

# **En sjukvårdspolitik för verklig förändring**

**Juli 2018**





# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>Fokus på de verkliga utmaningarna</b> .....	<b>7</b>
<b>En politik utifrån medborgarnas vardag och verkliga behov</b> .....	<b>10</b>
<b>Möjliggör för ny teknik</b> .....	<b>13</b>
<b>Vad är sjukvårdspolitik?</b> .....	<b>15</b>

# Sammanfattning

**Detta är inte så mycket en rapport om svensk sjukvård som en rapport om svensk sjukvårdspolitik.**

Svensk vård är i omvandling. Genom utredningar och diskussioner är politiken uppslukad av hur en nära och sammanhållen vård kan skapas. Akuta politiska uttryckningar på dagsaktuella nyheter sker dagligen. Samtidigt pågår en parallell utveckling oberoende av politiken. Den tekniska utvecklingen sker med stormsteg och AI-baserade diagnosstöd har bättre träffsäkerhet än läkarna själva. Digitala vårdmöten appellerar till en stor del av befolkningen, särskilt hos unga som lever med sin Iphone och förväntar sig snabba svar.

Det är två parallella utvecklingar.

Å ena sidan finns en effektiv sjukvårdspolitik för att tillgodose väljare och å andra sidan behövs en effektiv sjukvård som inte alltid är samma sak. Politiker behöver vara lyhörda för patienter och verksamheter men avstå från den omfattande detaljstyrningen som pågår idag.

Det behövs ett politiskt ledarskap som förstår behovet av reformer. Kraften behöver ägnas åt att anpassa systemet till potentialen i den tekniska utvecklingen. Utan ett politiskt ledarskap och effektiva reformer riskerar innovationskraften att bromsas när vårdsektorn behöver den som bäst.

# Inledning

**Svensk vård är i omvandling.** Flera stora utredningar är antingen nyligen avslutade eller pågår. Vårdfrågorna rankas högt av väljarna. Det bekräftas också i Sverigestudien (2018) - en unik tidsserie över svenskarnas värderingar där väl fungerande sjukvård hamnar högt på listan över ”önskade värderingar centrala för att Sverige ska kunna fungera som bäst”. Samtidigt hamnar egenskaper som byråkrati, ”skyller på varandra” och resursslöseri högst på frågan om vad som ”bäst beskriver Sverige idag”.

I verklighetens Sverige är ”vårdkris” återigen ett populärt nyhetstema. Ibland är debatten en marsch i gamla välbekanta spår, som t.ex. vårdköer. I andra fall diskuteras, åtminstone på ytan, helt nya frågor som t.ex. nätläkartjänster. Samtidigt som politiken letar efter nya svar är ett stort antal entreprenörer upptagna med att leverera tjänster utifrån den logik som präglar många andra typer av tjänstemarknader. Vissa av dem gör det med offentlig finansiering medan andra tjänster är helt privat finansierade. Vår vilja att betala för det som rör vår hälsa är god även efter att landstingsskatten är betald. Den stora frågan är vilket vårdssystem som egentligen kommer ut på andra sidan.

Vår utgångspunkt är politiken och de politiska ambitionerna. Det finns trots allt en mycket bred uppslutning kring att hälso- och sjukvården är en offentlig angelägenhet. Samtidigt är vår bild att politiken i stor utsträckning har fått konkurrens i förarsätet och det framstår som alltmer oklart hur mycket de egentligen styr, hur de klarar uppdraget och vad vi får ut av systemet.

Statsvetaren Peter Santesson liknade nyligen sjukvårdsdebatten vid skoldebatten i den meningen att den är på väg in i samma återvändsgränd; *”Det blir en återupprepning av skoldebatten: en kökkenmödding av politiskt figurklippta påståenden och standardsvar. Och om fyra år kommer sjukvårdsdebatten ha genererat lika många insikter.”*<sup>1</sup>

Det ligger något i Santessons bild även om det inte är fullt så dystert. Det finns en klyfta mellan den politiska sjukvårdsdebatten och det mer expertbetonade samtalet. Sjukvårdspolitikerna deltar i båda men tycks inte riktigt hitta bryggan mellan de stora systemutmaningarna och den politiska retoriken. En orsak kan vara att det är svårt att se vilka styrinstrument man ska använda för att påverka utvecklingen. En annan är möjligen att de invanda spåren kring valfrihet, resurser och privat-offentligt är trygga och enkla att hålla sig till.

---

1 <http://www.dt.se/opinion/ledare/kronika-du-tror-att-du-redan-vet-varfor-vardkoerna-vaxer-pajkastningen-liknar-skoldebatten>

Vi lyfter i den här skriften tre områden som vi bedömer är helt centrala för politiken att ägna sig åt:

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

Det är områden av stor betydelse och det är områden där det offentliga politiska samtalet behöver komma i kapp. Det handlar om stora förändringar som behöver förankras hos väljare, professioner och sjukvårdsproducenter. Det är också områden där förändring kommer att möta motstånd och där det skulle behövas ett tydligare politiskt ledarskap. Det behövs inte nya planer, det behövs mer politik.

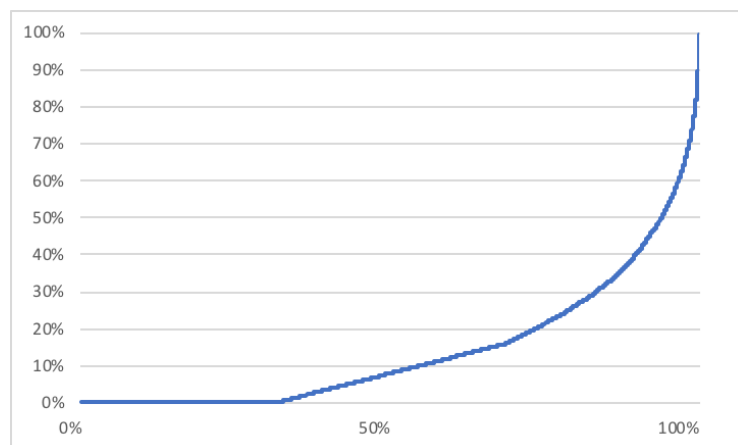
Detta är inte så mycket en rapport om svensk sjukvård som en rapport om svensk sjukvårdspolitik. Givet att politikerna vill styra vad som sker – hur behöver sjukvårdspolitikerna fungera? Vilka beslut måste fattas och vad är det man borde fokusera på att bestämma över och att tala om? Den röda tråden är behovet av ett tydligare politiskt ledarskap.

## Fokus på de verkliga utmaningarna

En evig sanning inom sjukvårdsekonomi är att efterfrågan är oändlig men resurserna begränsade. Efterfrågan måste hållas under kontroll – med avgifter, remisser, köer eller andra medel. Resurserna ska fördelas efter behov och beslutade prioriteringsordningar, inte efter vem som knackar på dörren, lyfter på luren eller öppnar appen. Samtidigt är det den breda efterfrågan som vinner val. Effektiv politik är något annat än effektiv vård. Det är inget nytt dilemma men konflikten har sällan varit tydligare. Stora årskullar av äldre sätter press på resurserna samtidigt som helt nya aktörer och modeller å ena sidan ökar tillgängligheten men å andra sidan sätter press på systemet.

Diagrammet nedan illustrerar ett fundamentalt sjukvårdspolitiskt dilemma. Den vertikala axeln visar andelen av svensk sjukvårdskonsumtion och den horisontella axeln visar andelen av befolkningen. Befolkningen är sorterad utifrån lägst till högst konsumtion. Så vid t.ex. 50 procent på den horisontella axeln går det på den vertikala axeln att utläsa hur stor andel av den samlade sjukvårdskonsumtionen som går till den halva av befolkningen som har den lägsta konsumtionen. Några få procent av befolkningen står för hälften av sjukvårdskonsumtionen medan endast en tredjedel helt saknar kontakt med sjukvården under ett givet år.

Figur 1. Andel av vårdkonsumtion per ackumulerad andel av befolkningen (2014)



Källa: SCB, Fasit, Star, 2014

Innebörden av diagrammet är att sjukvårdspolitiker allt som oftast slits mellan två höttappar.

Få patienter står för en stor del av sjukvårdskonsumtionen

**Effektiv vård är att möta dem bra**

De allra flesta väljare är patienter någon gång under en mandatperiod

**Effektiv politik är att göra det lätt och smidigt för de många**

I planeringsdokument och budgetar är det effektiv vård som dominerar medan den effektiva politiken formar den öppna debatten. Sjukvårdsdebattens ständiga epicentrum – Stockholms läns landsting – är ett illustrativt exempel. Budget- och planeringsdokument är fyllda av ambitioner att samordna och hålla ihop. Det är oklart hur och av vem. Både husläkare och geriatrik pekats ut som spindlarna i nätet för de mest sjuka äldre och vården ska vara sammanhållen, samordnad och patientcentrerad på lägsta nivå. Ungefär samma uppgift ägnar sig regeringens samordnare Anna Nergårdh åt – att skapa en nära och sammanhållen vård. I en imponerad mängd möten med vårdens alla aktörer ska hon långsiktigt stärka den nära vården.

Lyssnar vi i stället på budgetens avsändare när de debatterar tycks fokus vara ett annat. Även bortom frågan om nya Karolinska blir ämnena ofta andra och smidig tillgång till vård för de många träder fram mycket tydligare. Den smidiga vården för de många är en kapplöpning där de nya aktörerna ligger långt före de offentliga.

Ett grundläggande vägval blir hur långt det offentliga ska jaga – är verkligen alla nya erbjudande som dyker upp något som den offentligt drivna vården ska erbjuda? En annan väg skulle kunna vara att det offentliga fokuserar på de möjligheter som ny teknik och nya organisatoriska lösningar ger för att skapa bättre och mer sammanhållen vård för de långvarigt sjuka och medvetet lämna åt andra aktörer att erbjuda vissa typer av tjänster.

**Det viktigaste är dock att investera politiskt kapital i det som verkligen behöver förändras. Det duger inte att göra politik av det enkla och byråkrati av det svåra.**

Det räcker inte med bra planer, det kommer att krävas en uthållig opinionsbildning och en beredskap att ta tuffa debatter. Verklig förändring är aldrig lätt.

Vad politiken verkligen prioriterar blir särskilt tydligt i en valrörelse. Under 2018 tycks det inte vara sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka. Den stora strukturreform som verkligen diskuteras är att införa det norska fastläkarsystemet. En tydligare reglering kring rätten till en fast läkarkontakt skulle möjligtvis, under vissa förutsättningar, kunna bidra till en mer sammanhållen vård och omsorg, men knappast utan att mycket annat också förändras. Förändringar av sjukvårdens lagstiftning har generellt visat sig vara ett mycket trubbigt instrument för att åstadkomma förändring.

De områden som verkligen behöver reformer är andra.

Göran Stiernstedt har lyft tanken om en helt ny sorts vårdvalsmodell där vårdgivaren skulle ha ett samlat ansvar för Hemtjänst, Primärvård/basal hemsjukvård, ASIH och Geriatrik. Det är en modell som skulle kollidera med många befintliga intressen och organisationer men också ha en verklig potential att skapa sammanhållen vård och omsorg. Det är inte en modell för de många. Det är inte heller något som kommer att



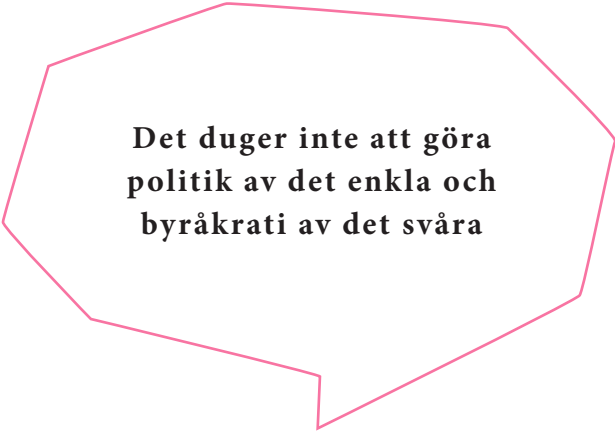
åstadkommas genom marginella förändringar i Hälso- och sjukvårdslagen.

För att skapa en sammanhållen vård och omsorg krävs det utbyte och flöde av information. Datainspektionen slog i ett uppmärksammat beslut 2015 fast att landstinget i Stockholm inte hade rätt att behandla personuppgifter som hör till kommunal verksamhet. Beslutet är bara ett exempel på regelverk kring information som inte understödjer samverkan. Det skulle krävas kraftfulla och målmedvetna politiska initiativ för att ändra på detta. Här kan bara politiken lösa problemen men för det mesta tassar man väldigt försiktigt.

En starkare nära och sammanhållen vård kommer rimligen att kräva en omfördelning av resurser inom hälso- och sjukvården. Trots ständiga ambitioner om motsatsen har primärvårdens andel av sjukvårdsresurserna legat tämligen stilla i flera decennier. Att prioritera om är svårt och konfliktfyllt. Det är mycket lättare att formulera nya uppdrag och ambitioner. Mycket lite kommer dock verkligen att förändras utan en kraftfull politisk vilja. En politik som vågar välja och väljer att ta den konflikt som alltid följer på verkliga omprioriteringar.

I en policy brief från Forum för Health Policy ”En sammanhållen effektiv vård och omsorg - visst går det!?” lyfts tre svenska exempel på sammanhållen vård och omsorg för personer med stora behov. I samtliga fallen beskrivs de stora utmaningarna utifrån brister i lagstiftning, ersättningssystem och dataförsörjning. Det är problem som går att lösa men det kräver en sjukvårdspolitik som investerar engagemang och politiskt kapital i just de frågorna.

Politisk vilja är något annat än politiska positioner. Det går utmärkt att ha en position utan att ta strid och det går att formulera program utan att verkligen förändra. I valet mellan effektiv vård och effektiv sjukvårdspolitik har svenska politiker tenderat att prioritera det senare.



**Det duger inte att göra politik av det enkla och byråkrati av det svåra**

## En politik utifrån medborgarnas vardag och verkliga behov

Även om politiken prioriterat effektiv sjukvårdspolitik betyder det inte att den ställt sig i medborgarnas skor. Den är fortfarande fast förankrad i det perspektiv ur vilket vi allra oftast diskuterar hälso- och sjukvård – inifrån och ut. Utifrån och in blir perspektivet ofta ett annat. Även för den som har en långvarig sjukdom är kontakten med hälso- och sjukvården ofta en mycket liten del av den tid man ägnar åt sin sjukdom. Det är något sjukvårdspolitikerna bör fundera över. Spetspatienten Sara Riggare beskriver hur hon, trots en allvarlig kronisk sjukdom, bara har kontakt med vården en timme om året – resten av tiden är egenvård. Oavsett kronisk sjukdom eller ej, ägnar de flesta av oss mer tid åt vår hälsa än åt sjukdom. Det betyder att när väl vården kommer in ska den passa in i vårt övriga liv – inte tvärtom. Förväntan på hur vi ska kunna interagera med vården förändras i takt med att vårt övriga liv förändras.

När vårdens planerare försöker styra våra vårdkontakter simmar de uppströms. De kan i viss mån påverka hur vi möter de innersta cirkelarna av hälsosystemet men i allt mindre utsträckning ens det. Det är också långt ifrån säkert att vi när vi väl möter vården har samma önskemål som den som planerar vården. Det finns ett betydande värde av kontinuitet - det vet vi. Att möta samma vårdpersonal vid flera tillfällen leder till bättre medicinska resultat, i varje fall för grupper med komplex sjukdom. För individen däremot kan det likväl vara så att man vill vara mer anonym och inte dela med sig av hela livet till läkaren för stunden. Eller så är det helt enkelt bara mycket smidigare att gå till vårdinrättningen nära jobbet när man är där, nära hemmet vid ett annat tillfälle och i en annan stad om man är på resa. Av alla öppenvårdsbesök som sker i våra tre största regioner/landsting är det bara drygt hälften som sker på den vårdcentral där patienten är listad. När debatten går hög kring norska fastläkarreformer och liknande kan det vara värt att fundera på vad vi som möter vården faktiskt efterfrågar.

Det har blossat upp en het debatt kring värdet av digitala vårdmöten. I en artikel i Ekonomisk debatt (3/2018) skriver Mårten Blix och Johanna Jeansson om nätläkare. De konstaterar att vårdkontakt via internet är en positiv innovation som förbättrar bristande tillgänglighet i primärvården och att den kritik som riktats mot att digitala vårdtjänster uppmuntrar till överutnyttjande delvis är missriktad. Kraften bör ägnas åt att anpassa systemet som alla vårdgivare verkar i. Avgörande är att innovationerna används för att förbättra samarbetet över hela vårdkedjan och att ersättningssystem utformas så att de inte bromsar innovationer som kan avlasta befintlig vårdstruktur.

Samtidigt blottlägger debatten också en mer fundamental fråga - **vad som är värde behöver inte alltid vara samma sak för patienten som för vårdplaneraren.**

Även enklare åkommor ur vårdens perspektiv kan vara stora händelser för den enskilde. Att under några veckor behöva anpassa sitt liv till oförutsägbara besöksvänder, remitteringar mellan olika aktörer och oklara besked om vad som ska ske när, kan ställa till med enorma svårigheter i relation till ett hektiskt arbets- och privatliv. Effektiva flöden för alla typer av patienter är kanske lite av en lyxfråga ur ett inifrånperspektiv men sällan för den som möter vården utifrån.

Många av de nya aktörer som dyker upp, med offentlig eller helt privat finansiering, tar sin utgångspunkt i medborgarnas vardagsbehov. De tillämpar en logik som kommer från andra tjänsteområden och som vi är vana att möta i andra sammanhang än vården.

Bilden nedan får symbolisera en offentlig vård under press. Från utsidan kommer nya krav och förväntningar från medborgarna samt utmaningar från nya aktörer med nya typer av teknik och organisatoriska lösningar. Inifrån är utmaningarna att hitta sätt att få medborgarna att passa in sig i vårdens lösningar kring samverkan och sammanhållen vård samt att hitta vägar att ta vara på den nya tekniken inom den egna organisationen.

Figur 2. En hälso- och sjukvård pressad från två håll



Sjukvården pressas mellan kraven på yttre och inre effektivitet. Den pressas också av en teknisk och organisatorisk förnyelse som i betydande utsträckning leds av nya externa aktörer. Ska den offentligt finansierade vården inte bli omsprungen måste den förhålla sig till den utmaningen. Att göra det på ett framgångsrikt sätt handlar antagligen mindre om direkt styrning ovanifrån och mer om ett tydligt politiskt ledarskap.

### **Politik är inte bara styrning, det är ledning också - våga leda för ett perspektivskifte**

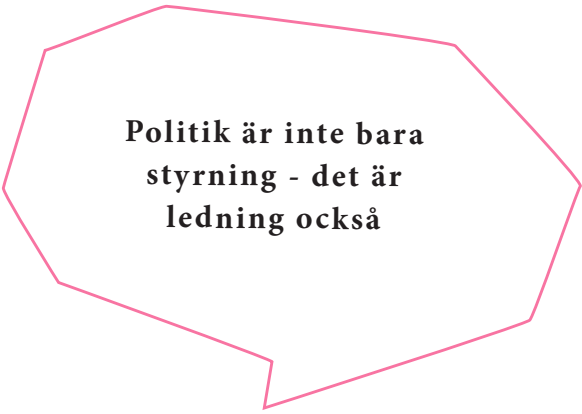
En hälso- och sjukvård som ska fokusera på värde för de man faktiskt möter måste tillåta mötet att formas lokalt i verksamheterna. Politiken å andra sidan behöver både komma närmare och längre från verksamheterna. Närmare i dialog med patienter och verksamheter om vilka förutsättningar som krävs men längre ifrån den vardagliga driften. Mycket tid och energi läggs i dag på förvaltningsfrågor. Sjukvården skulle kunna må bra av fristående ”myndigheter”. Om den statliga förvaltningen kan leva med en större distans mellan politiken och verksamheterna borde det kunna fungera i vården. Det politiken är helt oundgänglig för är den grundläggande systeminfrastrukturen. Det är riktigt stora

investeringar, IT-stöd, analys och uppföljning (både övergripande och utifrån verksamhetens behov) och stabila enkla ersättningssystem. Större, friare och färre penningpåsar men med nära och kontinuerlig uppföljning skapar utrymme för innovation.

Är det fler närakuter, minivårdcentraler eller mer distansvård som behövs? Det behöver inte vara frågor som kräver politiska svar. Däremot måste politiken vara tydlig och leda när det gäller aktörernas skyldighet att anlägga ett utifrånperspektiv på sin verksamhet. Det rör ett fundamentalt perspektivskifte och kommer inte att gå av sig självt. Det kräver en tydlighet såväl i offentligheten som internt i den egna organisationen. Politiken måste också vara redo att svara upp när verksamheterna kommer tillbaka och lyfter förändringsbehov. Ett uppdrag och mandat att förnya vården utifrån medborgarnas vardagsbehov får inte bli synonymt med att politiken abdikerar från ansvar. Om styrkedjan ska fungera bättre utifrån och in kräver det att den fungerar hela vägen upp. Extra viktigt är det att politikerna är beredda att ta ansvar för konflikter mellan olika mål och att de hela tiden har en nära dialog med verksamheterna om förutsättningarna för uppdraget.

Efter några år av samtal om värdebaserad vård har kanske begreppet tappat lite av sin lyster och kraft, kanske delvis beroende på oklarheter kring begreppet och att orden i sig har fått en negativ klang. Många av byggstenarna i sig är både okontroversiella och nödvändiga; integrerade vårdenheter, mätning av hälsoutfall och kostnader, ersättningssystem som gynnar vårdepisoder och inte enskilda prestationer, stödjande och väl fungerande IT-system mm. Men samtidigt är frågan om vems värde som ska styra varken enkel eller okontroversiell.

Det talas ofta om att organisera och leda vården utifrån patienternas behov men hur många sjukvårdspolitiker har på allvar gjort det till sin hjärtefråga? En grundläggande kulturförändring inom en så traditionstyngd verksamhet som hälso- och sjukvården kommer aldrig att komma till stånd utan en enveten och tuff opinionsbildning och ett konsekvent ledarskap.



**Politik är inte bara  
styrning - det är  
ledning också**

## Möjliggör för ny teknik

Det råder ingen tvekan om att teknikutvecklingen inom vården går snabbt och kan gå ännu snabbare. Många av de stora framsteg som görs när det t.ex. gäller minskad dödlighet har sin grund i bättre behandling – nya metoder och nya läkemedel. Det finns också allt fler exempel på hur ny teknik i hemmen hjälper patienter med egenvård av kroniska sjukdomar och skapar såväl högre livskvalitet som besparingar i form av färre inläggningar. Ytterst sällan har dessa framsteg en grund i direkta politiska beslut. Det är förstås fullt naturligt men kontrasterar något mot den politiska debatt som inte sällan ger en bild av att det krävs nya politiska beslut för att få in mer innovationer.

Det är inte helt uppenbart varför ny teknik i vården blir så mycket politik när t.ex. helautomatiserad handläggning på Försäkringskassan inte blir det. Det är knappast politiska beslut som bäst avgör vilken teknik som ska användas. Det finns dock viktiga möjliggörande insatser att ägna sig åt. Forum för Health Policys stora internationella konferens på temat innovation i februari 2018 jämförde systemen i Sverige, Nederländerna och Schweiz, tre länder som ligger i topp i både innovationsligan och sjukvårdsresultatligan. Likartade möjliggörande policybeslut efterfrågades från alla tre länder med fokus på ersättningssystem som stödjer innovation och ny teknik, som underlättar samarbetet mellan entreprenörer och vårdgivare och som skapar en stödjande infrastruktur.

Även om ny teknik just nu för många tycks vara synonymt med enbart videosamtal över telefon lär detta spela en relativt marginell roll i vårdens digitala revolution. Det som förmodligen kommer att skapa störst förändring är olika former av mer eller mindre intelligenta beslutsstöd och ”botar”. Det engelska nätläkarföretaget Babylon Health använder t.ex. redan i dag en ai-baserad chatbot som klarar en betydande andel av alla kontakter utan att behöva hänvisa vidare till ett video- eller fysiskt besök. Bor du i vissa delar av London kan du i dag lista dig hos Babylon Health, precis som hos en vanlig primärvårdsläkare (GP). Det finns en enorm potential i att på olika sätt samla in stora mängder data och att behandla den med hjälp av mer eller mindre intelligenta automatiserade system.

Redan i dag finns det system i drift när det gäller allt från optimering av flöden på sjukhus till nationellt heltäckande lösningar för att dela patientdata. Automatiserade och självlärande system kan skapa enorma effektiviseringar i många dimensioner. Ett exempel är den snabba utvecklingen av AI-stöd inom cancer. I februari 2017 använde Andre Esteva vid Stanford University 130 000 olika röntgenbilder för att utveckla AI-baserade program för att klassificera hudcancer. Inom bara ett år har AI-stöd för diagnos av hudcancer utvecklats till att ha en bättre träffsäkerhet än de flesta dermatologer klarar av.

Systemen behöver inte vara perfekta eller ofelbara, det viktigaste är att de bidrar till en kvalitetshöjning. Det finns omfattande erfarenhet och evidens kring att komplicerade bedömningar och beslutsfattande blir bättre om de understöds av tydliga rutiner och beslutsstöd, som i exemplet med hudcancer.

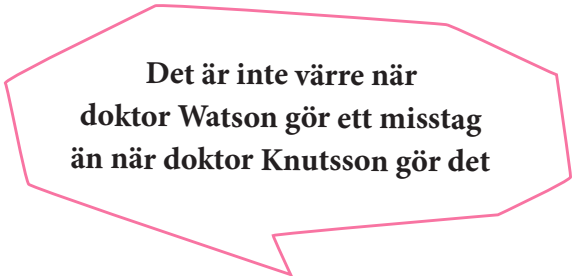
I praktiken är det inte en idealvärld av perfekta mänskliga beslut som utgör den relevanta jämförelsen utan den kliniska vardag där omständigheter av olika slag gör att misstag begås. Enligt Socialstyrelsen resulterar knappt 8 procent av alla vårdtillfällen i en vårdskada. Alla dessa är säkert inte helt undvikbara med ny teknik och fler automatiserade system men frågan är om vi har en jämlik bevisbörda när det gäller gamla och nya arbetsmetoder.

Visst behöver politiken undanröja hinder i form av felaktiga ersättningssystem mm., men **något av det viktigaste som politiker kan göra för att främja en snabbare introduktion av ny teknik är sannolikt att argumentera öppet och flitigt för dess legitimitet och nytta.** Det finns och kommer att finnas ett betydande motstånd. Små brister kan ges oresonliga proportioner. Det är belysande hur t.ex. en dödsolycka med en självkörande bil skapar större rubriker än 1000 dödsolyckor med mänskliga förare. Argumentet för självkörande bilar är inte att de är ofelbara utan att de gör färre fel än mänskliga förare. På samma sätt är förstås inte IBM:s medicinska beslutsstöd Watson ofelbart utan det intressanta är om det och andra liknande system leder till färre fel än i dag.

**Det är inte värre när doktor Watson gör ett misstag än när doktor Knutsson gör det.**

Det finns ett stort arbete att göra för sjukvårdspolitikerna för att bygga opinion och bana väg för den nya tekniken. En central del av detta arbete lär vara att inte acceptera orimliga krav på ofelbarhet. Ett annat centralt område för politiska insatser som kan främja ny teknik är att undanröja onödiga hinder för användande av data. Balansen mellan integritet och nytta i vården är förvisso inte enkel men den kan inte heller delegeras till jurister. Det är en genuint politisk fråga var gränser ska dras och det legala ramverket är i stor utsträckning påverkligt med inhemsk lagstiftning – dataskyddsförordningen ger ett stort utrymme för detta.

Många politiker tenderar att ducka i dessa frågor och styr betydligt mindre än i andra sammanhang. Den oerhört utdragna processen med den nationella läkemedelslistan är ett exempel på detta, det ännu inte existerande primärvårdsregistret är ett annat. Om det ska ske en verklig digital revolution i vården kommer det att krävas ett helt annat politiskt ledarskap än det vi sett hittills.



**Det är inte värre när  
doktor Watson gör ett misstag  
än när doktor Knutsson gör det**

## Vad är effektiv sjukvårdspolitik?

Den som tycker att de frågor vi lyft i denna rapport redan diskuteras flitigt av svenska sjukvårdspolitiker har absolut en poäng. Sammanhållen vård, värdebaserad vård och digitalisering av vården har varit ämnena för ett otal seminarier, konferenser och strategipapper de senaste fem åren. Den fråga vi vill ställa är om svenska sjukvårdspolitiker ägnar sig åt rätt saker för att förverkliga ambitionerna. Det här ska vara en rapport om sjukvårdspolitik, men vad är det?

Vår tes är att sjukvårdspolitik är det som sjukvårdspolitiker ägnar sig åt när de gör politik av sitt område. Med politik menar vi en diskussion kring värderingar och motsättningar och om kommunikation med väljarna. Det är något annat än paneldiskussioner hos Dagens Medicin eller i Almedalen. Politik har kraft att förändra. Men förändring kräver ansträngning.

Att göra om de grundläggande strukturer som formar hur pengar fördelas, hur vårdens uppdrag definieras, hur en ansvarsutkrävande uppföljning kan gå till och hur privata aktörer kan bidra, det kan skapa en mer sammanhållen vård och omsorg.

Att, även när det blåser, ta patienternas och skattebetalarnas sida och stå upp för en omställning till värdebaserad vård som kan skapa en vård som ser sig själv utifrån och in. Som låter våra vardagsbehov forma våra möten med vården. Som utmanar de nya aktörerna om ledartröjan. Som möter medborgarnas förväntningar om en service på den nivå som andra tjänster ger.

Att våga jämföra vårdens verkliga verklighet med nya arbetssätt och tekniska lösningar kan bereda vägen för en riktig digital omställning. Och att ta politiskt ansvar för regelverket kring data kan lösa upp de knutar som andra knutit.

Att göra politik av detta är att fylla en valrörelse med dessa frågor. Att göra politik av det är att ta offentlig strid med motståndet. Att göra politik av det är att binda sig själv vid löftet att detta är vad vi ska åstadkomma. Denna sjukvårdspolitik finns absolut. Men den är inte dominerande. Den kommer ofta i skuggan av andra mer hemvana politiska strider.

Vår bild är att svenska sjukvårdspolitiker har en tydlig bild av hur de vill förändra hälso- och sjukvården. Däremot tror vi att de bör fundera lite mer på hur de ska ta sig dit de vill. På hur en sjukvårdspolitik ser ut som faktiskt skapar förändring och verkligen styr vårdens utveckling. På en sjukvårdspolitik som skapar innovationsvänliga och effektiva system med hög kvalitet.

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:

