga landsting ska gemensamt planera och utföra vissa uppgifter	465
10.2	Om den föreslagna skyldigheten att samverka inte får effekt bör regeringen överväga ytterligare åtgärder	474
10.3	Utredningens rekommendation avseende uppgifter som bör utföras av samtliga landsting gemensamt	481
10.4	Stärkta förutsättningar för mer koordinerad styrning (en nationell konsultationsordning för hälso- och sjukvården).....	485
11	Minskad detaljstyrning	493
11.1	Detaljstyrningen behöver minska.....	493
11.2	Vårdgarantin ska vara professionsneutral	501
11.3	Kraven på intyg från hälso- och sjukvården ska vara professionsneutrala.....	506

11.4	Läkemedelshanteringen i vården bör vara likartad oavsett vårdnivå.....	508
11.5	Regeringen behöver klargöra förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården	508
11.6	Signeringskravet bör avskaffas	510
12	Arbetssätten	511
12.1	Generella principer ska vara vägledande för ändrade arbetssätt i vården	511
12.1.1	<i>Princip 1:</i> Utgå från vad som kan göras för öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.....	518
12.1.2	<i>Princip 2:</i> Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten	521
12.1.3	<i>Princip 3:</i> Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.....	522
12.1.4	<i>Princip 4:</i> Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.....	525
12.1.5	<i>Princip 5:</i> Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras	527
12.2	Övriga rekommendationer i anslutning till effektivitet och arbetssätt	528
12.2.1	Beläggning/bemannning vid sjukhusen.....	530
12.2.2	Fortsatt översyn av kunskapsstyrningen	532
12.2.3	Behov av ökad kunskap om vissa faktorer som påverkar effektiviteten vid sjukhusen.....	534
13	Särskilt om kontinuitet.....	539
13.1	Ett personligt ansvarstagande för patienten skapar effektivitet	539
13.2	Flera andra av utredningens förslag syftar till att öka förutsättningarna för kontinuitet	544
13.3	Vi avstår från att föreslå ett införande av patientansvarig läkare (PAL) i lagstiftningen	545

14	Verksamhetsstöden	549
14.1	En effektiv informationshantering i hälso- och sjukvården kräver samlade insatser av staten och huvudmännen	549
14.2	En nationell vision för verksamhetsstöden.....	553
14.3	Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden	553
14.4	Huvudmännen behöver gemensamt fatta beslut om utveckling av verksamhetsstöden	555
14.5	Staten behöver ta ett samlat ansvar för infrastruktur, regelverk m.m.	558
14.5.1	En ny lagstiftning som möjliggör gränsöverskridande informationshantering behövs	558
14.5.2	Nationella standarder för informationshantering behövs	560
14.5.3	Socialstyrelsen ska ta ett långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur i vården	561
14.5.4	Socialstyrelsen ska ställa krav på och ge stöd till arbetet med dokumentation.....	562
14.5.5	Ett center för informationsstruktur och informatik.....	567
14.6	Kunskapsstöd som en del i verksamhetsstöden	572
14.6.1	Ett nationellt hälsobibliotek.....	572
15	Åtgärder för att minska den administrativa bördan	575
15.1	Den administrativa bördan har ökat och orsakerna är mångfacetterade.....	575
15.2	Många av utredningens förslag innebär en minskad administrativ börda.....	578
15.3	Administrativa konsekvenser ska belysas och begränsas ...	580
15.3.1	Staten ska analysera, belysa och begränsa administrativa konsekvenser av förslag och beslut.....	581

15.3.2	Huvudmännen behöver analysera, belysa och begränsa administrativa konsekvenser av beslut	584
15.4	Ett samordnat arbete med hälso- och sjukvårdens intyg ...	584
16	Kompetensförsörjning	589
16.1	Nationell samordning	589
16.2	Utred sjuksköterskeutbildningen	592
16.3	Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister	593
16.4	Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar	594
17	Forskning	597
17.1	Ett förtydligt ansvar för forskning.....	597
17.2	Försök med akademisk hemsjukvård	598
Del C Övrigt		
18	Ikraftträdande och genomförande.....	603
19	Konsekvensanalyser	605
19.1	Förslagets konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	605
19.1.1	Många av utredningens förslag påverkar landstingens och kommunernas organisering av tjänsterna och utgör en inskränkning av det kommunala självstyret.....	605
19.1.2	Förslag som innebär en vidgning av handlingsutrymmet och därmed har en positiv verkan på självstyret	606
19.1.3	Utredningens proportionalitetsbedömning.....	606

19.2	Ekonomiska konsekvenser	607
19.2.1	Ekonomiska konsekvenser av riktad primärvård och sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	609
19.2.2	Ekonomiska konsekvenser för staten	609
19.3	Andra konsekvenser	614
19.3.1	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet	614
19.3.2	Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags	614
19.3.3	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män	615
19.3.4	Konsekvenser för den administrativa belastningen inom offentligfinansierad verksamhet.....	617
20	Författningskommentar	619
20.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	619
20.2	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	630
20.3	Förslaget till lag om ändring i kommunallagen (1991:900)	631
20.4	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	632
20.5	Förslaget till förordning om ändring i kommittéförordningen (1998:1474)	633
20.6	Förslaget till förordning om ändring i myndighetsförordningen (2007:515)	633
20.7	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning	634
20.8	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2010:349) om vårdgaranti.....	634

Särskilt yttrande	637
Referenser	639
Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2013:104 657
Bilaga 2	Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) 667
Bilaga 3	Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt av professor Anders Anell 701
Bilaga 4	Översiktlig historik avseende utvecklingen av primärvården och samverkan mellan kommun och landsting 757

Sammanfattning

Bakgrund

Utredningens direktiv (dir. 2013:104) är vida och anger bl.a. att utredningen bör belysa viktiga effektivitetsproblem och utvecklingsområden och dessutom få en samlad bild av redan pågående arbete. Dessutom ska utredningen ha fokus på hur professionernas resurser kan användas på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. I uppdraget betonas analys och samarbete med berörda aktörer och att i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå.

Utredningen har bedrivit ett brett utåtriktat arbete. Utredningen har haft kontakter och möten med hundratals aktörer, bl.a. företrädare för patientorganisationer, fackliga organisationer, landsting och regioner, vårdverksamheter på olika nivåer, olika kommunala verksamheter, privata vårdgivare, andra intresseorganisationer, myndigheter, politiska organisationer, tankesmedjor, konsulter, privatpersoner och andra offentliga utredningar. Utredningen presenterade i januari 2015 en diskussions-PM med en sammanfattande analys och hypoteser om lösningar. Utredningen arrangerade därefter under mars–april 2015 regionala hearingar där denna diskussions-PM med våra preliminära analyser och hypoteser diskuterades. Professor Anders Anell har på utredningens uppdrag gjort en litteraturoversikt avseende primärvårdens funktion, organisation och ekonomi (bilaga 3).

Utredningens vida direktiv har inneburit att vi kunnat analysera i princip allt som påverkar effektiviteten i vården. Vi har dock i praktiken av olika skäl valt att avgränsa oss. Vi har exempelvis inte behandlat läkemedel, rehabilitering och koncentration av verksamheter. I flera fall därför att andra utreder eller nyligen har utrett

dessa ämnen. I andra fall därför att utredningens begränsade resurser inte medgett sådana insatser.

Övergripande utgångspunkter och slutsatser

Utredningen utgångspunkt har varit att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vårdens effektivitet avgörs därmed i mötet. En viktig övergripande slutsats är att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag. Att hela tiden utgå från hur patientnytta skapas i det individuella mötet har en avgörande betydelse för effektiviteten.

Utredningen anser att det finns fog för uppfattningen att svensk hälso- och sjukvård fungerar relativt väl i dag. Vid en internationell jämförelse har vi goda resultat relativt de resurser vi lägger på hälso- och sjukvård. En avgörande fråga för oss har därmed varit att bedöma hur väl rustat Sverige är för att behålla denna internationella tätposition i framtiden. Hur är det svenska sjukvårdssystemets anpassningsförmåga till nya förutsättningar, förändrade behov, förväntningar och krav och förmåga att leverera samma eller högre medicinska resultat?

Medicinteknisk utveckling och digitalisering skapar ständigt nya förutsättningar för både vården och patienterna. Allt mer av vården kommer i framtiden utföras utanför sjukhusen, inte sällan i patientens hem och med patienten som medskapare. Samtidigt är befolkningens behov av vård under ständig förändring och beroende av faktorer bortom sjukvårdens kontroll. Det handlar exempelvis om demografi, samhällstrender som urbanisering, förändringar i befolkningssammansättning och hälsan hos män, kvinnor, flickor och pojkar. Kostnadsökningstakten för både vård och omsorg innebär särskilda krav medan de fortfarande stora regionala skillnaderna i resultat och kostnader visar att det finns en stark potential till effektivisering. Därtill ska läggas vårdens förmåga att attrahera och behålla personal med rätt kompetens och en ständigt växande kunskapsmassa.

Utredningens samlade bedömning är att Sverige på vissa sätt har ett mindre gynnsamt utgångsläge än många andra länder att skapa

optimala förutsättningar för att sjukvården ska kunna anpassas till framtida behov och bedrivs resurseffektivt. Vi har under lång tid negligerat strukturella problem som är avgörande för hela systemets effektivitet, kanske i tron att ”det löser sig av sig själv”. Utredningens bedömning är att erfarenheterna starkt talar emot att dessa problem kommer att lösa sig av sig själva. Det behövs en lång rad strategiska åtgärder för att möta de stora strukturella problemen och det är åt detta som utredningen ägnat huvuddelen av sitt arbete. Om vården ska bedrivs effektivt måste hälso- och sjukvårdssystemet såväl i organisatoriskt och kompetensmässigt som kulturellt hänseende ständigt anpassas. Det är viktigt att klargöra att utredningens förslag handlar om vad som behöver göras i närtid för att underlätta en utveckling där Sverige kan behålla sin tätposition vad gäller resultat och effektivitet.

De huvudsakliga orsakerna till effektivitetsproblemen

Utredningens syn på effektivitet kan sammanfattas som det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser, dvs. att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient. Vi anser att utgångspunkten för alla verksamma i vården måste vara att sträva efter ökad effektivitet för att åstadkomma en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, som förmår hantera kommande utmaningar. En sådan strävan bör också vara en självklar del av det offentliga åtagandet gentemot befolkningen – att inte förbruka mer resurser (kompetens, tid eller annat) än vad som är nödvändigt för en patientcentrerad och jämlik vård av hög kvalitet. Utredningens utgångspunkt är att ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården handlar om att undanröja hinder för effektivitet och att åtgärda ineffektivitet.

Styrningen skapar ineffektivitet

Styrningen är mångfaldig och splittrad i vården. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 landsting (och regioner) och 290 kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården. Dessutom har staten ett övergripande systemansvar, och ansvarar bl.a. för normering och styrning genom

t.ex. tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Ur både styrnings- och ansvarsperspektiv skapar denna massa av aktörer en komplex situation, särskilt som aktörernas roller många gånger är oklara. Det saknas väsentligen samordning av styrningen och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får. Det saknas också en sammanhållen idé och strategi om vilka utmaningar som är viktigast, t.ex. världens storkonsumenter, och hur hälso- och sjukvården (och omsorgen) strategiskt ska ta sig an detta. Mångfalden och splittringen av styrningen får sannolikt effekten att "ingen styrning fungerar" och att förändringar uteblir. Det leder till ytterligare styrningsförsök, inte sällan kort-siktiga och detaljerade. Den detaljerade styrningen, framför allt med användning av ekonomiska styrmedel, utmanar den professionella autonomin och kan orsaka administrativt merarbete.

Utredningens analys av statens styrning av hälso- och sjukvården visar att statens styrmedel i alltför hög grad riktat åtgärder direkt mot de professionella och patienter dvs. individnivå, samt åtgärder på verksamhetsnivå. Karaktären av den juridiska styrningen har i stor utsträckning handlat om administrations- och handläggningsbestämmelser. Det innebär inte att åtgärderna varit olämpliga i sig, men sett till mängden måste ifrågasättas om denna typ av styrning är ändamålsenlig. Alltför mycket fokus har ägnats åt "små eller avgränsade" problem medan de stora strukturella problemen kvarstår.

Strukturen skapar ineffektivitet

Den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från många i övrigt jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur. Under utredningens gång har det blivit alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som "första linjens vård" och Sverige får anses vara sämre rustat än många andra länder att möta demografiska utmaningar i form av en ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. Många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå. Sjukhusens akutvård är väsentligt dyrare än motsvarande vård inom primärvården.

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen och uppdragsfördelningen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården i Sverige är alltför svag med en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas sjukvård och socialtjänst.

Den andra sidan av ovan nämnda struktur för hälso- och sjukvården i Sverige är att vårdens stora kostnader är bundna till sjukhusen. Det finns tecken som tyder på att produktiviteten är sämre vid svenska sjukhus än i övriga Norden. Till bilden av bristande effektivitet ska dessutom läggas problemen med överbeläggningar på många akutsjukhus. Under utredningens gång har kostnadsökningstakten stigit markant för landstingen/regionerna och prognoserna för 2015 tyder på 6–7 procents kostnadsökning, vilket givetvis är en ohållbar nivå. En grov och översiktlig analys visar att kostnadsökningarna framför allt hänförs till den sjukhusbundna vården.

En utmaning för det nuvarande sjukhusunga systemet är att få de resurser som är knutna till sjukhuset att i större utsträckning verka utanför "sjukhusets väggar" tillsammans med primärvård och kommunernas omsorg, t.ex. genom verksamhet på vårdcentral, i patientens hem eller på särskilt boende. För många av vårdens stor-konsumenter är förmågan till samverkan och samarbete mellan kommunernas vård och omsorg, landstingens primärvård och sjukhusen avgörande både för resultatet för den enskilde patienten och för hur effektivt samhällets resurser används. Vårdvalet har försvårat samlade lösningar för de patienter som har behov av samordnade insatser, bl.a. därför att det är svårt att upprätthålla en verklig samverkan med många aktörer samtidigt.

Organisation och arbetssätt leder till ineffektivitet

En industriell logik präglar vården i dag på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov. Oftast organiseras vården utifrån en "värdekedja", oavsett patientens behov. Varje mottagning och sjukhusenhet hanterar sina

egna resurser och strävar mot att uppfylla sina egna mål. Patienten rör sig i en sekvens (dock sällan linjär) mellan dessa enheter och ingen person tar ansvar för hela vårdförloppet eller de ledtider som uppstår mellan varje sekvens. En följd av detta "stuprörssystem" är att det är svårt att skapa samordnade horisontella vårdprocesser för patienten. I stor utsträckning präglas vården av att organisera sig kring akuta sjukdomstillstånd.

Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om.

Bristande kontinuitet är en väsentlig källa till ineffektivitet i vården och detta har sin förklaring i hur vården organiseras. De mest uppenbara effektivitetsvinsterna i ökad kontinuitet handlar om minskad inläsningstid, minskat överrapporteringsbehov minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt och tillit med en patient som man inte träffat tidigare. Den personliga kontinuiteten kan dessutom minska risken för att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger och bidrar sannolikt till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Det är med stor sannolikhet också en viktig faktor för patientsäkerheten. Utöver effektivitetsvinsterna är kontinuitet också en central kvalitetsfaktor för patienterna, inte minst vårdens storkonsumenter.

Bemanningen (schemalaggnings) inom hälso- och sjukvården i dag utgår inte från en planering av vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det. Inte heller utgår bemanningen från överväganden om att möjliggöra kontinuitet. Den vanliga beskrivningen av schemalaggnings inom hälso- och sjukvården i dag är att den utgår från tillgänglig personal och baserat på individuella önskemål. Det innebär att schemalaggnings kommer först, sedan ser man hur behoven kan mötas utifrån schemat – tillgängliga resurser styr vilken vård som tillhandahålls.

Vårdplatser och överbeläggningar

Regelmässiga överbeläggningar skapar ineffektivitet och framstår som ett nationellt problem. Bl.a. tvingas man ta fram specialrutiner, och inrättar t.ex. ofta särskilda vårdplatskoordinatorer. Trots olika lovvärda insatser tvingas dock berörda verksamheter lägga ner mycket kraft och tid på att hitta vårdplatser. Logistiken går i baklås. Ofta blir t.ex. patienter kvar på akuten i väntan på en vårdplats. Kvaliteten påverkas vilket kan leda till att undvikbara vårdbehov uppstår. Kanske allvarligast är arbetsmiljöfrågan. Utöver den rent fysiska stressen får personalen hantera svåra etiska dilemman och trivs helt enkelt inte vilket leder till ökad personalomsättning och verksamheten hamnar i en ond spiral. Det är viktigt framhålla att även om det oftast är ett fåtal verksamheter som har problem så påverkas hela sjukhuset. Om internmedicinska patienter samlas på akuten påverkas verksamheten på akutmottagningen. Blir det för många utlokaliserade patienter påverkas verksamheten på mottagande klinik och en kirurgisk verksamhet kanske tvinga ställa in planerade operationer, vilket i förlängningen riskerar ge köer. En väsentlig bakomliggande orsak är den höga genomsnittsbeläggningen inom en del verksamheter.

Kulturen skapar ineffektivitet

Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan och ska inte föreskriva ageranden och beteenden i detalj. Detta är särskilt viktigt i kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård, där det är naturligt och nödvändigt att de professionella i vården har tillräcklig autonomi för att kunna bedriva arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och där patientens individuella behov ges utrymme att påverka arbetet. Avsaknaden av mer formella styrmöjligheter förutsätter därmed att andra faktorer än traditionella styrmedel fungerar för att arbetet ska bedrivas effektivt.

En sådan avgörande faktor som inte "syns" är arbetsplatsens kultur. Vi har i detta sammanhang valt att definiera kultur som värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden eller sätt att tänka – dvs. inte det faktiska handlandet i sig utan de värderingar som ligger bakom agerandet såväl på

individ- som organisationsnivå. Vi har mött åtskilliga exempel på att arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”. Det gör att kulturfrågorna är centrala för förståelsen av och utformningen av styrningen av vården. Val av styrfilosofi, styrmedel och styrteknik behöver grundas i en förståelse för hur styrningen tas emot i den kulturella kontexten.

Framgångsrika verksamheter har en stark och sund ”vi-anda” där olika professioner och patienter samarbetar på ett prestigelöst sätt. En sådan kultur bäddar för att aktörerna i vardagen identifierar möjliga förbättringar och att dessa innovationer kan genomföras. Första linjens chefer har en viktig uppgift som kulturbärare av dessa ”mjuka” värden. En effekt av en sund och icke-hierarkisk ”vi-anda” är att det påverkar synen på patientens roll i vården: patienten blir en del av teamet och inte ett objekt som ska ”sättas i centrum”.

Kompetensförsörjningen skapar ineffektivitet

Personalsammansättningen har stor betydelse för effektiviteten i vården. Dagens vårdarbete utförs i nära samverkan mellan ett stort antal yrken/professioner och patienten. För kvaliteten är det viktigt att den som är bäst lämpad utför arbetsuppgiften. Det finns också en kostnadsaspekt. Grovt sett gäller principen ju högre formell kompetens desto högre kostnad. Det borde därför vara en självklar strategi att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra den till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet. Detta brukar benämnas principen för lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON/LEON). Men denna mekanism tycks inte vara självklar i den landstingsfinansierade vården. Där har den kommunalt finansierade vården generellt sett lyckats bättre.

En jämförelse över tid visar på ett antal tydliga trender. Antalet sjuksköterskor ökar samtidigt som undersköterskorna minskar i den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Denna trend följer andra trender i samhället och brukar gå under beteckningen akademisering. Utvecklingen inom omvårdnaden har också tydliggjort sjuksköterskans självständiga roll som ledare för omvårdnadsarbetet. Frågan är dock om detta motiverar den stora förskjutning i personalsammansättning mellan sjuksköterskor och undersköter-

skor som ägt rum. Minskningen av antalet undersköterskor har medfört att sjuksköterskor i ökande omfattning får utföra basala omvårdnadsinsatser. Utredningen har intrycket att minskningen av antalet undersköterskor även medfört ökande belastning på läkarkåren. En annan tydlig trend är minskning av antalet vårdnära administratörer. Antalet administratörer i vården har varit tämligen konstant sedan många år kring 15–20 procent. Det har emellertid skett en tydlig förskjutning. Antalet vårdnära administratörer har minskat samtidigt som antalet centrala administratörer (controllers, planerare, utvecklare) har ökat. Den administrativa servicen till vårdpersonalen har minskat.

Inom läkarkåren ökar antalet specialister i allmän medicin, dock inte lika påtagligt som totalantalet läkare. Det innebär att övriga specialister, traditionellt mer sjukhusbundna, ökar snabbare än allmänläkarkåren. Läkarbrist i primärvården har varit framträdande sedan lång tid och behovet att utbilda fler läkare har konsekvent utgått från resonemanget att Sverige behöver säkra läkarförsörjningen i primärvården. Kanske är det dags att tydligt uttala att den traditionella strategin för att öka antalet specialister i primärvården via ökad läkarutbildning och ökad import av läkare är en delvis misslyckad strategi. Överhuvudtaget finns det skäl att anta att anställning av läkare inte skett på rationella grunder. Det ligger nära till hands att dra slutsatsen att anställning av läkare bestäms av tillgången och inte per automatik det faktiska behovet.

Även om kompetensmixen är en fråga för den lokala operativa nivån så är tillgången till kompetens ytterst en nationell fråga. Utredningen menar att det nationellt sett finns ett strukturellt problem i kompetensmixen i sjukvården. Utredningen har intrycket att trender, förändringar och förskjutningar över tid när det gäller tillgång till olika yrkesgrupper inte sker som led i ett strategiskt medvetet tänkande. Exempelvis har antalet läkare skjutit i höjden utan att antalet allmänläkare ökat i motsvarande grad och antalet specialistutbildade sjuksköterskor har minskat under lång tid utan att man nationellt tagit ställning till om det är en önskvärd utveckling. Det saknas ett övergripande strategisk tänkande, säkerligen delvis beroende på att ansvarsfördelningen är oklar och att många intressenter är involverade, t.ex. flera departement, myndigheter, universitet och andra utbildningsanstalter, huvudmän och professioner.

Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektiva arbetsätt

Verksamhetsstödet till hälso- och sjukvårdens personal är otillräckligt. Det handlar till stor del om brister i de olika informationsystemen men också om en avsaknad av kunskapsstöd. För patienten innebär det stora risker. En stor andel av vårdskadorna är i grunden relaterade till brister i information och kommunikation. I detta ligger också feldiagnostik, försenad diagnos och åtgärder som inte bygger på aktuell kunskap.

Många system bygger på en föråldrad logik som utgår från "pappersjournalen" där de möjligheter som skulle ges av en elektronisk lösning inte används. Standardiserade journaler förekommer sällan (t.ex. journalmallar) och möjligheterna att skriva fritext är alltför stora. Det saknas tydlighet kring grundläggande frågor om varför man ska dokumentera, vad som ska dokumenteras och vem som ska göra det. En konsekvens av detta är bl.a. en omfattande dubbeldokumentation.

Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet

Utredningen konstaterar att det finns skäl för slutsatsen att den administrativa bördan har ökat i hälso- och sjukvården. Om den är orimlig är en annan fråga. I den allmänna debatten utmålas "administration" ofta som något onödigt och byråkratiskt. Men om man granskar syften och motiv för vart och ett av de administrativa kraven oftast ett berättigat syfte i sin egen särskilda kontext. Olika delar och aktörer i sjukvårdssystemet ställer administrativa krav på varandra och sannolikt anser ingen kravställare att deras krav är orimliga för mottagaren. Sett ur ett större perspektiv är denna styrningstrend i vården del av en samhällstrend som innebär en strävan efter kontroll och riskminimering. En liknande debatt förefaller förekomma även inom skola, socialtjänst och andra kunskapsintensiva verksamheter. Utredningen anser att debatten kring administration och "New Public Management" fört det goda med sig att medvetandegraden ökat vad gäller skadeverkningarna av alltför många administrativa krav. Vidare verkar medvetandet höjas om att administration inte kan hanteras som en sorts "fri nytthet" som kan belastas utan gräns.

Vid en samlad bedömning anser utredningen att den frustration över den administrativa bördan som framskymtar i debatten beror på en rad interagerande orsaker. Frustrationen beror i stor utsträckning på andra saker än att enbart administrativa *krav* ökat. Exempelvis är de IT-baserade verksamhetssystemen föråldrade och hanterar inte automatiskt nödvändig uppföljningsadministration som då måste utföras manuellt. På vissa håll i Sverige finns mycket detaljstyrande ersättningssystem som förutom att inkräkta på den professionella autonomi också påverkar de professionellas upplevelse av att vara kontrollerade och ifrågasatta. Bristerna i stöd och styrning skapar i dessa fall inte bara ”pappersarbete” utan påverkar arbetsklimat och möjligheten till tillitsfulla relationer mellan beställare och utförare.

En stor del av administrationen beror på arbetssätten i vården. Dubbeldokumentation uppstår ofta för att man inom enheterna inte klargjort vem som ska göra vad avseende dokumentation och vad som behöver dokumenteras. Bristande kontinuitet gör att dokumentation och överlämning av information tar mycket av personalens tid.

När det gäller *statens* styrning som renderar administrativt arbete har utredningen särskilt analyserat de lagbundna kraven och funnit att statens normering de senaste tio åren har stora inslag av normgivning av administrativ karaktär.

Annat av betydelse för ineffektivitet

En extensiv tolkning av effektivitet i hälso- och sjukvården kan innebära att i stort sett allt kan påverka förutsättningarna för effektivt resursutnyttjande. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen. Samtidigt är hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka hälsan i befolkningen begränsad då människors hälsa beror på många andra faktorer som ligger utanför vårdens möjligheter att påverka. Att bedöma hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsa i befolkningen liksom betydelsen för effektivitet i hälso- och sjukvården är vanskligt. Klart är dock att både att förebygga ohälsa och att främja hälsa kan ha stor betydelse för kostnaderna för hälso- och sjukvården och hur resurserna används.

Förslag och rekommendationer

Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Vi anser att den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande utmaningar.

- En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.
- Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar ”spiltid” för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete.
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiserars.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system, vilket starkt bidrar till svårigheterna att implementera förändringar med avsikt att höja effektiviteten. Vår samlade bedömning är att lösningarna är lika sammansatta och komplicerade som de identifierade effektivitetsproblemet i hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs åtgärder på alla nivåer mot att åstadkomma styrning, struktur, samarbete, organisering och arbetssätt som bättre möter patientens behov och möjligheter att bidra med sina egna insatser. Inget av detta går att lösa med en ansats av ”alexanderhugg”. I stället måste utvecklingen, enligt utredningens uppfattning, ha karaktären av ”små” åtgärder men som sammantaget leder åt rätt håll och där de olika åtgärderna får en positiv påverkan på varandra.

Starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur

För att åstadkomma förändringar behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården. Huvudmännen behöver i högre grad ta ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Det behövs också en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför följande.

En nationell konsultationsordning

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver en mer koordinerad styrning. Inte minst för att minska skillnader i utbud och hälsoutfall över landet. Vi föreslår en nationell konsultationsordning, som ska bestå av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och landsting/regioner. I konsultationsordningen ska diskuteras hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för hela systemet med målet att uppnå större enighet avseende gemensamma utmaningar.

Landstingen åläggs en principiell skyldighet att gemensamt utföra uppgifter när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Landstingen som kollektiv har i dagsläget ingen skyldighet att samarbeta med varandra. Utredningen konstaterar, liksom flera tidigare utredningar, att allt fler uppgifter inom hälso- och sjukvården behöver få mer enhetliga lösningar över landet. Ett effektivt resursutnyttjande förutsätter att landstingen i högre grad samlas kring gemensamma lösningar samt allokering av resurser för detta. Utredningen föreslår därför att landstingen ska vara skyldiga att gemensamt planera och utföra en uppgift när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Landstingen behöver utveckla former för att säkerställa att sådana gemensamma uppgifter kan lösas gemensamt och att dessa blir långsiktigt hållbara.

Utredningen bedömer att om denna nya principiella skyldighet inte får avsedd effekt inom två år bör regeringen överväga ytterligare åtgärder. Sådana åtgärder skulle kunna vara en mer detaljerad

lagstiftning om vilka uppgifter landstingen måste lösa gemensamt, att skyldigheten ska fullgöras i ett gemensamt kommunalförbund eller att regeringen bemyndigas att besluta om att viss uppgift ska lösas gemensamt.

Förändring av grundläggande styrprinciper för vårdens organisering

I dag utgår de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i stor utsträckning från sluten vård vid sjukhus. Vi föreslår att lagstiftningen utgår från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen är öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Slutens vård kan ske på vårdinrättning, i patientens hem eller annan plats där kraven på god vård upprätthålls.

Ny lagstiftning om primärvårdens uppdrag

Mot bakgrund av kommande demografiska utmaningar behöver det svenska systemet ställa om så att mer resurser ges till de delar i systemet som har bäst förmåga att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Det är inte en utbyggd sjukhusvård som, generellt sett, ger bäst förutsättningar för att möta dessa utmaningar utan en stärkt primärvård. Utredningen bedömer dessutom att en förstärkning av primärvården sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan vidta för att minska ojämlikhet i hälsa bland befolkningen. Vi föreslår därför lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Primärvården får ett tydligt akutuppdrag

Vi föreslår lagstiftning som innebär att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Vi bedömer också att det behövs lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå. Vi föreslår att det i lagen ska införas ett remisskrav för akut hälso- och sjukvård vid sjukhus. Remisskravet innebär inte någon särskild formalia, utan handlar om att patienten ska ha bedömts behöva sjukhusens akutsjukvård av primärvård, telefonrådgivning, 112 eller annan sjukvårdsaktör med kompetens att bedöma detta.

Nya krav på primärvårdens organisering

Vi föreslår att primärvården delas upp i två organisatoriska delar, den allmänna primärvården och den riktade primärvården. Allmän primärvård kommer organisatoriskt att motsvara den nuvarande primärvården, bl.a. när det gäller regleringen av vårdvalssystem. Den riktade primärvården undantas från det obligatoriska vårdvalet. Den riktade primärvården fullgör primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov.

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

Integreringen av olika insatser från olika verksamheter och huvudmän är inte tillräckligt långt gången för att möta behoven hos multisjuka sköra äldre. Tidigare styrningsförsök från statens sida har inte förmått åtgärda problemen. Utredningen föreslår ny lagstiftning som ställer krav på att kommun och landsting ska *utföra* verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov så att den enskilde får en sammanhållen vård och socialtjänst. Förslaget ska betraktas som ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som måste hänga ihop och som utgör en "hängränna mellan stuprör".

Förslaget innebär att valfrihetsbestämmelserna om den gemensamma verksamheten förändras så att kommun och landsting, 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”.

Utredningen föreslår att 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.

Resursomfördelning från sjukhusvård till primärvård nödvändig

Förslagen innebär att landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Utredningen presenterar en rad åtgärder som landstingen kan behöva vidta för att åstadkomma detta.

Minskad detaljstyrning

Detaljstyrningen i form av lagstiftning som binder upp vissa professioner till vissa arbetsuppgifter behöver så långt möjligt ändras för att möjliggöra en utveckling av de mest rationella arbetssätten. Utredningen föreslår därför att vårdgarantin görs professionsneutral genom att garantin att få besöka *läkare* inom 7 dagar i primärvården ändras till en garanti att få en medicinsk bedömning inom 3 dagar. Utredningen bedömer att även andra författningar behöver göras professionsneutrala, särskilt de som tar sikte på att läkarintyg ska lämnas. En förändring som tidigare föreslagits beträffande signeringskravet bör genomföras.

Utredningen föreslår vidare att staten ska ge mer aktiv vägledning till vårdens verksamheter avseende vem som får göra vad. Detta mot bakgrund av att utredningen bedömer att stödet till hälso- och sjukvården beträffande arbetet med att styra och fördela arbetsuppgifter alltför ofta utgår från traditioner och missuppfattningar om vilken yrkeskategori som får göra vad.

Utöver att utredningen lämnar förslag till åtgärder som kan vidtas av staten lämnar utredningen rekommendationer som riktar sig till landstingen. I korthet rör det som om rekommendationer som

syftar till att öka långsiktigheten i styrningen och att minska detaljstyrningen exempelvis genom att förenkla ersättningssystem och stimulera till omfördelning mellan yrkesgrupper.

Utredningen föreslår 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. Dagens begränsning där kommunerna inte får ansvara för läkarvård är en detaljreglering som utredningen menar är onödig.

Ändrade arbetsätt

Utredningen lämnar rekommendationer om generella principer som ska vara vägledande för ändrade arbetsätt i hälso- och sjukvården. I korthet innebär dessa att samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetsätten med ledning av följande principer:

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

Utredningen ger i anslutning till principerna rekommendationer om ett flertal åtgärder som huvudmännen, verksamheterna och medarbetarna behöver vidta för att principerna ska få genomslag.

Utöver detta lämnar vi rekommendationer till staten om att se över det samlade kunskapsstödet från olika aktörer och där tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering bör övervägas. Staten rekommenderas också att ta initiativ till en studie av de faktorer som påverkar effektiviteten på sjukhusen.

Kontinuitet som effektiviseringsstrategi

Utredningen konstaterar att kontinuitet är viktig för effektiviteten. Det finns redan lagkrav på kontinuitet i vården, utredningen avstår därför från att ytterligare lagreglera detta centrala värde. Däremot rekommenderas landstingen att i ökad utsträckning använda kontinuitet, och särskilt teamkontinuitet, som ett viktigt värde och utgångspunkt i sin styrning.

Verksamhetsstöd

Verksamhetsstöden behöver samlade insatser från både staten och huvudmännen för att ge den funktionalitet och användbarhet som innebär att de blir ett verkligt stöd i det praktiska arbetet och bidrar till att både spara tid och stärka kvalitet och patientsäkerhet.

Regeringen och huvudmännen behöver formulera en vision för utvecklingsarbetet som utgår från medborgarperspektivet och gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden. Huvudmännen rekommenderas att fatta gemensamma beslut om utveckling av verksamhetsstöden.

Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården. Utredningen föreslår att vissa förslag som andra utredningar lagt ska genomföras för att åstadkomma detta. Det gäller särskilt det liggande förslaget till en ny lagstiftning för informationshantering i hälso- och sjukvård och socialtjänst och förslaget om statlig styrning av standarder för interoperabilitet mellan verksamhetsstöden. Utredningen föreslår att ett center för informationsstruktur och informatik inrättas. Detta ska utformas som ett regionalt nätverk. Vidare föreslås att huvudmän och staten ger stöd till utveckling av strukturerad information, t.ex. journalmallar.

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården föreslås ändras så att det i föreskrifterna ställs krav på att huvudmännen anger övergripande principer för dokumentation vården och ansvaret för att det ska ske. Socialstyrelsen föreslås förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården. Det av utredningen föreslagna centret för informationsstruktur och informatik ska tillhandahålla metodstöd i arbetet.

Regeringen föreslås att i samarbete med huvudmännen finansiera ett nationellt hälsobibliotek. Hälsobiblioteket ska erbjuda vårdens professioner en elektronisk lösning för att snabbt kunna hitta, sovra och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe.

Övriga åtgärder för att minska den administrativa bördan

Många av utredningens förslag i betänkandet i övrigt innebär en minskad administrativ börda. Utredningen rekommenderar att staten och huvudmännen på alla nivåer ska verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna för hälso- och sjukvården i samband med beslut eller andra åtgärder. För regeringens del föreslår utredningen förordningsändringar som innebär skyldigheter att göra detta. Utredningen föreslår att de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ska samordna och begränsa kraven på intyg.

Kompetensförsörjning

Utredningen menar att Sverige har ett strukturellt problem avseende kompetensmixen i vården. Dessa olika utvecklingslinjer har fått fortgå under lång tid utan att "någon" tagit tag i det samlade problemet. Det förklaras sannolikt av att många aktörer har ansvar för olika delar av frågan.

En stående kommitté för nationell samverkan om kompetensförsörjning i vården

Vi anser att det är viktigt för effektiviteten inom vården att vissa utbildningsfrågor blir föremål för en betydligt tätare och mer formaliserad samverkan mellan staten, huvudmännen (landsting/regioner och kommunerna) och företrädare för vårdens professioner. Utredningen föreslår att denna samverkansorganisation skapas som en stående kommitté med SMER som förebild. På den statliga sidan krävs samverkan/representation från såväl Utbildningsdepartemen-

tet som Socialdepartementet. Utredningen ser i första hand följande områden som bör hanteras inom en samverkansorganisation.

- Grundutbildningarnas dimensionering, dvs. antal studenter
- Grundutbildningarnas innehåll, dvs. fortlöpande ta ställning till behov av förändring utifrån vårdens och samhällets utveckling
- Vidareutbildningarnas dimensionering och utformning
- Principiella övergripande kompetenskrav för vårdens professioner
- Drivkrafterna för utvecklingen av nya arbetssätt, fördelning av arbetsuppgifter m.m.

Utred framtidens sjuksköterskeutbildning

Vi föreslår att regeringen utreder utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning. Utredningens uppdrag bör omfatta såväl grundutbildningen som vidareutbildningen. Utredningsuppdraget avseende vissa centrala frågeställningar i vidareutbildningen bör prioriteras med hänvisning till frågans närmast akuta karaktär. Detta avser i första hand utbildningens principiella utformning, dvs. avvägningen mellan praktisk tjänstgöring och teoretisk utbildning samt anställningsförhållanden under utbildningstiden.

Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Vi föreslår att Socialstyrelsen får uppdraget att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården. Avsikten är att stärka det framtida samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård.

Nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer

Utredningen anser att det finns en avsevärd effektiviseringspotential på enhets-/teamnivå i förändrad mix mellan vårdens yrkesgrupper. Detta arbete försvåras i dag av att yrkesutbildningarna till undersköterska och sekreterare/vårdadministratör varierar kraftigt i utformning mellan olika skolor. Socialstyrelsen föreslås få uppdraget att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

Forskning

I dag finns i lagstiftningen en skyldighet att *medverka i forskning* och en skyldighet att *utveckla verksamheten* fortlöpande. Lagen gör dock ingen koppling mellan forskningen och skyldigheten att utveckla. Utredningen menar att förhållandet mellan forskning och utveckling vara sömlöst i ett akademiskt präglat sjukvårdssystem. Övergången är flytande. Ytterligare ett problem är att formuleringen kring forskning är passiv. Det finns en uppenbar risk att skyldigheten tolkas som medverkan i en verksamhet där någon annan har initiativet, vilket är olyckligt. Hälso- och sjukvården bör i allra högsta grad ta egna initiativ inom forskningen. Utredningen bedömer att frågan bör utredas vidare.

Utredningen föreslår att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.