

## Hur möter vi framtiden? Utmaningar och utvecklingsområden i den somatiska specialistvården

Landstingfullmäktige beslutade i budget 2011: ”För att möta framtidens behov tas en plan för länets specialiserade vård fram”. Planen ska innehålla en bedömning och beskrivning av trolig utveckling de närmaste 10 åren avseende demografi, vårdbehov, patientens och närståendes roll, medicinsk och medicinteknisk utveckling samt utveckling av informationsteknologi.”

Rapporten ”Hur möter vi framtiden” har tagits fram med bred delaktighet och det har genomförts omvärldsspaning, dialoger, enkäter och work-shops.

Rapporten inleds, med en sammanfattning av aktuella frågor och trender. Därefter görs en fördjupad genomgång av 20 strategiska utvecklingsområden. Rapporten avslutas med ett framtidsscenario.

Rapporten utgör en utmärkt grund för fördjupad dialog om utveckling och planering i grupper med politiker, tjänstemän och andra aktörer i samband med verksamhetsplanering och budgetarbeten.

### Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

**att** rapporten ska ligga till grund för dialog och planering i kommande budgetarbeten.

LANDSTINGETS KANSLI

Agneta Jansmyr  
Landstingsdirektör

Christer Lindholm

## **Hur möter vi framtiden?**

- utmaningar och utvecklingsområden inom den somatiska specialistvården

## Förord

Landstingsfullmäktige beslutade i budget 2011: ”För att möta framtidens behov tas en plan för länets specialiserade vård fram. Planen ska innehålla en bedömning och beskrivning av trolig utveckling de närmaste 10 åren avseende demografi, vårdbehov, patientens och närståendes roll, medicinsk och medicinkteknisk utveckling samt utveckling av informationsteknologi.”

Under ledning av Christer Lindholm som projektledare och en projektgrupp har det tagits fram en översikt kring aktuella frågor och trender. Projektet har eftersträvat att fånga mångas bedömningar av framtiden varför det har genomförts ett stort antal dialoger, enkäter och workshops. Därefter har det formulerats 20 utmaningar och strategiska utvecklingsområden.

Det är vår förhoppning att detta spännande material kan tjäna som en bra utgångspunkt för planering inför framtidens sjukvård. Framtiden börjar nu.

Mats Bojestig  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

<b>Innehåll</b>	<b>Sidan</b>
<b>Förord</b>	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>9</b>
1.2 Uppdraget	9
1.3 Rapportens utformning	9
<b>2. Aktuella frågor och trender – en översikt</b>	<b>11</b>
2.1 Några basfakta Resurser Produktion	11
2.2 Behov och förväntningar Morgondagens hälsokonsument En åldrande befolkning	16
2.3 Medicinsk och medicinteknisk utveckling 19 Diagnostik Behandling Medicinteknik	
2.4 Nationell styrning och kvalitetskrav	22
2.5 Kompetensförsörjning	23
2.6 Ekonomiska förutsättningar	24
2.7 Utvecklingen i Sverige	24
2.8 Utvecklingen i Europa	25
<b>3. Utmaningar och strategiska utvecklingsområden</b>	<b>27</b>
3.1 Några grundläggande utgångspunkter	27
3.2 Partnerskap med patienten – ett paradigmskifte	28
3.3 Förbättra vården av multisjuka äldre	29

<b>3.4</b>	<b>Ta ett totalgrepp om rehabiliteringen</b>	<b>30</b>
<b>3.5</b>	<b>Sträva efter ”samtidig vård”</b>	<b>30</b>
<b>3.6</b>	<b>Uppnå jämlik vård</b>	<b>31</b>
<b>3.7</b>	<b>Flexibla lösningar för att möta kompetensbehovet</b>	<b>32</b>
<b>3.8</b>	<b>Behovsstyrd planering</b>	<b>34</b>
<b>3.9</b>	<b>Hitta en balans mellan ”allmän” och ”subspecialiserad” vård</b>	<b>35</b>
<b>3.10</b>	<b>Kunskapsstyrning för en likvärdig vård</b>	<b>36</b>
<b>3.11</b>	<b>Bättre läkemedelsanvändning</b>	<b>37</b>
<b>3.12</b>	<b>Se över primärvårdens roll</b>	<b>39</b>
<b>3.13</b>	<b>Utveckla ett hälsofrämjande och sjukdomsföre- byggande arbetssätt i hela hälso- och sjukvården</b>	<b>40</b>
<b>3.14</b>	<b>Prioritera tydligare</b>	<b>42</b>
<b>3.15</b>	<b>Valfrihet ger patientmakt</b>	<b>43</b>
<b>3.16</b>	<b>eHälsa förändrar vården</b>	<b>44</b>
<b>3.17</b>	<b>Incitament för att stödja utvecklingen</b>	<b>47</b>
<b>3.18</b>	<b>Dimensionering – operationskapacitet</b>	<b>48</b>
<b>3.19</b>	<b>Dimensionering - fördelning mellan öppen och slutenvård</b>	<b>49</b>
<b>3.20</b>	<b>Dimensionering – lokaler</b>	<b>50</b>
<b>3.21</b>	<b>Framtiden utmanar organisationen</b>	<b>51</b>
	Ett framtidsscenario?	
	Dagens organisation	
	Hur lever dagens organisation upp till kraven?	
	Slutsats – utmaning	
	Struktur	

***Bilagor***

- 1. Uppdrag*
- 2. Operationskapacitet*
- 3. Referenser*

## Sammanfattning

Efter ett inledande avsnitt som sammanfattar aktuella frågor och trender görs en fördjupad genomgång under rubriken "Utmaningar och strategiska utvecklingsområden". Varje delavsnitt avslutas med en punktvis redovisning av områden som bör uppmärksammas i den fortsatta utvecklingen av landstingets hälso- och sjukvård. Lösningar på olika utmaningar utarbetas bäst av dem som besitter djupare kunskaper i respektive sakfråga. Uppdraget har gällt den specialiserade somatiska vården, men det har varit ofrånkomligt att även ta upp primärvården i olika sammanhang.

Sammanfattningen koncentreras på de identifierade utvecklingsområdena. Men först något om utvecklingen i stort.

Hälso- och sjukvården i Sverige och landstinget står inför en utmaning som delas av hela västvärlden, att möta det ökande behovet av vård och omsorg hos en åldrande befolkning. Försörjningsbördan på de aktiva åldrarna blir allt större. Befolkningsförändringarna i Jönköpings län motsvarar en ökning av vårdplatsbehovet med 10 procent till år 2020, om inga åtgärder vidtas. Det bedöms emellertid inte troligt att utvecklingen kommer att leda till fler vårdplatser. En fortsatt utveckling av öppna vårdformer och en konsekvent tillämpning av LEON-principen (Lägsta effektiva omhändertagandenivå) verkar i motsatt riktning.

Befolkningen och patienterna väntas ställa allt större krav på hälso- och sjukvården. Morgondagens "hälsokonsument" är mer påläst och kunnig genom lättillgänglig information via internet. Väntetider och behandlingsresultat kan lätt jämföras och patienten har rätt att välja den vårdgivare som passar honom eller henne. Utvecklingen leder till en konkurrenssituation som kommer att skärpa kravet på vårdgivarens agerande avseende tillgänglighet, kvalitet och bemötande.

Samtidigt ser vi en växande grupp äldre patienter med många kroniska sjukdomar, de multissjuka, som är beroende av ett samordnat omhändertagande.

Diagnostik och behandling utvecklas så att allt fler sjukdomstillstånd kan lindras eller botas. Det innebär samtidigt att fler överlever med ett långvarigt behov av vård och omsorg, vilket bidrar till ett ökat tryck på resurserna.

För att klara en ökad efterfrågan och allmänt ökande förväntningar krävs en årlig effektivisering/omfördelning motsvarande cirka en procent av resurserna enligt SKLs bedömning.

Kompetensförsörjningen tillgodoses bland annat genom flexibla personallösningar med förskjutning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper, t ex från läkare till sjuksköterskor.

Följande figur sammanfattar de utvecklingsområden som bedöms ha stor strategisk betydelse inför framtiden. Därefter kommenteras kortfattat respektive område.

### *Strategiska utvecklingsområden*



#### ***Partnerskap med patienten***

Partnerskap med patienten är en av nycklarna för att vidareutveckla kvalitén och möta effektiviseringskraven.

#### ***Förbättra vården av multisjuka äldre***

De mest sjuka äldre behöver särskild uppmärksamhet.

#### ***Totalgrepp om rehabiliteringen***

Rehabiliteringsverksamheten omfattar mångskiftande aktiviteter. Det kan finnas skäl att utifrån ett processperspektiv se närmare på ansvars- och resursfördelning.

#### ***Samtidig vård***

Att kunna erbjuda ”samtidig vård” där flera åtgärder görs parallellt för att minimera ledtiderna är särskilt angeläget vid livshotande tillstånd.

#### ***Jämlig vård***

Rapporter på riksnivå har belagt att hälso- och sjukvårdens insatser varierar efter socioekonomisk status och etnicitet. Problemet måste uppmärksammas. Samtidigt behövs det mer faktaunderlag för att belysa situationen i landstinget.

### ***Kunskapsstyrning för likvärdig vård***

Att kunna garantera en likvärdig vård i länet och i hela landet oavsett bostadsort är en grundläggande fråga nu och i framtiden.

### ***Flexibla lösningar för kompetensförsörjning***

Det behövs annorlunda, flexibla lösningar som går utöver den invanda hierarkiska ordningen. Samtidigt finns behov av nya yrkeskategorier som kommer att bidra till att ändra den traditionella bilden. Samarbete över yrkes- och disciplinränsar kommer att bli nödvändigt i än högre grad i framtiden.

### ***Behovsstyrd planering***

Planering av produktion och åtföljande schemaläggning av de samlade personalresurserna kan förbättras.

### ***Bättre läkemedelsanvändning***

Införandet av nya, dyra läkemedel är en brännande och aktuell fråga som kommer att få en allt större betydelse. Uppföljning av förskrivningsmönster och behandlingsresultat är andra framtidsinriktade frågor.

### ***Primärvårdens roll***

Samarbetet mellan primärvården och specialistvården kommer att utvecklas och gränserna kommer delvis att suddas ut. Primärvårdens breda generalistkompetens kan tillsammans med geriatrisk kompetens behövas i slutenvården av multisyjuka.

### ***Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt***

Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” innebär ett *paradigmskifte* för hela hälso- och sjukvården.

### ***Tydliga prioriteringar***

Behovet av att prioritera/omprioritera för att kunna tillgodose förväntningar och behov väntas öka såväl horisontalt mellan enheter, som vertikalt inom enheter.

### ***Valfrihet ger patientmakt***

Patienten väljer den vård som är tillgänglig och som visar goda resultat, vilket leder till en nyorientering av landstingets egen vård.

### ***eHälsa förändrar vården***

Vi är i början på en utveckling som endast begränsas av fantasin. För landstingets del handlar det om att försöka identifiera eHälsans roll och potential för framtiden och lägga fast en ambitionsnivå med mål och långsiktig strategi.

### ***Incitament för att stödja utvecklingen***

Incitamentstrukturen måste stödja målen och styra utvecklingen i önskad riktning.

### ***Operationskapacitet***

Den dagkirurgiska verksamheten växer snabbt, varför det finns skäl att göra en djupare analys av förutsättningar och behov.



***Dimensionering av lokaler***

Översyner av lokaler för att förebygga infektioner är motiverade, det gäller bl a centrala operationsenheterna och vårdavdelningar.

***Fördelning mellan öppen och sluten vård***

En systematisk genomgång av förutsättningarna för en överföring till öppna vårdformer föreslås.

***Organisation***

För att möta de framtida behoven inom hälso- och sjukvården fordras en kraftsamling inom och mellan specialiteterna med ett ökat samarbete mellan sjukhusen. Detta kräver i sin tur en effektivare samordning och beslutsordning i länet.

## 1. Inledning

### 1.1 Uppdraget

Landstinget har i budget 2011 beslutat att utarbeta en plan för länets somatiska, specialiserade vård. Av direktiven, som fastställdes av hälso- och sjukvårdsdirektören i februari 2011 (bilaga 1), framgår att planen ska innehålla en bedömning och beskrivning av trolig utveckling de närmaste tio åren avseende bland annat demografi, vårdbehov, patientens och närståendes roll, medicinsk och medicinteknisk utveckling samt utveckling av informationsteknologi. Viktiga utgångspunkter är Hälso- och sjukvårdslagens mål om god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt kriterierna för god vård enligt SOSFS 2005:12.

Arbetet har bedrivits i en projektgrupp bestående av utvecklingsledare Joakim Edvinsson, distriktsläkare Staffan Ekedahl, utvecklingschef Ingeborg Franzén, vårdcontroller Berith Hedberg, överläkare Jörgen Tholstrup och projektledare Christer Lindholm.

I projektets styrgrupp har ingått hälso- och sjukvårdsdirektör Mats Bojestig och utvecklingsdirektör Göran Henriks.

### 1.2 Rapportens utformning

Rapporten bygger på följande aktiviteter/källor

- genomgång av allmänt källmaterial, såsom rapporter och statistik,
- intervjuer med nyckelpersoner inom organisationen,
- enkät till verksamheten (medicinska programgrupper m fl) om framtidsbedömningar,
- workshop med patientföreträdare, verksamhetsföreträdare, förtroendevalda och kommunala företrädare.

Rapporten är indelad i två huvudavsnitt. ”Aktuella frågor och trender – en översikt” beskriver kortfattat några basfakta och ger, som rubriken anger, en översiktlig beskrivning av utveckling och trender. Avsnittet bygger bland annat på lokalt material såsom verksamhetsenkäten och den genomförda workshopen, men även material från andra landsting, centrala organ m fl. I avsnittet ”Utmaningar och strategiska utvecklingsområden” görs en fördjupad beskrivning av utvecklingsområden och utmaningar. Fokus ligger på de strategiska framtidsfrågorna, som har särskild betydelse för den långsiktiga planeringen. Varje delavsnitt avslutas med en punktvis sammanfattning av identifierade utvecklingsområden.

Rapporten är inriktad på den specialiserade somatiska vården i enlighet med direktivet, men berör även primärvården och kommunernas vård och omsorg i

tillämpliga delar. Den tidigare nämnda verksamhetsenkäten har även omfattat primärvården (medicinsk programgrupp).

## 2. Aktuella frågor och trender – en översikt

### 2.1 Några basfakta

#### *Fördelning av specialistresurser*

Den specialiserade somatiska vården i Landstinget i Jönköpings län omfattar Länssjukhuset Ryhov, Högländssjukhuset i Eksjö, Värnamo sjukhus samt ett antal öppenvårdsmottagningar utanför sjukhusen.

*Tabell 1. Kliniker med fastställda somatiska vårdplatser.  
Mottagningar som inte är knutna till någon klinik.*

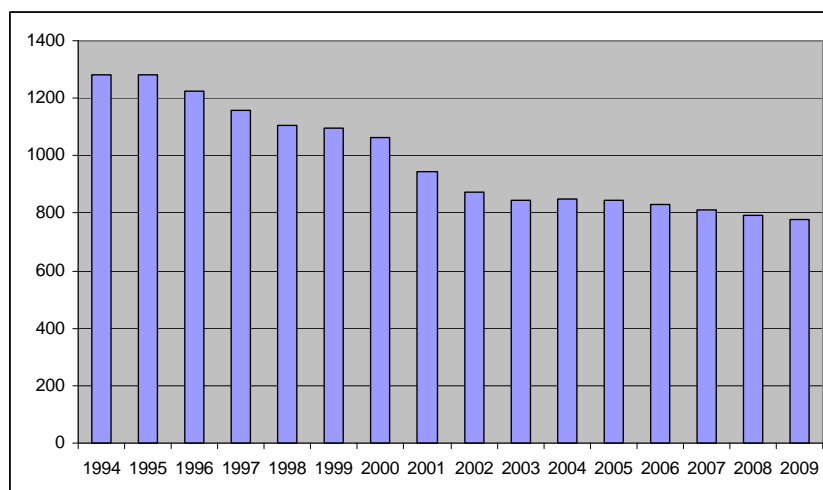
Specialitet	Länssjukhuset Ryhov	Högländssjukhuset	Värnamo sjukhus
Medicin	99	91	72
Hud	4 *	mott	mott
Barn o ungdom	40 *	mott	mott
Infektion	27 *		
Kirurgi	65	47	40
Ortopedi	48	37	38
Ögon	2 *	mott	mott
Öron, näsa, hals	10 *	mott	mott
Kvinnosjukvård	31	17	16
Onkologi	16 *		
Med rehab	12 *		
Geriatrisk	56	58**	28
Vårdplatser totalt	410	250	194
Upptagningsområde Invånare	144 032	107 553	84 460

\*) Resurs för hela länet    \*\*) Nässjö

Barnmottagningar finns dessutom i Huskvarna, Jönköping, Nässjö, Tranås, Vetlanda och Gislaved. Gynekologmottagningar finns även i Huskvarna och Nässjö. I Nässjö finns också ortopedmottagning, hud- och reumatologimottagning samt öron-, näs- och halsmottagning.

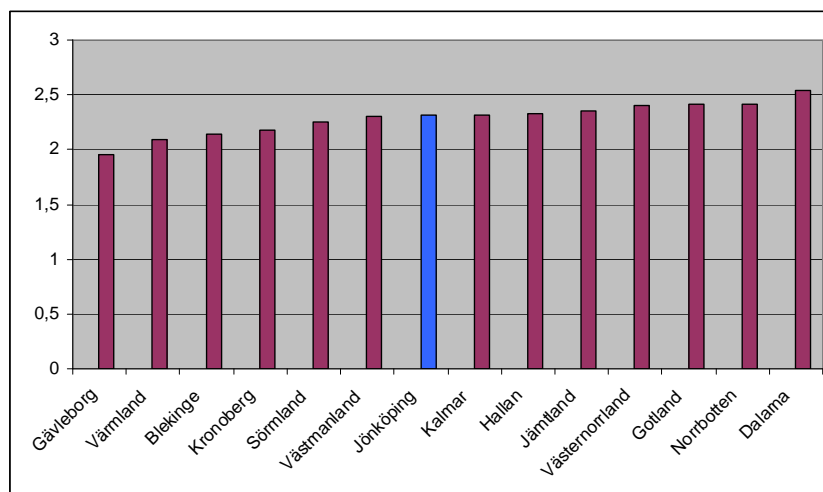
Antalet vårdplatser minskade kraftigt under 1990-talet varefter minskningen har planat ut.

*Fig 2. Antal vårdplatser, somatisk vård, Landstinget i Jönköpings län*



Vad gäller tillgången på vårdplatser intar landstinget en mittenposition bland jämförbara landsting.

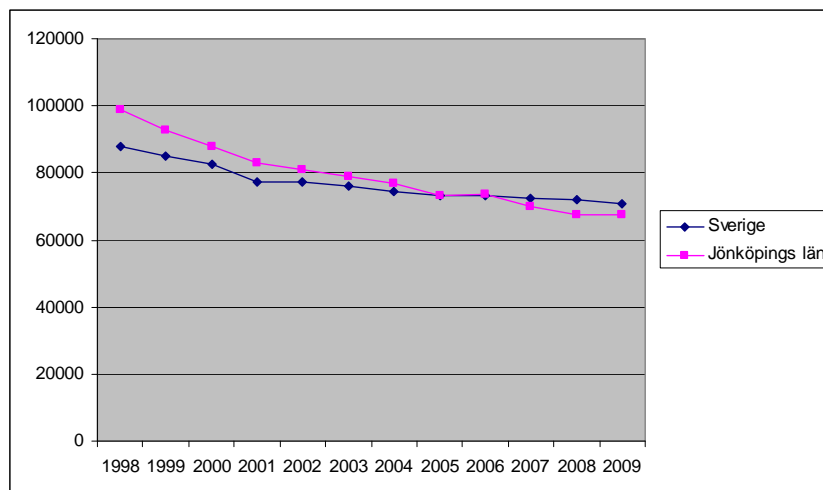
*Fig 3. Vårdplatser per 1000 invånare, somatisk vård , 2009*



### ***Konsumtion och produktion av sluten och öppen vård***

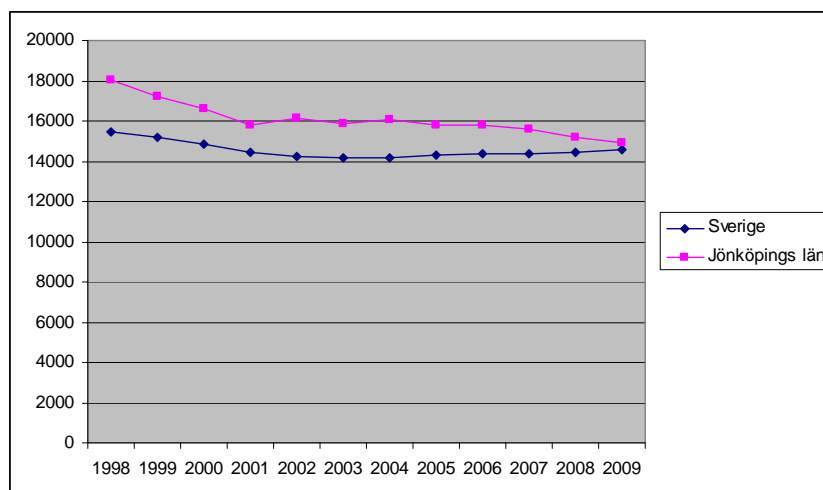
Antalet vårddagar per invånare har minskat kraftigt i både landstinget och riket i ett längre perspektiv. Under de sista åren märks en tendens till utplaning i landstinget. Huruvida detta är ett trendbrott kan inte bedömas i dagsläget.

Fig 4. Vård dagar per 100 000 invånare, somatisk vård



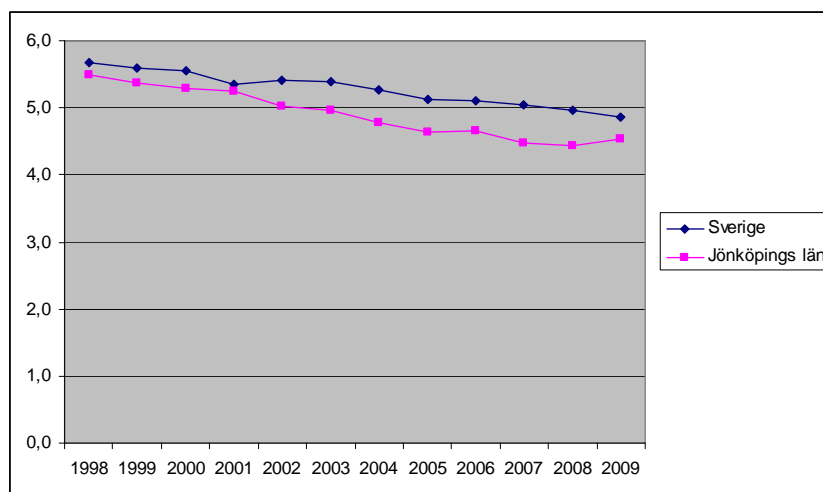
Konsumtionen mätt som vårdtillfällena har också minskat, men inte i samma omfattning som vård dagarna. Landstinget har upprätthållit en hög produktion och utnyttjande av vårdplatserna jämfört med riket genom att ha kortare medelvårdstider. Utvecklingen i landstinget och riket har nu närmast sig varandra och fr o m 2009 märks ingen skillnad.

Fig 5. Vårdtillfällen per 100 000 invånare, somatisk vård



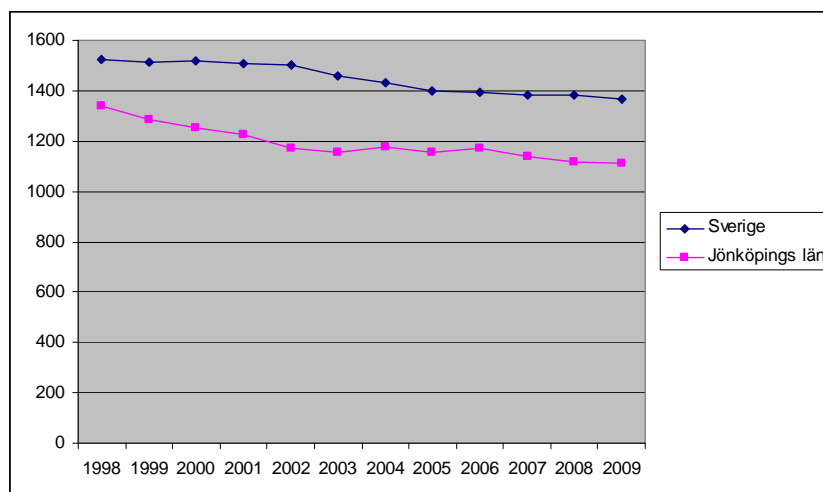
Minskningen av medelvårdstiden i landstinget har stannat upp under de senaste åren och även här närmar sig landstinget riksgenomsnittet. Avvikelsen från trenden i riket, som visar en fortsatt minskning av medelvårdstiden, är dock svårförklarlig och olikheter i underlagsmaterialet kan inte uteslutas.

Fig 6. Utveckling av medelvårtdiden



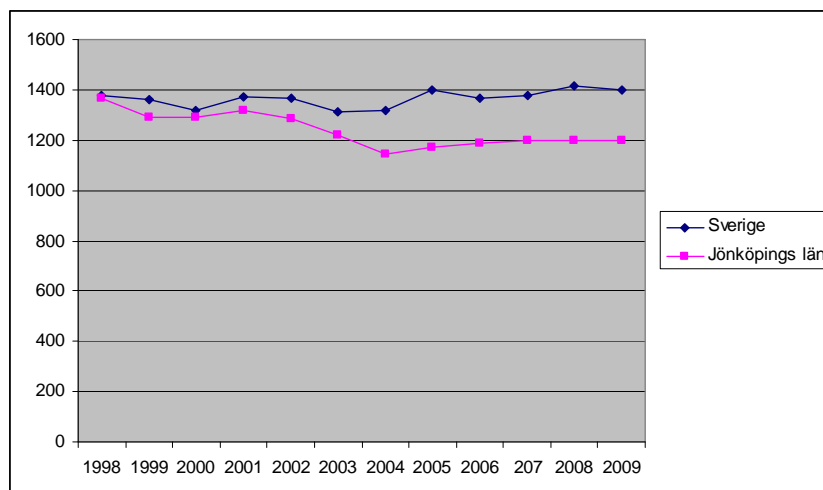
Även läkarbesöken (inkl psykiatri, som inte gått att särskilja) visar en minskning över tiden. Konsumtionen är märkbart lägre i länet än i riket.

Fig. 7 Läkarbesök per 1000 invånare specialiserad vård inkl. psykiatri



Den lägre konsumtionen av specialistvård kompenseras inte av en högre konsumtion av primärvård; även inom primärvården är konsumtionen lägre än riksgenomsnittet.

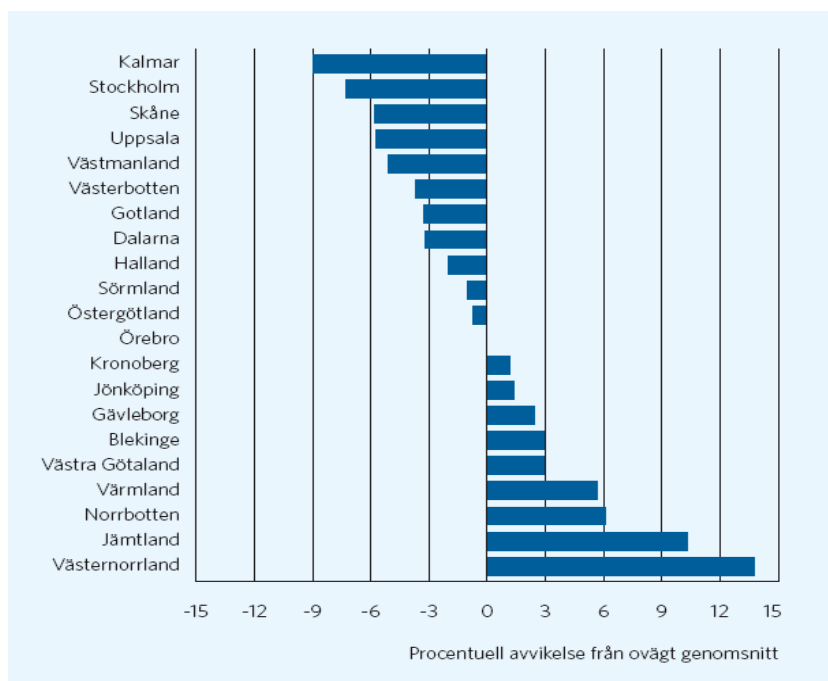
*Fig 8 Läkarpbesök per 1000 invånare, primärvård exkl. mödrahälsovård och barnhälsovård*



### **Produktivitet och effektivitet**

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gör i rapporten ”Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården” (2011) en jämförelse mellan landstingen. I följande diagram fördelas kostnader, inklusive utomlänskostnader, på antalet vårdkontakter, vilket är ett försök att fånga produktiviteten. Med vårdkontakt avses både besök och vårdtillfälle. Som framgår av diagrammet intar landstinget en mittenposition.

*Fig 9. Produktivitet. Kostnad per vårdkontakt i hela hälso- och sjukvården*

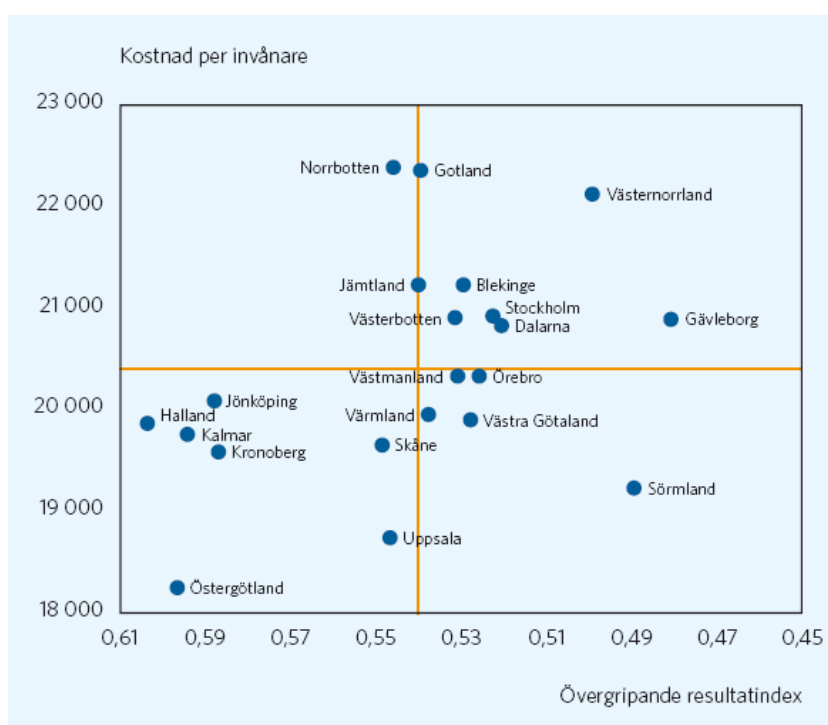


Källa: Produktivitet och effektivitet i hälso - och sjukvården. SKL 2011



Följande diagram är ett försök att illustrera effektiviteten. Kostnaderna ställs mot ett beräknat resultatindex som grundas på ett stort antal mätvärden från Öppna jämförelser. Ett högt index är bättre än ett lägre. Det är således önskvärt att hamna i den nedre, vänstra kvadranten. SKL sammanfattar...”För hälso- och sjukvården totalt framstår Halland, Östergötland, Kalmar, Kronoberg och Jönköping utan inbördes ordning ha bra resultat i kombination med låga kostnader.”

Fig 10. Effektivitet. Kostnad per invånare och övergripande resultatindex



Källa: Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. SKL 2011

## 2.2 Behov och förväntningar

### *Morgondagens hälsokonsument*

Esther från Högländet, Klas från Jönköping och Herman och Brita från Värnamo har blivit välkända ”personer” vid diskussioner om patienternas behov och förväntningar samt förbättringar av verksamheten. De har hjälpt till att fokusera på samverkan mellan vårdnivåer och över huvudmannaskapsgränser. Frågan är vilka förväntningar och krav morgondagens hälsokonsument kommer att ha på den framtida hälso- och sjukvården.

I pågående sjukvårdsdebatt framhålls att befolkning och patienter kommer att ställa allt större krav på hälso- och sjukvården. Patienterna blir mer pålästa och kunniga genom lättillgänglig information via internet. Om vårdvalet utvidgas till att omfatta även specialistvård, kommer hälso- och sjukvården successivt att

utvecklas till en ”marknad”, där patienternas val får allt större betydelse. I den genomförda verksamhetsenkäten understryks att patienternas krav kommer att öka. Bilden förstärks av en pågående studie från konsultföretaget Kairos Future, där utvecklingen av en ”hälsomarknad” framhålls. Man sammanfattar att utvecklingen går

- från informationssamhälle till interaktionssamhälle,
- från paternalism till partnerskap med patienten,
- från överlevnadsfokus till välbefinnandefokus,
- från medikalisering till även egna insatser,
- från familjestöd via offentligt stöd till nya stödstrukturer.

För att ytterligare fördjupa bilden av patienternas framtida behov, krav och förväntningar genomfördes i september 2011 en workshop på temat framtidens hälso- och sjukvård. Resultatet, som sammanfattas i avsnitt 3.1, är en viktig utgångspunkt i framtidsplaneringen.

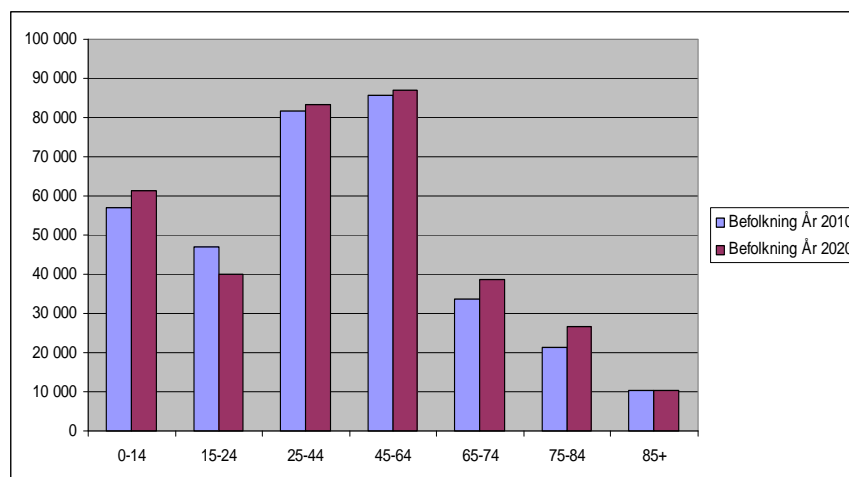
### ***En åldrande befolkning***

Hela västvärlden står inför den gemensamma utmaningen, att möta det ökande behovet av vård och omsorg hos en åldrande befolkning. Allt färre i yrkesverksam ålder ska försörja allt fler i högre åldrar. Den stora efterkrigsgenerationen uppnår pensionsålder samtidigt som medellivslängden fortsätter att öka.

Hälsoläget i de högre åldrarna blir allt bättre, vilket till en del kan begränsa behovet av vård och omsorg. Den sammanlagda effekten av fler åldringar och ett bättre hälsoläge har diskuterats i olika sammanhang, men den förhärskande bilden är trots allt att behoven kommer att öka. I den genomförda verksamhetsenkäten pekar man samstämmigt på att de åldersrelaterade sjukdomarna ökar, exempelvis demenssjukdomar. En annan vårdkrävande grupp som väntas öka och kräver särskild uppmärksamhet är de s k multisjuka oftast äldre personer, som har flera kroniska sjukdomar. Enligt rapporten ”Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år” (SOU 2010:48) konstateras att cirka 70 procent av alla äldre över 75 år har två eller flera samtidiga kroniska sjukdomar.

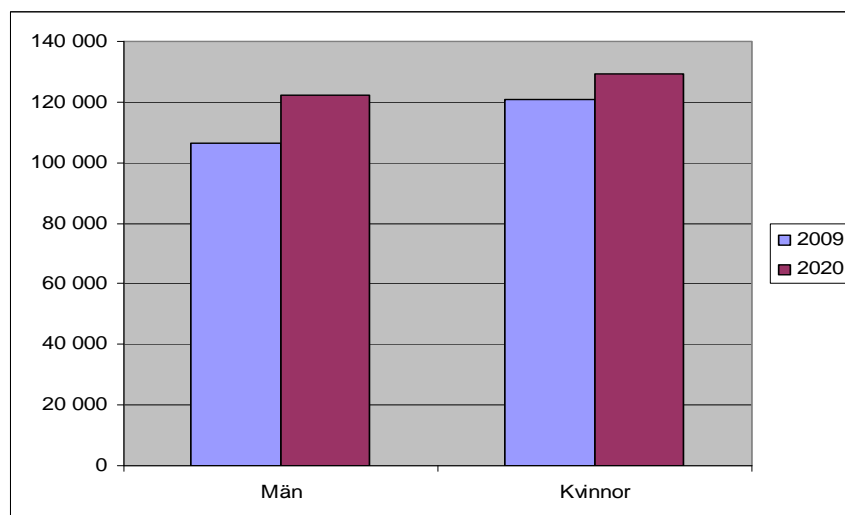
För att få en uppfattning om hur åldersutvecklingen påverkar framtida behov har en grov framskrivning gjorts av konsumtionen av vårddagar år 2020. Den bygger på regionförbundets befolkningsprognos och konsumtionsmönstret 2009 och visar förväntad konsumtion 2020 om förhållandena i övrigt är oförändrade.

Fig 11. Regionförbundets befolkningsprognos till år 2020, Jönköpings län



Folkmängden i länet väntas öka från 336 000 invånare till drygt 347 000. Ökningen är främst koncentrerad till Jönköping med kringliggande kommuner. Av länets 13 kommuner väntas 7 öka och 6 minska sin befolkning.

Fig 12. Framskrivning av vårdbehov till 2020, vård dagar, Landstinget i Jönköping län



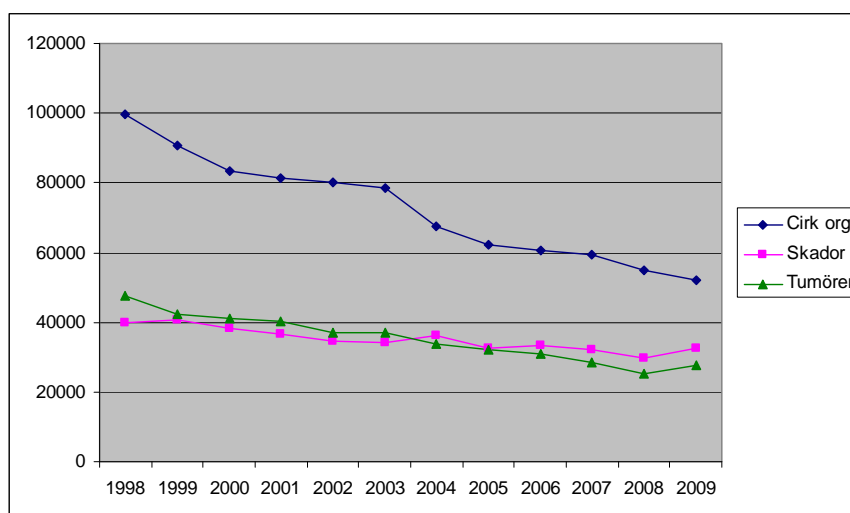
Enligt framskrivningen ökar behovet av sluten vård - om inget annat görs - med drygt 10 procent till år 2020. Efter år 2020 kommer den allra äldsta och vårdtunga åldersgruppen 85+ att öka. En översiktlig bedömning visar att vårdbehovet ökar med ytterligare 10 procent mellan 2020 och 2030.

Det bedöms emellertid inte troligt att utvecklingen kommer att leda till inrättandet av fler vårdplatser. En förkortning av medelvårdtiden med en procent per år skulle

till exempel kunna parera utvecklingen. Mellan 2000 och 2010 sjönk medelvårdtiden med 11 procent i åldersgrupperna 65 år och äldre. Utveckling av öppenvården och mer vård i hemmiljö är andra åtgärder för att möta efterfrågan.

De tre största sjukdomsgrupperna i slutna vård är cirkulationsorganens sjukdomar, skador och tumörer i nämnd ordning. Konsumtionen i åldersgrupperna 65 år och äldre, mätt som vårddagar per invånare, visas i följande diagram.

*Fig 13. Cirkulationsorganens sjukdomar, skador och tumörer, vårddagar per 100 000 invånare i åldrarna 65+, Jönköpings län*



Såväl cirkulationsorganens sjukdomar som tumörer visar en minskande trend medan diagnosgruppen skador tenderar att plana ut på oförändrad nivå. Skador avser i hög grad frakturer på höft- och lårben, vilket understryker betydelsen av förebyggande hälsoarbete för att minska behovet av slutna vård.

## 2.3 Medicinsk och medicinteknisk utveckling

### *Diagnostik*

Diagnostiken är under stark utveckling och blir alltmer en integrerad del i vårdprocesserna inte enbart som leverantör av provsvar utan även som rådgivare och samtalspartner inför och under behandling. Den diagnostiska verksamheten blir en naturlig del av det multidisciplinära teamet kring patienten. Samtidigt blir kraven på en snabb och individualiserad diagnostik mer uttalade. Exempelvis har patologernas provsvar ofta avgörande betydelse för ett snabbt omhändertagande och skyndsamt behandling inom cancervården. Patientnära ”enstycksflöden” och automatiserade tester är några vägar för att möta efterfrågan.

Det pågår en utveckling mot icke invasiva metoder, exempelvis inom dermatologin, som underlättar diagnostiken och gör den mer lättillgänglig.

Utvecklingen inom bilddiagnostiken väntas fortsätta. MR<sup>1</sup> och DT<sup>2</sup> är idag allmänt spridda tekniker. Den fortsatta utvecklingen går mot olika tillämpningar i form av ”hybridapparater”. PET-DT<sup>3</sup> inom den onkologiska vården står på tur. Överföring av bilder och samverkan i nätverk kring gemensamma frågeställningar vid diagnostik och behandling kan förutses. Radiologins medverkan med invasiv teknik vid operationer (hybridsalar) kan också ses som ett steg i integrationen av diagnostik och behandling.

Screening av befolkningsgrupper tillämpas i varierande grad inom landet i dagsläget, exempelvis aortascreening, prostatascreening och screening för upptäckt av coloncancer. I takt med att goda resultat blir verifierade och att effektiva behandlingar finns tillgängliga kommer förmodligen trycket på att införa screening öka.

På motsvarande sätt förväntas kravet på att få genomgå genetiska tester att öka. Uppgifter tyder på att tester kan bli tillgängliga på den privata marknaden. Hälso- och sjukvården saknar idag beredskap för att hantera en sådan situation och de följdfrågor av etisk natur som sannolikt kommer.

### ***Behandling***

Vårdkedjor och processer har blivit allmänt accepterade som idé och tankemodell, vilket tydligt framgår av verksamhetsenkäten. Nu är det snarast fråga om en systematisk tillämpning såväl inom som över disciplingränserna och även huvudmannagränserna. Det sistnämnda är högaktuellt genom överföringen av hemsjukvården till kommunerna fr o m 2013. Gemensamma processer inom landstinget och regionen med tydliga program, riktlinjer och uppföljningsrutiner stärker förutsättningarna att nå god kvalitet. Likaså underlättar det samarbetet och ett effektivt flöde av patienter och tjänster. Exempel på en vårdkedja/process av landstingsövergripande betydelse är strokevårdkedjan. Kopplingen till resultatredovisningen i det nationella kvalitetsregistret ”Riksstroke” skapar förutsättningar för en fortlöpande uppföljning och utveckling av processen.

Det finns stora förväntningar inom de medicinska specialiteterna om nya effektivare läkemedel för exempelvis inflammatoriska sjukdomar, såsom reumatoid artrit, multipel skleros och inflammatoriska tarmsjukdomar. Det innebär att allt fler får läkemedel som bromsar sjukdomens förlopp och skapar en högre livskvalitet.

---

<sup>1</sup> MagnetResonanstomografi

<sup>2</sup> DatorTomografi

<sup>3</sup> PositronEmissionsTomografi; utrustning som identifierar cancervävnad och ger underlag för strålbehandling med hög precision.

Ett gemensamt problem beträffande den nya generationens läkemedel är att de generellt är väsentligt dyrare än de äldre läkemedlen. Sett ur ett behovsperspektiv innebär utvecklingen att det blir en ökad efterfrågan på resurser dels genom att läkemedlen är dyrare, dels genom att behandlingen kommer att pågå under lång tid. Förbättrade möjligheter att bota och lindra är naturligtvis oerhört positivt, men innebär samtidigt en resursmässig utmaning.

På motsvarande sätt väntas de kirurgiska disciplinerna utveckla alltmer förfinade metoder, som även de skapar ökade möjligheter och ökad efterfrågan.

Det finns en tydlig riktning mot ökat samarbete mellan olika discipliner och professioner. Utvecklingen kommer förmodligen att påskyndas av det pågående utvecklingsarbetet inom cancervården där en tydlig kvalitetsparameter är multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete. Utvecklingen ska ses mot bakgrund av den pågående subspecialiseringen som innebär att varje enskild medarbetare får allt svårare att upprätthålla aktuell kunskap inom alla delområden. Samarbete i team ställer också krav på samordning gentemot patient och närstående.

Samtidigt finns det stora och växande patientgrupper, exempelvis äldre multisjuka, vars vård och behandling kräver en bred generalistkompetens.

Det finns en ambition att föra ut vård, behandling och uppföljning till patientens hemmiljö i de fall det är medicinskt lämpligt och då det gagnar patienten. Enligt principen om ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” (LEON) är detta i de flesta fall att föredra framför vård på sjukhus, förutsatt att kvaliteten kan säkras. Utvecklingen av IT väntas skapa förutsättningar för ett ge vård på distans. Fortsatt utveckling av palliativ vård och avancerad hemsjukvård är väsentliga inslag i hemsjukvården och områden som förutsätter samarbete med kommunerna.

Under samma premisser är öppen vård att föredra framför sluten vård. Av svaren på verksamhetsenkäten framgår att den fortsatta utvecklingen av vårdformerna huvudsakligen kommer att ligga inom öppenvården.

Flertalet bedömare torde vara eniga om att det är bättre att ” hålla folk friska än att bota i efterhand”. Socialstyrelsen stödjer starkt det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet, inte minst som ett sätt att komma tillrätta med den framtida finansieringen av hälso- och sjukvården. Primärvårdens svar på verksamhetsenkäten innebär enligt egna bedömningar ett paradigmskifte för primärvården mot en tydligare hälsoförebyggande roll. Det nyligen påbörjade ”hälsocoachprojektet” kan bidra med erfarenheter inför framtiden.

Rehabiliteringen betraktas av många bedömare som ett utvecklingsområde. Av verksamhetsenkäten framgår att resurserna är ojämnt fördelade inom länet.

Behovet av att förbättra och utveckla vården av multisjuka äldre har uppmärksamats i olika sammanhang, bland annat har regeringen tillsatt en

särskild äldresamordnare. Frågan har även berörts i svaren på verksamhetsenkäten och där påpekas att vården, där flertalet patienter ligger på internmedicinska avdelningar, inte är optimal. Som alternativ har nämnts att primärvården eller geriatriken kan ges ett större ansvar.

### *Medicinteknik*

De tekniska landvinningarna är svåra att förutse. Tidigare har nämnts teknikutveckling i samband med diagnostik och behandling. Därutöver framstår fortsatt digitalisering som det tydligaste utvecklingsspåret till vilket det knyts stora förhoppningar. IT inom hälso- och sjukvården befinner sig i början på en utveckling som kan leda mycket långt.

Utveckling av portabel utrustning som kan användas i hemmiljö ligger i linje med ambitionen att utveckla vården utanför sjukhusen. En tillämpad och anpassad IT-teknik för funktions- och informationsöverföring väntas bidra till utvecklingen.

IT kan också bidra till utvecklingen av simulatorer för olika ändamål, vilket leder till kvalitetsförbättringar.

## **2.4 Nationell styrning och kvalitetskrav**

Staten har via Socialstyrelsen tagit ett allt starkare ”grepp om rodret” för att styra mot ett jämnare utbud och en likvärdig kvalitet på hälso- och sjukvården i hela landet. ”Öppna jämförelser” visar att kvalitén skiftar mellan sjukvårdshuvudmännen men också att jämförelser i sig kan bidra till en positiv utveckling. Det handlar också om att göra resultaten lättillgängliga för befolkningen, att skapa transparens i verksamheten.

Under senare år har Socialstyrelsen i samarbete med ledande expertis utarbetat vårdprogram för ett antal stora sjukdomsgrupper, vilket också kan ses som ett led i att skapa en god vård av hög kvalitet i hela landet.

Den fortsatta utvecklingen av nationella kvalitetsregister är en annan åtgärd med samma syfte.

Rehabiliteringsgarantin och vårdgarantin är andra verktyg som med ”piska och morot” och en tydlig politisk styrning är avsedda att förbättra kvalitet och öka tillgänglighet.

Organiseringen av cancervården i regionala centra (RCC) går ett steg längre i och med att staten tydligt anger organisatoriska förutsättningar långt ut i organisationen. Samarbetet inom regionen kommer att stärkas och väntas på olika sätt påverka de enskilda sjukhusen och klinikerna, bland annat genom den aviserade nivåstruktureringen inom cancerkirurgin. I och med detta skapas i praktiken en ”ny diskussionsplattform” som kan tillämpas även i andra

sammanhang inom vården. Skulle dessutom sydöstra sjukvårdsregionen bilda en egen administrativ region, torde denna bild förstärkas.

Kvalitetskraven understryks genom att Socialstyrelsens föreskrifter "God vård" SOSFS 2005:12 ersätts fr o m januari 2012 av "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" SOSFS 2011:9.

- Betoningen på ledningssystem blir tydligare liksom fokuseringen på processer och rutiner, samverkan och systematiskt förbättringsarbete med riskanalys och kvalitetskontroll.

- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet slås fast.

- Huvudmannen ska varje år dokumentera kvalitetsarbetet i en sammanhållen kvalitetsberättelse.

- Huvudmannen ska även upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen.

## 2.5 Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen är en av de stora utmaningarna för framtidens hälso- och sjukvård. Under "alla tider" har det varit mer eller mindre svårt att rekrytera personal fullt ut. Oftast har det varit fråga om enskilda specialiteter där läkarbristen har varit besvärande, men det har även gällt andra grupper, exempelvis specialistutbildade sjuksköterskor. Lösningen på problemet med läkarrekryteringen har vanligen varit egen utbildning via AT- och ST-tjänster, eller rekrytering utomlands. Nytt i dagens situation är att en omfattande generationsväxling har inletts, där de stora efterkrigskullarna - 40-talisterna - börjar gå i pension. Staten har ökat antalet platser i läkarutbildningen, men det ankommer på sjukvårdshuvudmännen att inrätta utbildningstjänster. Svaren i verksamhetsenkäten visar en stark oro för ett kommande kompetenstapp och det finns en efterfrågan på att inrätta fler ST-tjänster.

Det finns vidare, som tidigare påpekats, ett behov av en fortsatt subspecialisering inom många specialiteter, samtidigt som efterfrågan på generalister ökar. Detta är ett dilemma och en utmaning.

Svaren i verksamhetsenkäten visar en tydlig trend mot en förskjutning av arbetsuppgifter från läkare till framför allt sjuksköterskor, vilket möjligen skulle kunna vara en del av lösningen på läkarsituationen.

Utöver de sex kärnkompetenserna (Institute of Medicine of the National Academies 2003) som anses nödvändiga för vårdens professioner (personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik) är enligt



verksamhetsenkäten processutveckling, verksamhetsanalys, logistik, genetisk rådgivning, biostatistik och samordning exempel på nya kompetensområden som kan förutses.

## 2.6 Ekonomiska förutsättningar

Finansieringen är jämte kompetensförsörjningen den stora, allmänt omdebatterade frågan som är gemensam för hela västvärlden. Den hänger samman med befolkningsutvecklingen som innebär att allt färre i arbetsför ålder ska försörja allt fler pensionärer. Samtidigt växer befolkningens krav och förväntningar i takt med den medicinska utvecklingen. Det uppstår ett ekonomiskt gap mellan vad hälso- och sjukvården vill åstadkomma och vad man ekonomiskt har möjligheter till.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har berört frågan i flera rapporter. I den senaste ”Hur ska välfärden formas i framtiden?” (juni 2011) sammanfattas problemet på följande sätt:

”Det finansieringsproblem som måste föras upp på den politiska agendan gäller inte dagens välfärd utan morgondagens. Vi har råd att finansiera en välfärd på dagens kostnadsnivå även i framtiden. Det har vi trots att det blir fler äldre och att antalet personer i yrkesverksamma åldrar ligger still. Utmaningen ligger i att hitta lösningar för hur den förväntade ambitions- och kostnadshöjningen, tillsammans med det demografisk trycket, ska finansieras.”

Den förväntade ambitionshöjningen beräknas motsvara cirka en procent i ökade kostnader men ekonomiskt utrymme för en sådan kostnadsökning saknas, om inte skatteuttaget ska höjas drastiskt. Istället förordas att verksamheten effektiviserar motsvarande en procent per år för att frigöra resurser och att möta de ökade förväntningarna.

SKL påpekar att: ”Det är helt centralt att effektiviseringsarbetet fortgår och att det finns effektiviseringsinslag i alla framtida reformer”. Man anför vidare att: ”En annan viktig åtgärd är ökad samverkan mellan kommuner, landsting och staten.”

Ett alternativ till detta är att begränsa det offentliga åtagandet och att överlämna en del av verksamheten till den privata marknaden och till egen, privat finansiering. Det är en fråga för den politiska agendan och hör inte hemma här. Planeringen bör därför utgå från ett fortlöpande effektiviseringskrav. Detta kan i sin tur leda till behov av tydligare prioriteringar, vilket är en aktuell, strategisk framtidsfråga.

## 2.7 Utvecklingen i Sverige

I rapporten ”Från sjukhussäng till e-hälsa” (2010) beskriver SKL utvecklingen i Sverige under de senaste 20 åren som en ”koncentration och specialisering”. Förändringarna under 1990-talet gällde i hög grad vårdens yttre struktur med färre

fullskaliga akutsjukhus och mer öppen vård, både vid sjukhusen och utanför.

Utvecklingen präglades av tre parallella spår

- Åtskillnad mellan akut och planerad vård
- Koncentration av specialiserad vård
- Utveckling av närvård

Förändringarna i vårdstrukturen syftade bland annat till

- att öka flexibiliteten för att kunna möta skilda och ökande vårdbehov med en tydlig processinriktning och samverkan mellan landstingets sjukvård och den kommunala sjukvården,
- att öka effektiviteten och korta köerna genom att skilja mellan akut och planerad vård,
- att utveckla ett bättre akut omhändertagande genom att förbättra samverkan mellan närvård, ambulanser och sjukhusens akutmottagningar,
- att ge underlag för kompetensutveckling i specialiserad vård genom att koncentrera stora patientvolymmer och tillräckligt många medarbetare för att hantera den ökade kunskapsmassan på ett säkert och stimulerande sätt.

SKL sammanfattar att den ändrade sjukhusstrukturen har inneburit att länsdelssjukhusen fått nya uppdrag inom närsjukvård och planerad specialistvård. Åtskillnaden mellan akut och planerad vård har framför allt utvecklats inom opererande specialiteter.

Begreppet ”närvård” har allt mer kommit att ses som ett samlingsnamn för den vård som behöver finnas nära patienten. Primärvården och kommunernas vård och omsorg är viktiga delar av närvården.

Under de senaste 30 åren har antalet fullskaliga akutsjukhus minskat från som mest runt 100 till dagens dryga 60.

Landstinget i Jönköpings län har valt en annan väg och istället bibehållit tre fullskaliga akutsjukhus. En förutsättning har varit att samtliga tre sjukhus har förhållandevis stora upptagningsområden. De enheter som lagts ned som akutsjukhus har generellt haft betydligt mindre befolkningsunderlag.

För landstingets del torde utvecklingen av det regionala samarbetet få en avgörande betydelse för den framtida sjukvårdstrukturen.

## 2.8 Utvecklingen i Europa

Tidskriften ”The Economist” har sammanställt en rapport över framtidens hälso- och sjukvård i Europa (”The future of healthcare in Europe”, 2011), som speglar de stora, gemensamma utmaningarna. Den grundläggande frågan är hur vårdssystemet ska utformas när kostnaderna stiger snabbare än möjligheterna till offentlig finansiering via skattemedel eller försäkringar.

Fyra avgörande kostnadsdrivande faktorer identifieras.

- Åldrande befolkning med åtföljande ökning av kroniska sjukdomar
- Kostsamma teknologiska framsteg
- Ökande efterfrågan som drivs av en mindre hälsosam livsstil samt ökad kännedom om/hälso- och sjukvårdens möjligheter
- Gamla prioriteringar ("legacy priorities") och finansiella strukturer som inte motsvarar dagens krav

Framtidens hälso- och sjukvård kommer enligt rapporten att formas av sju separata men sammankopplade trender.

- Utgifterna för hälso- och sjukvård kommer att fortsätta stiga därför att tongivande krafter ("policy makers") inser att förbättrad hälsa är positivt för den allmänna välfärden
- För att behålla den allmänt förhärskande modellen för hälso- och sjukvård ("universal healthcare model") krävs ransonering och koncentration ("consolidation") av utbudet, eftersom resurserna understiger efterfrågan
- Allmänläkarna kommer att bli allt viktigare som grindvakter till systemet och som koordinatörer för behandlingen av multisjuka
- Effektivare prevention med livsstilspåverkande åtgärder kommer att främjas
- De europeiska regeringarna/staterna måste hitta vägar att sammanställa transparenta hälsodata för att kunna prioritera ekonomiska satsningar
- Patienterna måste ta ett större ansvar för sin egen hälsa, behandling och vård
- Regeringarna måste ta sig an byråkrati och liberalisera reglerna som styr sjukvårdspersonalen samt satsa mer på medicinsk forskning.

Flertalet av punkterna återkommer i den svenska sjukvårdsdebatten.

Rapportens sammanfattande slutsats är att det som behövs allra mest är *anpassningsförmåga* ("adaptability") och en fokusering på vägar som maximerar hälsa och välbefinnande hos befolkningen.

### 3 Utmaningar och strategiska utvecklingsområden

#### 3.1 Några grundläggande utgångspunkter

Som tidigare nämnts har en workshop genomförts i projektets regi med fokus på patienternas förväntningar och behov. I det följande ges en sammanfattande bild av några viktiga utgångspunkter för den fortsatta beskrivningen av strategiska utvecklingsområden. Andra viktiga utgångspunkter är ekonomi, organisation och övriga verksamhetsmässiga förutsättningar.

##### *Utgångspunkter*

Hälso- och sjukvården ska genom **hälsofrämjande** åtgärder och ett konsekvent förhållningssätt i all verksamhet **förebygga** sjukdom. Hälsoproblem ska **upptäckas** så **tidigt** som möjligt.

Hälso- och sjukvården ska utveckla **partnerskap** med patienten genom **öppenhet** och **stödjande förhållningssätt**. Patienten ska ha tillgång till **sin egen journal**. Även närstående kan involveras.

**Kommunikationssystemen** anpassas efter patientens behov. Varje patient som har behov därav ska ha en **beskrivning av vårdprocessen** ("veta vart man är på väg...").

**Särskild hänsyn** ska tas till patienter från **andra kulturer** och/eller med bristande kunskaper i svenska språket.

Vård och behandling ska utformas **individuellt** och i **samverkan** med patient och berörda **specialiteter** och **vårdnivåer** utifrån patientens behov och utan hinder av organisatoriska gränser. Vid behov av samordning ska en **kontaktperson** utses. Om patienten har begränsad autonomi ska kontaktpersonen ha en **intressebevakande** roll.

Hälso- och sjukvården ska utformas utifrån principen om "**lägsta effektiva omhändertagandenivå**" och om möjligt och där det är lämpligt ges i **öppen vård** och i **patientens hem/boende**. Vid vård i hemmiljö ska patienten tillförsäkras **snabba kontaktvägar** om behov av sjukhusvård uppstår. Detta är särskilt viktigt vid allvarliga sjukdomstillstånd och för patienter med flera sjukdomar och allmänt nedsatt funktionsförmåga ("multisjuka"). **Telemedicin** ska utvecklas för att stödja vård och behandling på distans.

**Vårdprocesserna** ska utformas i **samverkan inom länet och regionen** mellan berörda discipliner och yrkeskategorier för att garantera bästa möjliga vård och behandling efter aktuellt kunskapsläge oavsett patientens bostadsort. Behovet av processsamverkan mellan somatik och psykiatri ska särskilt uppmärksammas. **Prevention, behandling, omvårdnad** och **rehabilitering** är naturliga delar i processerna.

### 3.2 Partnerskap med patienten - ett paradigmskifte

Sjukvårdens syn på relationen mellan vården och patienten går från ”patienten i fokus” till ”patientens fokus” och därefter ”partnerskap med patienten”. Det antyder en rörelse och en växande insikt om att patient och vårdgivare är delar av samma system. Erfarenheterna från skilda och ännu så länge få håll inom landstinget visar, att när patienten på sina egna villkor inbjuds att aktivt delta i planeringen och genomförandet av sin egen vård, uppnås resultat som annars inte hade varit möjliga att nå. Det är erfarenheter som är så genomgripande att de kan betecknas som ett paradigmskifte. Många bedömare anser att detta är en av nycklarna för att vidareutveckla kvalitén och möta effektiviseringskraven.

Kommande generations patienter blir alltmer pålästa och kunniga om sin sjukdom genom all information som finns lätt tillgänglig på internet. Patientens egna värderingar i relation till de alternativ som erbjuds blir i högre utsträckning avgörande för vård- och behandlingsresultaten. Personalen får en stödjande och vägledande roll. Arbetsätt och strukturer måste ändras och rådande värderingar och attityder utmanas. Beslutsstöd, som utifrån patientens perspektiv ger förutsättningar för partnerskap, behöver utvecklas.

En avgörande fråga för relationen vårdgivare och patient är vem som äger journalen och här pekar trenden entydigt åt ett håll. I framtiden är det sannolikt att patienten äger sina egna journaluppgifter. Center för eHälsa i samverkan (CeHis), som är ett nationellt organ för att koordinera landstingens och regionernas eHälsosamarbete, utreder för närvarande de lagliga förutsättningarna att göra journaldata lättare åtkomliga för patienten.

En annan central fråga är ”integrerad vård”, det vill säga en kraftsamling kring och med patienten. Istället för att patienten skjutsas mellan vårdgivarna samlas vårdgivarna kring patienten. Vården utformas individuellt och i samverkan mellan berörda discipliner, vårdnivåer och patienten, och vid behov även med anhöriga, utifrån en helhetssyn på patienten och dennes situation och förutsättningar. Vid behov utses en samordnande kontaktperson.

#### *Utvecklingsområden*

- *Integrerad vård*
- *Multidisciplinärt samarbete*
- *Helhetssyn och samordning*
- *Patientens journal*
- *Evidensbaserade beslutsstöd*

### 3.3 Förbättra vården av multisjuka äldre

Beteckningen multisjuka äldre avser äldre personer med flera kroniska sjukdomar. Gruppen multisjuka återfinns inom eget boende, kommunens särskilda boenden och inom slutenvården, främst på de internmedicinska klinikerna. Vården av multisjuka ställer stora krav på samarbete mellan landstingets öppen- och slutenvård samt kommunens vård och omsorg.

En studie som genomförts i landstinget ("Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre", 2011) visar att vården och omsorgen av de mest sjuka äldre inte är sammanhållen och att den behöver utvecklas och anpassas till individens önskemål och behov med bättre tillgänglighet och förbättrad kontinuitet i uppföljningen. De äldre efterfrågar mer inflytande i vård och omsorg och mer information. Förbättringar bör enligt studien ske inom ramen för ett integrerat, individuellt handlingsprogram.

Workshopen i september 2011 uppmärksammade särskilt de äldre multisjukas behov. Vården av omvårdnadskrävande multisjuka väntas i framtiden ske i patientens boende i större utsträckning än idag. Vid vård i hemmet ska patienten tillförsäkras snabba kontaktvägar om behov av sjukhusvård uppstår ("akutprocessen"). Vid behov av samordning av vård- och omsorgsinsatserna inom ramen för en integrerad vård (se förra avsnittet) ska en kontaktperson utses. Om patienten har en begränsad autonomi ska kontaktpersonen ha en tydlig intressebevakande funktion.

Vid behov av slutenvård vårdas gruppen multisjuka vanligen på de internmedicinska klinikerna, ofta på platser som egentligen är avsedda för en subspecialitet. Det skapar varken förutsättningar för optimal kvalitet eller effektivt resursutnyttjande. Ett alternativ kan vara att överföra ansvaret på någon specialitet med större inslag av generalistkunskap, d v s geriatriken eller primärvården.

I sammanhanget finns det anledning att uppmärksamma geriatrikens roll över huvud taget. Frågan har redan väckts i landstinget och har även en koppling till avsnitt 3.4 angående översyn av rehabiliteringen. Socialstyrelsen har påtalat behovet av geriatrisk kompetens i rapporten "Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi" (2011).

#### **Utvecklingsområden**

- *Helhetssyn och samordning*
- *Individuella handlingsprogram*
- *Rätt vårdnivå*
- *Vårdplatser på sjukhus – ansvarsfördelning*
- *Geriatrikens roll och förutsättningar*
- *Rutiner för snabb överföring mellan vårdnivåer*

### 3.4 Ta ett totalgrepp om rehabiliteringen

Rehabilitering är enligt definition ”åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som hjälper sjuka och skadade att återfå bästa möjliga funktion och ett liv med god livskvalitet”.

Rehabiliteringsverksamheten inom landstinget omfattar mångskiftande aktiviteter som återfinns inom olika verksamheter och specialiteter. Varje specialitet har (eller bör ha) ett planeringsansvar för rehabilitering som ett naturligt led i vårdprocessen, även om insatserna ges på annat håll. Specialdestinerade resurser med en tydligare rehabiliteringsprofil är den medicinska rehabiliteringskliniken i Jönköping, samt enheterna för sjukgymnastik och arbetsterapi på sjukhusen och i primärvården. De geriatriska klinikerna har ett varierande inslag av rehabiliterande verksamhet. Logopederna svarar för dignostisering och behandling av talstörning m m och kuratorerna för psykosocial behandling. Dessutom har kommunerna rehabiliteringsresurser i varierande omfattning. (Rehabilitering inom psykiatri berörs ej här)

Rehabiliteringsverksamheten ger en splittrad bild av ansvarsgränser, resurser och insatser. Den bilden delas av flera verksamhetsföreträdare. Dessutom tycks resurserna vara ojämnt fördelade mellan de tre sjukvårdsområdena.

Överföringen av hemsjukvården till kommunerna fr o m 2013 omfattar även merparten av hjälpmedelsverksamheten inklusive arbetsterapeuternas verksamhet. Det är viktigt att praktiska samarbetsformer och rutiner klarläggs.

En avgörande fråga är om patienterna i länet erbjuds en likvärdig rehabilitering oavsett bostadsort och tillhörighet till vårdcentral.

#### *Utvecklingsområden*

- *Ansvar för rehabilitering*
- *Naturlig del i vårdkedjan*
- *Fördelning av resurser*

### 3.5 Sträva efter ”samtidig vård”

Landstingets cancerplan (2008) uppmärksammade de långa ledtiderna i cancervårdprocessen och de risker dessa medför. I nu pågående regionala cancerprojekt avseende coloncancer, har frågan åter aktualiserats och det pågår ett arbete för att förkorta ledtiderna. Vid bildandet av Regionalt cancercentrum i Linköping (RCC) 2010 gavs en utfästelse till befolkningen i regionen att ”alla cancerpatienter ska få behandling inom fyra veckor”, vilket får ses mot bakgrund av behovet att öka tillgänglighet och kvalitet. Frågan om att kunna erbjuda ”samtidig vård”, där man gör flera åtgärder parallellt, har således fått stor



uppmärksamhet. Även Socialstyrelsens Öppna jämförelser av cancervården betonar tillgängligheten.

För att nå goda och stabila resultat krävs en systematiskt tillämpad processyn där alla led beaktas, inte minst diagnostiken som ofta har varit en flaskhals. Stockholm läns landsting har fattat beslut om att inrätta specialiserade bröstcentrum där all diagnostik av bröstcancer sker på samma ställe och under samma dag.

Frågan är hur långt man på bred front kan nå med att finslipa befintliga processer som mestadels bygger på sekventiella åtgärder i strikt ordning. Går det att nå högt uppställda tillgänglighetsmål, att ge ”samtidig vård”, för alla angelägna diagnoser?

#### ***Utvecklingsområden***

- *Systematisk tillämpning av processyn*
- *Samtidig vård med parallella processer*

### **3.6 Uppnå jämlik vård**

Ett antal rapporter på riksnivå har belagt att hälso- och sjukvårdens insatser varierar efter socioekonomisk status och etnicitet hos patienten, vilket strider mot Hälso- och sjukvårdslagen. Det saknas uppgifter från länet, men i brist på sådana får det antas att iakttagelsen även kan gälla Jönköpings län. Detta bör således vara ett observandum i olika sammanhang som direkt berör verksamheten på mikronivå. Tillämpning av ett systematiskt angreppssätt på makronivå skulle underlättas av fakta som belyser situationen i länet.

Av lokala hälsodata framgår att hälsoläget kan variera avsevärt mellan kommunerna. Om resurserna inte är fördelade efter behov, skulle följden kunna bli ett ojämnt vårdutnyttjande på lokal nivå med varierande insatser för olika grupper. I första hand berörs primärvården. Det saknas emellertid belägg för eventuella orsakssamband och resultat. Men frågan sätter trots allt fingret på att det är viktigt att ersättningen i vårdvalssystemet tar hänsyn till varierande vårdtyngd inom befolkningen. Tillämpning av ACG (Adjusted Clinical Groups), som introduceras under 2012 i landstinget, avser att kompensera olikheter i vårdtyngd.

Vad gäller patienter med annan kulturell bakgrund och/eller dålig kunskap i svenska språket måste det finnas en lyhördhet hos den enskilde vårdgivaren att anpassa åtgärder efter situationen. På systemnivå kan informationsmaterial utarbetas centralt och göras tillgängligt via internet. Redan idag finns på 1177.se material på olika språk.

Jämlikhet handlar även om att göra vården tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. För att nå de handikappolitiska målen har regeringen slagit fast politikens inriktning, att undanröja hinder för delaktighet, att förebygga och



bekämpa diskriminering samt ge förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Riktlinjerna gäller samhället i stort och således även hälso- och sjukvården.

Att göra verksamheten tillgänglig innebär att integrera funktionshinderperspektivet i planering, beslut och processer. Följande områden har identifierats som primära inom landstinget:

- Fysisk tillgänglighet
- Kognitiv eller kommunikativ tillgänglighet
- Bemötande

En ständigt aktuell fråga är jämställdhet mellan kvinnor och män. Landstinget arbetar efter antagen policy och ingår i ett nationellt utvecklingsprojekt under ledning av SKL.

SKL har i rapporten "Göra jämlikt är att göra skillnad" (2011) beskrivit hur organisationer, exempelvis landsting, kan integrera jämlikhetsperspektivet i styr- och ledningsinstrument. Inledningsvis kartläggs och granskas "välfärdstjänster och service" utifrån ett jämlikhetsperspektiv varefter mål och handlingsplan utarbetas. Rapporten kan förslagsvis bilda utgångspunkt för landstingets fortsatta arbete med jämlikhetsfrågor.

#### ***Utvecklingsområden***

- *Lokalt faktaunderlag om eventuella ojämlikheter i vården*
- *Integrera jämlikhetsaspekten i planeringen*
- *Resursfördelning efter behov*
- *Kommunikation genom utveckling av IT*

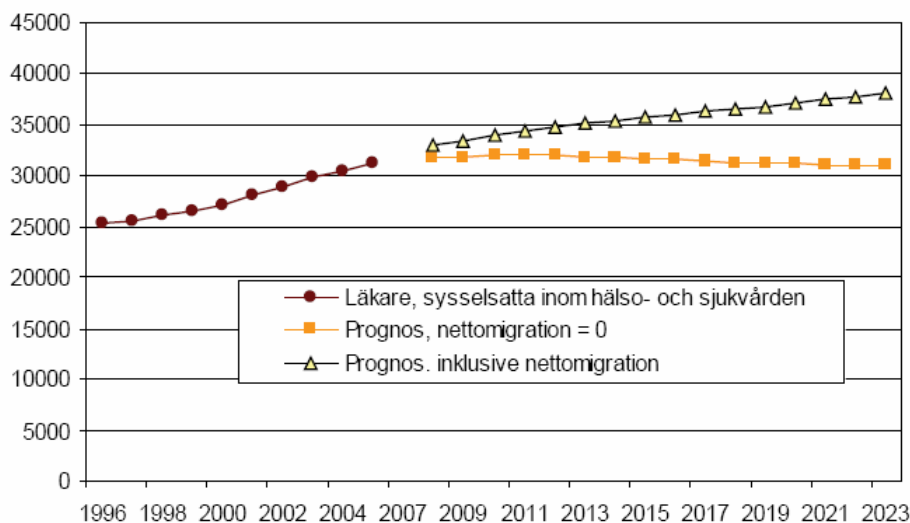
### **3.7 Flexibla lösningar för att möta kompetensbehovet**

Som tidigare redovisats råder det en stor oro i verksamheten för ett kompetenstapp bland läkarna då 40-talisterna går i pension. Många verksamheter vill därför utöka antalet utbildningstjänster. Erfarenheterna hittills av "generationsskiftet" för all personal är dock att landstinget lyckats bra med rekryteringen. Den rådande bedömningen i landstinget är att det inte behövs särskilda åtgärder på grund av pensionsavgångar, vare sig det gäller läkare eller annan personal.

I "Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården och tandvården" (2011) gör Socialstyrelsen bedömningen, att med en planerad ökad utbildningskapacitet fram till år 2015 och med fortsatt hög invandringsnivå "kan tillgången på läkare förväntas vara relativt god fram till 2025". Socialstyrelsen uttrycker också att "arbetsmarknaden för sjuksköterskor är i balans". Socialstyrelsens bedömning får ses i det längre perspektivet. För närvarande (2011) råder det brist i landstinget på sjuksköterskor och på läkare inom vissa specialiteter. I en senare prognos från Statistiska centralbyrån, "Trender och Prognoser 2011" (2012), varnas för en kommande brist på framför allt undersköterskor.

Socialstyrelsen illustrerar utvecklingen av läkarsituationen med följande diagram.

Fig 14. Faktiska antalet läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården åren 1996-2008 och två prognoser för åren 2009-2025, inklusive och exklusive migration.



Källa: Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården.  
Socialstyrelsen 2011

Det framgår att tillskottet av läkare fram till 2007 har varit betydande och att kurvan bryts och planar ut om nettoinvandringen upphör. Det är en värderingsfråga om Sverige kan fortsätta att förlita sig på en nettoinvandring från andra länder. En annan fråga är om planeringen ska utgå från att läkartätheten ska fortsätta att öka som den gjort under senare år.

Verksamheten efterfrågar både en fördjupad specialistkunskap och en bred generalistkunskap, vilket är två svårförenliga ståndpunkter vid utbildning och rekrytering. En del av lösningen kan finnas i en fortsatt utveckling av teamarbete.

Svaren på verksamhetsenkäten visar en förskjutning av arbetsuppgifter från läkare till framför allt sjuksköterskor, vilket bör få effekt på efterfrågan av läkare. För att tillgodose kompetensbehovet i stort är det över huvud taget väsentligt att i alla sammanhang pröva flexibla lösningar över yrkesgränserna. Socialstyrelsen gör bedömningen att denna möjlighet utnyttjas för lite.

Landstingets revision efterfrågar i rapporten "Strategisk kompetensförsörjning inom akutsjukhusen" (2011) en ökad dialog mellan professionen och landstingsledningen för att klargöra klinikernas uppdrag samt deras förutsättningar att klara detta. Man pekar på fyra områden som av särskild betydelse för kompetensförsörjningen: inriktning på respektive ort, grad av specialisering, arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper och samverkan.

Förskjutning av arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper medför ett utbildningsbehov inom skilda verksamheter. Det är angeläget att personalfunktionerna systematiskt fångar upp behoven. Under 2012 startar en masterutbildning för sjuksköterskor i Linköping - "Avancerad specialistsjuksköterska inriktning kirurgisk vård"- vilket ligger i linje med de behov som nämnts.

Förmodligen kommer efterfrågan på nya kompetensområden att öka i takt med den fortsatta utvecklingen. Det är viktigt att även här systematiskt notera behoven och föra en dialog med utbildningsanstalterna om förändrade behov.

#### ***Utvecklingsområden***

- *Balans mellan generalister och specialister*
- *Arbetsfördelning mellan yrkesgrupper*
- *Flexibla personallösningar*
- *Multiprofessionellt samarbete*
- *Långsiktig personalplanering*
- *Vårdbehovsstyrd specialistutbildning*

### **3.8 Behovsstyrd planering**

Ett kompletterande sätt att möta ett ständigt ökande behov av personal och då främst läkare är att höja produktiviteten genom att tillämpa en systematisk produktionsplanering. En studie (Svenskt Näringsliv/Helseplan 2011) visar att en bättre matchning mellan behov och resurser kan ge betydande produktivitetsvinster. Schemaläggning av läkarnas och den övriga personalens arbetstider i relation till varandra och till planerad produktion har avgörande betydelse.

En samlad resurs- och produktionsplanering för en opererande verksamhet kan praktiskt gå till på följande sätt:

1. Planeringen inled med en analys och bedömning av det samlade vård- och produktionsbehovet på årsbasis och omfattar såväl planerade som oplanerade/akuta patienter.
2. Därefter görs en årsövergripande produktionsplanering, strukturerad utifrån verksamhetens produktionslinjer, till exempel olika dagkirurgiska operationer, slutenvårdsoperationer och mottagningsbesök. Denna bryts sedan ned i lämpliga planeringsperioder, t ex hög- respektive lågsäsong.
3. När produktionsbehovet, sett över året såväl som dygnet, identifierats, görs en avstämning mot verksamhetens kapacitetsbehov, det vill säga vilken kapacitet som behövs avseende resurstimmar per yrkesgrupp, antal bokningsbara operations-, behandlings- och mottagningsrum, tillgängliga vårdplatser etc.

4. Slutligen avräknas resurser (bemannas positioner) för att tillgodose resursbehovet på respektive mottagning och operationslinje. I detta steg bemannas också primär- och bakjour, avräkning av jourkomptimmar utförs och ronder bemannas. Till sist avropas tid till fortbildning, handledningstid och eventuella ledigheter.

Dagens planering utgår i regel från schemalägningsprocessen där stor hänsyn tas till personliga önskemål, vilket kan leda till en ojämn tillgång på läkarresurser. Planeringen av läkarna respektive övriga yrkesgrupper sker dessutom alltför frikopplat från varandra.

Erfarenheterna tyder på att iakttagelserna i den refererade studien är tillämpbara inom landstinget och att det finns starka skäl att utmana nuvarande rutiner för produktionsplanering med ett alternativt angreppssätt. I sammanhanget bör även uppmärksammas efterfrågan på mottagningstider utanför "kontorstid".

#### ***Utvecklingsområde***

- *Systematiskt angreppssätt för att förbättra produktionsplaneringen*

### **3.9 Hitta en balans mellan "allmän" och "subspecialiserad" vård**

Utvecklingen går mot en allt mer subspecialiserad vård, vilket är en fördel för den stora gruppen patienter som har en väldefinierad sjukdom, men kan också vara en nackdel för patienter som inte har en lika tydlig sjukdomsbild och /eller har flera sjukdomar, främst äldre multisjuka. Utvecklingen riskerar att leda till att dessa patienter inte får en optimal vård och att de samtidigt upplever vården som fragmentiserad och att ingen tar ett helhetsansvar. Detta leder till en "kunskapsparadox", där en fördjupad subspecialisering medför en brist på önskvärd generalistkompetens. En grundläggande fråga i sammanhanget är hur jourkompetensen ska kunna upprätthållas i framtiden. Frågan har varierande implikationer inom olika specialiteter och kan ha stor betydelse för den framtida sjukvårdsstrukturen.

En drivande kraft bakom den accelererande utvecklingen mot subspecialisering är de ökade kraven på en säker, evidensbaserad och kunskapsmässigt uppdaterad vård. Därtill finns inom professionen en tendens till att vilja definiera sitt ämnesområde tydligare. Det kan också finnas en koppling till rådande incitamentstruktur.

#### ***Utvecklingsområden***

- *Uppmärksamma behovet av både "generalister" och "subspecialister"*

### **3.10 Kunskapsstyrning för en likvärdig vård**

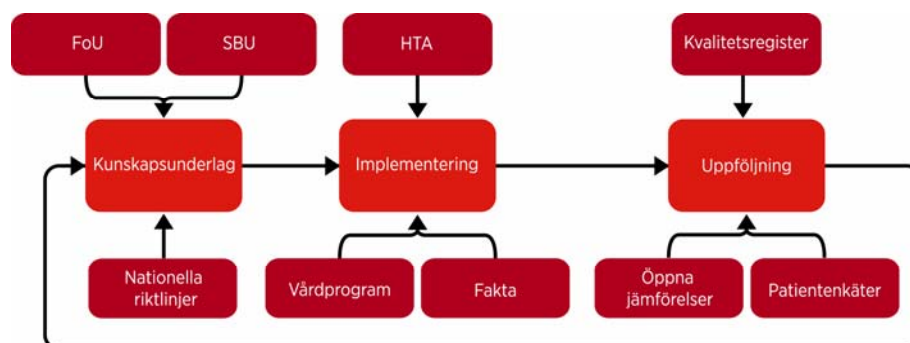
Kunskapsbaserad vård är en av grundpelarna i "God vård" (SOSFS 2005:12):  
"Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska

bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt”. Socialstyrelsen gör bedömningen (Hälso- och sjukvårdsrapport 2009) att kunskapsgrunden måste förstärkas ytterligare: ”...ökade behandlingsmöjligheter i form av ett stort antal nya läkemedel och medicinska tekniker kommer att ställa stora krav på oberoende och saklig bedömning av innovationer i förhållande till befintliga metoder”. Socialstyrelsen pekar vidare på att kunskapsbaserad vård innefattar många komponenter och att hela området befinner sig i en mycket dynamisk utveckling där de olika aktörernas roller håller på att utkristalliseras tydligare.

På lokal verksamhetsnivå innebär kunskapsstyrning att se till att alla patienter oavsett bostadsort får tillgång till senaste evidensbaserade, effektiva vård och behandling. Detta är en stor utmaning och en omfattande process som berör ett antal centrala frågor avseende samarbete och organisation.

På landstingsnivå kan kunskapsstyrningen schematiskt beskrivas som en process med ett antal steg och komponenter enligt följande illustration.

Fig 15. Kunskapsstyrning



HTA i figuren ovan står för Health Technology Assessment (ungefär ”bedömning av medicinsk teknologi”) och avser en enhet som prövar ny teknologi avseende evidens, funktion och ekonomi innan införande i verksamheten (en sorts ”mini-SBU”). Sådana enheter har etablerats på flera ställen i landet och landstinget är anslutet till ”Regionalt metodråd” i Linköping. Ännu så länge saknas allmänt kända rutiner för hur enheten kan användas.

Det borde vara en självklarhet att nya metoder och tekniker av viss omfattning prövas och diskuteras gemensamt inom länet och i vissa fall inom regionen innan införande. Den lägsta ”graden” av prövning kan vara att nå konsensus inom respektive medicinsk programgrupp (MPG), därefter motsvarande på regionnivå (RMPG). Behövs ytterligare underlag bör frågan prövas inom regionens HTA .

Sista steget i kunskapsstyrningen avser uppföljning, som bör ge svar på följande frågor (M. Bisognano. Utvecklingskraft 2011):

- Vet vi hur bra vi är?
- Vet vi hur bra de bästa är?
- Vet vi variationerna?
- Vet vi förbättringsmöjligheterna?
- Vet vi förbättringar över tiden?

Centrala register och jämförelser spelar en allt större roll vid uppföljning. Det finns skäl att lyfta frågan om landstinget har en tydlig strategi och struktur för att analysera resultat från bland annat Öppna jämförelser och nationella kvalitetsregister.

En närbesläktad och vidare fråga är om landstinget har en samlad "omvärldsspaning" som effektivt kan förse verksamheten med relevanta nyheter. Det görs stora ansträngningar idag för att informera och kommunicera på olika plan, men verksamheten är samtidigt omfattande. Går det att - som ett led i utvecklingen av kunskapsstyrningen - organisera och "paketera" spetsinformationen på annat sätt?

#### **Utvecklingsområden**

- *Tillgång till senaste evidensbaserade, effektiva vård och behandling*
- *Förstärka kunskapsgrunden*
- *Bedömning av innovationer*
- *Medicinska programgruppernas roll för kunskapsstyrning*
- *Systematisk uppföljning*
- *Omvärldsspaning*

### **3.11 Bättre läkemedelsanvändning**

"Samtidigt som läkemedel erbjuder stora möjligheter att bota och lindra sjukdomar innehåller läkemedelsområdet en mängd utmaningar. Några finns redan här och nu. Andra utmaningar är sådana som vi vet kommer i framtiden. Utmaningarna rör frågor om patientsäkerhet och läkemedelsanvändning, inte minst bland äldre och multisjuka. Det rör frågor om läkemedels miljöpåverkan. Det rör frågor om god tillgänglighet och en jämlik vård över hela landet. Alla dessa utmaningar måste finna sin lösning inom en kostnadseffektiv vård."

Ovanstående är ett citat ur förordet till Regeringens och SKL's överenskommelse om en "Nationell läkemedelsstrategi" (2011), som ska utgöra en plattform för diskussion och utveckling inom läkemedelsområdet på nationell nivå. Strategin visar i vilken riktning läkemedelsanvändningen bör utvecklas för att bli mer effektiv och patientsäker, vilket återspeglas i visionen "Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle".

Fem långsiktiga mål anges:

- Medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass
- Jämlik vård

- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning
- Attraktivitet för innovation av produkter och tjänster
- Minimal miljöpåverkan

Målen har i sin tur brutits ner i sju insatsområden:

- Skapa en bättre och säkrare ordinationsprocess och lägg grunden för generisk förskrivning genom nationellt samordnade IT-stöd
- Öka samsyn och förståelse för ordinerad behandling
- Utveckla kunskap om och riktlinjer för läkemedel och läkemedelsanvändning för de patientgrupper där detta är mest eftersatt
- Minska utveckling och spridning av antibiotikaresistens genom en kombination av lokala och globala insatser
- Utveckla en långsiktigt hållbar prissättnings-, prioriterings- och finansieringsmodell för samtliga läkemedel
- Upprätta en process för ordnat och effektivt införande samt utöka uppföljning av läkemedels användning och effekter
- Minska läkemedels påverkan på miljön lokalt och globalt.

På landstingsnivå arbetar läkemedelskommittén och läkemedelssektionen aktivt tillsammans med de lokala läkemedelsgrupperna i respektive sjukvårdsområde med förbättringar inom läkemedelsområdet. Inom området ”äldre och läkemedel” har en handlingsplan utarbetats. En prioriterad patientsäkerhetsfråga är vidare att patienterna alltid ska ha en uppdaterad läkemedelslista genom hela vårdkedjan. Övergången mellan vårdnivåer är kritiska moment som måste särskilt uppmärksammas. Kampanjen ”Håll koll på dina läkemedel” vänder sig till patienten som en aktiv partner i processen.

Kontakterna och samarbetet med läkemedelsindustrin har reglerats genom lokala avtal för att garantera öppenhet och transparens för alla berörda parter.

En alltmer brännande och angelägen fråga är hur införandet av nya, dyra läkemedel ska gå till. Kommittén har stöd av NLT-gruppen (Nya LäkemedelsTerapier) som är kopplad till SKL och vars uppgift är ”att vid behov värdera nya läkemedelsterapier och eventuella andra problemställningar kring läkemedel och ge landstingen en rekommendation på lösningar.” Lokala rutiner för att hantera beslut och kostnader för nya, dyra läkemedel diskuteras. I förlängningen kan det bli fråga om att utarbeta rutiner för att prioritera insatser där nytta vägs mot förväntad effekt. De s k särlekemedlen, som avser dyra läkemedel avsedda för ett fåtal patienter, ställer frågan om prioritering på sin spets.

Läkemedelskommitténs ”Rådgivande läkemedelslista” utarbetas årligen tillsammans med Faktagrupperna och ger råd och stöd vid förskrivning. Läkemedelsmallar med förslag till ordination inarbetas i journalsystemet Cosmic. Behovet av en rådgivande lista som specifikt vänder sig till specialistvården och sjukhusen övervägs.



Läkemedelskommittén planerar vidare att utveckla förutsättningarna att via individbaserade data följa upp förskrivningsmönster och följsamhet till förskrivningsmål och rekommendationer. Detta kan möjligen också vara ett första steg för att skapa ett system för systematisk uppföljning av behandlingsresultat, vilket efterfrågas inom vården.

För att minska utveckling och spridning av antibiotikaresistens behövs en kombination av lokala och globala insatser enligt ovan. På riksnivå finns STRAMA, ”Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens”. Inom landstinget har en lokal Strama-grupp bildats med uppgift att motverka antibiotikaresistens.

#### ***Utvecklingsområden***

- *Rutiner för införande av dyra läkemedel*
- *Följsamhet till aktuell rådgivande lista*
- *Rådgivande lista för specialistvården*
- *Alltid korrekt läkemedelslista*
- *Uppföljning av förskrivningsmönster*
- *Uppföljning av behandlingsresultat*
- *Motverka antibiotikaresistens*

### **3.12 Se över primärvårdens roll**

Verksamhetsenkäten ger en tydlig bild av primärvårdens syn på samarbetet med specialistvården och önskvärd utveckling av primärvårdens roll i systemet. Primärvården vill se ett paradigmskifte med tydligare fokus på hälsofrämjande insatser. Begreppet ”paradigmskifte” antyder genomgripande förändringar av synsätt som ska prägla arbetet i övrigt. Betoningen på hälsofrämjande arbete överensstämmer med Socialstyrelsens och SKLs synpunkter och rekommendationer, och ses som ett sätt att effektivisera och skapa utrymme för att möta ökade förväntningar och behov. (Hälsofrämjande insatser tas upp i nästa avsnitt 3.13.)

Primärvården vill ha ett mer utvecklat, informellt och gränsöverskridande samarbete med specialistvården, med tätare kontakter och smidig tillgång till specialistbedömningar. Alla kontakter behöver inte gå via formell remiss. Man ser gärna att specialisterna engageras som konsulter, men att samordningsansvaret ligger inom primärvården. Detta skulle således kunna vara en möjlig lösning för att tillgodose behovet av samordning och minska många patienters upplevelse av en ”fragmentiserad” vård. Behovet av samordning och kontaktpersoner finns även på andra håll i vården.

Rågången mellan primärvård och specialistvård är till dels och av tradition geografiskt definierad. Tack vare IT skapas möjligheter att överbrygga geografiska hinder och koncentrera mer på nyttoeffekter och kompetens än på var man geografiskt befinner sig. Detta kan innebära att primärvården också får en



roll inom sjukhusen och på så sätt bidrar till att lösa klinikernas behov av generalistkompetens.

Specialistvården ger i sina svar på verksamhetsenkäten uttryck för ett något ”striktare” förhållningssätt, där ansvaret för primärvården respektive specialistvården är tydligt definierat. Man hänvisar till FAKTA-dokumenterna som beskriver arbetsfördelning i ett processperspektiv för olika sjukdomsgrupper.

Detta kan uppfattas som två oförenliga synsätt, men i praktiken behöver det inte vara så. Det handlar i grunden om att primärvården och specialistvården ska finnas tillgängliga för ömsesidiga konsultationer. Utgångspunkten måste vara patientens behov att utan onödig tidsåtgång få vård och behandling.

FAKTA-dokumenterna bör även framdeles vara en utgångspunkt för arbetsfördelning. Det skapar en stabil grund för ömsesidiga, realistiska förväntningar, vilket ofta är en förutsättning för ett gott samarbete. Behovet av snabb kommunikation kan lösas med hjälp av IT.

En ändrad arbetsfördelning mellan primärvården och specialistvården kan föranleda en justering av budgetramarna.

#### **Utvecklingsområden**

- *Paradigmskifte för primärvården – uppdragsbeskrivning*
- *Resursfördelning mellan primärvården och specialistvården*
- *Gränsöverskridande samarbete mellan primärvården och specialistvården*
- *FAKTA skapar förutsättningar för informellt samarbete*
- *Generalistkonsulter och specialistkonsulter*
- *On-line-kontakter mellan primärvården och specialistvården*
- *Teknisk infrastruktur för utveckling av IT*

### **3.13 Utveckla ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt i hela hälso- och sjukvården**

Socialstyrelsen har nyligen fastställt ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” (november 2011). De berör tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, vilka är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige. Rådgivande samtal är grunden för åtgärder. Riktlinjerna innehåller också en beskrivning av organisatoriska konsekvenser av de förändringar som riktlinjerna kan förväntas leda till, samt förslag till indikatorer för utveckling och uppföljning.

Landstinget har i olika sammanhang, senast i aktuell budget, framhållit vikten av hälsofrämjande insatser. Pågående försöksverksamhet med hälsocoacher är ett försök att hitta vägar för att påverka levnadsvanor. Det målmedvetna, hälsofrämjande arbetet i Habo är välkänt i landet. Bedömningsinstrumentet

”hälsokurvan” som där använts i många år har fått efterföljare på många vårdcentraler.

De Nationella riktlinjerna innebär emellertid så mycket mer än vad som görs idag inom preventionen att det närmast kan liknas vid en positionsförskjutning för landstinget, ett ”paradigmskifte” i enlighet med primärvårdens svar på verksamhetsenkäten. Riktlinjerna anger ett nytt förhållningssätt för hela hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen gör ett försök att uppskatta konsekvenserna och bedömer att de kräver förändringar i

- personalresurser
- styrinstrument
- organisation och omdisponering av resurser
- utbildning och kompetensutveckling
- samverkan med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården.

Riktlinjerna pekar på möjligheterna att styra utvecklingen via uppdragsbeskrivningar, avtal och övergripande planer, och framhåller att personella resurser kan behöva omdisponeras. Beträffande utbildning bedömer Socialstyrelsen att riktlinjerna kräver särskild kompetens inom till exempel samtalsteknik, hälsopedagogik och beteendetekniker, samt specifik kompetens kring levnadsvanornas problematik. I en övergångsperiod kan kraven på denna form av vidareutbildning vara ”tänligen omfattande”. Dels kan vården behöva utveckla en breddutbildning riktad till alla nivåer inom vården med målet att öka kunskaperna om levnadsvanornas betydelse för hälsoutvecklingen och påverka attityden till sjukdomsförebyggande arbete, dels behövs en särskild utbildning för dem som ska genomföra åtgärderna.

Åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor berör praktiskt taget alla delar av hälso- och sjukvården. Det förebyggande arbetet får bättre effekt om beslutsfattare, administratörer, vårdansvariga och vårdgivare involveras i att utveckla ett förebyggande tänkande och handlande. Socialstyrelsen pekar också på att det kan behövas en bred diskussion på det lokala planet om det förebyggande arbetets betydelse och möjligheter, ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården samt ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvården och andra organisationer.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna som helhet kommer att medföra en kostnadsökning för hälso- och sjukvården. En stor del av ökningen avser kompetenshöjning och fortbildning. På längre sikt kommer de rekommenderade åtgärderna att leda till kostnadsminskningar tack vare minskad sjuklighet.

Riktlinjerna kan förslagsvis resultera i ett ställningstagande av landstinget avseende inriktning och mål för den fortsatta utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet, varvid även behovet av tydliga incitament bör övervägas. Socialstyrelsens

förslag om en bred, inledande diskussion om det förebyggande arbetets betydelse och möjligheter synes motiverat.

#### **Utvecklingsområden**

- *Mål och ambitionsnivå för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet*
- *Incitament för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete*
- *Utbildning med hela hälso- och sjukvårdens personal som målgrupp*

### **3.14 Prioritera tydligare**

Riksdagen beslutade 1997 om principer och riktlinjer för prioritering av hälso- och sjukvård. Dessa var tänkta att utgöra ett beslutsstöd när resurserna inte räcker till i vården utan något måste väljas bort. Riksdagen uttalade också att prioriteringar bör ske öppet och systematiskt så att medborgarna ska kunna förstå på vilka grunder dessa sker.

År 2001 inrättades Prioriteringscentrum i Linköping som ett nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg. I en kartläggning som centrumet gjorde 2006 konstaterades att få öppna prioriteringar då hade genomförts i landet. Därefter har det emellertid hänt en hel del. Västerbottens läns landsting har i ett par omgångar genomfört öppna prioriteringar och ett antal landsting har påbörjat utvecklingsarbete. Skälet till att Västerbotten började var att man var tvungen att avveckla befintlig verksamhet för att bereda plats för ny verksamhet.

I den sjukvårdspolitiska debatten nämns ofta prioriteringar och avgränsning av det offentliga åtagandet som tänkbara åtgärder för att på sikt kunna möta allt större krav från medborgarna.

Frågan har även uppmärksammats inom landstinget och som tidigare framgått är hanteringen av dyra läkemedel ett incitament för att diskutera prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prioriteringar görs redan idag i det tysta på många håll i det dagliga arbetet, när resurserna inte räcker till. Vem ska få del av....? Prioriteringar på mikronivå riskerar att skapa stress hos de enskilda medarbetarna, då prioriteringar kräver tydlighet på alla nivåer.

Det kan hävdas att dagens budgetprocess i landstinget innefattar ett visst mått av prioriteringar, men att de inte är tydliga och att de ofta görs inom respektive enhet (vertikal prioritering). Det förekommer sällan att befintliga resurser omfördelas mellan enheter (horisontell prioritering).

Prioriteringar har generellt sett varit en åtgärd som tillgripits i ett pressat ekonomiskt läge. Med tanke på den tidigare beskrivna diskrepansen mellan

förväntningar och ekonomiska möjligheter, finns det skäl att finna en prioriteringsmodell med en mer konstruktiv innebörd, som omfattar metoder för att systematiskt väga nyttan mellan olika verksamheter. Resurserna omfördelas och styrs dit behoven är störst.

#### *Utvecklingsområden*

- *Modell för prioriteringar enligt de etiska principerna*
- *Vidareutveckling av budgetprocessen*

### **3.15 Valfrihet ger patientmakt**

Vårdvalet i primärvården, som infördes under 2010, har ändrat vårdkartan. Antalet vårdcentraler ökade från 31 till 52 i landstinget, varav 21 drivs i privat regi. Landstinget har i budget för 2012 angett att ”en modell ska utvecklas för att erbjuda invånarna ett utökat vårdval. Utöver dagens primärvård, ska vårdval även omfatta besök hos specialistläkare inom vissa specialiteter.” Utvecklingen understöds av regeringen, som avsätter 360 mkr under perioden 2012-2014 för att ”...utöka satsningarna på förbättrad tillgänglighet genom att förstärka patienternas valmöjligheter inom den specialiserade vården.”

Flera landsting och regioner har påbörjat en planering enligt regeringens intentioner. Några gemensamma frågor som måste klarläggas är

- hur säkras kvalitén?
- hur påverkas vårdkedjorna och sjukhusen?
- hur påverkas utbildningsverksamheten?
- hur utformas ersättningssystemet?
- hur fastställs och tydliggörs uppdraget?

Parallellt pågår en utveckling med att stärka patientens ställning och inflytande i hälso- och sjukvården. Regeringen har tillsatt en utredning som under 2012 ska utarbeta förslag till en samlad patientlagstiftning, som bland annat ska ge förbättrade möjligheter att söka vård i annat landsting.

Trenden är tydlig. Frågan är hur kartan kommer att se ut 2020?

Svaret ligger förmodligen nära den framtidsbild som Kairos Future målar upp. Vi kommer att få ett utbud med privata och offentliga aktörer, där patienten får ett avgörande inflytande genom att välja vård som är tillgänglig och som uppvisar goda resultat.

Staten har genom den nyinrättade myndigheten Vårdanalys markerat betydelsen av informationen till medborgarna om vårdens resultat. Myndigheten ska bl a ”kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet”.

Redan idag finns på 1177.se information från de riksomfattande enkäterna till primärvården och specialistvården om patienternas upplevelser av vården. Nästa steg är att även redovisa kliniska resultat.

### **Utvecklingsområden**

- *Nyorientering i en konkurrenssituation*

### **3.16 eHälsa förändrar vården**

Grunden för utveckling av IT i vården på såväl nationell som lokal nivå är programmet ”Nationell eHälsa- strategin för tillgänglig och säker vård och omsorg” (2010) samt Patientdatalagen (2008:355). Bakom programmet står bland andra staten och SKL.

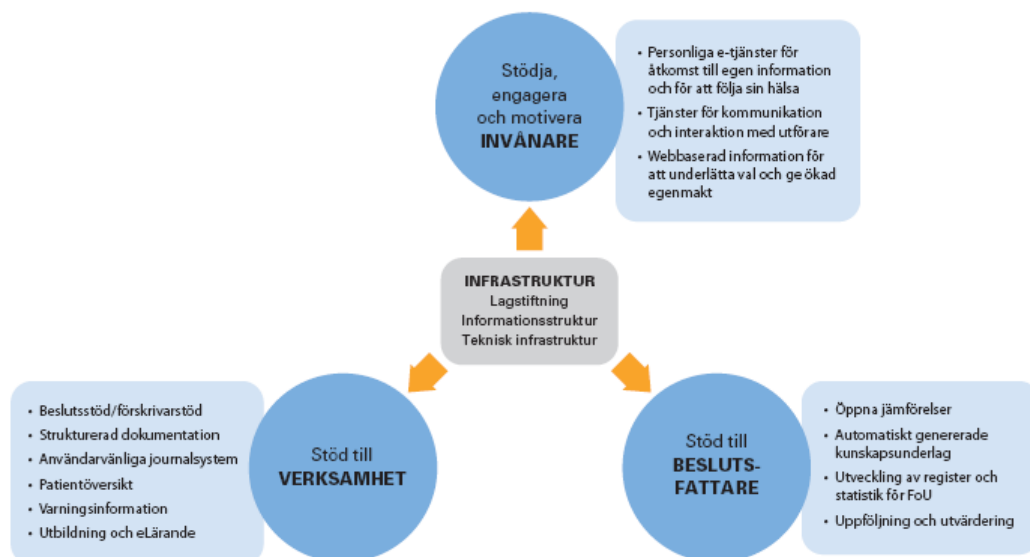
Begreppet ”eHälsa” avser att betona införandet, användningen och nyttan av tekniken snarare än den tekniska utvecklingen. eHälsa ska ses som en naturlig del i utvecklingen inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Enligt programmet inriktas arbetet inom Nationell eHälsa på att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper:

- *individ* i sin roll som invånare, patient, brukare och anhörig
- *vård- och omsorgspersonal*
- *beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.*

Målen för eHälsa sammanfattas i följande bild.

Fig 16. Målen för Nationell eHälsa enligt program 2010



Källa: Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, Socialdepartementet 2010

Programmet preciserar ett antal insatsområden.

- ***eTjänster för tillgänglighet och medbestämmande.***
  - alla invånare ska kunna använda säkra personliga e-tjänster för åtkomst till information om egna vård- och omsorgsinsatser
  - tjänster där individen själv kan dokumentera och dela uppgifter om sin egenhälsa ska utvecklas som en resurs för både personal och individen själv
  - information om kvalitet, tillgänglighet och bemötande ska presenteras på ett målgruppsanpassat och användarvänligt sätt för att möjliggöra fria och informerade val
- ***Användbar och tillgänglig information - beslutsstöd till personalen***
  - alla förskrivare ska ha tillgång till patientens samlade läkemedelslista och ändamålsenliga förskrivarstöd
  - den nationella patientöversikten ska införas fullt ut i hela hälso- och sjukvården samt bör införas i berörda delar av socialtjänsten
  - riktlinjer och ny evidens ska spridas snabbare som en integrerad del av personalens beslutsstöd för att stimulera fortlöpande metodutveckling
- ***Kunskapsstyrning, innovation och lärande - förbättrat underlag för forskning, uppföljning och beslutsfattande***
  - fördjupad kunskap om e-hälsotjänster ska vara en naturlig del i utbildningen av alla personalgrupper

Övriga insatsområden är

- ***Teknisk infrastruktur***
- ***Informationsstruktur, terminologi och standarder***
- ***Lagar och regelverk***

Inom det sistnämnda området pekar man bl a på behovet av vårdkontinuitet över nationella gränser.

Sammanfattningsvis kan konstateras att programmet uttrycker tydliga ambitioner att utifrån ett konsekvent användarperspektiv utveckla eHälsa som en naturlig del av vården.

Landstinget har lagt fast ett ramverk för styrning av IT som följer indelningen på nationell nivå och består av tre programstyrgrupper

1. Invånartjänster – riktade till invånarna
2. Vårdtjänster – riktade till personalen

### 3 Infrastruktur

Avsikten är att få en fördjupad dialog och ökat inflytande från verksamheten.

Aktuell utveckling i landet och landstinget inom området *invånartjänster* berör bl a:

- Vårdguiden "1177.se"; kvalitetssäkrad information om hälsa och sjukvård
- UMO.se; ungdomsmottagningen på nätet
- Mina vårdkontakter; en personlig e-tjänst på webben som möjliggör kommunikation mellan medborgare och vård och omsorg
- Mina hälsotjänster; ska i framtiden fungera som ett nav för att öka invånarnas möjligheter att ta ansvar för sin egen hälsa, t ex att följa remisser, ta del av provsvar, förnya recept, boka besök och registrera egen information ("shared careplan"- personlig vårdplan som ska kopplas till journalen).

Nästa steg i utvecklingen av invånartjänster är att utveckla "mHälsa", tjänster via mobila enheter, t ex mobiltelefon.

Ett grundläggande synsätt inför framtiden är att journalen tillhör patienten.

Bland aktuella projekt inom området *vårdtjänster* kan nämnas:

- e Remiss, enhetlig elektronisk hantering av remisser
- SIL; svensk informationsdatabas för läkemedel som ger förskrivare tillgång till kvalitetssäkrad läkemedelsinformation via journalsystemet
- Nationell patientöversikt (NPÖ) som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare.
- Kunskapsstöd till primärvården och specialistvården.

Förväntade effekter på sikt av pågående utveckling är:

- Hälsa- och sjukvården blir mer transparent för invånarna
- Vården blir tillgänglig dygnet runt för vissa tjänster, såsom tidbokning och förnyelse av recept
- Följsamheten till ordinationer ökar genom att journalen brukas som pedagogiskt verktyg, patienten har koll på sina prover
- Patienter med kroniska sjukdomar kan själv ordinera prover och boka tid på laboratorium (eller ta provet själv)
- Skicka påminnelse till patienterna
- Förbereda besök, skicka uppgifter, "välinformerad patient möter väl förberett team"
- Vård på distans, monitorering av läkemedel, uppföljning av resultat

Sjukvårdshuvudmännen avsätter olika mycket resurser på utveckling av eHälsa. Bland dem som satsar stort är Stockholm läns landsting. I rapporten "Framtidens Hälsa- och sjukvård" (2011) beskrivs eHälsa som ett av stödjebenen för framtiden.



”Enligt Stockholms medicinska råd, SMR, kan ett utökat användande av e-hälsotjänster ge nya möjligheter till funktionsdiagnostik, specifik träning, övervakning, långsiktigt stöd i form av nya hjälpmedel, kvalitetsuppföljning och, inte minst, nya former för kommunikation både mellan patient/anhöriga och sjukvård samt mellan olika aktörer kring en patient. eHälsa kan leda till en effektivare vård med sammanhållna vårdprocesser där patientens och invånarens delaktighet och patientsäkerheten ökar. eHälsa ger således möjlighet att organisera och ge hälso- och sjukvård på ett nytt sätt där patientens och invånarens roll utvecklas mot ökad delaktighet och ansvarstagande för sin hälsa och vård. Befolkningen väntas också ställa högre krav på att kunna kommunicera och interagera med hälso- och sjukvården via eHälsotjänster och till exempel kunna boka tider och följa sina vårdprocesser via webben.”

För landstingets del gäller det att försöka identifiera eHälsans roll och potential för framtiden. Som framgår av citatet ovan knyter ett av de ledande ”eHälsolandstingen” stora förhoppningar till eHälsa och de sammanfaller med de iakttagelser som görs inom Landstinget i Jönköpings län. Landstinget kan sägas följa huvudfåran inom utvecklingen och bör överväga om en mer proaktiv hållning vad gäller utveckling och tillämpning skulle förbättra möjligheterna att möta ökade krav och förväntningar på hälso- och sjukvården. Förutsättningarna är redan lagda i och med inrättandet av programstyrgrupperna.

#### **Utvecklingsområde**

- *Mål och långsiktig strategi för utveckling av eHälsa*

### **3.17 Incitament för att stödja utvecklingen**

I de föregående avsnitten har olika förändringar i verksamheten berörts. Kraften att genomföra förändringar påverkas av många faktorer, såsom upplevt behov, ekonomi, praktiska förutsättningar, ”förbättringsklimat” och beslutsmandat. Därutöver fordras en fortlöpande anpassning av incitament, så att inte gamla strukturer och system utgör hinder i förändringsarbetet.

I vårdvalet är principen att styra med ändamålsenliga incitament tydlig. Ekonomisk ersättning ska utgå efter måluppfyllelse. Det innebär att ersättningens ändamålsenlighet hela tiden måste prövas för att nå önskat agerande. Nya områden som bör övervägas är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet. Andra områden kan beröra förmågan till samarbete på olika plan.

En utvidgning av vårdvalet till att även omfatta specialistmottagningar torde innebära att ersättningsystem likt dem som tillämpas i primärvården närmar sig sjukhusens verksamhet, vilket ytterligare understryker behovet av incitament för samarbete i processer.



Ett inte lika tydligt incitamentsystem, men som ändå har påverkan, är den statistiska registreringen av åtgärder. Ett läkarbesök på specialistmottagningen ger ”en pinne” i protokollet men en konsultation med en kollega i primärvården, kanske via ett nyutvecklat IT-system, märks inte i statistiken.

Sammanfattningsvis finns det skäl att uppmärksamma incitamentstrukturens betydelse så att den samverkar med mål och ambitioner.

#### *Utvecklingsområde*

- *Tydliga incitament för att styra utvecklingen i önskad riktning*

### **3.18 Dimensionering – operationskapacitet**

I direktivet anges att rapporten ska ge underlag för planering av byggnation. En fråga som är aktuell är behovet av operationssalar.

För att kunna besvara frågan om nuvarande kapacitet är väl avvägd krävs ett ställningstagande till var olika operationer ska utföras. Den frågan utreds för närvarande i särskild ordning.

För att så långt möjligt på detta stadium ge en uppfattning om de övergripande förutsättningarna för planering av operationsresurserna, har en översiktlig studie gjorts av trender och befolkningsutvecklingens påverkan på behovet. Studien redovisas i en fristående bilaga (3). Slutsatserna redovisas i det följande.

Verksamhetsstatistiken visar att

- dagkirurgin har ökat kraftig utanför de centrala operationsenheterna,
- antalet operationer och opererade patienter på centraloperation har varit relativt konstant under en följd av år, det gäller både operationer i öppen och slutenvård,
- antalet operationstimmar har ökat på centraloperation på Ryhov i ett 10-årsperspektiv, men att trenden de senaste åren pekar på oförändrad nivå, motsvarande uppgifter på centraloperation på Höglandssjukhuset visar en oförändrad nivå, och i Värnamo en ökning,
- en fördelning av operationstimmar per specialitet på centraloperation på Ryhov visar en relativt stabil, oförändrad trend under de senaste åren, på längre sikt noteras en ökning av operationstimmar inom ortopedin.

Såvida det inte föreligger en bristsituation under ett antal år, vilket inte har framkommit i verksamhetsenkäten eller på annat sätt, så pekar inte materialet på att det finns näraliggande behov av ökad kapacitet på centraloperation. Befolkningsutvecklingen skulle på sikt kunna medföra ett ökat behov, enligt beräkningarna med 6 procent. Detta måste vägas mot möjligheten att effektivisera

utnyttjandet av operationssalarna genom bättre framförhållning och planering, tidiga och punktliga starter och snabba byten mellan operationerna. Skulle en nivåstrukturering komma att medföra specialiseringar på de olika sjukhusen kommer sannolikt möjligheterna till ett effektivare salsutnyttjande att öka.

Däremot bör behovet av lokaler för dagkirurgisk verksamhet utanför centraloperation uppmärksammas, vilket påpekas i verksamhetsenkäten av bland andra ortopedin och ögonsjukvården. I avsnitt 3.19 diskuteras behovet av ett systematiskt angreppssätt för att pröva möjligheterna till poliklinisering. Det kan vara lämpligt att i det sammanhanget uppmärksamma lokalbehovet för dagkirurgisk verksamhet.

Det kan inte uteslutas att också centraloperation påverkas av en fortsatt poliklinisering. I vart fall måste behovet av observationsplatser som en följd av polikliniseringen prövas.

#### ***Utvecklingsområden***

- *Lokalbehov för en ökande dagkirurgi*
- *Effektivt utnyttjande av centraloperation*

### **3.19 Dimensionering - fördelning mellan öppen och sluten vård**

Dimensioneringen av slutenvården är en annan fråga av särskild betydelse för byggplaneringen och den är sin tur beroende av utvecklingen inom öppenvården. En tillämpning av principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) innebär att så mycket som möjligt bör utföras i öppen vård.

I verksamhetsenkäten ombads verksamheterna att bedöma det framtida behovet av sluten och öppen vård. Svaren tyder på en stor osäkerhet när det gäller slutenvårdsbehovet samtidigt som man var ense om att den framtida utvecklingen av vårdformerna kommer att ligga i öppen vård. En jämförelse med andra landsting visar att det finns de som har färre eller flera vårdplatser per invånare än landstinget i Jönköpings län. LEON-principen tyder på att det finns något att lära av dem som klarar sig med färre platser.

Samtidigt måste å andra sidan betydelsen av befolkningsutvecklingen med fler invånare i länet och en större andel äldre vägas in. Som tidigare redovisats kan effekten beräknas motsvara en tioprocentig ökning av behoven fram till 2020 om ”allt annat är lika”. Erfarenheterna visar dock att ”allt annat” sällan är lika. Det sker hela tiden successiva anpassningar till de yttre förutsättningarna, vilket förkortningen av vårdtiderna är exempel på.

Socialstyrelsen och SKL har gett uttryck för olika ståndpunkter i frågan om behovet av slutenvårdplatser. Då Socialstyrelsen (2010) säger att...”mycket tyder på att bristen på vårdplatser är ett utbrett problem...”, anser SKL (2010) att ”Behovet av vårdplatser är beroende av väl fungerande vårdprocesser... och där

finns det mycket att utveckla”...”Att bara kräva fler vårdplatser är att ställa sig vid sidan av den medicinska utvecklingen, att sträva bakåt”

En avgörande faktor i sammanhanget är möjligheterna att poliklinisera och ge vård och behandling i öppen vård. Det ställer i sin tur krav på ändamålsenliga lokaler och organisatoriska förutsättningar i övrigt. I praktiken har detta inneburit att ”man passat på” att poliklinisera då det av olika skäl varit lägligt. Någon medveten, systematisk prövning av möjligheterna till poliklinisering på bred front har såvitt känt inte genomförts. Då möjligheter och eventuella hinder för poliklinisering är kända, blir det lättare att bedöma behovet av slutenvårdplatser.

Möjligheter att ge vård i hemmet eller det särskilda boendet som alternativ till slutenvård på sjukhus bör också prövas systematiskt i samarbete med kommunerna. På sikt måste LEON-principen få fullt genomslag vid fördelningen av ansvar och arbetsuppgifter även då flera huvudmän är inblandade. I sammanhanget bör även uppmärksammas möjligheterna att påskynda överföringen av medicinskt färdigbehandlade patienter till kommunal vård och omsorg.

#### ***Utvecklingsområden***

- *Systematisk prövning av möjligheterna till poliklinisering*
- *Optimal fördelning mellan öppen och slutenvård*

### **3.20 Dimensionering – lokaler**

I enkäten till verksamheterna ställdes en fråga om det långsiktiga lokalbehovet. Vissa gemensamma tendenser kan sammanfattas enligt följande.

Det finns önskemål om att samlokalisera mottagningar och dagvård med vårdavdelningar bland annat för att ta tillvara möjligheterna att samutnyttja personalen. I anslutning bör även finnas lokaler för polikliniska operationer. Behovet av utökade lokaler för polikliniska operationer påtalas också, som tidigare nämnts.

Ökade infektionsrisker med resistenta bakterier och utbrott av influensaepidemier ställer krav på ombyggnad av vårdutrymmen. Stora krav kommer dessutom att ställas på behandlingsutrymme i patientrummen och övernattningsmöjligheter för anhöriga. En-patient-rum kommer förmodligen att bli förhärskande standard vid om- eller nybyggnad av vårdavdelningar. Infektionskliniken framför behov av en total översyn.

Infektionsriskerna ställer också krav på en översyn av operationssalar, IVA och utrymmen i anslutning till dessa. Behov av fler intensivvårdsplatser framhålls.

På grund av infektionsrisker önskar ortopedklinikerna fler operationssalar med optimal ventilation.

Utbyggnad av hybridsalar med möjligheter till radiologisk support under operation är en trend.

I sammanhanget nämns även behov av plats på Höglandssjukhuset för överflyttning av viss verksamhet från Nässjö till Eksjö.

På Länssjukhuset Ryhov finns särskilda lokalbehov i samband med den nuklearmedicinska verksamheten där både radiologiska kliniken, klinisk fysiologi och kardiologin involveras.

#### ***Utvecklingsområden***

- *En-patient-rum som norm*
- *Ombyggnad för att förebygga infektioner*

### **3.21 Framtiden utmanar organisationen**

#### ***Ett framtidsscenario?***

En sammanfattning av redovisade trender, utmaningar och utvecklingsområden kan leda till följande bild av hälso- och sjukvården inom ett antal år.

Vårdvalet utvidgas till att omfatta delar av specialistvården, i första hand fristående öppenvårdsmottagningar som inte ingår i en klinik. Om landstinget på sikt ansluts till en större administrativ region påskyndas utvecklingen från budgetstyrning till ett beställarsystem med ersättning enligt DRG-systemet. Det växer fram en marknad med privata och offentliga aktörer, där patienterna kan välja fritt mellan vårdgivare inom EU.

För att garantera en likvärdig vård av god kvalitet i hela landet tar staten ett allt fastare grepp om utvecklingen genom en aktiv kunskapsstyrning med riktlinjer, program och uppföljande, transparenta jämförelser. Den enskilde medborgaren/patienten kan snabbt jämföra resultat, väntetider etc.

Rollerna förändras. Medborgaren/patienten involveras som en aktiv partner både i det sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande arbetet och i vården och behandlingen. Individens eget ansvar betonas. Personalen får en stödjande och vägledande roll.

Hela hälso- och sjukvården utgår från ett "salutogent förhållningssätt" som fokuserar på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsan. Primärvården har ett särskilt ansvar att driva det hälsofrämjande arbetet och samarbetar med frivilligorganisationer och samhällets resurser i övrigt inom friskvården. Ersättningssystemet ger tydliga incitament till att bedriva hälsofrämjande arbete och att samarbeta över gränser.

Vården förläggs utanför sjukhusen för de tillstånd som inte kräver sjukhusens resurser. Uppföljning och läkemedelshantering sker till stor del på distans via interaktiva IT-system. Landstinget och kommunerna samarbetar utifrån en helhetssyn på vårdtagarna och efter överenskomna principer som utgår från LEON och patientens preferenser. Gruppen multisjuka kräver uppmärksamhet från båda huvudmännen och särskilda platser har inrättats vid behov av slutenvård där primärvården och geriatriken har ett huvudansvar med bistånd av sjuksköterskor med avancerad specialistutbildning. Alternativt verkar primärvårdsläkarna och geriatrikerna som konsulter till slutenvården.

Hälso- och sjukvårdens kunskapsmassa ökar i allt snabbare takt och kräver fortsatt subspecialisering som leder till en "kunskapsparadox"; djupare kunskaper ger smalare kompetensområden, vilket gör det svårare att få nödvändig överblick och helhetsbild. Problemet löses genom utveckling av teamarbete och genom samarbete mellan specialistvården och primärvården. För att undvika fragmentisering av vården gentemot patienterna och för att hålla samman teamarbetet skapas olika funktioner som kontaktpersoner och vårdlotsar. Teamarbete skapar också förutsättningar för att ge en "samtidig" vård, där man arbetar med parallella processer för att minimera ledtider.

Länet bildar ett gemensamt upptagningsområde för de tre sjukhusen och patienterna hänvisas till den enhet som har särskild kompetens och resurser för det aktuella behovet enligt genomförd nivågruppering. Samtliga enheter har ett gemensamt ansvar för hela länet. Vid behov kan resurser prioriteras och omfördelas mellan sjukhusen/enheterna och det finns tydliga rutiner för hur kostnader för dyra läkemedel ska hanteras. Ett råd har inrättats för särskilt kostsamma fall där nyttan måste vägas mot kostnaderna.

Skärpta kvalitets- och utrustningskrav, ekonomiska förutsättningar och en fortsatt subspecialisering kan tvinga fram en koncentration av den kirurgiska akutverksamheten.

Kraven och ekonomin balanseras genom en fortlöpande systematisk effektivisering. Allt som kan och bör ges i öppna vårdformer överförs till öppenvården och lokaler och organisation anpassas. Jämförelser mellan privat och offentlig verksamhet leder till effektiviseringar inom den offentliga delen. Ett nyckelbegrepp i effektiviseringen är "fokusering" på kärnverksamhet. Ett annat är "entreprenörskap" inom både privat och offentlig verksamhet. Det gynnas genom en stor självständighet inom mikrosystemen och tydliga, transparenta uppföljningssystem. Ett tredje nyckelbegrepp i effektiviseringsarbetet är "flexibelt personalutnyttjande", där många uppgifter utförs av sjuksköterskor eller andra professioner på delegation från läkare.

Utvecklingen är i ständig rörelse, förändringar går allt snabbare och kan dessutom ske i tvära kast, vilket ställer krav på flexibilitet och omställningsförmåga.

Uppdelningen i primärvård och specialistvård suddas delvis ut genom utveckling av mer ”informella kommunikationssystem” via IT-tekniken mellan primärvården och specialistvården. Patienten kan vid behov få en snabb, samlad bedömning.

Beskrivningen kan göras både längre och fylligare men torde ändå kunna tjäna som underlag för att reflektera över vilka krav som utvecklingen ställer på organisationens utformning och beslutsförmåga. Några av de grundläggande kraven och utmaningarna sammanfattas i följande enkla modell av hälso- och sjukvården. Den betonar arbetet som utförs i frontlinjen - mikrosystemen – och att resten av organisationen är till för att stödja mikrosystemen. Modellen är även en illustration till att förändringar på meso- och mikronivån är beroende av förutsättningar som skapas på makronivån.

De två ”paradigmskiftena” partnerskap samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt är centrala liksom förmågan att prioritera och kunskapsstyra i en omgivning som kräver omställningsförmåga och förutsätter samarbete.

*Fig 17 Utmaningar för hälso- och sjukvården*



### ***Dagens organisation***

Dagens hälso- och sjukvårdsorganisation är uppbyggd kring de tre lokala sjukhusförvaltningarna, primärvårdsförvaltningen Bra liv och förvaltningen Medicinsk diagnostik. Respektive förvaltningschef har budget- och verksamhetsansvar inför landstingsdirektören, som i sin tur svarar inför landstingsstyrelsen. Landstingsdirektören har till sitt förfogande ett kansli bestående av olika fackavdelningar. Den alltjämt rådande indelningen i sjukvårdsområden speglar en organisationsprincip som bygger på ett samlat

ansvar för sjukhusen och kringliggande primärvård. Den lokala anknytningen betonades tidigare av att det fanns en politisk styrelse, direktion, för respektive sjukvårdsområde. Direktionerna togs bort 1992 och primärvården bröts ur sjukvårdsområdena i samband med vårdvalsreformen 2010.

Specialiteterna inom varje förvaltning/sjukhus ingår i länsövergripande medicinska programgrupper (MPG) eller undergrupper till dessa (länsgrupper). Programgruppernas uppgift är att

- bedriva förbättringsarbete
- sprida goda idéer och lärande
- säkerställa gemensamma vårdprogram och riktlinjer
- verka för deltagande i kvalitetsregister
- säkerställa enhetlighet i klassificering, verksamhetsuppföljning och informationsförsörjning
- verka för ett effektivt utnyttjande av personalresurser och vårdplatser ur ett länsperspektiv
- samordning av rekryteringsinsatser och kompetensutveckling.

MPG har befogenheter att besluta i länsövergripande frågor inom ramen för deltagarnas beslutsbefogenheter. Gruppens beslut är endast rådgivande i frågor där respektive förvaltningsledning har ledningsansvaret.

MPG har även rätt att lägga förslag i budget som ska lämnas till respektive förvaltningsledning.

Uppdragsbeskrivningen ger uttryck för stora förväntningar vad avser programgruppernas roll för att utveckla den kliniska verksamheten inom respektive specialitet, men grupperna har ett begränsat beslutsmandat.

### ***Lever dagens beslutsordning upp till morgondagens krav?***

Några centrala begreppsområden och orsakssammanhang för att bedöma organisationens förmåga att utveckla verksamheten och fatta härtill nödvändiga beslut är

- valfrihet - konkurrenskraft - effektivitet
- kunskapsstyrning - kvalitet - likvärdig vård
- prioriteringar - omfördelning av resurser
- samtidig vård - multiprofessionellt och multidisciplinärt teamarbete
- stöd till mikrosystemen - utveckling - omställningsförmåga

Utvecklingen av hälso- och sjukvården med ett antal fristående aktörer och möjligheter för patienten att välja fritt skapar en konkurrenssituation där det gäller att vara attraktiv inom ramarna för tillgängliga resurser. Idag är det upp till varje förvaltning att leva upp till alla krav. Alternativet kan vara att anlägga ett länsperspektiv, fördela patienter enligt överenskommelse och utnyttja de



”komparativa fördelar” som då uppstår. En koncentration av verksamheten till olika patientgrupper bör ge effektiviseringsvinster. Frågeställningen gäller i första hand de kirurgiska disciplinerna och för att den ska kunna realiseras krävs en samsyn om arbetsfördelning i MPG och överenskommelse mellan förvaltningarna.

Kunskapsstyrning för att kunna erbjuda en likvärdig vård av hög kvalitet oavsett bostadsort är en central fråga för MPG, men kan vara svår att genomföra då grupperna har ett begränsat besluts- och genomförandemandat. En gemensam väntelista med enhetliga bedömningar av åtgärder och eventuell fördelning mellan sjukhusen skulle vara fördelaktigt i detta sammanhang. I praktiken är detta svårt att nå med rådande beslutsordning.

Behovet av prioriteringar med eventuella åtföljande, kanske temporära omflyttningar av resurser mellan sjukhusen kan uppmärksammas av MPG men är svåra att genomföra i praktiken. Prioriteringar kan även gälla patientflöden och processer inom länet och regionen, där det är angeläget att nå ekonomiskt fördelaktiga lösningar för länet som helhet. Idag saknas det incitament för att anlägga en ekonomisk helhetssyn för hela länet.

Kravet på att åstadkomma ”samtidig” vård och minimera onödiga ledtider är tydligt inom cancervården och kommer förmodligen att växa sig starkare i övrig verksamhet. Frågan hänger samman med förutsättningarna för att arbeta i multiprofessionella och multidisciplinära team och är beroende av samverkande resurser i länet. Idag kan man nå en bit på väg genom frivilliga överenskommelser.

Den kanske viktigaste frågan för organisationen är att stödja utvecklingen av mikrosystemen i en omvärld som kräver stor omställningsförmåga till nya behov, ny kunskap, program och riktlinjer. Den naturliga vägen idag vad gäller medicinsk utveckling är via MPG, men erfarenheterna visar att detta ofta är en svårframkomlig väg.

### ***Slutsats - utmaning***

För att tillgodose kraven som hälso- och sjukvården kommer att möta behövs en kraftsamling inom och mellan specialiteterna med ett ökat samarbete mellan sjukhusen. Kunskapsstyrning och kvalitet är sannolikt de starkast drivande och mest utslagsgivande krafterna för en hållbar utveckling på sikt. Därtill kommer kraven på effektivitet i en alltmer konkurrensutsatt situation. Behovet av en nivåstrukturerad arbetsfördelning mellan sjukhusen är redan påtalad inom cancervården. För att klara dessa och övriga utmaningar behövs en effektivare samordning och beslutsordning i länet.



### ***Struktur***

Med sina tre akutsjukhus avviker Landstinget i Jönköpings län från den allmänna trenden i landet som går mot en koncentration av den specialiserade vården och en parallell satsning på närsjukvård. Landstingets strategi att utgå från tre fullvärdiga akutsjukhus har ett starkt stöd i den politiska ledningen och har manifesterats genom upprepade uttalanden.

Många bedömare torde instämma i att landstingets strategi hittills varit lyckosam. Resultaten vid Öppna jämförelser och i andra sammanhang vittnar om att verksamheten står sig väl både nationellt och internationellt. Samtidigt kan noteras att det finns landsting som har en mer framskjuten plats vad gäller såväl produktivitet som effektivitet (se avsnitt 2.1).

Samverkan och omställningsförmåga inom hela organisationen har identifierats som två avgörande framgångsfaktorer (fig 17) i den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Konkret innebär detta lyhördhet för förändringsbehov och beredskap att agera utifrån ett gemensamt länsperspektiv.

### ***Utvecklingsområden***

*En organisation som...*

- *stärker konkurrenskraften*
- *skapar de bästa förutsättningarna för att ge en likvärdig vård av god kvalitet i hela länet*
- *har kraften och förmågan att prioritera*
- *förmår att ge ett kraftfullt stöd till utveckling, uppföljning och löpande omställning av mikrosystemen/arbetsteamerna.*
- *nyttjar den samlade kraften på bästa sätt*

## **Hur möter vi framtiden?**

- utmaningar och utvecklingsområden inom den somatiska specialistvården

### *Bilagor*

- 1. Uppdrag*
- 2. Operationskapacitet*
- 3. Referenser*

## **Plan för länets specialiserade somatiska vård**

### **Bakgrund**

Landstinget har i budget 2011 beslutat att utarbeta en plan för länets specialiserade vård. Planen ska ligga till grund för personalplanering och planering av investeringar i form av utrustning och byggnation.

### **Uppdrag**

Att utifrån intentionerna i budget 2011 utarbeta en plan för länets specialiserade somatiska vård. Planen ska innehålla en bedömning och beskrivning av trolig utveckling de närmaste tio åren avseende bland annat demografi, vårdbehov, patientens och närståendes roll, medicinsk teknisk utveckling samt utveckling av informationsteknologi.

### **Arbetsätt**

Planen ska utarbetas i bred samverkan med företrädare för verksamheten, politisk ledning, förvaltningsledningar, patientorganisationer och vårdgrannar. Arbetet kan lämpligen omfatta bland annat följande moment:

- sammanställning av underlagsmaterial, formulering av frågeställningar,
- workshop utifrån framtaget underlagsmaterial,
- sammanfattning och eventuell fördjupning i plandokument.

### **Viktiga utgångspunkter**

Planen ska utgå från Hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och särskilt beakta de kriterier för god vård som uttrycks i SOSFS 2005:12, innebärande att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenligt, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

**Projektorganisation**

Beställare

Projektägare

Projektledare

Projektsekreterare

Kommunikatör

Styrgrupp

Projektgrupp

Referensgrupp

Samverkan

Landstingsdirektören

Hälso- och sjukvårdsdirektören

Christer Lindholm

Hälso- och sjukvårdsdirektören

Utvecklingsdirektören

Utses av projektledaren

Sjukvårdens ledningsgrupp

Centrala samverkansgruppen

**Redovisning**

Delrapport i juni 2011.

Slutrapport i december 2011.

Fastställd av

Mats Bojestig

Hälso- och sjukvårdsdirektör

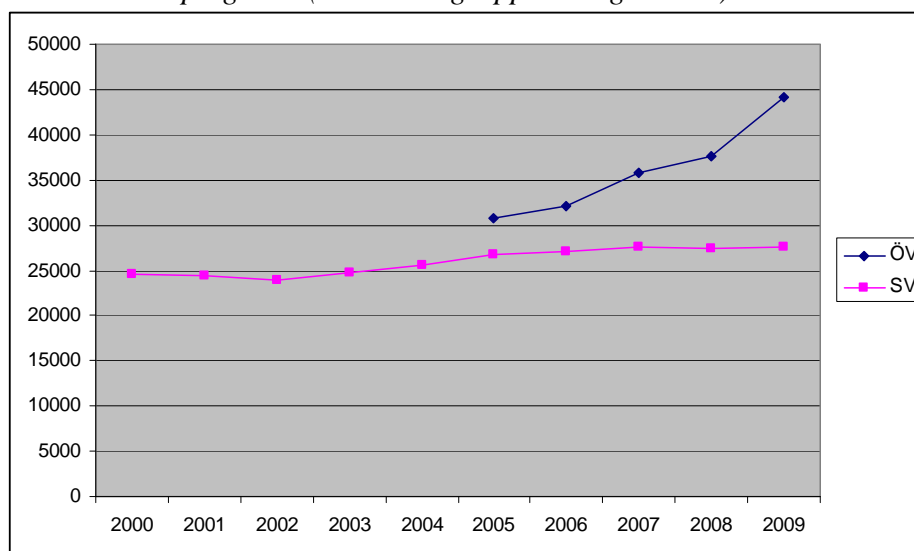
## **Operationskapacitet**

## Operationskapacitet

Grunddata för trendbeskrivningen är hämtad från årsstatistiken från centraloperation på respektive sjukhus samt Socialstyrelsens databas över operationer i öppen och sluten vård. De förstnämnda källorna begränsar sig således till operationer som utförs på den centrala operationsenheten medan Socialstyrelsens databas avser all operationsverksamhet i öppen och sluten vård. På Ryhov sker ögonoperationerna på centraloperation medan dessa görs lokalt på ögonmottagningarna på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Uppgifterna är således inte helt jämförbara. En annan svårighet i beskrivningen är att det har gjorts definitionsmässiga förändringar om vad som räknas som kirurgiska ingrepp i Socialstyrelsens databas. För att få en så rättvisande bild av utvecklingen som möjligt har därför några diagnosgrupper uteslutits<sup>1</sup>.

Antalet operationer i sluten vård har ökat något under de senaste tio åren, men de senaste fem åren är nivån i stort sett konstant. Utvecklingen av operationer i öppen vård visar däremot en stark ökning sedan statistiken började publiceras.

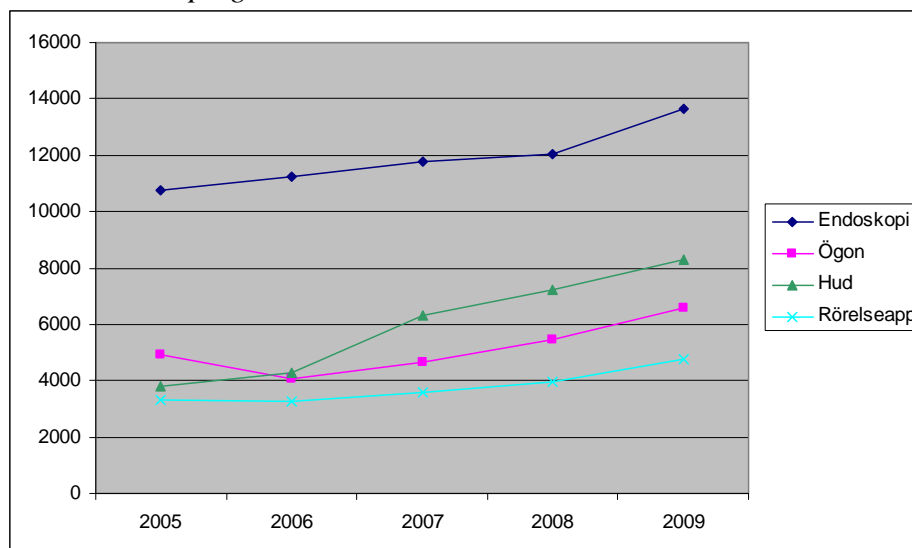
Fig 1. Utveckling av operationer i öppen och sluten vård, Jönköpings län (exkl vissa grupper enligt texten)



De åtgärder i öppenvården som har ökat mest är endoskopi, operation på hud, ögonoperationer och operation på rörelseapparaten.

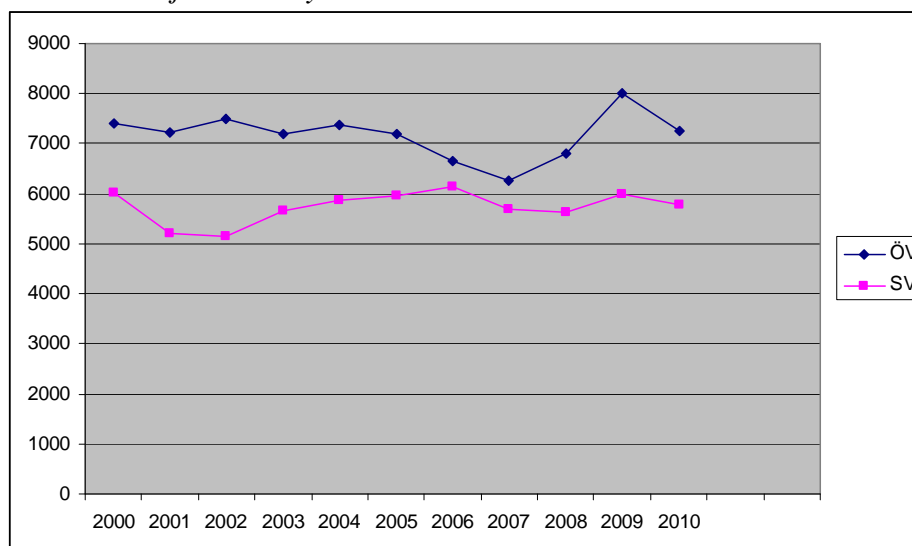
<sup>1</sup> Grupperna "mindre kirurgiska ingrepp" och "diagnostiska åtgärder" har exkluderats i öppenvården samt gruppen "icke operativa åtgärder" i slutenvården.

Fig 2. Operationsgrupper i öppenvården som har ökat mest, Jönköpings län



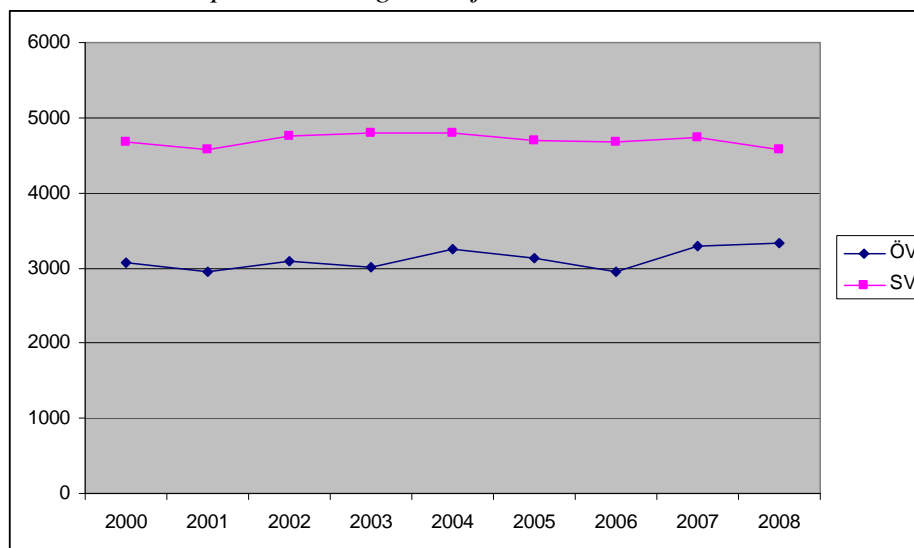
Ökningen har till övervägande delen skett utanför sjukhusens centrala operationsavdelningar, vilket framgår av följande diagram från centraloperation på Länssjukhuset Ryhov. Svängningarna mellan åren för öppenvården förklaras främst av variationer inom ögonverksamheten.

Fig 3. Operationer i öppen och sluten vård, centraloperation, Länssjukhuset Ryhov



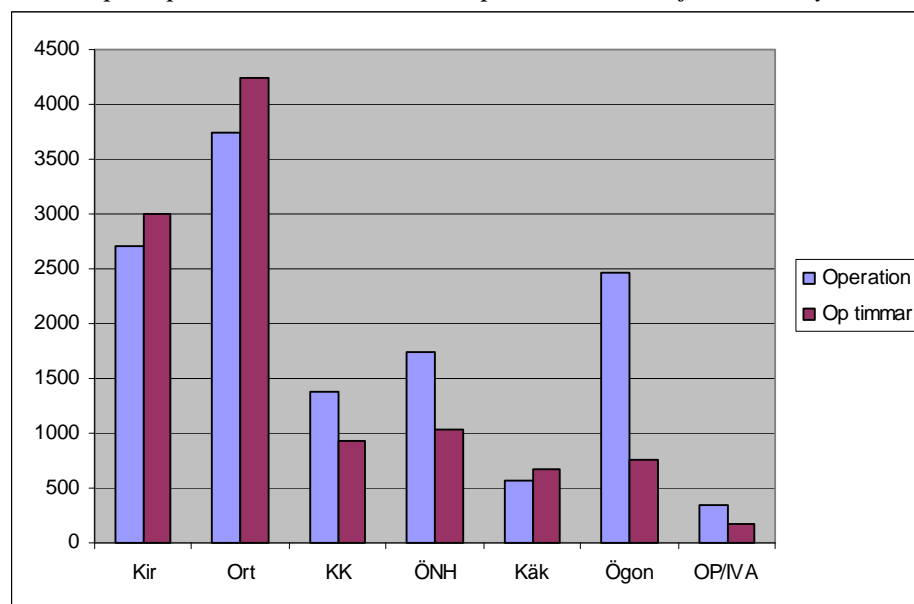
Diagrammet nedan från centraloperation på Höglandssjukhuset visar en uppdelning av antalet opererade patienter på öppen och sluten vård. Det visar en stabil oförändrad trend för både öppenvården och slutenvården. (Observera att måttet *opererade patienter* inte är detsamma som *operationer*, men det påverkar inte slutsatserna)

Fig 4. Opererade patienter i öppen och sluten vård, centraloperation, Högländssjukhuset



En uppdelning per specialitet av operationerna på centraloperation på Länssjukhuset Ryhov visar att ortopedin utför flest operationer, därefter kommer kirurgin och ögon. Tidsåtgången för ortopedin och kirurgin är väsentligt högre än för ögon som har många korta operationer.

Fig 5. Fördelning av operationer och operationstimmar per specialitet 2010, centraloperation, Länssjukhuset Ryhov

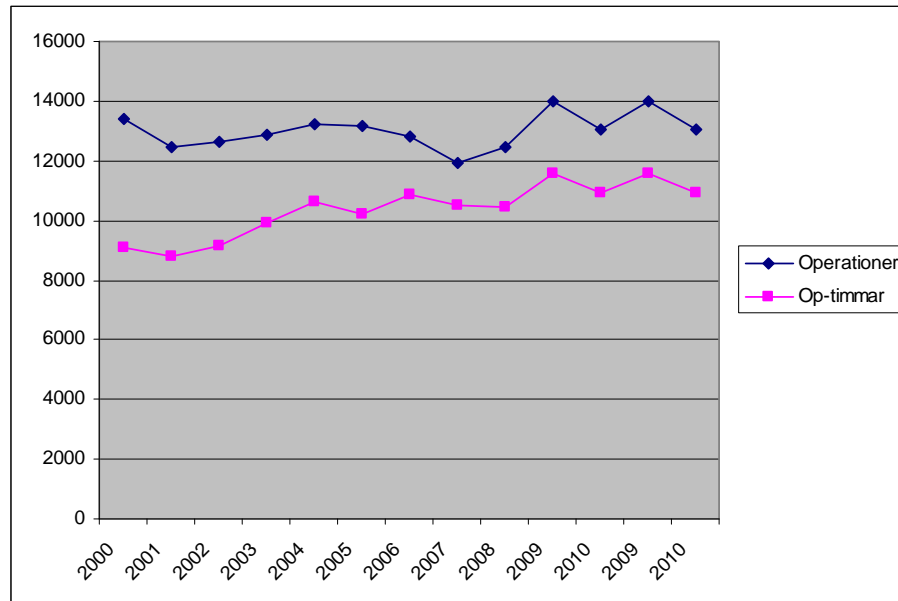


Den summerade utvecklingen för samtliga specialiteter på centraloperation på Ryhov visar att den långsiktiga trenden för antalet operationer har varit relativt konstant under ett antal år, även om det har varit en variation mellan åren. Den



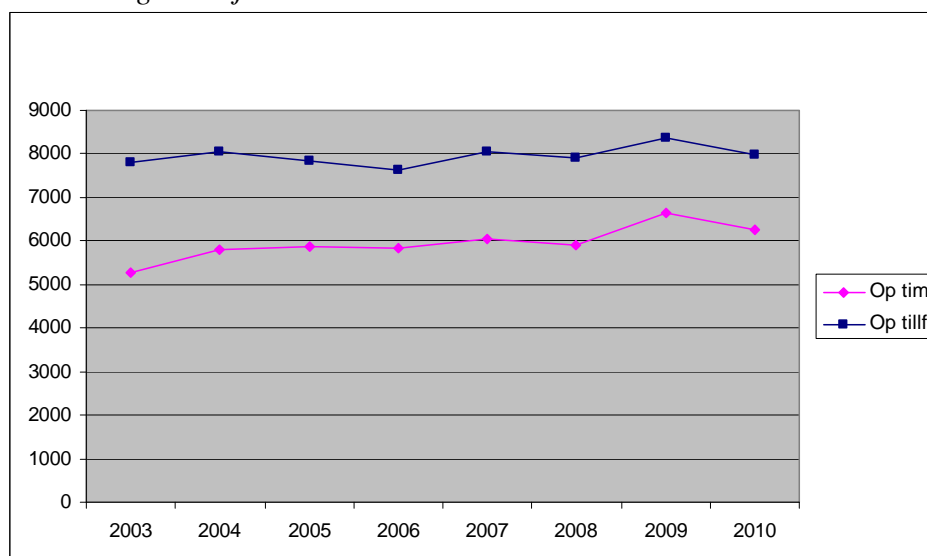
totala operationstiden ökade efter år 2000, varefter den har planat ut något under senare delen av perioden.

Fig 6. Operationer och operationstimmar per år, centraloperation, Länssjukhuset Ryhov



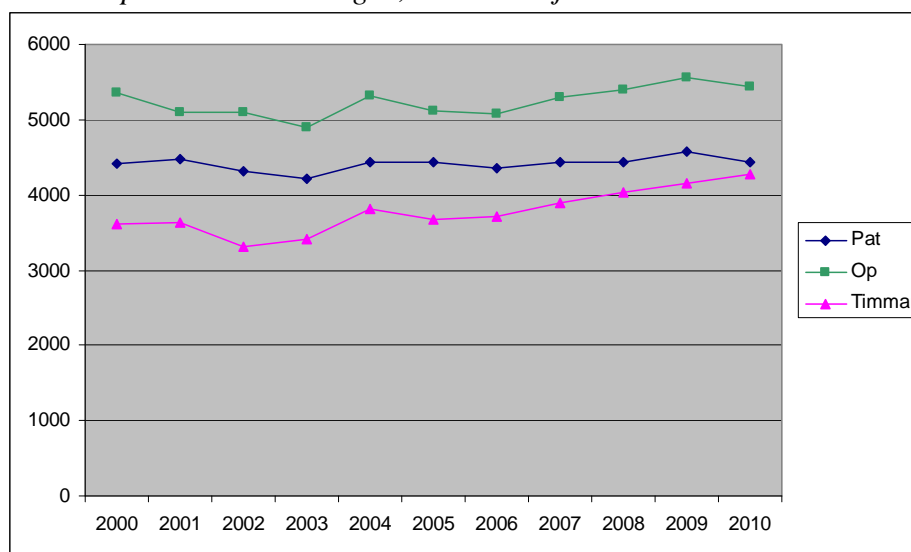
Nästföljande diagram över operationstillfällena på Högländssjukhuset visar att operationstimmarna följer antalet operationstillfällen relativt väl, möjligen kan en viss, svag ökning av antalet operationstimmar skönjas de senaste åren.

Fig 7. Operationstillfällena och operationstimmar, centraloperation, Högländssjukhuset



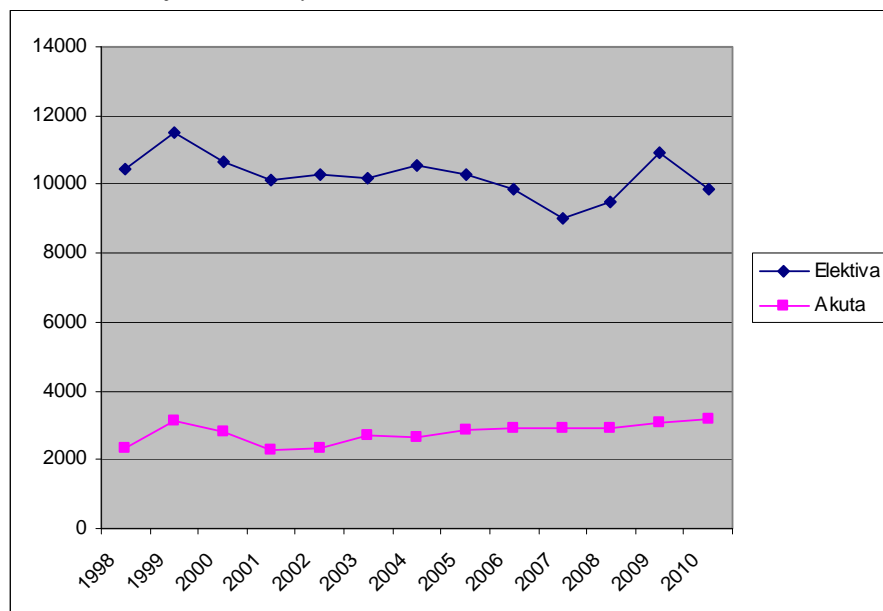
Statistiken från centraloperation i Värnamo visar en uppdelning på samtliga tre parametrar, operationer, patienter och operationstimmar. Kurvorna tyder på att man gör allt fler operationer vid ett och samma tillfälle och att den totala operationstiden ökar. En bidragande orsak till tidsåtgången är sannolikt att patienterna blir allt äldre.

*Fig 8. Operationer, patienter och operationstimmar, operationsavdelningen, Värnamo sjukhus*



Trenden för antalet planerade, elektiva operationer på Ryhov är relativt konstant med en variation mellan åren. Även trenden för den akuta verksamheten är relativt konstant, möjligen kan en svag ökning skönjas de sista åren.

Fig 9. *Elektiva och akuta operationer, centraloperation, Länssjukhuset Ryhov*



Antalet operationer per åldersklass skiljer sig något mellan kvinnor och män, vilket är särskilt märkbart i åldersklassen 25-44 år. Uppgifterna i följande två figurer har legat till grund för en framskrivning av operationsvolymen till år 2020 efter befolkningsprognosen. Beräkningen ger svar på vilken volym som kan väntas om operationsmönstret i övrigt är oförändrat. Resultatet visar en ökning av antalet operationer med 6,6 procent och antalet operationstimmar med 6,0 procent.

Fig 10. *Operationer och operationstimmar per åldersklass, kvinnor*

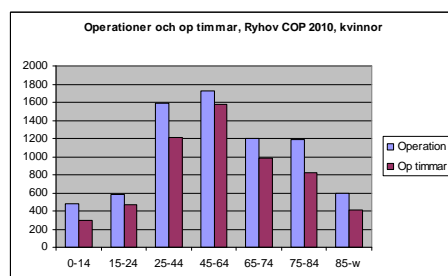
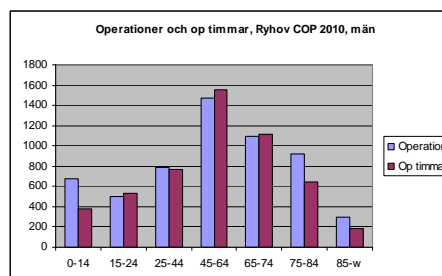
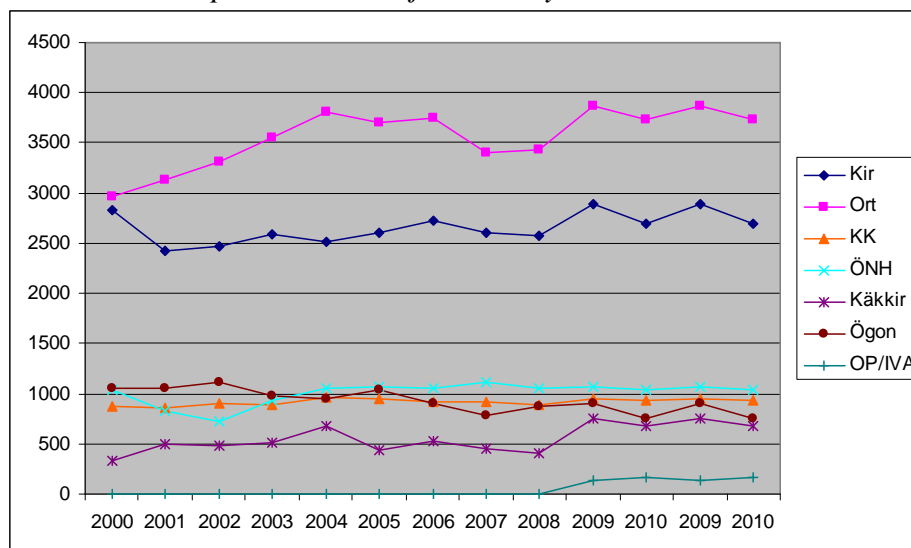


Fig 11. *Operationer och operationstimmar per åldersklass, män*



En fördelning av antalet operationstimmar på centraloperation på Länssjukhuset Ryhov per specialitet visar inga större förändringar de senaste 6-7 åren. I det lite längre perspektivet noteras en ökning inom ortopedin.

Fig 12. Utvecklingen av operationstimmar per specialitet och år, centraloperation, Länssjukhuset Ryhov



### Sammanfattning och slutsats

Den redovisade statistiken visar att

- dagkirurgin har ökat relativt kraftig utanför de centrala operationsavdelningarna,
- antalet operationer (Ryhov) och opererade patienter (Höglandet) på centraloperation har varit relativt konstant under en följd av år, det gäller både operationer i öppen och sluten vård,
- antalet operationstimmar har ökat på centraloperation på Ryhov i ett 10-årsperspektiv, men att trenden de senaste åren pekar på oförändrad nivå, motsvarande uppgifter på centraloperation på Höglandssjukhuset visar en oförändrad nivå, och i Värnamo en ökning,
- en fördelning av operationstimmar per specialitet på centraloperation på Ryhov visar en relativt stabil, oförändrad trend under de senaste åren, på längre sikt noteras en ökning av operationstimmar inom ortopedin.

Såvida det inte föreligger en bristsituation under ett antal år, vilket inte har framkommit i verksamhetsenkäten eller på annat sätt, så pekar inte materialet på att det finns näraliggande behov av ökad kapacitet på centraloperation. Befolkningsutvecklingen skulle på sikt kunna medföra ett ökat behov, enligt beräkningarna med 6 procent. Detta måste vägas mot möjligheten att öka utnyttjandet av operationssalarna genom bättre framförhållning och planering, tidiga och punktliga starter och snabba byten mellan operationerna. Skulle en

nivåstrukturering komma att medföra specialiseringar på de olika sjukhusen kommer sannolikt möjligheterna till ett effektivare salsutnyttjande att öka.

Däremot bör behovet av lokaler för dagkirurgisk verksamhet utanför centraloperation uppmärksammas, vilket påpekas i verksamhetsenkäten av bland andra ortopedin och ögonsjukvården.

Det kan inte uteslutas att också centraloperation påverkas av en fortsatt poliklinisering. I vart fall måste behovet av observationsplatser som en följd av polikliniseringen prövas.

En översyn av operationslokalerna med angränsande utrymmen är motiverad ur ett hygien- och patientsäkerhetsperspektiv, för att förhindra spridning av sjukhusburen smitta. Ortopedin framhåller behovet av fler operationssalar med optimal ventilation.

## Referenser

Anell och Gerdham. SNS. *Vårdens utmaningar*. 2010

Bovaird och Tholstrup. *Collaborative Governance Between the Public Sector, Service users and their Communities*. 2010

Kairos Future. *Opinion hälsa. Långtidsstudien om morgondagens hälsokonsument*. 2011

Landstinget i Jönköpings län m fl. *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*. 2011

Landstinget i Jönköpings län. *Strategisk kompetensförsörjning inom akutsjukhusen. Revisionsrapport*. 2011

Norbottens läns landsting. *Unika utmaningar och unika möjligheter. Slutrapport från närsjukvårdsutredningen*. 2011

Prioriteringscentrum. *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. 2011-12-07

Regeringskansliet. *Den ljusnande framtid är vård*. 2010

Regeringskansliet. *Nationell läkemedelsstrategi*. 2011-12-07

SBU. *Volym och resultat*. 2011-12-07

SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. 2009

Socialstyrelsen. SOSFS 2005:12. *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. 2006

Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. 2009

Socialstyrelsen. SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. 2011

Socialstyrelsen. *Lägesrapport 2010*. 2010

- Socialstyrelsen. *Lägesrapport 2011*. 2011
- Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. 2011
- Socialstyrelsen. *Ojämna villkor för hälsa och vård*. 2011
- Socialstyrelsen. *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården*. 2011-12-07
- Socialstyrelsen. *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi*. 2011
- SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. 2009
- Statens folkhälsoinstitut. *Folkhälsopolitisk rapport 2010*. 2010
- Statens folkhälsoinstitut. *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. 2011
- Statistiska centralbyrån. *Trender och prognoser 2011*. 2012
- Stockholms läns landsting. *Framtidens hälso- och sjukvård. Slutrapport*. 2011
- Stockholms läns landsting. *Framtidens hälso- och sjukvård. Omvärldsbevakning*. 2010
- Svenskt Näringsliv. *Mot en patient- och behovsstyrd hälso- och sjukvård*. 2011
- Sveriges kommuner och landsting. *Framtidens utmaningar*. 2010
- Sveriges kommuner och landsting. *Från sjukhussäng till eHälsa*. 2010
- Sveriges kommuner och landsting. *Göra jämlikt är att göra skillnad*. 2011
- Sveriges kommuner och landsting. *Hur ska välfärden formas i framtiden?* 2011
- Sveriges kommuner och landsting m fl. *Nationell eHälsa*. 2010
- Sveriges kommuner och landsting. *Patient- och brukarmedverkan*. 2010
- Sveriges kommuner och landsting. *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. 2008
- Sveriges kommuner och landsting. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat*. 2009
- The Economist. *The future of healthcare in Europe*. 2011