

Svensk sjukvård: framtida svårigheter och möjligheter.

Sammanfattande presentation av NHS Dialogmöte 24-03-19 samt författarnas slutsatser beträffande risker och nödvändiga åtgärder för att framdeles anpassa svensk sjukvård till hållbar utveckling avseende *tillgänglighet, produktivitet, ekonomi och strukturalternativ i jämförelse med andra länder, givet betydande framtida problem med kompetensförsörjning. Perspektiv och slutsatser är författarnas personliga slutsatser.*

Tillgänglighet, produktivitet och ekonomi.

Svensk sjukvård klarar inte att leverera lagstadgad tillgänglighet enligt Vårdgarantin trots att problemen är välkända sedan många år. Problemens omfattning varierar mellan kommuner, regioner samt medicinska specialiteter. Primär- och nära vård redovisar signifikant bättre tillgänglighet (ca 89%) än svensk specialistvård till första besök (50-90%). Väntetider till operation eller annan interventionell åtgärd är 38-88%. Högspecialiserad vård har ännu sämre tillgänglighet i samband med utfärdad remiss. Andelen cancerpatienter som utreds enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) är ca 80%, men andelen cancerpatienter som verkligen erhåller förväntad utredningstid enligt SVF är endast 40%.

Siffrorna implicerar att nuvarande sjukvårdsstrukturer och tillgängliga styrmedel är otillräckliga och ineffektiva för att tillgodose levererad vård som motsvarar medicinsk utveckling nationellt och internationellt. Traditionella "sparbeting" och "reducerad personalbemanning" är fel och otillräckliga åtgärder för att vända utvecklingen.

Kostnaden för svensk vård och omsorg är ca 615 Mdr per år, varav ca 270 Mdr är kostnad för anställdas frånvaro pga ohälsa och sjukdom, vilket kanske delvis speglar arbetsmiljön inom vården. Den årliga kostnadsutvecklingen i vården motsvarar ca 3-3,5% (löner, tjänster, produkter) medan statens skatteintäkter endast ökar 1,5-1,6% per år. Därmed är det uppenbart att svensk sjukvård aldrig kan spara sig till uthållig och kvalitetsdriven verksamhet, givet ständigt ökande kostnader för mer avancerade vårdprodukter och behandlingstjänster. Därmed behövs andra mekanismer än strukturbaserad budget och sparsamhet.

Sjukvårdens status: offentlig och privat vård har rimligt god kvalitet; ekonomin är förutsägbar; produktiviteten är låg och delvis undermålig; utnyttjandet av enorma kapitalinvesteringar är generellt oacceptabelt låg. Viktigaste förändringsåtgärder borde därmed vara att konkurrensutsätta offentlig och privat planerad vård med produktionsrelaterad budget och intäkter. En sådan förändring skall emellertid inte begränsas till konkurrens mellan privat och offentlig vård; alla vårdgivare skall konkurrera inbördes enligt marknadsmässiga principer; givet en statlig garanterad kvalitetsgranskning. Därmed kan lokala och regionala hinder avseende remisskrav och patientströmmar upphöra. Befintliga offentliga vårdstrukturer behöver inte avvecklas eller omstruktureras utan kan successivt bolagiseras till lämpliga juridiska format (AB, etc), enligt politiska beslut med olika ansvar för akut vård, primär-, specialiserad- och högspecialiserad vård.

Ersättningsnivåer för alla tjänster kan bestämmas politiskt: att vara diagnos- och åtgärdsrelaterade enligt kostnadsunderlag i ett nuvarande nationellt perspektiv. Sjukvårdsleverantörer/huvudmän som inte klarar sitt uppdrag ur ett finansiellt perspektiv kommer därmed att tvingas fokusera på effektivare produktionsmekanismer, eller lämna plats för mer effektiva vårdleverantörer. En marknadsdriven produktionsmekanism skulle förmodligen innebära att endast ett fåtal chefer med enbart medicinsk utbildning kan skapa och driva finansiellt uthållig

kvalitetsdriven verksamhet. Medicinskt utbildade ledare skulle förmodligen föredra att fokusera på medicinska innehåll för att leverera lagstadgad service till svenska skattebetalare, vilket måste vara ett fundamentalt baskrav.

Ovanstående omställning av svensk sjukvård skall naturligtvis inte ske forcerat under kort tid utan kan genomföras stegvis inom befintliga vårdstrukturer. Politikens driftsansvar kan därmed helt upphöra för att fokusera på kvalitetsgranskning, innehåll och kostnadstak för vårdtjänster. Svensk akutvård kan upphandlas av politiken genom lämpliga producenter i ett demokratiskt formulerat servicenät av bolagiserade enheter/sjukhus. Sannolikt kan svensk sjukvård omstruktureras till ett antal större koncerner för leverans och vård genom dotterbolag med eget resultatansvar. Därmed skulle svensk sjukvård finansieras med eget och lånat kapital genom statligt, regionalt, kommunalt och privat ägande. Verksamhetens styrs genom kompetenta ägarledda styrelser med juridiskt ansvar i analogi med börsnoterade företag/koncerner. Alla svenska medborgare skall ha en statligt garanterad sjukförsäkring som motsvarar dagens och framtidens välfärd.

K. Lundholm
Senior professor, kirurgi, GU

Svensk sjukvård i jämförelse med utländska erfarenheter.

I juni 2023 tillsatte regeringen en kommitté för att analysera huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige. Resultatet av utredningen ska redovisas i juni 2025. Redan i uppdraget har ett statligt huvudmannaskap för sjukvården lyfts fram som den centrala frågan.

Ett intressant faktum med betydelse för en inskränkning av den regionala makten över hälso- och sjukvården är regeringsformens formulering om kommunalt självstyre. "En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den." Emellertid blir troligen kopplingen till det kommunala självstyret irrelevant om hela ansvaret för hälso- och sjukvården lyfts över till staten.

Ett bärande argument i utredningsdirektiven för en central ledning av hälso- och sjukvården är den ojämna kvalitet som drabbar patienter i olika delar av landet. Till kvalitet räknar man tillgänglighet, bemötande, utfall och kostnader för den enskilde. Till patientens kostnader räknas obehag, väntetider, förlorad lön och rena kostnader för resor mm.

Alla analyser och förslag som kommer från fristående aktörer och som gäller sjukvårdens struktur i Sverige måste för närvarande förhålla sig till den pågående utredningen. Frågorna som diskuteras i denna text är vilka strukturella alternativ till dagens svenska hälso- och sjukvård som kan innebära en förbättring ur olika perspektiv som ligger i linje med utredningens direktiv. Dessa organisationsformer bygger på exempel från andra länder.

Analys: I Mark Britnells *In search of the perfect health system* visar sig ett par faktorer som avviker från den svenska modellen vara väsentliga: stordrift och expertledning. Stordrift innebär att många vårdgivare samverkar i system, metoder, upphandling och uppföljning. I många fall tillhör vårdgivarna samma organisation. Stordrift innebär i allmänhet också att verksamheten leds av experter. Lekmannarollen – "befolkningen" - är att formulera mål för verksamheten, inte att medverka i driften.

Incitament i form av "styckprisersättning" stödjer inte i sig kvalitet och ekonomi, cream-skimming och överutnyttjande är vanlig komplikation. Vissa modeller har inre incitament d.v.s. eventuella överskott återgår till att utveckla verksamheten.

Befolkningsunderlaget för hälso- och sjukvård i Sverige på drygt tio miljoner svarar mot underlaget för ett flertal sammanhållna hälso- och sjukvårdsproducenter runt om i världen. Inte heller avstånden är unika.

Skattefinansiering (den engelska modellen) till skillnad från försäkringsfinansiering (den tyska modellen) utgör inget hinder för expertledd och sammanhållna hälso- och sjukvård. Den norska modellen med skattefinansiering av expertledd hälso- och sjukvård utgör ett exempel. Däremot har den danska modellen kvar splittringen och lekmanaledningen, även om finansieringen flyttats till staten.

Den stora kontaktytan mellan allmänheten och hälso- och sjukvården är primärvården. Om man anser att kontinuitet utgör en kvalitetsgaranti är den svenska primärvården i särklass sämst i norra Europa. Bakom de höga siffrorna på kontinuitet – en äkta husläkare – i andra länder döljer sig ekonomiska incitament, som till skillnad från i Sverige är personliga snarare än kopplade till större enheter.

Slutsats: Sammanfattningsvis kan man bedöma att en expertledd sammanhållna hälso- och sjukvård med standardiserade rutiner och utrustning liksom koncentration av vissa verksamheter skulle med hänvisning till internationella erfarenheter kunna innebära både bättre kvalitet – tillgänglighet, bemötande, kostnader och medicint utfall – och större effektivitet, "value for money".

Ingvar Karlberg
Professor emeritus, Med Fak, GU

Kompetensförsörjning i svensk sjukvård.

Den svenska sjukvården och välfärden hävdar sig väl i jämförelse mellan länder inom OECD. Men situationen kommer att förändras. En bekymmersam kompetenssituation har nu börjat kännas av och beror inte främst på vad som kan benämnas effektivitetsproblem utan primärt på en alltmer kännbar brist på personal.

Svårigheten att rekrytera personal i kombination med begränsade ekonomiska ramar resulterar i att ytterligare vårdplatser stängs, vilket befäster en situation för Sverige med lägst antal platser bland jämförbara länder i världen. Färre vårdplatser leder ofta till fler överbeläggningar, längre patientköer och risk för lägre vårdkvalitet med ett växande missnöje hos befolkningen som följd. Detta sker samtidigt som primärvården har begränsade resurser med relativt få allmänläkare.

Ännu så länge har personalbristen ursäktats med begränsade ekonomiska ramar. Av budgetmässiga skäl har personal således avvecklats eller inte kunnat anställas, vilket även gäller nyutbildade personer.

Den alltmer kännbara personalbristen beror väsentligen på befolkningsutvecklingen. Under perioden 2021 - 2031 minskar åldersgruppen 0 - 19 år med 0,9 %, medan gruppen 80 år och äldre ökar med nästan 50 %. Denna utveckling förklarar det krympande utrymmet för personalförsörjningen i hela samhället, men också det kraftigt ökande vårdbehovet, trots stora medicinska framsteg.

Antalet sysselsatta inom Hälso- och sjukvården (enligt HSL) uppgick enligt Socialstyrelsen i nov -21 till 600 000 personer (inkl. privata utförare), eller 12 % av totala antalet anställda, en andel som kunnat förstärkas under de senaste åren. Medan antalet läkare och sjuksköterskor utgör tillsammans 26 % av den nämnda styrkan, svarar undersköterskor och vårdbiträden för 40 %.

Siffror från SKR och Socialstyrelsen visar nu att det kommer att uppstå en personalbrist på 150 000 personer under perioden 2021-2031 inom områdena Hälso-och sjukvård och Omsorger om äldre respektive funktionshindrade.

Bakom dessa siffror döljer sig en utveckling med en halvering av ökningen av antalet sysselsatta i samhället, 169 000 personer jämfört med 370 000 personer under föregående 10-årsperiod. I sex av tio kommuner uppstår en ännu mer utmanande situation, då personer i arbetsför ålder minskar.

Dessutom uppstår ett stort antal pensionsavgångar, samtidigt som vi åldras och kräver mer vård. Den s.k. välfärdskostnaden för en person i gruppen 80 år och äldre är exempelvis 280 000 kronor per år, att jämföras med 60 000 kronor för en person i arbetsför ålder.

Beräkningarna är gjorda på sådant sätt att man undrar om inte personalsituationen de facto är värre än vad siffrorna ger vid handen. Sålunda förutsätts att trenden med att äldre stannar kvar i arbetslivet fortsätter, samtidigt som deltidsarbetande arbetar tre timmar mer i veckan och att pensionsåldern höjs till 66 år, vilket f.ö. redan genomförts. Vidare bör nämnas att utrikesfödda står för nästan hela ökningen av personer i arbetsför ålder och sysselsatta, vilket skapar särskilda förutsättningar för invandringspolitiken.

Dessutom skärps konkurrensen om personal från andra områden, t.ex. försvaret (och Nato), som väntas öka sin andel av BNP och kriminalvården, som skall öka fångvårdsplatserna från 6000 platser till 35 000 till mitten på 30-talet, för att inte nämna industrin.

Slutsatser och konsekvenser: Det svenska samhället kommer att möta en situation med en oant svår personalförsörjning. Den kommunala primärvården kan förväntas utsättas för särskilt besvärliga rekryteringsproblem med hänsyn till det stora antalet undersköterskor och vårdbiträden.

Det är uppenbart att situationen kräver en samlad bedömning, styrning och samverkan mellan olika sektorer i samhället, inkl. näringslivet och naturligtvis mellan kommuner och regioner och mellan regioner. Staten förutsätts få en tydligt ledande roll i strävandena att åstadkomma en likvärdig och kostnadseffektiv vård i hela landet. Statens roll måste ev. regleras genom ny lagstiftning. Dess roll beträffande forskning och utbildning är uppenbar.

Som kanske viktigaste åtgärder inom Hälso- och sjukvården föreslås:

- omstrukturering till förmån för primärvård och flera allmänläkare; jämfört med många OECD-länder har Sverige få allmänläkare;
- förstärkta utbildningsåtgärder; Sverige är nästan det enda landet i Europa som inte har obligatorisk vidareutbildning av specialistläkare;
- forskning och utveckling, bl.a. i samverkan med life science sektor och olika delar av näringslivet
- översyn av vissa avsnitt av incitamentstrukturen, t.ex. löner.

Att nu avskeda personal sänder fel signaler och vore felaktigt med risk för en ännu besvärligare rekryteringssituation. För att bemästra den aktuella ekonomiska situationen och främja en rationell omställning av hälso-och sjukvården kan tillfälliga ökade statliga bidrag vara motiverade.

Per-Olof Brogren
Tidigare sjukhusdirektör/förvaltningschef

