



SJUKDOMSINSIKT SAKNAS

Läget i svensk sjukvård - Ett välfärdssvek



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. Patienternas erfarenheter blir allt sämre.....	5
3. Landstingen klarar inte av att samordna sina resurser och mål	7
4. Statens nuvarande styrning fungerar inte heller bra.....	9
5. Regeringens politik bidrar till sjukvårdens kris	11
6. Modern sjukvård kräver professionell styrning	15
7. Vi når inte en jämlik vård utan en förändrad styrning	17
8. Staten måste ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården	19
9. Käll- och litteraturhänvisning.....	21

1. Inledning

Kriser i hälso- och sjukvården har varit ett återkommande tema i nyhetsrapportering och politisk debatt. Men bilden av sjukvården är tvetydig: å ena sidan en verksamhet med stora problem, å andra sidan levererar sjukvården fortfarande goda medicinska resultat på många områden.

Sjukvården har aldrig haft mer resurser än idag – och tillgängligheten har aldrig varit sämre. Antalet anställda läkare har ökat mycket kraftigt och läkarna är fler än någonsin tidigare – ändå är antalet besök per läkare i Sverige lägst inom hela OECD!

Svensk sjukvård åstadkommer goda medicinska resultat – samtidigt som svenska patienter i många avseenden har sämre erfarenheter av vården än patienterna i övriga länder.

Hur kan ökande resurser och mer personal leda till färre besök, missnöjdare patienter och sämre tillgänglighet? Svaret är att det är tydliga varningstecken på att sjukvården är ineffektiv i olika avseenden. Bara inom ett system med bristfällig styrning och organisation och utan en gemensam strategi kan sådana här motsägelsefulla resultat uppstå.

Vi står nu tveklöst inför än större påfrestningar och problem än 2014. Samtidigt har den socialdemokratiska regeringen lagt reformambitionerna åt sidan och i huvudsak valt att fokusera på att förhindra privata alternativ inom välfärden. Det finns anledning att granska regeringens politik för att stödja landstingen och regionerna. Den tillitsbaserade styrning, som framhålls som ledord i regeringens retorik, motsvaras inte av åtgärder i den praktiska politiken. Tvärtom ställs större krav på rapportering, inriktning och mål. Det finns starka skäl att tro att denna politik gör mer skada än nytta.

Men den här närmast sorglösa inställningen till uppenbara systemfel kan drabba hela hälso- och sjukvårdssystemet på ett mer dramatiskt sätt än vad kanske många tror. Viljan att betala för den gemensamma sjukvården riskerar att undermineras om situationen inte förbättras. Över 650 000 svenskar har redan tecknat sig för en privat sjukvårdsförsäkring. Den explosiva tillväxten av digitala läkarbesök i primärvården visar att patienterna inte nöjer sig med landstingens servicenivå och tillgänglighet. Snart tilltar de demografiskt betingade behoven med full kraft. Vi kan inte dra någon annan slutsats än att de kostnadsökningar vi ser idag kan mångfaldigas – om inte en patientcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård återupprättas.

Lösningen finns, enligt Kristdemokraternas uppfattning, alltså att hämta i en förändrad styrning och organisation av hälso- och sjukvården. Ett tjugotal självständiga landsting med ett utpräglat decentraliserat ansvar kommer inte kunna utnyttja den potential som finns när det gäller att samordna resurser och effektivisera verksamhet. Landstingens kraft och förmåga att genomdriva nödvändiga förändringar är helt enkelt otillräcklig.

Kvaliteten i hälso- och sjukvården upprätthålls av medarbetarna, som arbetar hårt för att leverera en så god vård som möjligt. Tack vare personalens insatser har Sverige fortfarande i huvudsak goda medicinska resultat. Men vårdpersonalen har en otacksam uppgift och de ges alldeles för dåliga förutsättningar i en dysfunktionell organisationsmodell. Svensk sjukvård behöver mer resurser, ett förändrat arbetssätt och en ny ansvarsstruktur. Mot bakgrund av det allvarliga läget, som vi utvecklar i denna rapport, behövs en kriscommission som klarlägger de brister som finns och ur ett helhetsperspektiv föreslår förändringar. Förtroendet måste återställas. Man ska kunna lita på att sjukvården fungerar. I den här rapporten går vi igenom en del av de argument som finns för en förändrad styrning och organisation. Rapporten är den första i en serie under våren och försommaren 2018. Ambitionen är att ge konkreta argument för varför ett statligt huvudansvar för sjukvården är absolut nödvändigt samt att stimulera ett offentligt samtal som på allvar gör upp med oviljan att se de uppenbara bristerna i dagens system. Men vi vill också visa på de möjligheter som faktiskt finns i ett land med högt utbildad och hängiven hälso- och sjukvårdspersonal, relativt god folkhälsa och en politisk tradition av att prioritera välfärdens kärnverksamheter.

2. Patienternas erfarenheter blir allt sämre

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har ansvar för att publicera den svenska delen av den internationella undersökningen ”The Commonwealth Fund’s International Health Policy Survey of Adults in 11 countries”, den så kallade IHP-studien. IHP-studien är en årlig undersökning av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården i elva olika länder ¹.

Vårdanalys kunde i 2016 års rapport konstatera att ”befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet sjunker – andelen som tycker att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra har minskat avsevärt sedan 2010” ². Vårdanalys kunde notera samma utveckling i 2015 års undersökning som riktade sig till primärvårdsläkarna.

Bara en tredjedel av de svenska patienterna tycker att sjukvårdssystemet fungerar bra. Det är en minskning med 13 procentenheter sedan 2010. När de olika ländernas befolkningar sätter betyg på den övergripande kvaliteten på sjukvården, hamnar Sverige näst sist (bland elva länder). En skillnad mellan Sverige och de andra länderna är att svenska patienter upplever en sämre tillgänglighet.

Knappt 60 procent av svenska patienter tyckte att personalen alltid eller ofta kände till viktig medicinsk information (80 procent i andra länder). Sju av tio säger att de hade velat att vårdpersonalen involverade dem mer i beslut om vård och behandling. Patienter med kroniska sjukdomar är mindre delaktiga i sin vård jämfört med i andra länder.

IHP-studien är intressant eftersom den jämför hälso- och sjukvårdssystem och sätter svenska erfarenheter av sjukvården i relation till uppfattningar hos patienter i andra länder. Vårdanalys understryker att ”undersökningen inte är en attitydundersökning utan i första hand frågar den om erfarenheter och faktiska förhållanden i mötet med vården, det vill säga om vad som skett i kontakten med vårdpersonalen”.

De inhemska undersökningar som genomförs tenderar att uppvisa allt sämre resultat. När svenskar tillfrågas inom den nationella undersökningen Vårdbarometern, är förtroendet för sjukvården i sin helhet lågt. Det är bara 59,7 procent av befolkningen som har stort eller

¹ Vårdanalys2016, PM 2016:5

² Vårdanalys, sid 5



mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting/sin region. Förtroendet för huvudmännen är ännu mycket lägre. I Förtroendebarmetern 2017 svarade bara 29 procent att de har förtroende för landstingen/regionen de bor i.

3. Landstingen klarar inte av att samordna sina resurser och mål

Trots många års kännedom om problemen har landsting och regioner varit oförmögna att agera samlad i investeringar, kravställande, utvecklingsarbete, standardisering, osv.

Den nationella samordnaren för ett effektivt resursutnyttjande om landstingens gemensamma IT-satsningar³

Hälso- och sjukvården saknar inte resurser. Vad som fattas är ett effektivt utnyttjande av resurserna. Mycket talar också för att den samlade kapaciteten inom hälso- och sjukvårdssystemet inte tas i anspråk på ett bra sätt. Det är svårt för politiskt styrda landsting – i praktiken 21 självständiga huvudmän – att utbyta information, vårda varandras patienter, och samordna gemensamma investeringar.

Landstingen använder i dag endast cirka fem procent av sina IT-resurser i gemensamma satsningar⁴. Ett grundläggande problem är huvudmännens agerande som 21 självständiga beställare av system. Till oförmågan att agera som en beställare hör också begränsade ekonomiska möjligheter för nyutveckling och innovation. Landstingen satsar betydligt mindre än andra jämförbara branscher i Sverige på IT-utveckling och digitalisering.

Ett annat exempel är nationella upphandlingar av läkemedel, som visserligen har ökat en del i omfattning. Men landsting och regioner betalar fortfarande olika mycket för samma läkemedel. Konkurrensverket har i rapporten "Olika pris för samma läkemedel" från 2016 gått igenom hur så kallade rekvisitionsläkemedel upphandlas (dvs. läkemedel som används i sjukhusvården, som patienterna får gratis utan att hämta ut på apotek).

Granskningen visar att sammantaget har landstingen upphandlat 2538 olika varuartiklar (dvs en läkemedelsförpackning som försäljs av en distributör och har ett unikt varunummer). Konkurrensverket noterar förvånat att "det bara är omkring 6 procent av de upphandlade varuartiklarna som förekommer på tio eller fler landsting. Endast en procent av de upphandlade varuartiklarna förekommer i alla landsting. Priserna varierar med 6 och 9 procent men på enstaka varuartiklar är prisspridningen avsevärt större⁵." Det finns således en uppenbar potential för lägre priser – om landstingen kunde samordna sig bättre.

³ SOU 2016,

⁴ SLIT-rapporten, s. 4

⁵ Konkurrensverket 2016 s. 3

Upphandlingar kan vara komplicerat att genomföra om det handlar om flera, eller rent av alla landsting. Det är många åsikter och uppfattningar som ska samordnas i en sådan process. Mer anmärkningsvärt är då att landstingen inte lyckas använda den tillgängliga behandlings- och operationskapacitet som finns. För den som studerar den nationella väntetidsdatabasen (www.vantetider.se) är det tydligt att det finns sjukhus som har mer ledig kapacitet än andra. Men det har gjorts få försök att samordna den här kapaciteten. Den lagstadgade vårdgarantin och den nya patientlagen (2015) har visserligen inneburit större möjligheter för patienterna att kräva sin rätt. Men landstingen levererar inte det stöd och den information som patienterna behöver för att kunna ta sig till en vårdgivare som har kortare väntetider⁶.

Tabell 4: Väntetider på ett antal sjukhus i Sverige (ortopedi) 2018

Landsting eller region	Sjukhus	Rapporterad väntetid
Västra Götalandsregionen	NU-sjukvården (NÄL och Uddevalla)	Längre än 13 veckor
Västra Götalandsregionen	Capio Lundby Närsjukhus	4 veckor
Landstinget i Kalmar län	Oskarshamns sjukhus	4 veckor
Region Jämtland Härjedalen	Östersunds sjukhus	Längre än 13 veckor
Region Östergötland	Lasarettet i Motala	5 - 8 veckor
Region Uppsala	Akademiska sjukhuset	Längre än 13 veckor
Landstinget i Kalmar län	Västerviks sjukhus	5 veckor
Region Örebro län	Universitetssjukhuset i Örebro	9 - 13 veckor
Region Uppsala	Lasarettet i Enköping	9 - 13 veckor
Region Västmanland	Västmanlands sjukhus	Högst 4 veckor
Västerbottens läns landsting	Skellefteå lasarett	Längre än 13 veckor
Landstinget Blekinge	Blekingesjukhuset,	6 veckor
Region Västmanland	Västmanlands sjukhus	Högst 4 veckor
Landstinget Dalarna	Falu lasarett	Längre än 13 veckor

Källa: www.vantetider.se

En mer sammanhållen nationellt styrd hälso- och sjukvårdsorganisation skulle ha betydligt lättare att införa gemensamma IT-system, samordna ledig operationskapacitet och upphandla läkemedel och medicin-teknisk utrustning.

⁶ Vårdanalys 2015 s.11

4. Statens nuvarande styrning fungerar inte heller bra

”Efter mer än tio års öppna jämförelser av vårdens resultat i Sverige är den generella bilden att önskade variationer inte minskat i den omfattning som krävs mot bakgrund av de lagstadgade målsättningarna om god vård på lika villkor över hela landet”.

Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården⁷.

Ojämligheten tilltar inom svensk sjukvård. En patient i ett landsting kan räkna med en viss tillgänglighet och vissa behandlingsresultat, medan en annan patient får utstå helt andra, sämre väntetider och/eller behandlingsresultat. Svensk sjukvård är jämfört med andra länders sjukvård mycket ojämlig i utfall (men jämlik i andra avseenden, framförallt är den fortfarande tillgänglig oavsett inkomst och betalningsförmåga).

Huvudproblemet är att en landstingsledning inte har något som helst ansvar för patienter i andra landsting. Mycket begränsad uppmärksamhet riktas åt andra landstings patienter – och systemet utjämnar därmed inte skillnader särskilt effektivt. Ett argument för det decentraliserade ansvaret för sjukvården är annars att det finns landsting som visst klarar av att leverera en god sjukvård. Och visst finns det landsting som håller en högre nivå, både i fråga om kvalitet och tillgänglighet. Men denna goda kvalitet kommer inte några patienter i andra landsting till godo. Någon utjämning mellan landstingen ses heller inte till, vi ser snarare ökande skillnader. Därmed återstår att staten tar sitt övergripande systemansvar – men regeringar och myndigheter har i praktiken mycket begränsade möjligheter att ta ett övergripande systemansvar.

En regering kan visserligen föreslå lagstiftning och ta fram föreskrifter. Men det är långa beslutsprocesser och relativt trubbiga instrument. I teorin är lagstiftning tvingande, i praktiken är det mer upp till huvudmännen att efterkomma lagkraven (t.ex. vårdgarantin). Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är en skyldighetslagstiftning och innebär inte att invånarna har något utkrävbar rättighet till sjukvårdens insatser.

Myndigheter kan själva eller på uppdrag av en regering ta fram nationella riktlinjer, allmänna råd, metodstöd. Den här typen av styrning har viss normerande effekt men bara om

⁷ SOU 2017:48 s. 18

berörda professioner delar inriktningen. Myndigheternas försök att styra huvudmännen har heller inte lyckats, konstaterade den statliga utredningen Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48). Enligt en kartläggning genomförd av Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, uppgår antalet styrande myndighetsdokument till ”flera tusen”. Utredningens slutsats är att antalet aktörer som ägnar sig åt kunskapsstyrning måste minska, att huvudmännen måste samarbeta mer och att genomförandet ske på bred front.

Regeringar kan besluta om riktade statsbidrag och träffa överenskommelser med landstingen. Det finns flera nackdelar med tillvägagångssättet – det blir en ryckig styrning och det tar tid och administrativ kraft från landstingens egen utveckling.

Den statliga tillsynen kan i vissa fall få bra effekt, men det sker genom enskilda fall och tillsynsbeslut, effekterna är inte alltid uppenbara på systemnivå. Slutligen finns en uppsjö av regeringsinitiativ med nationella samordnare, handlingsplaner, strategier, samlingar, öppna jämförelser. Dessa åtgärder har en högst tveksam effekt på litet längre sikt och kan i normalfallet inte ersätta effektiv styrning, som kräver långsiktighet och deltagande.

5. Regeringens politik bidrar till sjukvårdens kris

Den 8 februari 2016 skrev civilminister Ardalan Shekarabi, finansminister Magdalena Andersson och finansmarknadsminister Per Bolund, en gemensam debattartikel, om hur detaljstyrningen i välfärdssystemen bör minska. Statsråden menade bland annat att statens bidrag till kommunerna leder till en ”alltför långtgående detaljstyrning av kommunernas arbete”.

Senare samma år tillsattes tillitsdelegationen (2016:51) vars uppdrag är att verka för att samarbete mellan statliga myndigheter och kommuner och landsting byggs i syfte att åstadkomma en effektivare, mer tillitsbaserad och mindre administrativt belastande styrning avseende välfärdstjänsterna.

Med den här samlade avsiktsförklaringen borde man kunnat förvänta sig färre riktade bidrag till förmån för mer generella satsningar, mindre detaljstyrning, mer långsiktighet och utrymme för lokala anpassningar (och därmed ett utjämnande av ojämlikheten i utfallet av hälso- och sjukvårdens insatser). Frågan är varför regeringens styrning av sjukvården har gått i direkt motsatt håll?

Från 2017 till 2018 (inför valåret) fördubblas de riktade bidragen till landstingen. Närmare tio miljarder kronor ska användas i landstingens och regionernas verksamheter, på i förhand givna områden, och med tydligt utpekade ändamål. 2018 är det sista året för flera av satsningarna och även 2019 avslutas flera satsningar. Omfattningen av medel är därmed oklar inför kommande år. De riktade satsningarna till landsting och regioner är:

Riktad statlig satsning 2018	Omfattning (mnkr)	Pågår till och med
Kortare väntetider i cancervården	448	2018
Bättre förutsättningar för vårdens medarbetare	1975	2021
Professionsmiljarden	951	2018
Försäkringsmedicinska utredningar	250	2018
Barnhälsovård	156	2020
Förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa	1800	2019, delvis 2021
Psyisk hälsa	1364	2019
En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess	1230	2018
Patientmiljard	980	2021
Stärka jämställdhetsarbetet på regional nivå	20	2018
Nationella kvalitetsregister	177	2018
Totalt:	9781	

Not: Summorna är något osäkra, då samtliga överenskommelser inte är beslutade fullt ut än. Det kan även tilläggas av delar av medlen avsätts till SKL (dock i en i sammanhanget begränsad omfattning).

Det är definitivt rimligt med ett begränsat antal riktade satsningar, men utvecklingen under senare år är ett stort problem för landstingen, ur flera perspektiv:

Statsbidragen blir en bricka i regeringens förhandlingar med Vänsterpartiet. Det är uppenbart att fördelningen av medel inte styrs av en övergripande behovsbedömning, utan av utfallet av diskussionerna mellan regeringspartierna och Vänsterpartiet. De statliga statsbidragen har använts som smörjmedel i relationen mellan regeringen och vänsterpartiet, istället för långsiktiga bidrag till angelägna problem.

Ett exempel är den statliga satsningen på förlossningsvård som under 2017 utökades i och med vårpropositionen med 500 miljoner kronor. Inför 2018 ökar omfattningen av medel

ytterligare. Kristdemokraterna motsätter sig inte alls en satsning på förlossningsvården. Verksamheten har stora problem inom flera landsting, kanske i synnerhet i storstäderna där förlossningsvården inte byggts ut i tillräckligt snabb takt för att möta en befolkningsökning. Men det ser trots allt olika ut i olika landsting, och med sådana kortsiktiga planeringsförutsättningar är risken uppenbar att mer grundläggande problem med ojämlig tillgång inte kan rättas till. Mer generella och långsiktiga satsningar hade sannolikt varit ett bättre sätt att fånga upp fler problem.

Landsting och regioner ges helt orimliga planeringsförutsättningar. Varje specifik satsning föregås av en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Många överenskommelser har dröjt (normalt beslutas dessa i december). Fördröjningarna har förmodligen att göra med orimliga krav från Västerpartiet – som regeringen efterkommer – när det gäller hur medlen ska användas. Flera överenskommelser blev färdiga i januari och till och med februari i år. Därefter ska landstingen förbereda egna beslut om hur medlen ska användas. Dessa beslut måste i många fall beredas internt och ibland processas via ansvariga nämnder. Den sammanlagda fördröjningen – innan medlen överhuvudtaget kan nå verksamheterna – blir betydande.

Arbetet tar tid och kraft från det ordinarie utvecklingsarbetet. Den politiska beslutsprocessen på statlig nivå och landstingledningsnivå tar betydande tid i anspråk i landstingen. Den kanske mest tidsödande delen av arbetet måste utföras av hälso- och sjukvårdens medarbetare, på verksamhets- och klinikinivå. Det är i huvudsak där – inte på administrativa ledningsnivåer – som projekten kan drivas och där resursbehoven kan bedömas och värderas. Men verksamheterna har i regel egna utvecklingsprojekt som måste löpa parallellt, det finns också normalt begränsat med resurser när det gäller verksamhetsutveckling. Det innebär att vårdens medarbetare måste ta tid från det ordinarie arbetet för att sköta inte sällan administrativt betungande uppgifter som är kopplade till regeringens överenskommelser.

Administration- och kontrollapparaten växer till. Av Sveriges 21 landsting och regioner är det stora flertalet relativt små. Om vi exkluderar Stockholm, Västra Götaland och Skåne har landstingen i genomsnitt cirka 260 000 invånare. Regeringen väljer trots sin uttalade ambition om mer tillitsbaserad styrning att ständigt öka sina försök att detaljstyra verksamheten. Det sker genom ökande krav på återrapportering, framtagande av olika handlingsplaner, krav på samarbete med andra huvudmän, krångliga processer för rekvisering av medel och detaljerade krav på arbetssätt. Administrationskraven tar fokus från

andra, mer angelägna uppgifter som redan hårt belastade landstingsledningarna har att hantera.

Mot den bakgrunden drar vi följande slutsatser:

Regeringen har tvärt emot vad man sagt, skärmat sig från en verkligt tillitsbaserad styrning med hjälp av de riktade statsbidragen. Intrycket är att tre statsråd på finansdepartementet, inte har en aning om vad ett annat statsråd på socialdepartementet ägnar sig åt. Men regeringens beslutsfattande är kollektivt och Annika Strandhäll (och hennes företrädare Gabriel Wikström) har bedrivit och en politik som innebär mindre tillit, mer administration och ökade kontroller.

De ökade kraven på redovisning och administration leder till merarbete för vårdpersonalen. De bristande planeringsförutsättningarna skapar incitament för kortsiktiga (och därmed riskfria) åtgärder i verksamheterna. Det är allvarligt eftersom det som hälso- och sjukvården behöver allra mest är långsiktiga utvecklingsprojekt som utjämnar ojämlikheter, ökar patientcentreringen och produktiviteten.

Ingen regering under de senaste mandatperioderna är helt utan skuld när det gäller hanteringen av riktade bidrag. Den nuvarande regeringen har dock tagit omfattningen och administrationskraven till en helt ny nivå. I praktiken erkänner regeringen indirekt att hälso- och sjukvårdssystemet har stora brister, men man väljer att inte fullt ut axla ansvaret att åstadkomma en långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Istället genomdriver regeringen ett kontraproduktivt duttande med statliga skattemedel och landstingens resurser.

6.Modern sjukvård kräver professionell styrning

Landstingen instiftades 1862 – ungefär vid den tid då åderlåtning började fasas ut som gängse behandlingsmetod, 20 år före den första svenska sjuksköterskeutbildningen och 30 år före upptäckten av röntgen. Idag konkurrerar sjukvården om experter som är eftertraktade i hela världen.

Graden av specialisering ökar alltjämt inom läkarkåren och sjukvården blir alltmer högteknologisk. Den medicinska databasen Pubmed innehåller i dag över 26 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur och varje minut tillkommer två nya medicinska artiklar. Inom vissa områden har halveringstiden på relevant klinisk information uppskattats till fem år ⁸. Det finns, mot denna bakgrund, knappast några skäl att tro att 21 huvudmän ska kunna bedriva framtidens vård på ett framgångsrikt och jämlikt sätt.

”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” – så lyder inledningen på portalparagrafen i den hälso- och sjukvårdslag som ytterst styr vårdens verksamheter. Befolkningen förväntar sig också att systemet strävar efter en jämlik vård för alla invånare i landet. Men vem är ytterst ansvarig för att vården är jämlik inom landet? Svaret är att det är landstingen – åtminstone i teorin. Statens ansvar avser övergripande lagstiftning och åtgärder via statliga myndigheter. Staten har ett mycket begränsat inflytande över den sjukvård som utförs på kliniker, avdelningar och mottagningar, ute i landstingen. Men landstingens ansvar och intresse sträcker sig inte längre än till den egna landstingsgränsen. De lokala politikerna svarar naturligtvis inte för den vård som ges inom andra landsting. I realiteten bär alltså ingen ansvaret för att vården faktiskt blir jämlik och ingen kan heller ställas till svars när utfallet blir ojämnt. Detta enkla faktum förklarar till stor del varför den svenska sjukvården uppvisar sådan stora skillnader mellan landstingen.

De öppna jämförelser och de kvalitetsregister som finns visar att svensk hälso- och sjukvård fortfarande presterar en hel del goda resultat men ojämlikheter kvarstår alltjämt mellan enskilda yrkesutövare, olika vårdgivare och olika huvudmän. Ibland kan skillnaderna i utfall vara stora inom ett och samma landsting. (SOU 2017:48 Sid 58). Argumenten för ett

⁸ SOU 2017:48, s. 57



decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem blir allt svagare. Svensk sjukvård har goda medicinska resultat trots – inte tack vare – indelningen i landsting och regioner.

Hälso- och sjukvård är en mycket komplex och snabbt föränderlig verksamhet med samverkan och beroenden mellan professioner, vårdnivåer och huvudmän. Det är uppenbart att en sådan verksamhet måste ha en exceptionell styrning och professionell organisation. Det är också tydligt att ryckighet och brist på långsiktig planering delvis karakteriserar dagens sjukvård. Många små landsting – med några hundratusen invånare – är för små för att uppbåda den exceptionella styrning som behövs.

Många landstingspolitiker har en mycket svår – för att inte säga omöjlig uppgift – när det kommer till att förbättra sjukvården. De är satta under en stark ekonomisk press, utan fullgoda möjligheter att följa upp och analysera sin verksamhet på djupet.

Den regionala debatten riskerar att bli mycket kortsiktig och drar kraft från ett långsiktigt, produktivt utvecklingsarbete. Det krävs ett långsiktigt och målmedvetet arbete för att bryta sjukvårdens höga kostnadsökningstakt. Istället har samtliga landsting – förutom Stockholm – har höjt skatten under 2012–2016. De närmaste 10–15 åren ställs landstingen för ett starkt kostnadstryck som helt enkelt kommer att kräva nya lösningar. Fler skattehöjningar löser inte problemen.

7. Vi når inte en jämlik vård utan en förändrad styrning

Demografin har blivit något av ett rop på vargen i debatten. Det har under lång tid varnats för konsekvenserna av demografin och de samhällsförändringar som följer i dess spår. Möjligen har problemet förenklats alltför mycket. En rak framskrivning enligt Statistiska centralbyråns prognoser säger egentligen inte allt om hur det kommer att bli. Annat spelar också roll, som ny teknologi och marknadslösningar och hur vi väljer att leva våra liv.

Men nu närmar sig faktiskt den situation som utredningar och kommittéer varnat för: Sverige har en av världens äldsta befolkningar. Svensken har längst återstående livslängd efter 65 år inom hela EU. Nu finns drygt en halv miljon personer som är 80 år eller äldre enligt SCB:s statistik. Under de kommande tio åren förväntas folkmängden öka med över en miljon personer. Om bara tio år förväntas kostnaderna, bara för äldres vård och omsorg ha ökat med 60 miljarder kronor. Fram till år 2025 uppgår rekryteringsbehovet inom vården i Sverige till 160 000 personer.

- Låt oss inför denna kommande påfrestning sammanfatta argument och fakta för en annan styrning av hälso- och sjukvården:
- Landsting förbättrar inte produktivitet och effektivitet i närheten av den takt som krävs
- Samordningsvinsterna av 21 självständiga landsting är mycket små, för att inte säga obefintliga
- Dagens organisation hindrar ett effektivt nyttjande av de totala resurserna
- Det finns stora skillnader i kvalitet och jämlik vård
- Landstingen är inte bra arbetsgivare
- Automatisering och digitalisering går alldeles för långsamt
- Befolkningens förtroende är på låga nivåer jämfört med andra liknande länder
- Tillgängligheten är helt oacceptabel

Samtidigt finns förstås flera omständigheter som talar för att vårdens potential kan klara av demografiska påfrestningar. De goda medicinska resultaten visar att det finns kompetens och förmåga i vårdens vardag. Svenska patienter har en mycket hög överlevnad efter exempelvis hjärtinfarkt, stroke, och bröstcancer i ett internationellt perspektiv.

Vi har relativt god folkhälsa (oberoende av hälso- och sjukvårdens prestationer) när det gäller rökning, fetma och alkoholkonsumtion. Vi har också i vissa avseenden goda uppföljningssystem (kvalitetsregister och öppna jämförelser). Men utan en annan styrning kommer det inte, enligt vår bedömning, gå att komma i närheten av den utveckling som krävs.

Till saken hör också att många landsting har uppenbara problem med att få ekonomin i balans, trots goda tider och höga skatteintäkter. Det är i sig en signal om att ledning och styrning inte håller den nivå som krävs. En tredjedel av landstingen har redovisat underskott minst tre av de senaste fem åren. SKL rapporterar i sin senaste ekonomirapport att endast Stockholms läns landsting har redovisat överskott varje år under de senaste fem åren. Som tumregel för god ekonomisk hushållning i kommunsektorn används ofta att resultatet ska motsvara 2 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag.

Endast tre landsting har haft ett genomsnittligt resultat som når upp till tumregeln under de senaste fem åren. Totalt motsvarar resultaten i landstingen bara 0,9 procent av skatter och bidrag och sju landsting har ett genomsnittligt negativt resultat. Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökade med 4,5 procent 2016 i löpande priser, vilket måste anses som en alldeles för hög takt. Det är en lägre ökningstakt än 2014 och 2015 men högre än genomsnittet för de senaste fem åren⁹.

⁹ SKL:s ekonomirapport okt 2017, s. 37 f.

8. Staten måste ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har över tid kommit att bli en mycket stor och komplex del av samhällsorganisationen. Det är naturligt att det inte finns ett helt entydigt sätt att besvara frågan om hur en sådan verksamhet ska organiseras och styras.

Staten gör i allt högre grad försök att styra landstingen, såväl genom myndigheternas kunskapsstyrning, överenskommelser med huvudmännen samt riktade och generella ekonomiska bidrag. Totalt uppgår statens ekonomiska bidrag till landstingen till omkring 70 miljarder årligen.

Som tidigare konstaterats är denna indirekta styrning ineffektiv. En möjlig lösning skulle vara att staten backade tillbaka och lät landstingen hantera sjukvården på egen hand.

Landstingen skulle dock inte ha förutsättningar att leverera en god vård på lika villkor utan statens stöd. Slutsatsen bör därför bli att mellanledet, de självstyrande landstingen, bör fräntas ansvaret för hälso- och sjukvården.

Det finns ett naturligt motstånd när det gäller omorganisationer. Sådana beslut får konsekvenser och tar tid och kraft att genomföra. Men argumenten i den här rapporten är ett försök att sammanfatta vår ståndpunkt, och de fakta som talar för en förändring.

Kristdemokraternas uppfattning är att allt talar för att en huvudmannaskapsreform av hälso- och sjukvården behöver genomföras.

Den bakomliggande problemformuleringen bör de flesta landsting hålla med om; Svårigheterna att få ut tillräckligt mycket sjukvård inom de ekonomiska ramar som finns. De senaste tre decennierna har vi sett en mängd nya styr- och organisationsmodeller. Målstyrning, beställar- utförarmodeller, prestationsfinansiering och andra typer av effektiviseringsmodeller (exempelvis balanserade styrkort) har prövats, förkastats och omprövats igen. Inget av dessa försök har egentligen lyckats vrida utvecklingen åt rätt håll långsiktigt.

Visst har landstingen – utifrån sina begränsade möjligheter – ställt om sjukvårdens utbud och arbetssätt. Åtminstone sedan 1990-talet början har landstingen kraftigt dragit ner på vårdplatser, vilket till del varit motiverat, åtminstone inledningsvis. Sjukhusvården har också minskat vårdtiderna markant, vilket i princip är bra så länge utskrivning och eftervård sker på ett sammanhållet och kontinuerligt sätt. Vidare har akutsjukhusvården genomgått en

välbehövlig nivåstrukturerings. Den här typen av strukturåtgärder kan säkert pågå i en mindre omfattning, även framöver. Men åtgärderna får ändå anses vara uttömda reserver och den framtida potentialen är sannolikt mycket begränsad.

Ingen regering har klarat av att genomdriva en huvudmannaskapsreform. De senaste två försöken, Ansvarskommittén och den nuvarande regeringens regionreform stupade snöpligt, långt innan målsnöret. Det kan därmed vara värt att resonera något om varför flera försök att ändra organisationen i grunden, har misslyckats.

Det är, för det första, många intressen som har skäl att motarbeta en reform. Nya statliga krav utlöser den så kallade finansieringsprincipen. Ansvariga regeringar vill normalt inte ta på sig ett större kostnadsansvar, än vad man redan har. Det är bekvämt när de allra hårdaste prioriteringarna trycks ut i landstingen, istället för att hamna i regeringskansliet. För det andra har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppgift att försvara huvudmännens prestationer – och SKL är en mycket kompetent intresseorganisation när det gäller påverkan och opinion. Till dessa två faktorer kommer även lokala opinioner och politiker som försvarar sin regionala sjukvård. Det kan också noteras att ingen myndighet egentligen har mandat att ifrågasätta den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården.

Det är till syvende och sist en politisk uppgift att initiera och genomdriva stora förändringar av en så viktig verksamhet som hälso- och sjukvården. Det svenska politiska systemet har en tradition av att samla sig i kristider. I den här frågan – hälso- och sjukvårdens organisation – gäller det att samla sig innan krisen blir ohanterbar. Vår förhoppning är att nästa mandatperiod kan innebära en nystart i arbetet med att skapa en effektivare och mer patientcentrerad hälso- och sjukvård via att ökat statligt huvudmannaskap.

9.Käll- och litteraturhänvisning

Arbetsmiljöverket. Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården. Rapport 2012:2.

Den sjuka vården 2.0 – från nollvision till patientrevolution. Samhällsförlaget, 2014.

Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2016.

Konkurrensverket. Olika pris för samma läkemedel – en kartläggning av landstingens priser vid upphandlingar av rekvisitionsläkemedel. Rapport 2016:5.

Kommittédirektiv. Tillit i styrningen. Dir. 2016:51

Landstingens IT-strategier/ IT-chefer (SLIT-gruppen). eHälsa och IT i landstingen maj 2017.

Inventering sammanställd av Lars Jerlvall och Thomas Pehrsson. 2017.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Varierande väntan på vård - Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Rapport 2015:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5.

OECD (2017) Health at a glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.

Statens offentliga utredningar. Effektiv vård. Slutbetänkande av samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. SOU 2016:2.

Statens offentliga utredningar. Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. SOU 2017:48.

Sveriges Kommuner och Landsting. Ekonomirapporten, oktober 2017 - om kommunernas och landstingens ekonomi. 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting – Landstingsanställd personal 2015.

Statistikkällor:

Statistiska centralbyrån. Statistikdatabas.

Socialstyrelsen. Statistikdatabas.

www.vardenisiffror.se

www.vantetider.se