



eHÄLSA – FÖR PATIENTENS BÄSTA

Digitaliseringens möjligheter inom
hälso- och sjukvården



Facebook: facebook.com/kristdemokraterna
Instagram: [@kristdemokraterna](https://instagram.com/kristdemokraterna), [@buschebba](https://instagram.com/buschebba)
Twitter: [@kdriks](https://twitter.com/kdriks), [@BuschEbba](https://twitter.com/BuschEbba)
Webbplats: www.kristdemokraterna.se
E-post: info@kristdemokraterna.se



Innehåll

1. Inledning.....	3
2. En ökad digitalisering av hälso- och sjukvården måste ske	4
3. Landstingens och regionernas misslyckande	6
4. Förslag för en snabbare och mer ändamålsenlig digitalisering av hälso- och sjukvården.	7
5. Slutsatser och avslutande resonemang.....	11
6. Käll- och litteraturhänvisning.....	12

1. Inledning

Vi lever i en tid som knyter allt större förhoppningar till en omvälvande digitalisering inom hälso- och sjukvården. Samtidigt finns tecken på att den hittillsvarande digitaliseringen av sjukvården inte uteslutande har bidragit till en bättre sjukvård. Fråga läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal: en mer eller mindre allmän uppfattning är att administration och registrering i IT-system tar orimligt med tid i anspråk. Den produktivitetstatistik och tidmätningar som finns stödjer dessa uppfattningar.

Det finns dock alltså starka skäl att tro att digitalisering är en lösning på många av de problem som hälso- och sjukvården står inför. Men det kräver fler beslut och bättre stöd. Utvecklingen gynnas inte av ett aningslöst anammande av allt som kan sammanfattas i ett or och nollar. Det gäller att sjukvårdens medarbetare och processer utvecklas parallellt med de nya IT-systemen. Digitalisering är ett medel - inte ett självändamål.

Digitaliseringens verkliga potential ligger i möjligheterna till effektivare arbetssätt och direktkommunikation med patienter, samt nyttjandet av stora datamängder i ledning, styrning och verksamhetsutveckling som kan realiseras när ny teknik används klokt och samordnat. Hittills har dock digitaliseringen till största delen handlat om att datorisera redan befintliga informationsmängder och processer.

Regeringen och SKL:s styrelse har beslutat anta en vision som utgår ifrån att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården. Det är ett minst sagt ambitiöst beslut och frågan är om beslutet stannar vid en vision, eller om vi kommer få se ett inhemskt hälso- och sjukvårdssystem som verkligen är bäst i världen.

I denna rapport lägger Kristdemokraterna fram förslag för att realisera potentialen när det gäller nya sätt att med hjälp av digitala lösningar ställa diagnos, arbeta preventivt och ge behandling. Digitaliseringen ska inte öka administrationen utan istället bidra till bättre vård, prevention och egenvård samtidigt som den personliga integriteten säkras.

2. En ökad digitalisering av hälso- och sjukvården måste ske

Hälso- och sjukvården har genomgått en häpnadsväckande utveckling över tid. Flera cancerdiagnoser, som för bara några decennier innebar en dödsdom, är numer ofta att betrakta som kroniska sjukdomar. Många kirurgiska behandlingar – som för inte så länge sedan krävde långa inläggningar på sjukhus – genomförs nu via ett besök över dagen. Bättre läkemedelsbehandlingar har bidragit till en väsentligt bättre livskvalitet för personer med diabetes och reumatiska sjukdomar, för att ta några exempel.

Gemensamt för många av hälso- och sjukvårdens framsteg är att de grundar sig i forskning och läkarvetenskapens ständiga ambition att förbättra vården för patienterna. Den digitalisering, som initierade bedömare menar är lösningen på hälso- och sjukvårdens många utmaningar, har inte skapat omvälvande medicinska förbättringar i jämförelse med annan utveckling. Mot denna bakgrund finns det kanske anledning att fråga sig varför det behövs en digitalisering av hälso- och sjukvården?

Ett svar till varför digitalisering är nödvändig inom hälso- och sjukvården är att vi står inför en markant befolkningsökning inom det närmaste decenniet. Under senare år har vi sett en mycket snabb befolkningsökning. I början av 2017 passerade Sveriges befolkning 10 miljoner. Nästa miljongräns, 11 miljoner, kommer enligt SCB uppnås bara 9 år senare, år 2026. Tillväxten när det gäller antalet invånare är unik, och saknar motstycke i modern tid.

Men befolkningsökningen är inte den enda demografiska förändringen. Sverige har nämligen också en kraftigt åldrande befolkning. SCB:s befolkningsstatistik visar att antalet personer över 64 år varit relativt stabilt under många år. Från slutet av 1980-talet till mitten av 00-talet har antalet personer över 64 år varit drygt 1,5 miljoner. Men under 00-talet har antalet ökat och överstiger nu 2 miljoner. Men de riktigt stora förändringarna sker inom den yngre pensionärgruppen, 65–79-åringar, som har ökar sedan 40-talisterna har kommit in i dessa åldrar. Om två år, 2020, kan personer födda år 1940 fira sin 80-årsdag och därmed inleds en ökning i den äldsta åldersgruppen. Idag finns drygt en halv miljon personer som är 80 år eller äldre i Sverige. I mitten av 2040-talet beräknas de vara över en miljon.

De demografiskt betingade kostnadsökningarna blir följaktligen omfattande. Dessutom ser vi mer eller mindre parallellt kostnadsökningar av andra skäl. Nya behandlingsformer och



medicinteknik introduceras samtidigt som patienterna efterfrågar en allt högre kvalitet och service.

Av dessa fakta kan en slutsats dras: landstingen och regionerna måste effektivisera sin verksamhet för att kunna tillgodose större behov och högre krav. Skattehöjningar kommer inte att räcka, och det finns inte någon uppenbar överkapacitet som kan tas till vara. De reserver som tidigare tagits i anspråk – neddragningar av vårdplatser och kortare vårdtider – kan fortfarande utnyttjas, men inte i den omfattning som krävs för att möta de problem som väntar inom kort.

Hälso- och sjukvården är inte vilken produktionsapparat som helst. Det är inte möjligt att applicera en industriell logik på de utmaningar som sjukvården står inför. Den centrala landstingsbyråkratin kan visserligen upphandla ett nytt IT-system. Men utan en samtidig förändring av både ledning och styrning och arbetssätt – kommer ingen förbättring att ske. Att digitalisera hälso- och sjukvården är komplicerat. Många medarbetare är involverade och det kommer krävas tid och tydliga mål med verksamheten.

Vilka områden skulle kunna utvecklas och bidra till en effektivare och mer kvalitativ hälso- och sjukvård. Vi kan se fyra huvudområden:

- System för uppföljning, diagnos, prevention och egenvård
- Integrerade journal- och patientdatasystem för minskad administration och bättre verksamhetsuppföljning
- Ökad tillgänglighet och effektivare patientflöden genom digitala kontaktvägar
- Starkare patientinvolvering som gör patienter till medskapare av sin egen vård

3. Landstingens och regionernas misslyckande

Landstingen använder i dag endast cirka fem procent av sina IT-resurser i gemensamma satsningar, trots att behoven i stort sett är identiska över landet. Det är uppenbart att huvudmännens agerande inte sker samfällt, utan i huvudsak som 21 självständiga beställare av system. Detta hindrar utveckling. Till landstingens oförmåga att agera som enhetlig beställare tillkommer också begränsade ekonomiska möjligheter för nyutveckling och innovation.

Landstingen satsar betydligt mindre än andra jämförbara branscher i Sverige på IT-utveckling och digitalisering (jämför exempelvis med banksektorn). I viss mån leder digitaliseringen trots allt till kvalitetsförbättringar, men utan effektivitetsvinster så kommer vi hamna i en situation med allt mer begränsade resurser.

Landstingens IT-strategier och chefer (den så kallade SLIT-gruppen) sätter varje år ihop en rapport. Gruppens senaste rapport (2017) pekar på framsteg, men också på betydande problem med landstingens IT-satsningar. Några exempel som framförs är följande:

- IT-kostnaden som andel av omslutningen håller i stort samma nivå ända sedan mätningarna började 2003. 2016 utgjorde IT-kostnaden 2,87 procent av omslutningen. En marginell ökning jämfört med 2015 (2,84 procent). Det finns relativt stora skillnader mellan landstingen.
- Under flera år har ambitionen varit att öka satsningarna inom IT-området. I realiteten har obetydligt mer medel, i relativa tal, lagts på IT under de senaste 10 åren.
- Det ekonomiska utrymmet för nyutveckling och innovation är mindre i landstingen jämfört med andra branscher i Sverige – även jämfört med andra delar av offentlig sektor.
- Medel till landstingens/regionernas samverkan via Inera har för 2016 varit ungefär 514 miljoner kronor, vilket utgör cirka 5,2 procent av landstingens samtliga kostnader för IT.
- Inom digitaliseringsområdet ses samma situation som inom resten av hälso- och sjukvården. Landsting/regioner har svårt att samordna sin verksamhet. Investeringar sker med en slags suboptimering, där varje litet landsting upphandlar egna system och lösningar. Gemensamma upphandlingar pågår inom nya, integrerade journalsystem, vilket kan ge en positiv påverkan under kommande år – men det räcker högst sannolikt inte.

4. Förslag för en snabbare och mer ändamålsenlig digitalisering av hälso- och sjukvården

Statlig styrning av hälso- och sjukvården är en förutsättning

Investeringarna i digitalisering inom hälso- och sjukvården måste öka kraftigt och åtminstone närma sig andra verksamhetsområden inom tjänstesektorn. Bankerna har, för att ta ett välkänt exempel, ersatt mycket av den kontorsbundna verksamheten med internetbaserade servicetjänster. Den utvecklingen hade inte varit möjlig utan stora och långsiktiga investeringar.

Slutsatsen kan inte bli någon annan än att ett suboptimerat system med 21 landsting måste ersättas med en statlig styrning, och ett huvudmannaskap, som kan allokera resurser effektivt och ställa de krav som behövs på leverantörer och resultat. Behoven av en kraftfull digitalisering är dock så pass skriande att vi inte har råd att vänta på huvudmannaskapsreformer. Arbetet måste inledas på en gång, och det krävs därför snabbare åtgärder. Vi presentera här fyra förslag på åtgärder som vi anser behöver vidtas omgående.

Förslag 1:

Staten bör kräva att landstingen inför en gemensam standard för journalsystem

Hälso- och sjukvårdssystemet lider idag av en bristande standardisering av informatiken i patient- och datasystemen samt hur systemen implementerats. Ett sätt att snabbt förbättra kommunikationsmöjligheterna inom vården och underlätta för patienterna att bli mer delaktiga i sin egen vård vore att kräva att landstingen till att börja med inför gemensam standard för journalsystem. Men, så snart som möjligt bör det även införas en gemensam standard för kvalitetsregister och biobanker och andra relevanta system. Det skulle direkt ge förutsättningar för att följa upp medicinska resultat av vården på ett bättre sätt.

Är detta ett orimligt krav att ställa på landstingen? Svaret är nej – i den tidigare omnämnda rapporten av landstingens IT-chefer och strateger påpekas att det är en felaktig bild att vården har en stor spridning av olika system och leverantörer för vårddokumentation. Inte mer än fyra system/leverantörer har 86 procent av marknaden. Den bristande så kallade interoperabiliteten går att åtgärda.

Förslag 2:

Ge patienter äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformatiöns och rätt att lagra och dela den med andra vårdgivare

Det område som kanske är mest lovande inom all digitalisering av hälso- och sjukvården är de förbättrade möjligheterna till prevention och egenvård. Utgångspunkten för den typen av resonemang är möjligheten att individualisera preventionsinsatserna och göra patienterna mer delaktiga i sin egen vård och hälsoutveckling. Det skapar i sin tur förutsättningar för en kontinuerlig uppföljning, som görs både av patienten själv och av vårdpersonal.

Det finns starka vetenskapliga bevis för att patienter som är delaktiga i sin egen vård också har en bättre upplevelse av vården samtidigt som de i slutändan får bättre behandlingsresultat. Därutöver talar mycket för att delaktiga patienter på ett effektivt, individanpassat och patientsäkert sätt kan själva utföra en del av de uppgifter som i dag utförs av sjukvården. Det brukar beskrivas som att patienter blir medskapare av sin egen vård.

För hälso- och sjukvården finns också mycket stor effektiviseringspotential i en utveckling där patienten är löpande delaktig i sin vård, inte minst för patienter med kroniska sjukdomar eller tillstånd. Många av de stora folksjukdomarna står för en betydande del av sjukdomsöörden. Dessa sjukdomar kan i hög utsträckning förebyggas. Flera företagsdrivna initiativ av insett potentialen i att patienter med kroniska sjukdomar kan följa och rapportera sin hälsa och sina medicinska värden kontinuerligt via internet, istället för vid enstaka besök i vården. En förhoppning är att dessa initiativ kan leda till en bättre folkhälsa.

Som exempel kan nämnas diabetesvården där huvudregeln i de flesta landstingen är att patienter varje år kallas till sin läkare för kontroll, provtagning och samtal. I en situation där diabetespatienter själva och löpande kan rapportera exempelvis blodsockernivå, motion, vikt och kosthållning kan vårdens resurser inriktas mot de patienter som har de verkliga behöven. För vissa diabetiker är det årliga läkarbesöket onödigt medan andra har behov av tätare kontakt.

Men riktigt intressant blir det förstås om dessa e-hälsotjänster kan kopplas ihop med den fysiska hälso- och sjukvården. Då finns det en möjlighet att på allvar decentralisera vårdtjänsterna – närmare invånarna. I detta sammanhang är det avgörande att patienter får äganderätt över sin egen journal- och sjukvårdsinformatiöns och ha rätt att lagra och dela den med andra vårdgivare.

Förslag 3:

Tillsätt en parlamentarisk utredning som tar ställning till målkonflikten mellan integritet och utnyttjande av data från vården

Så länge e-hälsofrågorna har varit aktuella i den politiska debatten, har integritetsfrågorna diskuterats parallellt. Det är inte så konstigt eftersom vården hanterar data som är något av de mest integritetskänsliga uppgifter som finns. Ett flertal utredningar har genom åren försökt att kryssa mellan å ena sidan välfärdssystemens behov av uppföljning och verksamhetsutveckling, och å andra sidan berättigade krav på personlig integritet. Dessa frågor är inte okomplicerade och uppfattningar beror oftast på vilken av de två sidorna man främst beaktar.

Hos såväl de medicinska professionerna, patientföreträdarna och e-hälsoföretagen finns en frustration över Datainspektionens tolkning av nuvarande regelverk. Intressenter från många olika grupperingar menar att nuvarande rigida lagtolkning onödigtvis hindrar utvecklingen på området. Den svenska hälso- och sjukvården är i stort behov av innovationer och mätbara resultat i mötet mellan patient och vårdpersonal. Det finns inget annat sätt att klara den kommande demografiska utmaningen nämnd tidigare i rapporten. Den här frågan är därmed inte en teknisk-juridisk utredningsfråga som enbart ska hanteras av experter, även om deras expertis också är helt nödvändig.

En parlamentarisk utredning behöver tillsättas för att skapa förankring och långsiktiga spelregler. Det som krävs är ett långsiktigt och tydligt regelverk på området som tar sig an själva målkonflikten. I grunden behöver en tydligare praxis utarbetas som kan omsättas i en tydlig och begriplig lagstiftning. Som regelverket ser ut idag råder osäkerhet som vad som får göras och inte göras när det gäller olika typer av digitaliserings- och uppföljningsmetoder och det hämmar nödvändig utveckling och innovation.

Förslag 4:

Förbättra möjligheterna för forskning, uppföljning av medicinska resultat och verksamhetsutveckling

Hälso- och sjukvårdssystemet är komplext och svårt att styra från ledningsnivåer ovanför läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal som möter patienterna. Ny lagstiftning, tillsyn och regeringsbeslut kan ibland ha goda effekter, men lika ofta leder besluten inte till några märkbara förändringar.

Vi behöver på sikt gå mot en situation där vi styr och ersätter hälso- och sjukvården efter vad verksamheten åstadkommer - inte vad den utför. Prevention ska löna sig, onödiga behandlingsinsatser ska motverkas. Överbehandling med läkemedel ska kunna förhindras, medan underbehandling ska åtgärdas. En kontinuerlig vård och omvårdnad av äldre multisjuka patienter ska underlättas.

För att hälso- och sjukvården på allvar ska kunna använda sig av och dra slutsatser från den data som hela systemet genererar (så kallad Big Data) krävs att någon myndighet ges möjligheten att utföra uppgiften. Idag måste varje sådan analys förhandsprövas utifrån väldigt tydliga beskrivningar av syfte och mål med långa väntetider som följd.

Men inom den data som finns tillgänglig "gömmar sig" insikter och resultat som skulle kunna vara till enorm nytta för i princip alla välfärdssystem (inte bara hälso- och sjukvården). Sammanförandet av sådan data är rigoröst skyddad via lagstiftning – och det bör fortsatt finnas ett omfattande skydd för integritetskänsliga uppgifter. Men mycket data är avpersonifierad eller kan avidentifieras. Här finns också nyckeln till att övergå till en framgångsrik styrning av hälso- och sjukvården som bygger på resultat - inte insatser i form av resurser, personal och vårdplatser.

5. Slutsatser och avslutande resonemang

Landsting och regioner har under lång tid försökt att samordna sig kring e-hälsofrågor. Under alliansregeringens tid togs flera viktiga initiativ för att strukturera och utveckla e-hälsoarbetet, inte minst genom strategin Nationell eHälsa som antogs 2010. Teknisk utveckling har skett och sker inom flera områden – men det går för långsamt och potentialen för större och mer omvälvande förändringar realiserar inte.

Intrycket är dessutom att regeringen inte styr med enkla målsättningar och tydliga ramar. Istället har man tillåtit en enorm tillväxt av delprojekt och samordningsuppdrag. Värdet av alla dessa initiativ är svårt att bedöma. Men en sak är klar: varje sådan åtgärd måste implementeras i vårdens praktiska vardag och arbete. Det är helt uppenbart en flaskhals inom hälso- och sjukvården som visioner och strategier gärna lämnar utan närmare kommentar.

Det är mycket angeläget att åstadkomma en starkare och mer överblickbar styrning av utvecklingen på e-hälsoområdet. Det faller på regeringen att driva en sådan förenkling och ambitionshöjning. Regeringens beslut att flytta E-hälsomyndigheten – som är en central aktör i arbetet – var illa förberett och visar vilken liten vikt regeringen lägger vid arbetet. Regionalpolitiska hänsyn fick i det här fallet spela en viktigare roll än samordningen av en avgörande fråga för hela välfärdssamhället.

Socialdepartementets och SKL:s vision och handlingsplan för att ”bli bäst i världen” på digitalisering är i många avseenden tandlös. Koordinering och samverkansorganisation inom ramen för visionen kan säkert komma att spela en viss roll. Den som försöker överblicka alla initiativ och pågående åtgärder kommer dock bli överväldigad (på ett i huvudsak negativt sätt). Det är dags att styra upp det statliga e-hälsoarbetet och ställa tydligare krav på landsting och regioner.



6.Käll- och litteraturhänvisning

SOU 2015:32, Nästa fas i e-hälsoarbetet, regeringskansliet (2015)

Vision e-hälsa 2025. Överenskommelse mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (2017)

eHälsa och IT i landstingen, rapport från SLIT-gruppen (2017)

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/tabell-och-diagram/sveriges-framtida-befolkning-20162060/befolkningsutveckling-och-prognos/>

https://www.scb.se/contentassets/fee6de8eb7dc43bd9b3f36da925b5458/be0401_2017i60_sm_be18sm1701.pdf