

Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd
till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-5-20
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2017

Förord

Regeringen gav i februari 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden. Uppdraget innefattar bland annat att ta del av landsting och regioners arbete inom tre utvecklingsområden samt att analysera hinder och framgångsfaktorer för ett effektivt arbete inom dessa. Socialstyrelsen ska också bidra till stöd och utveckling av insatserna genom att utnyttja myndighetens befintliga kompetens.

Rapporten vänder sig till uppdragsgivaren och redovisar landsting och regioners arbete inom ramen för 2016 års överenskommelse om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.

Utredaren Charlotte Pihl har varit projektledare. Utredaren Katarina Sandberg och fyra konsulter har ingått i projektgruppen. Martin Sparr har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdraget till Socialstyrelsen	8
Genomförande	8
Vad arbetar landstingen med?	11
Landstingens övergripande inriktning	11
Landstingens prioriterade områden	15
E-hälsa, IT-stöd och digitalisering	15
Smartare användning av medarbetarnas kompetens	20
Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning	23
Framgångsfaktorer enligt landstingen	26
Sammanfattande diskussion	29
Utmaningar för att bedriva utveckling	29
Avsätta tid för utvecklingsarbete	30
Systemsyn under utbildningen	30
Behålla och rekrytera personal	31
Slutsatser	32
Referenser	33
Bilaga 1. Redovisningsstruktur	34
Bilaga 2. Fördelning av medel	35
Bilaga 3. Socialstyrelsens arbete	36

Sammanfattning

För att främja ett bättre resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården slöts en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i januari 2016. Den övergripande målsättningen för överenskommelsen var att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård. Överenskommelsen och tillhörande statsbidrag har gått under namnet professionsmiljarden.

Professionsmiljarden omfattar tre prioriterade utvecklingsområden:

- IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- smartare användning av medarbetarnas kompetens
- stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Socialstyrelsens kartläggning visar att de prioriterade områdena i överenskommelsen är sådant som landstingen har arbetat med under en längre tid. De ses som en helhet som tillsammans bidrar till bättre resursutnyttjande och medlen från överenskommelsen har i stor utsträckning använts för att förstärka sedan tidigare planerat utvecklingsarbete. En följd av detta är att det är svårt att särskilja effekter av satsningen från resultat av landstingens ordinarie utvecklingsarbete. Vidare är det svårt att värdera enskilda initiativ och insatser vilket bland annat beror på landstingens olika förutsättningar.

Landstingen redovisar implementering av flera nationella e-hälsotjänster, exempelvis webbtidbok och journal på nätet. Många landsting beskriver hur de förbereder upphandling av nya vårdinformationsmiljöer samt utvecklar arbetet med vård på distans. Målsättningen med dessa initiativ är att minska den administrativa bördan för medarbetarna samt att föra vården närmare patienten.

Det pågår arbete med olika former av uppgiftsväxling från vårdpersonal till servicepersonal och medicinska sekreterare samt mellan olika grupper av vårdpersonal. Vårdnära service uppges ha bidragit till att öka vårdpersonalens tid för patientnära arbete.

Som ett sätt att rekrytera och behålla nya medarbetare redovisar knappt hälften av landstingen att de erbjuder någon form av kliniskt introduktionsår. Det beskrivs underlätta övergången från studier till yrkesliv för nyutexaminerade sjuksköterskor. Vidare beskrivs studielön till specialistutbildning för sjuksköterskor kunna bidra till att fler vidareutbildar sig och ges möjlighet till kompetensutveckling. En majoritet av landstingen erbjuder sådana tjänster.

Landstingen redovisar att de har kommit olika långt i arbetet med e-hälsa och IT-stöd, smartare användning av medarbetarnas kompetens och planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelsen har bidragit till att lyfta redan prioriterade områden och uppges ha möjliggjort för landstingen att kunna arbeta i snabbare takt.

Uppdraget till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (S2016/00842/FS). Överenskommelsen slöts mellan regeringen och SKL i januari 2016.¹ Syftet med överenskommelsen är att främja landsting och regioners möjligheter att genom bättre administrativa stöd (inklusive IT-stöd), effektivare arbetsfördelning och en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning, ge hälso- och sjukvårdens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Den övergripande målsättningen för överenskommelsen är att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen ska följa landsting och regioners² arbete inom följande utvecklingsområden:

- IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- smartare användning av medarbetarnas kompetens
- stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Socialstyrelsen ska i dialog med respektive landsting och med SKL ta del av och värdera insatser och initiativ som landstingen har tagit inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Som en del i uppdraget ska Socialstyrelsen:

- genomföra en nulägesanalys av arbetet på de tre utvecklingsområdena
- identifiera eventuella hinder³ för ett effektivt arbete inom utvecklingsområdena
- sammanställa landstingens redovisningar och analysera framgångsfaktorer.

Därutöver ska Socialstyrelsen ge stöd och bidra till utveckling av insatserna genom att utnyttja myndighetens befintliga kompetens på de olika områdena. Socialstyrelsen ska också sprida kunskap om regelverk av betydelse för insatserna. Uppdraget ska genomföras i samråd med berörda fackliga organisationer och yrkesorganisationer.

Genomförande

Metod och tillvägagångssätt

För att genomföra uppdraget har flera olika underlag använts. Datasamlingen har pågått från augusti 2016 till mars 2017. Initialt genomfördes telefonintervjuer med alla landsting⁴ i syfte att få en första nulägesbild av hur de har valt att arbeta för ett bättre resursutnyttjande. Samtliga landsting har i

¹ Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, en professionsmiljard. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

² Hädanefter kommer landsting att användas och syftar på både landsting och regioner.

³ Hädanefter kommer utmaningar att användas synonymt med hinder.

⁴ Med undantag för Region Jönköpings län, Region Örebro län och Region Västerbotten.

enlighet med överenskommelsen skickat in redovisningar till Socialstyrelsen av vilka åtgärder som de har vidtagit under 2016. Inför sammanställningen av landstingens redovisningar togs först en struktur fram för redovisningen, i dialog med representanter från landstingen (se bilaga 1). Socialstyrelsen gjorde sedan en sammanställning av landstingens redovisade arbete på strategisk nivå och av deras åtgärder inom IT-stöd och processer för förenklad administration, e-hälsa, smartare användning av medarbetarnas kompetens och planering av långsiktig kompetensförsörjning. Sammanställningen redogör även för hur landstingen har involverat patientnära verksamheter, medarbetarföreträdare och privata verksamheter inom ramen för överenskommelsen.

I tio landsting⁵ har fördjupningsstudier genomförts med syfte att få en mer ingående förståelse för hur arbetet för ett bättre resursutnyttjande bedrivs. De tio landstingen har valts utifrån följande kriterier: geografiskt läge, befolkningens mängd och hur stort anslag de fått (se bilaga 2). Socialstyrelsen har genomfört semistrukturerade intervjuer enskilt och i grupp med personer som på något sätt arbetar med frågor inom ramen för överenskommelsens utvecklingsområden. Intervjupersonerna har varit såväl medarbetare som personer med chefsansvar.

Inför varje landstingsbesök har Socialstyrelsen gått igenom relevanta dokument, bland annat verksamhetsberättelser, handlingsplaner, utvecklingsplaner samt dokument om projekt och initiativ som togs upp under besöken i landstingen. Upplägget av fördjupningen bestämdes inom respektive landsting utifrån uppsatta kriterier om att beröra ämnen såsom:

- inriktning, organisation och ansvar
- prioriterade projekt och initiativ
- framgångsfaktorer och utmaningar
- behov av kunskap och stöd
- ledarskap.

Socialstyrelsen sammanställde en promemoria efter varje besök, som har faktagranskats av respektive landsting.

För att få en uppfattning om berörda fackliga organisationer och yrkesorganisationers syn på bättre resursutnyttjande har semistrukturerade intervjuer genomförts enskilt och i grupp med representanter från nio⁶ olika fackliga organisationer och yrkesorganisationer. Syftet med intervjuerna var även att få en uppfattning om vad som är viktigt att beakta ur olika professioners perspektiv.

Utåtriktat arbete

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen ge stöd och bidra till utveckling inom de tre utvecklingsområdena som överenskommelsen berör (se bilaga 3 för ett urval av myndighetens arbete inom områdena). Vidare ska kunskap om regelverk av betydelse för insatserna spridas. Som ett led i detta bjöd myn-

⁵ Landstinget i Kalmar län, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Jämtland Härjedalen, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Uppsala, Region Örebro län, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen.

⁶ Fysioterapeuterna, Kommunal, Läkarförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, SYLF, Vision, Vårdförbundet.

digheten i september 2016 in samtliga landsting till en workshop. Syftet med workshoppen var att diskutera landstingens arbete inom ramen för överenskommelsen samt att lyfta frågan hur Socialstyrelsen kan bidra till utveckling inom de tre utvecklingsområdena.

I februari 2017 anordnades en workshop med representanter från fackliga organisationer och yrkesorganisationer⁷. Syftet med den workshoppen var att delge exempel på pågående satsningar i landstingen inom överenskommelsens utvecklingsområden som myndigheten tagit del av under fördjupningsstudierna. Workshoppen syftade också till att reflektera kring centrala frågor för bättre resursutnyttjande, utmaningar och möjliga lösningar och framgångsfaktorer.

Myndigheten har under mars 2017 medverkat vid en workshop i Landstinget Kalmar län med temat bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – vem får göra vad? Workshoppen syftade till att:

- delge exempel från fördjupningsstudierna, till exempel hur landstingen valt att arbeta med smartare användning av medarbetarnas kompetens
- ge information om den webbplats⁸ som ersatt handboken ”Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?”
- diskutera vanliga missuppfattningar om arbetsfördelning och gränsdragningar.

Socialstyrelsen har under april 2017 deltagit på Vitalis konferens⁹ med en föreläsning på temat hur landstingen arbetar med e-hälsa inom ramen för professionsmiljarden. Föreläsningen syftade till att diskutera och sprida erfarenheter av framgångsfaktorer och utvecklingsmöjligheter för e-hälsa inom primärvården.

Avgränsning

Enligt regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ska myndigheten ta del av och värdera insatser och initiativ som landstingen har tagit inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att göra en fullskalig värdering eftersom överenskommelsen inte är utformad så att det går att mäta effekter av landstingens insatser. Det hade behövts en mer omfattande analys av landstingens olika förutsättningar för att göra en sådan värdering.

I arbetet med att följa överenskommelsen har patient- och medborgarföreträdare involverats via landstingens redovisningar. Socialstyrelsen har även under landstingsbesöken tagit del av satsningar där patienter och medborgare engagerats på olika sätt.

⁷ Fysioterapeuterna, Kommunal, Läkarförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Svensk Sjuksköterskeförening, SYLF, Vision, Vårdförbundet.

⁸ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>.

⁹ Vitalis konferens 2017, en årlig nationell konferens på temat e-hälsa.

Vad arbetar landstingen med?

Socialstyrelsen har gjort en beskrivning av hur landstingen understödjer en utveckling mot ett bättre resursutnyttjande samt hur de har prioriterat satsningar inom respektive område i överenskommelsen.

Beskrivningen av landstingens arbete för ett bättre resursutnyttjande tar sin utgångspunkt i landstingens redovisningar samt i de fördjupningsstudier som Socialstyrelsen har gjort i tio landsting. Beskrivningen baseras på åtgärder som vidtagits under 2016 inom överenskommelsens områden.

Landstingens övergripande inriktning

Samtliga landsting anger att överenskommelsens inriktning ligger i linje med landstingens egna mål för utvecklingsarbete. Flera landsting anger att de prioriterade områdena i överenskommelsen är sådant som de arbetat med under en längre tid. Områdena är relevanta för landstingen och ses som en helhet som tillsammans bidrar till bättre resursutnyttjande. Flera landsting anger att de sedan tidigare identifierat utmaningar inom de områden som överenskommelsen berör, vilket föranlett att landstingen prioriterat områdena. Det ses som positivt att landstingen själva fått disponera medlen inom ramen för de tre prioriterade områdena. Detta har medfört att både planerat och pågående arbete har kunnat stärkas ekonomiskt. Samtidigt har behoven av utveckling synliggjorts på nationell nivå och sedermera bidragit till ökat fokus på den regionala nivån.

Flera landsting anger att en stor del av alla utvecklingsåtgärder som vidtas på ledningsnivå har ambitionen att direkt eller indirekt understödja ett bättre resursutnyttjande. Överenskommelsen kom en bit in på året 2016, när budgeten för verksamhetsåret redan var fastställd, och därför har flera landsting haft som strategi att förstärka redan pågående arbete.

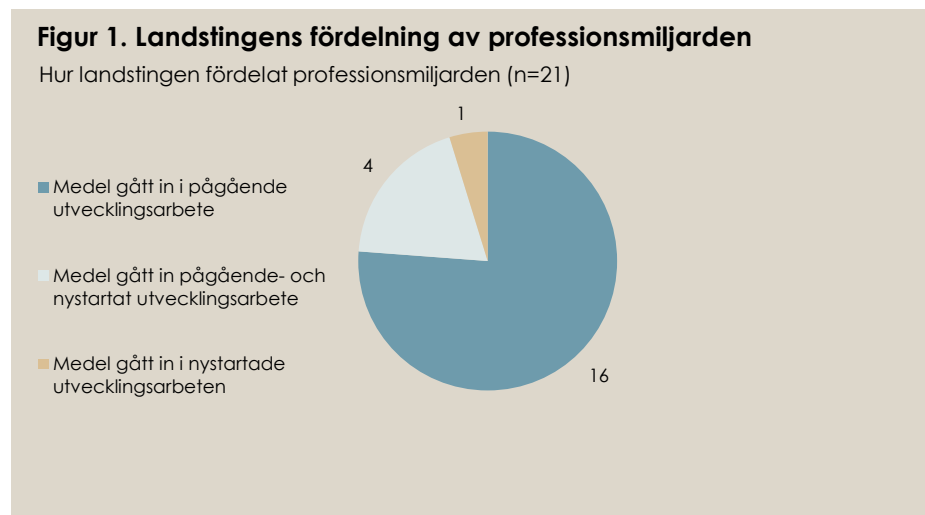
Landstingsledningarna har utifrån statsbidragets öppna utformning beslutat om hur satsningen ska hanteras rent organisatoriskt och finansiellt. I några landsting har det övergripande ansvaret legat hos landstingsdirektören, i några fall hos hälso- och sjukvårdsdirektören och i några fall hos HR-direktören. Ofta har en funktion inom respektive ledningsstab hanterat den övergripande samordningen. Flera landsting har arbetat sektorsövergripande på ledningsnivå, där hälso- och sjukvårdsledning, HR-ledning och IT-ledning har mötts för att diskutera inriktning och utformning på den regionala satsningen.

Hantering av statsbidraget

Inkomna redovisningar från landstingen visar att de medel som erhållits i stor utsträckning har använts för att förstärka pågående eller sedan tidigare planerade utvecklingsarbeten, det vill säga övergripande strategier, satsningar och handlingsplaner för ökad effektivitet och kvalitet i vården. Detta har varit möjligt eftersom satsningen ligger väl i linje med de utvecklingsområden som prioriteras i landstingen, i kombination med att satsningen har lämnat

utrymme att använda medlen på det sätt som landstingen ansett mest lämpligt.

Totalt 16 landsting har valt att låta medlen från professionsmiljarden gå in som en generell förstärkning av pågående utvecklingsarbete, se figur 1.



Några få landsting har valt att låta medlen gå in i både ordinarie verksamhet och för att finansiera nystartade projekt. Tre av dessa har låtit verksamheterna (i hälso- och sjukvården) komma med förslag på projekt och insatser inom ramen för professionsmiljarden. Region Jämtland Härjedalen lät samtliga medel från statsbidraget gå till nyinitierade projekt. Verksamheterna där fick skicka in förslag på projekt. Det fattades sedan beslut om dessa under en workshop med områdeschefer och ledningsfunktioner. Förslagen formulerades utifrån en mall framtagen specifikt för det aktuella statsbidraget.

Några landsting lyfter fram att det har funnits en begränsad tid för att genomföra de projekt som de startat med hjälp av statsbidraget. Ett landsting anger att flera av projekten kommer att fortsätta med stöd av medel från 2017 års överenskommelse.

Flertalet landsting anger att de förmodligen hade arbetat med samma prioriterade områden som överenskommelsen innehåller även om statsbidraget inte hade tilldelats. Satsningen har möjliggjort för landstingen att stärka och tidigarelägga sedan tidigare planerat och pågående utvecklingsarbete. Vidare har åtgärder möjliggjorts som annars kanske hade prioriterats bort, stannat av eller inte alls genomförts.

Några landsting har låtit medlen från professionsmiljarden gå in som en generell förstärkning av pågående långsiktigt utvecklingsarbete. Ett skäl till det är att flera landsting ser det som en kortsiktig lösning att starta nya projekt som löper under en begränsad period.

Statsbidraget som en förstärkning av pågående utvecklingsarbeten

Landstingen redogör för att det pågår en mängd utvecklingsarbeten för att nå en ökad effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Mycket av den utveckling som pågår beskrivs som delar i ett omfattande och långsiktigt

omställningsarbete mot en effektivare hälso- och sjukvård. Här anger flera landsting att de måste utnyttja digitaliseringens möjligheter för att arbeta mer effektivt, samt ta tillvara personalens kompetens på ett effektivare sätt för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning. Några landsting prioriterar följande områden inom ramen för pågående utvecklingsarbeten för att nå ett mer effektivt resursutnyttjande:

- stärka styrning och ledning av e-hälsa
- införa personcentrerad vård
- utveckla chef- och ledarskap
- ha ökat fokus på förebyggande- och hälsofrämjande insatser.

Att medel från professionsmiljarden i stor utsträckning har använts för att förstärka sedan tidigare planerat utvecklingsarbete innebär att medlen har fördelats över en rad områden och många olika projekt. En följd av detta är att det är svårt att särskilja resultat av satsningen från landstingens ordinarie utvecklingsarbete för ett bättre resursutnyttjande.

Flera landsting anger att det är för tidigt att se några nyttoeffekter, men anger samtidigt att de är nöjda med att önskvärda aktiviteter har möjliggjorts med stöd av professionsmiljarden. Många satsningar har kunnat göras på kort tid med stöd av professionsmiljarden.

Involvering av andra aktörer

Landstingen skiljer sig åt i hur de har involverat patientnära verksamheter, medarbetarföreträdare och privata verksamheter. Några landsting betonar att detta ses som en naturlig och viktig del i utvecklingsarbetet och därför inte kan särredovisas specifikt för denna satsning. En del landsting har inte redogjort för hur de valt att involvera andra verksamheter och företrädare i utvecklingsarbetet.

Flera landsting redovisar hur de har involverat patienter, medborgare och medarbetare, och hur de har samverkat med kommuner, landstingsdrivna och privatägda vårdenheter samt högskolor. Det gäller exempelvis kompetensförsörjningsfrågor. I några redovisningar framkommer att landstingen behöver samverka mer med kommuner framöver för att arbeta mer hälsofrämjande och utveckla arbetet kring e-hälsa.

Samverkan med andra landsting lyfts fram, exempelvis inom de olika sjukvårdsregionerna. Flera landsting har exempelvis valt att samverka när det gäller upphandling av vårdinformationssystem. De har då låtit vårdverksamheter ge sin syn på hur systemen skulle kunna bli mer funktionella.

Ett fåtal landsting nämner även samverkan med Arbetsförmedlingen, i form av regelbundna samverkansmöten för att tillvarata nyanländas kompetens. Några nämner samverkan med universitet och yrkeshögskolor, för att klargöra behov och utbildningsutbud. Dessa landsting ser samverkan med lärosäten som en viktig del av kompetensförsörjningsarbetet. Landstingen redogör för att de därmed dels skulle kunna påverka den långsiktiga planeringen av utbildningsplatser och deras inriktning, och dels lättare kunna planera och utveckla möjliga karriärvägar.

Ett landsting redogör för att deras förbättringsarbete har ett tydligt inslag av patientmedverkan genom en medborgarstrategi. Landstinget har en

databank där patienter och medborgare får lämna kontaktuppgifter för att involveras i utvecklingsarbeten. Ett annat landsting anger att de bedriver utvecklingsarbete via partsgemensam samverkan med involvering av medarbetarföreträdare. Inom det landstinget pågår arbete med att sammanställa metoder som används inom pågående förbättringsarbete på klinik- och enhetsnivå för att skapa en landstingsövergripande kunskapsbank med exempel på verktyg, metoder och goda exempel. Ett annat landsting anger att de har startat en patientpanel dit patienter bjuds in att delta i primärvårdens utvecklingsarbete för att skapa förankring och säkerställa patientnytta.

Ett landsting har valt att specifikt redovisa hur mycket medel från professionsmiljarden som tilldelats privata vårdgivare¹⁰. Medel betalades ut till de privata vårdgivarna efter att en utvecklingsplan¹¹ upprättats. Samtidigt anger två andra landsting att medlen från professionsmiljarden har kommit såväl offentlig som privat verksamhet till nytta. De anger att företrädare för privata verksamheter har informerats om satsningen och att förslag diskuterats med dem. Enligt landstingen har de privata vårdgivarna därmed bjudits in på samma sätt som landstingsägda vårdenheter.

Ett landsting anger att de valde en tydlig inriktning från start när professionsmiljarden kom: satsningen skulle ske med stor delaktighet från personal i hälso- och sjukvården samt i vissa fall från landstingsstaben. Därför valde de att låta personal komma med förslag på aktiviteter som kunde bidra till ett bättre resursutnyttjande. Ett annat landsting som valde att hantera en del av medlen separat till nystartade projekt anger att privata vårdgivare informerats om professionsmiljarden och planeras delta vid ett breddinförande av satsningar, dock har de inte deltagit i processen att föreslå nya projekt.

I en del fall har fackliga organisationer involverats i utvecklingsarbetet, både på övergripande nivå och lokalt i verksamheterna. Några landsting betonar vikten av att fackliga organisationer involveras och görs delaktiga för att bidra till långsiktigt arbete. I några landsting har alla fackliga organisationer uppmanats lämna förslag på utvecklingsområden; ett landsting redogör för inkomna förslag på personcentrerad vård och akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor.¹²

¹⁰ Med offentlig finansiering.

¹¹ Krav om upprättande av utvecklingsplan ställdes på samtliga vårdgivare.

¹² Förslag inkommit från Vårdförbundet.

Landstingens prioriterade områden

Överenskommelsens tre utvecklingsområden går i viss mån in i varandra. Det gör att redovisade projekt och arbeten inte alltid kan kategoriseras under ett specifikt område. Landstingen redovisar inte heller alltid liknande projekt under samma utvecklingsområde. En effektivare användning av medarbetarnas kompetens kan exempelvis vara ett resultat av ett implementerat IT-stöd, till exempel att läkare håller vårdmöten via videolänk istället för fysiska möten på en vårdcentral.

Landstingen har valt att fördela medlen från professionsmiljarden på olika sätt. En del har exempelvis valt att använda en större del av medlen på satsningar inom området digitalisering och e-hälsa och en mindre del på satsningar inom kompetensförsörjning. Samtidigt finns exempel på landsting som redogör för att inget av deras utvecklingsprojekt inom professionsmiljarden går till området digitalisering och e-hälsa.

Landstingen befinner sig i olika faser i olika utvecklingsarbeten, en del har arbetat länge med vissa projekt medan andra nyss har startat eller förbereder start. I de redovisningar som Socialstyrelsen har tagit del av framgår det inte heller alltid om satsningarna som landstingen beskriver inom ramen för överenskommelsen är planerade eller pågående aktiviteter.

E-hälsa, IT-stöd och digitalisering

E-hälsa kan användas för att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonal, sjukvård och patienter. E-hälsa gör det möjligt för patienten att själv medverka i sin vård genom att kunna boka tider för vård på nätet eller få tillgång till sin egen journal digitalt. Vidare bidrar e-hälsa till att ge vårdpersonal bra arbetsverktyg för snabb information.¹³

Några landsting lyfter fram digitalisering och e-hälsa som ett viktigt område för att nå ett bättre resursutnyttjande. De menar att digitalisering är en förutsättning för verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning i landstingen. Flertalet landsting redovisar att utvecklingstakten på IT-stöd och tekniska lösningar i olika former är högt prioriterad. Ett landsting har inrättat ett nytt verksamhetsområde för att skapa förutsättningar för att effektivt hantera strategi, innovation, och förvaltning inom IT, medicinsk teknik osv.

Det pågår en mängd olika utvecklingsarbeten i landstingen för att använda digitaliseringen. Det handlar om att implementera och vidareutveckla nationella e-hälsotjänster som kan ge patienter bättre tillgång till hälso- och sjukvården. Det handlar också om att utveckla arbetssätt och vårdprocesser med stöd av digitala lösningar och teknik. Några exempel:

- interaktiva tavlor som ger information om aktuell arbetssituation och planering på en avdelning
- tekniska lösningar som möjliggör vård på distans

¹³ Vad är E-hälsa, E-hälsomyndigheten (<https://www.ehalsomyndigheten.se/om-oss/vad-ar-e-halsa/>).

- medicinsk teknik som möjliggör distansövervakning och monitorering.

Flera landsting bedriver olika former av utvecklingsarbete som syftar till att förenkla vårdadministrationen. Det handlar exempelvis om utveckling av IT-lösningar som kan läsa av diktat till text direkt in i journalen. För att skapa en enklare inloggning till olika system bedriver några landsting utvecklingsarbeten som benämns Single sign on. Det innebär att användarna endast behöver logga in en gång för att få tillgång till olika program. Inloggning sker med e-tjänstekort och ett lösenord.

Ett landsting nämner i sin redovisning att de har låtit fyra medarbetare medverka i ett e-hälsocoachprogram som drivs av 1177 Vårdguiden. Medverkan ska bidra till inspiration och ökad användning av e-hälsotjänster och andra digitala lösningar.

Flera landsting arbetar med att utveckla sitt e-hälsoarbete och sina e-hälsostrategier. Digitalisering ses som en förutsättning för att vården ska kunna förändra sitt arbetssätt och klara av att leverera välfärdstjänster av hög kvalitet framöver.

Utveckling av moduler och mobila lösningar

Flera landsting har satsat medel på att utveckla moduler i befintliga journal-system samt införa tillägssystem. Några landsting anger att en del projekt som initierats handlar om att dra nytta av befintliga journalsystem genom att tillämpa möjligheter som tidigare inte har använts. Ett exempel som införts i några landsting är interaktiva tavlor som ger information om aktuell arbetssituation och planering på en avdelning. De interaktiva tavlorna gör det möjligt för personalen att minska användningen av handskrivna anteckningar i det dagliga arbetet. Den interaktiva tavlan kan ge en direkt bild av läget på avdelningen och därmed stödja personalen i deras arbete. Ett annat landsting ger exempel på digital diktering – genom integration i journalsystemet ska en del diktering kunna översättas direkt till text i journalerna.

Flera landsting har köpt in ny teknik för att skapa förutsättningar för distansmöten samt att kunna genomföra medicinska konsultationer på distans. En del landsting redogör även för inköp av hård- respektive mjukvara.

Utveckling av bildhantering i journaler och e-remisser

En del landsting har infört och arbetar med bildhantering vid remiss. Det pågår flera projekt med målet att ta fram lösningar och arbetssätt för hantering, lagring och åtkomst till bilder i journaler. Bilderna ska sedan användas när remisser skickas, från exempelvis primärvård till specialistvård. I dagsläget anger landstingen att detta främst sker inom verksamhetsområdet hud. Syftet med bildremisser anges vara tidsbesparing på så vis att en remissbedömning kan göras utifrån den bild som skickats till mottagande enhet. Ett landsting anger att när den mottagande specialistläkaren på hudkliniken kan göra en bedömning utifrån bildremissen har antalet besök till hudkliniken minskat.

Att gå från manuell till elektronisk hantering av remisser och svar kan minska mängden arbetstid som går åt till pappershantering, dubbeldokumentation och andra manuella arbetssteg. Några landsting arbetar med att se

över möjligheterna att skicka e-remsor samt planerar för det. Ett landsting planerar för att kunna skicka e-remsor inom standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Inom landstingen kan olika journalsystem tillämpas. Ett landsting redovisar att privata vårdgivare infört samma journalsystem som verksamheter drivna i landstingets regi. Detta har bidragit till enklare och effektivare remisshantering mellan sjukhus och primärvård.

Minska dubbeldokumentation

Flera landsting arbetar med att utveckla strukturerad vårddokumentation. Det syftar till att minimera andelen fritext i journalhanteringen genom enklare inmatning och mallar, och på så vis även minska andelen dubbeldokumentation. Flera landsting redogör för att en strukturerad och processororienterad vårddokumentation gör det enklare att följa såväl patientens väg genom vården som hur processerna fungerar för en hel grupp.

Den standardiserade vårddokumentationen syftar även till att förbereda för automatisk överföring till kvalitetsregister, vilket bidrar till minskad administration samtidigt som information finns tillgänglig i ett tidigt skede. I flera redovisningar framkommer att arbete pågår med att utveckla automatisk överföring av data från vårdinformationssystem till kvalitetsregister genom så kallad mappning¹⁴ och framtagning av dokumentationsmallar.

Kunskapsstöd

En del landsting har använt medel från professionsmiljarden till att utveckla de kliniska kunskapsstöden. Ett landsting har arbetat med att vidareutveckla ett allmänt kliniskt webbaserat kunskapsstöd med syfte att ge bättre tillgång till information samt underlätta samverkan mellan olika sjukvårdsenheter. Några landsting redogör för att de kunskapsstöd som tas fram sedan ska länkas samman med det nationella arbetet med kunskapsstöd som SKL bedriver.

En viktig del i implementeringen av ny kunskap är att tillgängliggöra den på ett ändamålsenligt sätt, exempelvis genom att lägga faktadokument på landstingens intranät. Dock framhävs att kunskapsstöden behöver vara enkla att ta till sig samt överblickbara för att bidra till hög användning. Några landsting arbetar med att integrera kunskapsstöd och beslutsstöd med journalsystemen.

Vårdinformationsmiljöer

En majoritet av landstingen förbereder upphandling av nya vårdinformationsmiljöer, där även upphandling av nya journalsystem ingår. Respektive landsting kan själva välja vilket journalsystem som ska användas inom hälso- och sjukvården. Systemen kan anpassas och utvecklas utifrån vårdgivares olika behov [1]. Flera landsting redogör för att dagens journalsystem inte är

¹⁴ Mappning möjliggör att data som samlats in och kodifierats för ett ändamål kan användas för andra ändamål (Socialstyrelsen, *Mappning mellan Klassifikation av medicinska åtgärder och Snomed CT*).

anpassade efter professioners behov. Det finns en efterfrågan på mer integrerade journalsystem samt ett mindre antal system. Detta skulle minska det dubbelarbete som uppstår när information måste dokumenteras på flera ställen. När nya vårdinformationsmiljöer upphandlas kräver landstingen nya tekniska lösningar som kan skapa förutsättningar för nya arbetssätt och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården.

Flera landsting har gått ihop och samverkar i upphandlingen av nya vårdinformationsmiljöer, bland annat SUSSA-gruppen¹⁵ som är en samverkan mellan flera landsting.

Införande av nya vårdinformationsmiljöer kan innebära förändrade arbetsprocesser med syfte att förbättra och underlätta vårdpersonalens dagliga arbete. Mot bakgrund av detta samverkar många landsting med vårdverksamheter för att identifiera behov samt för att säkerställa att framtida behov möts genom att innefatta stödjande arbetssätt.

Vård på distans och digitala vårdmöten

Några landsting anger att de har kommit långt i arbetet med vård på distans och ser det som ett verktyg för att flytta vården närmare patienten. Flera landsting har infört digitala vårdcentraler som pilotprojekt. Ett landsting redovisar att de planerar ett pilotprojekt med virtuell vårdcentral. En digital vårdcentral är en befintlig vårdcentral med ett digitalt utbud medan en virtuell vårdcentral enbart erbjuder digitala tjänster. Ett landsting hänvisar till att de tekniska lösningarna är desamma för en virtuell vårdcentral som för en digital. Skillnaden är en organisatorisk fråga om bemanning. Ett annat landsting redogör för att vård på distans gör det möjligt att flytta vården närmare patienten – från sjukhus till vårdcentral och från sjukhus eller vårdcentral till att ha kontakt med patienter i deras hemmiljö.

Den digitala vårdcentralen erbjuder möjlighet för patienter att möta vården digitalt via 1177 Vårdguiden. Det digitala mötet ses som ett komplement till den ordinarie vården. I de flesta fall bokas till en början endast återbesök digitalt. Ett landsting ger exempel på en mobiltelefonapplikation som patienter kan använda för att träffa fysioterapeuter eller läkare via videosamtal. Landstingen redogör för att den digitala vårdcentralen syftar till att möjliggöra digitala och effektiva möten mellan patient och vårdgivare. Samtidigt redogör några landsting för att det skapar förutsättningar för en jämnare bemanning på vårdcentraler.

Ett fåtal landsting arbetar sedan en tid tillbaka med virtuella hälsorum, vilket innebär att patienten själv kan kontrollera exempelvis blodtryck och blodsocker. Patienten kan i samband med detta genomföra återbesök hos läkare genom videokonferens. De virtuella hälsorummen kan ligga i anslutning till exempelvis ett äldreboende.

Digitala vårdmöten på distans möjliggör även för sjukhuskliniker att stötta primärvården vid specifika frågeställningar. Ett landsting redovisar att de hanterar problem med läkarbemanning genom att konsultera läkare via video från annan ort. Exempelvis kan en patient och en sjuksköterska ha videomöten med en läkare på annan ort.

¹⁵ Landstinget Blekinge, Västerbottens läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget Västernorrland och Region Örebro län.

Vidare utvärderar ett landsting förutsättningarna för att ha en verksamhetschef på distans via digital teknik.

Några landsting har digitala vårdmöten mellan landsting och kommun samt vårdplanering på distans. Vårdplanering på distans innebär att kommun, vårdcentral, patient och anhörig kan delta på möte vid ett och samma tillfälle trots att de befinner sig på olika geografiska platser. Vårdplanering på distans som pilotprojekt har påvisat bra utfall genom kortare och mer effektiva möten, vilket bidragit till att det funnits tid till fler vårdplaneringar per dag.

Självincheckning för att förenkla och digitala frikort

Flertalet landsting har introducerat självincheckning och anmälningsskärmar, med automatisk ankomstregistrering på sjukhus och vårdcentraler. En del landsting har infört det som pilotprojekt medan andra har breddinfört det. Syftet är att förenkla besöksregistreringen för patienter och samtidigt frigöra tid för personal i receptionen. Några landsting redovisar att de har skapat förutsättningar för automatisk ankomstregistrering men att de inte infört det fullt ut ännu. Ett landsting redogör för att de infört mobil självincheckning via en mobilapplikation eller sms.

Ett fåtal landsting har ersatt dagens manuella system för högkostnadsskydd med digitala frikort. När beloppet för högkostnadsskydd är uppnått utfärdas ett frikort automatiskt och spar administrativ tid i vårdverksamheterna.

Utveckling av 1177 Vårdguidens e-tjänster

En majoritet av landstingen har aktivt arbetat med att införa 1177 Vårdguidens e-tjänster¹⁶ i större skala. Syftet är att skapa tillgänglighet och delaktighet för patienten. Tjänsterna effektiviserar även administrationsarbetet genom att det är möjligt för patienterna att boka tid över webben samt att ta del av sin journal på nätet.

En stor del av landstingen har infört webbtidbok, men användandet varierar. Samtidigt planerar flertalet landsting för att införa webbtidbok i stor skala under 2017. En del landsting anger att 1177 Vårdguidens e-tjänster, såsom webbtidbok, kan tillämpas idag men används i begränsad utsträckning.

Införandet av webbtidbok innebär främst att medborgarna själva kan boka tid för besök inom primärvården. Några landsting redovisar att de har infört webbtidbok även i öppenvård och specialistvård, men i begränsad utsträckning. Ett landsting redovisar att det skett en fördubbling av bokningar via webben under 2016.

Flera landsting har infört journal via nätet, för att ge ökad delaktighet och god information för patienten i mötet och samverkan med vården. Landstingen redovisar att de kommit olika långt med att införa journal på nätet. Exempelvis redogör ett landsting för att de börjat med att införa provsvar och läkemedel i journal på nätet.

Stöd och behandling

Flera landsting har infört eller arbetar med att införa tjänsten *stöd och behandling* via 1177 Vårdguidens e-tjänster. *Stöd och behandling* är en

¹⁶ Beställa, av- eller omboka tid, förnya recept, beställa journalkopia, läsa journalanteckningar, begära intyg, förnya hjälpmedel, få allmän rådgivning, ställa fråga till sjuksköterska, beställa klamydiatest.

plattform där vårdgivare kan erbjuda stöd och behandlingar till invånare digitalt. Tjänsten innebär bland annat möjligheten att erbjuda internetbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) vid ångest, depression, oro, stress och sömnbesvär. Syftet med internetbaserad KBT är att underlätta för patienter som av olika skäl har svårt att komma till primärvården eller önskar behandling utanför ordinarie öppettider.

Ett landsting anger att de breddinfört internetbaserad KBT i primärvården och att nästa steg är att införa det inom vuxenpsykiatri. Ett landsting redovisar att internetbaserad KBT har frigjort tid för de behandlande medarbetarna, samt att alltmer tid frigörs i takt med att behandlaren får större vana att genomföra behandling över nätet.

Smartare användning av medarbetarnas kompetens

Flera landsting redovisar liknande projekt, men med olika upplägg och benämningar, för att ta tillvara kompetensen hos medarbetarna. Majoriteten arbetar med projekt inom ramen för rätt använd kompetens (RAK)¹⁷ som innebär att arbetsuppgifterna utförs av den medarbetare som är bäst lämpad utifrån kompetensnivå. Många landsting har infört nya funktioner som utför vissa arbetsuppgifter som kan avlasta vårdpersonalen och därmed möjliggöra olika former av uppgiftsväxling¹⁸. Nya arbetssätt är ett annat sätt att bättre tillvarata kompetensen, bland annat att arbeta teambaserat eller involvera patienten mer i vården. Eftersom en förbättrad och modern teknik möjliggör smartare arbetssätt är flera av projekten nära kopplade till överenskommelsens första område om IT-stöd. Det handlar bland annat om automatisering av olika arbetsmoment via digitala lösningar.

Uppgiftsväxling ska frigöra tid för patientnära arbete

Endast vissa arbetsmoment inom vården måste utföras av en specifik yrkeskategori [2]. Därmed finns en viss flexibilitet i fördelningen av arbetsuppgifter. Som en del i arbetet med RAK arbetar många landsting med uppgiftsväxling. Målet är att frigöra tid till patientnära arbete. Det är vanligt att flytta serviceuppgifter och administrativa uppgifter från vård- till servicepersonal respektive medicinska sekreterare. Flera landsting redovisar hur medicinska sekreterare deltar i rondarbetet och skriver journalanteckningar eller skickar remisser, något som läkare tidigare har gjort.

Landstingen redovisar även uppgiftsväxling mellan olika grupper av vårdpersonal inom både sluten- och öppenvården. Bland annat har uppgifter som läkare tidigare utfört flyttats till sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer och biomedicinska analytiker. Exempelen inkluderar en sjuksköterskeledd onkologimottagning och distriktssköterskeledda akutmottagningar på vårdcentraler. Här ska patienternas behov styra mottagningsformen. Vid behov av omvårdnad träffar de en sjuksköterska och vid medicinska frågeställningar styrs de till en läkare. Det finns också exempel på

¹⁷ Uttrycket har etablerats av fackförbundet Vision som bl.a organiserar medicinska sekreterare.

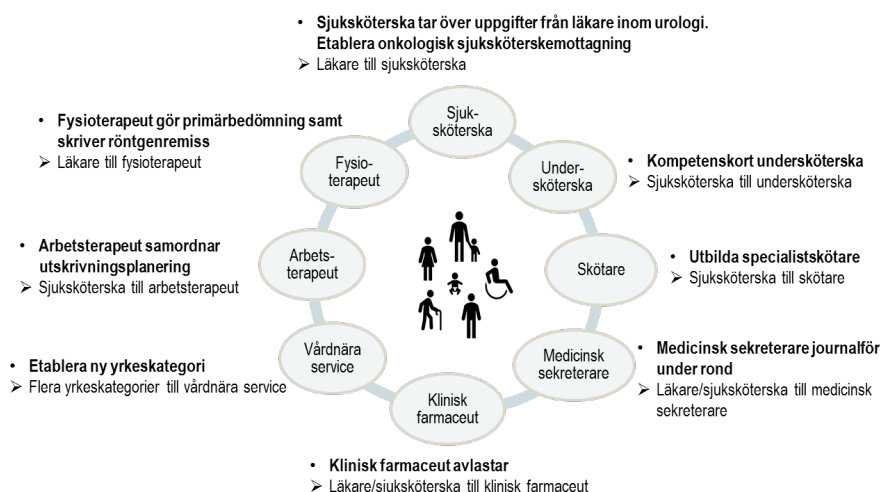
¹⁸ Andra benämningar på samma uttryck inkluderar bl.a. kompetensmix, kompetensväxling och task shifting.

sjuksköterskor som efter genomgången utbildning har övertagit arbetsmoment från läkare vid hud-, urologi- samt mag- och tarmmottagningar. I ett landsting pågår planer på sådan uppgiftsväxling.

Ett par landsting redovisar hur fysioterapeuter gör primärbedömningar av patienter med besvär från rörelseapparaten. Dessa får i andra hand träffa en läkare, om det bedöms nödvändigt. Vidare finns exempel på hur primärbedömning av patienter med psykisk ohälsa flyttats från läkare till psykolog. För att avlasta läkaren har vissa även provat att låta arbetsterapeuter eller kuratorer förbereda intyg för sjukskrivning. Exempel finns också på hur biomedicinska analytiker, efter utbildningsinsatser, kan överta vissa uppgifter från läkare inom laboratoriemedicin. I många landsting finns kliniska farmaceuter som övertagit läkemedelsrelaterade uppgifter från både läkare och sjuksköterskor. Rollen har funnits i vissa landsting under en längre tid men är nyligen införd hos andra.

Ett par landsting har genomfört eller planerar för att installera ultraljudsapparater i primärvården och låta distriktsläkare genomgå utbildning för att kunna genomföra vissa undersökningar på vårdcentral som tidigare gjorts av läkare på sjukhus. Se figur 2 för exempel på olika uppgiftsväxlingar som genomförts i landstingen.

Figur 2. Exempel på uppgiftsväxlingar i landstingen



Många landsting har infört eller håller på att införa uppgiftsväxling mellan sjuksköterskor och undersköterskor. I samband med det säkerställs att undersköterskorna har tillräcklig kompetens. Ett par landsting redovisar hur de har genomfört teoretiska och praktiska kurser för att kartlägga kompetensen hos undersköterskor. Genom att låta servicepersonal överta uppgifter från undersköterskorna har dessa i sin tur getts möjlighet att avlasta exempelvis sjuksköterskorna i deras arbete. Det finns exempel på hur undersköterskorna har övertagit visst omvårdnadsansvar för patienterna och samordning av avdelningsarbetet, vilket tidigare sköts av sjuksköterskor. Vidare redovisas uppgiftsväxling från sjuksköterska till arbetsterapeut i samband med utskrivningsplanering för patienter.

Några landsting redovisar hur patienterna involveras mer i sin egen vård. Det sker ofta via olika digitala lösningar men kan också innebära att de själva genomför vissa enkla kontroller hemifrån eller på distans, exempelvis vid en virtuell vårdcentral.

Nya funktioner för att avlasta vårdpersonalen

En majoritet av landstingen har infört, eller planerar att införa, en servicefunktion som ofta benämns vårdnära service¹⁹ som en del i arbetet med RAK och uppgiftsväxling. Det innebär att patientnära uppgifter som inte kräver vårdkompetens utförs av servicepersonal. Upplägget varierar något mellan landstingen, men ofta arbetar medarbetare inom vårdnära service med att städa, fylla på material i förråd, tvätta, utföra transporter som inte kräver vårdpersonal och hålla ordning i personalrum. Syftet uppges vara att avlasta vårdpersonalen och frigöra mer tid för patientarbete.

Andra nya funktioner som redovisas är olika former av koordinators- och tillgänglighetskoordinatorer. De fungerar som en administrativ resurs och hanterar frågeställningar om bland annat väntetider för patienter.

Nya arbetssätt för att bättre tillvarata kompetensen

Flera landsting redovisar produktions- och kapacitetsplanering som en viktig grund för att kunna genomföra kompetens- och bemanningsplanering och förbättringsarbeten i verksamheterna. I redovisningarna framkommer att några landsting arbetar processororienterat där processerna grundas på bästa tillgängliga kunskap. Ett exempel är cancervårdens standardiserade vårdförlopp. Ett par landsting jobbar också mot att ha data från verksamheterna, exempelvis antal patientbesök, lättillgängligt för uppföljning och utveckling i processarbetet.

Många landsting redovisar nya arbetssätt som är anpassade efter patientens behov. Ett exempel är så kallad bedside-rapportering. Det innebär att den ansvariga sjuksköterskan rapporterar till kollegan i nästa skift tillsammans med patienten istället för enbart till sin kollega. Ett landsting beskriver ett samarbete med patientorganisationer för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Arbetet inkluderar en nyutkommen webbutbildning för patienter inför operation och särskild information till patienter med risk för trycksår, fall och undernäring. Några landsting redovisar hur de jobbar mot ett personcentrerat arbetssätt där patienten ses som en person med behov och resurser som är delaktig i sin egen vård. Det inkluderar bland annat att vårdpersonalen upprättar individuella vårdplaner tillsammans med patienten. Ett landsting redovisar samarbete med centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) i arbetet med att införa personcentrerad vård.

Nya arbetssätt med hjälp av teknik

Flera landsting redovisar hur tekniska lösningar underlättar för vårdpersonalen att arbeta mer flexibelt. Tekniken kan också underlätta för patienterna i deras kontakt med vården. Flera landsting erbjuder digitala vårdmöten som ett komplement till fysiska möten, inom vissa vårdområden. Det skapar nya

¹⁹ Benämningen vårdnära service återkommer i flera landsting. Funktionen har dock även andra titlar, bland annat kringresurs, servicevård och avdelningsvård.

arbetssätt för vårdpersonalen och uppges underlätta för patienterna som därmed kan slippa långa transporter till sjukhuset eller vårdcentralen. Några landsting använder internetbehandling med KBT, eller planerar att införa sådan. Det innebär att personalen får lära sig ett nytt arbetssätt och att patienterna kan genomföra behandlingen hemma.

Teamarbete för att ta tillvara olika yrkeskompetenser

Arbete i team används av många landsting för att bättre ta tillvara kombinationen av olika professioners kompetens och för att skapa en mer sammanhållen vård för patienten. Landstingen uppger att målet är att involvera patienten i vården och att kunna utföra en stor del av vården i patientens hem istället för på sjukhus. Flera landsting jobbar med äldrevårdsteam med läkare och sjuksköterskor som besöker patienten i hemmet. Ett annat exempel är undersköterske- och sjukskötersketeam med specifik kompetens om hjärtsjukdomar som behandlar och informerar patienten i hemmet.

Några landsting beskriver hur hela sjukhusavdelningar bedriver ett samlat utvecklingsarbete mot en mer effektiv vård. Målet är att hantera kommande samhällsutmaningar i form av en åldrande befolkning och ett större vårdbehov i kombination med mindre resurser. De arbetar med att utnyttja ny teknik och prova exempelvis en funktionsbaserad indelning av uppgifter, som innebär att arbetet fördelas efter uppgifter istället för efter patienter. Vidare redovisas en målsättning om ett bättre samarbete mellan olika yrkeskategorier och en mer delaktig patient.

Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning

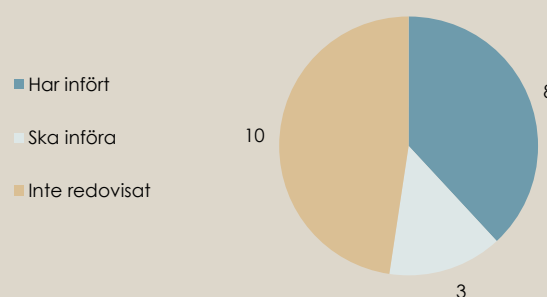
Några av landstingens utmaningar är stora pensionsavgångar, otillräcklig tillgång på vårdpersonal, en åldrande befolkning och ett ökat vårdbehov. Mer än hälften av landstingen har infört kompetensförsörjningsmodeller och systemstöd, eller planerar för att upphandla och införa sådana. Dessa ska ge en bättre översikt över bemanningssituationen och öka möjligheten att prognostisera kompetensutvecklingsbehoven. Produktions- och kapacitetsplanering nämns också som ett sätt att bättre förstå rekryteringsbehoven. Flera landsting genomför ledarskaps- och chefsutvecklingsprogram och betonar vikten av ett gott ledarskap för att rekrytera och behålla medarbetare. De redovisar även samverkan med andra aktörer för att hantera bemanningsbristen.

Både stora och små landsting i storstadsområden och i glesbygd beskriver utmaningar med att rekrytera och behålla medarbetare. Många landsting kopplar projekt kring smartare användning av medarbetarnas kompetens till den långsiktiga kompetensförsörjningen. Exempelvis ses uppgiftsväxling som ett sätt att hantera bemanningsbristen. Nya arbetssätt kan också vara ett sätt att locka medarbetare, och likaså kan initiativ som skapar en bättre arbetsmiljö eller erbjuder kompetensutveckling attrahera ny personal.

Sjuksköterskors introduktion och kompetensutveckling

Knappt hälften av landstingen redovisar att de erbjuder någon form av kliniskt introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor, för att underlätta övergången från studier till yrkesliv, se figur 3. Det beskrivs som ett sätt att rekrytera och behålla nya medarbetare. Innehållet och längden varierar mellan landstingen. I några landsting är introduktionsåret obligatoriskt. Ett landsting erbjuder ett tvåårigt program och ett par redovisar introduktionsår även för undersköterskor.

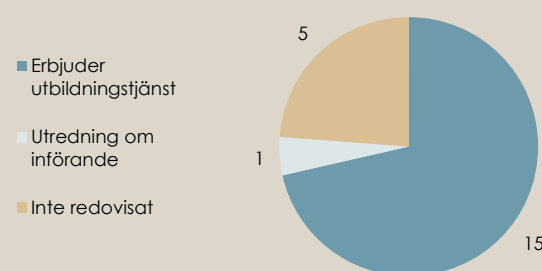
Figur 3. Antal landsting som infört kliniskt introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor*



* Landsting som inte redovisar introduktionsår kan fortfarande erbjuda det eftersom det inte specifikt har efterfrågats i redovisningarna.

En majoritet av landstingen redovisar att de erbjuder så kallade utbildningstjänster för legitimerade sjuksköterskor. Det innebär att de kan utbilda sig till specialistsjuksköterskor med bibehållen lön²⁰, se figur 4. Upplägget innebär oftast utbildning på halvtid och kliniskt arbete på halvtid.

Figur 4. Antal landsting som erbjuder specialistutbildning för sjuksköterskor med bibehållen lön*



* Landsting som inte redovisar utbildningstjänst kan fortfarande erbjuda det eftersom det inte specifikt har efterfrågats i redovisningarna.

²⁰ En sammanställning av Vårdförbundet (<https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-yrkens-battre/akademisk-specialisttjanstgoring/har-finns-ast/>) visar att sex landsting erbjuder så kallad AST (Akademisk specialisttjänstgöring) med kollektivavtal tecknat med Vårdförbundet. Ett landsting har AST och en överenskommelse om att teckna kollektivavtal. Fem landsting har AST-liknande tjänster men utan kollektivavtal.

Många uppger att utbildningstjänsterna gäller prioriterade områden där det finns ett kompetensbehov, exempelvis inom akutsjukvård. Det finns även exempel på landsting som erbjuder studieförmån²¹, dels för specialistutbildning för sjuksköterskor och dels för grundutbildning till sjuksköterska för undersköterskor. Det finns också exempel på biomedicinska analytiker som beviljats studielön för att studera vidare till cytodiagnostiker, och därmed kan ta över arbetsuppgifter från patologer. Ett landsting redovisar att de låtit några sjuksköterskor få utbilda sig till kliniskt avancerad sjuksköterska. De kan därmed utföra mer avancerade uppgifter som tidigare utförts av läkare. Utbildningen har skett i Finland.

Rekrytering och tillvaratagande av kompetens

Landstingen presenterar olika strategier för att rekrytera medarbetare, exempelvis utveckling av PTP²² för att attrahera fler psykologer, kompetensutveckling av yrkesrollerna inom primärvården och bonussystem för nattpersonal vid verksamheter som bedriver dygnet-runt-vård. Flera redovisningar beskriver utåtriktade aktiviteter och marknadsföring för att stärka landstingens varumärken och locka nya medarbetare. Några erbjuder praktikplatser för gymnasieelever respektive långtidsarbetslösa ungdomar. Dessa får arbetslivserfarenhet och referenser och blir förhoppningsvis intresserade av att söka en vårdutbildning i framtiden.

Några landsting redovisar ett kontinuerligt arbete med att utvidga antalet platser för läkares allmän- och specialisttjänstgöring, så kallade AT- och ST-tjänster. Två landsting beskriver hur de har infört respektive ska etablera en utbildningsvårdcentral för ST-läkare. Syftet är att göra det attraktivt för läkare som vill göra sin ST-utbildning inom allmänmedicin genom att fokusera på god handledning och kompetensutveckling. Förhoppningen är att dessa ST-läkare ska stanna i landstingen när de är färdigutbildade. Flera landsting redovisar att de arbetar med styrning av ST-läkare till definierade bristområden. Två landsting redovisar också att de inom ett par års tid kommer att ta emot läkarstudenter för heltidsstudier och praktik, vilket ses som positivt för den framtida kompetensförsörjningen.

Knappt hälften av landstingen redovisar hur de tillvaratar kompetensen hos vårdpersonal med examen från annat land, inklusive svenska läkare²³ med en utländsk läkarexamen. Landstingen vill påskynda processen mot legitimation genom undervisning i bland annat svensk hälso- och sjukvårds organisation och kultur samt språkkurser, praktik och provtjänstgöring. Ett landsting uppger att frågor om utbildningsbakgrund och sjukvårdserfarenhet ställs vid den hälsokontroll som erbjuds alla asylsökande. Ett par landsting har etablerat en utbildningsvårdcentral i primärvården för kompetensutveckling och kompetensbedömning hos blivande ST-läkare med utländsk utbildning. Att ta tillvara nyanländas kompetens uppges vara ett sätt att minska behovet av hyrpersonal, vilket bidrar till höga kostnader i många landsting. Samtliga

²¹ En ekonomisk ersättning för att studera.

²² Praktisk tjänstgöring för psykologer.

²³ Personer berättigade till studiemedel via centrala studiestödsnämnden (CSN).

landsting har, i samverkan med SKL, enats om gemensamma åtgärder för att bli oberoende av bemanningsföretag senast i januari 2019.²⁴

Kompetensutveckling för att behålla medarbetare

Flera landsting arbetar med karriärutveckling, bland annat genom karriärtjänster. En sådan tjänst kan exempelvis kombinera kliniskt arbete med forskning eller innebära en samordningsfunktion för vårdlag och arbetsprocesser på en avdelning. I flera redovisningar nämns också så kallade kompetensstegar. Dessa behandlar exempelvis löneutveckling, definierar arbetsuppgifter, ansvar och kompetenskrav samt visar möjliga karriärvägar inom ett yrke. Kompetensstegar finns för olika yrkesgrupper, inklusive biomedicinska analytiker, psykologer, barnmorskor, undersköterskor och sjuksköterskor.

Ett par landsting redovisar åtgärder som ska förbättra arbetsmiljön och därmed öka förutsättningarna för att medarbetare ska stanna kvar. Det handlar dels om att underlätta för återhämtning vid skiftarbete och dels om att införa olika arbetstidsmodeller där medarbetarna har möjlighet att påverka sina arbetstider. Ett landsting deltar i ett stort forskningsprojekt om skiftarbete i samarbete med Stressforskningsinstitutet. Ett landsting avser dessutom att satsa på att stimulera till arbete efter uppnådd pensionsålder.

Framgångsfaktorer enligt landstingen

Landstingen har själva redogjort för framgångsfaktorer för ett effektivt och långsiktigt arbete inom överenskommelsens tre områden. Nedan följer en sammanställning av dessa.

Framgångsfaktorer för ökad digitalisering

I flera redovisningar betonas att det finns ett behov av digital kompetens, och att det är en viktig framgångsfaktor för att nyttja digitaliseringens möjligheter. Verksamheterna behöver vara delaktiga i utvecklingen samtidigt som professioner måste ställa krav och vara engagerade. Utvecklingen inom IT och e-hälsa behöver vara användardriven, och det är viktigt att verksamheterna själva upplever en förändring lokalt och nationellt. I några landsting har verksamheter involverats i utvecklingsarbetet och fått komma med förslag på utvecklingsarbeten, projekt och inköp av mjuk- respektive hårdvara, vilket bidragit till delaktighet och engagemang.

Flera landsting lyfter fram att det är viktigt att det finns en support tillgänglig när digitalt arbete införs, exempelvis vid vård eller vårdplanering på distans. Support anses viktig för att möjliggöra förändrade arbetssätt samt för att underlätta, ge stöd och stöttning till medarbetarna. Support behövs också för att medarbetare ska känna sig trygga och fasa ut gamla rutiner och arbetssätt till fördel för ny teknik.

²⁴ Gemensamt tag för att uppnå oberoende av inhyrd personal:

<https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsgivarfragor/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/inhyrdpersonal.11422.html>.

Flera landsting lyfter fram att vård på distans bidrar till ökad flexibilitet och tillgänglighet. Effektivare möten kan uppnås genom vårdplanering på distans där fler kan delta trots geografiska avstånd. I landsting med stora geografiska avstånd anses det betydelsefullt att arbeta med möten och vård på distans. Samarbete mellan verksamheter har kunnat utökas genom exempelvis konsultationsstöd på distans. Ett landsting lyfter fram att den distansöverbryggande tekniken lagt grund till att flera verksamheter använder sig av videomöten inom flera olika användningsområden, exempelvis för kompetensutveckling.

Långa geografiska avstånd har medfört en relativt hög IT-mognad i vissa landsting. En utbyggd infrastruktur har skapat goda möjligheter för exempelvis vård på distans och digitala vårdmöten. Detta har bidragit till att det sedan tidigare finns en vana att genomföra möten på distans och därmed använda tekniken i större utsträckning.

Den ökade digitaliseringen kan ge patienten större inflytande över sin egen hälsa och vård. Nya vårdformer kan ge patienten tillgång till en mer nära vård som är oberoende av plats och tid.

Framgångsfaktorer för en smartare kompetensanvändning

Flera landsting betonar att olika former av uppgiftsväxling utgör en framgångsfaktor för att hantera bristen på vårdpersonal. Eftersom många landsting nyligen har infört uppgiftsväxling är det svårt att redovisa tydliga resultat av det, men många beskriver hur införandet av vårdnära service tenderar att öka vårdpersonalens tid för patientnära arbete. Ett par landsting betonar att det även har gett mer tid för undersköterskorna att samarbeta med sjuksköterskorna i det vårdnära arbetet. Vidare uppger flera landsting att städning i egen regi, via vårdnära service, har bidragit till en högre kvalitet på städningen på avdelningarna och en minskning av antalet infektioner. Vårdnära service beskrivs även till viss del ha minskat kostnaderna för inhyrd personal, eftersom vårdpersonalen får mer tid över för det patientnära arbetet. Ett landsting lyfter vikten av att den person som ansvarar för vårdnära service själv har en bakgrund inom hälso- och sjukvården, något som de menar ger en större förankring i arbetet och underlättar i den dagliga kontakten med vården. Ett annat landsting betonar hur viktigt det är att bemöta oro för en förändring eller nya arbetssätt med fakta, som exempelvis att kartlägga eller mäta hur stor del av uppgifter under ett pass som verkligen kräver en viss kompetensnivå och hur stor del som skulle kunna utföras av en annan yrkesgrupp.

I samband med uppgiftsväxling från läkare till sjuksköterskor redovisas flera framgångsfaktorer. Bland annat beskriver ett landsting hur de redan har sett resultat i form av kortare väntetider till mottagningen efter att en sjuksköterska fått genomgå utbildning för att överta vissa läkaruppgifter. Uppgiftsväxling till undersköterskor har underlättats via olika former av kompetenssäkring genom intern utbildning och examination. Projekten har utgjort framgångsfaktorer för att verksamhetschefen lättare ska kunna veta vilka uppgifter som kan överföras till undersköterskorna. Det har även gett en ökad trygghet bland undersköterskorna själva och hos sjuksköterskorna. Kompe-

tenssäkring har möjliggjort matchning av mindre erfarna sjuksköterskor med mer erfarna undersköterskor som därmed kan dela erfarenheter med varandra, vilket kan bidra till en ökad patientsäkerhet.

En annan återkommande framgångsfaktor som redovisas är uppgiftsväxling till medicinska sekreterare. Dels lyfter landstingen att dokumentationen blir mer korrekt när den görs direkt under rondan och dels sparar det tid för vårdpersonalen genom att minska deras administrativa arbete. Med hjälp av medicinska sekreterare kan patienterna också få tillbaka svar från olika undersökningar snabbare och därmed komma fortare vidare i vårdprocessen.

Landstingen redovisar ett flertal framgångsfaktorer som alla bidrar till att underlätta för patienterna i vården. Ett exempel är användandet av teknik för distansvård, vilket kan innebära att patienter i glesbygd slipper åka många mil till närmaste sjukhus. Teamarbete är en annan framgångsfaktor för att kunna genomföra mer vård i hemmet istället för på sjukhus och för att flytta vården närmare patienten.

Flera landsting beskriver vikten av att involvera vårdpersonal i utvecklingsarbetet. De betonar även att det är viktigt att ha en helhetssyn på arbetet mot ett bättre resursutnyttjande. Produktions- och kapacitetsplanering beskrivs som en sådan framgångsfaktor som bidrar till en helhetssyn på verksamheten, underlättar resursplaneringen och gör det lättare att adressera åtgärder.

Framgångsfaktorer för en långsiktig kompetensförsörjning

I redovisningarna betonas vikten av incitament för att behålla medarbetarna. Exempelvis menar man i många landsting att studielön är en viktig del i att uppmuntra fler sjuksköterskor att utbilda sig till specialistsjuksköterskor. Flera landsting erbjuder introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor. Det, liksom tydliga karriärvägar för medarbetarna, framhålls som framgångsfaktorer både för att rekrytera och behålla medarbetare. En annan framgångsfaktor som nämns är att betrakta kompetensutveckling som en investering och inte som en kostnad.

Arbetsmiljön uppges spela roll både för att rekrytera nya medarbetare och för att behålla de som redan finns. Möjligheter till återhämtning och till att påverka sin arbetstid lyfts fram som framgångsfaktorer. Det landsting som har inrättat en utbildningsvårdcentral betonar att den har bidragit till att rekrytera fler ST-läkare till primärvården. Bland annat nämns det teambaserade arbetssättet vid utbildningsvårdcentralen som en framgångsfaktor. Många betonar vikten av ett gott ledarskap och chefskap för att främja en god arbetsmiljö och våga driva igenom förändringar. Likaså är samverkan mellan olika aktörer, andra landsting men också till exempel kommuner, lärosäten och myndigheter, viktigt för att kunna planera för en långsiktig kompetensförsörjning. Det gäller bland annat tillförsel av medarbetare och introduktionskurser för personer med utländsk examen. Ett annat exempel på framgångsrik samverkan är att två landsting²⁵ förbereder sig för att ge plats åt läkarstudenter och utgöra studieort från termin sex.

²⁵ Landstingen i sydöstra sjukvårdsregionen.

Sammanfattande diskussion

Landstingen arbetar utifrån olika förutsättningar. Det påverkar hur de har prioriterat sina medel samt hur långt de beskriver att de sedan tidigare kommit inom respektive utvecklingsområde, exempelvis implementering av e-hälsotjänster. Socialstyrelsen har i en rapport om tjänsteutveckling²⁶ redogjort för att olika huvudmän har olika förutsättningar för att bedriva utvecklingsarbete och att detta behöver beaktas. Med bakgrund av detta är det svårt att värdera konkreta resultat och utfall av överenskommelsen för 2016.

Hälso- och sjukvården kan beskrivas som komplexa och adaptiva system som kan förändras kontinuerligt [3-6]. Systemen är resultaten av sin specifika historik och är i olika utsträckning förändringsbenägna. De består av olika intressenter, intressekonflikter och målkonflikter och utgör delar av ett större system [7, 8]. Utmaningar med att genomföra förändringsarbete kan exempelvis bero på intressekonflikter mellan profession, administration och politik. Systemen kan ha olika logik, mål, incitament och förutsättningar [9].

Ett antal framgångsfaktorer och utmaningar har identifierats baserat på de tio fördjupningsstudierna samt genom intervjuer och workshoppar med landsting och professionsorganisationer. En stor del av det pågående utvecklingsarbetet i landstingen är kopplat till gemensamma utmaningar i form av bland annat brist på resurser och rätt kompetens, ledarskap, geografi och demografi. Att landstingen har flera gemensamma utmaningar innebär också att de kan dela erfarenheter av förändrings- och förbättringsarbete med varandra. Det har framkommit att landsting liksom professionerna gärna delar erfarenheter och tar del av varandras arbeten. För att uppnå förändring i ett system krävs en lokal anpassning [10]. Det innebär att det är en utmaning att lära utifrån så kallade goda exempel på ett effektivt sätt eftersom förutsättningar och kontext skiljer sig mellan landstingen.

Utmaningar för att bedriva utveckling

Webbtidbok är ett exempel på en e-hälsotjänst som främjar patientdelaktighet. Implementeringen kan dock innebära utmaningar för medarbetarna i verksamheterna genom bland annat en förändrad produktions- och kapacitetsplanering. Ytterligare en utmaning kan vara den kulturella omställningen i samband med ett nytt arbetssätt där patienterna själva bokar in sina besök. Under fördjupningsstudierna har det framkommit att det finns en oro för att bokning via webbtidbok kan överbelasta mottagningar när patienterna själva bokar sina besök. E-hälsotjänster, såsom webbtidbok, kan däremot öka tillgängligheten till vården och öppna upp för patientgrupper som av olika anledningar kan ha svårt att ta telefonkontakt för att boka tid.

²⁶ Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – om landstingens och regionernas utvecklingskraft. *Tjänsteutveckling* belyser hur landsting och regioner förmår omsätta drivkrafter, styrning och förmågor i utvecklingen av nya arbetssätt och vårdtjänster.

Flera landsting arbetar med uppgiftsväxling. De anger att en utmaning är att kunna tillgodose att vården som ges är god och patientsäker i samband med uppgiftsväxling. En förutsättning är att ha en god kännedom om vem som får göra vad inom hälso- och sjukvården. Det finns en osäkerhet i att överföra uppgifter till undersköterskor eftersom det saknas en nationell kompetensbeskrivning för den yrkesgruppen.²⁷ Utformningen av yrkesutbildningen varierar därmed mellan olika skolor [11]. En framgångsfaktor som visats i några landsting har varit införande av kompetenskort för att tydliggöra en undersköterskas kompetens inom specifika arbetsuppgifter. SOU 2017:21 föreslår en utredning av frågan om legitimation för undersköterskor med motivet att förbättra patientsäkerhet och kvalitet samt att göra yrket mer attraktivt [12].

En utmaning för flera landsting är att rekrytera personal med kompetens inom hälsoinformatik. Det kan bli svårare att förankra och implementera digitala lösningar om verksamheten saknar anställda med kombinerad kunskap om verksamheten och IT. Ett konkret exempel på detta är att några landsting har köpt in ny teknik som inte används eftersom medarbetarna inte fått tillräcklig introduktion om hur de ska använda den och hur stor nyttan är av att lära sig det nya systemet.

En annan utmaning är bristen på handledare åt ST-läkare i vissa landsting vilket kan leda till att det kan vara svårt att tillsätta utbildningsplatser för ST-läkare. Ett sätt att hantera det har varit att starta utbildningsvårdcentraler där handledaren ansvarar för ett team av ST-läkare. Genom att handleda flera ST-läkare samtidigt i grupp möjliggörs mer tid för utbildning, reflektion och lärande än vid individuell handledning. Att erbjuda detta arbetssätt har varit framgångsrikt vid rekrytering av nya ST-läkare i allmänmedicin.

Avsätta tid för utvecklingsarbete

Det är svårt att ta medarbetarna ur den dagliga verksamheten för kompetens- och verksamhetsutveckling. Under fördjupningsstudierna har det blivit tydligt att en framgångsfaktor är att ge medarbetarna möjlighet att avsätta tid för utvecklingsarbete. Det är även viktigt att visa tillit till medarbetarnas kompetens och kunskap [13-15]. Det finns framgångsrika exempel på hur vården kan involvera medarbetarnas kunskap om den dagliga verksamheten i ett förändringsarbete. Ett av dem handlar om ST-läkare som systematiskt fått ägna ett antal timmar varje vecka åt förbättringsarbete som sedan omsatts i praktiken. Exempelvis utvecklades ett mer patientcentrerat bemötande under rondarbetet med hjälp av enkla medel.

Systemsyn under utbildningen

Medarbetarna utgör tillsammans med patienter, administrativ förvaltning och politiska beslutsfattare en del av hälso- och sjukvårdens system. För att kunna samverka i systemet behövs en helhetssyn och en förståelse mellan olika professioner, men även kännedom för hur hälso- och sjukvården är

²⁷Det saknas även nationella kompetenskrav för medicinska sekreterare, vilket har framkommit som en utmaning under fördjupningsstudierna.

uppbyggd. Idag nämns bristen på kontinuitet inom hälso- och sjukvården som en orsak till en ineffektiv vård. Redan under utbildningen behöver en helhetssyn grundläggas för att medarbetarna i yrkeslivet ska se sig som en del av ett större system.

Den tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården går snabbt framåt. Det innebär att studenterna under utbildningen behöver förberedas på att arbeta mer digitalt. Ett annat sätt att tillägna sig en helhetssyn kan vara att arbeta mer teambaserat för att tidigt få en förståelse för andra yrkesgrupper och för hur alla tillsammans kan arbeta runt patienten. För en del utbildningar, bland annat sjuksköterskor, rapporteras glapp mellan utbildning och praktik [16]. Exempelvis kan den stora omsättningen på sjukvårdspersonal innebära att den mest erfarna sjuksköterskan på en avdelning, som introducerar sin nyutexaminerade kollega, själv endast har några få års erfarenhet.

För att överbrygga detta har flera landsting infört yrkesintroduktion för bland annat sjuksköterskor. Det saknas en systematik i utformningen av denna introduktion, vilket innebär att det är skillnader mellan landstingen. Det kan skapa olika förutsättningar för den enskilda sjuksköterskan. Avsaknad av en trygg start på arbetslivet kan bidra till att personer lämnar yrket.

Behålla och rekrytera personal

Socialstyrelsen har i det nationella planeringsstödet visat att nio av tio sjuksköterskor är sysselsatta inom hälso- och sjukvården fem respektive tio år efter att de har fått sin legitimation [17]. Samtidigt redogör landstingen för att det råder brist på bland annat sjuksköterskor. Det kan exempelvis vara en följd av en hög rörlighet inom hälso- och sjukvårdens system där medarbetarna kan byta arbete mellan olika enheter inom och mellan landstingen eller till bemanningsföretag. Den höga rörligheten kan leda till en bristande kontinuitet både för medarbetarna och för patienterna.

En hög arbetsbelastning inom hälso- och sjukvården kan bidra till att många väljer att gå ner i arbetstid [18], vilket kan försvåra verksamhetsplaneringen. Det finns dock även de som önskar att arbeta mer än deltid och att erbjuda heltidstjänster kan därför vara ett sätt att rekrytera och behålla medarbetare. Ett annat sätt att behålla medarbetare är att tydliggöra karriärvägar för flera yrkesgrupper genom kompetensstegar liksom att erbjuda en kontinuerlig kompetensutveckling.

Det är svårt att rekrytera vissa yrkeskategorier, och samtidigt står hälso- och sjukvården inför stora pensionsavgångar, ett ökande vårdbehov och brist på personal. Landstingen hanterar detta bland annat genom att se till behovet av kompetens snarare än enbart behovet av specifika yrkeskategorier i sin kompetensförsörjningsplanering. Detta kan dock vara svårt att genomföra i praktiken och görs idag endast i mindre utsträckning.

Slutsatser

Under det första året i Socialstyrelsens uppdrag att följa överenskommelsen om ett bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården har en kartläggning gjorts av landstingens arbete inom de tre prioriterade områdena.

De områden som lyfts fram inom ramen för professionsmiljarden är av betydelse för utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården. Statsbidraget har inneburit att såväl planerade som pågående utvecklingsarbeten har stärkts samt att de uppmärksammade områdena fått ett ökat fokus.

Landstingen har kommit olika långt i att arbeta med ett bättre resursutnyttjande i form av e-hälsoarbete, att använda medarbetarnas kompetens smartare samt planera för en långsiktig kompetensförsörjning. De arbetar utifrån olika förutsättningar men står samtidigt inför liknande utmaningar, såsom beroendet av bemanningsföretag. Olika förutsättningar gör det svårt att värdera enskilda landstings insatser och initiativ. Överenskommelsen har dock bidragit till att lyfta redan prioriterade områden och möjliggjort för landstingen att arbeta i snabbare takt.

Referenser

1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Ändamålsenliga journalsystem i primärvården - lärdomar från läkarnas perspektiv. 2016.
2. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? 2017. Hämtad från: <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>
3. World Health Organization. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. 2009.
4. Edgren, L, Barnard, K. "Complex adaptive systems for management of integrated care", Leadership in Health Services. 2012; 25(1):39-51.
5. Luke, DA, Stamatakis, KA. Systems science methods in public health: dynamics, networks, and agents. Annual review of public health. 2012; 33:357-76.
6. Peters, DH. The application of systems thinking in health: why use systems thinking? Health Research Policy and Systems. 2014; 12(1):51.
7. Plsek, PE, Greenhalgh, T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ (Clinical research ed). 2001; 323(7313):625-8.
8. Lipsitz, LA. Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. Jama. 2012; 308(3):243-4.
9. Berlin, J, Carlström, E. "Trender som utmanar traditioner. En hälso- och sjukvård i metamorfos". Scandinavian Journal of Public Administration. 2012; 16(2):3-23.
10. Holmes, BJ, Best, A, Davies, H, Hunter, D, Kelly, M, Marshall, M, et al. Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action. Evidence & Policy. 2016.
11. SOU 2016:2. Effektiv vård - Slutbetänkande av Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. 2016.
12. SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer - Betänkande av Utredningen om nationell Kvalitetsplan för äldreomsorgen 2017.
13. Hage, E, Roo, JP, van Offenbeek, MA, Boonstra, A. Implementation factors and their effect on e-Health service adoption in rural communities: a systematic literature review. BMC Health Services Research. 2013; 13(1):19.
14. Ross, J, Stevenson, F, Lau, R, Murray, E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). Implementation Science. 2016; 11(1):146.
15. Naik, AD, Lawrence, B, Kiefer, L, Ramos, K, Utech, A, Masozera, N, et al. Building a primary care/research partnership: lessons learned from a telehealth intervention for diabetes and depression. Family practice. 2015; 32(2):216-23.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. Utbilda för framtidens välfärd - statens roll för kompetensförsörjning i samarbete med kommuner, landsting och regioner. 2017.
17. Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2017 - Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. 2017.
18. Statistiska centralbyrån. Sjuksköterskor utanför yrket; 2017.

Bilaga 1. Redovisningsstruktur

Övergripande inriktning – hur understödjer regionen/landstinget utvecklingen mot ett bättre resursutnyttjande? (1–2 sidor)

På strategisk ledningsnivå, hur ser regionen/landstinget på utvecklingen mot ett bättre resursutnyttjande? Hur prioriteras, organiseras och leds arbetet?

Involvering av andra aktörer (1 sida)

Hur har olika aktörer involverats i utvecklingsarbetet? Exempel på andra aktörer inkluderar patientnära verksamheter, medarbetarföreträdare samt privata verksamheter med offentlig finansiering.

Prioriterade satsningar inom respektive utvecklingsområde (3–6 sidor)

Beskriv ert arbete inom respektive utvecklingsområde och varför det har prioriterats:

- a) IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- b) Smartare användning av medarbetarnas kompetens
- c) Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning

Konkretisera om möjligt redovisningen genom att beskriva ett antal centrala åtgärder per område. Inkludera både åtgärder som fungerat bra och mindre bra. Redovisa hur ni följer upp arbetet och vilka resultat ni kan se så här långt.

- Beskriv syfte och mål – om möjligt för respektive åtgärd.
- Redogör för uppnådda resultat så här långt.
- Redogör för centrala lärdomar så här långt – i form av framgångsfaktorer och utmaningar som kan vara av värde för andra regioner och landsting att ta del av.

För att få en bild av hur satsningen för ett bättre resursutnyttjande bidrar till utveckling är det värdefullt om ni kan beskriva hur arbetet hade sett ut utan stöd från professionsmiljarden.

Arbete och åtgärder inom området e-hälsa (1/2–1 sida)

E-hälsa är ett politiskt prioriterat område där det är värdefullt att ta del av hur regioner och landsting arbetar. Om relevant, kan ni här redogöra för arbete och åtgärder som särskilt berör utveckling inom området e-hälsa.

Lärdomar för spridning av kunskap (1–2 sidor)

Kopplat till bättre resursutnyttjande finns det ett stort intresse hos regioner och landsting att dela med sig av kunskap och att lära av varandra. Här finns möjlighet att beskriva arbete och åtgärder där ni har dragit lärdomar som ni ser kan vara värdefulla för andra regioner och landsting att ta del av.

Bilaga 2. Fördelning av medel

Fördelning av stimulansmedel om 950 000 000 kr till landstingen i enlighet med överenskommelsen för år 2016.

Landsting	Befolkning per den 30/6 2015	Andel i procent	Andel av medel i kronor
Stockholms läns landsting	2 213 528	23	214 726 301
Region Uppsala	350 731	4	34 023 139
Landstinget Sörmland	282 339	3	27 388 680
Region Östergötland	443 376	5	43 010 293
Region Jönköpings län	345 907	4	33 555 180
Region Kronoberg	190 120	2	18 442 850
Landstinget i Kalmar län	236 399	2	22 932 207
Region Gotland	57 316	1	5 560 017
Landstinget Blekinge	155 149	2	15 050 440
Region Skåne	1 294 687	13	125 592 877
Region Halland	312 599	3	30 324 092
Västra Götalandsregionen	1 639 525	17	159 044 358
Landstinget i Värmland	274 825	3	26 659 774
Region Örebro län	289 425	3	28 076 067
Region Västmanland	263 158	3	25 528 001
Landstinget Dalarna	279 868	3	27 148 977
Region Gävleborg	281 053	3	27 263 929
Landstinget Västernorrland	243 754	2	23 645 689
Region Jämtland Härjedalen	127 043	1	12 323 979
Västerbottens län landsting	262 593	3	25 473 192
Region Norrbotten	249 777	3	24 229 958
Totalt	9 793 172	100	950 000 000

Bilaga 3. Socialstyrelsens arbete

Inom Socialstyrelsen pågår flera projekt inom ramen för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården och långsiktig kompetensförsörjning. Det finns därför flera beröringspunkter mellan det aktuella regeringsuppdraget och andra uppdrag på myndigheten. Samordning och inhämtning av kunskap från dessa har gjorts i syfte att utnyttja myndighetens befintliga kompetens. Nedan följer ett urval av dessa uppdrag.

Digitalt pedagogiskt stöd

Uppdrag att utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar (S2016/04585/FS). Stödet ska rikta sig till första linjens chefer men även inkludera andra beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen planerar att lansera ett digitalt pedagogiskt stöd under oktober 2017.

Inventerings- och samordningsuppdrag

Socialstyrelsen har i februari 2017 initierat ett inventerings- och samordningsuppdrag. Syftet är att få en bättre överblick av vad Socialstyrelsen gör för att bidra till en bättre kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården samt hur myndigheten kan utveckla detta arbete. Uppdraget innefattar även att tydliggöra, både internt och externt, hur Socialstyrelsens insatser på området bidrar till en bättre kompetensförsörjning.

Nationell informationsstruktur

Socialstyrelsen ansvarar för att tillhandahålla en nationell informationsstruktur (NI), hälsorelaterade klassifikationer, enhetliga begrepp och termer samt en svensk version av det internationella kliniska begreppssystemet Snomed CT. Ansvar för utveckling och förvaltning av dessa produkter är en del av uppgifterna som rör statlig styrning med kunskap. Syftet är att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation som möjliggör effektivare informationshantering inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har undersökt landstingens användning av NI, Snomed CT, hälsorelaterade klassifikationer och termbanken. Resultatet visar att användarna har god kännedom om dessa produkter och tjänster men att det finns brister i kunskapen om hur de bör användas. Socialstyrelsen arbetar med att vidareutveckla stöd för användning, exempelvis genom att tillgängliggöra produkterna i mer interaktiva format och att tydligare kommunicera syftet med dem och med strukturerad och entydig dokumentation generellt. Socialstyrelsen förvaltar och vidareutvecklar produkterna baserat på krav och önskemål från intressenter och användare, och undersöker behovet av ytterligare stöd och styrning²⁸.

²⁸ Långsiktig utveckling av strukturerad dokumentation. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

Nationella planeringsstödet

Uppdrag om stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning (S2015/07805/FS). Socialstyrelsen tar årligen fram en statistikrapport som presenterar bedömning av tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvård och tandvård. Under 2016 har Socialstyrelsen inlett en dialog med landstingen om hur det nationella planeringsstödet kan tillföra nytta till huvudmännens planering av sin kompetensförsörjning. Ett utvecklingsarbete pågår hur man kan bredda planeringsstödet till att bland annat inkludera fler yrkesgrupper.

Nationella riktlinjer i digitalt format

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att innehållsmässigt strukturera nationella riktlinjer och tillhörande indikatorer för depression och ångest, stroke samt demens så att de kan tillgängliggöras i digitala format. Uppdraget inkluderar även en analys av utvecklingsmöjligheter för riktlinjerna och hur de bäst kan göras tillgängliga för mottagaren, exempelvis genom en ökad integrering av riktlinjer i nationella vårdprogram och en ökad användning av dem i e-hälsotjänster. Syftet med att integrera kunskapsstöd som nationella riktlinjer är att öka möjligheten för vården och omsorgens medarbetare att få rätt information vid rätt tillfälle.

Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor

Uppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården (S2016/04992/FS). Socialstyrelsen ska tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Den 15 juni anordnar Socialstyrelsen och UKÄ en startkonferens, Framtidens vårdkompetens – en nationell konferens om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården.

Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården

Uppdrag att komplettera och sprida information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården (S2016/01026/FS). Uppdraget syftar till att höja kunskapen hos vårdgivare och berörda yrkesgrupper om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. Den 9 mars lanserade Socialstyrelsen webbplatsen vemfargoravad.socialstyrelsen.se som ersatt den tidigare handboken. Webbplatsen ska stödja hälso- och sjukvårdspersonal i deras dagliga arbete och underlätta för planering och fördelning av arbetsuppgifter inom verksamheter.

Vårdprocess-ID

Uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). Det övergripande målet med detta delprojekt är att sjukvårdens informationssystem ska ge patienter och vårdgivare möjlighet att följa hela vårdförlopp över tid och mellan vårdgivare. I ett första steg ska projektet visa nyttan av att knyta ihop olika händelser under patientens väg genom vården, med hjälp av ett vårdprocess-ID.