

Vem styr hälso- och sjukvården?

Juli 2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	5
Det nya sjukvårdsverige	6
Förändringskraft	8
Bättre vård för dem med stora behov	10
Digitalisering och vård på patienternas villkor	12
Förändringskonkurrens	13
Förändringsstrategier	15
Summerande reflektioner	18

Sammanfattning

Detta är en rapport om styrning av hälso- och sjukvård. Det nya sjukvårdssverige verkar överens om att det krävs stora förändringar. Svensk hälso- och sjukvård ska ställas om till nära vård med hjälp av digitalisering och mer delaktighet och inflytande till patienter och medborgare. Frågan är vad som krävs för att lyckas med en sådan förändring.

Efter en genomgång av de viktigaste styrdokumenterna, regionplaner och budgetar från alla regioner landar vi i tre slutsatser. Tre dimensioner där styrningen måste stärkas om målen ska nås:

- **Förändringstrycket måste höjas.** Det behövs tydligare prioriteringar och mer klarspråk om den förändring som eftersträvas.
- **Besparingar behöver tas hem och ekonomin komma med.** Förändringen kommer att behövas i ett ekonomiskt pressat läge. Samtidigt är den nödvändig för att skapa en effektiv vård som kan möta ökade behov. Det behövs tydliga strategier för hur satsningar på vissa områden ska kunna finansieras av besparingar på andra.
- **Bygg förändringen på verksamheternas idéer.** Det kommer att krävas en ny form av styrning och ledning för att pressade organisationer ska klara att förändras. Gapet mellan framtidsplaner och den redan tuffa vardagen måste slutas. De högsta ledningarna behöver skapa de förutsättningar som krävs för att släppa fram en verksamhetsdriven förändring.

Samtalet kring hälso- och sjukvården är ofta fokuserat på vad som ska åstadkommas. Men stora reformplaner har grusats förr. Denna rapport handlar mer om att styra mot förändring än förändringen i sig.

Inledning

I Almedalen 2018 presenterade Forum för Health Policy rapporten **En hälso- och sjukvårdspolitik för verklig förändring**¹. Temat i rapporten var spänningen mellan en effektiv sjukvårdspolitik och en effektiv sjukvård. Budskapet var att verklig förändring i sjukvården kräver att politikerna investerar politiskt kapital i det som verkligen behöver förändras.

Efter en valrörelse som, när det gällde sjukvårdsfrågor, i stor utsträckning präglades av vårdköer och liknande valårsperenner har vi nu nya styren i de svenska regionerna. På många håll är det nya majoriteter och dessa ska nu lägga fast kursen för de kommande fyra åren.

I årets Almedalsrapport har vi granskat hur den kursen ser ut. Granskningen bygger primärt på en genomgång av budgetar och regionplaner för samtliga regioner. Var läggs pengarna och hur beskriver man den förändring man vill åstadkomma? Och svarar förslagen upp till sjukvårdens stora utmaningar där vi vet att pengarna inte kommer räcka till?

Granskningen bygger på de tre förändringsområden som vi diskuterade i den föregående rapporten;

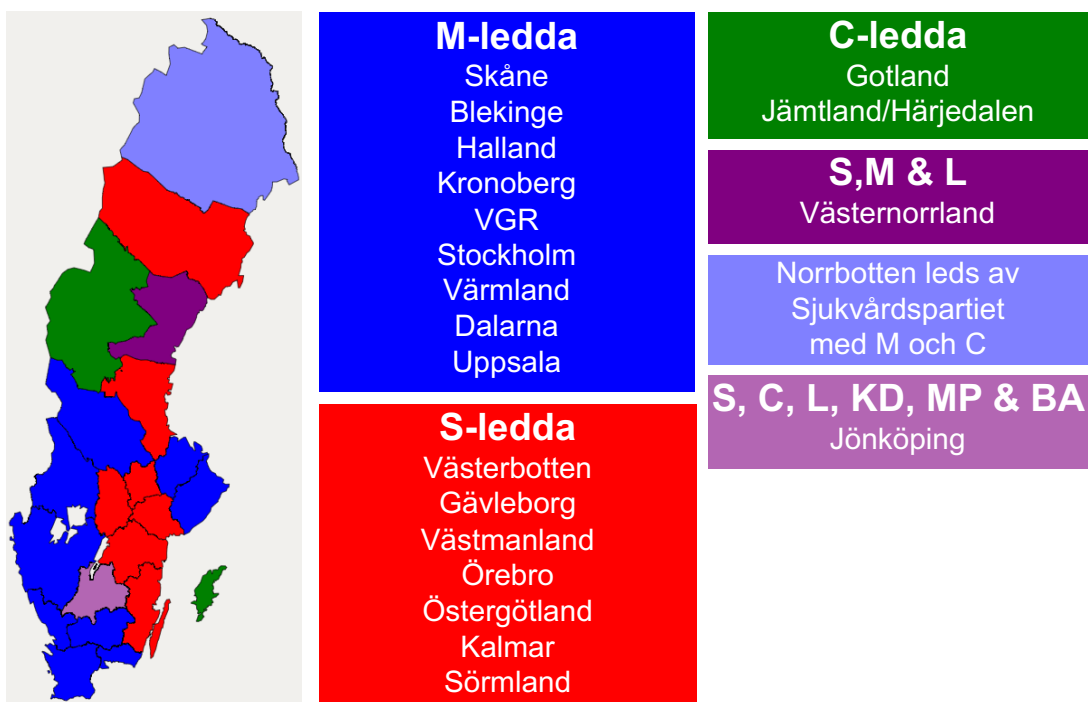
- bättre vård för dem med stora behov
- en vård som möter patienten på dennes villkor och
- starkare ledarskap för att främja ny teknik

De tre förändringsområdena är tänkta att spegla de utmaningar som politiken talar om på konferenser och i möten med experter men som syns mindre på valaffischer och i politiska debatter. Frågan för årets rapport är **hur kommer dessa förändringsområden till uttryck i de nya regionstyrenas viktigaste styrdokument. Mer konkret studerar vi vilka förändringssignaler politiken skickar.**

¹ <http://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2018/07/Vardrapport-Almedalen-2018.pdf>

Det nya sjukvårdssverige

Valet 2018 ledde till en våg av maktskiften i de svenska regionerna, huvudsakligen från rött till blått. Det är samtidigt ett sjukvårdssverige med påtagligt många blocköverskridande samarbeten. Valet verkar bära ett budskap om ett missnöje med hur vården fungerar i dag. Eller i varje fall med bilden av vården. Det var också ett val med framgång för flera regionala sjukvårdspartier.

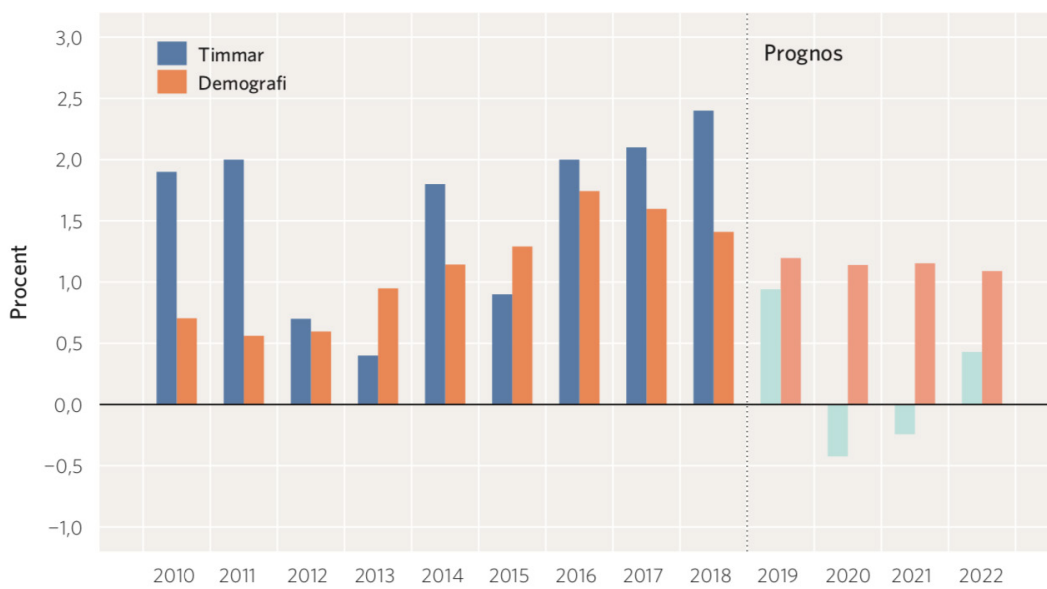


Det finns gemensamma nämnare för i stort sett alla regioners styrning. Det är också tydligt att de senaste årens nationella förändringsinitiativ har fått ett starkt genomslag ute i regionerna. En förflyttning mot nära vård och behovet av en ökad digitalisering går igen i nästan hela landet även om det finns undantag. Det är svårare att se några partipolitiska mönster. Skrivningar om att värna befintliga akutsjukhus är vanligare där det finns ett sjukvårdsparti i majoriteten som i Jönköping. I Stockholm lyfts vikten av mångfald och i ett antal ”röda” regioner ges jämlik vård och folkhälsa ett relativt stort utrymme. Det dominerande intrycket är dock att de nationella trenderna slår igenom oavsett politisk färg på styret.

Även när det gäller utmaningar och hinder finns det stora likheter mellan regionerna. Efter en relativt gynnsam period när det gäller inkomster och kostnader flaggar nu i princip alla för betydligt större ekonomiska utmaningar under den kommande mandatperioden. Skattebasen beräknas utvecklas betydligt svagare i relation till kostnaderna.

Diagrammet nedan är hämtat från SKL:s ekonomirapport 2019. Den viktigaste faktorn för tillväxten av skatteintäkterna är ökningen av antalet arbetade timmar. Diagrammet visar en kraftig ökning under en lång rad år, snabbare än behovsökningen till följd av befolkningsförändringar. Kommande år väntas dock antalet arbetade timmar utvecklas betydligt svagare än trycket från demografin.

Utveckling av antalet arbetade timmar och det demografiska trycket



Källa: Statistisk Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting

Ett antal regioner har dessutom redan i dagsläget en mycket svag ekonomi. I stort sett alla regioner lyfter också frågan om kompetensförsörjning som en av de stora utmaningarna under den kommande perioden. De statliga satsningarna i form av överenskommelser med SKL kan i viss mån bidra till att lätta det ekonomiska trycket men pengar i sig skapar inga strukturförändringar.

Det politiska landskapet har skakats om av ett tydligt missnöje hos medborgarna. Det kommer att vara en stor utmaning att möta det missnöjet samtidigt som man försöker driva igenom förändringar som hittills har förankrats dåligt hos väljarna. I synnerhet inom krympande ekonomiska ramar.

Förändringskraft

Det krävs politisk kraft för radikal förändring. Sjukvårdspolitikerna måste investera mer av sitt politiska kapital i den förändring de säger sig vilja åstadkomma. Det var huvudbudskapet i fjolårets rapport. I det ljuset är det intressant att studera hur förändringsviljan kommer till uttryck i budgetar och regionplaner.

Det saknas inte förändringsidéer och riktningen är tydlig. En mer nära vård ska åstadkommas och ansvar ska flyttas från sjukhus till den öppna vården. Huvudintrycket är dock att ambitionerna är måttliga och tonläget lågt. Det är generellt sett svårare att hitta tydliga prioriteringar och konkreta verksamhetsförändringar i den önskade riktningen.

Innehållet finns men inte kraften

Region Gävleborg är ett talande exempel. I december publicerade tjänstemannaorganisationen en mycket ambitiös och intressant plan för – God och nära vård i Gävleborg. Planen innehåller bland annat en helt ny vårdstruktur. Citatet nedan kommer från planen och beskriver ambitionsnivån: *Omställningen till God och nära vård är den största förändringen av hälso- och sjukvården i Gävleborg på flera decennier. Den innebär en omdaning av hälso- och sjukvårdssystemet, vilket får till följd att övriga parallella processer behöver underordnas detta utvecklingsarbete, anpassas och synkronisera sina mål och tidplaner till omställningens mål och tidplan, i den mån det är möjligt.*

Det övergripande mönstret går igen i de flesta regioner. Detta gäller i synnerhet frånvaron av tydliga ekonomiska konsekvenser av ambitionen om en stärkt nära vård.

Det är svårare att se omdaning i de skarpa styrdokument som antas av politikerna. I budget för 2020 och ekonomisk plan för 2021–2022 föreslås till exempel ingen tydlig förändring av relationen mellan primärvård och annan vård när det gäller resurser. Det framgår inte heller på något annat sätt att nära vård är en överordnad förändring och en radikal omdaning. Inriktningen finns beskriven i allmänna termer men det är svårt att uppfatta några konkreta styrsignaler som motsvarar beskrivningen av en överordnad reform som utgör den största omdaning på decennier. Detsamma gäller för hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan, god och nära vård är ett av flera områden men beskrivs varken som överordnat eller omdanande. Att budget och regionplan inte uttrycker en radikal förändringsvilja utesluter inte att det kan ske mycket spännande i Gävleborg men det vi studerar är hur förändringen signaleras i de viktigaste styrdokumentet.

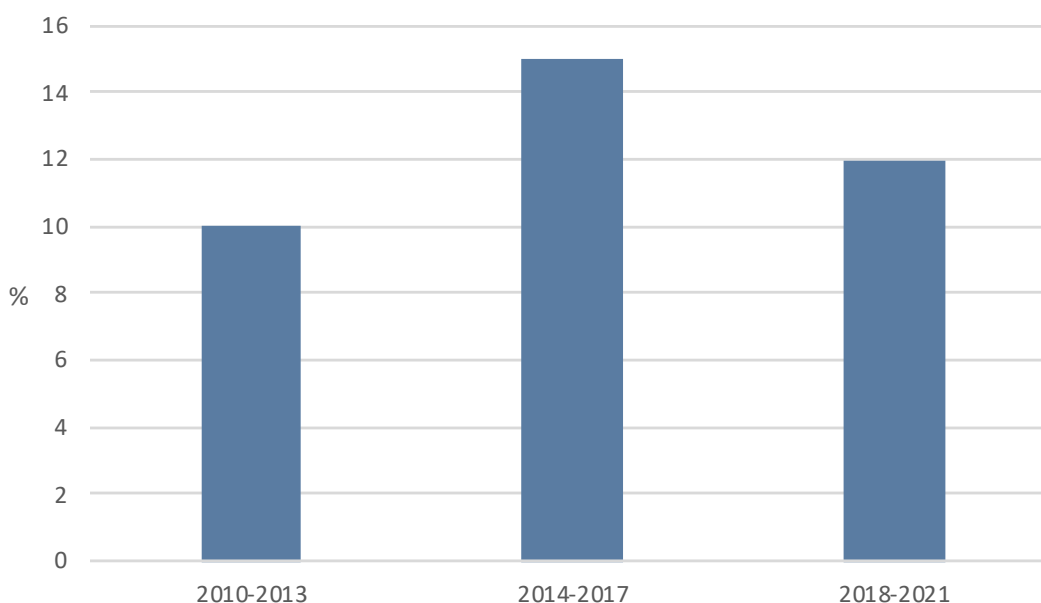
Exemplet från Gävleborg är inte på något sätt unikt men blir tydligt eftersom det finns en djärv långsiktig plan. Det övergripande mönstret går igen i de flesta regioner. Detta gäller i synnerhet frånvaron av tydliga ekonomiska konsekvenser av ambitionen om en stärkt nära vård.

Satsningar utan besparingar

Västernorrland är ett av få exempel där en förstärkning av primärvården kombineras med en motsvarande neddragning inom slutenvården. Den som är lite cyniskt lagd skulle kunna säga att det är ett bekant mönster där planer talar om en stärkt primärvård och ny balans mellan områden men där konkreta budgeteffekter av detta är svåra att se. Primärvårdens andel av de samlade sjukvårdsresurserna har varit anmärkningsvärt konstant de senaste decennierna trots många ambitioner om motsatsen.

Ett annat talande exempel är Region Skåne där det inledande avsnittet i regionplanen har den anspråksfulla rubriken – mod att förändra. I planen slås fast att primärvårdens resurser under perioden ska öka med en miljard och att dess andel av de samlade resurserna ska öka. Det är en ambition som vid första anblicken kan verka imponerande. Ser man till de två senaste fyraårsperioderna framgår det dock att den planerade ökningen inte skiljer sig anmärkningsvärt från tidigare år. Trots en historisk ökningstakt fullt i nivå med den planerade har inte primärvårdens andel av sjukvårdens samlade kostnader påtagligt ökat. Även om planen följs är det alltså långt ifrån uppenbart att det rör sig om en relativ förstärkning av primärvården.

Ökning av primärvårdens resurser i Skåne, utfall och plan



Källa: SKL:s ekonomistatistik, driftsredovisning kostnader, primärvård

Avsikten med exemplen ovan är inte på något sätt att misstänkliggöra den förändringsvilja som finns. Det är i stället mycket tydligt att svenska sjukvårdspolitiker är relativt samlade och mobiliserade bakom en gemensam agenda för den huvudsakliga utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Frågan är bara om det finns en tillräcklig förändringskraft för att få utvecklingen till stånd. Att faktiskt omvandla systemet.

Prioriteringar lyser med sin frånvaro

En generell betraktelse är att prioriteringar lyser med sin frånvaro. Några få regioner som Dalarna och Halland är tydliga med att det är några utvalda områden som står i fokus men det vanligaste är en lång lista av områden där mycket ska bli bättre.

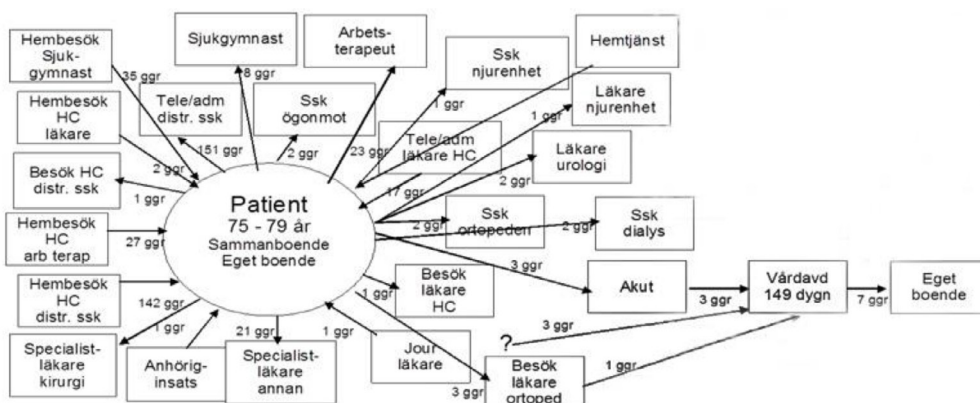
Det är också ont om analyser om vad som gjort hittills, vad som inte fungerat och vad som verkligen krävs för att nå de många höga ambitionerna. Som läsare är det svårt att förstå vad det är som ska göra att hälso- och sjukvården nu plötsligt ska komma att fungera radikalt annorlunda. Det kanske är en inneboende egenskap i regionplaner och den verkliga styrningen finns på andra nivåer men det är svårt att se hur politiken bidrar till att skapa ett reellt förändringstryck. En lite djupare granskning av de tre områden vi lyfte förra året ger i stor utsträckning samma bild.

Bättre vård för dem med stora behov

En relativt liten grupp patienter står för en stor del av hälso- och sjukvårdens kostnader. Det är ofta äldre med flera kroniska sjukdomar. Under 2011–2014 gjordes en särskild nationell satsning för gruppen – mest sjuka äldre. Den nationella samordnaren Eva Nilsson Bågenholm skrev i sin slutrapport att:

Det omfattande vård- och omsorgsbehov som de mest sjuka äldre har ställer stora krav på att alla olika aktörer kring den äldre verkligen samverkar och kommunicerar. Detta har enligt min mening varit den största och svåraste utmaningen att komma till rätta med under satsningen. När samverkan och kommunikation brister avspeglar det sig negativt på i princip alla insatser som ges och naturligtvis även på samhällsekonomin.

Bättre vård för dem med stora behov är ett av de viktigaste förbättringsområdena inom svensk hälso- och sjukvård. Det är också sannolikt ett av de områden där det finns störst potential för effektiviseringar och därmed besparingar. Samtidigt verkar det vara ett område där det är svårt att nå resultat. Bilden nedan är hämtad från Gävleborgs plan 2018 för övergången till nära vård. Den är ett verkligt exempel på hur kontakterna med hälso- och sjukvården kan se ut för en äldre person med många sjukdomar. Det är uppenbart att här finns enorma utmaningar när det gäller samordning och stora risker för både felaktig och ineffektiv vård.

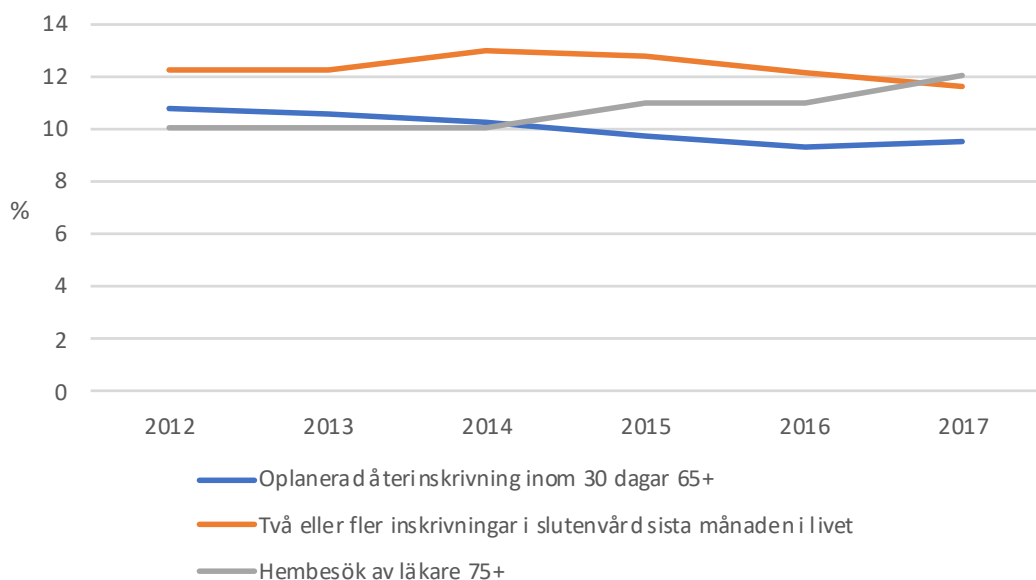


Samordnad individuell plan i centrum

En bättre och mer sammanhållen vård för de mest sjuka äldre är också ett område som återkommer i de flesta regionplaner. Ibland som ett eget område och ibland invävt som en del i resonemang om nära vård i allmänhet. Skrivningarna tenderar dock att vara relativt försiktiga och ger sällan uttryck för några stora förändringsambitioner. De enskilda satsningar som ofta nämns är mobila team av olika slag och arbete med samordnade individuella planer (SIP). Det senare beskrivs ofta som en stor förändring och som ett resultat av den nya lagen om utskrivning av patienter från slutenvård. Det är också ett område där det verkar hända mycket och där många vårdplatser nu kan frigöras genom bättre och snabbare utskrivningar. Fokus på SIP kan samtidigt verka aningen yrvaket eftersom både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen haft krav på SIP sedan 2010.

Strukturella grepp är sällsynta

Det är ont om större strukturella grepp. De senaste årens kanske mest omtalade större satsningar på området, Hälsostaden i Ängelholm och Hemsjukhuset i Borgholm, nämns bara i respektive hemregions plan. Och inte ens där går man så långt som att förespråka ett direkt breddinförande. Ett nytt vårdval i Stockholm är en av mycket få strukturreformer på området. Med tanke på att detta är ett område som varit i fokus länge kan det förvåna att reformtankarna är så pass modesta. Erfarenheten hittills visar att det är väldigt svårt att nå resultat inom ramen för nuvarande organisationer och större strukturförändringar kanske är det som krävs. Västra Götaland är ett intressant exempel där man sedan 2012 har haft särskilda handlingsplaner för de mest sjuka äldre men där de resultatindikatorer man valt ändå har rört sig ytterst lite. Diagrammet nedan visar utvecklingen för tre centrala indikatorer.



Källa: Det goda livet, resultat 2017

Västra Götaland har nog inte lyckats sämre än någon annan men de har en tydlig uppföljning av sina resultat och är därför ett intressant exempel. I den senaste budgeten konstaterar man också att: *En sammanhållen, och för patienten sömlös hälso- och sjukvård, är särskilt viktig för de mest sjuka äldre, patienter med kroniska sjukdomar och mångbesökare. Det är i vården och omhändertagandet av dessa patientgrupper som hälso- och sjukvården har sina största brister i dag.*

Samtidigt är de satsningar som beskrivs i stor utsträckning en fortsättning av det som redan gjorts. Det saknas också resonemang om utfallen hittills och varför de inte förändrats samt vilka slutsatser man bör dra av detta. Just detta exempel är typiskt för hur planer formuleras i regionerna. Det finns gott om förbättringsområden och kloka formuleringar om vad som bör åstadkommas. Det finns betydligt mindre av resonemang om var hindren egentligen finns och vad som måste göras radikalt annorlunda i praktiken för att lyckas.

Sverige är mitt uppe i en explosionsartad ökning av antalet personer som är äldre än 80 år. Det är under de närmsta 15–20 åren som de stora 40-talistkullarna kommer att sälla sig till de mest sjuka äldre. Att förbättra och effektivisera vården för den gruppen är en ödesfråga för svensk hälso- och sjukvård. Det är högst tveksamt om det som beskrivs i regionernas planer räcker för att möta utmaningen.

Digitalisering och vård på patienternas villkor

De två andra områden som lyftes i fjolårets rapport var starkare ledarskap för ny teknik och vård på patienternas villkor. I budgetar och planer går dessa i stor utsträckning ihop. Digitaliseringen beskrivs i stor utsträckning som medlet för att ge mer kontroll till medborgarna. I nätläkardebattens spår är det tydligt att många regioner nu siktar på att skapa egna former för digitala vårdmöten och att ambitionsnivån höjs när det gäller tjänster på 1177. Det är ett ovanligt tydligt utifrån- och in- perspektiv i mycket av det som skrivs. Något som vi efterlyste mer av förra året.

Många regioner betonar att individen ska bli en medaktör och ges möjlighet till mer egenvård och bättre insyn i och kontroll över den egna vårdprocessen. I Kalmar skriver man till exempel:

Principen ska vara att invånaren ses som huvudaktör i sitt eget ärende genom att kunna göra så mycket som möjligt själv. Det innefattar exempelvis att söka information, lämna uppgifter om hälsostatus, boka tid för konsultation och följa upp sina resultat.

Hinder för digitalisering nämns sällan

Det är mer ont om regioner som lyfter hindren för den önskade utvecklingen. Ersättningssystem och juridiska hinder lyser med sin frånvaro trots att de i många andra sammanhang har pekats ut som avgörande trösklar för en snabbare utveckling. Inte en enda region lyfter behovet av en

nationell kraftsamling när det gäller användningen av hälsodata, trots att mycket av det man planerar är helt beroende av en bättre reglering på det området. Det är också ont om pengar. Även här lyser budgetkonsekvenserna i stor utsträckning med sin frånvaro.

Digitalisering ses ur ett medborgarperspektiv men det är ont om skrivningar kring vad det kan och bör betyda för medarbetare och den inre verksamheten. Östergötland är en av få regioner som över huvud taget nämner sådant som digital patologi, DNA-sekvensering och medicinsk diagnostik. Artificiell intelligens dyker upp i en handfull planer men då ofta mer som en omvärldsspaning än som tydliga förändringsambitioner. Ett antal regioner tar upp framtidens vårdinformationssystem men jämfört med de stora investeringar som gjorts på området är det förvånansvärt tyst om vad det ska leda till.

Det är förstås inte rätt plats i en regionplan att i detalj förskriva vilken verksamhetsutveckling som ska ske. Däremot skulle det kunna vara platsen att slå fast en inriktning, en politisk vilja och att diskutera principer. Det kommer att krävas ett tydligt politiskt ledarskap för att hjälpa innovativa verksamheter att möta de hinder som oundvikligen kommer att finnas.

Förändringskonkurrens

Det finns redan i utgångsläget en spänning mellan två sorters sjukvårdspolitik. Den ena är en politik för breda grupper av röststarka sällanbesökare. Det är den som dominerar valrörelser och främst handlar om tillgänglighet. Det är en politik som har att svara upp mot den press som nya privata aktörer och privata finansieringslösningar sätter på systemet. Den andra, kanske mindre synlig, är en politik som riktar sig mot hälso- och sjukvårdens stora kostnader och strukturella utmaningar. Det är en politik som i stor utsträckning rör en bra sammanhållen vård för multisjuka äldre. Den första sortens politik dominerar i den publika debatten medan den andra främst syns i planer och utredningar. Det finns en spänning mellan de två men också tydliga gemensamma nämnare.

I båda fallen handlar det i stor utsträckning om att hitta vägar att låta medborgare och patienters behov forma hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt. Att sjukvården ska organiseras runt patienten och inte tvärtom kanske låter lite klyschigt men är likväl relevant. I båda fallen finns det dessutom stora möjligheter till förbättringar genom att öppna upp för innovationer och bättre använda ny teknik och digitala lösningar. Det gemensamma är också att det handlar om disruptiva förändringar. För organisation och medarbetare ställer det krav på stora förändringar.

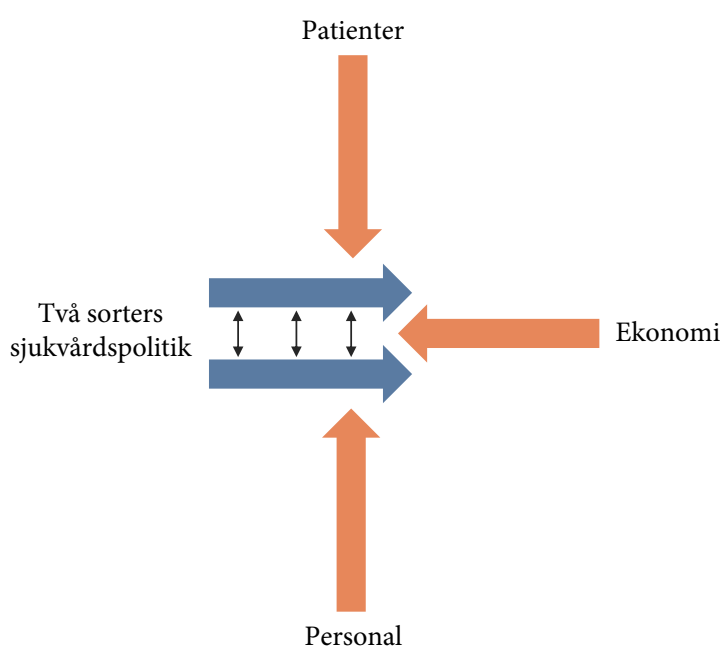
Regionplanerare och regionpolitiker har landat i en tydlig färdriktning även om det inte direkt syns i konkreta förslag till verksamhetsförändringar. De har dock inte monopol på formulering av förändringsbehov. Även The best laid plans of mice and men kan möta konkurrens. Det finns och kommer att finnas andra agendor som pockar på uppmärksamhet.

Ekonomiska realiteter talar för ett ökat kostnadstryck och lägre intäktsökningar under åren framöver. Orsakerna är främst demografiska och kommer att skapa ett betydligt högre effektiviseringstryck än under de senaste tio årens relativt gynnsamma förhållanden.

Politik och planerare må vara överens om förändringens riktning men patienter och personal har inte nödvändigtvis samma bild. God och nära vård är till exempel begrepp och idéer som nästan uteslutande existerar i en expertvärld. Det var inte vad valdebatten handlade om och inte heller nödvändigtvis svaret på medborgarnas förväntningar. Bevarade akutsjukhus, kortare köer och enkla snabba kontaktvägar kan vara bättre budskap för den som vill vinna brett och snabbt folkligt stöd för sjukvårdsreformer. Lösningar på de problemen behöver förstås inte stå i motsatsställning till nära vård men det är ett annat fokus och ett annat språk. I takt med en god inkomstutveckling och många nya alternativ kommer också privata initiativ och privat köpkraft att konkurrensutsätta regionplanerna när det gäller att styra omvandlingen av hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjningen är redan i dag en central utmaning för alla regioner. För många som arbetar inom hälso- och sjukvården är vardagens problem den dominerande utmaningen – inte minst bristen på rätt kollegor. Det är en pressad och stressad organisation. För den som följer svenskt sjukvårdstwitter är det tydligt att inte en dag går utan att någon professionsföreträdare skriver syrligt om politikens nya reformer i ljuset av att de inte får dagens vardag att fungera. Har man bara någon läkare eller sjuksköterska i bekantskapskretsen är det lätt att känna igen tongångarna. Det finns en sorts reformskepsis bland hälso- och sjukvårdens personal som inte går att förbise. När dragkampen om befintliga medarbetare hårdnar blir det också allt viktigare att inte vara den som skapar ännu mer oro i den egna organisationen.

I vilken riktning pilarna går i figuren nedan är inte uppenbart eller givet men det finns konkurrerande krafter. Vad som påverkar och vem som faktiskt styr hälso- och sjukvården är inte givet.



När det finns många krafter som kan påverka vägen framåt räcker det inte med planer och aldrig så mycket förändringskraft. Det krävs också förändringsstrategier som skapar förutsättningar för att alla krafter ska dra åt samma håll. Förändringarna måste möta behovet av effektiviseringar, de måste ta hänsyn till patienternas förväntningar och de behöver bygga på medarbetarnas delaktighet och kunskap om sjukvårdens vardag.

Förändringsstrategier

Den brist på förändringskraft som det finns tecken på i styrande dokument är en risk om det finns en stark förändringskonkurrens. Andra kan ta över agendan och göra politiken reaktiv. Samtidigt krävs det mer än kraft och ambition. Det måste finnas styridéer och förändringsstrategier som omvandlar konkurrens till samverkan.

Pengar

Ekonomiska utmaningar kan vara ett hinder för förändring men också en katalysator till detsamma. Förändringar i riktning mot en nära vård och ökad digitalisering kan dessutom vara själva lösningen på ett behov av effektivisering. Det senare sker dock inte av sig självt. I planer och budgetar skrivs det ganska mycket i allmänna termer om effektiviserings- och besparingspotentialer. I de ekonomiska planerna är det dock svårt att hitta några konkreta spår av planerad hemtagning. På en regionövergripande nivå kanske det inte är så konstigt men någonstans bör den planeringen ske. Hälsoekonomiska beräkningar av olika reformer på lite längre sikt lyser ofta med sin frånvaro. Samtidigt finns det gott om lyckade effektiviseringsprojekt i svensk hälso- och sjukvård. Det finns gott om exempel på förändringsprojekt där ett antal vårdplatser sägs ha sparats. Frågan är bara om det verkligen har skett eller om de snarare lett till minskade överbeläggningar, lägre press på andra effektiviseringar eller helt enkelt till högre kvalitet någon annanstans. Alla de utfallen är ju positiva men de skapar ingen besparing, åtminstone inte på kort sikt.

Att få till stånd en omdaning av hälso- och sjukvården innebär att vissa områden måste växa och andra krympa. Många regioner satsar till exempel på fler mobila team för att stärka den nära vården, något som Forum för Health Policy rekommenderade redan i februari 2017¹. Det bör i någon mån kunna finansieras av neddragningar där de patienterna fanns innan. Det gäller dock att de neddragningarna verkligen blir av. Utan en plan för både satsningar och besparingar kommer det att vara oerhört svårt att få till stånd större förändringar. Det gäller i synnerhet om det är så, vilket verkar sannolikt, att skattebaserna kommer att öka långsammare än vad de samlade vårdbehoven växer. Utan planerade neddragningar ökar risken att pengar ska fram genom generella effektiviseringskrav som ytterligare press på en redan stressad organisation. En sådan organisation kommer inte att vara bra på förändring.

1 <http://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2017/05/SammanhallenVardOmsorg-1.pdf>

Det är också när neddragningar ska ske som det folkliga stödet för förändring prövas. Bara sedan valet har lokalpressen i nästan alla regioner haft larmrubriker om besparingspaket inom hälso- och sjukvården. En aldrig så lyckad förändring som skapar mer sammanhållen vård för de mest sjuka äldre kommer alltid att hamna i skymundan av en neddragning på det lokala akutsjukhuset. Den politiska nyttan av det första kommer inte att kompensera den politiska kostnaden för det senare, i varje fall inte så länge som de positiva förändringarna inte blir politik. Det är ett av flera skäl till varför sjukvårdspolitiker måste ha modet att börja göra politik av de systemförändringar de vill åstadkomma. Och pengar är tydlig politik.

En aldrig så lyckad förändring som skapar mer sammanhållen vård för de mest sjuka äldre kommer alltid att hamna i skymundan av en neddragning på det lokala akutsjukhuset.

Om nya delar av sjukvården ska kunna växa måste effektiviseringar också bli besparingar. Regionplanernas förändringsambitioner måste också synas i de långsiktiga ekonomiska planerna. En omdanande förändring som lämnar alla budgetposter oförändrade är ingen trovärdig förändring. Det rent ekonomiska perspektivet av nära vård och digitalisering behöver bli mycket tydligare.

Patient

När utredaren Anna Nergårdh presenterade sitt tredje delbetänkande kommenterade hon regionernas arbete med god och nära vård. Hon var lite fundersam inför att så mycket energi verkade läggas på insatser som främst riktade sig mot personer med mindre behov av vård. Den bilden kan förstås diskuteras men kommentaren illustrerar en grundläggande spänning. Det är de mångas behov som är lättast att göra politik av och om det offentliga systemet inte levererar kommer andra att göra det. Mindre men mer behövande grupper är sällan särskilt synliga men driver i stället vårdens kostnader och har från ett etiskt prioriteringsperspektiv en starkare rätt till satsningar. Det är dock svårt att se hur ett offentligt sjukvårdssystem ska kunna välja. Vården måste fungera för alla. I planer och budgetar är bilden dessutom snarare att det är den senare gruppen som får mest uppmärksamhet. Men också att det finns anmärkningsvärt få försök att förhålla sig till den mängd av olika behov och preferenser som rimligen finns i befolkningen. Det är ont om analyser kring att god och nära vård kan betyda väldigt olika saker för olika grupper.

För några år sedan gjorde SKL tillsammans med några forskare en patientsegmentering för primärvården – Flippen. Projektet resulterade i fyra olika segment med olika syn på sin hälsa och på hur de vill möta hälso- och sjukvården. Den typen av arbeten är en bra start men skrapade bara på ytan. Det skulle behövas många fler insatser som grundar sig i vad olika grupper faktiskt vill ha av sjukvården och hur de vill möta den. Utifrån medborgarnas perspektiv ses nog sjukvården allt mer som en servicebransch bland andra. Det är ett perspektiv som är högst frånvarande när offentliga aktörer gör planer men det ger sig ändå till känna. Utifrån riksdagens etiska plattform är förstås inte ”snabb och enkel kontakt vid en infektion i de övre luftvägarna” särskilt högt

prioriterade men det är så de flesta möter vården. Banala åkommor där det finns ett behov av enkel kontakt som passar i medborgarens vardag. Privata aktörer har nu ändå pressat regionerna att videofiera i sin verksamhet även om det har tagit lång tid. Regionplanerna är fulla av satsningar på nya digitala kontakter och fler tjänster i 1177.

Det är de mångas behov som är lättast att göra politik av och om det offentliga systemet inte levererar kommer andra att göra det.

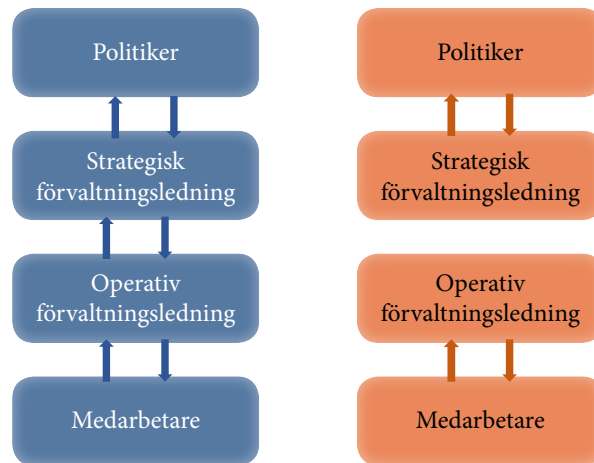
Digitala kontakter är ett område där det offentliga enkelt har kunnat utmanas. Det ger effekt. På andra områden är det svårare. Du behöver inte vara en multisjuk äldre person för att bli frustrerad av hur hälso- och sjukvården hanterar kontakten med sina patienter. Det räcker med att vara en hårt heltidsarbetande ensamstående mamma som bryter foten. Du kan behöva besöka fyra fem olika enheter som alla har sina uppstyckade specialiserade roller. Varje enhet har sina ”kallelser” där du förväntas infinna dig när det passar dem och inte sällan acceptera att en tidsangivelse är högst ungefärlig. Varje besök ska med skohorn passas in i en stressig vardag som inte blivit enklare av att du går på kryckor. Lösningen på detta är inte en fast läkarkontakt i primärvården. Ju sämre den vardagliga vården fungerar desto svårare kommer politiken ha att få gehör för en högst behövlig men besvärlig omdaning som främst riktar sig till de mest sjuka.

Det behövs en bredare syn och djupare analys när det gäller vad som är hälso- och sjukvårdens tillkortakommanden. Från den vanlige patientens perspektiv kan det vara något helt annat än den statlige utredarens.

Personal

Styrning och ledning är svårt. Styrning och ledning i en starkt professionsdriven kunskapsorganisation där det råder huggsexa om medarbetarna är mycket svårt. Samtidigt finns det en potential i det läge som råder. Missnöje med dagens arbetsförhållanden och styrning kan bli en stark drivkraft för förändring. Men det kräver förmodligen ett nytt förhållningssätt till styrning och ledning.

Bilden nedan illustrerar hur det alltför ofta fungerar och vad som skulle krävas. I dag finns det inte sällan en särkoppling mellan det strategiska universumet – den plats där regionplaner tas fram – och verksamheten. Det illustreras till höger i bilden. Till vänster finns målbilden. Det är en styrning och ledning där signaler går fram mellan alla nivåer och där de går åt båda håll. Det senare är förmodligen det viktigaste. Det behövs en tydlig målbild från politiken och den strategiska nivån men därefter måste verksamheten få vara kravställare uppåt när det gäller de förutsättningar som behövs för att nå målet. Det krävs en tät dialog mellan alla nivåer hela tiden.



Källa: Forsberg Kankkunen 2014 Gender, Work & Organization; Björk & Härenstam 2016, Scand J Management

Den region som tydligast rör sig i denna riktning är Västra Götaland. Där finns en tydlig systemkritik i regionplanen och klara ställningstaganden om behovet av ny sorts styrning och ledning. Hur det kommer att landa i praktiken är nog för tidigt att sja om men det finns en klar ambition.

Den långa sikten är viktig men den möter också en krisartad situation här och nu. Kompetensförsörjning är på många sätt hälso- och sjukvårdens mest akuta problem. En omdaning av hälso- och sjukvården kommer att kräva och att leda till förändringar i arbetsuppgifter, roller, scheman och mycket annat. Det kan också skapa bättre arbetsmiljöer och mer meningsfullt arbete. Men förändringen kommer att kräva delaktighet och engagemang från alla parter. I dag finns det en tendens att även begränsade försök med kompetensväxling och nya sorters scheman väcker snabba och starka motreaktioner, inte minst från de fackliga organisationerna. De agerar också utifrån en styrkeposition som ges av personalbrist och problemen med kompetensförsörjning.

En stor omdaning kommer att kräva allas delaktighet. Det är politiker och ledningar som har ansvar att ordna detta men resultatet kommer också att bero på inställningen hos många andra.

Summerande reflektioner

Regionerna är överens. Svensk hälso- och sjukvård ska förändras. En god och nära vård ska byggas genom att flytta aktiviteter från sjukhus till öppna vårdformer. Digitalisering ska ge kontroll och tillgänglighet till medborgarna. Nära vård och digitalisering ska frigöra de resurser som krävs för att möta vikande intäkter och växande behov. Den generella bilden är dock att de förändringssignaler som finns i de viktigaste styrdokumenterna inte imponerar. De andas helt enkelt inte en omdanande förändring.

Vi tror att det finns tre centrala punkter för att skapa den förändring som efterfrågas.

Förändringstrycket måste höjas

Det behövs tydliga prioriteringar och en överordnad idé om var förändringskraften ska läggas. För att återigen citera Gävleborgs plan om omdaning till nära vård: *övriga parallella processer behöver underordnas detta utvecklingsarbete, anpassas och synkronisera sina mål och tidplaner till omställningens mål och tidplan.*

Ett omfattande förändringsarbete är krävande. Det tar tid, fokus och resurser. Hälso- och sjukvården är redan pressad och kommer inte att rymma ett stort antal förändringsuppdrag. Politiken måste tydligt peka ut vad som är prioriterat.

Tonläget behöver höjas och medborgarna komma med. Det kommer att krävas mycket mer kommunikation kring vad som ska göras och varför. Omställning betyder både neddragning och expansion. Hittills har det bredare offentliga samtalet kring sjukvården mest handlat om köer och akutsjukhus. Väljarna är dåligt förberedda på den förändringsinriktning som skissas i planer och budgetar.

Besparingar behöver tas hem och ekonomin komma med

Det stundar kärva ekonomiska tider. Både på kort och lite längre sikt. Hälso- och sjukvården kommer att behöva klara att förändras samtidigt som kampen om resurser hårdnar. Det finns vad vi kan se ingen annan väg att göra detta än via den omställning som är aviserad men då måste förändringen börja synas i den ekonomiska planeringen. Region Jönköping beskriver det som att: *Förflyttningen behöver ske successivt med överföring av budget, uppdrag och medarbetare från den specialiserade vården till den nära vården, egenvård och förebyggande insatser.*

Den överföringen måste planeras, förankras och förberedas. Effektiviseringar och hemtagningar av dessa måste bli en central del av allt förändringsarbete. I dag ges alltför många ofinansierade förändringsuppdrag till verksamheter som redan är hårt pressade av att bara klara vardagen. De omprioriteringar som syns i budgetar är inte i närheten av att matcha de stora förändringar som politiken säger sig vilja genomföra.

Bygg förändringen på verksamheternas idéer

Det finns redan en klyfta mellan planvärlden och verksamheternas vardag. Utan en förändring av styrning och ledning kommer den att vidgas när förändringstrycket ökar. Den gemensamma målbilden behöver diskuteras och förankras i hela organisationen och medarbetarna ges breda mandat att hitta vägarna. De högsta ledningarna behöver vara lyhörda för vilka förutsättningar som krävs i verksamheterna. Men de måste också vara tydliga med färdriktningen. Det kommer att finnas mycket motstånd i en förändring som innebär stora förändringar av roller, makt och ansvar.

Denna rapport är författad av Petter Odmark, byråchef på analysbyrån Re-Think – en del av Reform Society, på uppdrag av och i samarbete med Forum för Health Policy, i särskild samverkan med:



Reumatiker
förbundet



Forum
FÖR HEALTH POLICY

www.healthpolicy.se