

FOU-FONDEN FÖR FASTIGHETSFRÅGOR

Hälso- och sjukvården år 2035

Förord

Ett åldrande fastighetsbestånd, demografiska förändringar och nya arbetssätt är några av de faktorer som påverkar det framtida fastighetsbehovet. Kommuner och landsting genomför stora investeringar i fastighetsbeståndet och så kommer det att fortsätta de närmaste åren. För att kunna göra rätt prioriteringar bland olika behov av investeringar krävs en god bild av den framtida vården, det som bestämmer det framtida fastighetsbehovet.

Under år 2016 genomför Sveriges Kommuner och Landsting en studie med framtidsspaningar inom ett tiotal områden. Syftet är att ta fram kunskap om framtidens fastighetsbehov utifrån några viktiga ämnesområden. Framtidsspaningarna kommer sedan att sammanställas i en antologi. Denna rapport om framtidens hälso- och sjukvård kommer att bli en del i antologin.

Projektet initieras och finansieras av Sveriges Kommuner och Landstings FoU-fonder för fastighetsfrågor och Offentliga fastigheter. Denna rapport är författad av Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting. Sonja Pagrotsky, Sveriges Kommuner och Landsting, har varit projektledare.

Stockholm i april 2016

Hans Karlsson

Avdelningschef

Avd för vård och omsorg

Innehåll

Hälsa- och sjukvården år 2035	4
Syfte och disposition	4
Framtidsbild 1 – Prevention är förstahandsstrategi 2035	5
Framtidsbild II – Vården har flyttat ut från sjukhusen 2035.....	6
Vårdens utmaningar som de ser ut 2016.....	8
Ett nytt sjukdomspanorama och en ohållbar kostnadsutveckling	8
En föråldrad sjukvårdsstruktur möter ett nytt sjukdomspanorama.....	8
En stor del av de kroniska sjukdomarna kan förebyggas	9
Digitalisering som grund för prevention.....	10
Digitalisering som ger bättre verksamhetsstöd	11
Trygg hemma som vision	12
En tydligare målbild för digitaliseringen.....	14
En avslutande vägledning.....	15

Hälso- och sjukvården år 2035

Vården behöver anpassas till ett sjukdomspanorama där kroniska sjukdomar dominerar samtidigt som en ohållbar kostnadsutveckling måste brytas. Det kräver stora förändringar och därmed många svåra beslut. Ny teknik i form av digitalisering kommer att vara det viktigaste verktyget för effektivisering av vården. Digitaliseringen erbjuder nya möjligheter när det gäller prevention, upptäckt, diagnos och behandling. Digitaliseringen har dock även en del andra effekter. Verksamheter kommer att stängas. Arbetsätt och organisation förändras. Arbetsuppgifter kommer att växlas mellan personalgrupper och även tas över av patienter och datorer. Yrken försvinner och nya tillkommer. Maktförhållanden mellan olika personalgrupper påverkas liksom maktbalansen mellan patienter och personal. Digitaliseringen kommer att ge invånare och patienter större inflytande över sin egen hälsa och vård.

Om arbetet inom vården fortsätter som idag kommer vare sig finansieringen, vårdplatserna, personalen eller andra resurser att vara tillräckliga. Det talar för att vården, som andra branscher, kommer att ta de stora stegen mot mer digitalisering det närmaste decenniet.

Rätt hanterade kan de ekonomiska utmaningarna bli en tillgång för Sverige. Utmaningarna kan skapa den mentala mobilisering som krävs för att genomföra nödvändiga förändringar. Förändringar som kan bidra till att göra den svenska vården preventiv, patientorienterad och effektiv.

Syfte och disposition

Detta kapitel handlar om svensk hälso- och sjukvård i framtiden. Det är alltid vanskligt att uttala sig om framtiden, och egentligen är det omöjligt. Däremot går det att diskutera möjligheterna för en god utveckling, dvs. vad som krävs för att hantera de utmaningar som vården står inför idag. Kapitlet inleds likafullt med två framtidsbilder, som om tjugo år redan passerat. Den första bilden har ett befolkningsperspektiv och fokuserar på digitaliseringens bidrag till en framgångsrik prevention som minskat förekomsten av kroniska sjukdomar. Den andra sammanfattar konsekvenserna för vårdens struktur då allt mer av vården är förlagd till människors vardag. Därefter återgår texten till dagsläget och beskriver de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Utgångspunkten är då utmaningarna som de ser ut idag.

Framtidsbilderna ska inte ses som profetior, utan snarare som en vägledning om vilken inriktning dagens utvecklingsinsatser behöver ha för att kunna hantera framtidens utmaningar. Det är därför avsiktligt ljusa bilder som tecknas, vilka illustrerar den nya riktning vården behöver ta idag för att klara en nödvändig omställning.

Rapporten ger inte en heltäckande bild av vårdens utmaningar. Den håller sig huvudsakligen till kroniska sjukdomar och till vad en mer målinriktad digitalisering skulle kunna bidra med, väl medveten om att också annat påverkar hälsan i befolkningen.

Framtidsbild 1 – Prevention är förstahandsstrategi 2035

År 2035 är det naturligt för invånarna att följa och med vården dela personliga uppgifter om bland annat kondition, blodtryck, blodsocker, blodfetter och hormonhalter. Att dela sådan information är lika naturligt som det länge varit att vaccinera sig. Det är möjligt genom ny teknik av olika slag som är enkel att använda: chip under huden, sensorer som mäter sammansättningen av svett, tandborstar som håller koll på munfloran, kontaktlinser som mäter tårvätskan, datorer på arbetsplatserna som mäter blodtryck, puls och utandningsluften hos användaren. Genom att informationen är tillgänglig för vården, och för forskare, är såväl diagnoser som råd och behandling träffsäkrare. Den offentligt finansierade vården är inte ensam som aktör, utan samspelar med många andra. Det finns flera andra specialiserade aktörer, som behandlar informationen på nya sätt och med nya verktyg och ger återkoppling till anslutna individer som påverkar livsval och vardagliga aktiviteter så att sjuklighet förebyggs.

Att detta skifte ägt rum berodde på att invånarna önskade det. Individerna ser en mycket större självständighet och så stora hälsovinster i att dela hälsodata att de tar del av varje möjlighet. Potentialen är enorm och finns främst hos den friska majoritet, som kämpar mot levnadsvanor som kan leda till ohälsa. Problemet med levnadsvanor som orsakar kroniska sjukdomar var tidigare inte brist på information, utan främst avsaknaden av teknik som kunde visualisera de negativa effekterna av exempelvis dåliga matvanor och stillasittande. År 2035 när tekniken gör det möjligt att momentant och kontinuerligt se och följa sina egna värden lyckas många besegra sina dåliga vanor. Därmed har också förekomsten av kroniska sjukdomar successivt minskat.

Många människor har förstås ändå kroniska sjukdomar. Men i och med att patienten och vården har kontinuerlig tillgång till dessa individers blodvärden, allmänna hälsoläge, matvanor och fysiska aktivitet är det lättare att visualisera distinkta råd. För den som omedelbart på en display kan se sina egna värden är det lättare att avstå från olämplig kost. Genom att direkt få medicinsk bekräftelse på hälsoeffekten av fysisk träning och nya kostvanor, är det lättare att komma i gång med nya vanor. På så sätt minskar komplikationerna för personer med kroniska sjukdomar. Det startade med diabetes på 2010-talet, och 2035 är detta det gängse sättet att motverka försämring vid många olika kroniska sjukdomar, som hjärt- kärlsjuklighet, ledsjukdomar, astma, KOL, långvarig värk, depression och demenssjukdomar.

Utlösande för dessa förändringar var nya tekniska möjligheter, men också nya attityder som gjorde tekniken accepterad. En stark drivkraft när tekniken började spridas brett, var nödvändigheten för samhället att både förbättra hälsan i befolkningen och bryta den höga kostnadsökningstakten i sjukvården och i sjukförsäkringen. Digitaliseringen gav också sjukvårdshuvudmännen bättre möjligheter att visualisera målet för verksamheten, att bidra till ökad hälsa och minskad sjukdomsburden. Förändringarna drevs på av nya finansiella incitament som utvecklades parallellt, och 2035 kan man säga att ett nytt samhällskontrakt etablerats. Också invånarnas krav på självständighet och digital tillgänglighet var pådrivande. Nära vård har blivit den som finns tillgänglig inom ramen för vardagslivet. Vård på distans är den som ges på vårdinrättningar.

Andra branscher var länge bättre på att investera i förebyggande åtgärder. För ett fastighetsförsäkringsbolag är det självklart bättre att inspektera golvbrunnar, husgrunder och brandskydd än att betala för fuktskador och bränder. Lands- tingen och regionerna agerade under lång tid inte på motsvarande sätt eftersom det ansågs bryta mot etiska principer och hota den personliga integriteten. Men med de ökande samhällskostnaderna för sjukdomar som kan undvikas blev det

under 2020-talet möjligt att utforma system som gjorde det accepterat och mer lönsamt att förebygga ohälsa.

Inte bara befolkningen och vården vinner stort på förändringarna. Arbetsgivare gynnas av att närvaron på arbetsplatserna ökar och prestationsförmågan förbättras. Även utgiftsökningarna inom sjukförsäkringen har brutits eftersom människor inte behöver vara sjukskrivna så ofta.

Framtidsbild II – Vården har flyttat ut från sjukhusen 2035

I takt med minskat insjuknande i kroniska sjukdomar och genom att komplikationerna minskat för de som har kroniska sjukdomar, är det färre som behöver vård på sjukhus. Inte bara framgångsrik prevention bidrar till detta. Undersökningar kan göras i hemmet och en person kan vara inlagd för observation i hemmet genom att övervakas digitalt från en vårdinrättning. Som en konsekvens minskade antalet slutenvårdsplatser vid sjukhus med en tredjedel mellan 2015 och 2035. Svensk sjukvård fortsätter därigenom att ligga i täten internationellt när det gäller goda behandlingsresultat och lågt antal vårdplatser. Kontrasten är stor mot situationen tjugo år tidigare, då diskussionen i hög grad kretsade kring bristen på vårdplatser.

Denna effektivisering är främst en frukt av den nya teknik som digitaliseringen representerar. Ändå såg det länge ut som att digitaliseringen snarare minskade effektiviteten, eftersom de gamla arbetssätten fortfarande levde kvar, varigenom potentialen i den nya tekniken inte utnyttjades. Paradoxalt nog behövdes under lång tid mer personal kopplad till den teknik som tagits fram i syfte att effektivisera informationsutbytet och ge personalen ett bättre verksamhetsstöd. Det var också en av orsakerna till den höga kostnadsökningstakten under 2010-talet. Men det som länge mest skapade frustration visade sig vara en inledning till bättre tider.

Nu när potentialen i bättre beslutsstöd, bättre uppföljning, lättillgänglig information och delaktiga invånare och patienter slagit igenom brett, har också kostnadsökningarna brutits, eftersom behandlingsresultaten är bättre. Det beror också på samspelet mellan forskning och medicintekniska företag, vilket resulterat i nya produkter som kan diagnostisera olika sjukdomar, också i hemmet. De känner igen ett stort antal olika sjukdomar som anemi, diabetes och osteoporos. De förvarnar också om begynnande cancer och hjärtinfarkt.

Dagens kraftfulla datorer, efterföljare till Dr Watson från IBM¹ som utvecklades under 00-talet, ger personal och patienter ett beslutsstöd som radikalt förbättrar träffsäkerheten i diagnos och behandling. Personer med kroniska sjukdomar tar överlag stort ansvar för att genom förändrade levnadsvanor minska risken för komplikationer. Vården, och även andra aktörer, har också funnit pedagogiska förhållningssätt som förbättrat preventionen, med fungerande stöd för dem som behöver hjälp med att bryta dåliga vanor.

Sjukhusen har successivt koncentrerat de insatser som kräver stor erfarenhet och massiva resurser till färre ställen. När personalen gör fler behandlingar uppnås bättre resultat. De utvärderingar som gjorts visar att åtskilliga dödsfall undvikits och att komplikationerna minskat. Ett nationellt system för ambulanstransporter gör det möjligt att klara jouruppdraget med akutverksamhet dygnet runt på färre ställen.

¹ <http://www.businessinsider.com/ibms-watson-may-soon-be-the-best-doctor-in-the-world-2014-4?IR=T>

Också de omhändertagandeformer för de mest sjuka äldre som utvecklades under 2010-talet har stor betydelse för minskningen av antalet vårdplatser. De bygger på ett teambaserat interdisciplinärt stöd i hemmet som 2035 i stort sett uttraderat de för äldre patienter tidigare så vanliga akuta återinläggningarna på sjukhus.

Effektiviseringen av vården har också gynnats av den regionreform som genomförts, varvid antalet landsting minskat högst påtagligt. Med större planeringsområden minskar suboptimeringen, varför strukturen numera är mer ändamålsenlig. De stora investeringar som gjorts, framför allt på IT-området, har underlättats av ett större skatteunderlag. Mycket av de tänkta fastighetsinvesteringarna har kunnat växlas över till investeringar i digital teknik. Reformen har också bidragit till ökad och över landet mer spridd tillväxt, vilket stärker forskningen samt underlättar kompetensförsörjningen och finansieringen.

I samband med regionreformen togs också ett strategiskt grepp om sjukvårdssystemet, där flera aktörer började arbeta med samma målbild – *att möta invånaren med vårdtjänster som stödjer prevention och trygghet så nära hemmet som möjligt*. Detta ledde till att alla samhällsaktörer med välfärdsuppdrag – hemtjänst, socialtjänst, hälso- och sjukvård, men också myndigheter som trafikverket, arbetsförmedlingen och försäkringskassan, arbetade mot samma mål. Alla aktörer såg som sin främsta uppgift att främja hälsa och att vid hälsoproblem tillsammans stödja invånaren att så fort som möjligt komma tillbaka till det önskade läget. Eftersom alla var överens om målsättningen och samhället i stort såg betydande effektiviseringar blev frågan om resursförflyttningar naturlig – resurser allokeras som stöd till invånarna och inte till enskilda aktörer. När digitaliseringen dessutom möjliggjorde decentralisering och mobilisering av tidigare centraliserade vårdtjänster, blev följden att välfärdstjänsterna organiserades efter behov runt invånaren, och att organisationer och infrastruktur anpassades därefter.

Vårdens utmaningar som de ser ut 2016

Ett nytt sjukdomspanorama och en ohållbar kostnadsutveckling

Befolkningen i Sverige åldras, allt fler blir allt äldre och allt fler kommer att leva länge med kroniska sjukdomar. Det är dramatiska tal. Enligt den befolkningsprognos som SCB publicerade i maj 2015 kommer antalet personer äldre än 85 år att öka med mer än 90 procent till 2035. Det betyder också att den demografiska försörjningskvoten förändras i negativ riktning. År 2035 kommer 100 personer i förvärvsverksamma åldrar att försörja 85 personer i icke förvärvsverksamma åldrar. Motsvarande siffra idag är 74 personer. Till det kommer att dagens kostnadsökningstakt inte är långsiktigt hållbar. Om kostnadsökningarna fortsätter i samma takt som de senaste decennierna, med i genomsnitt 1 procent årligen utöver demografin, kommer skattesatsen för kommuner och landsting att behöva öka med i genomsnitt cirka 13 kronor fram till 2035.² Cirka en tredjedel av dessa höjningar kan hänföras till hälso- och sjukvården. Eftersom sådana skattehöjningar inte är möjliga i praktiken, innebär det att hälso- och sjukvården måste effektivisera resursutnyttjandet.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan 80-85 procent av sjukvårdens kostnader knytas till vård av personer med kroniska sjukdomar. I stort sett varannan vuxen har minst en kronisk sjukdom och var femte av dem under 20 år. Av de som dör av en kronisk sjukdom har 90 procent en sjukdom som är möjlig att förebygga.³

Vården måste alltså anpassas till ett sjukdomspanorama allt mer dominerat av kroniska sjukdomar. Hit hör exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdomar som astma och KOL, cancer, ledsjukdomar, smärta och psykisk ohälsa. I och med att allt fler lever allt längre kommer också allt fler att under lång tid leva med kronisk sjukdom, och inte bara med en utan med flera sjukdomar samtidigt.

En föråldrad sjukvårdsstruktur möter ett nytt sjukdomspanorama

Ända sedan en mer modern sjukvård började byggas upp på 1700-talet har den slutna vården, den vård en patient får inlagd på sjukhus, stått som modell och ideal. Inriktningen mot slutna vård kulminerade i omfattning under 1970-talet med bortåt 140 000 vårdplatser vid sjukhus. Även om antalet vårdplatser sedan dess minskat kraftigt är resurserna fortfarande i hög grad knutna till sjukhusen, men då inte bara som resurser för slutna vård utan även för öppen vård. Den starka betoningen av vård vid sjukhus hänger i sin tur samman med att grundinriktningen är oförändrad, att ge vård vid akuta sjukdomstillstånd och

² SKL 2010, Framtidens utmaning

³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014, VIP i vården. Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. s 8

skador⁴. Det har blivit allt mer uppenbart att denna sjukvårdsstruktur är illa lämpad att möta ett sjukdomspanorama dominerat av kroniska sjukdomar.

De närmaste decennierna krävs därför förändringar som handlar om att anpassa inriktning och struktur till att bättre hantera kroniska sjukdomar. Det är en förutsättning för förbättrade behandlingsresultat och för att bryta den alltför höga kostnadsökningstakten.

Två utredningar med fokus på sjukvårdens effektivitet publicerades i november 2015, respektive i januari 2016.⁵ Båda pekar på svårigheten att få till en väl fungerande helhet när vårdens struktur fastställs inom ramen för ett system med några få stora landsting och 18 små landsting, och där de sistnämnda tillsammans täcker mindre än 50 procent av befolkningen. Detta har även uppmärksammats tidigare genom Ansvarskommittén⁶ och en statlig utredning, Indelningskommittén⁷, har uppdraget att senast 2017 föreslå en ny regional indelning med väsentligt färre län och landsting.

Att vårdens grundinriktning är oförändrad sedan mycket lång tid betyder inte att vården inte förändrats. Dagens sjukvård skiljer sig på en rad punkter från gårdagens. Förändringarna beror i hög grad på teknisk och medicinsk utveckling och samhällsekonomiska förutsättningar, men också på ändrade attityder och vårdpolitiska ställningstaganden. Några siffror illustrerar de stora förändringar som gjorts av sjukhusstrukturen. På 1980-talet fanns fortfarande över 100 000 vårdplatser vid sjukhus. I och med Ädelreformen⁸ i början av 1990-talet halverades antalet vårdplatser, därefter har vårdplatserna halverats ytterligare en gång så att det idag finns ca 25 000 vårdplatser, samtidigt som befolkningen har ökat väsentligt. Ny teknik har gjort det möjligt med kortare vårdtider på sjukhus, och med vård polikliniskt, dvs. utan inläggning på sjukhus. Det möjliggör en stark expansion av vården, där långt fler behandlas, i allt högre åldrar och med stora kvalitetsförbättringar.

En stor del av de kroniska sjukdomarna kan förebyggas

Det finns två saker att ta fasta på när det gäller kroniska sjukdomar. Dels att de i stor utsträckning är möjliga att förebygga, dels att den successiva försämring som är typisk för kroniska sjukdomar, kan bromsas. En stor del av de kroniska sjukdomarna kan minska i förekomst med förändrade levnadsvanor. Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård publicerade 2015 en rapport som illustrerar den stora potentialen för prevention.⁹ Utöver hjärt- kärlsjuklighet och stroke

⁴ Socialstyrelsen, 2015, Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. s 15 - 49

⁵ SOU 2015:98 Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. SOU 2016:2 Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

⁶ SOU 2007:10 Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft

⁷ Fi 2015:09 Indelningskommittén

⁸ Ädelreformen genomfördes den 1 januari 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för vård och omsorg i särskilt boende och möjlighet att ta över ansvar för hemsjukvård.

⁹ Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. *Att förebygga kroniska sjukdomar genom ändrade levnadsvanor.* www.natverkhalsa.se 2015

gäller det många kroniska sjukdomar som diabetes, KOL, långvarig smärta, ledsjukdomar och depression.

Grunden i prevention av kronisk sjukdom är åtgärder som motverkar ohälsosamma levnadsvanor. På vissa områden tar det lång tid att få effekt. Men även på preventionens område finns åtgärder som har snabb effekt. Att till exempel avstå från rökning inför och efter en planerad operation, eller att sluta röka efter en hjärtinfarkt, ger omedelbar återbetalning i form av färre komplikationer och ökad överlevnad.

På området hjärt-kärlsjukdomar finns också historiskt stora framgångar som visar på möjligheterna. Såväl insjuknande som dödlighet har minskat med mer än 25 procent de senaste 30 åren. Ungefär hälften av minskningen beror på olika förebyggande insatser. Trots det står hjärt-kärlsjukdomar fortfarande för den största sjukdomsörden i form av förlorade levnadsår. Bortåt en miljon personer har hjärt-kärlsjukdom. Det finns alltså fortfarande utrymme för stora förbättringar.

Ryggsbesvär och ledsjukdom är tillsammans den grupp sjukdomar som orsakar flest år med nedsatt livskvalitet. Psykisk ohälsa och sjukdom drabbar nästan var femte person. Vanligast är ångest- och depressionssjukdomar. Samhällskostnaderna uppskattas till 70 miljarder kronor per år.

Forskning har tydligt identifierat sex levnadsvanor som är starkt kopplade till kronisk sjukdom; otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk, riskbruk av alkohol, stress och sömnstörningar. Ökad fysisk aktivitet är en nyckel till flera olika hälsovinster. Det är både ett sätt att förebygga och att behandla flera vanliga kroniska sjukdomar.

Digitalisering som grund för prevention

Dagens utmaningar påminner om 1990-talets. Under 1990-talets ekonomiska kris effektiviserades vården genom en kombination av personalminskningar och en kraftig expansion av vårdinsatserna, särskilt för de äldre, tillsammans med avsevärda kvalitetsförbättringar. Nyckeln då var ny teknik och nya synsätt som gjorde det möjligt att effektivisera vården med hjälp av korta vårdtider vid sjukhus, samtidigt som antalet akutsjukhus och antalet vårdplatser minskade.¹⁰ Även nu finns ny teknik i form av digitalisering med potential att möjliggöra stora förbättringar av prevention, diagnostik, tillgänglighet och kvalitet.

Digitalisering handlar om tjänster via internet som används på datorer och i smarta telefoner, men också i robotar och genom sensorer och andra tekniska lösningar. Det har invånarna vant sig vid i andra branscher, men inom vården är det fortfarande ovant. Ett belysande exempel på vårdens utvecklingsnivå är att det år 2016 inte finns en nationell digital tjänst som håller reda på högkostnads-skyddet för patientavgifter. Fortfarande handlar det om att samla på kvitton eller på stämplatser i ett högkostnadskort. Det är dock snart historia. Men betydligt viktigare än digital kontroll av högkostnads-skyddet är att vården i grunden kommer att omstruktureras av digitaliseringen.

De e-hälsotjänster som börjar etableras handlar ofta om att göra patienter mer delaktiga i sin egen vårdprocess och få bättre kontroll över den egna hälsan

¹⁰ SKL 2009 Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat och

SKL 2010 Från sjukhussäng till e-hälsa. Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården

genom mer kontinuerlig uppföljning, som görs både av patienten själv och av vårdpersonal. Patienter med kroniska sjukdomar kan följa och rapportera sin hälsa och sina medicinska värden kontinuerligt via internet, istället för vid enstaka besök i vården. Det gör patienterna mer delaktiga i sin vård och kunniga om hur olika levnadsvanor och andra faktorer påverkar hälsan. Sådana e-tjänster möjliggör redan idag mer individualiserade möten med vården, där ett besök kan baseras på patienternas egna i förväg inrapporterade data och frågeställningar.

E-hälsotjänster kan också komma att möjliggöra tidigare upptäckt av sjukdomar vilket kan förkorta tiden från första symptom till diagnos och behandling. Tester på internet kan fånga upp invånare med besvär på ett tidigt stadium och vägleda till rätt vård. Det kan för många patienter innebära en livslång bättre hälsa. E-hälsotjänster som används av patienten i vardagslivet kan också larma när värden indikerar att en försämring är på gång, och därmed möjliggöra insatser som hindrar försämringen.

Det ena spåret i e-hälsoutvecklingen handlar alltså om att förse invånare och patienter med bättre verktyg för att styra sin egen hälsa. De kommer att kunna bli redskap för att leva hälsosammare och därmed minska risken för att bli kroniskt sjuk. För dem som ändå får kroniska sjukdomar kommer sådan ny teknik att kunna bidra till att försämringar bromsas.

Digitalisering som ger bättre verksamhetsstöd

Som framgått är prevention en nyckelstrategi för effektivisering i ett sjukdomspanorama dominerat av kroniska sjukdomar. Det är också viktigt att bromsa den successiva försämring som är typisk för kroniska sjukdomar. Det kan ske om alla patienter systematiskt får del av de insatser som har bäst förutsättningar att bromsa försämringen. Det andra spåret i e-hälsoutvecklingen handlar därför om att med teknikens hjälp förbättra de olika verksamhetsstöd som personalen i vården har. Ett utvecklingsområde är förbättrade journal-system som kan integrera kunskapsstöd och beslutsstöd.

I vårdens vardag sker varje dag tiotusentals möten mellan patienter och personal. Dialogen dem emellan syftar till att utforma de insatser som har bäst förutsättningar att bidra till bra hälsa. Då behöver denna dialog baseras på bästa tillgängliga kunskap om diagnos och behandling. Idag sker denna kunskaps-sökning med begränsat stöd i journalsystemen. Under 2015 inleddes dock ett samarbete mellan landstingen för att ge primärvården ett verksamhetsstöd med enkel tillgång till relevanta och aktuella diagnos- och behandlingsrekommendationer, anpassade för att användas i klinisk praxis. De kommer att vara lätta att nå, vilket betyder att de på sikt kommer att vara integrerade i journalsystemen. De behöver vara lätta att använda, vilket betyder att de ska vara korta och ha karaktären av beslutsstöd. Också uppföljningsmöjligheterna måste vara enkla och därför kopplade direkt till journalsystemen. Redan inom några få år kommer landets alla vårdcentraler att ha nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer för hundratals områden anpassade för att enkelt användas i klinisk praxis.

För att få maximalt bra vård överallt för alla patienter är det alltså viktigt att personalen har enkel tillgång till den senaste kunskapen. Detta efterfrågas redan av dagens patienter. Under 2015 avrapporterades försök med nya arbetssätt vid två vårdcentraler, en i Eskilstuna och en i Karlstad, för att göra vårdcentralerna

bättre anpassade för personer med kroniska sjukdomar¹¹. I centrum för utvecklingsarbetet stod patienter med två olika kroniska sjukdomar, kronisk smärta och KOL. Patienter med dessa sjukdomar involverades i arbetet med att förändra vårdcentralernas arbetssätt. På patienternas förslag utarbetades en så kallad behandlingsguide, en folder som översiktligt och kortfattat beskriver den behandling som enligt aktuell kunskap har bäst förutsättningar att minska besvären för respektive patientgrupper. När patienterna själva får möjlighet att påverka vårdcentralens arbete, vill de alltså ha tydligare beskrivningar av vad som enligt aktuell kunskap är den bästa vården för den sjukdom de har, och dessutom en plan för hur de kommer att få just den vården och vad de själva kan bidra med.

Att vården överallt har omedelbar och enkel tillgång till uppdaterad kunskap är också viktigt av jämlikhetsskäl. Det ska inte finnas ojämlikhet som hänger ihop med var en person får sin vård, det vill säga skillnader mellan olika vårdenheter. Överallt ska dialogen kring vilka insatser som är bäst, baseras på aktuell kunskap. Det ska inte heller finnas skillnader som hänger samman med vem som söker vård, till exempel skillnader utifrån faktorer som kön och utbildningsnivå. Med enkel tillgång till bästa möjliga kunskap om diagnosticering och behandling kommer vården att bli både bättre och mer jämlik. Också patienternas trygghet ökar när de vet att oavsett vilken vårdenheter de väljer, så är det en enhet med enkel tillgång till bästa möjliga kunskap.

Åtgärder som idag tar lång tid därför att det manuella inslaget är stort, exempelvis hantering av remisser, kan rationaliseras genom automatisk datafångst. Det gäller även insamling av data till kvalitetsregister och forskning. På längre sikt kommer sannolikt ännu kraftfullare verksamhetsstöd att utvecklas. Redan idag finns Dr Watson, en dator utvecklad av IBM, som inom vissa områden ställer diagnos utifrån hur patienter beskriver sina symptom. I en inte alltför avlägsen framtid kommer Dr Watson, eller någon av konkurrenterna, att bidra till långt snabbare och mer träffsäkra diagnoser än i dag. På sikt kommer datorer också att kunna hjälpa personalen att koppla ihop bästa tillgängliga kunskap om diagnos och behandling med information om en specifik patient och utifrån det få individspecifika besluts- eller behandlingsrekommendationer.

Trygg hemma som vision

Det finns en växande grupp äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov på grund av en kombination av åldrande och sjukdomar. Många av dessa skjutsas idag runt mellan olika enheter hos kommuner och landsting beroende på vilken vårdinsats som för stunden behövs mest. Långa perioder kan det vara en rundgång mellan det egna hemmet, sjukhuset och olika korttidsboenden utan att någon tar ett helhetsansvar. Detta ad hoc-betonade sätt att bedriva vård är ineffektivt i alla avseenden. Kvaliteten brister och onödiga kostnader uppstår.

Därför har nya former för omhändertagande vuxit fram, som kommer att få stor betydelse i framtiden. Grunden i dessa är att olika kompetenser från kommuner och landsting men också andra samhällsaktörer, i stället för att möta dessa sjuka människor var och en för sig, samlas i team runt den äldre. Resultaten är häpnadsväckande goda. De äldre mår bättre och både de själva och deras anhöriga känner sig mer trygga. Sjukhusens akutmottagningar och vårdplatser används inte i onödan.¹² Även här kommer ny välfärdsteknologi att kunna bidra

¹¹ För mer information se landstingetsormland.se

¹² Dag Norén, 2015, Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte

till ökad trygghet och förbättrade möjligheter till självständighet. Hit hör bland annat framtida generationer av mobila larm med GPS, sensorer i golv och sängar, dusch- och toalettrobotar samt tillsyn nattetid med hjälp av kamera.

De olika utvecklingsarbeten som funnits kring de mest sjuka äldre de senaste åren illustrerar också det underliggande problemet med dagens vård och omsorg, att de inblandade aktörerna inte alltid har en gemensam målbild. På papperet är invånaren först men i realiteten skickas invånaren mellan olika aktörer – mellan avdelningar på sjukhuset, mellan sjukhuset och primärvården och mellan omsorg och primärvård för att ta några exempel. Detta leder framförallt till dålig kvalitet och onödig vårdkonsumtion för individen men också till onödiga kostnader för samhället.

Det finns idag exempel på andra sätt att arbeta, där en större sammanslutning av aktörer arbetar med en gemensam målbild för invånarens bästa. Nationella exempel är Tio Hundra i Norrtälje¹³ och sammanhållen vård och omsorg för äldre i Skaraborg¹⁴. Ett näraliggande internationellt exempel är Eksotee i östra Finland¹⁵ där sjukvård, socialtjänst och omsorg samlats i en organisation med ett gemensamt mål – att invånaren ska vara trygg hemma. Gemensamt för dessa nya ansatser är att tjänster flyttats från sjukhusen till primärvården, omsorgen och invånaren, med minskat behov av dyra sjukhusresurser som följd. Aktörerna kan organisera sig på olika sätt, men en gemensam målbild och en ersättning som stödjer denna, är nödvändig.

¹³ <http://www.tiohundraprojektet.se/2/Globala/Om-TioHundra/FoUU/Publicerat--ladda-hem/>

¹⁴

<http://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sammanhallenvardomsorg.5689.html>

¹⁵ <http://www.eksote.fi/sites/eng/Sivut/default.aspx>

En tydligare målbild för digitaliseringen

Den nuvarande kostnadsökningstakten, en procent årligen utöver demografin, är inte långsiktigt hållbar, i synnerhet som också demografin de närmaste tjugo åren kommer att vara betydligt mer kostnadskrävande än vad som hittills varit fallet.

Situationen blir mer hanterbar med en positiv utveckling av skattekraften, men därutöver behövs avsevärda effektiviseringar. Rader av effektiviseringsarbeten pågår redan, exempelvis produktionsstyrning, nivåstrukturering, aktiv hälsostyrning och olika koncept för att reducera akuta återinläggningar. Men detta kommer inte att räcka. Om arbetet inom vården fortsätter som idag kommer vare sig finansieringen, vårdplatserna, personalen eller andra resurser att vara tillräckliga.

Vården av personer med kroniska sjukdomar står för cirka 80 procent av vårdens kostnader. Två saker är typiska för kroniska sjukdomar. Dels att de i stor utsträckning är möjliga att förebygga, dels att den successiva försämring, med åtföljande vårdbehov, som är typisk för kroniska sjukdomar, kan bromsas. Dessa två konstateranden rymmer en tydlig målbild för digitaliseringens framtida inriktning.

Utifrån vad man kan se idag kan man förutse:

- Att tillgång till internet blir en förutsättning för full tillgång till vården
- Att gränsen mellan patient och invånare blir mer flytande
- Att invånarnas och patienternas ställning i vården stärks
- Att vården blir mer förebyggande, mer kontinuerlig och mindre beroende av fysiska möten
- Att nya aktörer tar över vårdtjänster men även skapar helt nya
- Att välfärdsaktörer samarbetar tätt med samma målbild utifrån invånarens behov
- Att vården blir mer individualiserad och flyttar ut från vårdmottagningar till enskilda människors vardag
- Att personalens arbetssituation blir drastiskt bättre genom bättre verksamhetsstöd, som enkel tillgång till beslutsstöd, förbättrade uppföljningsmöjligheter samt genom att vårdens olika delar kan utbyta information.

En avslutande vägledning

Eftersom kroniska sjukdomar dominerar sjukdomspanoramat och ger upphov till så stor andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård, bör de långsiktiga insatserna för att förbättra vården och bryta kostnadsutvecklingen inriktas på dessa.

I detta kapitel förs digitalisering fram som ett viktigt verktyg för att lyckas bättre på området kroniska sjukdomar. Digitalisering är dock inget nytt i vården, utan har funnits länge, men utan tillräckligt tydlig inriktning på det som lyfts fram här. Hur skulle en sådan kursändring kunna inledas?

Det första steget är att ta reda på vad invånarna vill ha och hur det kan tillhandahållas. Det kan ske med bland annat fokusgrupper, exempelvis enligt samma modell som redan använts i Eskilstuna och Karlstad, som beskrivits ovan. Det handlar också om att kartlägga de tekniker som redan finns och systematiskt rikta in dessa på att åstadkomma den önskade förändringen i preventiv riktning.

Det andra steget kan vara att segmentera insatserna och rikta särskilda insatser till olika grupper utifrån var det största värdet kan skapas, preventivt och i vården av personer med olika kroniska sjukdomar. Det borde vara möjligt att identifiera några få områden med stora förbättringsmöjligheter. På så sätt kommer det att vara möjligt att skapa bred uppslutning kring sådana arbetssätt.

I det tredje steget, när invånare och patienter vant sig vid digitalt baserat stöd, läggs successivt nya områden och nya tekniker till, för att upprätthålla intresset och successivt vidga arbetssättet till nya områden.

Hälso- och sjukvården år 2035

Vården behöver anpassas till ett sjukdomspanorama där kroniska sjukdomar dominerar och samtidigt bryta en ohållbar kostnadsutveckling. Det kräver stora förändringar och därmed många svåra beslut. Ny teknik i form av digitalisering kommer att vara det viktigaste verktyget för effektivisering av vården. Denna rapport handlar om svensk hälso- och sjukvård i framtiden. Framtidsbilderna är en vägledning om vilken inriktning dagens utvecklingsinsatser behöver ha för att kunna hantera framtidens utmaningar.

Rapporten är en del i en större studie som syftar till att ta fram kunskap om framtidens fastighetsbehov utifrån ett tiotal viktiga ämnesområden, så som vård, skola, klimat och digitalisering. Det är en tydlig trend för både kommuner och landsting att det nu sker stora investeringar och så kommer det att fortsätta de närmaste åren. För att kunna göra rätt prioriteringar krävs en god bild av framtida fastighetsbehov.

Projektet kommer att pågå under år 2016 och samtliga framtidsspaningar kommer att sammanställas i en antologi. Denna rapport om framtidens hälso- och sjukvård är den första delen i antologin.

Upplysningar om innehållet
Roger Molin, roger.molin@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-389-5
Text: Roger Molin, SKL
Produktion: Birgitta Granberg, SKL
Tryck: LTAB

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer 978-91-7585-389-5