

Covidpandemin har blottlagt strukturproblemen inom svensk hälso- och sjukvård!

Förvaltningsmodellen måste ändras.

Förslag

Sammanfattning

Strukturproblemen inom den svenska hälso-och sjukvården har blottlagts genom Covidpandemin och Coronakommissionens analyser. I ett historiskt perspektiv är problemen inte nya. Redan förhållandet med flera regioner innebär påtagliga svårigheter att leva upp till lagstiftningens portalparagraf om vård på lika villkor för hela befolkningen. Men problemen har undan för undan skärpts i takt med att regionerna blivit alltmer självständiga genom ökade uppgifter, som tagits över från till exempel länsstyrelserna. Men också genom att statliga myndigheter successivt har tonat ner sin myndighetsutövning. I stället framträder Sveriges kommuner och regioner (SKR), som iklätt sig en roll med myndighetsutövning, inte bara som förhandlare och samordnare. Detta har påtalats av Riksrevisionen, som varnat för en illegitim styrning.

Till problembilden hör också att tillgängligheten och produktiviteten har försämrats samtidigt som antalet vårdplatser har minskat. Att administrativa funktioner förstärkts relativt sett mycket mer än vårdpersonalen är också anmärkningsvärt.

Samtidigt kan konstateras att svensk hälso-och sjukvård rankas fortfarande högt i internationella studier när i första hand vårdens kvalitet i form av dödlighet inom olika sjukdomar studeras. Detta förhållande jämte svårigheterna att helt och hållet avveckla den regionala nivån gör att vi förordar en rejäl minskning av antalet regioner och sneglar i detta sammanhang på tidigare statliga utredningar, som förordat sex-sju regioner. Samtidigt förordas en tydligare statlig myndighetsutövning. För detta talar kravet på en klarare rollfördelning i förhållande till SKR, men också att nya medicinska förutsättningar och Sveriges storlek i förhållande till befolkning skärper kravet på nationell samverkan.

Det grundläggande kravet på vård på lika villkor bör vara vägledande för andra viktiga intentioner i vården såsom konkurrens och mångfald för att inte tala om god tillgänglighet och hög effektivitet. Dessa honnörsord kan troligen respekteras bäst med inslag av privat vård, inkl. möjligheter till s.k. non-profit verksamhet och/eller begränsning av omotiverade vinstuttag.

Coronakommissionen

Kommissionen har nu avlämnat två betänkanden. De beskriver utomordentligt väl tillkortakommanden och haverier. Det tredje, som överlämnas i slutet av februari 2022, kommer att inriktas på själva ansvaret för de beskrivna problemen.

Kommissionen är mycket tydlig i sina iakttagelser och konklusioner. Pandemin har på ett obarmhärtigt sätt avslöjat existerande svagheter i den rådande svenska ordningen: a) med huvudmän som inte fullgjort sin beredskapsplanering, b) med en regering och centrala myndigheter som i en pandemisation saknat legala medel att beordra regionerna att snabbt vidta åtgärder och c) en smittskyddslag med betydande brister. Ett konkret exempel är hur lång tid det tog att expandera coronatesterna i initialskedet, vilket skedde först efter långdragna förhandlingar mellan staten och SKR om att få full kostnadstäckning från staten.

Folkhälsomyndighetens förre generaldirektör Johan Carlsson påtalade svårigheterna att få genomslag för nödvändiga åtgärder genom att ha dialog med 21 olika regioner. Det primära målet att skydda de äldre och sköraste medborgarna boende på SÄBO eller med äldreomsorg i hemmet misslyckades man helt med eftersom de inledande smittskyddsåtgärderna var otillräckliga och ineffektiva. Pandemin blev tidigt ett faktum och kommissionen konstaterar att smittspridningen till de äldre sköra i huvudsak var personalrelaterad. Konsekvenserna av Ädelreformen från den 1 januari 1992, som inrebar att kommunerna övertog viss typ av vård från regionerna (dåvarande landsting) samtidigt som regionerna fick ansvaret för att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala omsorgen med oftast sköra och svårt sjuka äldre, blev mycket kännbara.

Historisk återblick

Sedan slutet av 1960-talet har ansvaret för att planera, organisera och driva den svenska hälso- och sjukvården varit landstingens – numera regionernas – uppgift i kraft av riksdagsbeslut och framför allt den egna beskattningsrätten, som kom att utnyttjas allt flitigare. Staten utövade dock främst genom först Medicinalstyrelsen och från 1968, Socialstyrelsen, en betydande styrning (visavi sjukvårdens huvudmän) främst avseende inrättandet av läkartjänster (och därmed vårdens specialisering) och investeringar i sjukvårdsbyggnader ända fram till slutet av 1970-talet. Samtliga huvudmän skulle dessutom arbeta fram hälso- och sjukvårdsplaner på 1970-talet enligt centralt fastställda direktiv. De underställdes Socialstyrelsen för granskning och samråd. Genom nämnden för undervisningssjukhusen utbyggnad och utrustning (NUU) behöll dock statsmakterna en långtgående styrning av utbyggnad och utrustning av undervisningssjukhusen även under 80-talet.

Successivt växte motståndet mot begränsningarna i det kommunala självbestämmandet. Detta resulterade i bland annat en ny hälso- och sjukvårdslag av ramkaraktär fr.o.m. den 1 januari 1982. Den s.k. begränsningskungörelsen från senare delen av 70-talet minskade också centrala myndigheters möjligheter att införa nya kostnadsdrivande regler och föreskrifter. Det statliga centrala inflytandet skulle främst utövas genom s.k. kunskapsstyrning.

Nuläget

Trots en omfattande lagstiftning, som vilar på intentionen om lika vård, varierar hälsoläget inom och mellan regionerna för olika sjukdomar, beroende på betydande skillnader i vårdutbud och tillgänglighet till vård. Att besluten om att införa nya kostnadskrävande teknologier och behandlingsmöjligheter fattas lokalt av regionernas politiska nämnder kan vara en viktig förklaring. Det är uppenbart att Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en vård på lika villkor icke är förenlig med nuvarande vårdstruktur baserad på 21 regioner med långtgående politiskt självbestämmande. Sakernas tillstånd förvärras ytterligare av att ansvariga centrala myndigheter som SoS och IVO i det stora hela saknar direktiv rätt gentemot de självständiga regionerna.

Gamla problem

Trots sitt mångåriga lednings- och driftansvar för hälso- och sjukvården har landstingen/regionerna inte lyckats bemästra de problem och brister som finns när det gäller tillgänglighet, patientnöjdhet, kontinuitet, produktivitet och effektivitet. Detta har visats i utredningar av bland annat av OECD vid jämförelser med många andra länder, till exempel Nederländerna, men också våra nordiska grannländer. Det gäller oberoende av finansieringsform (försäkringslösningar eller skattefinansiering). OECD har dessutom visat att Sverige har flest specialistutbildade läkare i västvärlden, men få läkarbesök, särskilt per läkare, samtidigt som vi har minst antal vårdplatser, inte minst IVA-platser, per 1000 invånare. Däremot inrymmer den svenska sjukvården förhållandevis tunga administrativa funktioner.

Ändå: Sverige står (fortfarande) med hög internationell ranking

I jämförande studier där fokus är hur sjukvårdssystemen fungerar i vid mening i avseende på medicinska resultat och hälsoläget i befolkningen intar Sverige mycket framskjutna placeringar. Ett exempel är Agenda 2030, som är FN:s mål för global utveckling. Här har studerats 37 indikatorer, särskilt kopplade till hälsa. I jämförelse med 188 länder kommer Sverige på tredje plats efter Singapore och Island.

I en annan studie "The global burden of Disease study" med data för perioden 1990 - 2015 studeras dödligheten i 32 sjukdomar med hjälp av ett sammanfattande mått, som benämns Healthcare Quality and Access Index. Andorra, Island och Schweiz har hela tiden haft topplaceringarna på rankinglistan, medan Sverige legat på en stabil fjärdeplats, som vi i senaste mätningen delar med Norge.

Dessa resultat motiverar varsamhet då grundstrukturerna i det svenska sjukvårdssystemet skall utvärderas inför eventuella förändringar - d.v.s. "släng inte ut barnet med badvattnet". En sakligt baserad ändring av grundstrukturen utesluter självfallet inte en anpassning av vårdinstitutioner efter nya sjukdomsmönster, nya läkemedel och ny medicinsk teknik etcetera (Strukit ett par rader)

Behov av förändringar

Tidigare statsminister Stefan Löfven upprepade flera gånger att det behövs förändringar av vården när pandemin väl är över. Coronakommissionen har i sina två delrapporter varit tydlig med att förändringar behövs och lär återkomma i frågan. I Norge övertog staten ansvaret för sjukhusvården från fylkena för ca 20 år sedan. I Danmark lade man ned amten, halverade antalet kommuner och förde över sjukhusen i en statligt styrd organisation också för ca 20 år sedan.

I Sverige utreddes den svenska förvaltningsstrukturen av Ansvarskommittén under ledning av Mats Svegfors.. Kommitténs förslag, som presenterades för 15 år sedan, innebar en bantning av såväl antalet landsting som länsstyrelser med alternativen 6 – 7 sjukvårdsregioner och motsvarande antal länsstyrelser med överlappande geografisk indelning. Regeringen Reinfeldt valde att inte gå vidare med Svegfors förslag. Löfvenregeringen "ett" utsåg två sammanläggningsdelegerade/Indelningskommittén (Barbro Holmberg och Kent Johansson) med uppgift att konkret pröva om det skulle vara möjligt att genomföra Ansvarskommitténs förslag. Trots ett gediget förankringsarbete gick det inte att komma vidare i strukturfrågan.

Försök har alltså gjorts seriöst i Sverige att förändra såväl förvaltningsstruktur som vårdens organisation. Var finns hindren? Professor Bo Rothstein har i en debattartikel nyligen påpekat att våra politiska partier har sin egentliga maktbas i kommuner och regioner i form av på olika sätt avlönade fritids-, deltid- och heltidspolitiker verksamma i nämnder, styrelser och fullmäktigeförsamlingar. Att vara hel- eller deltidstjänstgörande kommunal- eller regionråd är tunga och prestigefyllda uppdrag. Under de senaste decennierna har också antalet politiska positioner i regioner och kommuner ökat med införandet av nya nämnder och beredningar. Varje utbyggnad av den politiska organisationen leder till nya behov av kanslier och fler administrativa tjänster.

Detta syns tydligt om man tittar på personalutvecklingen. I regionerna har den administrativa personalen inom hälso- och sjukvården ökat långt mer än vårdpersonalen. Som exempel kan nämnas att antalet handläggare och administratörer inom hälso- och sjukvården ökade med drygt 34 %, medan antalet specialistutbildade läkare ökade med knappt 6 % och sjuksköterskor med drygt 3 %, samtidigt som antalet läkarsekreterare (motsvarande) minskade med 0,5 %, vilket innebar en ökad belastning på främst läkare och sjuksköterskor. Dessa förändringar skedde på åtta år, från 2010 till 2018 (Källa: SKR).

Ett annat mera grundläggande problem med flera politiska nivåer och med ofta olika politiska sammansättningar är svårigheten att i val kunna utkräva politiskt ansvar, som ju den svenska demokratin bygger på, nationellt, regionalt och kommunalt.

Vilka är hindren för "alltför radikala" strukturåtgärder?

En given fråga är om riksdagspartiernas lokala och regionala maktbaser av ren självbevarelsedrift hindrar långtgående strukturåtgärder om man inte samtidigt också löser frågan om hur det fortsatta lokala och regionala politiska inflytandet skall organiseras. Regionernas vara eller icke vara är också en svår nöt att knäcka mot bakgrund av den nuvarande förvaltningsstrukturens ca 150 år långa existens. En del röster har höjts för att som i Danmark och Norge göra sjukhusvården till en statlig uppgift med eller utan regionerna som utförare. Det skulle också leda till ett delat huvudmannaskap för vårdens två giganter – primärvården och sjukhusvården - som sedan många år tillbaka utvecklat ett alltmer omfattande och bredare samarbete med stort beroende av varandra.

Den svenska primärvården har dessutom en helt annan struktur och väsentligt bredare uppgift än i Danmark och Norge där primärvården är baserad på privatpraktiserande respektive kommunalt anställda praktiker.

Sveriges långa tradition med långtgående kommunalt självstyre gör att strukturförändringar, som tar sikte på att avveckla regionerna helt och hållet, blir svåra att genomföra, inte minst politiskt. Utvecklingen av landstingen till regioner med övertagande av en rad uppgifter från staten/länsstyrelserna efter millennieskiftet har ju dessutom stärkt den regionala nivån. Men också, för att vara ärlig, försvårat följsamhet till hälso- och sjukvårdslagens portaltanke om lika vård i hela landet.

Därutöver skulle frågan om staten kan vara den bästa huvudmannen för sjukhusvården sannolikt hamna i politisk långbänk med förlamande konsekvenser för organisatoriska förändringar i övrigt, som annars skulle kunna ha genomförts. Detsamma gäller en avveckling av regionerna till förmån för en privatisering, vilket dessutom skulle innebära att kravet på lika vård blir ännu svårare att beakta.

Delat huvudmannaskap för sjukhusvård och primärvård?

Med primärvård i Sverige menas den primärvård som bedrivs under regionernas huvudmannaskap. Den har ett brett uppdrag och svarar för majoriteten av alla patientbesök i den svenska hälso- och sjukvården inklusive såväl läkarbesök som sjuksköterskebesök och kontakter i rehabilitering. Den finansieras till ca 70 % av regionala skatteintäkter och ca 20 % av statsbidrag. Resterande del består av egenavgifter mm. För närvarande och sedan en tid tillbaka pågår en omställning i den svenska hälso- och sjukvården enligt riksdagens beslut 2020-11-18 angående regeringens proposition "Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform" (Prop 2019/20:164). Propositionen och beslutet baseras på de statliga utredningarna "Effektiv vård" (SOU 2016:2) och "God och Nära vård" (SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19). Beslutet och omställningen innebär bland annat att den regionala primärvården ska stärkas och utgöra navet i den svenska hälso- och sjukvården. Primärvården ges ett nytt och utvidgat grunduppdrag som regleras i hälso- och sjukvårdslagen. I propositionen fastställs bland annat att primärvårdens samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården ska utvecklas och stärkas och regleras i avtal. Varken ovan nämnda utredningar eller regeringens proposition tar upp frågan om förändrat huvudmannaskap för primärvården respektive sjukhusen.

Att överföra huvudmannaskapet för primärvården från regionerna till 290 kommuner av högst varierande storlek skulle enligt vår mening riskera att leda till en splittrad utveckling och snarast motverka

syftet med en jämlik och effektiv vård. Med detta sagt bör regionerna fortsättningsvis vara den politiska basen för hälso- och sjukvården, såväl den slutna vården som primärvården.

Hur kan man gå vidare med strukturåtgärder? Väsentligt färre regioner!

Erfarenheterna under pandemin har tydligt visat att uppdelningen av hälso- och sjukvårdsansvaret på 21 regioner med högst varierande storlek och ekonomi inte är optimal. Behovet av en strukturreform som bättre kan tillgodose lagstiftningens grundläggande intention om lika vård och som dessutom bättre beaktar kravet på nationell samordning av den samlade sjukhusvården är uttalat. Härutöver framträder kravet på tydligare nationell styrning. Detta inte minst tack vare vad som uppenbarats under pandemitiden och beskrivits av Coronakommissionen.

Ansvars- respektive Indelningskommitténs förslag om väsentligt färre regioner och länsstyrelser beaktar kravet på en ökad samordning och större möjligheter att tillskapa lika vård för hela befolkningen. Samtidigt är kanske det förslaget det politiskt minst ingripande i och med att det i huvudsak kan baseras på nuvarande regionsjukvårdsorganisation. Det har dessutom fördelen att man behåller en sammanhållen vårdkedja. De medicinska problemen inom den kommunala äldreomsorgen borde kunna lösas genom en bättre samverkan där regionerna bland annat avsätter tillräcklig tid för läkarmedverkan i den kommunala omsorgen och säkrar fast läkarkontakt och kontinuitet samt utvecklar teamarbetet med kommunerna. Det kan noteras att varken i utredningen "God och Nära Vård" (SOU 2020:19), i kommunernas remissyttranden inklusive SKR eller i regeringens proposition (prop 2019/20:164) förordas en lösning där kommunerna själva anställer läkare.

För de politiska partiernas maktbaser innebär detta färre regionala positioner – ett pris man kanske är beredd att betala postpandemiskt. Den administrativa överbyggnaden borde också kunna bantas rejält. Färre regioner skulle också underlätta en ökad statlig samordning och vid behov styrning genom väsentligt färre parter för både regeringen och nationella myndigheter att föra dialog med. Värt att notera är att Regeringen redan har inlett omdaningsarbetet genom tillsättandet av två utredningar, dels en för att ta fram en heltäckande äldreomsorgslag, dels en översyn av lagstiftningen för att ge regeringen bättre beslutskapacitet vid pandemier eller annan typ av nödläge. Pandemierfarenheterna kommer också med stor sannolikhet att bland annat leda till en skärpt smittskyddslagstiftning men också lagstiftning för att uppnå en rimligt god beredskap för att bättre kunna möta framtida nya pandemier och katastrofer av annat slag. Detta gäller inte minst Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) blev tagna på sängen och de dåliga förberedelserna beträffande skyddsutrustning, lagerhållningar mm.

Ytterligare åtgärder: statlig styrning och nationell samordning

Statsbidragen till regioner och kommuner är numera omfattande vilket kan kopplas till att de kommunala skattesatserna är påfallande höga med föga utrymme för fortsatta höjningar. Pandemin har lett till mycket stora höjningar av statsbidragen både av generell och riktad natur. Med en allt högre statlig finansiering av de kommunala och regionala verksamheterna vore det rimligt om det statliga inflytandet och uppföljningen ökade på bekostnad av det kommunala självstyret. Detta kan göras genom att ny tvingande lagstiftning enligt ovan kompletteras med ett återinförande av en rimlig grad av befogenheter och sanktionsmöjligheter för centrala myndigheter som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och IVO för att se till att gällande lagstiftning tillämpas fullt ut. Andra exempel på angelägna områden för nationell planering och samordning är dimensionering och finansiering på personalförsörjningsområdet jämte utveckling av system för digitala tjänster

En ökad nationell styrning behöver inte bara vara en ökad statlig styrning. Exemplet Rikssjukvårdsnämnden, där regionerna delar inflytandet med staten, kan kopieras till fler områden där nationell

samordning kan leda till en bättre och mer jämlik vård. Det är vidare lämpligt att centrala myndigheter som idag utreder och fattar beslut om att godkänna nya särskilt kostnadskrävande tekniker och läkemedel följer upp hur införandet sker i regionerna. I en föränderlig medicinsk värld och nya vårdbehov understryks att allt inte kan göras "överallt" och att Sveriges storlek i förhållande till befolkning skärper kraven på samverkan inom landet, men troligen också med våra nordiska grannar.

Avvägningen mellan olika insatser inom vården bör emellertid inte avgöras centralt i detalj. Det måste finnas ett decentraliserat ansvar för att balansera resursinsatserna för varje patient, för kliniken och för sjukhuset/vårdinrättningen. Detta för att uppnå så god hushållning som möjligt av tillgängliga resurser.

Lika vård, men också god tillgänglighet och hög effektivitet

Inom ramen för ett fortsatt regionalt ansvar måste hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om lika vård tillgodoses. Detta grundläggande krav bör vara vägledande för andra intentioner i vården såsom konkurrens och mångfald för att inte tala om god tillgänglighet och hög effektivitet. Dessa honnorsord kan troligen respekteras bäst med inslag av privat vård, inkl. möjligheter till s.k. non-profit verksamhet och/eller begränsning av omotiverade vinstuttag. Nationell styrning/samordning bör tillse att villkoren och förutsättningarna är desamma, oavsett om vården sker i offentlig eller privat regi.

Att ta tag i eftersatta vårdbehov, som bland annat uppkommit i spåren av pandemin kommer även i fortsättningen att ställa stora krav på förmåga till omställning av verksamheten de närmaste åren.

Konsekvenserna för Sveriges kommuner och regioner (SKR)

SKR är en medlems- och arbetsgivarorganisation med uppdrag att vara en förhandlings-, service- och rådgivningsorganisation för sina medlemmar. SKR styrs av en av medlemmarna vald politisk styrelse. SKR är således ingen myndighet även om den ofta uppfattas som sådan, vilket bland annat får konsekvenser i informationsutbytet med statliga myndigheter. En väsentlig del av den centralt beslutade pandemihanteringen har bestått i överenskommelser om olika typer av åtgärder mellan regeringen och SKR, bland annat för finansieringen av en expanderad provtagningskapacitet.

Som intresseorganisation skall SKR värna det kommunala självstyret. Det innebär att man inte kan förvänta sig samma objektivitet från SKR som från en statlig myndighet. Det är mot den bakgrunden man bör uppmärksamma att Riksrevisionen har påtalat risken med att ge SKR ett stort inflytande över sjukvårdens styrning (2017). I och med överenskommelser med regeringen får SKR i praktiken en myndighetsliknande roll, ej endast att förhandla och samordna. Detta trots att samma möjlighet till insyn och ansvarsutkrävande inte finns.

Regeringen rekommenderas istället att använda sig av statliga myndigheter för att förverkliga sin politik, vilket innebär att till exempel Socialstyrelsens under senare år undanskymda roll måste ändras.

En minskning av antalet regioner undanröjer inte risken för SKR:s "myndighetsutövning", men gör det betydligt lättare att uppmärksamma detta illegitima förhållande.

Avslutning

Coronakommissionens tredje och sista rapport kommer förhoppningsvis att behandla behovet av strukturåtgärder för att åtgärda de brister och tillkortakommanden som man redan redovisat. Särskilt värt att notera är Commissionens lovord i sin andra rapport över vårdpersonalens oskattbara insats för att klara såväl covidvård som övrig nödvändig vård genom att leda och praktiskt genomföra

nödiga akuta förändringar av vårdens organisering och dimensionering. I det fortsatta förändringsarbetet är det av stor vikt att ta vara på engagemanget hos vårdens professioner. Detta behövs då den fortsatta resan för landets regioner lär bli svår både politiskt och praktiskt.

Kurt Roos och Per-Olof Brogren i nära samverkan med övriga i tankesmedjan NHS's modellgrupp Henric Hultin, Hans Johanson, Hans Ekman, Jan Bengtsson, Olle Stenström och Yngve Johansson, som alla haft ledande uppdrag i den svenska hälso- och sjukvården.