



Vägar och verklighet

Kampen om framtiden – ett drama om världens villkor inför 2025

Innehåll



TIPS! Klicka i innehållsförteckningen så kommer du direkt till den aktuella sidan.

Förord	3	När vården blir IT	31
Tioårsprognosen	4	Ekonomirapporten SKL	32
Inledning	5	Framtidsstrategier åtta landsting	32
<i>Uppläggnig av rapporterna</i>	5	Maktthavarnas strategier	33
<i>Faktaunderlag</i>	5	Kaiser Permanente	34
Vägar och verklighet – fakta på femton minuter	6	Jakten på framgång	35
<i>Vad ligger framför oss? De åtta utmaningarna</i>	6	Var står vi?	37
<i>Vilka är vägarna? Lösningarna är oändliga</i>	6	Det svenska sjukvårdssystemet	37
<i>Var står vi? Den högkompetenta sjukvårdsorganisationen</i>	7	Vårdkontakter	37
<i>Allt är inte riktigt på det sätt som vi tror oss veta</i>	7	Personal	39
Fjorton frågor och svar	9	Ekonomi	39
Vad ligger framför oss?	11	Internationell jämförelse	41
Demografisk utveckling	11	Hur kom vi hit?	43
<i>Demografisk historik och framtid</i>	11	Byggnation och reformering	43
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	12	<i>Byggare och anställda</i>	43
Äldres hälsa, vård och omsorg	12	<i>Reformering av psykiatri</i>	43
<i>60 procent fler äldre äldre</i>	13	<i>Planerare</i>	43
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	13	Vårdplatserna som försvann	43
Vårdbehov och förväntningar	14	<i>Mentalsjukhusen som tömdes</i>	43
<i>Vård ineliggande vid sjukhus</i>	14	<i>Ädel- och psykiatrireformen</i>	43
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	14	<i>Medicinteknisk utveckling och öppna vårdformer</i>	43
Det globala hälsohotet	15	Primärvård och valfrihet	43
<i>Multiresistenta bakterier</i>	16	<i>Hur skapades primärvården i Östergötland?</i>	44
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	16	<i>Val av egen läkare</i>	44
Tillgång till vårdplatser	17	Decentralisering och befolkningsföreträdare	44
<i>Fyra scenarior om framtida vårdtid</i>	17	<i>Ansvar och befogenheter i linjeorganisationen</i>	44
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	18	<i>Befolkningsföreträdare</i>	44
Likvärdig vård i landet	19	<i>Resultatfokuserare</i>	44
<i>Morgondagens sjukvårdssystem</i>	19	Besparingar och prioriteringar	44
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	20	<i>Svängremmen togs fram 1980</i>	44
Personal- och kompetensförsörjning	21	<i>Prioritering och resursfördelning</i>	45
<i>Nuvarande arbetsmarknadsläge</i>	21	Omvandling av sjukvårdsstrukturen	45
<i>Beräkning av personalbehovet</i>	22	<i>Närsjukvård</i>	45
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	22	<i>Omvandling av specialiserad vård</i>	45
Ekonomiska förutsättningar	23	<i>Östergötlands organisationsförändring 2004</i>	45
<i>Kostnader hälso- och sjukvård</i>	23	Framgångsfaktorer	45
<i>Iakttagelser och reflektioner</i>	23	Framtid och förutsägelser	47
Vilka är vägarna?	26	Det man inte förmådde förutse	47
Det globala hälsohotet	26	Förutsägelser som har slagit in	47
Tillgång till vårdplatser	26	Förutsägelser som inte har slagit in	48
Personal och kompetensförsörjning	28	Never ending story	48
Likvärdig vård i landet	29	Rapporten hade fel?	49
Ekonomiska förutsättningar	29	Ett patientmöte 2025	50
Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården	30	Efterord	51
Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa	30	Sakkunniga och referenspersoner	52

Förord

Under de senaste sex åren har flera rapporter på nationell nivå publicerats om välfärdens framtida utmaningar. Utgivare har bland annat varit Sveriges kommuner och landsting (SKL), Socialdepartementet och regeringens framtidskommission. Rapporterna har i huvudsak haft fokus på två områden, demografi och finansiering. Denna rapport "Kampen om framtiden – ett drama om världens villkor inför 2025" tar sitt avstamp i åtta grundläggande utmaningar för den svenska hälso- och sjukvården. Den är i första hand skriven för politikerna i Region Östergötland men innehållet spänner också över den nationella nivån. Målgruppen omfattar således även sjukvårdsansvariga utanför Östergötland samt en intresserad allmänhet. Rapporten är gjord i tre delar som kan läsas oberoende av varandra:

- Vägar och verklighet (Huvudrapport)
- Åtta utmaningar och en besvärjelse (Fördjupningsrapport)
- En återresa i sjukvårdssystemet (Bonusrapport)

Avsikten är att materialet ska vara ett användbart kunskapsunderlag och ge insikter i de förutsättningar som påverkar vårdens framtida villkor. En bärande tanke är att lyfta fram de sammanflätade sambanden och balansera det vi tror med det vi kan veta. Vilka effekter får den demografiska utvecklingen för vårdbehov, personalförsörjning och ekonomi? Vad kan inträffa om globala hälsohot blir verklighet? Hur ser förutsättningarna ut för en likvärdig vård i landet? Vilken är sjukvårdens kapacitet? Vilka vägar pekar framåt?

Den grundläggande ansatsen är att skapa både överblickar och faktaför-djupningar för att på så sätt försöka göra komplicerade saker mer begripliga. För läsaren är det mycket text, många rubriker och diagram att ta in. Rapporten innehåller också iakttagelser, analyser och reflektioner utifrån faktaunderlaget. Dessa avsnitt utgör en större tyngd och tar ut svängarna mer än vad som är brukligt i utredningar av detta slag. Trots omfattningen och tidvis bistra budskap är förhoppningen att rapportens

utformning och innehåll medför att läsningen blir både lättillgänglig och stimulerande.

Författaren har haft frihet att självständigt lägga upp och arbeta fram materialet utan knytning till sedvanliga lednings- eller referensgrupper. I stället har kraften lagts på att få in synpunkter på materialet från sakkunniga inom Region Östergötland samt experter från den nationella nivån. Rapporten är således en tjänstemannaprodukt och har inte varit föremål för politiskt ställningstagande. Avstämningar har under arbetets gång skett med hälso- och sjukvårdsdirektören.

Rapporten har skrivits av Bengt Göran Emtinger som också svarat för att ta fram underlag och bearbeta data till diagram och tabeller. Författaren svarar själv för innehållet, analysen och reflektionerna. Regionrådet Kaisa Karro har på författarens önskemål fortlöpande läst färdiga kapitel och lämnat synpunkter utifrån sin roll som läsare och politiker. Kapitlet "Ett patientmöte 2025" har skrivits av distriktsläkare Magnus Falk. Sist i denna rapport finns mer uppgifter om författaren samt de sakkunniga som på olika sätt lämnat bidrag till rapporten under arbetets gång.

Rapporterna finns på hemsidan Region Östergötland www.regionostergotland.se

Region Östergötland i mars 2016

Lena Lundgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Tioårsprognosen

...och nu över till tioårsprognosen. Vad kan vi vänta oss? Ja, god morgon och vi börjar med en utblick över läget i Europa. Sjukvården är den största sammanhängande verksamheten, både utifrån ekonomi och samsättning. Inom EU-länderna svarar hälso- och sjukvården för mellan sju och tolv procent av BNP. Till år 2030 väntas denna andel öka med tre procent. När det gäller kvalitet finns det skillnad mellan länderna där de nordiska länderna generellt har goda resultat. Om vi gör en överblick på sverigekartan ser vi även där skillnader. Sedan vi har gjort mätningar kan vi konstatera att Götaland och delar av Svealand har en hög kvalitet och tillgänglighet parat med måttliga kostnader. I de norra delarna av landet är läget sämre. Förtroende och patientfarenheter är mer växlande över landet. Här är det län i alla delar av landet som länge brottats med gråväder.

Vi har ju sedan lång tid haft ett ganska konstant läge där solen dominerat med endast kortvariga skurar. Hur blir det då framöver? Ja, vi får nog vänja oss vid att vi går mot andra tider. Det finns risk för mörka moln och inom vissa områden storm och oväder. Den så kallade ekonomifronten har länge legat och väntat men verkar nu med kraft komma in över landet. Skatteintäkterna håller inte jämna steg med kostnadsutvecklingen. Allt fler äldre i befolkningen gör att färre måste försörja fler samtidigt som vårdbehoven ökar. Det finns också globala fenomen som riskerar att sätta värden under press. Som ytterligare orosmoln behövs det under perioden 160 000 nya medarbetare med yrkesutbildning inom vård och omsorg.

Men som vi brukar säga, det finns inget dåligt väder utan bara dåliga kläder. Så det gäller att förbereda sig och rusta sig med den kapacitet vi

har. En halv miljon anställda arbetar inom vård och omsorg. Sjukvården är en högkompetent välfärdsverkstad där de allra flesta har en kvalificerad vårdutbildning med legitimation. Tillgången på läkare och sjuksköterskor har ökat under de senaste åren. Så det finns goda utsikter att utveckla vårdprocesserna, utnyttja resurserna bättre, skapa mer likvärdig vård i landet, satsa på förebyggande insatser och använda modern IT-teknik så att patienten kan följa sin hälsoutveckling.

Och hur säker är då prognosen? Ja, det är svårt att göra prognoser, framför allt för så lång tid som tio år. Ofta är det oförutsägbara företeelser som förändrar framtiden. Men vi kan ju studera vilka av tidigare prognoser som har slagit in och vilka som inte har gjort det. Många av förutsägelseerna för sjukvårdens utveckling för mer än 30 år sedan har förverkligats. Den mänskliga komplexa biologin har dock ibland varit svår att bemästra. Och det finns fortfarande massor av förhoppningar som sedan länge väntar på sina lösningar.

Näväl. Man kan ändå säga att prognoser är till för att förbereda oss och vidta åtgärder. Och med det lämnar jag över till sporten. Något nytt om Zlatan?

Inledning

De kommande åren kommer att bli svettiga för välfärden och sjukvårdspolitikerna. Vården är en komplex och kunskapsstyrd verksamhet där det inte finns några politiska trollspön eller magisk medicin. Denna rapport innehåller obehagliga fakta och känsliga läsare varnas. Men om man är beredd att få reda på vilka tuffa utmaningar som väntar och möjliga vägar framåt så är tanken att denna rapport ska ge en säkrare grund för politiskt agerande.

Hur långt fram är framtiden? Vi pratar inte om nästa år och inte om tretio år. Det handlar om de närmaste tio till femton åren, fyra mandatperioder. Inte så lång tid om man tänker tillbaks till när vi avfyra raketer vid millennieskiftet. Det är ett någorlunda överblickbart och rimligt förutsägbart skeende men ändå en tid med ökande utmaningar och krav på att hitta fungerande lösningar. Det är ju också så att det gäller att arbeta med en tidshorisont där de som har ansvar nu också känner att man har ansvar även för de närmaste mandatperioderna. Om man lägger sikten för långt fram är det risk att det blir för bekvämt att överlåta på andra att fixa framtiden.

Uppläggning av rapporterna

Rapporten är gjord i tre delar med sammanlagt över 300 sidor. Det kan därför vara på sin plats att inledningsvis ge en kort läsanvisning.

Vägar och verklighet

Huvudrapporten "Vägar och verklighet" (denna rapport) är utdrag från material i fördjupningsrapporten och bonusrapporten och innehåller också sammantagna analyser. I kapitlet "Vilka är vägarna" används även andra källor som är angivna under respektive avsnitt. Efter "Fakta på femton minuter" och "Fjorton frågor och svar" följer fem huvudkapitel:

- Vad ligger framför oss?
- Vilka är vägarna?
- Var står vi?
- Hur kom vi hit?
- Framtid och förutsägelser.

Rapporten avslutas med att en distriktsläkare skildrar ett patientmöte år 2025.

Åtta utmaningar och en besvärjelse

Fördjupningsrapporten "Åtta utmaningar och en besvärjelse" utgör rapportens grundstomme. I denna rapport redovisas också omfattande fakta och analyser som inte återfinns i huvudrapporten. I övrigt är det material från fördjupningsrapporten som utgör grunden i huvudrapporten. Följande områden redovisas och analyseras:

- Demografisk utveckling
- Äldres hälsa, vård och omsorg

- Vårdbehov och förväntningar
- Det globala hälsohotet
- Tillgång till vårdplatser
- Likvärdig vård i landet
- Personal- och kompetensförsörjning
- Ekonomiska förutsättningar
- Framtid och förutsägelser

Urvalet av utmaningar bygger på två underlag, ett från Region Östergötland och ett nationellt. I nyhetsbladet "Hälsotecken" redovisade de politiska partierna inför landstingsvalet i september 2014 sina bedömningar under rubriken "Vilka utmaningar står hälso- och sjukvården inför och hur ska de mötas?" Det nationella underlaget bygger på en enkät till ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer i alla landsting hösten 2014

En återresa i sjukvårdssystemet

Bonusrapporten "En återresa i sjukvårdssystemet" ger en tematisk återblick på över 40 år av sjukvården i Östergötland. Materialet är hämtat från författarens föreläsningar för landstingsfullmäktige samt kapitel skrivna i boken "Landstinget i Östergötland 150 år". Bilderna är hämtade från landstingets dåvarande personaltidning "Blåmärket".

Faktaunderlag

Rapporten bygger i huvudsak på insamling och bearbetning av fakta och information från olika källor nationellt och från Region Östergötland. De vanligaste nationella är från SCB, Socialstyrelsen, SKL, Folkhälsomyndigheten, Migrationsverket, Arbetsförmedlingen och olika statliga utredningar. Från Region Östergötland används uppgifter från Utdatavård, UtdataKPP (Kostnad per patient), årsredovisningar och landstingsfakta samt utredningar och rapporter. Iakttagelserna och reflektionerna i varje kapitel grundar sig på kapitlets faktainnehåll samt nyhets- och debattartiklar från dags- och fackpress. Vissa underlag har inte publicerats tidigare och har också tagits fram särskilt för denna rapport. Hit hör enkäten till ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer samt en kvalitativ analys av debatten, speglad i massmedia, om den framtida organisationen av hälso- och sjukvården. Källorna till faktaunderlaget är redovisade i fördjupningsrapporten i slutet av varje kapitel. I rapporten används av praktiska skäl konsekvent benämningen landsting när det handlar om ett samlingsbegrepp för flera eller alla landsting och regioner.

"Facts are stubborn things. Fakta är envisa ting. Vad vi än har för önskingar och böjelser, vad än våra känslor än säger oss, så förändrar det inte fakta eller evidens"

John Adams, en av USA:s grundlagsfäder

Vägar och verklighet – fakta på femton minuter

Vad ligger framför oss? Vilka är vägarna? Var står vi? Det är de tre frågor som utgör kärnan i denna rapport. I det nedanstående görs ett axplock från de kommande tre kapitlen. Avsnittet "Vilka är vägarna?" är hämtade från tre nationella utredningar publicerade de senaste två åren. Sist finns ett avsnitt om att allt inte är precis på det sätt som vi tror oss veta.

Vad ligger framför oss? De åtta utmaningarna.

Demografisk utveckling. Färre får försörja fler.

- Antalet invånare i Sverige beräknas under perioden 2010–2019 öka med mer än en miljon vilket är den största befolkningsökningen någonsin.
- Försörjningskvoten kommer att öka från nuvarande 0,74 till 0,85 år 2030. Det innebär att 100 personer i arbetsför ålder ska försörja sig själva samt 85 barn och äldre.

Äldres hälsa, vård och omsorg. Äldre äldre ökar med 60 procent.

- Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet invånare 80 år och äldre med 60 procent. Ökningstakten är sex gånger större än perioden 15 år bakåt.
- Åldersgruppen 80 och äldre står för 20 procent av samtliga vårdtillfällen vid sjukhus. 16 procent har permanent särskilt boende och 24 procent hemtjänst i sitt ordinära boende.

Vårdbehov och förväntningar. Människan blir aldrig nöjd.

- Vårdbehovet kommer att öka inom de stora folksjukdomarna. Den största ökningen beräknas ske inom hjärt- och kärlsjukdomar.
- Antal läkarbesök, sjukvårdande behandlingar samt vårdtillfällen och vårdtid vid sjukhus beräknas öka mellan 10 och 16 procent fram till år 2025. Åldersgruppen 75 år och äldre står för huvuddelen av ökningen.

Det globala hälsohotet. En stor potential för sjukvårdens sammanbrott.

- Den antibiotikaresistenta bakterien MRSA har nästan fördubblats mellan 2013 och 2015. Antibiotikaresistens försvårar inte bara behandlingen av infektionssjukdomar. Den påverkar också övrig sjukvård som kan bli så riskfylld att man inte kan utföra den
- Pandemier av smittsamma sjukdomar drabbar världen regelbundet. Under de senaste hundra åren har det förekommit fyra pandemier

Tillgång till vårdplatser. Att klara dygnetruvården är den viktigaste strategin.

- Under de senaste åren har sjukhusen i Sverige i genomsnitt per dygn haft fyra överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser. Medelbeläggningen var 93 procent sammantaget för Östergötlands fyra sjukhus år 2015.
- Om inte strategiska åtgärder vidtas visar beräkningar av det demografiska vårdbehovet att antalet vårddygn kan komma att öka i Östergötland med 22 procent mellan år 2013 och 2030.

Likvärdig vård i landet. Lätt att säga svårt att göra.

- Uppdelningen i 21 självstyrande landsting medför skillnader i resurser, ambitioner och prioriteringar. Det blir därmed också skillnader för invånare och patienter vad gäller vårdens utbud, tillgänglighet och kvalitet.
- Regeringen har utsett en kommitté som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting.

Personal- och kompetensförsörjning. 160 000 medarbetare sökes.

- Fram till år 2025 uppgår rekryteringsbehovet till vård och omsorg i Sverige till 160 000 personer, varav hälften undersköterskor. Nuvarande utbildningskapacitet räcker inte till och den största obalansen

gäller sjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker.

- Fram till år 2025 beräknas 3 500 anställda i Region Östergötland gå i pension. Det är en ökning med nästan 50 procent jämfört med föregående tioårsperiod.

Ekonomiska förutsättningar. När kommer vargen?

- De viktigaste kostnadsdrivande faktorerna i landstingen är vårdbehov, medicinteknisk utveckling och läkemedel, investeringar i lokaler, kollektivtrafik och löneökningar.
- Mellan år 2013 och 2025 bedöms den totala kostnadsökningen enbart på grund av den demografiska utvecklingen bli 13 procent eller cirka 1,5 miljard kronor i Östergötland. Den största ökningen procentuellt och i kronor sker inom åldersgruppen 75 år och äldre.

Vilka är vägarna? Lösningarna är oändliga.

Utveckla vården för patienter med omfattande behov

En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.

Nya stödsystem och arbetssätt

Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov förenklar arbetet och minskar "spilltid" för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete. Nya arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Satsa förebyggande

Många sjukdomar som hör till de dyraste att behandla och som orsakar mest lidande är sådana som går att förebygga eller skjuta upp. Det är viktigt att jobba med metodutvecklingen av preventiv sjukvård. Satsa resurserna där de ger bäst resultat. Göra den förebyggande vården så framgångsrik som möjligt i samarbete med patienten. Utnyttja modern teknik för att låta patienten följa sin hälsoutveckling. Se till att vårdpersonalen följer utvecklingen och ger feedback. Skapa system där det finns tydliga rutiner för att automatiskt upptäcka situationer när patienten inte får adekvat hjälp på grund av att processerna inom vården är ineffektiva. En av de största utmaningarna vi har framöver är att få våra lagstiftare och byråkrater att bejaka teknikutvecklingen. Det bästa vårdssystemet är det där patienterna varken känner eller har behov av besök till vården men ändå lever ett gott och långt liv.

Starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur

För att åstadkomma en nödvändig utveckling behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården. Huvudmännen behöver i högre grad ta ett gemensamt ansvar för den vård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Det kan också vara nödvändigt med en omfattande strukturereform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjning i samverkan

Sverige har ett strukturellt problem avseende kompetensmixen i vården. Dessa olika utvecklingslinjer har fått fortgå under lång tid utan att "någon" tagit tag i det samlade problemet. Det förklaras sannolikt av att många aktörer har ansvar för olika delar av frågan. Det är viktigt för effektiviteten inom vården att vissa utbildningsfrågor blir föremål för en betydligt tätare och mer formaliserad samverkan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Koncentrera vården för patientens bästa

Den högspecialiserade vården kan utvecklas så att patienterna får tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Detta kan möjliggöras genom en ökad nationell styrning. En koncentration till färre vårdenheter än vad som gäller i nuläget är nödvändig för att kvaliteten, patientsäkerheten och likvärdigheten i hälso- och sjukvården ska kunna upprätthållas. Det finns inget motsatsförhållande mellan att nivåstrukturerar den högspecialiserade vården med nationella och regionala enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket som möjligt av vården ges lokalt nära hemmet. En nivåstrukturering av den högspecialiserade vården kan skapa goda förutsättningar för att ta fram nationella vårdprogram, standardiserade vårdförlopp och telemedicinska verktyg.

Var står vi? Den högkompetenta sjukvårdsorganisationen.

Många människor har kontakt

Under år 2014 hade åtta av tio östgötar kontakt med sjukvården i ett personligt möte som patient. Av de som hade kontakt med vården hade 84 procent kontakt med läkare. Tio procent av invånarna var under året inlagda på sjukhus. Bland invånare 80 år och äldre var 31 procent inlagda. Vårdtiden i denna åldersgrupp är nästan sju gånger högre jämfört med åldersgruppen 45–64 år. Vårdtiden per invånare varierar mellan landstingen. Skillnaden är 51 procent mellan Östergötland som har lägst och det landsting med högst vårdtid.

Högutbildad personal

Inom landstingens hälso- och sjukvård har 80 procent av de anställda en utbildning som kräver legitimation och därmed högskoleutbildning med minst tre år. Flera yrkesgrupper har långa specialistutbildningar, som till exempel läkare.

Kostnader ökat mer än befolkningen

År 2014 var landstingens sammanlagda kostnader 300 miljarder kronor. Av dessa kostnader utgjorde hälso- och sjukvården knappt 90 procent. Mellan 1980 och 2012 ökade den sammantagna kostnaden i kommuner och landsting från 478 till 760 miljarder kronor. Det är en ökning med drygt 280 miljarder kronor vilket motsvarar en tillväxt på i genomsnitt 1,5 procent per år under denna period. Under samma tid ökade befolkningen i genomsnitt 0,4 procent per år. Kommunsektorns kostnader ökade därmed årligen omkring 1 procentenhet snabbare, eller tre gånger mer, än befolkningen mellan 1980 och 2012. Mellan åren 2000 och 2015 har både medelskattkraft och medelskattesatsen ökat i Sverige. Medelskattesatsen för landstingen har ökat med 1,48 kronor, från 9,87 till 11,35 kronor.

Sverige i topp i EU

Den svenska vården klarar sig utmärkt i en jämförelse med övriga länder inom EU. Den toppar båda de två index som använts, över kvalitet och över effektivitet. Sverige uppnår bättre resultat än något annat land i jämförelsen av 13 olika kvalitetsindikatorer. Den svenska sjukvården hushållar på ett bra sätt med sina resurser. Sverige intar förstaplatsen i det effektivitetsindex där den samlade kvaliteten i vården sätts i relation till kostnaderna för att nå denna kvalitet. Man kan också notera att de nordiska länderna generellt får goda resultat.

Förbättrad medicinsk kvalitet

En analys har gjorts av Östergötlands förbättrade och försämrade resultat i Öppna jämförelser mellan olika år. Av totalt 153 indikatorer i 2013 års rapport förbättrades 55 procent och försämrades 45 procent av indikatorerna jämfört med 2012 års rapport. Mellan rapporten 2013 och 2014 förbättrades 66 procent av de 233 indikatorerna och 34 procent försämrades. I jämförelsen med andra landsting har den medicinska kvaliteten i Östergötland legat på toppnivå de senaste fyra åren. Kostnaderna ligger på grön nivå och tillgänglighet strax över mitten bland landstingen. Patienterfarenheterna växlar mellan gult och rött.

Allt är inte riktigt på det sätt som vi tror oss veta

Den lägsta befolkningsökningen i Sverige skedde under nödåren i slutet på 1800-talet

Under de tio åren mellan 1880 och 1890 var folkökningen i genomsnitt 0,6 procent per år. En stor utvandring balanserades av ett högt födelsoverskott. Den lägsta folkökningen har skett under vår egen tid, mellan år 1970 och 2000 med i genomsnitt 0,35 procent per år. I slutet av 1990-talet var det fler invånare som dog än föddes.

Under de senaste åren har antalet äldre ökat kraftigt

Mellan år 2000 och 2015 ökade antalet invånare 80 år och äldre i Sverige med 48 000. Det var drygt tio procent, samma ökningstakt som för hela befolkningen. Fram till år 2030 ökar antalet invånare 80 år och äldre med 306 000, 60 procent.

Allt färre äldre har kommunal omsorg

Andelen personer i Sverige 80 år och äldre i kommunernas äldreboenden har minskat från 18 procent år 2003 till 14 procent år 2012. Andelen med hemtjänst har under samma tid ökat från 19 till 24 procent. Andelen i befolkningen 80 år och äldre som har hemtjänst eller särskilt boende har således legat konstant på 40 procent, med decimalhopp, under de tio åren 2003–2012.

Vi lever längre och blir allt friskare

Den förväntade livslängden ökar men samtidigt ökar också åren som vi lever med ohälsa. Tiden med sjukdom och funktionsnedsättning verkar förskjutas i livet och också bli längre än idag. Behandlingar inom sjukvården kan skjuta upp och lindra många sjukdomar. Fler överlever hjärtinfarkt, stroke och cancer men behöver livslånga kontroller av sina sjukdomar. Antal äldre patienter per invånare som får inläggande sjukhusvård har varit konstant de senaste åren.

Antalet vårdplatser har minskat kraftigt

Antalet vård dagar och vårdplatser på svenska sjukhus minskade med över 30 procent mellan år 1996 och 2006. Därefter har antal vård dagar planat ut och de senaste två åren ökat på sjukhusen i Östergötland.

Det är för få som söker in på vårddyrkesutbildningarna

Det finns sammanlagt 48 yrkesexamen på högskolenivå varav en tredjedel inom hälso- och sjukvård. De fem program med högst sökandetryck är dietist, psykolog, läkare, sjukgymnast och barnmorska. Dessa program ligger också i topp när man jämför samtliga 48 program.

Om alla personer med vårddyrkesutbildning skulle arbeta inom hälso- och sjukvård och ha heltidsanställning skulle personalsituationen vara löst

Av alla personer som har ett vårddyrke med legitimation arbetar 86 procent inom landsting och kommuner i offentlig och privat driven verksamhet. Övriga är sysselsatta inom bland annat forskning och läkemedelsindustri. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden för anställda i Region Östergötland har ökat från 89 procent år 2007 till 97 procent år 2014.

Kvinnor tjänar mindre än män

Den så kallade vägda löneskillnaden mellan män och kvinnor har sakta krympt. Kvinnor anställda i landsting har på totalnivå en oförklarad lägre lön på fyra procent. I Region Östergötland hade år 2006 kvinnorna en högre medellön än män inom 8 av 18 yrken. År 2014 var kvinnornas medellön högre inom 15 av 19 yrken.

De flesta läkare är män

Av samtliga specialistkompetenta läkare i Sverige ökade kvinnorna sin andel från 38 procent år 2009 till 42 procent år 2013. Av de bevis som år 2013 utfärdades som specialistkompetent läkare var 52 procent till kvinnor.

Fjorton frågor och svar

Varför kan man kalla världens framtid ett drama?

Framtidsberättelsen kan ju knappast betraktas som en lättsam komedi och förhoppningsvis inte heller en tragedi. Men en framtid med alla dess ingredienser av osäkerheter och skakande utmaningar skapar dramatik med starka upplevelser och dystopiska inslag. De olika scenariorna är dessutom sammanflätade där de flesta kurvor kröker fel. De visar på kraftigt befolkningsökning, minskning av andel personer som arbetar, fler gamla, risk för lägre tillväxt, brist på lärare och bostäder samt stora påfrestningar inom sjukvård och äldreomsorg. Politiken sitter inte som publik i salongen utan är både dramats regissör och spelar huvudroll. Läsaren av denna rapport kommer dock vara snuvad på upplösningen – slutet är öppet.

Är åtta utmaningar nog?

Ansatsen är att beskriva och analysera de utmaningar som politiken och makthavarna i sjukvården betonat som de viktigaste. Men det finns förstås andra frågor som är viktiga i framtids pusslet. Vilka skillnader finns i hälsa mellan olika grupper i befolkningen? Hur kan det förebyggande arbetet utvecklas? Hur kan man komma till rätta med psykisk ohälsa bland yngre? På vilket sätt kan tillgängligheten förbättras? Vilka strategiska insatser krävs för att primärvården ska kunna bilda en effektiv bas för patienternas vård? De åtta utmaningarna i rapporten kan betraktas som grundläggande utmaningar inom det övergripande sjukvårdssystemet. Här har politiken det avgörande ansvaret att fixa en fungerande framtid.

Vad är det mest sannolika som inträffar?

Vi glider nu in i tidernas äldreboom. Antalet äldre ökar sin andel i befolkningen och en historisk konstant försörjningskvot stiger från 0,74 till 0,85. Prognoser över åldrandet i en befolkning hör till de mest säkra prognoser man kan göra. Om vi inte flyttar till något varmare land finns vi ju kvar och år läggs till år. Vi vill ju gärna leva länge men inte bli gamla och sjuka. Tyvärr visar fakta på att ju äldre man blir desto mer ökar risken för kroniska sjukdomar och funktionshinder. Politiken har ibland en from förhoppning att man lever frisk tills man dör. Men de som tror att sjukvårdens insatser och kostnader kan lösas på detta enkla sätt kommer att bli väldigt besvikna.

Vilka effekter får en äldre befolkning för vård och omsorg?

Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet personer 80 år och äldre med nästan 60 procent från 5,4 till 7,7 procent av befolkningen. Det är en ökning som är sex gånger större än under de senaste 15 åren. Från år 2025 börjar dessutom de kvarlevande fyrtilialisterna fylla 85 år. Det innebär att denna grupp kommer att utgöra en allt större andel av den totala äldre befolkningen och varav många kommer att vara demenssjuka. Det finns ett starkt samband mellan ålder och behov av vård och omsorg. I stort sett samtliga personer som är över 80 år har kontakt med vården under ett år. De flesta har någon form av öppenvårdskontakt men en tredjedel har också varit inlagda på sjukhus. 80-åringar och äldre står för 20 procent av samtliga vårdtillfällen och 25 procent av alla vårddygn. Dessa vårddygn utgörs i sin tur av 25 procent utskrivningsklara patienter. År 2014 svarade patienterna 80 år och äldre för 15 procent av vårdens kostnader i Region Östergötland. I länets kommuner har 16 procent av de som är 80 år och äldre permanent särskilt boende och 24 procent hemtjänst i sitt ordinära boende. Säkra data visar att antal vårddygn och kostnader för äldre på sjukhus nästan på decimalen följt den demografiska utvecklingen. För kommunerna kräver det ökade behovet av äldreomsorg en välfungerande planering inom organisation, utbyggnad och personal samt att hitta nya och kreativa lösningar på kort tid. För sjukvården gäller samma sak men också att öka samverkansagerandet med kommunerna. Om inte kommunerna klarar sitt uppdrag slår det tillbaka med full kraft på sjukvården.

Finns det något som inträffat som vi varit oförberedda på?

För fem år sedan visade huvudalternativet i SCB:s befolkningsprognos att antalet invånare i Sverige skulle vara 9,9 miljoner år 2020. Motsvarande prognos i maj 2015 visar på 10,5 miljoner. Vi är nu mitt uppe i den största folkökning Sverige någonsin haft. Invandringen stod för cirka 80 procent av folkökningen åren 2014 och 2015. När vi ringer in år 2020 lämnar vi enligt befolkningsprognosen en tioårsperiod som ökat med mer än en miljon invånare. Det är 400 000 fler än när den så kallade rekordgenerationen föddes under 1940-talet och lika mycket som under 37 år mellan 1970 och 2007.

Vad överraskar mest?

Det finns ibland en obalans mellan tro och vetande. Ett exempel är att massmedia och äldreansvariga politiker kommunicerar ett mantra att antalet äldre har ökat kraftigt. Fakta är att antal invånare 80 år och äldre de senaste 15 åren ökat lika mycket som befolkningen i övrigt. Det överraskar att politiken diskuterar dagens läge som en svår situation när man istället borde fokusera på framtida lösningar. Vad ska man om fem år då använda för ord i stället för svår? Man får hoppas att kommunerna har hemliga planer och strategiskt långsiktiga lösningar i skrivbordslådan när äldreboomen strax slår till med stor kraft.

Är det något som man ska vara speciellt orolig för?

I en expansion av äldreomsorgen blir sannolikt det största problemet att rekrytera undersköterskor. Intresset för vård- och omsorgsutbildningen på gymnasiet har minskat de senaste åren och antalet utbildade inom den kommunala vuxenutbildningen har inte ökat nämnvärt. Pensionsavgångarna väntas bli större än antalet nyexaminerade och till det kommer ett större behov av personal för att möta de framtida omsorgsbehoven. Dessutom är det stora pensionsavgångar av undersköterskor inom landstingens sjukvård vilket ytterligare kan försvåra rekryteringen till kommunernas äldreomsorg.

Vad vill man helst inte veta?

En orolig själ kan lätt tänka sig olika scenarier där flera otäcka händelser inträffar samtidigt. Det handlar då oftast om skeenden som vi har svårt att ha kontroll över och inte har full möjlighet att bemästra. En sådan situation är att vi drabbas av en smygande utbredning av bakterier som inte antibiotikan biter på. Det finns då en risk att vi kommer tillbaka till ett läge där människor dör av banala infektioner och att många operationer blir otänkbara. Lägg då till en personalbrist och där det är trångt på sjukhusen. Det är bara att hoppas att värstscenariot inte slår in. Men om det inträffar blir det en obehaglig verklighet att vakna upp till. Och det gäller både för politiken och patienterna.

Vilken är den enskilt mest avgörande utmaningen?

Det framgår allt tydligare att den mest kritiska faktorn är dygnetruntvården för inlagda patienter på sjukhus. Det handlar alltså om att klara sig på de vårdplatser vi har, redan idag och än mer inom en snar framtid. Beräkningar och bedömningar visar just nu inte på några nära förestående genombrott i form av kortare vårdtider eller läkemedel och avsevärt fler behandlingar i öppna vårdformer som skulle kunna minska belastningen på den inlagda sjukhusvården. Den kraftiga minskning av vård dagar som skedde mellan 1996 och 2006 har stannat av. Utvecklingen i Östergötland har de senaste två åren gått åt andra hållet med ökad vårdtid och medelvårdtid. Medelbeläggningen för sjukhusen har ökat och var år 2015 sammantaget 93 procent. På liknande sätt har en ökning skett av antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Vårdkoordinatorerna på sjukhusen som för några år sedan larmade om att man bara hade 25 tomma sängar betraktar nu en sådan situation som

ett drömläge. Färska siffror visar att tidsberäkningarna i denna rapport av prognos om ökad vårdtid på grund av den demografiska utvecklingen och därmed behov av vårdplatser redan är överspelade. Många modeller tillämpas för att genom prehospitalet vård förhindra inläggning på sjukhus och andra åtgärder görs för att förkorta vårdtiderna. Det är viktigt att dessa insatser håller jämna steg med utveckling av inläggningar och vårdtid. Om vi inte lyckas vända utvecklingen får vi svårt att klara oss på de vårdplatser vi har.

Räcker resurserna?

Man kan prata om avgörande fyra K: Kapacitet, kompetens, kvalitet och kostnader. Vilket som kommer att vara mest kritiskt framöver är svårt att bedöma. Under de senaste åren har sjukvården klarat kostnaderna någorlunda genom en god tillväxt i den svenska ekonomin. Mycket tyder på att det nu snabbt uppstår stora hål i statens finanser samtidigt med underskott i landstingens ekonomi. Att täcka kostnaderna kan bli svårare framöver. Det är dessutom ett kommunicerande ekonomiskt käril mellan landsting och kommuner. Skattehöjningar i kommunerna kan göra det svårt för landstingen att också höja skatten om den sammanlagda kommunalskatten ska hållas på en rimlig nivå. I ett sjukvårdssystem som utnyttjas maximalt är risken uppenbar att kostnaderna exploderar och kapaciteten imploderar.

Kommer landstingen att försvinna?

Jämfört med de flesta andra länder har landstingen i Sverige ett omfattande och självständigt ansvar för sjukvården. Invånarnas krav på att sjukvården överallt i landet ska bygga på den senaste kunskapen växer sig allt starkare. Det kräver stora och kraftfulla investeringar som fordrar ökad samordning i regioner. Under de senaste tio åren har staten på olika sätt försökt åstadkomma en kraftfullare nationell styrning. Regeringen har nu startat en process för att skapa en ny regional samhällsorganisation med större län och landsting. En indelningskommitté ska lägga fram ett reformförslag. År 2023 kommer Sveriges regionkarta att se helt annorlunda ut.

Finns det några ljus i mörkret?

Mätningarna i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet visar att den medicinska kvaliteten ständigt blir högre

inom många områden. Resurserna till sjukvården har under många år ökat mer än befolkningen. Det är generellt ett högt sökandetryck till de 15 högskoleutbildningarna inom hälso- och sjukvård. Det gäller till exempel utbildning till psykolog, läkare och sjukgymnast. Tillgången på läkare och sjuksköterskor har ökat. Arbetslösheten är låg bland de som har sjukvårdsutbildning. Av de som har yrken som kräver legitimation är det en hög andel som har sin sysselsättning inom hälso- och sjukvård.

Vad skapar tillförsikt?

Svensk sjukvård är i världsklass inom de flesta områden, en god grund att bygga på för fortsatt utveckling. Mycket är på gång med nationellt gemensamma lösningar. Det handlar om kunskapsstyrning, digital teknik, personalförsörjning och samverkansprocesser med kommunerna. Personalen i sjukvården har en hög kompetens där alla med patientkontakter har en värdeyrkesutbildning varav 80 procent på högskolenivå. Det finns en stor potential och vilja bland medarbetarna på alla nivåer i organisationen att bidra med utvecklingsinsatser för att möta framtiden. Utmaningarna kan man räkna men lösningarna är oändliga.

Vinner vi kampen?

Man kan tycka att denna rapport är för alarmistisk och målar upp allvarsamma och oundvikliga scenarier. Vanliga reaktioner kan vara att konstatera att det har löst sig förut eller att ignorera problemen och hoppas att de försvinner av sig själva. Om man som politiker har en brist på oro så är det verkligen oroväckande. ”Det ordnar sig” brukar vara det sista som tränare och spelare säger innan deras lag åker ur elitserien. Det är inte första gången vi står inför stora utmaningar i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att vi har öppna ögon och betraktar verkligheten som den är och inte som vi gärna skulle vilja se den. Det handlar om att ha insikt, vilja och förmåga för att utmejsla nödvändiga strategier och skapa fungerande lösningar. Det politiska ledarskapet är avgörande för hur väl den svenska sjukvården kan utvecklas i en omgivning som ständigt förändras.

Vad ligger framför oss?

Den demografiska utvecklingen kan sägas utgöra grundbulten för den framtida välfärden. Befolkningspyramiden växlar nu snabbt karaktär med lägre andel i arbetsför ålder och högre andel äldre. Antalet invånare 80 år och äldre ökar dramatiskt och därmed vårdbehov och stora krav på sjukvårdens kapacitet. Det handlar här om att utveckla vårdprocesser, ha tillgång på personal och klara finansieringen. Detta kapitel hämtar underlaget från fördjupningsrapporten "Åtta utmaningar och en besvärjelse". Inom varje område lyfts ett nyckelavsnitt fram och illustreras med diagram eller tabeller.

Demografisk utveckling

År 2020 lämnar vi ett årtionde när Sverige haft den största befolkningsökningen någonsin. Då tar också effekterna fart när fyrtyotalisterna börjar nå den vårdkrävande åldern över 85 år och genom att sextiootalisterna börjar gå i pension. Dessutom ökar den arbetsföra delen av befolkningen endast marginellt. Denna situation påverkar vårdens och omsorgens kapacitet, kostnader och intäkter samt möjligheter att rekrytera personal. Demografin utgör ett grundfundament för samhällets utveckling och välfärd. Att mejsla ut genomtänkta strategier för att hantera konsekvenserna av de demografiska förändringarna blir därför en av politikens viktigaste uppgifter.

Största folkökningen någonsin. Antalet invånare i Sverige beräknas under perioden 2010–2019 öka med över en miljon vilket är 400 000 fler än under "rekordgenerationen" födda under 1940-talet. Folkökningen år 2015 är den största som någonsin uppmätts mellan två skilda år. Invandring står för knappt 80 procent av ökningen.

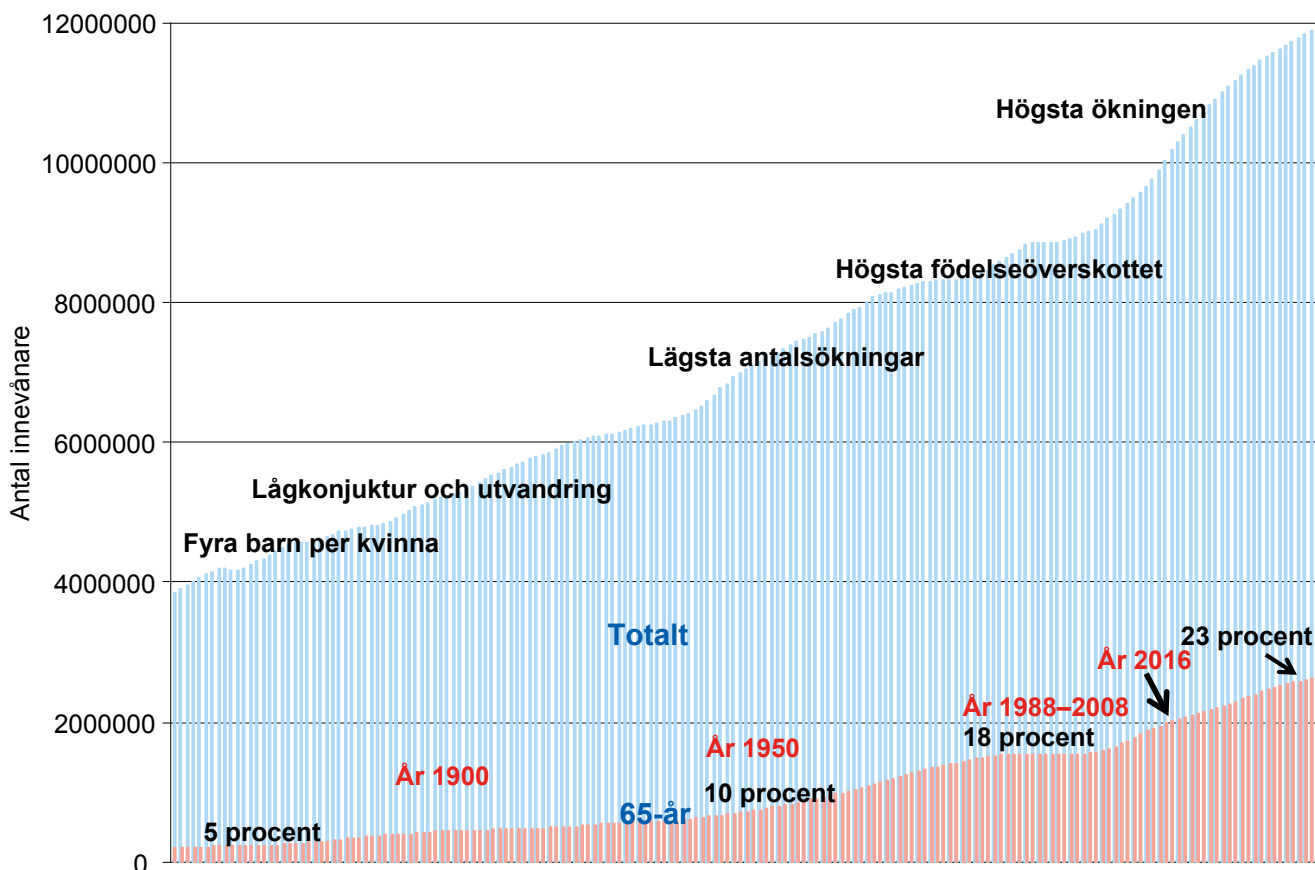
Unga och gamla ökar mest. Befolkningsökningen i Östergötland var 5,3 procent mellan åren 1996 och 2013. Den beräknas bli dubbelt så stor, 11,5 procent, den kommande perioden fram till år 2030. Den största ökningen fram till 2030 sker i grupperna 0–19 år samt 75 år och äldre. Dessa två grupper står för 75 procent av den sammanlagda befolkningsökningen.

Försörjningskvot från 0,74 till 0,85. Av de 13 kommunerna i Östergötland har 9 minskat sin befolkning den senaste 17-årsperioden. Enligt prognosen fram till år 2030 ökar befolkningen i sju kommuner och minskar i sex. Försörjningskvoten är förhållandet mellan antalet i arbetsför ålder och de som är unga och gamla. År 2014 var försörjningskvoten 0,74, ungefär densamma som den varit under 50 år. År 2030 beräknas försörjningskvoten vara 0,85. Åtta av Östergötlands kommuner kommer då att ha en kvot över 1,0 år 2030. För till exempel Vadstena innebär kvoten 1,25 att 100 personer i arbetsför ålder ska försörja sig själva samt 125 barn och äldre.

Demografisk historik och framtid

För hundrafemtio år sedan hade Sverige fyra miljoner invånare. En av fem personer levde i städer och fem procent av befolkningen var 65 år och äldre. Återstående medellivslängd vid födseln var omkring 45 år. Varje kvinna födde i genomsnitt fyra barn. En bidragande orsak till den låga medellivslängden var den höga spädbarnsdödligheten. Diagrammet illustrerar den demografiska utvecklingen i Sverige under 180 år, från 1860 till 2040. De mörkröda staplarna visar antalet invånare 65 år och äldre.

Mellan åren 1860 och 2040 mer än tredubblas befolkningen i Sverige från 3,8 till 12 miljoner.



De minsta ökningarna av antalet invånare inträffade under åren 1880–1890 och 1930–1940. De minsta procentuella ökningarna inträffade under perioden 1970–2000. En hög procentuell ökning var under perioden 1940–1950. Det stora födelseöverskottet stod då för 80 procent av folkökningen.

Barn och ungdomar 0–19 år utgjorde under senare delen av 1800-talet nästan hälften av alla invånare. Denna andel har halverats när vi kommer in i 2000-talet. Även yngre medelålders 20–44 år har minskat sin andel. Det är de äldre som blir fler. När vi har kommit till år 2040 visar prognosen att 65–74 åringarna har ökat andelen med tre gånger sedan år 1860 och 75-åringarna och äldre med tretton gånger. Strax efter år 2020 blir gruppen 75 år och äldre större än gruppen 65–74 år. År 2040 kommer det enligt befolkningsprognosen att vara fler invånare i åldersgruppen 65 år och äldre än gruppen 0–19 år.

Iakttagelser och reflektioner

Demografiskt paradigskifte. Åldrandet är en enorm förändring i nästan alla länder men förändringen kommer gradvis och utan dramatik. Risken är därför att de små steg som tas för att möta problemen inte räcker till och därtill saknar tillräcklig strategisk riktning. Det som vi sagt länge att vi blir allt fler äldre har ännu inte hänt – men nu börjar det hända väldigt snabbt. Sverige står inför en demografisk förändring med fler äldre som vi och andra länder inte varit med om tidigare. Härutöver ökar invandringen kraftigt som vi inte hade förutspått för några år sedan. Vi kan med ganska stor säkerhet förutse det demografiska trycket de närmaste årtiondena. Men det är svårare att veta hur samhället kommer att reagera och agera på trycket när det blir så starkt att det får omfattande effekter för välfärdsstatens finansiering och kompetensförsörjning. Så mycket talar för att demografin blir den viktigaste underliggande faktorn i den framtida politiken.

Ytterligare ett år i arbete inför varje riksdagsval. Små kommuner får allt färre invånare samtidigt som storstadskommunerna växer. Det innebär en dubbelstöt för de små kommunerna, färre invånare och kraftigt ökad andel äldre. Klyftorna växer mellan ett yngre urbant Sverige och ett Avfolknings-Sverige där medelåldern stiger snabbt. Regioner och kommuner med färre invånare, färre i arbetskraften och åldrande befolkning får allt svårare att betala och bemanna välfärden. För att klara tillväxten och personalbehovet kan politiken garantera ett vallöfte för pensionärerna de närmaste tre riksdagsvalen: Vi lovar er ytterligare ett år i arbetslivet innan pensionen! Och så är plötsligt pensionsåldern för alla 69 år när vi kommer till år 2030.

Ökad samverkan för tillväxt. Befolkningen i Östergötland har ökat med fem procent de senaste 17 åren. Men det är inte hela sanningen. Det är bara fyra av tretton kommuner som står för befolkningstillväxten, varav Linköping och Norrköping dominerar. Det är också de två kommuner som enligt prognoserna kommer att svara för nästan all befolkningsökning fram till år 2030. På de välkommande vägskytarna finns ofta budskapet hur många fler invånare kommunen kommer att ha om några år. Så politikerna i de mindre kommunerna ger inte upp och hoppas att befolkningsminskningen är tillfällig. Östergötland är ett runt län som har utmärkta kommunikationer mellan kommunerna med bil och med regionens tåg och bussar. Det finns alltså goda förutsättningar att kommuner som krymper kan utveckla en så kallad lokal anpassningspolitik. Det innebär en politik som talar i klartext och inte bygger luftslott för sina medborgare. Det handlar om att lägga fast en kommunanpassad strategi för framtiden byggd på effekter av demografisk utveckling och andra förändringar i samhället. De två största kommunerna i länet kommer att betyda mycket för de mindre kommunerna i en sådan utvecklingsprocess.

Vård och omsorg möter de största utmaningarna. Den demografiska förändringen får effekter för landstingen både som arbetsgivare och vårdgivare. Antalet pensioneringar ökar och det blir fler luckor att fylla på en arbetsmarknad där det blir ökad konkurrens om kompetensen. Det finns ett starkt samband mellan ålder och sjukdom. Det medför att behovet av vård ökar som i sin tur medför fler vårdkontakter, krav på ökad kapacitet och mer resurser. Det kommer att ställas stora krav på sjukvårdsorganisationen att tillsammans med andra vårdaktörer hitta lösningar som håller nere kostnaderna samtidigt som invånarnas behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Strategisk förberedelse krävs. I likhet med de globala klimatförändringarna upplevs de demografiska förändringarna inte särskilt påtagliga i vardagen, för de inträffar inte från en dag till en annan. Ju tidigare utmaningarna kan identifieras, desto bättre är förutsättningarna att möta dem på ett framgångsrikt sätt. Vi har pratat om äldreboomen länge men det är nu som kurvorna stiger brant. Och vi är dom vi är och de flesta yngre blir äldre. Det är tyvärr inte så mycket man finner i den offentliga debatten som pekar på hur man ska lösa upp den gordiska knuten. Den långsamma demografiska förändringen i små steg verkar inte ge kraft nog att åstadkomma politiska genomtänkta strategier för att möta den framtid vi redan flyttat in i. De långsiktiga utmaningarna engagerar några få och har svårt att nå ut brett i politik och bland människor. Och det gäller både miljöhotet och demografins effekter för den framtida välfärden.

”Om unga för några decennier sedan flyttade för jobbet, flyttar de i dag för ett helt paket av livsstil, upplevelser, utbud och nya nätverk”.

Charlotta Melander, professor i nationalekonomi och expert på regional utveckling vid Högskolan i Jönköping.

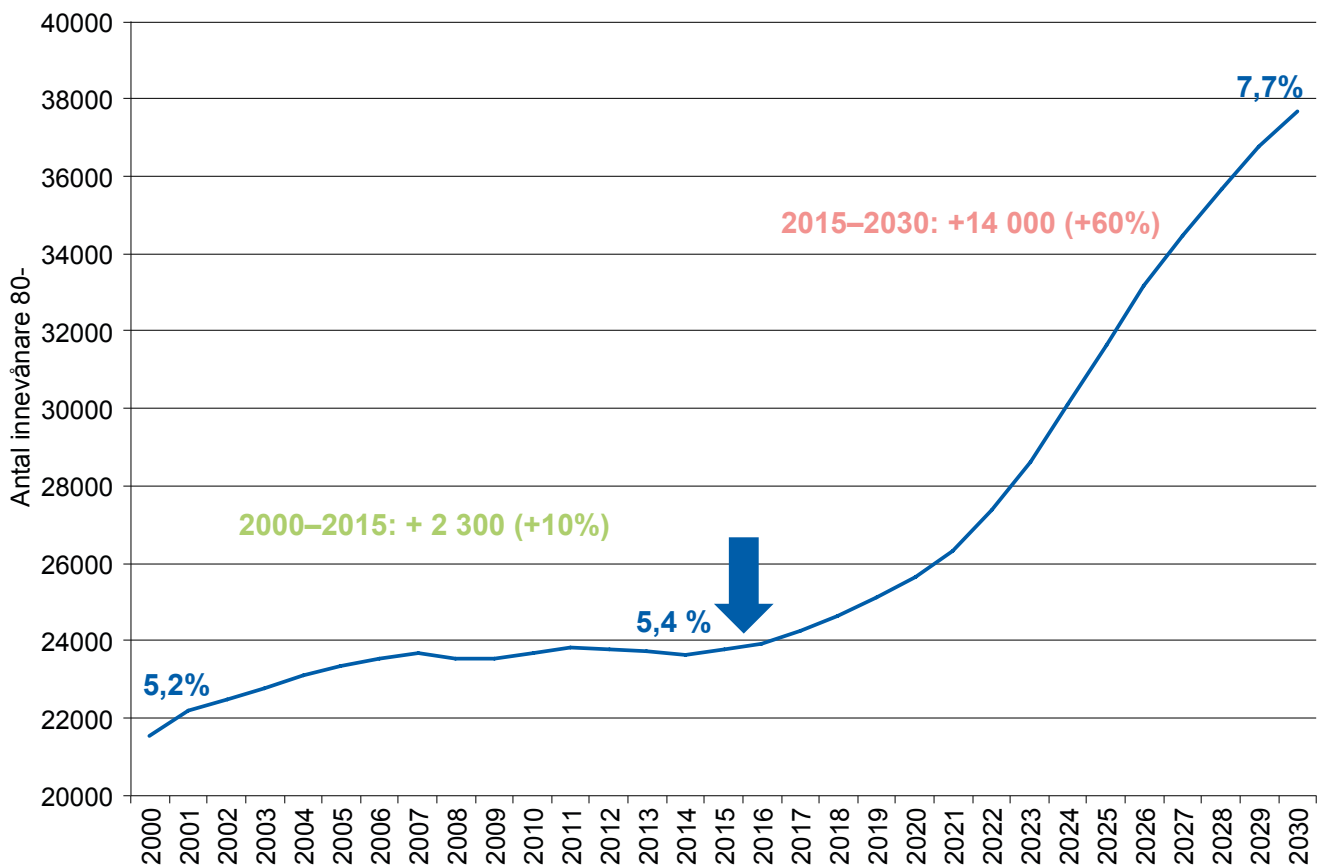
Äldres hälsa, vård och omsorg

Dagens pensionärer kan se fram emot fler friska levnadsår än gårdagens generationer. Ett glatt budskap till alla som är på väg in i tredje åldern. En tuff utmaning för politiken som ska svara för underhållet och betala notan. För samtidigt som de friska åren ökar är det mycket som talar för att de sjuka åren också blir fler. Att allt fler lever allt längre ställer krav på hur vi rustar vårt samhälle för att möta människors behov i framtiden. Patienter inom hälso- och sjukvården kommer successivt i allt högre grad att bestå av äldre med kroniska sjukdomar och behov av kontinuerlig kontakt med vården. Äldreomsorgen kommer också att behöva anpassas efter nya förutsättningar. Att ge människor möjligheter att leva ett gott liv som äldre trots sjukdom eller funktionsnedsättningar kommer att bli en allt viktigare uppgift i samhället.

Kraftig ökning av 80 plus. Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet 80 år och äldre med 60 procent. Ökningstakten är sex gånger större än perioden 15 år bakåt.

Samband ålder och sjukdom. Det finns ett samband mellan stigande levnadsålder och sjukdom. Efter 80-årsåldern uppträder ofta kroniska sjukdomar och funktionshinder. Åldersgruppen 80 och äldre utgör idag 5 procent av befolkningen men står för 20 procent av samtliga vårdtillfällen vid sjukhus. Utskrivningsklara patienter utgjorde år 2014 sju procent av samtliga vårddygn vid sjukhusen i Region Östergötland.

5 400 fler i kommunernas vård och omsorg. År 2013 hade 16 procent av östgötarna 80 år och äldre permanent särskilt boende och 24 procent hemtjänst i sitt ordinarie boende. Dessa förhållanden har sett ut på liknande sätt sedan år 2007. Med samma inriktning inom



Östergötlands äldreomsorg som idag behöver ytterligare 2 200 personer särskilt boende och 3 200 hemtjänst år 2030.

60 procent fler äldre äldre

Det ovanstående diagrammet illustrerar antalet och andelen invånare 80 år och äldre i Östergötland mellan åren 2000 och 2030. Kurvan visar antalet. De blå procentsatserna anger andelen 80 år och äldre i förhållande till samtliga invånare. Raderna med gröna och röda siffror anger ökningen av antal invånare mellan 15-årsperioderna 2000–2015 respektive 2015–2030.

På samma sätt som Sverige totalt har Östergötland under de senaste tio åren haft en tämligen lugn ökning av de allra äldsta i befolkningen. I genomsnitt har ökningen varit 150 personer per år mellan år 2000 och 2015. År 2017 tar ökningen sakta fart. Under åren 2022–2030 accelererar sedan ökningen till mellan 1000 och 1500 per år. Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet 80 år och äldre med 60 procent. För Östergötland innebär det att antalet invånare 80 år och äldre ökar mellan åren 2015 och 2030 med 14 000 invånare från 24 000 till 38 000. Antalet och andelen äldre kommer att öka i samtliga kommuner i Östergötland men olika mycket. Vadstena har flest äldre invånare idag och så förblir det även om 15 år med en ökning till 15 procent.

Iakttagelser och reflektioner

Lugnet före stormen. Mellan 2020 och 2030 ökar antalet 80 år och äldre i genomsnitt med 1200 per år i Östergötland. För en av Östergötlands kommuner fördubblas antalet 80-åringar och för två kommuner är ökningen 70 procent. Även om man inte vill höra det så är befolkningsprognosen om antalet äldre mycket säkrare än andra förutsägelser om framtiden. De som blir äldre är redan födda. Andelen kan minska om

antalet invånare i yngre åldrar ökar. Men antalet finns kvar om det inte skulle hända något oförutsett med dödligheten eller att många flyttar utomlands.

Demensen slår till. Över 80-årsåldern är var femte person drabbad av en demenssjukdom. Drygt 40 procent av de demenssjuka har plats på särskilt boende. Läget kan upplevas som ansträngt idag men runt hörnet väntar ännu större utmaningar för äldreomsorgen. Livslängden ökar och fler lever upp till en högriskålder för demens. Demenssjukdomar är med dagens kunskap obotliga, långvariga och resurskrävande. Personer med demenssjukdom upptar en majoritet av platserna på särskilt boende. Övriga som bor där är multisjuka, ofta med kort överlevnadstid som gör att platserna omsätts. De demenssjuka bor ofta i flera år och ger en låg omsättning av platser.

Snabb kapacitetsökning krävs. Allt fler äldre får stora effekter för regionens sjukvård och för kommunernas hemsjukvård och äldreomsorg. För regionens del handlar det framför allt om ökat tryck inom den ineliggande sjukhusvården. Säkra historiska data visar att antal vårdtygn och kostnader för äldre på sjukhus nästan på decimalen har följt den demografiska utvecklingen. För kommunerna handlar det om att öka kapaciteten på alla områden. Äldreomsorgen slukar i Sverige redan idag mest resurser av alla kommunala verksamheter. Men det handlar inte bara om pengar. Ett ökat behov av äldreomsorg på cirka 30 procent inom femton år kräver planering och agerande inom organisation, utbyggnad och inte minst personal. Det går inte att fortsätta på samma sätt att bedriva omsorg. Det gäller att hitta nya och kreativa lösningar på kort tid.

Svarte Petter ur leken. Kommunerna och regionen har ett gemensamt ansvar för vård och omsorg av äldre. Samverkan och samordningen

mellan regionens sjukvård och kommunernas vård och omsorg måste förstärkas. Ökad ledningskraft med nya lösningar behövs på flera nivåer. Det gäller på den politiska nivån, inom den övergripande planeringsnivån mellan ledande tjänstemän och verksamhetschefer samt i den dagliga verksamheten inom vård och omsorg.

Sjukvård ger friskare liv. Ett friskt liv hos äldre beror i huvudsak på att sjukvården kan göra allt mer genom att bota eller lindra sjukdomar och också så att funktionshinder kan förebyggas. Nästan alla har att tacka sjukvården för att ha fått hjälp när kroppens maskineri börjar bli slitet. Det kan handla om värk i leder och muskler, hjärtbesvär, diabetes och högt blodtryck. Några har fått mekaniska leder i sina knän och höfter. Andra rehabiliteras för sin stroke eller går på kontroller efter operation för grå starr eller cancer. Dessa insatser fordrar i sin tur behandlingar, läkemedel, personal, teknik, kapacitet och pengar. Det medicinska perspektivet är själva motorn till vården och omsorgen. I gruppen 75 år och äldre är mer än 25 procent inlagda på sjukhus en eller flera gånger under ett år. Så de äldre patienterna är de vanligaste i sängarna på sjukhusen och blir allt vanligare. År 2030 beräknas en tredjedel av patienterna vara 75 år och äldre.

Dom har varit som vi, vi blir som dom. Det är när man passerat 80 år som krämporna blir allt fler, allvarligare och mer kroniska. Oviljan att kännas vid åldrandets mörka sidor och att bli äldre och sjuk finns på ett personligt plan hos oss alla. Många som är medelålders inser också att det snart blir ett nytt kapitel i livet där man behöver hjälp. Ett tecken i tiden är hur ålderdomen är en del av underhållningen. Artister i den tredje åldern sjunger och uppträder som stand up i "Sjung så du stupar", "Bäst före" och "Morsning och Good-bye". De nationella teater-scenerna ger tragikomiska föreställningar som heter "Dödspatrullen", "I sista minuten" och "Slutspel". Den överåriga publiken skrattar förtjust i den drastiska sorgesången åt minnessvagheter och andra tillkortakommanden hos Solveig, Marianne, Annlouise, Staffan och Kurt.

Fyrtioalisters sista kamp

Hur blir det om tio år? Kommer vi att säga att "Tänk 2015, då fick i alla de flesta som behövde det en plats på ett äldreboende. Och det fanns personal som var utbildad". Alla hoppas väl att man inte kommer säga så men de flesta kurvor krokna fel. Den äldsta befolkningen ökar snabbare än någonsin tidigare för vi kan ju inte göra oss av med dem som redan har fötts. Vård och omsorgsbehovet verkar vara ganska konstant ökande när man blir äldre. Påfrestningarna för kommunerna är stora idag och kommer att öka ännu mer. Så frågan är vad som blir tuffast om några år: Att ansvara för äldreomsorgen eller att bli utsatt för den? Den generation som gick i bräsch för frihet från krig samt dagis åt alla kanske återigen ska ta fram plakaten från 1967 och demonstrera, "Ropen skalla, Äldre hem åt alla".

"Kanske behöver man hjälp senare, men man lever längre och det är osannolikt att fler dör friska knall och fall"

Mats Thorslund Äldrecentrum

Vårdbehov och förväntningar

Den demografiska utvecklingen med allt fler och större andel äldre i befolkningen medför att vårdbehoven förväntas öka mer fram till år 2025 än den föregående tioårsperioden. Den medicinska utvecklingen innebär dessutom att fler människor allt mer avancerat kan få behandling av sina sjukdomar. Härutöver kommer standardutvecklingen och människors ökade förväntningar på vårdens tillgänglighet, likvärdighet och kvalitet. För att möta och tillgodose behoven krävs genomtänkta strategier, mod och handlingskraft från politik och tjänstemannaledning.

Ökning på alla fronter. Vårdbehovet kommer att öka inom de stora folksjukdomarna när man gör beräkningar enbart med underlag av den demografiska utvecklingen. Den största ökningen beräknas ske inom hjärt- och kärlsjukdomar. Antal läkarbesök, sjukvårdande behandlingar samt vårdtillfällen och vårdtid vid sjukhus beräknas öka mellan 10 och 16 procent fram till år 2025. Åldersgruppen 75 år och äldre står för huvuddelen av ökningen av vårdkontaktarna.

Vård ineliggande vid sjukhus

I tabellen visas andelen vårdtillfällen på sjukhus mellan år 2013 och 2030 fördelade på åldersgrupper i förhållande till samtliga patienter. År 2013 är faktiska värden och åren 2025 och 2030 är en prognos.

ÅLDER	2013	2025	2030
0–19	15%	14%	13%
20–44	21%	19%	19%
45–64	19%	18%	17%
65–74	17%	16%	16%
75–	28%	33%	35%
Summa	100%	100%	100%
Varav 80–	19%	22%	25%

År 2013 stod gruppen 75 år och äldre för 28 procent av alla vårdtillfällen för att enligt prognosen öka till 35 procent år 2030. Fler invånare med en större andel äldre ökar således vårdkonsumtionen mer jämfört med om den ökade befolkningen skulle ha kvar samma andelar i respektive åldersgrupp som idag.

Sjukdomsgrupper och vårdtillfällen

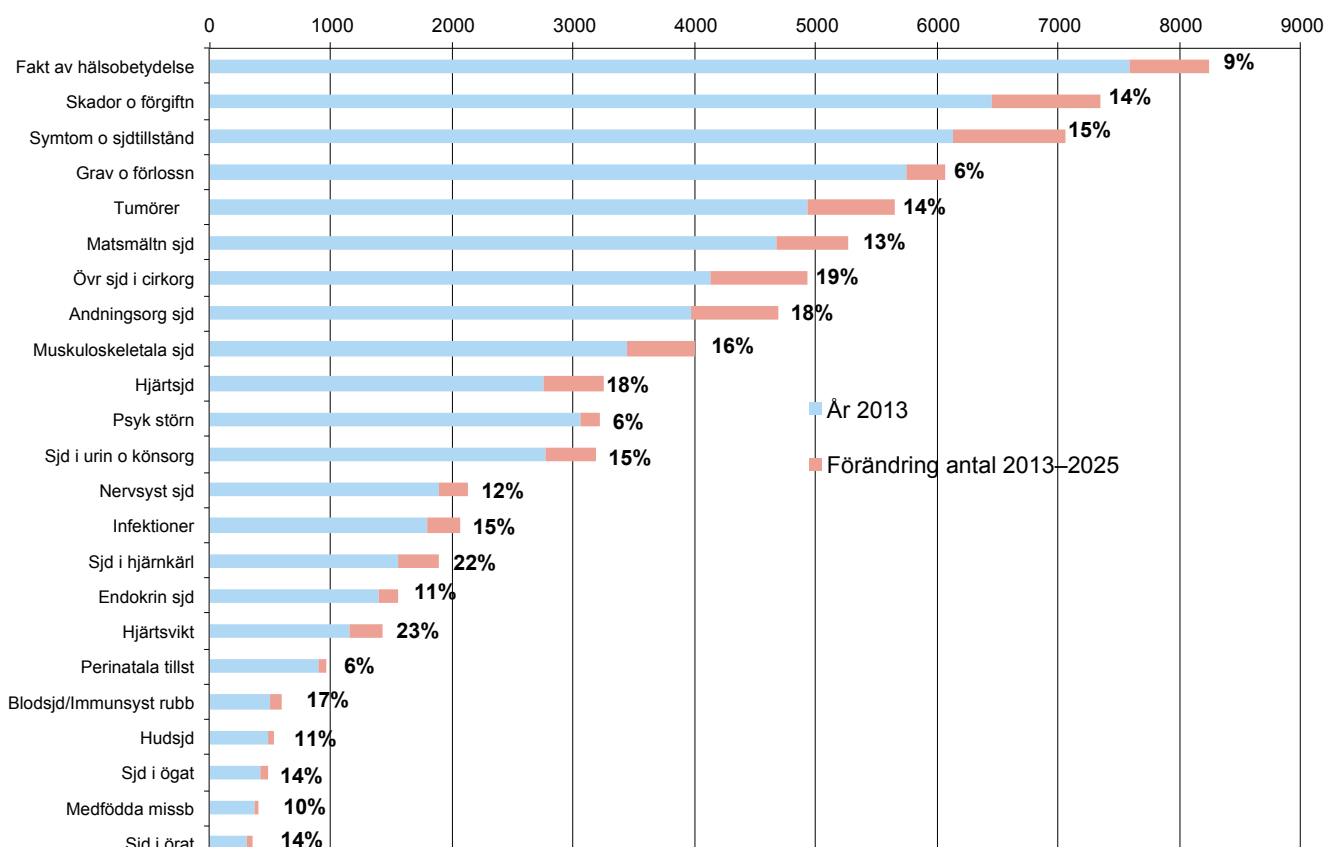
Diagrammet på nästa sida visar prognosen för ökningen av antal vårdtillfällen (inläggningar på sjukhus) mellan år 2013 och 2025, fördelat på 23 sjukdomsgrupper. Prognosen är beräknad enbart på grundval av den demografiska utvecklingen. Stapelns totallängd visar beräknat antal vårdtillfällen år 2025. Den röda delen av stapeln visar ökningen av antalet mellan 2013 och 2025. Siffran efter stapeln anger den procentuella ökningen mellan 2013 och 2025.

Prognosen visar att antal vårdtillfällen totalt vid sjukhusen i Östergötland ökar med 9000 eller 13 procent mellan år 2013 och 2025. Den största ökningen i antal och procent sker inom diagnoserna hjärt- och kärlsjukdomar (hjärtsjukdomar, hjärtsvikt och övriga sjukdomar i cirkulationsorganen). Prognosen inom dessa diagnosområden visar på en ökning av 19 procent vilket utgör 18 procent av den totala ökningen av antalet vårdtillfällen.

Iakttagelser och reflektioner

Att bestämma vad som är vårdbehov. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att ge vård efter behov har funnits långt innan man omformade politikerrollen till befolkningsföreträdare. I de landsting med en uttalad behovsstyrning har politiken stärkt sin ställning att uttöla vårdbehovet och bestämma hur det ska tillgodose för invånarna. I andra landsting är denna roll för politiken inte lika tydlig, mer eller mindre medvetet. Det verkar ändå vara så att styrningsmodellen inte är avgörande för vårdens utbud, tillgänglighet och kvalitet.

Behov, begär och standardökning. De senaste 20 åren har politiker och tjänstemän på konferenser och i interna nätverk haft evigt uppkomna diskussioner om skillnaden mellan behov av och efterfrågan på sjukvård. I ett historiskt perspektiv har våra värderingar och förvänt-



ningar skiftat. Från att överleva, till att leva längre, och må bättre än bra. Kanske kan man använda Maslows behovstrappa som förklaringsmodell att det alltid finns nya behov som människor vill ha tillgodosedda. Så politiska uttalanden om att man har en del kvar att göra i sjukvården får nog betraktas som "never ending story". Det blir en viktig uppgift för sjukvården att hantera både personer som har mera enkla medicinska tillstånd och de med störst vårdbehov.

Snabba förändringar. Enkät svar till myndigheterna för samhällsskydd och beredskap (MSB) visar att ökat antal asylsökande innebär stora utmaningar när det gäller att tillgodose vårdbehovet. Väntetiden till hälsoundersökning förlängs, vilket kan innebära att smittsamma sjukdomar riskerar att spridas eller att hälsoproblem hinner förvärras. Många asylsökande har medicinska behov som de behöver hjälp med ganska omgående på vårdcentralerna. Infektionskliniken får lägga stor kraft på omfattande smittspårning. Antibiotikaresistenta bakterier är mycket vanligare bland flyktingar vilket påverkar all verksamhet. Många flyktingar är traumatiserade och har posttraumatiska stresssymptom. Prioriteringar kommer att behövas eftersom psykiatrien redan nu har en hög belastning och även tillgängligheten kan påverkas. Om en fördubbling sker av ökat antal flyktingar kommer hela hälso- och sjukvårdssystemet utsättas för ett ökat tryck. En sådan situation kan komma innebära undanträngningseffekter, tillgänglighetsproblematik och ökade kostnader.

Vårdbehovet växer och måste mötas. Såväl effekterna av den demografiska utvecklingen som en mer kvalitativ bedömning av utvecklingen inom 18 folksjukdomar påvisar en ökning av vårdbehovet. Analyserna pekar inte på några stora genombrott inom de redovisade sjukdomarna. För att möta befolkningens förväntningar och tillgodose patienternas vårdbehov krävs genomtänkta strategier från landstingsledning och politiken. En god balans måste hållas mellan den politiska

viljan och den verksamhetsmässiga förmågan. Det handlar om att styra kapaciteten till de områden där behoven är störst. Det krävs mod och handlingskraft att genomföra nödvändiga åtgärder. Och man måste nog vara beredda på att i vissa lägen prioritera och fokusera på sådant som är allra viktigast.

"Alla kommer aldrig att bli nöjda. Polisen är som värden, behovet av oss kommer alltid att vara större än våra resurser"

Tidningsintervju med nytilträdde polisområdeschefen i Östergötland

Det globala hälsohotet

De två största omvärldshoten och utmaningarna för människors hälsa och sjukvårdens funktion stavs Resistenta bakterier och Pandemier. Spridningen ökar som en tyst och långsam pandemi av bakterier som inte antibiotikan biter på. Det kan därför bli allt svårare att utföra behandlingar som innebär infektionsrisker för patienten. En influensapandemi kan plötsligt utsätta sjukvården för en övermäktig belastning under en begränsad tid. Svåra prioriteringar måste göras på övergripande nivå i sjukvårdssystemet, inom verksamheten och av sjukvårdspersonalen.

Låg användning av antibiotika viktig. Två av de viktigaste orsakerna till antibiotikaresistens är hög antibiotikaanvändning och spridning av resistenta bakterier. Jämfört med andra länder har Sverige både en låg antibiotikaförbrukning och än så länge ett gynnsamt resistensläge. Under 2013 minskade antibiotikaförsäljningen i Sverige med åtta procent

Femdubblad spridning. Antalet personer som i Sverige bär på resistenta bakterier har femdubblats på mindre än tio år. Nästan en procent

av alla inläggande patienter på sjukhus behandlas för en bakterie som är resistent mot antibiotika. Den vanligaste smittvägen är samhällsförvärd smitta. Av de som är smittade av MRSA bedöms 40 procent ha smittats utomlands

Riskfyllt för all sjukvård. Antibiotikaresistens försvårar inte bara behandlingen av infektionssjukdomar. Den påverkar också övrig sjukvård som kan bli så riskfylld att man inte kan utföra den. Inom EU dör 25000 personer per år på grund av antibiotikaresistenta bakterier.

Pandemier drabbar regelbundet. Pandemier av smittsamma sjukdomar drabbar världen regelbundet. Under de senaste hundra åren har det förekommit fyra pandemier. Resandet mellan länder ökar vilket gör att smittspridningen troligen går snabbare vid en framtida pandemi. Vi är nu mer förberedda än vid tidigare utbrott. Den internationella övervakningen har stärkts och beredningsplaner har utarbetats nationellt och i landstingen

Multiresistenta bakterier

ESBL och MRSA är de helt dominerande multiresistenta bakterierna. Smittspridningen av ESBL har legat på ungefär på samma nivå under åren 2012–2014. En ökning har skett år 2015. MRSA har nästan fördubblats mellan 2013 och 2015. I följande diagram visas utvecklingen av MRSA i Östergötland mellan åren 1997 samt på vilket sätt spridningen skett.

Den rosa delen av stapeln visar om Östergötland haft någon känd smittspridning i vård och omsorg. Utbrottet i vården år 2005 syns tydligt i diagrammet. I övrigt beror smittspridningen i huvudsak på så kallad samhällsförvärd smitta.

Ålder, smittvägar och smittland MRSA

Det är något fler män än kvinnor som smittas av MRSA. År 2014 var medianåldern för män 35 år och för kvinnor 24 år. Flest fall har påvisats i åldersgruppen 0–9 år (20 fall) följt av åldersgruppen 20–29 år (15 fall). Vid smittspårning i barnfamiljer hittas ofta fler fall. Den vanligaste smittvägen samhällsförvärd smitta. Av de 94 smittade år 2014 är 14 sjukhusmittade. Två fall bedöms ha smittats i sjukvården i Sverige. De andra 12 fallen har antingen arbetat inom vård utomlands eller vårdats utomlands. Knappt 40 procent av samtliga smittade patienter bedöms ha smittats utomlands.

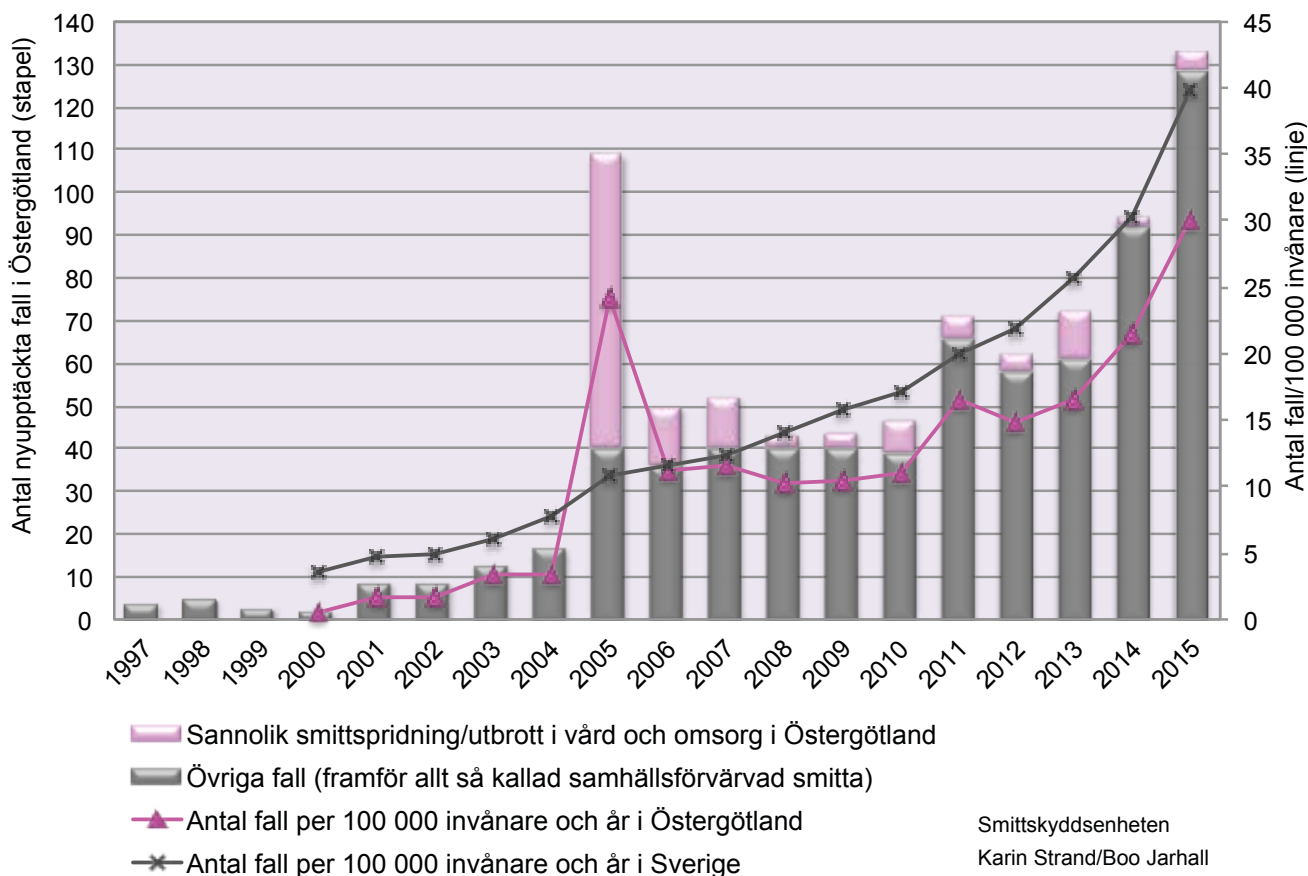
Iakttagelser och reflektioner

Åter till 1940-talet? I Sverige har antalet personer som bär på resistent bakterier ökat från 2 000 till 10 000 på mindre än tio år. Problemet med antibiotikaresistens går fort, fortare än vi någonsin trott när det gäller vissa bakterier. Sedan penicillinet upptäcktes har världen vant sig vid att infektioner kan botas. Men idag dör människor i infektioner som antibiotikan inte biter på. Det obehagliga som händer nu är att stora delar av grunden för behandlingar som bygger upp hela sjukvården håller på att vittra sönder. Risken finns att vi åter hamnar på 1940-talets

MSRA-trend i Östergötland 1997–2015

Antal nyupptäckta fall/år i Östergötland (vä axel/staplar)

Antal nyupptäckta fall/100 000 invånare i Östergötland och Sverige (hö axel/staplar)



nivå. Att vi kommer tillbaka till en värld där friska människor dör av banala infektioner, där sjuka och svaga löper ännu större risk och många operationer blir otänkbara.

Vänskap kan gå över till elakhet. De flesta av bakterierna är våra bästa vänner och försvarar oss mot allvarliga infektioner. Men våra vänskapliga bakterier kan också bli elaka om de hamnar på fel plats i kroppen. När man får ett sår kan en i vanliga fall harmlös stafylokokbakterie bryta igenom huden och orsaka skada. Människans eget immunförsvar kan rubbas hos patienter som till exempel har genomgått transplantationer eller avancerad cancerkirurgi. Vissa läkemedel mot svåra sjukdomar samt kortison och cytostatika sätter ned patienternas immunförsvar och ökar risken för patienterna att drabbas av infektioner som orsakas av resistent bakterier.

Följ hygienrutiner ger grundskydd. Överbeläggningar på sjukhusen kan vara en spridningsfaktor för bakterier, framförallt i kombination med bristande hygienhantering från personalen. Om smitta sker till en nyligen opererad cancerpatient eller till en person som fått en ny knäled inopererad kan följderna bli fatala. Att personalen följer hygienrutinerna ger således ett grundskydd mot att de elaka bakterierna överförs i sjukhusmiljön. Det kan förhindra överföring av bakterier och uppkomst av vårdrelaterade infektioner som då kan kräva en "onödig" antibiotikabehandling. Men tyvärr löser inte dessa åtgärder ensamt det grundläggande problemet med den globala smygande ökningen av bakterier som inte antibiotikan biter på. Av de smittade patienterna av MRSA i Östergötland smittades två procent på svenska sjukhus år 2014. Lite mer än tio procent av de smittade hade antingen arbetat inom vård utomlands eller vårdats utomlands. För de övriga patienterna var smittvägen samhällsförvärd smitta. Knappt 40 procent hade smittats utomlands.

Täppa till smittan. Folkhälsomyndigheten har gjort ett antal scenarior om den framtida utvecklingen av antibiotikaresistens. I det värsta scenariot ökar antalet fall av bärare av resistent bakterier med 40 gånger inom tio år. Om vi inte vidtar åtgärder kommer infektioner med resistent bakterier att medföra ökad kostnad och dödlighet. Det är stort ökande tryck från övriga länder i Europa så det gäller att täppa till så att smittan inte tränger in till vården i de svenska sjukhusen. Utvecklingen av läkemedel har stått still och diagnostiken har inte hängt med och tar tid. Det är därför viktigt med gemensamma genomtänkta processer på det lokala planet för att hålla smittspridningen stången så långt som det är möjligt.

Pandemier uppkommer regelbundet. Nya pandemier av smittsamma sjukdomar är oundvikliga och det handlar mer om *när* vi drabbas än *om* vi drabbas. Resandet mellan länder ökar som gör att smittspridningen troligen går snabbare vid en framtida pandemi. Samhället blir dessutom mer och mer komplext och sårbart. Vi är på många sätt ändå mer förberedda än vid tidigare utbrott. Den internationella övervakningen har stärkts och beredskapsplaner har utarbetats nationellt och i landstingen. Kliniska övervakningssystem och högisoleringsystem har utvecklats. Influenzapandemi är klassat som det näst största hotet mot mänskligheten efter miljöförstöringen. Konsekvenserna kan bli ödesdigra för de delar av världen som inte planerat för en pandemi. Den nationella pandemiplanen om samhällets beredskap sträcker sig bara till en viss gräns. Planen omfattar det som är hanterbart. Sjukvården är inte uppbyggd för tio tusen smittade som behöver vård i ett län.

Svåra prioriteringar i sjukvården. Svensk sjukvård har ingen erfarenhet av att göra svåra prioriteringar i utsatta lägen. En orsak är att vi under lång tid har varit förskonade från krig och andra större katastrofer. När en pandemi inträffar behövs färdiga modeller för prioritering av vilka som ska få vård. Men ingenstans talas konkret om de svåra

prioriteringar man tvingas göra när resurserna inte räcker till. Det beror förmodligen på att frågan är för besvärlig för att någon ska ta tag i den. Prioriteringarna kommer därför att lämnas till den enskilda verksamheten och personal som arbetar i vården.

"Bland de olika hälsofrågor som berör mina barn så är antibiotikaresistens en av dem som oroar mig mest"

Keiji Fukuda, biträdande generalsekreterare för WHO, december 2014

Tillgång till vårdplatser

Vårdplatser på sjukhus har en lång historik och är en fråga som ofta debatteras. Platserna har minskat kraftigt i samband med utveckling av öppna vårdformer och överföring av ansvar till kommunerna. Sverige har nu lägst antal vårdplatser per invånare i Europa. Vårdtiden på sjukhus och därmed behovet av vårdplatser påverkas av många faktorer. En av de viktigaste för framtiden är den demografiska utvecklingen med en stor ökning av antal äldre. Ett omfattande strategiskt nytänkande krävs för att sjukhusvården framöver ska klara sig med vårdplatser på nuvarande nivå.

Kraftig minskning under kort tid. Antalet vårdplatser på Sveriges sjukhus minskade med 35 procent mellan år 1996 och 2013. År 2013 fanns 2,6 vårdplatser per invånare, lägst i Europa. Skillnaden i vårdtid per invånare mellan det landsting med högst och lägst vårdtid var 51 procent år 2013

Östergötland har låga siffror. Östergötland har låga siffror för den inneliggande vården per invånare i jämförelse med övriga landsting. Vårdtiden är 19 procent lägre än sverigesnittet och 9 procent lägre än det landsting med den näst lägsta vårdtiden. Medelvårdtid och antal vårdtillfällen per invånare är näst lägst bland landstingen.

Överbeläggningar ökar. Under de senaste två åren har sjukhusen i Sverige i genomsnitt per dygn haft fyra överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser. Medelbeläggningen var 93 procent sammantaget för Östergötlands fyra sjukhus år 2015, en ökning med tre procentenheter sedan år 2011. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat sedan år 2013.

Vårdtiden måste minska. Beräkningar visar att antalet vårddygn kan komma att öka i Östergötland av demografiska skäl med 22 procent mellan år 2013 och 2030. Att minska den sammanlagda vårdtiden vårdtiden är en av de viktigaste strategierna för framtiden.

Fyra scenarior om framtida vårdtid

Analys av tidigare prognoser har visat att framtidsberäkningar av vårdtillfällen har stämt med den demografiska utvecklingen när det verkliga utfallet har jämförts med den prognos som togs fram. Diagrammet illustrerar tre scenarior om utvecklingen av vårdtiden fram till år 2030.

Den raka prognosen (röd kurva) är beräknad på den demografiska utvecklingen. Den gröna kurvan bygger på fortsatt samma medelvårdtid som år 2013. Den blå kurvan innebär att medelvårdtiden minskar i samma grad som mellan år 2006 och 2013. I nedanstående tabell redovisas effekter för de tre prognoserna samt en fjärde prognos där vårdtiden förblir densamma som år 2013 genom att medelvårdtiden minskas.

I de fyra prognoserna i tabellen är det samma värden för invånare och vårdtillfällen som i det ovanstående diagrammet.

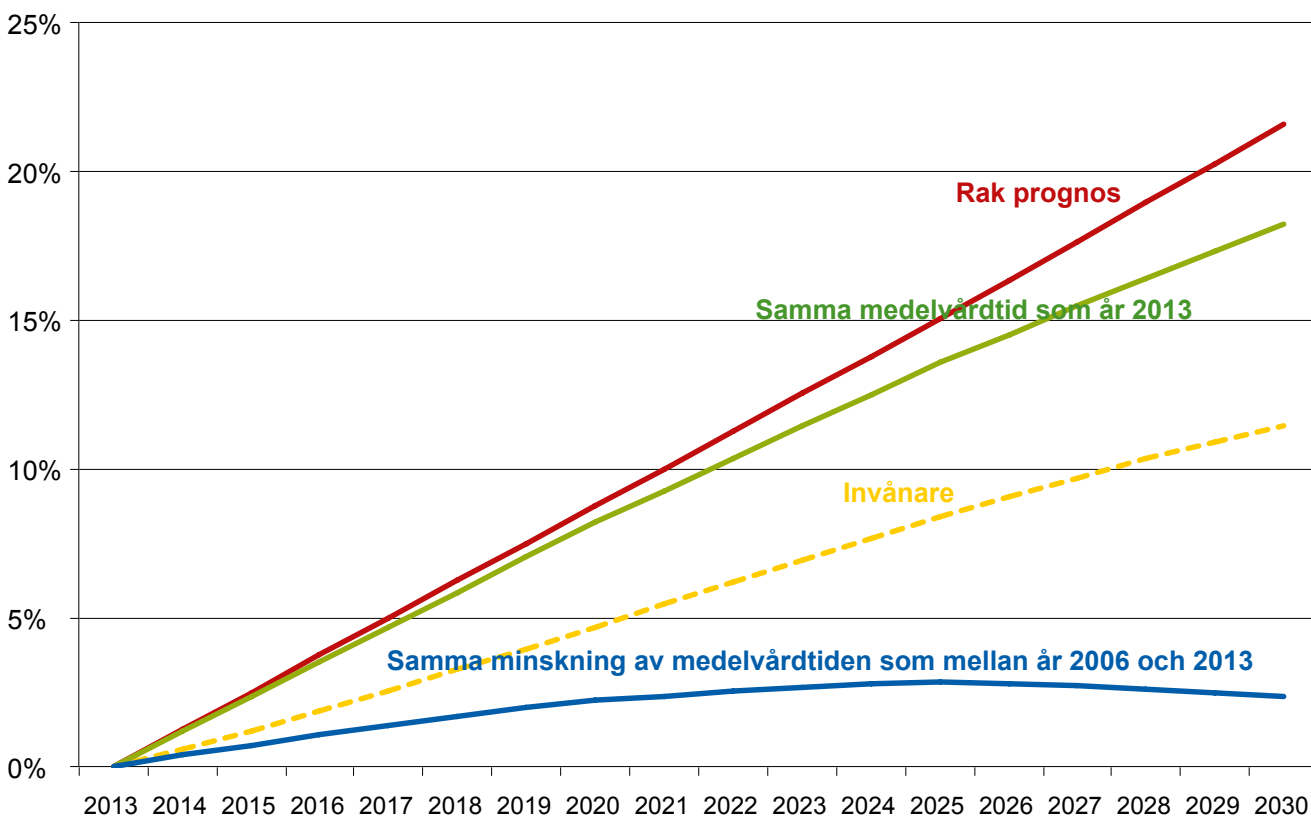
- I den **raka prognosen** ökar medelvårdtiden med 0,13 dygn till 4,55. Vårdtiden ökar med 22 procent vilket motsvarar 240 vårdplatser (1100 befintliga vårdplatser multiplicerat med 22 procent).
- Om **medelvårdtiden hålls kvar** på samma nivå som år 2013 ökar vårdtiden med 18 procent vilket motsvarar 195 vårdplatser.
- Om **medelvårdtiden minskar** till 4,00 vårddygn ökar vårdtiden med 7 procent vilket motsvarar 85 vårdplatser.
- Om **vårdtiden ska hållas kvar** på samma nivå måste medelvårdtiden minska från nuvarande 4,42 vårddygn till 3,75 vårddygn.

Utvecklingen i Östergötland från 1996 och framåt visar att antal inläggningar på sjukhus (vårdtillfällen) någorlunda följer den demografiska utvecklingen. Och det gäller när både antalet invånare blir fler och när andelen äldre i befolkningen ökar. När man följer förändringen av vårdtiden (antal vård dagar) uppstår inte samma konsekventa förändring. En remarkabel minskning skedde under tio år mellan 1996 och 2006. Därefter och fram till år 2013 har vårdtiden varit ganska konstant medan antal vårdtillfällen ökat ungefär lika mycket i procent som antal invåna-

re. Det innebär att medelvårdtiden samtidigt minskade. Mellan år 2013 och 2014 ökade vårdtiden procentuellt mer än vårdtillfällen och samma utveckling gällde mellan år 2014 och 2015. Det innebär att medelvårdtiden har ökat, liksom vårdtid per vårdplats.

Iakttagelser och reflektioner

En historia av slutet sjukhusvård. I mitten på 1950-talet var antalet vårdplatser per invånare i Sverige fyra gånger fler än idag. Förutom på sjukhusen fanns vårdplatser på anstalter för epidemivård, lungtuberkulos, kroniskt sjuka, vanföra, psykiskt efterblivna och sinnessjuka. Det handlade inom dessa vårdanstalter ofta om förvaring där människor låstes in och hospitaliserades och aldrig kom ut i samhället. Det var först i mitten av 1980-talet som stora strukturförändringar gjordes inom psykiatri och äldre vården. Samtidigt medförde medicintekniska landvinningar att medelvårdtiderna kunde kortas parallellt med att öppnare vårdformer och primärvården utvecklades.



	ÅR 2013			ÅR 2030			Förändring mellan år 2013–2030		
	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid	Vårdtillfällen	Vårdtid	Medelvårdtid	VÅRDTID Antal	Procent	VÅRD- PLATSER Antal
Alternativa scenarior									
Rak prognos	67 000	296 000	4,42	79 000	360 000	4,55	64 000	22%	240
Samma medelvårdtid som år 2013	67 000	296 000	4,42	79 000	349 000	4,42	53 000	18%	195
Minskning av medelvårdtiden	67 000	296 000	4,42	79 000	316 000	4,00	20 000	7%	85
Samma vårdtid som år 2013	67 000	296 000	4,42	79 000	296 000	3,75	0	0%	0

Kraftig minskning under tio år. Under tio år mellan 1996 och 2006 minskade antalet vårdplatser i Sverige med över 30 procent. Den kraftiga förändringen gjordes i en tid där många faktorer sammanföll. Delar av 1990-talet präglades av en svag ekonomisk utveckling med sparpaket, krav på effektiviseringar och uppsägning av personal. Den slutna sjukhusvården var det område som blev mest föremål för effektiviseringar och nedskärningar. Men dessa förändringar hade inte kunnat göras om de inte hade sammanfallit med tekniksprång och medicinska framsteg. Dagkirurgin utvecklades och behandlingsstrategin förändrades i sin helhet mot öppnare vårdformer. Avancerad hemsjukvård tog hand om patientgrupper som tidigare varit tvungna att få sin vård inneliggande på sjukhus. Reduceringen av vårdplatser är således i första hand kopplad till minskad medelvårdtid och därmed också minskad vårdtid. Antalet patienter och vårdtillfällen följer en annan kurva och ligger ungefär på samma nivå år 2013 som 1996.

Beläggningen ökar. Vårdplatser och överbeläggningar är ständigt föremål för debatt. Ämnet är inte nytt, även i tider med dubbelt så många vårdplatser diskuterades dessa problem. På de sammanlagt 25 000 vårdplatserna i Sverige är i genomsnitt 1000 patienter föremål för en överbeläggning. Den sammantagna medelbeläggningen för sjukhusen i Östergötland har ökat från 90 procent år 2011 till 93 procent år 2015. Även överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat. Situationen är kronisk och skör vid de svenska sjukhusen. Det gör det svårt att klara inflödet av akuta patienter och den planerade vården.

Många faktorer avgör vårdtiden. Tillgången till vårdplatser är beroende av väl fungerande vårdprocesser inom sjukhusen. Under senare tid har också brist på kompetent personal stängt ner vårdplatser fast det finns avsatta pengar. Under tre faser, inläggning, under sjukhusvistelsen och vid utskrivning innebär en del faktorer ökad vårdtid och andra faktorer minskad vårdtid. Det handlar här om den kliniska vardagen och om samverkan med kommunerna, men också sådant som är svårare att styra: fler invånare, fler äldre och nytt sjukdomspanorama. Andra faktorer är vårdrelaterade infektioner, patienter som skulle kunnat behandlas i öppen vård samt utskrivningsklara patienter som ska överföras till vård och omsorg i kommunen. Andra faktorer kan komma plötsligt, till exempel en influensapandemi.

Genombrott eller många bäckar små. Att öka antalet vårdplatser kan liknas vid att öka spårkapaciteten för järnvägen från Linköping till Stockholm – det är dyrt och det tar lång tid. Också ur ett patientperspektiv bör inneliggande vård så mycket som möjligt undvikas. Och när det är det nödvändigt ska det vara effektiva processer så att man ligger inne så kort tid som möjligt. Lösningar är att vårda sjuka i hemmet i större omfattning än idag och hitta vårdformer som gör att patienten inte behöver stanna över natten. Ingen har talang att förutsäga framtiden och vi vet inte vilka innovationer som kommer att förverkligas inom sjukhusvården. Under de senaste fem åren har antalet vård dagar planat ut och nu ökat, samtidigt som vi nu bara är i början av en allt äldre befolkning. Att i detta läge ytterligare minska vårdtiden på sjukhus förutsätter många åtgärder. En möjlig ambitionsnivå är att klara den inneliggande vården på de vårdplatser som finns idag – men även denna ambition kräver omfattande strategiskt nytänkande och insatser. Tidigare har besparingar och effektivisering inom sjukvården skett genom att minska vårdplatserna. Det blir sannolikt svårare att öppna dörren för effektiviseringar via sådana vägar.

”De typiska flaskhalsarna uppstår under för- och eftermiddag. De vanligaste orsakerna till trafikpropparna är för många bilar i förhållande till trafikkapaciteten, vägarbeten, olyckor, trasiga trafiksignaler och stillastående fordon”

Trafikanalys, Trafik Stockholm

Likvärdig vård i landet

Det finns en utbredd förväntan hos människor att landstingen ska erbjuda samma vård oavsett var man bor i Sverige. Mycket kraft läggs för att vården ska bli mer likvärdig i landet. På nationell nivå har sjukvårdspolitiska reformer genomförts. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja öppen vård över landstingsgränserna. Gemensamma nationella utvecklingsinsatser sker vad gäller tillgänglighet, äldrevård och kunskapsstöd. Landstingen har ökat sin samordning av olika strategiska frågor för invånare och patienter. Regeringen har tagit nya initiativ till att förändra dagens sjukvårdssystem så att det på ett bättre sätt motsvarar medborgarnas behov och förväntningar.

Många statliga styrmedel. Statens styrning av hälso- och sjukvården sker i huvudsak genom lagstiftning, regelsystem, statsbidrag och utvecklingsinsatser samt tillsyn, uppföljning och utvärdering. Socialdepartementet och sjukvårdsmyndigheterna är statens redskap att skapa förutsättningar och följa upp att en god och likvärdig vård sker i kommuner och landsting.

Flera processer för likvärdig vård. Uppdelningen i 21 självstyrande landsting medför skillnader i resurser, ambitioner och prioriteringar. Det blir därmed också skillnader för invånare och patienter vad gäller vårdens utbud, tillgänglighet och kvalitet. Det finns samtidigt olika processer för att ge invånarna en likvärdig vård oavsett var man bor i Sverige. De viktigaste är sjukvårdspolitiska nationella beslut, nationella överenskommelser, nationell kunskapsstyrning och samordning mellan landstingen.

Kommitté för ny indelning av landstingen. En analys har i denna rapport gjorts av morgondagens sjukvårdssystem utifrån den offentliga debatten de senaste två åren. Resultatet visar på en inriktning mot färre större sjukvårdsregioner som har ungefär samma funktion som landstingen har idag. Under de senaste tio åren har två omfattande utredningar lagts fram om regionalt utvecklingsansvar, sjukvårdsstruktur och statlig styrning. Regeringen har utsett en indelningskommitté som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting.

Morgondagens sjukvårdssystem

De flesta aktörer inom hälso- och sjukvården har en gemensam syn på att vården måste bli mer likvärdig över landet. Det är inte några större åsiktsskillnader i denna fråga mellan politiker på nationell nivå och de som verkar i landstingen. Utredningen ”Gör det enklare” har lyft fram vårdens behov av nationell samordning. Synsättet delas också av befolkningen och patienter samt företrädare för specialistföreningar och fackliga organisationer. Under år 2013 blev debatten mer framträdande om vilket sjukvårdssystem vi vill ha i framtiden där likvärdig vård är ett bärande tema. I tabellen redovisas en kvalitativ analys byggd på nyhets- och debattartiklar i dagstidningar och fackpress under 2013 och 2014.

Analysen visar att det finns argument för och emot tre ansvarsnivåer för hälso- och sjukvården, landsting, större regioner och stat. De teman som framkommer och också ibland står emot varandra är:

- **Demokrati:** Närdemokrati och mångfald där man prövar olika lösningar och där det är nära till de politiska beslutsfattarna
- **Effektivitet:** Säkerställa kompetens och finansiering av medicinsk teknik för avancerade vårdinsatser samt för att klara nivåstrukturer och prioriteringar
- **Likvärdig vård:** Gemensamma nationella prioriteringar och mindre skillnader i utbud och kvalitet

	Landsting	Region	Stat
För	<ul style="list-style-type: none"> • Den kommunala självstyrelsen bidrar till när demokrati och mångfald • Olika lösningar prövas att få fram god kvalitet till rimliga kostnader • Öppna jämförelser har ökat utvecklingskraften och minskat skillnader i kvalitet mellan landstingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukvården blir allt mer högspecialiserad • Har kvar lokalt ansvar och samtidigt en storlek som krävs för framgångsrik vård • Klarar finansieringen av avancerad medicinsk teknik • Nödvändigt för den regionala utvecklingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Stark respons från medborgare • Ökar möjligheterna till likvärdig vård • Gemensamma medicinska prioriteringar • Starkt beslutsmandat • Lättare att genomföra nivåstrukturering • Enklare att fatta obekväma beslut
Mot	<ul style="list-style-type: none"> • Landstingsorganisationen leder till ojämlig vård i Sverige • Invånarna har liten förståelse för att vården ser olika ut i Sverige • Patientmaktsureddningens förslag om ökat vårdval försvårar landstingens självbestämmande • Många landsting är för små för att upprätthålla kompetens och kvalificerad vård • Centralisering för att höja kvaliteten är politisk omöjlig • Staten kan inte i längden tolerera ineffektivitet • Det är omöjligt att få 21 landsting att samordna sig 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionfrågan död, den fågeln flög inte • Staten fattar inte beslut om stora regioner, viktigt att initiativen kommer underifrån 	<ul style="list-style-type: none"> • Höriskprojekt med stor strukturomvandling • Statligt huvudmannaskap är inte förknippat med effektivitet och likvärdighet • Inget talar för att en gigantiska vårdorganisation skulle bli särskilt lyckad • Innovation och mångfald riskeras • Regionala behov kan komma att nedprioriteras • Besluten och ansvarskrävande längre från invånare och verksamhet • Byråkratisk organisation

I de analyserade artiklarna kan man urskilja förslag på aktiviteter som måste till för att åstadkomma en mer likvärdig vård i landet. Några exempel:

- Kunskapsstyrning inom olika sjukdomsgrupper som kan utveckla vården i vardagen
- Genom medicinskt grundade beslut samordna och centralisera delar av specialiserad vård
- Samordna införandet av nya läkemedel
- Renodling av landstingens roll som medborgarföreträdare och beställare av vården
- Hitta mer ändamålsenliga sätt att fatta gemensamma beslut som berör alla landsting

Iakttagelser och reflektioner

Decentraliserat sjukvårdssystem. Den svenska hälso- och sjukvården bygger på en tydlig ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommuner. Det som är utmärkande jämfört med de flesta andra länder är en långtgående decentralisering av ansvar och uppgifter till landstingen. Det är mer än 150 år sedan landstingen bildades och vi har fortfarande ett Sverige med 21 sjukvårdssystem. Det innebär att varje landsting har sin egen "sjukvårdsminister". Varje landsting bestämmer själv om utbud, tillgänglighet, medicinsk kvalitet och kostnadsnivå. Samma sak gäller för organisation, ledning, styrning, vårdstruktur och processer.

Starkt stöd för likvärdig vård i landet. Undersökningar visar att det finns en utbredd förväntan hos invånarna i Sverige att landstingen ska erbjuda samma vård i hela landet. Detta synsätt delas också av till exempel medicinska specialistföreningar som ibland talar i termer om "vårdens postkodlotteri". Att denna uppfattning och diskussion har fått mer genomslag de senaste åren beror på den ökade tillgången på information till invånarna om utbud, tillgänglighet, avgifter och resultat. Ett annat skäl är den ökade valfriheten och mångfalden inom vården och omsorgen.

Kraftfullare nationell styrning. När man blickar 20 år bakåt finner man att staten gjort olika inbrytningar för att åstadkomma en mer likvärdig vård i landet utöver de formella regelverk som styr landstingens verksamhet. De senaste tio åren har en mer omfattande fokusering och kraft lagts på denna inriktning. Det handlar om statlig styrning med olika incitament från departement och sjukvårdsmyndigheter. Sjukvårdspolitiska reformer som vårdval och upphandlingsregler av vård har genomförts. Regeringen har utsett samordnare för olika områden. Exempel är äldresatsning, psykiatri, kroniska sjukdomar, kommunalt hemsjukvårdsansvar, vårdval i specialiserad vård och nationell cancerstrategi. Regeringen har tillsammans med SKL initierat utvecklingsaktiviteter och utformat ersättningssystem för att förbättra tillgänglighet, kunskapsstyrning och äldrevård. Regionala kompetenscentra för cancervård har skapats. Sjukvårdsmyndigheterna har aktiverat den nationella styrningen genom till exempel nationella medicinska riktlinjer. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har visat på skillnader i landstingens resultat.

Under de senaste åtta åren har också det nationella ledningssamarbetet stärkts mellan landstingen. Landstingens nationella ledningsnätverk på högsta tjänstemannanivå har alltmer utvecklats till att hantera gemensamma frågor där en samordning blir alltmer nödvändig på nationell nivå.

Regioner – haveri?... För åtta år sedan lade Ansvarskommittén fram sitt betänkande. Det rådde stor optimism om att hälso- och sjukvården skulle utvecklas i större regioner som skulle innebära möjligheter till samordning och effektivisering. Stor kraft satsades från staten och SKL på att informera och engagera politiker och tjänstemän i kommuner och landsting. En statlig samordningsman åkte runt till samtliga län där han i en svart bok antecknade hur de lokala och regionala företrädarna såg på sina möjligheter att utforma en regional samordning över länsgränserna. De då nybildade regionerna Skåne och Västra Götaland var förebilder. Det finns flera skäl till det snöpliga resultatet. Många in-

tressenter inom stat, landsting och kommuner skulle hitta fram tillsammans i alla tåtar och vara överens ”underifrån”. Det viktigaste skälet är emellertid drivkraften från den nationella politiken. Att regionreformen för Skåne och Västra Götaland lyckades så bra berodde till stor del på en stark fackminister som drev frågan i samklang med tunga kommunpolitiker. Att regionprocessen inte lyckades efter Ansvarskommitténs betänkande var egentligen inte så överraskande. Ledande ministrar i regeringen hade bestämt att det inte skulle bli något. När det började se ut som den tänkta regionreformen skulle kunna genomföras stoppades hela frågan på olika sätt.

... eller omstart? Analysen av debatterna under de senaste åren visar att de bärande argumenten fortfarande är att man på regionnivå kan ha kvar ett lokalt ansvar men med en storlek som krävs för att bedriva en framgångsrik sjukvård. Kraftfulla och mer jämställda regioner skulle dessutom bli bättre samtalspartner för den nationella nivån så att beslut och implementering blir starkare. Världens maktthavare bedömer att det år 2030 har skett en uppdelning i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som landstingen har idag. Regeringen har aviserat att man kommer att påbörja arbetet att minska antalet län och landsting i Sverige.

”Jag har just återvänt från ett möte med mina generaldirektörskollegor i EU om organisation av sjukvården. Alla från länder med statliga sjukvårdssystem sa: Det här går inte längre, vi måste satsa på decentralisering. Alla med lokalt styrd sjukvård sa: Vi måste förstatliga, det är enda lösningen. Slutsats: Det finns inga enkla lösningar”

Kjell Asplund, Generaldirektör Socialstyrelsen 2004–2008. Reflektion i ett medarbetarbrev.

Personal- och kompetensförsörjning

Under de närmaste åren uppnår många medarbetare inom vård och omsorg pensionsåldern. Samtidigt växer befolkningen och antalet och andelen äldre med stora vårdbehov ökar. Om inga drastiska förändringar sker i arbetssätt och bemanningsbehov kommer det att behövas 160 000 nya medarbetare med yrkesutbildning i vård och omsorg den närmaste tioårsperioden. Beräkningarna i detta kapitel visar att nuvarande utbildningskapacitet inte kommer att räcka till för att rekrytera personal fram till år 2025. Det gäller framförallt sjuksköterskor men också andra grup-

per som barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker. Den framtida tillgången på undersköterskor är svårbedömd.

Fler anställda. Tillgången på läkare och sjuksköterskor har ökat i Sverige under de senaste fem åren. I förhållande till antalet invånare i befolkningen ökade antal läkare med tio procent och sjuksköterskor och barnmorskor med fyra procent. Antalet specialistsjuksköterskor minskade med en procent. Jämfört med övriga EU/EES ligger Sverige bland de tre länder med högst andel läkare och sjuksköterskor per invånare. Antalet är 410 läkare och 1110 sjuksköterskor per 100 000 invånare.

80 procent har högskoleutbildning. Inom landstingens hälso- och sjukvård har samtliga anställda som arbetar med patienter en vårdyrkesutbildning. Undersköterskor och skötare har utbildning på gymnasienivå och övriga 80 procent av de anställda har en högskoleutbildning på minst tre år. Det finns totalt 48 yrkesexamen på högskolenivå varav en tredjedel inom hälso- och sjukvård. Program med högst sökandetryck är psykolog, läkare, sjukgymnast och barnmorska.

Större ökning än antalet invånare. Mellan år 2005 och 2014 ökade antal anställda i Region Östergötland med nio procent medan befolkningen ökade med sex procent. Antal läkare ökade med 33 procent och antalet sjuksköterskor med 12 procent. Antalet undersköterskor och skötare minskade med 4 procent. Östergötland ligger på ungefär samma nivå som Sverige i genomsnitt vad gäller antal läkare och sjuksköterskor per invånare.

Sysselsättningsgrad nästan 100 procent. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden mellan år 1996 och 2014 ökade för de anställda i Region Östergötland från 89 procent till 97 procent.

3 500 i pension. Fram till år 2025 beräknas 3 500 anställda i Region Östergötland gå i pension. Det är en ökning med nästan 50 procent jämfört med föregående tioårsperiod.

Nuvarande arbetsmarknadsläge

Hösten 2014 gjorde landstingen en bedömning av balans mellan tillgång och efterfrågan av personal inom det egna landstinget. I det nedanstående illustreras sammanställningen av rekryteringsläget.

Nästan alla landsting uppskattade att tillgången överstiger efterfrågan för läkare under allmäntjänstgöring (AT-läkare). Tillgången är bättre än år

Överstiger efterfrågan	Balans		Otillräcklig	Jämfört med år 2013
*AT-läkare				Bättre
	*Spec.sjuksköt medicin/kirurgi			Samma
	*ST-läkare			Samma
	*Spec.sjuksköt anesthesi/iva			Bättre
		*Barnmorska		Samma
		*Sjuksköterska		Sämre
		*Spec.sjuksköt distrikt		Sämre
			*Spec.sjuksköt psykiatri	Samma
			*Specialistläkare	Sämre

2013. Samtliga landsting bedömde också att tillgången på specialitälkare är otillräcklig liksom specialistsjuksköterskor inom psykiatri.

Beräkning av personalbehovet

Det finns ungefär en halv miljon anställda i Sverige som arbetar inom vård och omsorg inom kommun och landsting såväl inom offentlig som privat driven verksamhet. Fram till år 2025 förväntas 100 000 personer gå i pension. Ett utökat personalbehov härutöver på 15 procent innebär att ytterligare 60 000 personer behöver rekryteras. Sammanlagt blir det således över 160 000 personer under tio år. Prognoserna visar att nuvarande utbildningskapacitet inte kommer att räcka till för att rekrytera till alla yrken fram till år 2025. Den största obalansen gäller sjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker.

Läkare

Läkare är den grupp av legitimerad personal som på totalnivå enligt prognosen med rimligt god marginal klarar pensioneringar och härutöver ett ökat personalbehov. Den avgörande orsaken är att antalet personer som fått läkarexamen och legitimation har ökat kraftigt den senaste perioden. Antalet nya legitimerade under det enskilda året har fördubblats mellan år 2000 och 2013. Det innebär att det år 2014 fanns i Sverige strax under 13 000 icke specialistkompetenta läkare, som fullgjorde allmäntjänstgöring (AT) efter läkarexamen eller specialiserad tjänstgöring (ST) efter legitimation. Inom tio år torde samtliga anställda i denna grupp uppnått specialistkompetens. Med nuvarande utbildningstakt kommer ytterligare cirka 7 000 läkare hunnit få legitimation och skaffat specialistutbildning fram till år 2025. Under samma tid beräknas cirka 11 000 specialistkompetenta läkare gå i pension. Härutöver kan man beräkna ett ytterligare behov av upp till 15 procent som innebär att ytterligare 4 500 läkare med specialistkompetens behöver rekryteras.

Undersköterskor

Hälften av rekryteringsbehovet avser undersköterskor till kommuner och landsting, upp mot 80 000 personer. Utbildning sker via gymnasieskolans program för vård och omsorg där 2 400 elever examinerades i Sverige år 2014. Utbildning av omvårdnadspersonal sker även i betydande omfattning som kommunal vuxenutbildning och som arbetsmarknadsutbildning. Utöver uppgifter om den reguljära gymnasieutbildningen finns ingen samlad statistik på nationell nivå hur många som totalt utbildas varje år. Balansen mellan tillgång och efterfrågan om tio år inom undersköterskegruppen är därför svårbedömd.

Iakttagelser och reflektioner

Högkompetent personal. Inom landstingens hälso- och sjukvård har över tre fjärdedelar av de anställda en utbildning som kräver legitimation och därmed högskoleutbildning med minst tre år. Flera yrkesgrupper har långa specialistutbildningar. Den totala utbildningsnivån är högre än tjänstesektorn i det privata näringslivet och i nivå med universitetet. Av totalt 212 000 sysselsatta inom åtta vårdyrken arbetar 86 procent inom landsting och kommuner i offentlig och privat driven verksamhet. Högst andel har läkare med över 90 procent. Övriga är sysselsatta inom bland annat inom forskning, läkemedelsindustri och konsultverksamhet.

Kraftig ökning av antal läkare. Tillgången på läkare har ökat med tio procent mellan åren 2007 och 2012 i förhållande till antalet invånare i befolkningen. Det är också den yrkesgrupp som växer mest när det gäller andelen anställda av samtliga yrkesgrupper i landstingen. Antalet nya legitimerade under det enskilda året har fördubblats mellan år 2000 och 2013. Sökandetrycket är högt på de svenska läkarutbildningarna och ett betydande tillskott av läkare sker varje år från personer

utbildade i andra länder, främst svenska ungdomar som gjort läkarutbildning i ett EU/EES-land.

Svårt utbilda i kapp. Den pågående förändringen av ålderspyramiden i befolkningen har medfört att andelen personer med legitimation och som är yngre än 65 år har minskat med en procentenhet varje år mellan år 2010 och 2014. År 2010 var andelen yngre än 65 år 80 procent av samtliga legitimerade. År 2014 var andelen 75 procent. Minskningen har gällt samtliga stora yrkesgrupper med vissa variationer. Det innebär att antalet personer med yrkeslegitimation yngre än 65 år visserligen ökar men att de äldre kollegerna ökar ännu mer. Utbildningssystemet får således svårt att hålla jämna steg med farten av nya pensionärer.

Inte bara i skolbänken. Antalet studenter som går olika utbildningar till vårdyrken har aldrig varit så många som nu. När man är pressad kan det ändå vara lätt att säga: Utbilda ännu fler! Här kan man med fog använda begreppet tulipanaros: Lätt att säga men svårt att göra. Det minst svåra är att öka anslaget i statens utbildningsbudget och det näst minsta att skaffa tillräcklig lärarkompetens. Den stora begränsningen stavas VFU, verksamhetsförlagd utbildning. Det handlar om att verksamheterna i vården ska ha kapacitet och kompetens att ta emot och handleda studenter i en klinisk vardag som arbetar under ett allt hårdare tryck. Det är många utbildningar och elever som konkurrerar om platser och handledning i den patientnära vården.

Kvinnor smartare än män? Utbildningsnivån i Sverige fortsätter att öka. Tydligast är ökningen bland kvinnorna. Andelen som är behöriga till gymnasiet har under flera år varit högre bland flickor än bland pojkar och en högre andel av flickorna går dessutom ut gymnasiet med fullständig examen. Av de som avslutade sin gymnasieutbildning våren 2008 hade 58 procent av flickorna och 44 procent av pojkarna påbörjat högskolestudier inom fem år. På nästan alla program som leder till en yrkesexamen på högskolenivå har kvinnor högre examensfrekvens än män. Av totalt antal examina är 64 procent avlagda av kvinnor och 36 procent av män. Av samtliga sysselsatta specialistkompetenta läkare ökade kvinnorna sin andel från 38 procent år 2009 till 42 procent år 2013. År 2013 utfärdades 2 350 bevis som specialistkompetent läkare, varav 52 procent till kvinnor.

Löneskillnaderna minskar. Den statliga myndigheten Medlingsinstitutet publicerar årligen rapporter om löneskillnader. I rapporten år 2015 noterar man att löneskillnaderna minskar mellan könen, om än långsamt. För landstingens del har den så kallade vägda skillnaden minskat mellan år 2005 och 2014 med 1,3 procent från 94,7 till 96 procent. Det innebär att kvinnor i landsting räknat på totalnivå har en oförklarad löneskillnad på fyra procent. I landstingsfakta Östergötland redovisas lönestatistiken för anställda inom olika yrken för män och kvinnor räknat på medellön inklusive tillägg. År 2006 hade kvinnorna högre medellön än män inom 8 av 18 yrken. År 2014 var kvinnors medellön högre inom 15 av 19 yrken.

Vi har hör det förut. Brist på personal inom vården är precis ingen nyhet. Den som har varit med och på nära håll följt utvecklingen under mer än 40 år har upplevt personalfrågorna som ett av de centrala problemen. Under några få skeenden har det handlat om besparingar och uppsägning av personal. Men mest har det gällt larm om att få personalen att räcka till under både semestertider och resten av året. Det har sällan varit brist överallt utan krisområdena har växlat eller varit konstanta inom några områden eller yrken. Så sjukvården har varit van vid att klara tuffa tag inom personalområdet. Men blir det verkligen snart värre än det är nu? Den demografiska utvecklingen med fler äldre och färre i arbetsför ålder påverkar såväl vårdbehovet som tillgången till vissa yrkesgrupper av personal. Medarbetarna är mer benägna att byta jobb och arbetsgivare

än tidigare. Samtidigt visar undersökningar att unga tycker att jobben i vård och omsorg verkar vara meningsfulla, roliga och utvecklande. Sökandetrycket är högt till vårdrkesutbildningarna inom högskolan och det har aldrig funnits så många läkare och sjuksköterskor som det gör nu. Men det är en utmaning som heter duga att utarbeta strategier för en personal- och kompetensförsörjning som inte bara svarar mot dagens efterfrågan utan också klarar framtidens behov.

”Vi vore naiva om vi inte förstod att bristen på sjuksköterskor ökar risken för patientsäkerheten”

Christer Andersson, chefläkare Universitetssjukhuset i Linköping

Ekonomiska förutsättningar

Ekonomi bildar tillsammans med personalförsörjningen grundstommen för landstingens verksamhet. För att klara att ge invånarna en god hälso- och sjukvård krävs att skatteintäkterna håller jämna steg med kostnadsutvecklingen. Under de senaste åren har en god tillväxt i samhället bidragit till ett högt skatteunderlag som gjort att skattehöjningarna varit måttliga i landstingen. När man blickar framåt i en nära framtid ser man faktorer och förhållanden som ger ekonomiska bekymmer. Grunden är den demografiska utvecklingen med fler äldre och ökat vårdbehov samtidigt som antalet personer i arbetsför ålder nästan står still. Det innebär att den demografiska försörjningskvoten stiger kraftigt efter att ha varit på samma nivå sedan 1980-talet. Det kan också betyda att det blir svårare att få tillgång på kompetens inom arbetsmarknaden samt allt större matchningsproblem och arbetslöshet genom att branscherna försvinner som inte kräver personal med högre utbildning.

Tio procent av BNP. Den sammanlagda kostnaden för landstingens och kommunernas vård och omsorg uppgår till över 400 miljarder kronor, tio procent av Sveriges bruttonationalprodukt. Kommunsektorn tillväxt var i genomsnitt 1,5 procent varje år mellan 1980 och 2012. Det är tre gånger mer än befolkningsutvecklingen under samma tid.

Diagnos Östergötland. Region Östergötland ligger bland de sju ”sämsta” landstingen med låga skatteintäkter per invånare samt ökning av utdebiteringsnivå av skatt mellan åren 2010 och 2014. Östergötland finns i mitten bland landstingen när det gäller skattekraft per invånare samt ökning av kostnaderna för hälso- och sjukvård mellan åren 2010 och 2014. Östergötland ligger bland de sju främsta landstingen när det gäller låg utdebiteringsnivå, låg kostnad för hälso- och sjukvård, stort finansiellt netto samt själva ökningen av skattekraft och skatteintäkter mellan åren 2010 och 2014. I Östergötland är arbetslösheten högre än riksgenomsnittet. Det gäller totalt, bland ungdomar, utrikes födda och personer med enbart för gymnasial utbildning.

Specialistvård dominerar. Specialistvården inom Region Östergötland svarar för 66 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader. Primärvård svarar för 19 procent och högspecialiserad regionsjukvård 7 procent. Löner och arbetsgivaravgifter utgör hälften av kostnaderna, övriga driftkostnader 35 procent och läkemedel för 10 procent. Åldersgruppen 65 år och äldre står för 43 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

Demografin ökar kostnaden. Mellan år 2013 och 2025 bedöms den totala kostnadsökningen enbart på grund av den demografiska utvecklingen bli 13 procent eller cirka 1,5 miljard kronor. Den största ökningen procentuellt och i kronor sker inom åldersgruppen 75 år och äldre.

Kostnader hälso- och sjukvård

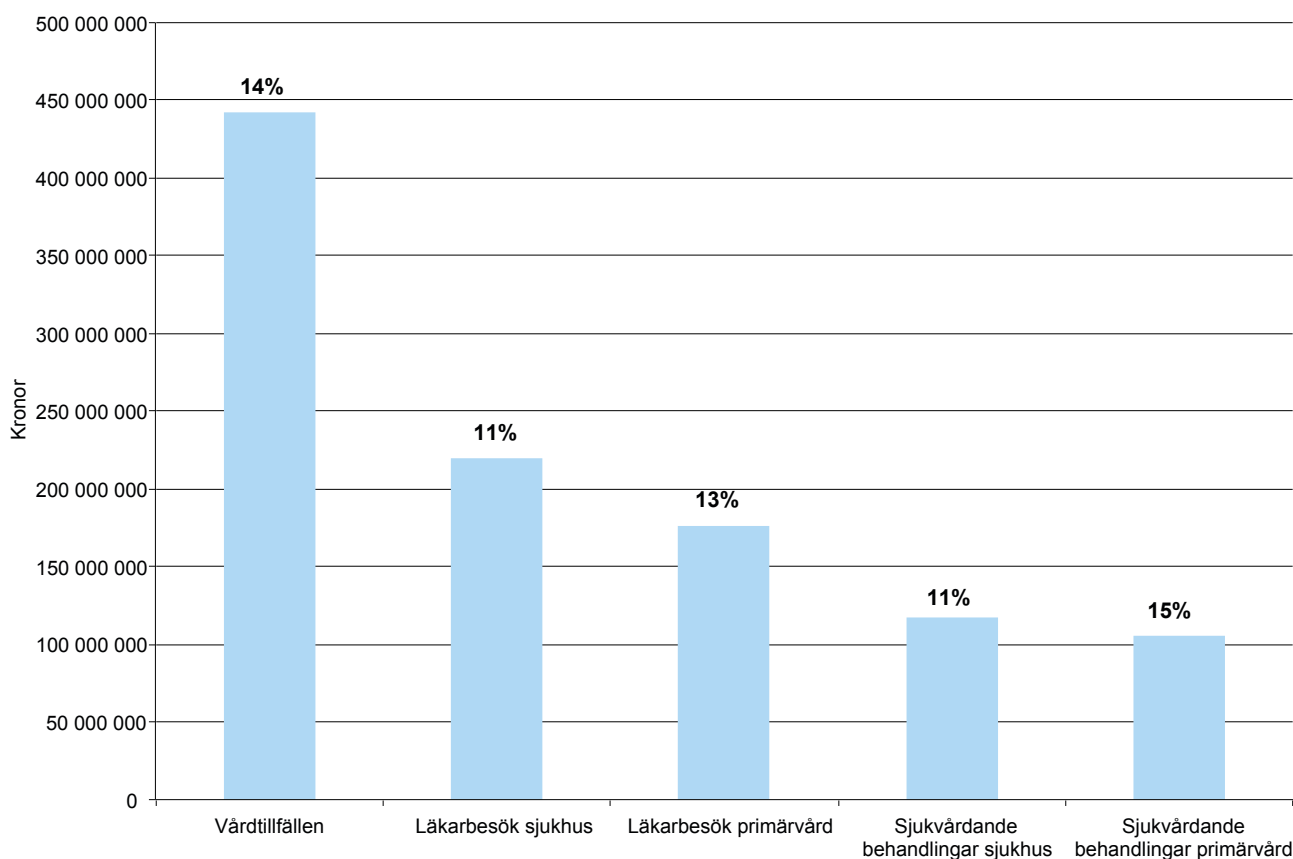
Kostnaden för sjukvård ökar ju äldre man blir. Den genomsnittliga kostnaden för en 80-åring är fem gånger högre än för en 40-åring. En ökande andel äldre i befolkningen innebär således en högre framtida kostnad än om åldersfördelningen skulle vara densamma som idag. Den totala kostnadsökningen i Östergötland mellan år 2013 och 2025 enbart på grund av den demografiska utvecklingen bedöms bli 13 procent eller cirka 1,5 miljard kronor. Den största ökningen procentuellt och i kronor sker inom åldersgruppen 75 år och äldre. I diagrammet på nästa sida visas den beräknade kostnadsökningen mellan år 2013 och 2025 för fem vårdformer.

Den största beräknade ökningen sker inom den ineliggande sjukhusvården, såväl i procent som i kronor. Ökningen inom slutet sjukhusvård är 14 procent eller knappt 450 miljarder kronor av den totala ökningen på 1,1 miljard. Kostnaderna bygger på underlag från KPP Region Östergötland (Kostnad Per Patient) och innefattar 8,2 miljarder kronor av Regionens totala kostnad på 13,7 miljarder. I kostnadsunderlaget ingår inte vård utförd av privata vårdgivare som utgör cirka tio procent av Regionens kostnader för sjukvård. I underlaget ingår inte heller vård för patienter som är skrivna utanför Östergötland eller kostnaden för östgötar som har fått vård i annat landsting. Det innebär att den verkliga kostnadsökningen kan beräknas vara 40 procent högre, det vill säga knappt 1,5 miljarder.

Iakttagelser och reflektioner

Svångremmen har dragits åt regelbundet. I september 1980 drabbar regeringens svångrempolitik landstingen. För första gången på decennier ökar de samlade offentliga utgifterna mindre än tillväxten av bruttonationalprodukten. Detta var första gången som landstingen fick höra ordet besparingar i sjukvården efter alla år av ständig ekonomisk expansion. Men det var en västanfläkt mot vad som skulle komma tio år senare. Den första halvan av 1990-talet hade Sverige en mycket svag ekonomisk utveckling som med fog kan kallas en statsfinansiell kris. För Östergötlands del innebar krisen att skatteintäkterna sjönk med 14 procent mellan 1992 och 1995. Volymen (resurserna) minskade under denna period varje år med mellan 0,5 och 1,6 procent. Under samma tid minskade landstingets antalet anställda genom att säga upp 800 personer. I början av 2000-talet var det dags igen. År 2004 minskade volymen med nästan sex procent och omfattande strukturella förändringar genomfördes i regionens sjukvårdsorganisation. Det dröjde sedan knappt fem år tills en omfattande finanskris plötsligt bröt ut i världen år 2008. Krisen initierades av en finansbubbla i USA, framför allt relaterad till marknaden för bostadslån. För Östergötlands del innebar det en volymminskning med 1,3 procent detta år och 0,5 procent år 2010. Tiden därefter har landstingets volymer ökat kraftigt liksom skatteintäkter och plusresultat i bokföringen. Nutidshistorien har således talande exempel på hur en expansion förbytts i besparingar och rationaliseringar. Skälen kan vara globala kriser eller hemsnickrade. Att sådana situationer hör till det förgångna och inte kommer tillbaka får nog betraktas som ekonomiskpolitiska önskedrömmar. Men hur länge det dröjer och om vargen kommer smygande eller överfaller överraskande nästa gång, det är det ingen som vet eller ens har talang att förutspå.

Den andra industriella revolutionen. Stora strukturförändringar har skett i arbetsmarknaden och därmed också nya krav på kompetens och förändrade behov av arbetskraft. År 1975 arbetade drygt en miljon människor inom ”tillverkning” i Sverige. Sedan dess har hälften av tillverkningsjobben försvunnit. Från 1974 till 2000 sjönk andelen jobb som inte krävde mer än grundskola från ungefär 50 till 25 procent. Jobb med låga krav på utbildning försvinner i rask takt. Under kort tid har utbudet av arbeten där det räcker med en kort utbildning minskat med 25 procent.



De senaste fem åren beräknas vart tionde jobb i Sverige ha automatiserats, det vill säga 450 000 arbetstillfällen. Det pågår således en andra industriell revolution ungefär som den första med ångmaskiner och elektricitet. Nu handlar det om digitalisering och automatisering som innebär att gamla företag och jobb försvinner. De ersätts med nya som ställer krav på omställning och andra kunskaper. Denna snabba utveckling skapar än mer svårigheter när det gäller matchning av arbetskraft. Om så blir fallet uppstår en allt tydligare uppdelning på arbetsmarknaden – arbetslösheten minskar snabbt i grupper med en stark ställning på arbetsmarknaden medan grupper med en svagare position har fortsatt svårt att hitta arbete. Det kan i ett sådant läge bli svårt att upprätthålla en god tillväxt, stabil ekonomisk grund och en välfungerande välfärd

Nytt Linköping varje år. Bristen på bostäder utgör idag ett avgörande hinder för rörlighet dit där jobben finns. Konsekvensen kan bli en avstannande utveckling av branscher i framkant och därmed en lägre tillväxt. Analyser från Boverket visar att bostadsbristen förvärras ytterligare samtidigt som många ungdomar och nyanlända inte har råd att köpa bostadsrätter eller klara hyran i nyproducerade hyresrätter. Boverkets prognos visar att det behövs över 400 000 nya bostäder inom sex år, vilket innebär ett nytt Stockholm på sex år eller ett nytt Linköping varje år. Bostadsbrist har uppstått tidigare. Mest känt är när ”rekordgenerationen” födda på 1940-talet skulle bilda familj på 1960-talet. När vi om fem år går ur 2010 talet beräknas antalet invånare i Sverige ha ökat med över en miljon på tio år. Om de ansvariga studerar ett diagram över befolkningsutvecklingen borde en sådan här situation således inte vara en överraskning. Men den nationella politiken har lika handfallna svar då som nu: År 1966: ”De får väl ställa sig i bostadskön!”. År 2015: ”De får bygga!”

Kostnaderna skenar. Det ringer i många larmklockor. Kostnaderna skenar och landstingen räknar med en ökning av kostnaderna på

nästan sex procent under år 2015. Det innebär att skatteintäkterna inte räcker till för de ökade utgifterna. Och det är själva kärnverksamheten hälso- och sjukvård som är det mest bekymmersamma. Det finns ekonomiansvariga i landstingen som vittnar om att man tappat greppet över kostnadsutvecklingen. Dessutom har flera landsting brist på personal som inneburit att vårdavdelningar tvingats stänga, med minskad verksamhet som följd. Kostnaderna har däremot inte minskat eftersom övrig personal och andra fasta kostnader finns kvar. Dessutom driver rekryteringsproblemen upp lönekostnaderna, både i form av löneglidning och ökade kostnader för övertid. Även kostnader för inhyrd personal ökar. Denna situation bedöms tillta de närmaste åren, i en takt som landstingen långsiktigt får svårt att finansiera.

Det har gått bra hittills? Resurserna till den svenska välfärden aldrig varit större än vad de är idag. Dagens resurser får ändå svårt att räckta till när landsting och kommuner ska klara av en tuffare framtid. Parallellt med ökade välfärdskostnader ökar försörjningskvoten som innebär att de som arbetar får ta ett allt större ekonomiskt ansvar för unga och gamla. För att tona ned de ekonomiska framtidsproblemen hänvisas ibland svepande till att ”Det har gått bra hittills”. Vad talar då för att det blir värre framöver? Skälen kan sammanfattas i kraftigt stigande demografisk försörjningskvot, ökad efterfrågan och större vårdbehov, brist på personal och utveckling av löner. Framöver beräknas vårdbehoven öka i betydande grad på grund av den demografiska utvecklingen med en större andel personer i den äldsta åldersgruppen. Det innebär att tillväxten behöver öka än mer och det blir svårare än tidigare att plussa på ytterligare en extra procent. Härtöver är det nog få som hävdar att standarden inom vård och omsorg är så god att någon ytterligare standardhöjning inte behövs. Det kommer heller knappast att vara möjligt att begränsa löneutvecklingen för de anställda inom landstingen de närmaste decennierna. Tvärtom, löneutvecklingen kan bli starkare på grund av en bristsituation på personal. Mer personal kommer att behövas på

grund av att många anställda går i pension och att vårdbehovet ökar. På något sätt fixar förstås politiken balansen mellan kostnader och intäkter även i framtiden. Men att utgå ifrån att det har löst sig förut är sannolikt ingen hållbar strategi. Det finns inga genvägar utan framtiden måste hanteras utifrån aktuell verklighet.

”Det som är ekonomiskt nödvändigt är ofta politiskt omöjligt, och när det har blivit politiskt möjligt är det ekonomiskt försent”

Kjell-Olof Feldt, finansminister 1983–1990

Vilka är vägarna?

Utmaningarna kan man räkna. Lösningarna är oändliga. Och att det finns vägar in i framtiden ger tillförsikt och optimism. Men det går inte att helt pusta ut för även lösningar utgör utmaningar. Att hitta sådana som verkar passa den egna verkligheten, att göra dom tillämpbara och få dom att fungera. Och lösningarna finns dessutom på olika nivåer som ska samspela för att få bästa effekt. På den politiska nivån, inom tjänstemannaledningen, klinikledningarna och i den kliniska vardagen.

Detta kapitel pekar på olika vägar och lösningar som är hämtade från olika underlag. Till skillnad från kapitlet om utmaningar görs här inga iakttagelser och reflektioner utan vägarna redovisas rakt av utan några ytterligare analyser eller bedömningar om bärighet och framkomlighet. Man ska betrakta kapitlet som en katalog att plocka ut sådant som kan vara intressant för det egna landstinget.

Redovisningen inleds med vägar som är beskrivna i fem kapitel från fördjupningsrapporten "Åtta utmaningar och en besvärjelse". Därpå följer utdrag från fyra aktuella nationella rapporter. Därefter redovisas strategier från landstingen och framgångsfaktorer inom amerikansk sjukvård. Sist ges några slutsatser om jakten på framgång. Innehållet har således karaktären av en omvärldsspaning men har förstås inte ambitionen att ge en heltäckande bild av alla de möjligheter som finns och som kommer att finnas. Utvecklingsinsatser inom Region Östergötland är inte specifikt redovisade. Uppläggningsen är följande:

- Det globala hälsohotet
- Tillgång till vårdplatser
- Personal och kompetensförsörjning
- Likvärdig vård i landet
- Ekonomiska förutsättningar
- Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården
- Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa
- När vården blir IT
- Ekonomirapporten SKL
- Framtidsstrategier åtta landsting
- Maktthavarnas strategier
- Kaiser Permanente
- Jakten på framgång

Det globala hälsohotet

Stramas 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens

Förhindra smittspridning

1. Smittspridningen i sjukvården måste minimeras
2. Basala hygienrutiner ska alltid tillämpas

Minska behovet av antibiotika

3. Vårdrelaterade infektioner måste begränsas
4. Samhällsvärvade infektioner ska förebyggas

Optimera bakteriologisk diagnostik och säkerställ tillgången till epidemiologiska data

5. Bakteriologisk odling ska tas före antibiotikabehandling
6. Mikrobiologiska laboratoriet måste övervaka det epidemiologiska läget och bistå behandlande läkare, vårdhygien, smittskydd samt lokala Stramagrupper

Använd antibiotika rationellt

7. Lokala förskrivnings- och resistensdata måste analyseras ihop och återkopplas
8. Riktlinjer för handläggning av infektioner ska finnas och följsamheten ska mätas
9. Antibiotikaprofylax inför kirurgi ska ges på rätt sätt
10. Antibiotika ska användas rationellt

Vårdplatser, överbeläggningar och fler enkelrum

Att allt fler patienter bär på resistent bakterier betyder att det kommer att krävas fler enkelrum i vården. Inte bara tillgången till enkelrum utan även tillgången på vårdplatser är betydelsefull när det gäller smittspridning. När beläggningsgraden är för hög och det förekommer överbeläggningar ökar risken för smittspridning.

Laborrieteknik, samspel och läkemedel

- Mer satsning på laborieteknik för snabbare diagnostik
- Förbättra samspelet mellan kliniker och laboratorier
- Lära mer hur olika befintliga preparat kan kombineras och därigenom hitta synergieffekter i väntan på nya läkemedel
- Satsa på grundforskning och förebyggande behandling – vacciner eller andra typer av läkemedel som inte dödar men oskadliggör oönskade bakterier

Tillgång till vårdplatser

Vilka förutsättningar finns och vad krävs för att hålla nere vårdtiden? I nedanstående figur görs en analys och några reflektioner vad som ligger i vågskålar för och emot ökad vårdtid. Faktorerna ligger inom tre block: in, under och ut från sjukhus. Många faktorer är dock av en sådan karaktär att det är svårt att avgöra hur stor tyngden är och i vilken grad påverkan kan ske. Det finns heller ingen som har talang att förutsäga genombrott – eller sammanbrott – som ställer förutsättningarna och prognoserna på ända.

Nästkommande figur illustrerar att det finns många faktorer som påverkar vårdtiden på sjukhus. Den översta rutan innehåller faktorer som styr själva intagningen på sjukhus. Hur många individer som läggs in påverkar förstås den sammantagna vårdtiden. Ju fler som läggs in desto större sannolikhet är det att den sammanlagda vårdtiden ökar och därigenom också behovet av vårdplatser. I den mittersta rutan finns sådana faktorer som sker under vårdtiden och i den nedersta rutan i samband med att patienterna är utskrivningsklara. Vilka möjligheter och vilken potential finns att korta vårdtiden? Beräkningar visar att en reduktion av vårdtiden med 20 procent av vardera gruppen utskrivningsklara patienter, undvikbar slutenvård och vårdrelaterade infektioner skulle minska den sammanlagda vårdtiden med cirka 15 000 vårddygn eller cirka fem procent av vårdtiden år 2014.

Vem styr vårdtiden?

Det finns också ytterligare ett perspektiv i ovanstående modell: Vem styr och äger möjligheten att förändra – i de fall det finns en sådan möjlighet?

- Befolkningsansvaret styrs av lagar och regler samt av nationella överenskommelser mellan landstingen. Men befolkningsansvaret styrs också av politiska tillämpningar i det enskilda landstinget. Det kan handla om en begränsning av vårdåtagandet genom till exempel prioriteringsbeslut, likaså en utvidgning av vårdåtagandet.
- Den andra nivån i ansvaret kan sägas ligga både på politiken och på landstingsledning. Exempel är att skapa öppnare vårdformer vilket ofta fordrar system- och resursförändringar där såväl slutenvård som öppen vård är involverade. Ett välkänt faktum är också att själva vårdplatsutbudet styr möjligheten till inläggning och vårdtid.
- Den tredje nivån är samverkan med kommunerna. Det handlar till

FÖR FLER VÅRDDAGAR	FAKTOR	MOT FLER VÅRDDAGAR
BEFOLKNINGSANSVAR		
Utvidgning av vårdåtagandet		Begränsning av vårdåtagandet
DEMOGRAFISK UTVECKLING		
Fler invånare		
Kraftig ökning av äldre		
HÄLSA		
Ökad ohälsa		Förebyggande insatser
Nytt sjukdomsmönster		
UNDVIKBAR SLUTENVÅRD		
Undvikbar slutenvård ökar		Undvikbar slutenvård minskar
NYA BEHANDLINGSMÖJLIGHETER		
Fler patienter behandlas		Fler i dagkirurgi
		Nya effektiva läkemedel
ÖPPNARE VÅRDFORMER		
		Fokus på hemsjukvård och andra öppna vårdformer
VÅRDPROCESSER		
Ökad vårdtyngd		Bättre planering och snabbare genomströmning
Mer arbetskrävande insatser		
ÖVERBELÄGGNINGAR		
Försenad behandling		
VÅRDSKADOR		
Vårdskadorna ökar		Vårdskadorna minskar
ANTIBIOTIKARESISTENS		
Längre vårdtider		
Tidigare behandlingar i öppen vård kräver sjukhusvård		
PERSONAL OCH KOMPETENS		
Högre personalomsättning		
Brist på kompetent personal		
SAMVERKAN MED KOMMUNERNA		
Utskrivningsklara ökar		Utskrivningsklara minskar
		Rehabilitering och hemsjukvård

exempel om utskrivningsklara patienter där åtgärder måste ske både mer övergripande på tjänstemannanivå och i samarbetet mellan vårdgivare inom landstinget och kommunerna.

- Den fjärde nivån finns inom den verksamhetsanknutna kliniska vardagen, ibland tillsammans med andra vårdgivare. Hit hör förebyggande insatser, minska vårdskador och undvikbar slutenvård samt bättre planering och snabbare genomströmning av patienter.
- Den femte nivån kan benämnas omvärldsfaktorer som det är svårt att styra över. Exempel är fler invånare, ökning av antalet äldre samt ökad smittspridning orsakade av bakterier som inte klaras med vanlig antibiotika.

Bakomliggande faktorer

Hälsa

Mer uppmärksamhet och tidiga förebyggande satsningar kan få stor betydelse inom sjukdomsgrupper med stor volym och höga kostnader. Förbättrade hälsofrämjande insatser inom till exempel hjärtsjukvården, cancersjukvården och inom ortopedin kan möjligen skjuta upp och komprimera vårdbehoven. Många av de äldre som kommer till akutmottagningen är väldigt sjuka men det skulle de inte behöva bli om man arbetar mer proaktivt. Det är här viktigt att vässa kommunens och primärvårdens insatser för de äldre.

Nya behandlingsmöjligheter

Nya behandlingsmetoder kan betyda att behandlingar kan göras i öppnare vårdformer. Det kan också innebära genombrott för patientgrupper som inte tidigare kunnat behandlas får avancerad behandling i den ineliggande sjukhusvården. Även indikationer kan förändras så att till exempel allt äldre patienter kan genomgå behandlingar som tidigare inte utförts i denna åldersgrupp. Antal operationer i slutenvård per invånare har ökat med 30 procent mellan år 1998 och 2012 och antalet vårdtillfällen med 18 procent. Många behandlingar som förut inneburit att patienten behövt läggas in på sjukhus klaras i allt högre grad utan att patienten behöver läggas in. En jämförelse kan göras mellan operationer i slutenvård och i dagkirurgi för åren 2006–2012. Siffrorna visar att operationerna i slutenvård ökade med 13 procent och dagkirurgi med 56 procent. Av samtliga 20 700 operationer per 100 000 invånare år 1998 stod dagkirurgi för 62 procent. Motsvarande andel av samtliga 27 500 operationer år 2012 var 69 procent.

Öppnare vårdformer

Mer vård kan ske i hemmet och ökad flexibilitet mellan slutenvård och öppen vård genom nya behandlingssätt, läkemedel och medicinteknisk behandling. Läkare åker hem till äldre med stora vårdbehov i stället för att de äldre ska behöva åka in till sjukhuset.

Effektivare vårdprocesser

Korta vårdtider är eftersträvarvärt för de flesta. Ett antal olika åtgärder har prövats för att förbättra vårdflödet när väl patienten är inlagd på sjukhuset för behandling. Det handlar om vårdplatskoordinatörer, triage, biståndsbedömare, lean-metoder och vårdkedjor. Särskilda team tar hand om de äldre som kommer in på akutmottagningen och försöker genom olika åtgärder se till att inläggningar undviks. Nya individuella rondrutiner skapas så att patienter skrivs ut kontinuerligt över dygnet. Planeringen för hemgång startar direkt när patienten läggs in. En bedömning görs av vilket behov av vård och omsorg som förväntas finnas vid hemgång och vilka kontakter som behöver tas för att ordna detta. Kontakterna tas med anhöriga, patientens hemkommun och andra vårdgivare så tidigt som möjligt. Då kan allt vara förberett och klart för hemgång när patienten är medicinskt redo för det.

Samverkan med kommunerna

Det finns många exempel där sjukhus och kommunerna har hittat

samverkansformer som minskar onödig vårdtid på sjukhus. Ett exempel är korttidsenheter som öppnar i sjukhusets lokaler där utskrivningsklara patienter vistas upp till två veckor. Kommunens sjuksköterskor och undersköterskor tar över ansvaret, de äldre rehabiliteras och deras bostäder anpassas till nya behov.

Personal och kompetensförsörjning

Detta avsnitt är ett utdrag från SKL-rapporten ”Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen”, från april 2014. Det finns mycket som arbetsgivarna kan göra för att påverka rekryteringsbehovet och möjligheterna att rekrytera rätt personal. Det handlar om att använda kompetensen på rätt sätt, locka nya grupper till jobben, utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation, utnyttja tekniken bättre samt skapa bättre löne- och karriärmöjligheter.

1. Använda kompetens rätt

Vem ska egentligen göra vad inom vården? Rätt kompetens på rätt plats ger bäst och effektivast vård och omsorg. När verksamheten utvecklas måste yrkesrollerna hänga med. Det handlar både om ändrade roller och helt nya – samt mer patientmedverkan. Resurser frigörs, vilket kan förändra rekryteringsbehovet.

2. Bredda rekryteringen

Såväl män som kvinnor måste få bidra inom vården och omsorgen. I dag är andelen män mycket låg i många vård- och omsorgsyren. Det finns alltså fler som kan bidra till välfärden och skapa mångfald i vården och omsorgen.

3. Låt fler jobba mer

Fler som kan och vill måste få arbeta mer. I dag arbetar många inom vård och omsorg deltid. Om fler skulle arbeta heltid eller fler timmar än i dag skulle rekryteringsbehovet minska betydligt. Det handlar både om att kunna erbjuda mer tid åt de som vill och att uppmuntra dem som frivilligt jobbar deltid att gå upp i tid.

4. Förläng arbetslivet

Fler ska kunna börja jobba tidigare och fortsätta längre i arbetslivet. I dag är etableringsåldern på arbetsmarknaden 26 år och medellivslängden är 82 år. Vi lever i genomsnitt 25 år längre än för hundra år sedan. Med fler år i yrkeslivet kan vi lättare klara välfärdens vård och omsorg.

5. Visa på karriärmöjligheter

Karriär inom vård och omsorg? Självklart. Med en bredare syn på karriär än enbart ”rak bana uppåt” finns många möjligheter. Arbetsgivare som låter medarbetare utvecklas på olika sätt behåller lättare arbetskraft – och lockar till sig ny. Det gäller både att synliggöra de karriärvägar som finns och att skapa nya.

6. Skapa engagemang

Delaktiga och engagerade medarbetare som har inflytande på jobbet kommer bättre till sin rätt och bidrar mer på arbetsplatsen. De blir också bättre ambassadörer för sitt jobb. Ju större engagemang och inflytande – desto större chans att medarbetare vill stanna och utvecklas på sin arbetsplats. Detta kan i förlängningen påverka både rekryteringsbehov och möjligheten att rekrytera.

7. Utnyttja tekniken

Tänk nytt, smart och tekniskt. Inom vården och omsorgen finns stor potential för innovativa lösningar. Genom att utveckla bättre och effektivare verksamhet kan rekryteringsbehovet påverkas och tekniskt välutbildad arbetskraft lockas till sektorn.

8. Marknadsför jobben

Var där de unga finns! Vård- och omsorgsjobben måste lanseras på ungdomarnas egna arenor. Unga behöver också få chansen att prova på jobben. Goda erfarenheter av praktik och feriejobb lockar fler unga till sektorn.

9. Underlätta lönekarriär

Lönerna ska sättas lokalt och individuellt. Bra prestationer ska belönas. På så sätt kan duktiga medarbetare spurras och bidra till att verksamheten utvecklas. Den här modellen för lönesättning är viktig för att kunna konkurrera om arbetskraften inom vård och omsorg.

Likvärdig vård i landet

Nationell kunskapsstyrning

Sedan flera år har aktiviteter pågått på nationell nivå, med SKL som samordnare, att systematiskt arbeta för att sluta gapet mellan bästa tillgängliga kunskap och praxis inom olika områden. Exempel är kvalitetsregister, Öppna jämförelser och olika så kallade genombrottsprojekt. År 2008 tog nätverket hälso- och sjukvårdsdirektörer initiativ till NSK – Nationell samverkan för kunskapsstyrning. Efter hand har detta arbete utvecklats i sina strukturer och processer till ett viktigt system för att åstadkomma vägar till en kunskapsbaserad och likvärdig vård i Sverige.

Styr- och stödsystem

Kunskapsstyrning är ett styr- och stödsystem för att bidra till att bästa tillgängliga kunskap används i mötet med patienten på tre nivåer:

- Mikro – vårdteamet, använda kunskap, följer upp och förbättrar
- Meso – landsting/region, leder, frågar efter och skapar förutsättningar
- Makro – samverkan och förutsättningar på nationell nivå

Huvudkomponenterna är kunskapsunderlag, mätsystem och stöd till förbättring. I NSK:s grupperingar deltar representanter från de sex sjukvårdsregionerna, sjukvårdsmyndigheterna samt Läkarsällskapet och Sjuksköterskeföreningen.

Samspel på makronivå

På makro/nationell nivå är uppgiften att

- Underlätta samverkan mellan huvudmän och myndigheter
- Skapa samverkan vid val av områden för nationella kunskapsunderlag
- Skapa samverkan i arbetet med nationella kunskapsunderlag
- Samverka i arbetet med indikatorer för god vård såsom Öppna jämförelser, utvärdering och lärandesystem
- Skapa samverkan för större nytta av kunskapsunderlag, beslutsstöd och implementering
- Skapa programrådsstruktur (se nedan)

Det handlar om en kunskapsstyrning på nationell, regional och lokal nivå med målen:

- Kunskapsbaserad och mer jämlik hälso- och sjukvård (bästa tillgängliga kunskap, riktlinjer och vårdprogram)
- Snabbare och mer likvärdig tillgång till nya effektiva läkemedel och metoder
- Effektivare resursanvändning
- Samordning och samarbete på nationell, regional och lokal nivå

Programråd

Inom ramen för NSK har så kallade nationella programråd skapats. De nationella programråden arbetar på uppdrag av landsting och regioner att med kunskapsstyrning arbeta för en jämlik vård med samverkan på lokal, regional och nationell nivå. Sjukvårdsregionerna har etablerat en struktur med programråd för att gemensamt utarbeta nationella vårdprogram, ta initiativ till att förbättra vården, utarbeta mål/indikatorer för vårdens kvalitet och att följa upp vårdpraxis. Det finns programråd inom

diabetes, astma/KOL, hjärta/kärl, psykisk hälsa samt sjukdomsförebyggande metoder i primärvård. Skälen för att skapa programråd är:

- Det finns stora variationer i svensk hälso- och sjukvård och därmed möjligheter till kvalitetsförbättringar. Sådana förbättringar kan bidra till att tillgodose ökade krav på en mer likvärdig vård.
- Snabb kunskapsutveckling ställer höga krav på att effektivt omsätta ny kunskap till praktik
- Det har inte funnits någon nationell infrastruktur för en sammanhållen kunskapsstyrning och samordning.

Huvudmännen saknar var för sig resurser att täcka in hela sjukdomspanoramata. Resurser behöver användas mer effektivt, till exempel genom att ta fram gemensamma vårdprogram och riktlinjer.

Ekonomiska förutsättningar

Öka intäkterna

Skatteuttag

Historiskt har Sverige finansierat den generella välfärdsmodellen med höjda skatter. Den vägen förefaller väsentligt svårare i framtiden. Sverige är ett av de länder som har en stor offentligt finansierad välfärdssektor och därmed också ett högt skatteuttag. Höjd skatt på arbete kan också ha negativa effekter på arbetsutbudet. Dessutom begränsar globaliseringen till en del möjligheterna att välja vilka skattesatser vi kan ta ut i Sverige. En höjning av skattesatsen med en krona ger en ökad intäkt till Regionen med över 800 miljoner kronor. För en löntagare med en månadsinkomst på 30 000 kronor blir skattehöjningen omkring 230 kronor i månaden.

Vårdavgifter

Det kommunala uppdraget har blivit allt mer omfattande över tiden. Sedan välfärdsuppdraget började växa på 1950-talet har avgifternas betydelse minskat. De tjänster som expanderade i kommuner och landsting som skola, omsorg och sjukvård, har vuxit fram utifrån att de är till nytta för hela samhället, men även med en fördelningspolitisk tanke. Således har verksamheten i allt större utsträckning kommit att finansieras med skatter. För landstingens del är avgiftsfinansieringsgraden i stort sett oförändrad under de senaste åren. År 2008 uppgick den till 2,6 procent. Patientavgifter inom sjukvård betraktas normalt inte som en finansieringskälla utan snarare som ett styrmedel. Erfarenheten visar att höga avgifter också tar bort en del överflödigt vård, men de medför också att en del nödvändig vård försvinner. Särskilt grupper med låga inkomster tycker att det blir för dyrt att uppsöka vården och avvaktar till dess att de är mer sjuka. Beräkningar från SKL visar att en höjning av slutenvårdsavgiften med 40 kronor per dygn ger en intäkt motsvarande skattehöjning på två öre.

Minska kostnaderna

Kostnaderna kan minskas om hälsan förbättras och sjukligheten minskar, vilket åtminstone i tanken också minskar behovet av vård och omsorg. Kostnaderna kan också minskas genom effektiviseringsarbete (mer för pengarna) eller ett minskat offentligt åtagande. För att en ökad effektivitet ska reducera resurskraven måste själva tillväxten av effektivitet vara högre än vad den varit historiskt. Ofta görs i framskrivningar ett antagande om att effektiviteten ska öka med till exempel en halv procent per år. Men innebörden i detta antagande är en annan, nämligen att effektiviteten antas öka med en halv procentenhet *mer* än vad den tidigare gjort. Därtill förutsätts att denna produktivitetstillväxt används till sänkta kostnader, och inte till ytterligare ambitionshöjningar. Det viktigaste i detta sammanhang är att ökad effektivitet krävs för att underlätta framtida finansiering. Oförändrad effektivitet, hur hög den än må vara och vilka ansträngningar som i förfluten tid än må ha gjorts för att höja den, lämnar inget bidrag till framtida finansiering. Om finansieringsga-

pet ska reduceras, måste således mer eller bättre resultat åstadkommas med oförändrade resurser, eller samma resultat med mindre resurser, eller en kombination av dessa båda möjligheter.

Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Utredningen om effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården lämnade sitt slutbetänkande (SOU 2016:2) till regeringen i januari 2016. I det nedanstående ges ett koncentrat från förslagen i utredningens sammanfattning.

Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande utmaningar:

- En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.
- Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar ”spilltid” för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete.
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur

För att åstadkomma förändringar behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården. Huvudmännen behöver i högre grad ta ett gemensamt ansvar för den vård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Det behövs också en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Minskad detaljstyrning

Vårdgarantin bör göras professionsneutral genom att garantin att få besöka läkare inom sju dagar i primärvården ändras till en garanti att få en medicinsk bedömning inom tre dagar. Utredningen bedömer att även andra författningar behöver göras professionsneutrala, särskilt de som tar sikte på att läkarintyg ska lämnas. Om kommun och landsting är överens så ska huvudmännen kunna avtala om att överlåta ansvaret för läkarvård i samband med annan kommunal hälso- och sjukvård från landstinget till kommunerna.

Ändrade arbetssätt

Samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetssätten med ledning av följande principer:

1. Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.
2. Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.
3. Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.
4. Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.
5. Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras.

Verksamhetsstöd

Verksamhetsstöden behöver samlade insatser från både staten och huvudmännen för att ge den funktionalitet och användbarhet som innebär att de blir ett verkligt stöd i det praktiska arbetet och bidrar till att både spara tid och stärka kvalitet och patientsäkerhet.

Minska den administrativa bördan

Staten och huvudmännen på alla nivåer ska verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna för hälso- och sjukvården i samband med beslut eller andra åtgärder.

Kompetensförsörjning

Sverige har ett strukturellt problem avseende kompetensmixen i vården. Dessa olika utvecklingslinjer har fått fortgå under lång tid utan att ”någon” tagit tag i det samlade problemet. Det förklaras sannolikt av att många aktörer har ansvar för olika delar av frågan. Det är viktigt för effektiviteten inom vården att vissa utbildningsfrågor blir föremål för en betydligt tätare och mer formaliserad samverkan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Forskning

I dag finns i lagstiftningen en skyldighet att medverka i forskning och en skyldighet att utveckla verksamheten fortlöpande. Förhållandet mellan forskning och utveckling bör vara sömlöst i ett akademiskt präglat sjukvårdssystem.

Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa

Utredningen om högspecialiserad vård har haft i uppdrag att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Förslaget är att detta kan möjliggöras genom en ökad nationell styrning. Utredningen lämnade sitt betänkande (SOU 2015:98) till regeringen i november 2015. I det nedanstående ges ett koncentrat från motiven och huvudförslagen i utredningens sammanfattning.

Utgångspunkten patientens bästa

Om patienterna fick bestämma hade en mycket större andel av den högspecialiserade vården redan varit koncentrerad till färre vårdenheter än vad som gäller i nuläget. Patienterna betonar dock att hela vårdkedjan måste beaktas. De anser att en koncentration är nödvändig för att kvaliteten, patientsäkerheten och likvärdigheten i hälso- och sjukvården ska kunna upprätthållas. Detta framgår av både enkätundersökningar och de möten som utredningen haft med patientföreträdare.

Utredningen ser inget motsatsförhållande mellan att nivåstrukturera den högspecialiserade vården med nationella och regionala enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket som möjligt av vården ges lokalt nära hemmet. Bristen på helhetsansvar för patienterna är en akilleshäls inom svensk hälso- och sjukvård. Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården kan skapa goda förutsättningar för framtagande av nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Telemedicinska verktyg så som diagnostik och behandling på distans samt fast vårdkontakt och multidisciplinära konferenser är ytterligare verktyg som bör användas i högre utsträckning än i dag för att förenkla patientens väg genom vården.

Motiv till ytterligare nivåstrukturering av vården

- Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolym per vårdenhet och per behandlare.

- Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten.
- Den vetenskapliga litteraturen och våra egna beräkningar pekar på att cirka 500 dödsfall skulle kunna undvikas årligen, antal komplikationer minskas och värdtider kortas
- Kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras också med större patientvolym.

Huvudförslag

Ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur

Utredningen föreslår en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Med nivåstrukturering menas en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter. Syftet är att förslaget ska ersätta dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Definiera begreppet högspecialiserad vård

En viktig del i det nya förslaget är den definition av högspecialiserad vård som utredningen föreslår. Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås. Högspecialiserad vård indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård.

Ge Socialstyrelsen ansvaret för kunskaps- och beslutsstrukturen

Socialstyrelsen får ett tydligare ansvar än vad myndigheten har i dag för att driva, samordna och besluta om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Det krävs en nationell arena och en samordnande och drivande kraft med beslutsbefogenheter för att möjliggöra en ökad koncentration av den högspecialiserade vården.

Tillsätt ett antal sakkunniggrupper som tar fram underlag

Så kallade sakkunniggrupper bestående av professions- och patientföreträdare tillsätts. Under en begränsad tid ska de inventera all specialiserad hälso- och sjukvård och bedöma vilken vård som behöver koncentreras på nationell och regional nivå. En systematisk genomgång av all specialiserad hälso- och sjukvård skapar förutsättningar för ett helhetsgrepp kring hälso- och sjukvården. Därmed säkerställs att hänsyn tas till bl.a. akutsjukvården, forskning och utbildning samt att vårdkedjorna samordnas.

Låt Socialstyrelsen ansvara för den nationella högspecialiserade vården och landstingen för den regionala högspecialiserade vården

Socialstyrelsen får ansvar att besluta om vilken hälso- och sjukvård som är att betrakta som nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen ansvarar därefter för den fortsatta koncentrationsprocessen för den nationella högspecialiserade vården genom att inbjuda landstingen att ansöka om att bedriva denna vård. Socialstyrelsen överlämnar sakkunniggruppernas kunskapsunderlag om den regionala högspecialiserade vården som rekommendationer till landstingen. Dessa rekommendationer ska belysa vilka patientvolym och särskild kompetens som krävs för den högspecialiserade vård som behöver koncentreras i respektive sjukvårdsregion. Landstingen ansvarar för den regionala nivåstruktureringen och därmed hur dessa rekommendationer ska omsättas lokalt och regionalt.

När vården blir IT

Rapporten "När vården blir IT" är en underlagsrapport till eHälsokommittén från Institutet från framtidsstudier (Forskningsrapport 2014/8). I det nedanstående ges ett redigerat koncentrat från rapportens sammanfattning.

Stödsystem för en holistisk syn på vården

En insats måste göras för att ändra IT-systemen i vården. Idag är de uppbyggda kring regioner, landsting, kommuner och sjukhus. I grunden finns journalsystem och runt dessa integreras specialistsystem och andra mindre system. Dessa oformliga journalsystem bör bytas ut mot moduler med väldefinierade gränssnitt. Inom telekom har detta i det närmaste fulländats. Hård- och mjukvara från hundratals leverantörer interagerar med varandra över hela världen. Med modulära stödsystem kan man få en mer holistisk syn på vården, samtidigt som man tillåter enskilda specialiteter få sitt precisa stöd. Det är ett vårdssystem som inte bara patienten och professionerna har tillgång till, men även anhöriga, socialtjänst, skola och sjukvård, för att de ska kunna behandla och förebygga problem och symptom som uppstår. Ett system där det finns klara rutiner för att automatiskt upptäcka och eskalera situationer när patienten inte får adekvat hjälp på grund att processerna inom vården är ineffektiva.

Vårdprocesserna måste ändras

De största utmaningarna ligger inte i den nya tekniken. Den stora utmaningen ligger i att förändra arbetssättet inom vården. I de alla flesta fall sker en växelverkan mellan teknik och organisationsutveckling. Vare sig organisation eller teknik kan ta för stora steg utan att det andra benet följer med. Låt all vård utgå ifrån en så komplett bild av patienten som möjligt, en bild som kan innehålla DNA, sjukhistorik, sjukdomar i släkten, vanor, yrke osv. Med denna information samlad kommer man att kunna bygga individuella hälsosimulatorer med givna förutsättningar, som DNA, regelbundna mätvärden och vanor. Dessa modeller ger inte några prognoser på sjukdomar men de ger överrisker och motsvarigheter till barnvårdscentralens viktcurvor för olika värden som patienten bör hålla sig inom istället för de trubbiga intervall som används idag. Kraven kommer att komma från patienter och personal som kräver att sjukvården förändrar processerna. Vi är allt mer intoleranta mot ineffektivitet. Ingen vill längre stå i kö på banken för att betala räkningar. Inte efter att man har vant sig vid att betala e-fakturor med hjälp av mobiltelefonen. Framöver kommer allt fler att kunna ställa diagnoser i hemmet eller på arbetsplatsen. Med nya aktörer, om den traditionella vården inte anpassar sig efter de nya möjligheterna.

Förebygg och skjut upp sjukdomar

Många sjukdomar som hör till de dyraste att behandla och som orsakar mest lidande är sådana som går att förebygga eller skjuta upp. Man bör skapa incitament att hitta de patienter som är mest lämpade för förebyggande vård eller screening. Arbetslösa, timanställda eller sådana som verkligen undviker att besöka vården är de som man behöver komma åt. För att kunna göra det måste nya datakällor kopplas till vårdens system, t.ex. försäkringskassa, arbetslöshets- och inkomstregister. Incitamenten och systemet måste uppmuntra icke-konsumtion. Kunna ge stöd utan att det måste till ett besök t.ex. och inte som idag kräva remiss till specialist, vilket kräver ett särskilt besök – en onödig kostnad för de som vidareremitteras och även kan ge sämre medicinska resultat. Det bästa vårdssystemet är det där patienterna varken känner eller har behov av besök till vården men ändå lever ett gott och långt liv.

Satsa på prevention som ger resultat

Det är också viktigt att jobba med metodutvecklingen av preventiv sjukvård. Lägg ner screening av grupper av patienter som inte behöver det, prioritera istället med hjälp av statistiska prediktionsmodeller och

satsa resurserna där de ger bäst resultat. Och framförallt, jobba på att göra den förebyggande vården så framgångsrik som möjligt i samarbete med patienten. Utnyttja modern teknik för att låta patienten följa sin hälsoutveckling. Se till att vårdpersonalen följer utvecklingen och ger feedback. En av de största utmaningarna vi har framöver är att få våra lagstiftare och byråkrater att inte motarbeta teknikutveckling. Eftersom vi inte med någon större precision kan förutspå framtiden kan vi inte heller göra regelverk som reglerar fenomen som ännu inte finns.

Ekonomirapporten SKL

Nedanstående är ett redigerat utdrag ur SKL:s ekonomirapport från april 2015 ur avsnittet om effektivitet.

Tillit och verksamhetsfokus

När hög kvalitet går hand i hand med låga kostnader, är det en perfekt illustration av modernt kvalitets tänkande, att bristande kvalitet orsakar kostnader. Man brukar tala om kvalitetsbristkostnader. Det är också lättbegripligt att vissa kvalitetsbrister, som vårdrelaterade infektioner eller hög reoperationsfrekvens, genom förlängda vårdtider ökar kostnaderna. Det finns emellertid inte ett enkelt samband där hög kvalitet med automatik ger låga kostnader. Kalmar och Östergötland har starka positioner när det gäller effektivitet. I diskussionen med företrädare för dessa landsting tonar en bild fram där man från landstingsledningarnas sida har en kontinuerlig dialog med verksamhetschefer kring olika kvalitetsaspekter, inte minst kring den medicinska kvaliteten. Det tycks som att detta skapat ett verksamhetsfokus och en tillit mellan ledning och verksamheterna som är till gagn för ett kontinuerligt förbättringsarbete och för att hantera olika slags utmaningar. I Kalmar har det kontinuerliga förbättringsarbetet gått under namnet »varje dag lite bättre « och varit inriktat på fyra huvudområden: hög tillgänglighet, hög patienttillfredsställelse, hög medicinsk kvalitet och god ekonomi. Båda landsting framhåller vikten av den löpande dialogen mellan landstingsledningarna och verksamheterna kring kvalitetsfrågor och den tillit det skapat i organisationen.

Nya vårdmodeller för äldre

Äldre och deras anhöriga uttrycker frustration över sättet att bedriva vård- och omsorg för svårt sjuka personer. Det börjar emellertid växa fram nya former för omhändertagande. Grunden är att de olika kompetenserna från kommuner och landsting, i stället för att möta de äldre var och en för sig, samlas i team runt den äldre, oftast i hemmet. Resultaten är överlag goda. De äldre mår bättre och både de själva och deras anhöriga känner sig mer trygga. Rundgången minskar, de akuta återinläggningarna vid sjukhus minskar och sjukhusens akutmottagningar och vårdplatser används inte i onödan. Överallt i världen är det en stor utmaning att få till en bättre vård för de som både behöver mycket omsorg och sjukvård. Sverige är långt ifrån ensamt om att söka efter bättre lösningar på detta område. Med framtidens demografi ökar trycket ytterligare.

Nationellt kunskapsstöd

Oavsett hur väl preventionen fungerar kommer människor ändå att få kroniska sjukdomar, inte minst äldre personer. Typiskt för många kroniska sjukdomar är att behandlingen är inriktad på att bromsa försämringar och att minska risken för komplikationer av sjukdomen. Därför gäller det att personer med kroniska sjukdomar får del av de insatser som enligt bästa tillgängliga kunskap har bäst förutsättningar att minska risken för försämring. Det är ofta komplikationerna som är besvärliga för den som har en kronisk sjukdom. Det är också komplikationerna som leder till ökade vårdbehov och därmed sammanhängande kostnader.

Det ideala är att alla patienter med en viss sjukdom, oavsett vem man är och var man söker vård, får insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap, anpassade till individen. På ett område har ett arbete inletts med att ta fram kunskapsstöd riktat till och anpassat för vårdverksamheterna, att användas i klinisk praxis. Det gäller cancervården. Där har de sex regionala cancercentra i samverkan tagit fram nationella vårdprogram för olika cancerformer. Det betyder att det finns en nationell likformig beskrivning riktad till alla cancerkliniker i Sverige, som talar om hur en viss cancerform bäst bör behandlas.

Framtidsstrategier åtta landsting

Det nationella ledningsnätverket hälso- och sjukvårdsdirektörer arbetade år 2012 fram en intern rapport kallad »Framtiden flyttar in – arbetet med framtidsfrågorna i åtta landsting». Nedanstående är en karta av vilka områden och strategier de åtta landsting tog upp i sina framtidsrapporter.

Processer
• Sammanhållande vårdkedjor
• Förbättra vården för mest sjuka äldre
• Totalgrepp om rehabiliteringen
• Samtidig vård och tillgänglighet
• Jämlig vård
• Eftersatta behovsgrupper
• Kunskapsstyrning för likvärdig vård
• Bättre läkemedelsanvändning
• Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt
• Patientprocesser stora patientgrupper
• Patiensäkerhetsarbete
• Förbättra ledtider inom akutverksamheten
• Bästa kvalitet, tillgänglig vid behov

STYRNING OCH ORGANISATION
Vårdorientering
• Flexibelt vårdutbud
• Primärvårdens uppdrag
• Nära sjukvård
• Patientstyrning
• Nivåstrukturering
• Specialisering
• Kunskapsstyrning
• Nationella riktlinjer och Öppna jämförelser
• Effektivisering och utveckling
• Effektiva vårdformer
• Prioriteringar
ÖVRIGT
• Samverkan med kommunerna och andra aktörer
• Ersättningsmodeller
• Vårdgrunder gemensamt förhållningssätt
• Ekonomi och kostnadseffektivitet

PATIENTORIENTERING
• Partnerskap och samverkan med patienten
• Valfrihet, delaktighet och patientmakt
• Egenvård

TILLVÄXT OCH REGIONAL UTVECKLING
• Från landsting till region
• Regionala resurser
• Forkning, utveckling och innovation
• Regional kollektivtrafik
• Kultur
• Miljö
• Samarbete lärosäten och näringsliv

KOMPETENSFÖRSÖRJNING
• Kompetensförsörjning
• Säkerställa centrala kompetenser
• Medarbetarna avgörande framgångsfaktor

KAPACITET OCH FASTIGHET
• eHälsoinsatser och IT
• Kommunikation och beslutsstöd
• Medicinsk och medicinteknisk utveckling
• Dimensionering av lokaler
• Säkerställa vårdtillgången
• Fastighetsinvesteringar

Makthavarnas strategier

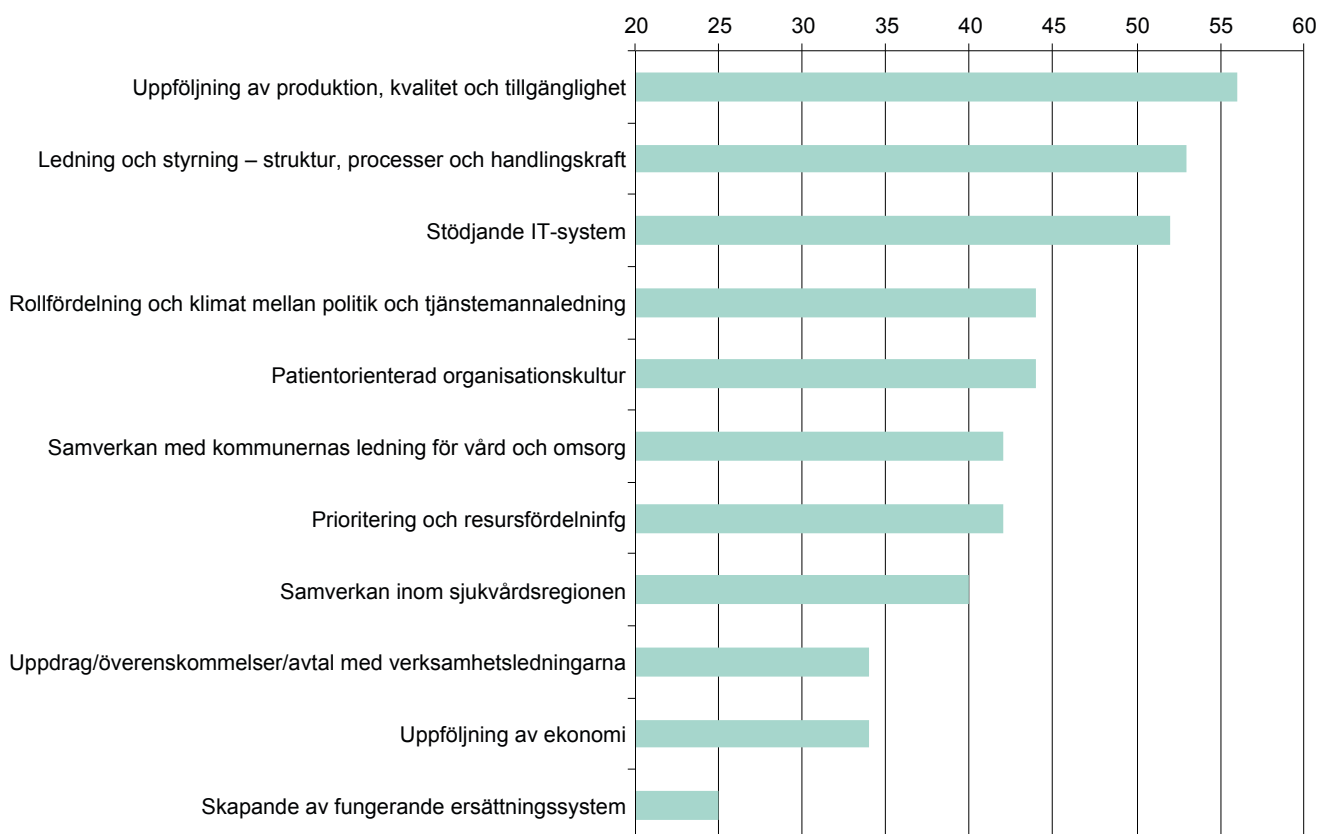
Inom ramen för denna rapport har en enkät utformats till deltagarna i de två nationella ledningsnätverken ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer. Enkäten handlar om framtidens utmaningar, ledningsprocesser, likvärdig vård i landet samt exempel på framgångsfaktorer och sådant som inte fungerat bra i det egna landstinget. Enkäten besvarades av 17 deltagare i december 2014. Detta kapitel visar svaren för sex av frågorna. Vissa redaktionella justeringar har gjorts.

Vilken betydelse har olika interna ledningsprocesser?

I denna fråga angavs tio interna ledningsprocesser på landstingsledningsnivå. Svarsalternativen var Avgörande betydelse, Mycket stor betydelse, Stor betydelse samt Inte så stor betydelse. Svaren har omvandlats till totalpoäng för varje fråga där Avgörande betydelse motsvarar fyra poäng. I diagrammet redovisas resultaten av svaren.

Vilka är dina bästa tips på processer eller utvecklingsarbeten på landstingsledningsnivå som har fungerat bra i ditt landsting och som du vill råda dina kollegor i landstingen?

- Långsiktighet och uthållighet oavsett vilken process det gäller. Håll i ! håll ut! håll fast!
- Fokus på uppdraget och målen, inte på ersättningssystem eller kvalitetskontroller
- Fokus på resultat av vårdens processer - få med kostnadsdimensionen. Leder till diskussion om kvalitet och ekonomi samtidigt.
- Nivåstrukturer av vården inom landstingen, d.v.s. bara viss vård på vissa sjukhus
- Fokus på bättre vård för sjuka äldre
- Arbeta med flödesförbättringar och produktionsplanering. De verksamheter som drivit leanprojekt och infört t.ex. pulsmöten, daglig ledning mm har haft goda effekter av detta.



- Strategisk styrning av investeringar och IT/e-hälsa. Processer för att ”mejsla” fram nyttskapande investeringar samt uppdrag för en, vanligtvis, växande IT-verksamhet.
- Införande av vårdnära tjänster som avlastar vårdpersonalen arbetsuppgifter som handlar om patienttransporter, kost etc.

Vilka är dina erfarenheter på sådant som inte fungerat så bra och som du avråder dina kollegor i lands-tingen att tillämpa?

- Arbeta inte kortsiktigt. Blir fel fokus utifrån uppsatta mål. Spring inte på korta bollar
- Besparingar av ”ost-hyvel” karaktär, ofta som ett resultat av alltför snabba krav på ekonomiska effekter. Hållbara besparingar kräver omfattande genomlysningar och god tid för beredning, förankring etc.
- Decentralisering i för hög grad så att system tillåtits implementeras på olika sätt vilket försvarar senare integrationer, skalfördelar mm
- Många dubblerade funktioner – ju fler kokkar ...
- Vårdutvecklingsprojekt utanför linjeorganisationen
- För starkt fokus på ekonomistyrning
- Rörliga ersättningsystem
- Detaljerad uppföljning av statliga medel, projekt med särskilt utsedda projektledare utan koppling till linjen

Tänk dig att du har makten att styra hälso- och sjukvården. Vilka strategiska åtgärder skulle du satsa mest på för att klara utmaningarna inför år 2025 i ditt eget landsting?

- Rekrytering och kompetensförsörjning. Se över arbetsfördelning mellan yrkeskategorierna i vården.
- Kraftfull ledning och styrning. Utveckling av ledarskapet inom sjukvården
- Stödande IT-system. Satsa och utveckla e-hälsan.
- Kunskapsstyrning, ta vara på utvecklings och förbättringsarbete=> ger långsiktigt kostnadseffektivitet. Anpassa styrsystemen så man även styr på kvalitetsindikatorer.
- Patientcentrering. Utveckla teknik och vårdprocesser och öka patienters medverkan i sin egen vård, i de fall det är lämpligt (egenkontroll etc.). Kulturreisa med fokus på patient och effektivisering. Förenkla!
- Välutvecklad systematik för kapacitets, kvalitets- och produktionsstyrning. Incitaments-modeller.
- Skapa bättre förutsättningar för första linjen och verksamheterna att genomföra sitt uppdrag resurseffektivt med goda resultat genom att satsa på regiongemensam målstyrning, kunskapsstyrning samt produktions- och kapacitetsstyrning. Med lean som verksamhetsstrategi för att utifrån patientens perspektiv flödesoptimera verksamheten (arbeta med ständiga förbättringar). För detta krävs såväl utveckling av ledarskap och team.
- Gör omfattande kompetensväxling i samverkan med kommuner.
- Välutvecklad närvård med fasta vårdkontakter
- Nivåstrukturerad specialiserad vård
- Förbättra folkhälsan. Synliggör skillnader i folkhälsa och resultat i vården – bygg åtgärder/struktur utifrån det i nära samarbete med politiken.
- Fortsatta diskussioner om prioriteringar – till vad ska den offentliga finansieringen räcka?

Du befinner dig nu i år 2025 och tänker tillbaka. Vilka av dina ledningsprocesser och strategiska vägval är du mest stolt över och som har haft en hållbarhet?

- Att strategiskt satsa på att bibehålla hälsa i befolkningen, vilket kräver andra insatser än bara från hälso- och sjukvården och att möta med tidiga insatser.

- Att vi stärkte patientens ställning, att vi utvecklade smarta e-hälsolösningar och vågade lägga ansvar på patienten. Att vi nästan helt lyckades avskaffa tobaksbruket.
- Patientorienteringen och satsningen på patienten som en partner i vårdteamet. Satsningen på att skapa IT-stöd har som primärt syfte att stödja vårdteamet inkl patienten som en del av detta
- Att skapa ett system för målstyrning inom vården med balanserad uppföljning på verksamhet (resultat), personal och ekonomi och att ha flödeseffektiviserat verksamheten utgående från patienten.
- Utvecklingen av snabba och lättillgängliga uppföljningssystem. Införande av Lean i hela organisationen. Tydliggörande av uppdrag, inkl avgränsning av uppdrag.
- En bra dialog med staten om tillförande av resurser till hälso- och sjukvården. Ett gemensamt IT-stöd med gemensamt definierade processer med resultatredovisning till medborgarna
- Att öka verkkningsgraden i vården genom att ur ett systemperspektiv införa ett affärsmässigt förhållningssätt
- Satsningen på förbättringsstöd i det dagliga arbetet
- Välutvecklad verksamhetsplanering och en stödjande system för en lärande uppföljning
- Att kombinera linje och process
- Kunskaps- och kvalitetsstyrning kopplat till ekonomin
- Där man har anammats och följt med i den medicinska utvecklingen på ett klokt och strukturerat sätt. Detta innebär också att man har dragit nytta av medicinska framsteg

Du befinner dig nu i år 2025 och tänker tillbaka. Vilka av dina ledningsprocesser och strategiska vägval ång- rar du mest?

- Att vi inte i högre utsträckning tydliggjorde uppdragen och involverade samtliga medarbetare i utvecklingsarbetet.
- Att vi inte i högre utsträckning prioriterade snabba och pedagogiska uppföljningsverktyg.
- Tron på ersättningsystemens välsignelse
- Tanken om att skapa vi bara den optimala ekonomiska ersättningsmodellen så kommer de goda resultaten
- Satsningen på kvalitetskontroller och detaljerad uppföljning av dem kopplat till ekonomiska incitament.
- Detaljstyrning av hälsovalet
- Att vi inte drev frågan om nationellt dokumentationssystem
- LOV:en
- Att vi alltför sent insåg att större delen av vår medarbetarskara har pensionerat sig och vi hade ingen plan för hur vi skulle kunna ersätta dessa eller klara oss med mindre antal medarbetare.
- Att vi inte lyckades med någon av de större organisationsreformerna utan fortfarande har 21 landsting.

Kaiser Permanente

Kaiser Permanente (KP) har tio miljoner försäkrade anslutna patienter och är en av USA:s ledande sjukvårdskoncerner. Flest medlemmar finns i Kalifornien. I det nedanstående beskrivs de viktigaste framgångsfaktorerna och sådant som man bör omsätta i svensk sjukvård. Underlaget är hämtat från bland annat reserapport nätverk hälso- och sjukvårdsdirektörer, artikelserie i tidskriften Dagens Samhälle samt bildspel i samband med studieresor till Kaiser Permanente.

Grundläggande utmaningar

För varje generation som gått sedan organisationen grundades för 70 år sedan har man ställs inför nya utmaningar. Den första utmaningen var att utveckla och sprida evidens för den vård man gav, till exempel screening för bröstcancer, där organisationen spelat en betydande roll i utvecklingen av praxis. Nästa utmaning var att tackla komplexa

kroniska sjukdomar, ett område som fortsätter att generera utmaningar för organisationen. De närmaste kommande åren kommer KP att få en miljon nya diabetesfall. Att täcka in hela kedjan från förebyggande över screening, diagnos, till behandling och i yttersta fall palliation är den tredje generationens utmaning.

Helhetsgrepp om hälsan för framtidens vård

Tre frågor står i fokus i den fjärde generationens utmaning som kallas De stora frågorna. Att ta ett helhetsgrepp om hälsan, att integrera digitala strategier och att individualisera vården. KP styr nu över allt mer fokus till det man kallar Total hälsa. Dagens modell för att bedriva hälso- och sjukvård utvecklades för 40 år sedan. Fokus på total hälsa tar KP i en ny riktning jämfört med tidigare. Tidigare låg fokus på sjukvård, på att behandla symtom och på västerländska metoder. I morgon ligger fokus på den totala hälsan, på välbefinnande och på alternativa metoder om det efterfrågas. Alla faktorer diskuteras som friskvård, kost och miljö. KP är teamorienterat och olika yrkesgrupper är integrerade i vårdkedjan. Målet är att föra ut vården i samhället närmare medborgarna. Ett skifte kommer att ske mot fler men mindre sjukhus, mobila kliniker, arbetsplatsbaserade mottagningar och mobila plattformar. Här kommer de digitala strategierna in; tanken är att en allt större del av besöken ska kunna ske virtuellt. En tredje stor fråga är att utveckla vården och göra den mer individanpassad. Stora satsningar görs på att hitta biomarkörer som hjälper till att förutsäga den individuella responsen på olika behandlingar och förebygga risken för framtida sjukdom.

Massiva IT-investeringar

En stor insats för att reformera sjukvården utgörs av massiva IT-satsningar i digitala patientjournaler. KP Health Connect är det största medicinska IT-systemet i världen. Det binder samman alla patientjournaler, läkemedelsordinationer, checklistor för standardiserade behandlingar, vårdstatistik och digitala bibliotek för egen forskning och utveckling av nya vårdmetoder. Patienterna kan nå sina egna data dygnet runt via dator, smarta mobiltelefoner och läsplattor. Det är framförallt patienter med kroniska sjukdomar som har nytta av patientportalen. Den flitigaste gruppen är gruppen mellan 60 och 70 år. De kan mejla sin doktor, de garanteras svar inom två dygn och kan själva välja mellan de besökstider som visas på skärmen. Systemet är även integrerat med ekonomi och administration samt producerar statistik inom alla perspektiv.

Mer vård utanför sjukhusen

KP anser att vården blir säkrare om alltmer sker utanför sjukhusen. Även patienternas högsta önskan är att komma fort hem från sjukhusen. Då är det sjukvårdens uppgift att det sker så fort som möjligt. Utmaningen för alla vårdgivare i USA är bättre hälsa till lägre kostnader. Ansatsen är att styra bort vården från de dyra sjukhusen till vårdkliniker, vård i hemmet samt till olika former av frisk- och egenvård. Också digitaliseringen minskar behovet av fysisk infrastruktur i form av byggnader. Virtualisering och mobil vård kommer att bli allt viktigare. Den största förändringen är att patienten mer och mer blir en nyckelaktör i sin egen behandling.

Lean-filosofi

Den så kallade Lean-filosofin genomsyrar KP. Alla processer kan förbättras och förkortas. En ständig jakt pågår på slöseri med tid och resurser. Träning sker ständigt i praktisk logistik. Man kartlägger problemen, har en kollegial diskussion om best practice och organiserar processer efter patientens resa i vården. Att söka de snabbaste vägarna har blivit en del av kulturen. Tiderna kan kortas genom att arbeta integrerat i vårdkedjan och låta patienternas behov stå i centrum. På akuten gäller att det inte ska ta mer än fem minuter från dörr till doktor. Förändringen började när KP inte hade tillräckligt med vårdplatser och oacceptabla köer. Det

snabbaste sättet var att kvickare få in och ut patienterna från sjukhuset. Ledningen inom KP har en stenhård linje att sjukvården ska drivas efter evidensbaserade standarder på alla nivåer. De tre centrala måtten för bra sjukvård är patienternas upplevelse, medicinsk kvalitet och hur pengarna används.

Från KP att omsätta i svensk sjukvård

- Utveckla ett bra sätt att kommunicera med befolkningen
- Förebyggande tänkande, hitta patienterna innan de blir för sjuka
- Vi behöver läkare som kan ändra kulturen. Patienterna har nya krav och vi måste bygga vården kring patienten
- Utveckla kommunikationen med patienterna så det blir enklare med patientens delaktighet
- Integrera mått i medicinska riktlinjer/vårdprogram. Vi kan inte lita på minnet utan behöver tillgång till data på ett enkelt sätt. Mer av standardisering vilket leder till högre kvalitet och minskad kostnad.
- Utveckla IT för att underlätta och förbättra vården
- Säkra mejl. Vi använder allt för lite mejl som kommunikation mellan läkare och patient. Patienten ska kunna nå doktorn och får svar. Det går snabbt och är effektivt och ger trygghet.
- Koppla ekonomisk uppföljning till medicinska resultat
- Engagerade ledare som sprider energi och entusiasm

Jakten på framgång

Detta avslutande avsnitt lyfter fram fyra perspektiv som kommer att vara viktiga för att hitta framkomliga vägar in i framtiden.

Tänka i möjligheter

Denna rapport visar att de nödvändiga ingredienserna finns på plats för att sjukvårdens ekonomi och kapacitet inom en snar framtid kan slå i taket. Man ska inte förringa de framtida utmaningar som sjukvården står inför. Det kommer inte att bli fritt från friktioner att skapa och genomföra förändringar så att vården även i fortsättningen klarar av att tillgodose invånarnas vårdbehov. Men en ständig fokusering på tanken att det handlar om olösliga problem är ett pålitligt sätt att misslyckas. Detta kapitel visar att det mesta ändå är gjort. Det finns mycket att lära av erfarenheter från nationella rapporter, andra landsting och deras makthavare samt sjukvård utanför Sverige. Avsnittet om att förutsäga framtiden visar dessutom att det ofta är det oförutsägbara som förändrar framtiden.

Patienten som medskapare

Vården är en komplex verksamhet där det finns en drivkraft att göra gott för patienten. Det bästa resultatet uppstår oftast i en samproducerad tjänst mellan inblandade aktörer där patienten har en bärande roll. Det som är avgörande är mikrosystemets dynamik. Det är i mötet mellan patient och personalen som nyttan uppstår. Förändras inte detta möte är det svårt att förändra effektivitet eller kvalitet. Ett trist faktum är att sjukvården inte ligger så långt framme i den digitala kulturen. Ett trevligt budskap är att sjukvården här har en oändlig potential att komma i framkant.

Ökad effektivitet

Vi kan inte producera vård på samma sätt som vi gör idag om vi ska öka kvaliteten, möta den åldrande befolkningen och samtidigt hålla kostnaderna i schack. Det gäller att undersöka och ta tillvara alla möjligheter att öka effektiviteten i verksamheten för att möta en utveckling där behovet av välfärdstjänster växer mer än resurserna med nuvarande nivå på skatteuttaget. En hög effektivitet är nödvändig både för att dämpa finansieringsbehovet för välfärdstjänster och för att upprätthålla legitimiteten för det skatteuttag som är nödvändigt. Med en ökad effektivitet

kan växande behov tillgodoses utan att resurserna ökar i motsvarande grad. Därmed lättar trycket på att hitta former för att finansiera resurstillskotten. Det krävs att man tänker nytt och gör saker på annorlunda sätt. Verksamhetens organisation och arbetsprocesser, kompetens och beslutsvägar behöver anpassas till de framtida möjligheterna.

Strategiskt ledarskap

Som ledare och politiker har man ingen nytta av politisk korrekthet. Man behöver få utmaningarna tydligt beskrivna så att man får en god kunskap som underlag för lösningar. Det krävs sedan politiskt mod, talang, ansträngning och helikopterseende för att kunna ta in helheten och agera i ett strategiskt ledarskap. Detta är avgörande för hur väl sjukvården kommer att kunna navigera och utvecklas i en värld som ständigt förändras. Den politiker som lyckas är den som har en fungerande kompass så att man kan fatta kloka beslut även när det är dålig sikt och snårig terräng.

- Finns det något snabbspår till en ljusnande framtid?
- Gäller de stora sprången eller de små stegen?
- Vad tror vi vill se? Vad ska vi ställa in sökaren på?
- Ser vi det som kommer eller är vi mer upptagna av nuet?
- Hur kan vi få oss att se det som vi borde se?
- Vill vi se det som kommer? Vad gör vi om det ser annorlunda ut? Innebär det en maktförskjutning som vi inte önskar själva?
- Är vi förberedda på det som kommer? Kan vi förbereda oss?

”I en organisation baserad på vetenskap och erfarenhet kan det vara lämpligt med ett beslutsfattande och förändringsarbete baserat på vetenskap och erfarenhet”

En sjukhusdirektör

Var står vi?

Så gott som alla invånare har under ett år kontakt med vården alltifrån att söka uppgifter på hemsidan till att vara inlagd på sjukhus. En halv miljon anställda arbetar i ett patientnära yrke inom vård och omsorg där de allra flesta har en hög vårdutbildning. Tillgången på läkare och sjuksköterskor har ökat under de senaste fem åren. Landstingens sammanlagda kostnader på 300 miljarder utgör en tiondel av Sveriges BNP. Svensk sjukvård intar tätplaceringar när det gäller kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra länder.

Det svenska sjukvårdssystemet

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan stat, landsting/regioner och kommun. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vad som är landstingens respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Lagen är utformad så att den ger landstingen och kommunerna stor frihet att organisera den egna hälso- och sjukvården.

Staten har övergripande ansvar

Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. För att skapa likvärdiga förutsättningar fördelar regeringen ekonomiskt bidrag till landstingen i det statliga utjämningsystemet. År 2015 var beloppet sammanlagt 25 miljarder kronor. Dessutom riktar staten särskilda medel till landstingen för att öka tillgängligheten i vården och till läkemedelsförmånerna. Staten har ansvar främst genom det kommunala utjämningsystemet. Staten ansvarar också genom till exempel högskoleutbildning, forskning och kunskapsutveckling, infrastruktursatsningar och regelverk som underlättar samverkan. Socialdepartementet är statens ansvariga departement för frågor inom hälso- och sjukvård. Till Socialdepartementets ansvarsområde hör ett antal statliga myndigheter. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten är två exempel. Det är myndigheterna som ska tillämpa de lagar och utföra den verksamhet som riksdag och regering har beslutat om. Riksdag och regering bestämmer vilken inriktning myndigheternas arbete ska ha.

Landstingen organiserar hälso- och sjukvården

I Sverige finns 290 kommuner och 21 landsting/regioner. Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Landstingens verksamhet finansieras till största delen av landstingsskatten. Varje landsting beslutar själva över hur stor landstingsskatten ska vara och hur den ska fördelas. Därutöver får landstingen inkomster från patientavgifter och försäljning av tjänster. Av landstingen är det tio stycken som har ett utökat ansvar för regional utveckling och därmed har rätt att kalla sig regioner, även om de formellt är landsting. Dessa regioner är Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Västra Götaland, Örebro och Östergötland. (Gotland är kommun med landstingsuppgifter och regionalt utvecklingsansvar och har också rätt att kalla sig region). Sverige är dessutom indelat i sex sjukvårdsregioner som är ett samarbete mellan berörda landsting inom den högspecialiserade vården. Inom regionsjukvården utgör varje universitetssjukhus med en utbyggd specialistvård ett resurscentrum för regionen.

Kommunerna ansvarar för bland annat vård och omsorg av äldre

Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård av äldre inom kommunens omsorger samt stöd och service till dem som är utskrivningsklara från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för skolhälsovården samt för boende, sysselsättning och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

SKL är arbetsgivar- och intresseorganisation

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en arbetsgivar- och intresseorganisation. SKL arbetar på uppdrag av sina medlemmar; kommunerna, landstingen och regionerna i Sverige. SKL har till uppgift att utifrån verksamhetsidé och fastlagd inriktning på bästa sätt företräda

och stödja sina medlemmar. Det är enbart i rollen som nationell arbetsgivarorganisation som förbundet kan ta beslut som är förpliktigande för medlemmarna.

Vårdkontakter

Under år 2014 hade 79 procent av östgötarna (enskilda personer) kontakt med sjukvården i ett personligt möte som patient. Av de som hade kontakt med vården hade 84 procent kontakt med läkare. Tio procent av invånarna var under året inlagda på sjukhus. Ju äldre man är desto mer har man kontakt med sjukvården. Bland befolkningen 75 år och äldre hade i stort sett samtliga personer kontakt med vården. Mellan år 2006 och 2014 ökade andelen invånare som haft vårdkontakt från 73 till 79 procent.

Akutmottagningar Östergötland

Läkarbesök

År 2014 gjordes totalt 106 000 läkarbesök på de tre akutmottagningarna i Östergötland, vilket är 22 procent av samtliga läkarbesök inom den specialiserade vården. Antalet läkarbesök på akutmottagningarna ökade med 12 procent mellan åren 2010 och 2014. Totalt för samtliga åldergrupper gjordes 24 läkarbesök per 100 invånare på akutmottagning i Östergötland.

Inlagda i samband med läkarbesöket

Per 100 invånare lades sex personer in på sjukhus i samband med läkarbesöket på akutmottagningen. Andel inlagda i samband med läkarbesöket ökar med ålder, från 10 procent i åldersgruppen 0–19 år till 44 procent i åldersgruppen 75 år och äldre. Totalt var andelen inläggningar 26 procent i samband med läkarbesök på akutmottagningar.

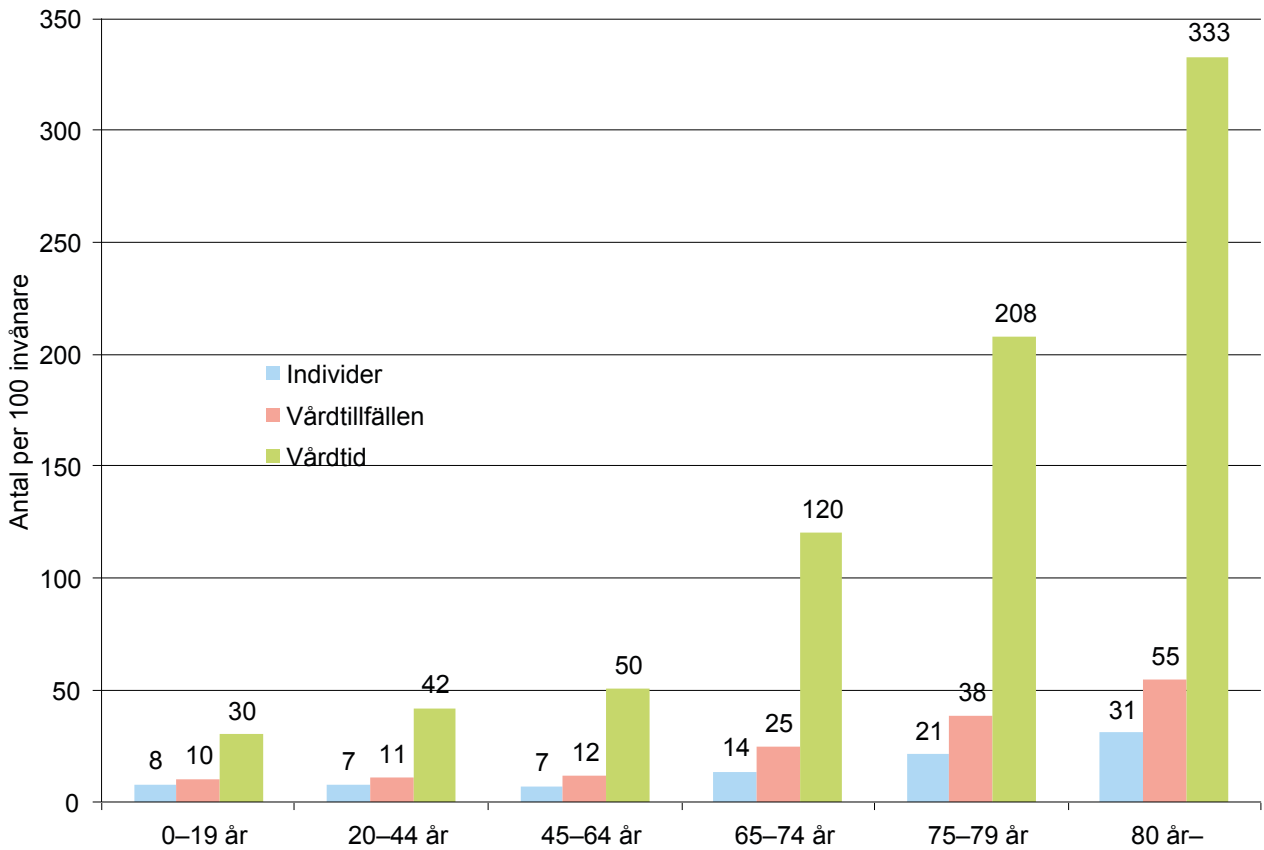
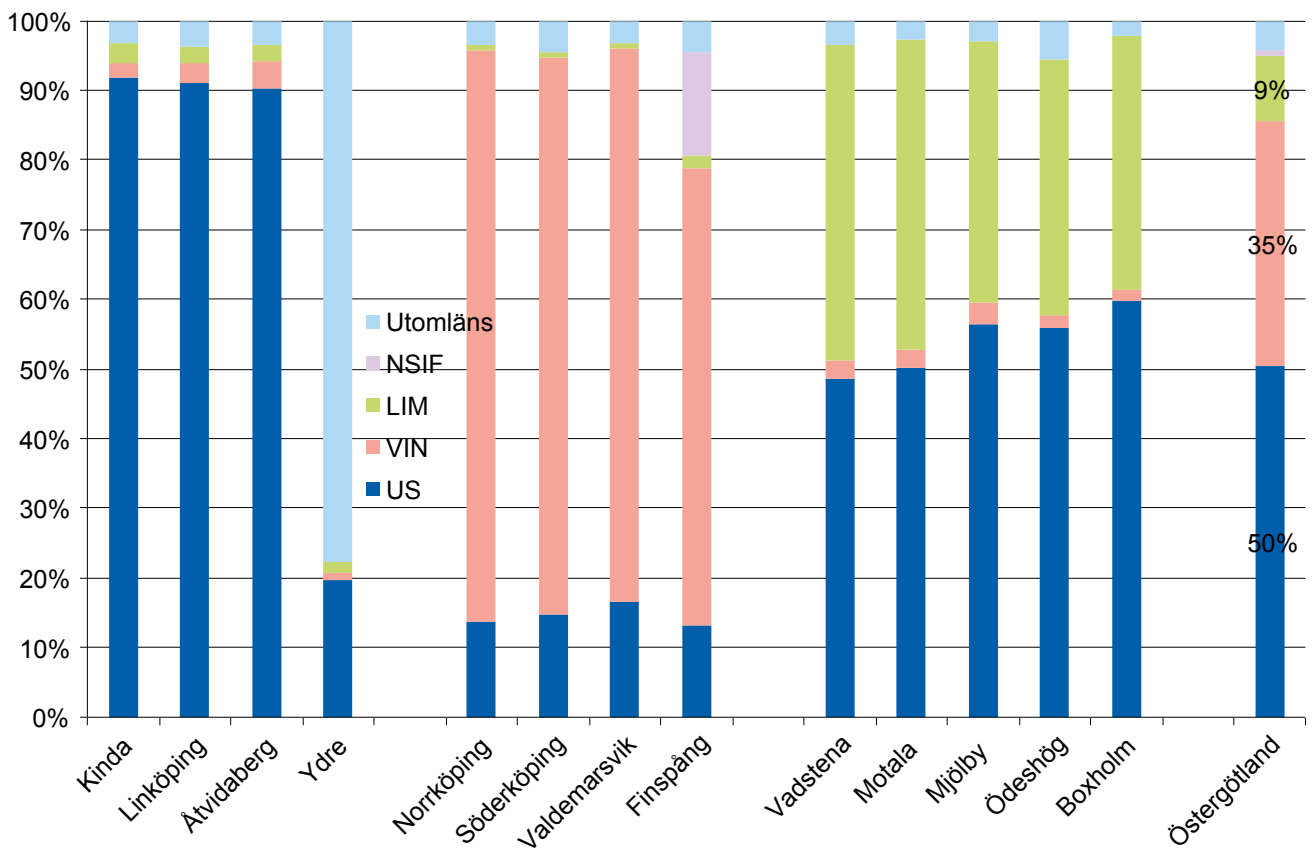
Vårdplatser Östergötland

Sedan år 2008 har Östergötland haft sammanlagt strax under 1100 vårdplatser på de fyra sjukhusen. År 2013 var antalet 1091 och år 2014 var antalet 1090. I nedanstående tabell framgår fördelning av vårdplatserna på olika centrum och på sjukhus.

CENTRUM	US	ViN	LiM	NiF	S:a
Närsjukvård	128	134	167	14	443
Hjärt- och medicin	113	40			153
Barn- och Kvinno	83	44			127
Kirurgi, ortopedi och cancer	146	60			206
Sinnes	108	30			138
Aleris			24		24
SUMMA	578	308	191	14	1091

Inläggning på sjukhus i Östergötland

Nedanstående diagram visar för år 2014 hur stor andel av patienterna från Östergötlands kommuner som hade inläggning vid de fyra sjukhusen samt utomlänsvård. Patienter boende i Motala (som exempel) fick 50 procent av vårdtillfällena vid Universitetssjukhuset i Linköping, 45 procent vid Lasarettet i Motala, 3 procent vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping och 2 procent vid sjukhus utanför länet.



Vårdkonsumtion på sjukhus per i åldersgrupper

Figuren på föregående sida visar vårdkonsumtion för de patienter från Östergötland som var inlagda på sjukhus i Östergötland år 2014. Mättet är antal per 100 invånare och visar patienter (individer), vårdtillfällen och vårdtid (vårddygn). I åldrarna 0–19 år respektive 20–45 år utgör nyfödda barn och nyblivna mammor knappt hälften av patienterna i respektive åldersgrupp.

Tio procent av samtliga invånare var under 2014 inlagda på sjukhus minst en gång under ett år. Bland invånare 80 år och äldre var 31 procent inlagda. Dessa frekvenser för åldersgrupperna har varit desamma varje år sedan tio år tillbaks. En jämförelse mellan åldersgrupperna 45–64 år och 80 år och äldre per 100 invånare visar att andelen inlagda patienter och vårdtillfällen är mer än fyra gånger högre bland gruppen 80 år och äldre. Vårdtiden är nästan sju gånger högre.

Vård dagar och andelen äldre i befolkningen

Vårdtiden per invånare varierar mellan landstingen. Skillnaden var 51 procent år 2013 mellan landsting och riket antal vård dagar per 10 invånare (blå stapel) och andel invånare i befolkningen som är 75 år och äldre (röd kurva) år 2013.

Vårdtiden per invånare varierar mellan landstingen. Skillnaden är 51 procent mellan lägst och högst (Östergötland respektive Västerbotten). Åtta av landstingen ligger dock ganska jämnt mellan 8,1 och 8,4 dagar per tio invånare. Andelen invånare i befolkningen som är 75 år och äldre varierar mellan landstingen från 6,6 procent (Stockholm) till 10,7 (Kalmar). Stockholm har i särklass lägst antal äldre men har ändå inte lägst vårdtid. Stockholm ligger på samma nivå som Halland, som har 9,2 procent äldre i befolkningen. Kalmar har den äldsta befolkningen men ligger på riksgenomsnittet för vårdtiden. Gränslänen Östergötland och Örebro har samma åldersandel (8,9%) men Örebro har 38 procent högre

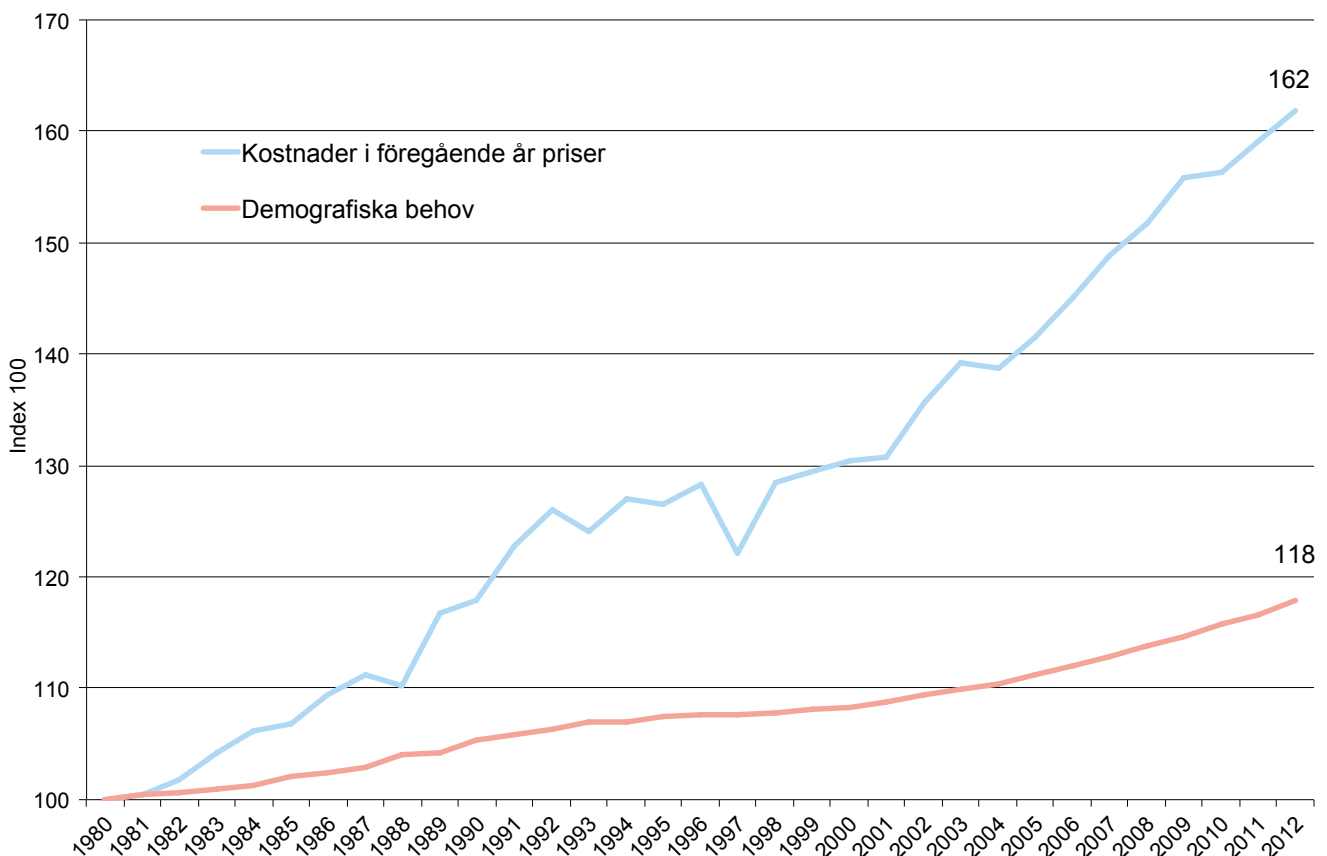
vårdtid per invånare än Östergötland. Det verkar således vara andra faktorer än bara demografi som spelar roll för antalet vård dagar.

Personal

Det finns ungefär en halv miljon anställda i Sverige som arbetar i ett patientnära yrke i vård och omsorg inom offentlig och privat driven verksamhet. Den primärkommunala vårdverksamheten domineras av vård och omsorg av äldre. När det gäller de anställdas utbildningsnivå är det en stor skillnad mellan landstingen och kommunerna. Inom landstingens hälso- och sjukvård har tre fjärdedelar av de anställda en utbildning som kräver legitimation och därmed högskoleutbildning med minst tre år. Flera yrkesgrupper har långa specialistutbildningar, som till exempel läkare. Av de anställda inom hälso- och sjukvård är 47 procent sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker, 25 procent undersköterskor och skötare samt 18 procent läkare. Härutöver är det en jämn fördelning på 3 procent vardera av sjukgymnaster, psykologer och arbetsterapeuter. Inom kommunerna är över 85 procent undersköterskor, skötare och vårdbiträden. Andelen sjuksköterskor är här 8 procent och andelen sjukgymnaster och arbetsterapeuter 4 procent.

Ekonomi

År 2014 var landstingens sammanlagda kostnader 300 miljarder kronor. Av dessa kostnader utgjorde hälso- och sjukvården knappt 90 procent. Av hälso- och sjukvårdens kostnader stod somatisk vård för 60 procent, primärvård för 19 procent och specialiserad psykiatrisk vård för 10 procent. Utöver landstingens kostnader var kommunernas kostnader för äldreomsorgen 109 miljarder kronor. Av dessa kostnader stod särskilda boendeformer för 58 procent och hemtjänst för 42 procent. Kostnaderna för köpt vårdverksamhet av i huvudsak privata utförare var för lands-



tingen 46 miljarder och för kommunerna 43 miljarder (Dessa kostnader ingår i ovanstående belopp.) I de senaste tillgängliga siffrorna när det gäller totala sjukvårdsutgifter i relation till ländernas bruttonationalprodukt (BNP) ligger Sverige precis i mitten bland de 16 OECD-länderna. Ländernas andelar varierar mellan 9 och 11 procent och Sveriges andel är 9,5 procent. Sverige ligger i topp när man mäter kvaliteten i sjukvården i förhållande till utgifternas andel av BNP.

Kostnadsutveckling

Under 20 år mellan 1950 och 1970 fördes en medveten politik att kraftigt höja ambitionsnivån inom hälso- och sjukvården. Befolkningsutvecklingen motiverade en ökning av resurserna med en (1) procent per år. Den verkliga kostnadsutvecklingen var i genomsnitt en bit över sex procent per år. Men även efter denna period har kostnaderna stigit mer än vad som har varit betingat av befolkningsutvecklingen. Den nedanstående figuren på föregående sida visar i index 100 (satt till år 1980) kostnader för landsting och kommuner sammantaget (blå kurva) samt antalet invånare (orange kurva) mellan åren 1980 och 2012.

Mellan 1980 och 2012 ökade kommunssektorns sammantagna kostnader från 478 till 760 miljarder kronor (räknat i 2012 års priser och löner). Det är en ökning med drygt 280 miljarder kronor vilket motsvarar en tillväxt på i genomsnitt 1,5 procent per år under denna period. Under samma tid ökade befolkningen från 8,3 miljoner till 9,5 miljoner invånare, en ökning på i genomsnitt 0,4 procent per år. Kommunssektorns kostnader ökade därmed årligen omkring 1 procentenhet snabbare, eller tre gånger mer, än befolkningen mellan 1980 och 2012. Tillväxten var mer påtaglig under 1980-talet än under 1990-talet. Ökade kostnader beror på ökad verksamhet, fler anställda och arbetade timmar samt löneökningar. Antalet anställda har ökat och fler arbetar heltid, vilket gör att antalet arbetade timmar har ökat. En stor del av kostnadsökningarna beror på högre löner och köpta vårdtjänster. Mellan åren 2000 och 2015 har både medelskattkraft och medelskattesatsen ökat i Sverige. Medelskattesatsen för kommunerna har ökat med 13 öre, från 20,57 till 20,70 kronor. Medelskattesatsen för landstingen har ökat med 1,48 kronor, från 9,87 till 11,35 kronor.

Skattebidrag och utjämningsystem

De statliga bidragen i utjämningsystemet utgör ungefär tolv procent av finansieringen av verksamheten i kommuner och landsting. Statsbidragen är inte enbart av förstärkande natur. De ska också finansiera utökade och nya uppdrag samt nya krav på framförallt tillgänglighet och kvalitet. Sedan länge är man över alla politiska gränser överens om att det ska vara likvärdiga förutsättningar för kommuner och landsting att erbjuda välfärd. År 1966 kom det första statliga utjämningsystemet och 1996 ett mer allomfattande system som liknar det vi har idag. År 2005 förenklades systemet. Nästan alla länder i Europa gör regionala ekonomiska utjämnningar och Sverige hör till de länder där staten utjämnar skillnaderna mest. Det handlar om att eliminera en mängd skillnader som kommuner och landsting inte kan påverka. Utjämningsystemet innehåller mer än 100 parametrar.

Intäkter och kostnader Region Östergötland

Intäkter

År 2014 var landstingets intäkter 14,6 miljarder kronor. I det nedanstående redovisas den procentuella fördelningen av de olika intäkterna.

%	INTÄKT
59	Landstingsskatt med en utdebitering på 10,7 kronor
18	Generella statsbidrag, medel från de statliga utjämnings-systemet och läkemedelsbidraget
4	Övriga statsbidrag, riktade statsbidrag som samordnings- och kömiljarden
2	Patientintäkter, patientavgifter i öppen och slutenvård
5	Övriga intäkter, bland annat försäljning av varor och tjänster samt forskningsanslag
8	Vårdintäkter, försäld vård till andra landsting, främst inom sydöstra sjukvårdsregionen
4	Finansiella intäkter, landstingets likvida medel
100	SUMMA

Kostnader

År 2014 var landstingets kostnader 13,7 miljarder kronor. Den länsövergripande specialistsjukvården tillsammans med specialistsjukvården inom närsjukvård svarade för 66 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård.

%	VÅRDOMRÅDEN
39	Länsövergripande specialistsjukvård
27	Specialistsjukvård inom närsjukvård
19	Primärvård inom närsjukvård
7	Högspecialiserad regionsjukvård
6	Övrigt
2	Tandvård
100	SUMMA

Löner, arbetsgivaravgift och övriga personalkostnader (till exempel utbildning och pensionskostnader) utgör hälften av landstingets kostnader. Övriga driftkostnader består bland annat av köp av varor och tjänster samt kostnader för lokaler och olika IT-system.

%	PERSONAL OCH DRIFT
35	Löner
11	Arbetsgivaravgifter
4	Övriga personalkostnader
35	Övriga driftkostnader
10	Läkemedelskostnade
4	Avskrivningar
1	Finansiella kostnade
100	SUMMA

Öppna jämförelser

I samband med SKL:s och Socialstyrelsen publicering av rapporten "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2014" gjordes också en intern rapport från SKL, "Öppna jämförelser i överblick 2014". Den ger bland annat en mer övergripande bild av hur det egna landstinget står sig i jämförelse med andra landsting. I rapporten används index som med olika beräkningar ger ett sammanhängande värde av de ingående indikatorerna i Öppna jämförelser. Jämförelse mellan landstingens indextal måste göras med försiktighet och mer ses som en signal om var en djupare analys av skillnader är mest angelägen än som ett slutligt omdöme av kvalitet och resultat. Motsvarande sammanställningar har gjorts sedan 2011 men med lite olika metoder. I samband med 2015 års Öppna jämförelser har ingen indexrapport gjorts. Indexet år 2014 är vägt på följande sätt: 15% processindikatorer (tidigare 33%), 15% tillgänglighetsindikatorer (tidigare 10%) och 70% resultatindikatorer (tidigare 55%). Placeringen av landstingen utgår från vägt index år 2014.

LANDSTING	2011*	2012*	2013*	VÄGT INDEX 2014
Kalmar	3	5	3	0,64
Östergötland	9	4	5	0,64
Halland	1	1	1	0,64
Jönköping	10	3	4	0,64
Blekinge	11	6	16	0,59
Kronoberg	2	2	2	0,58
Jämtland	18	19	18	0,57
Stockhol	14	7	9	0,57
Gotland	15	10	6	0,56
Västerbotten	7	11	12	0,55
Västra Götaland	4	9	11	0,55
Skåne	12	18	21	0,54
Norrbottn	5	13	14	0,54
Uppsala	6	17	20	0,54
Västmanland	21	21	7	0,53
Sörmland	17	12	17	0,52
Dalarna	19	20	19	0,52
Värmland	8	8	13	0,52
Gävleborg	16	14	15	0,51
Örebro	13	16	10	0,49
Västernorrland	20	15	8	0,48

*Index med tidigare vägning och delvis andra indikationer.

Tabellen visar en god konsistens av landstingens placeringar mellan de fyra åren. De fyra översta landstingen bland de "gröna" (de sju med bästa totalresultaten i jämförelsen) har inte haft någon röd placering (de sju med de sämsta resultaten i jämförelsen). Motsvarande förhållande gäller i huvudsak även för landsting med sämre placeringar i jämförelsen. En intressant iakttagelse är landstingens placering efter en geografisk dimension. När man har bilden framför sig ska man också ha i åtanke att det i många fall är större skillnader inom varje landsting än mellan landstingen. De professionella faktorerna har stor betydelse. Den största skillnaden är om man som patient träffar skicklig eller mindre skicklig personal.

Indextabellen visar den relativa jämförelsen mellan landstingen. Men en viktigare kunskap är hur resultaten har förändrats över tid. En analys har

gjorts av Östergötlands förbättrade och försämrade resultatindikatorer mellan två år. Av totalt 153 indikatorer i 2013 års rapport förbättrades 55 procent och försämrades 45 procent av indikatorerna jämfört med 2012 års rapport. Mellan rapporten 2013 och 2014 förbättrades 66 procent av de 233 indikatorerna och 34 procent försämrades.

Östergötland

I nedanstående tabell illustreras Östergötlands övergripande resultat i Öppna jämförelser under åren 2011–2014. Den medicinska kvaliteten har legat på toppnivå under samtliga fyra år. Kostnaderna ligger på grön nivå och tillgänglighet strax över mitten bland landstingen. Patienterfarenheterna växlar mellan gult och rött.

ÅR	TOTALT	MED KVALITET	TILLGÅNGLIGHET	PATIENTERFARENH	KOSTNADER
2014	5	1	6	16	
2013	5	2	8	9	
2012	4	1	7	8	3
2011	9	2	9	13	4

Internationell jämförelse

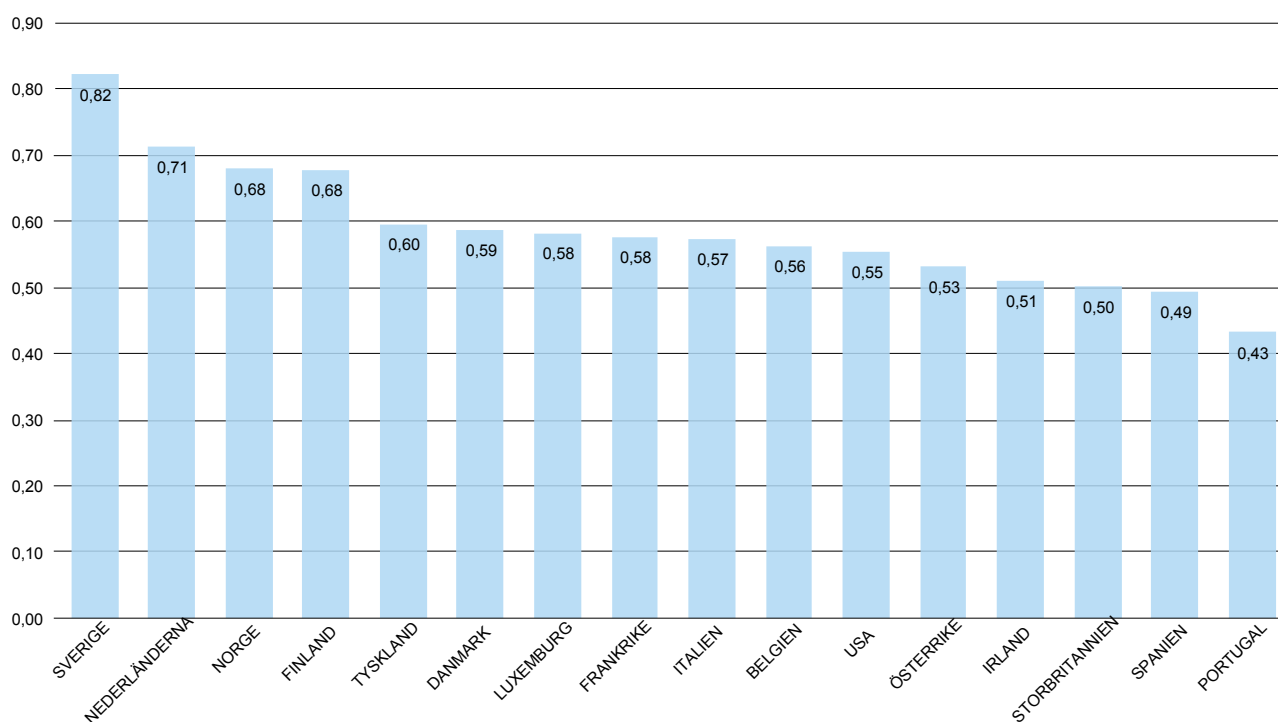
I SKL:s rapport från år 2015 "Svensk sjukvård i internationell jämförelse" jämförs hur den svenska sjukvården står sig i förhållande till värden i andra länder; EU 15 (exklusive Grekland) plus Norge och USA. De är alla rika länder med förutsättningar att tillhandahålla högklassig sjukvård. Analysen visar att den svenska vården klarar sig utmärkt i en jämförelse med dessa länder. Den toppar båda de två index rapporten använt, över kvalitet och över effektivitet.

Sjukvårdssystem i olika länder har olika finansieringsformer, olika fördelning av resurser mellan vårdens olika delar och olika anställningsformer för vårdens personal. Det är dock svårt att på analytisk väg värdera olika sätt att organisera och finansiera vården och på den vägen slå fast vad som är ett bra sjukvårdssystem. Därför dominerar jämförelser där olika dimensioner av utfallet

jämförs. Det handlar då om olika aspekter av hälsan i befolkningen, som medellivslängd, återstående livslängd i olika åldrar, undvikbar dödlighet, spädbarnsdödlighet och dödlighet i olika folksjukdomar. Effektivitet mäts oftast genom att olika aspekter av utfallet sätts i relation till kostnaderna för vården. Det fungerar som en grov uppskattning av vad man får för pengarna i olika sjukvårdssystem.

Den svenska sjukvården hushållar på ett bra sätt med sina resurser. Sverige intar förstaplatsen i det effektivitetsindex där den samlade kvaliteten i vården sätts i relation till kostnaderna för att nå denna kvalitet. Sjukvård handlar dock inte bara om huruvida slutresultatet blir bra eller inte. Det handlar också om förmågan att under vårdprocessen skapa trygghet genom att svara upp mot patienternas förväntningar om service, delaktighet och gott bemötande. Förmågan att underlätta för patienterna genom att inte ha långa väntetider är också väsentlig. Dock är det svårt att hitta internationella jämförelser av väntetider. Det finns inga internationellt överenskomna mätpunkter och väntetidsmätningar i olika länder skiljer sig mycket åt. Av nedanstående diagram framgår att Sverige i snitt uppnår bättre resultat än något annat land i jämförelsen. Man kan också notera att de nordiska länderna generellt får goda resultat. Alla indikatorer som används i rapporten skalas om så att det bästa landet får en etta och det sämsta landet en nolla i respektive index. De övriga länderna får därefter ett värde mellan noll och ett.

Kvalitetsindex



Sverige toppar det kvalitetsindex som används i diagrammet och där 13 olika kvalitetsindikatorer ingår. I indexet ingår bland annat överlevnad efter hjärtinfarkt, stroke, bröstcancer och ändtarmscancer samt spädbarnsdödlighet. Sverige har mycket goda resultat i de flesta av indikatorerna och ligger klart över medelvärdet i 70 procent av indikatorerna. Svensk sjukvård är som bäst i de delgrenar som handlar om överlevnad.

Hur kom vi hit?

En återblick på sjukvårdssystemet visar på en tid som lade grunden till mycket av den kultur och de styrkor som Region Östergötland besitter idag. Hit hör en tidig decentralisering i organisationen samt politikens roll som befolkningsföreträdare och uppföljare av resultat. Andra framgångsfaktorer är uthållighet, se länet som helhet och arenor för dialogmöten mellan politik, tjänstemän och verksamhetsföreträdare.

Byggnation och reformering

Byggare och anställda

Tiden under 1960- och 1970-talet präglas av många politiska detaljbeslut och politiken i rollen som byggare och anställda. Under en tidsperiod på 18 år byggdes tre nya sjukhus i Östergötland. Lasarettet i Motala tog emot sina första patienter år 1970. Det så kallade RiL-blocket på dåvarande Regionsjukhuset i Linköping invigdes 1977. Samtidigt var planering igång för nytt sjukhus i Norrköping. Efter mycket utredande blev det ett helt nytt sjukhus på ny plats, Vrinnevisjukhuset öppnade år 1988. Det fanns en tydlig uppdelning mellan politik och organisation. Politikern skapade ramarna genom att förse sjukvården med lokaler och personal. Sjukhusdirektören och klinikcheferna svarade för innehållet i verksamheten.

Reformering av psykiatri

År 1967 tog landstingen över 23 mentalsjukhus från staten. För Östergötland handlade det om Birgittas sjukhus i Vadstena som blev ett mentalsjukhus för hela länet med 1200 vårdplatser. Det var fler vårdplatser än det idag finns för all vård i Östergötland. De flesta patienter var inlåsta på sina avdelningar, med mer eller mindre frigång. ("En enkel Vadstena – kom man dit blev man kvar"). Ett nytt tänkande tog fart i slutet av 1970-talet. Människor och patienter skulle inte vårdas år efter år på slutna institutioner. Förändringen födde mycket oro bland personalen. I Vadstena, förstås, men också i Kolmården och Västra Ny. Denna reform, att psykiatri skulle slå upp dörrarna mot samhället, genomfördes under några få år under första halvan av 1980-talet.

Planerare

Landstinget växte så det knakade och det var nödvändigt att organisera mer systematiskt för framtiden. 1978 tillsattes en grupp med politiska företrädare för att utarbeta ett förslag till en totalplan "Så ska vi ha 't 1985". Här rådde verkligen ingen brist på långsiktighet. De områden som planen behandlade var den förebyggande hälsovården och primärvården som gavs högsta prioritet. Långtidsvården skulle bli mera hemlik i mindre enheter, sjukhusvården skulle få färre vårdplatser och psykiatri skulle sakta flyttas bort från Vadstena. När arbetet gick i mål kan man konstatera att en del blev som det var tänkt, annat återstod att fullfölja.

Vårdplatserna som försvann

Sverige har en lång historia med många sjukhus och vårdplatser. År 1920 fanns 25 000 vårdplatser på lasarett, förlossningsanstalter, epidemisjukhus och tuberkulossjukhus. Härutöver fanns 10 000 vårdplatser på sjuksjukhus. Sammanlagt fanns 6 vårdplatser per invånare. När vi går fram till vår nutidshistoria år 1964 var situationen:

- 133 lasarett med 51 000 vårdplatser (ej inräknat sjukhem mm)
- Medelvårdtid 15 dagar
- 32 mentalsjukhus med 27 000 vårdplatser – och cirka 300 anställda läkare
- Sammanlagt 165 sjukhus med 78 000 vårdplatser eller 10 vårdplatser per invånare jämfört med dagens 25 000 vårdplatser, 2,6 platser per invånare.

Sjukvårdsstrukturen var uppbyggd kring sjukhusen och Östergötland var inget undantag. Om vi går tillbaks till början av 1970-talet hade Östergötland sju sjukhus: Linköping, Norrköping, Motala, Kisa, Söderköping och Vadstena. Att få vård innebar att ta sig till lasarettet och det gällde också vid mer banala sjukdomstillstånd. När barnen hade feber eller ont i öronen var det vid barnkliniken eller öronkliniken föräldrarna sökte vård.

Mentalsjukhusen som tömdes

1959 döptes de statliga sjuksjukhusen om till mentalsjukhus och 1967 lämnade staten över de 23 sjukhusen med 27 000 vårdplatser till landstingen. Nästan alla var byggda efter samma mall eller ombyggda gamla regementen. Men 15 år senare var ansatsen att vården skulle ske i öppnare vårdformer. Inom psykiatrisk vård fanns i Sverige 15 000 vårdplatser år 1990 och 4 400 vårdplatser år 2013.

Ädel- och psykiatireformen

Man kan nog säga att äldrevårdens skifte till kommunerna startade inför riksdagsvalet 1985. Folkpartiet med Bengt Westerberg som partiledare drev då frågan om eget rum på långvården. Ädelreformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade. Härigenom tog kommunerna över en del ansvar som tidigare legat på landstingen. Samtidigt infördes i socialtjänstlagen en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för personer med behov av särskilt stöd. För Östergötlands del minskade antalet långvårdsplatser i landstinget med cirka 700 i samband med denna reform. Psykiatireformen genomfördes år 1995 med ett utökad ansvar för kommunerna. Psykiatriutredningen hade visat att personer med psykisk ohälsa hade mycket dålig samverkan med övriga i samhället. Tanken var att psykiskt sjuka personer i högre grad skulle integreras med resten av samhället. Psykiatri i Östergötland minskade med cirka 60 vårdplatser i samband med psykiatireformen.

Medicinteknisk utveckling och öppna vårdformer

Det går ju förstås inte att fastställa något enskilt år när den medicintekniska utvecklingen tog fart och nya öppna vårdformer utvecklades på en bredare front. Den nationella statistiken visar dock att den genomsnittliga medelvårdtiden för lasarett var 15 dagar både år 1962 och 1973. Antal vårdplatser för lasarettsvården var ungefär densamma från 1950-talet ända in på 1980-talet. Då började medelvårdtiden raskt att minska både för medicinsk och kirurgisk korttidsvård. Mellan 1982 och 1993 minskade medelvårdtiden för medicinpatienter från 9,4 till 6,1 dagar och för kirurgpatienter från 7,3 till 5,1 dagar. Antal vårdplatser mellan år 1993 och 1996 minskade med nästan 30 procent. Därefter fortsatte minskningen med ytterligare 35 procent fram till år 2013.

Primärvård och valfrihet

År 1950 bestod våra dagars öppenvård utanför sjukhus i Sverige av 800 provinsialläkare och stadsläkare samt 1300 sjuksköterskor i distriktsvård. Av sjukvårdens totala kostnader stod distriktsvården för tre procent jämfört med till exempel sjuksjukhusens 20 procent. År 1963 tog landstingen över ansvaret för de tidigare statligt anställda provin-

sialläkarna, det som då motsvarade dagens distriktsläkare. I slutet av 1960-talet fanns i Sverige 1000 provinsialläkartjänster – en tjänst per 7000 invånare. Därtill var nästan 40 procent av tjänsterna vakanta. Första vårdcentralen i Sverige öppnades år 1968 i Dalby och år 1972 omvandlades provinsialläkartjänsterna till distriktsläkartjänster. Under 1970-talet startade utvecklingen av distriktsindelning med upptagningsområde för vårdcentralerna. År 1978 definierade Socialstyrelsen primärvård som alla vård som kunde bedrivas utanför lasaretten.

Hur skapades primärvården i Östergötland?

Den ”Öppna vården” i Östergötland bestod fram till i början av 1970-talet av läkarmottagningar och distriktsköterskeverksamhet med ledningsansvar från landstingets kansli. I Linköping fanns en flerläkarstation på Torkelbergsgatan och i övrigt tre enläkarstationer i Johannelund, Abisko och Ljungsbro. År 1973 införde landstinget den nya indelningen i tre sjukvårdsdistrikt; centrala, östra och västra. Det innebar att läkarstationer och distriktsvård samordnades i ett nytt begrepp – primärvård – och integrerades organisatoriskt med den somatiska sjukhusvården och psykiatrin. Samtidigt upphörde Kisa som lasarett och akutmottagningen vid Söderköpings lasarett lades ned. Den nya distriktsorganisationen var också startskottet på en omfattande utbyggnad av primärvården som var tänkt att avlasta sjukhusen. Under 15 år invigdes vårdcentraler på löpande band och det finns nu 43 vårdcentraler i Östergötland.

Val av egen läkare

År 1993 infördes husläkarlagen som genom nationell styrning skulle förbättra tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. Varje invånare skulle aktivt eller passivt lista sig hos en husläkare som man skulle vända sig till. Husläkarsystemet i Östergötland infördes år 1994 i linje med nationell sjukvårdspolitik och lagen om Husläkare. I detta förnyelseprojekt ingick ökad valfrihet för befolkningen inom primärvård kopplat till system för listning, åtagande, ersättningssystem (kapitering) och en satsning på att utbilda fler allmänläkare. Dessutom gav landstinget stöd och stimulans till personalen att ta över och driva vårdcentraler i privat regi.

”Snart får du en mycket personlig fråga.” Så löd rubriken i ett landstingsutskick till alla hushåll i länet samt i annonser i lokalpress och på reklamtavlor i städernas centrala delar. Varje vårdcentral svarade för att invånarna kunde välja sin husläkare och listningsbroschyrer med bilder på läkarna skickades ut till invånarna. Reformen blev den största sjukvårdspolitiska frågan inför 1994 års val till riksdag och landsting och fick stor uppmärksamhet i massmedia. I samband med skifte av den politiska majoriteten i riksdagen revs husläkarlagen upp och ersattes senare med liknande, men mjukare skrivningar i hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen valde under 15 år olika angreppssätt för att organisera primärvården och hantera frågorna om patienternas valfrihet till vårdcentralerna. Sedan 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla landsting att ha ett valfrihetssystem i primärvården.

Decentralisering och befolkningsföreträdare Ansvar och befogenheter i linjeorganisationen

I början av 1980-talet inledde Landstinget i Östergötland ett omfattande och systematiskt arbete som har fått en avgörande betydelse för sjukvårdens fortsatta utveckling och resultat i Östergötland. Det handlade om att besluten från centrala personal- och ekonomiavdelningar skulle läggas ut till ansvariga chefer i linjeorganisationen. Den övergripande visionen var ”Bättre landsting – för att möta östgötarnas krav”.

Man kan säga att den praktiska verkställigheten bestod av ett antal pusselbitar som skulle sammanfogas: Målstyrning, decentralisering,

effektivisering, resultatstyrning, tydliga chefer och personalutveckling. Landstingsgemensamma uppföljningssystem byggdes upp inom ekonomiområdet. I en omfattande satsning utbildades all personal i landstinget i service och bemötande. Inspirationen kom från den uppmärskamade boken ”Riv pyramiderna” av Jan Carlsson, dåvarande chef på SAS. Citat från en dåvarande förvaltningschef: ”Det vi står för i Östergötland är delaktighet och förståelse för helheten hos personalen. Man ska ha frihet att lägga upp produktionen så man på ett effektivt sätt åstadkommer goda resultat inom de uppdrag som politiken ger”.

Befolkningsföreträdare

Som en följd av decentraliseringen och en utveckling mot ett beställar-/utförarsystem var det år 1992 dags att radikalt ändra den politiska organisationen. Direktionerna avskaffades och under landstingsfullmäktige skapades tre olika avtalsnämnder för styrning av sjukvården. Politikerna i avtalsnämnderna skulle besluta om vad och hur mycket som skulle göras, till vilken kvalitet och till vilket pris. De olika verksamheterna hade sedan att lösa hur man skulle bemanna, organisera och utveckla sin verksamhet så att politiken fick det man avtalat om.

Man kan med fog säga att det blev ett paradigmskifte i den politiska rollen. Och det var två nya ord som dök upp på den politiska agendan, Medborgare och Patienter. Från att tidigare mest handlat om frågor kring personal, organisation och drift försköts nu politikerns roll till att vara befolkningsföreträdare. Det viktiga blev nu innehållet i verksamheten, medicinska program för olika sjukdomsgrupper, vård på lika villkor i länet, uppföljning av resultat samt patienternas uppfattning om vården - deras behov och önskemål.

Resultatfokuserare

Sedan år 2006 har varje år SKL och Socialstyrelsen publicerat de nationella rapporterna ”Öppna jämförelser om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet” där samtliga landsting jämförs. Rapporterna har gett underlag för en stor förändring i ledning och styrning av landstingets hälso- och sjukvård. Historiskt och kulturellt var de medicinska resultaten ett ansvar för vårdverksamheten och kliniskt ansvariga. Den övergripande ledningen och politiken på landstingsnivå hade då mycket ofullständiga verktyg och möjligheter att få vare sig övergripande eller mer detaljerad kunskap om de medicinska resultaten som kunde användas i styrning, ledning och resursfördelning. Transparensen i Öppna jämförelser har medfört att hela organisationen äger resultaten och att det är naturligt att resultaten visas öppet, även till massmedia och andra intressenter. Jämförelser finns över tid, mellan landsting samt mellan sjukhus inom det egna landstinget. Det handlar om att analysera och agera inom svaga områden samt att se till att invånarna får en likvärdig vård i länet.

Besparingar och prioriteringar Svångremmen togs fram 1980

I september 1980 kallar sjukhusdirektörerna sina chefer till ett extra katastrofmöte. Ekonomiminister Gösta Bohmans svångremspolitik har drabbat landstingen. För första gången på decennier ökar de samlade offentliga utgifterna mindre än tillväxten av bruttonationalprodukten. Svångremspolitiken innebär att Landstinget i Östergötland inte längre får öka sin verksamhet så mycket som man själv vill. I stället för att fram till år 1985 öka verksamheten med 4,3 procent får man nöja sig med en årlig ökning på 3 procent. Det innebär att landstinget på fem år ska spara in 110 miljoner på den tänkta driftbudgeten.

Detta var första gången som landstingen fick göra besparingar i sjukvården. Men besparingarna skulle återkomma. Åren 1990–1993 föll

BNP med fem procent och det var ett stort underskott i statsbudgeten. Landsting och kommuner fick då stå för en stor del av saneringen av statsfinanserna. Statsbidrag drogs in och ett kommunalt skattestopp gällde under flera år. I början av 2000-talet gick nästan samtliga landsting gick på minusresultat och Östergötland var inget undantag. Finanskrisen år 2008 innebar för Östergötlands del volymminskningar under två år.

Prioritering och resursfördelning

Landstingets omstrukturering av vårdorganisationen år 2004 sammanföll med ekonomiska bekymmer. Ett nydanande och måhända djärvt och utmanande politiskt arbete infördes som prioritering, ”Svarta listan”. Processen gav sprängkraft och blev uppmärksammas och diskuterad nationellt med följd att ledande politiker i Östergötland ofta sågs i tidningar och TV. Östergötland blev känt i sjukvårdsverige som det landsting som var först ut med politiska beslut om öppna och tydliga prioriteringar. Även om begreppen har ändrats så lades då grunden till landstingets övergripande politiska styrprocess: Behovsanalys, uppdrag, resursfördelning, överenskommelser och avtal samt verksamhetsplaner och uppföljning.

Resurserna för hälso- och sjukvården skulle fördelas skarpt med hänsyn till medborgarnas och patienternas behov. När vi här talar om resursfördelning var det i början i form av besparingar. Efter några år hade ekonomin blivit bättre och resursfördelningen innebar att hälso- och sjukvårdsnämnden varje år fick tillskott på ett antal miljoner som skulle fördelas på behovs- och sjukdomsgrupper. Beslutsunderlaget byggde på en omfattande genomgång från verksamheten, som lyfte fram områden där man bedömde ha stora behov av utveckling och resursförstärkning. Under de senaste tio åren har Region Östergötland haft olika modeller för årlig prioritering och resursfördelning på övergripande politisk nivå.

Omvandling av sjukvårdsstrukturen

Under år 2004 genomförde eller planerade mer än hälften av landstingen i Sverige strukturella förändringar av sina sjukvårdsorganisationer. Bland dessa landsting ingick de fyra största: Stockholms läns landsting, regionerna Skåne och Västra Götaland samt Östergötland. Ett av skälen till förändringarna var att bromsa kostnadsutvecklingen men de var också tänkta att ge bättre möjligheter att tillgodose vårdbehoven, bidra till ökad kvalitet och effektivitet, förbättra tillgängligheten och underlätta samarbetet mellan vårdgivarna. Den vanligaste utvecklingen innebar en specialiserad sjukvård, där sjukhusens vårdinnehåll förändras och profileras, och en närsjukvård, som sprids och orienteras lokalt i länet. Även om inriktningen var likartad i de flesta landsting var processen skiftande hur närsjukvård och specialiserad vård organiserades.

Närsjukvård

Närsjukvården skulle svara för huvuddelen av befolkningens vanligaste sjukvårdsbehov och finnas nära patienten, på mottagningen eller i hemmet. De allra flesta vård sökande ska få hjälp med sina problem oavsett om det handlar om akuta tillfälliga besvär eller mer långvariga kroniska sjukdomar. Närsjukvården är till för vård, som människor behöver frekvent och genom återkommande kontakt. Den ska präglas av god tillgänglighet, kontinuitet och trygghet för patienterna vid övergång till andra vårdformer. De flesta av de landsting som under år 2004 införde eller planerade att införa närsjukvård ökade samarbetet och samordningen mellan primärvård och specialiserad vård. Tanken är att primärvården fortfarande utgör kärnan i närsjukvården men att den inte ensam kan lösa det framtida uppdraget.

Omvandling av specialiserad vård

I ett lite längre historiskt perspektiv har den specialiserade vården genomgått stora förändringar. I slutet av 1960-talet fanns 115 akutsjukhus i Sverige. En ändrad inriktning därefter har medfört att akutsjukvården försvunnit på många sjukhus och ersatts av annan verksamhet, till exempel närsjukhus för planerad vård. År 2003 återstod 60 kompletta akutsjukhus, nästan en halvering sedan 1960-talet. Under samma period har antalet vårdplatser genomgått en drastisk minskning. De omfattande förändringarna av vårdens struktur beror på utveckling av medicinsk teknologi och en anpassning till förändringar i samhällets infrastruktur som kommunikationer och urbanisering.

Östergötlands organisationsförändring 2004

Landstinget i Östergötland beslutade år 2003 om en förändrad sjukvårdsstruktur i länet som verkställdes år 2004. Sjukvården i Östergötland delades upp organisatoriskt i två huvudområden, Närsjukvård och Specialistsjukvård. Närsjukvården delades in i tre länsdelar och Specialistsjukvården i tio centra. Varje enhet fick en chef, sammanlagt tre närsjukvårdschefer och tio centrumchefer. Specialistsjukvården har alla ett länsövergripande ansvar och bedrivs vid mottagningar och vårdavdelningar vid sjukhusen i Östergötland. Alla centra har inte verksamhet vid alla sjukhus och det finns dessutom en uppdelning mellan berörda sjukhus av vilken verksamhet som bedrivs, till exempel planerad och akut verksamhet eller dagkirurgi och kirurgi för inläggande patienter.

Framgångsfaktorer

Hur styr man en region? Vad finns under motorhuven? Hur får man delarna i systemet att fungera tillsammans? I det nedanstående redovisas och reflekteras över några framgångsfaktorer som vuxit fram inom Östergötlands sjukvårdssystem under de senaste 35 åren. Utvecklingsfasen under 1980-talet grundlade mycket av den kultur och de styrkor som Region Östergötland besitter idag. Viktiga komponenter är decentralisering, ledarutveckling, uppbyggnad av uppföljningssystem och politikens ändrade fokus mot medborgare och patienter. Region Östergötland har legat i nationell framkant inom flera av dessa utvecklingsområden.

Uthållighet med gradvis utveckling

Den nuvarande politiska organisationen inom landstinget i Östergötland har nu funnits i sin grundstruktur i 23 år. Det är längre än den tidigare organisationen med direktorer för vart och ett av de tre sjukvårdsdistrikten (1973–1992). Den nuvarande verksamhetsorganisationen med centra för närsjukvård och övergripande länsjukvård infördes år 2004 och går nu in på sitt tolfte år.

Tydligt medborgarperspektiv

Organisationsförändringen med beställare och utförare från år 1993 innebar en ny roll för politiken – att vara medborgarföreträdare i stället för organisationskramare. Landstinget har lyckats att hålla kvar denna linje på ett konsekvent sätt och nu finns bara några politiker kvar som har verkat enligt det gamla synsättet. Det finns en bred enighet om regionens styrmodell. Ledorden från år 1993 lever kvar: Politik: Vad-frågor. Verksamhetsledning: Hur-frågor.

Länet som en helhet

Beställar- eller uppdragsmodellen bygger på att se länet som en helhet och skapa en likvärdig vård för invånarna så gott som det är möjligt. I en del andra landsting och regioner har man kvar lokalt geografiskt indelade politiska nämnder eller driftnämnder för sjukhus, närsjukvård och psykiatri. För tolv år sedan förenades tidigare primär- och tand-

vårdsnämnd samt sjukhusvårdsnämnd i Östergötland i en gemensam hälso- och sjukvårdsnämnd. Det innebar ytterligare ett steg för politiken att utgå från länet som helhet och oberoende av vem som utför produktionen.

Ansvar på alla nivåer

Från år 1980 infördes decentraliseringen i ett snabbt tempo med en bred samsyn mellan ledande politiker och tjänstemän. Östergötland låg i framkant och genomförde konsekvent i alla delar att ansvar och befogenheter skulle höras ihop. Det handlade om verksamhet (som man hade ansvar för tidigare), personal och ekonomi. Det innebar också chefsansvar och uppgiftsfördelning mellan linjeorganisation och stab. Vikten av ett bra ledarskap på alla nivåer har sedan dess genomsyrat organisationen. I samband med ny politisk organisation år 1993 inleddes också en process att regelbundet tydliggöra ansvarsfördelning mellan ledningen för politik och tjänstemän.

Arenor för konstruktiva dialoger

Det finns en långvarig kultur att man prestigelöst pratar med varandra mellan politik, tjänstemannaledning och verksamhetsledningar. Det gäller i systematiska former som till exempel uppföljningar på hälso- och sjukvårdsnämnd och kunskapssammanträden. Men detta synsätt tillämpas också i andra sammanhang. En viktig framgångsfaktor är dessutom en struktur och process inom landstingsdirektörens ledningsgrupper som främjar tydligt ansvarstagande men också lojalitet med varandra.

Järnkoll på resultat

Allt är inte bra men det är sällan det är några överraskningar. I samband med decentraliseringen var det nödvändigt att klinikerna fick en löpande uppföljning av framför allt sin ekonomiska situation. Uppfölj-

ningssystemen har hela tiden utvecklats och förbättrats. Regionen kan ta fram grunddata på alla nivåer och skärningar genom utdata för vård och kostnader. Fortlöpande analyser görs på landstingsledningsnivå i årsredovisningar, delårsrapporter och vid behov genom anpassade uppföljningar. De årliga rapporterna i Öppna jämförelser används såväl i den strategiska informationen och styrningen som i den operativt verksamhetsmässiga.

Långsiktighet och kontinuitet i ekonomin

De ekonomiska förutsättningarna tydliggörs genom till exempel finansiella planer så att bilden blir gemensam för de som har ansvar politiskt och verksamhetsmässigt. Det finns också finansiella mål, en rättvisande redovisning av pensioner och egen finansiering av investeringar.

Ordning och reda i organisationen

Ansvarsfördelningen mellan politisk ledning och tjänstemannaledning är nog så tydlig som man kan begära. Det är sällan som politikerna återfaller till driftfrågor av cykelställskaraktär. Årsbokslutet har knappt redovisats innan den första delårsrapporten ligger på bordet. Chefer på alla nivåer är medvetna om sitt ansvar och delegerar inte i onödan uppåt i organisationen. Man kan också säga att Region Östergötland utmärks av en viss präktighet och vill vara eleven i klassen som sitter längst fram och hela tiden anstränger sig för att prestera goda resultat i alla ämnen.

”Någon sa att om man inte vill se framåt och inte vågar se bakåt får man se upp. Man ska använda sig av sin historia för att göra det man har framför sig lite bättre.”

Framtid och förutsägelser

Långsiktiga trender kan vara lätta att förlänga men det är ofta det oförutsägbara som förändrar framtiden. Det är inte mycket mening att försöka sig på att uttala sig med säkerhet om vilka av dagens förutsägelser som kommer att bli verklighet. Men vi har ju facit på vilka av gårdagens prognoser som slog in och vilka som inte gjorde det. Det är intressant att notera många av förutsägelseerna för sjukvårdens utveckling för mer än 30 år sedan har förverkligats. Den mänskliga komplexa biologin har dock grusat många förhoppningar. Och det finns fortfarande massor av företeelser som sedan länge väntar på sina lösningar.

- Det är svårt att göra prognoser. Framför allt om framtiden
- Framtiden överraskar. Det är väl det enda vi med säkerhet kan säga
- Att förutse framtiden är omöjligt, men att förbereda sig för framtiden är möjligt
- Prognoser är till för att vi vidtar åtgärder så att det vi målar upp inte inträffar

Att vi inte vet vad som inträffar dagen efter morgondagen innebär inte att vi inte kan tala om vad som skulle kunna inträffa. Och än mer hur vi ska förhålla oss till dessa händelser om det också faktiskt inträffar. Frågan är vilken situation vi då vill hamna i. Att ta tag i problemen efter att de har skett eller att vi på bästa sätt hade förberett oss och hittat strategier för att parera konsekvenserna? Problemet är ofta större om förutsägelseerna görs i ett långt tidsperspektiv. I denna rapport pratar vi om en kortare tid, tio år fram till år 2025. Perspektivet är valt för att politiken ska känna att ansvaret att agera ligger i det egna knäet. Utgångspunkten är således att slutsatserna i denna rapport är till för att vidta åtgärder så att det som målas upp inte inträffar.

Det man inte förmådde förutse

Tyskland

Det är i november 1989 och regeringens talesman börjar leta bland sina papper när han ska svara på journalistens fråga. ”Därför har vi idag fattat beslut om en ny regel som gör det möjligt för medborgare i DDR att resa ut via DDR:s gränsövergångar. När träder det i kraft? Så vitt jag förstår omedelbar omgående.” Många kloka experter och erfarna politiker hade följt utvecklingen i Europas östra halva och praktiskt taget alla missade vad som höll på att hända. Två år tidigare hade Ronald Reagan i ett tal vid Brandenburger Tor ropat: ”Mr Gorbatsjov, tear this wall!” Det entydiga svaret från Erich Honecker var: ”Muren kommer att finnas kvar i femtio och även hundra år!”. Att åter säga Tyskland utan väst eller öst som förnamn hade få föreställt sig.

Kvalitet håller

År 1967 stod ungdomsrevolten i full blom och med den slog ett mode för unga igenom. Killarna lät håret växa och tjejerna tog på sig minikjol och lågskor. Men hos modehusen i Paris hände inte mycket. De fortsatte med sin dyra, damiga och dammiga haute couture. Fotografen Carl Johan De Geer åkte till Paris tillsammans med sin dåvarande fru och fotomodell Marie Louise för att skildra en högborgerlig företeelse som de trodde var på utdöende. Men så blev det ju inte. Carl Johan De Geer konstaterade 46 år senare att dåtidens design var smakfull som håller än idag. Foton och kläder ställdes ut på en uppmärksam utställning på Valdemarsudde år 2013, ”Vi hade fel”.

Om man ändå varit först med den lätta lösningen

Länge kånkades resväskor av trötta armar på stationer och ombord på Finlandsfärjor. Men i början på 1970-talet fick amerikanen Bernard Sadow patent på en resväska med hjul. Länge kändes det som en lättnad att dra väskan stående på långsidan. 1987 uppfanns teleskophandtaget av en pilot. Efter ett tag kom någon på den radikala idén att de två hjulen kunde sättas på väskans långsida. Och nu säljs nästan endast väskor med fyra hjul som gör att man bekvämt kan låta väskan nästan rulla av sig själv. Men man ska inte tro att vi nått top of the line. En kinesisk bonde

har nyligen tagit fram en kombination av en moped och resväska och är utrustad med GPS och inbrottslarm. Fortsättning följer?

Det man inte sa 1970

- Digital röntgen
- Datorjournal
- Robotkirurgi
- Vårdval
- Patienten i centrum
- Kina bland världens största ekonomier
- Läs tidningen i telefon

Förutsägelser som har slagit in

De tre följande avsnitten handlar om hälso- och sjukvård. Texten är hämtad från i huvudsak tre källor: Årsredovisningar Landstinget i Östergötland (ÅR), Personaltidningen Blåmärket (BM) och rapporten ”Sjukvårdens utmaningar”, Landstingsförbundet år 1994 (SU).

Kapacitet och medicinsk utveckling

- Vi ska ha en mindre men modern kostym på akutsjukvården. Varje kommun ska ha åtminstone en komplett vårdcentral. Dessutom ska antalet anställda inom hela sjukvården öka, främst när det gäller läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer. BM1974
- Det borde gå att minska antalet vårdplatser inom den somatiska korttidsvården med uppemot en fjärdedel fram till år 2000. BM1985
- De medicinska framstegen medför att människor kan opereras på ett skonsammare sätt och därför ofta kan åka hem samma dag de opereras. Idag går det därför att minska antalet vårdplatser. Den medicintekniska utvecklingen fortsätter och kvaliteten kommer att förbättras ytterligare. BM 1993
- Tidig hemgång för mamma och barn är nysatsningar som gjort succé. 35 procent av alla nyförlösta mammor väljer idag att gå hem inom tre dygn. SU
- Husläkarreformen som nu håller på att genomföras i många landsting runt om i landet innebär att alla fritt kan välja en husläkare. SU

Personal

- Det framstår helt klart att framtidens problem för landstinget inte kommer att gälla om det ska bli en 25-öring eller en krona mer eller mindre på skatten. Det stora problemet är att se till att vi får den personal vi behöver. BM1977
- Den som trodde att sjuksköterskebristen skulle kunna avhjälpas inom en snar framtid måste tyvärr bli grymt besvikna. BM 1979
- Några år in på 2000-talet, när de många 40-talisterna börjar komma in i pensionsåldern, är jag rädd för att det kan bli en viss brist på utbildad sjukvårdspersonal. BM 1993

Ambulansverksamheten

Ambulansverksamheten i Västmanland har utvecklats från att ha varit en i huvudsak transporterande till en sjukvårdande verksamhet. Att ha välutbildad personal och att kompetensen skärps är en förutsättning för att på ett bra sätt kunna möta de nya krav som strukturförändringarna i länet innebär. Det generella kravet för ambulanspersonal i Sverige är sju veckors utbildning. Men för att söka jobb inom den västmanländska am-

balanssjukvården krävs undersköterskeutbildning med påbyggnad eller sjuksköterska med erfarenhet av akutsjukvård och med vidareutbildning inom anestesi, IVA eller akutsjukvård. Den höga utbildningsnivån gör det möjligt att ge tidig behandling på plats. Det ställs tuffa krav och Västmanland får säkerligen efterföljare i andra landsting. En teknisk nyhet kommer eventuellt installeras inom kort. Om budgeten tillåter sker anslutning till det så kallade GPS-systemet. Systemet skulle innebära ännu bättre möjligheter till överblick och styrning av våra fordon. Det kan vara avgörande till exempel vid en trafikolycka med akut skadade. SU

Prioriteringar

Vår tidigare utveckling och förändringar var beroende av att landstinget alltid fick nya resurser till sitt förfogande. Men det kan vi inte räkna med längre. Kravet på effektivitet ökar. Nya behov och utvecklingsarbete kan inte lösas med nya resurser. Ett antal år framöver måste vi i stället lita till vår förmåga att effektivisera och omprioritera mellan våra verksamheter för att förbättra servicen och vården för östgötarna. Med effektivisering menar vi att vi måste uppnå våra mål med lägre resursförbrukning. Med omprioritering menar vi att vi avstår från viss verksamhet för att möta mer angelägna behov. ÅR 1985

Uppföljning

Hur gick det? Vad blev resultatet? Vad hade det för effekt att sätta in mer resurser? Det är frågor som vi måste bli bättre på att ta reda på att besvara inom landstinget. Hittills har bara kamrerarna sysslat med uppföljning. De tittar på hur antalet vård dagar och läkarbesök utvecklas och i vilken utsträckning anslagen förbrukas. Vi ska ge ledningen på alla nivåer stöd för att styra sin verksamhet mot uppsatta mål med frihet att agera självständigt under ekonomiskt ansvar. ÅR 1985

Organisation

Den utveckling som nu pågår bygger på principen om en decentraliserad målstyrd organisation. Nu lägger vi ut ansvar och befogenheter på den personal som arbetar närmast de människor som vi ska tjäna. Det är där som våra övergripande politiska mål ska komma till uttryck i praktiken. Det är också där som kostnaderna kan påverkas. Det är där östgötarna bedömer kvaliteten på landstingets tjänster och service. Det är dit vi är på väg med hela landstinget. ÅR1985

År 2000 hoppas jag att vi har fyra sjukhus i Östergötland men vi har redan beslutat att patienterna har valfrihet. Allt behöver inte finnas överallt. Vi får en uppgiftsfördelning mellan sjukhusen, framför allt då det gäller planerade operationer. Genom en specialisering kan vi höja säkerheten och kvaliteten i sjukvården. Jag tror inte att patienterna har något emot att åka ett par mil extra för en planerad operation. BM 1993

Landstingen kommer att ersättas av regioner som övertar landstingens beskattningsrätt. Dit har vi direktval. Regionerna har bland annat över ansvaret för sjukvården som kommer att drivas på ungefär samma sätt som idag. BM1993

Förutsägelser som inte har slagit in

- Det nya lasarettet i Norrköping ska få 820 vårdplatser och det blir billigast att bygga det på den gamla tomten inne i stan. Totalt ska akutsjukvården i landstinget ha 3000 vårdplatser år 1980. I genomsnitt ska varje östgöte gå till läkaren tre och en halv gång per år. BM1974
- Den mest revolutionerande forskningen som bedrivs idag är försök att transplantera organ och celler från djur, främst gris, till människa. På sikt kommer behovet av antal transplantationsorgan att vara mycket stort. Konstgjorda organ från djur blir då lösningen. SU

- Mer och bättre sjukvård kostar pengar. Om vi lyckas nå målen 1985 har landstingsskatten stigit med 3 kronor och 50 öre. BM 1974
- I april var tolv sjuksköterskor arbetslösa i Östergötland. Orsaken är att man har utbildat i fatt efterfrågan. BM 1982
- Enligt det framtidsalternativ som landstingsförbundet räknar med kommer det att fattas drygt 100 000 undersköterskor år 2000 om inget drastiskt görs. BM 1988
- Idag går erfaren, duktig och utbildad sjukvårdspersonal arbetslös. Det tycker jag är dystert. Sjukvården kommer så smått att behöva anställa personal igen men någon personalbrist tror jag inte på. BM 1993
- En förändring behövs. Därför har avvecklingen av landstinget i sin nuvarande form startat år 2000. Vi håller på att övergå till ett system med försäkringsfinansierad sjukvård, som täcker alla. BM 1993

Never ending story

- Distriktsläkarbristen består under ytterligare 4–5 år. BM 1975
- I samband med att husläkarsystemet byggs ut blir det möjligt för primärvården att successivt ta över öppenvårdsverksamhet från sjukhusen. ÅR 1992
- På sikt hoppas vi att den framtida utbyggnaden av primärvården leder till att allt fler patienter inte ska behöva söka sjukhusvård. SU 1994
- Datan – ett miljöhot. BM 1975
- Det är med blandade känslor jag står här inför 25-årsjubileet av Barn-diabetesfondens bildande. 25 år senare hade jag hoppats att vi hade utrotat diabetes. Ledande diabetesforskare 2015
- Kraven ökar att sjukhusens personal i större utsträckning är beredd att förlägga sitt arbete till patientens hem för vissa medicinska insatser. LAH är ett viktigt led i denna utveckling. ÅR 1992
- Livet är fullt av osäkra faktorer, inte minst för dem som skall planera sjukvården inför nästa årtioende. BM 1975

Lösa alla gåtor

Tänk om vi kan lösa cancers gåta? Vad det skulle innebära för sjukvården är omöjligt att veta idag. Den medicinska tekniken kommer att gå framåt. Vi kommer i allmänhet att ha ett sundare leverne. Men samtidigt blir jag mycket rädd när jag ser framåt. Kommer klyftorna i samhället att öka? Fortsätter arbetslösheten att vara lika hög som idag? BM 1993

Vård av äldre

En av sjukvårdens stora utmaningar är att klara vården av den växande gruppen allt äldre invånare. Vi brukar tala om den medicinska paradoxen: Ju fler sjukdomar vården kan behandla, desto längre lever vi och desto fler krämpor får vi – krämpor som också de ska behandlas. Den här situationen kommer att ställa allt större krav på uppmärksamhet vid sjukhusens internmedicinska kliniker och hela vårdkedjan. Det finns fortfarande problem när det gäller till exempel samordning av rehabilitering och det är viktigt att fortsätta utveckla kontakterna mellan landstingen och kommunerna. Det finns alltid risk för överbeläggning om inte de äldre kan beredas plats på kommunernas sjukhem och där de kan få den vård de behöver efter det de är färdigbehandlade på sjukhusen. SU

Omorganisation

I alla Sveriges landsting pågår en översyn hur sjukvården ska organiseras. Landstinget i Västernorrland kan tjäna som exempel på en omvälvande process både för medborgare och politiker. Den akuta sjukvården i kommer att samordnas mellan sjukhusen. Det innebär i praktiken en flyttning av den kirurgi som kräver inläggning från Härnösand till Sundsvall. SU

Rapporten hade fel?

Tänk om de utmaningar som ”Kampen om framtiden” utmålar visar sig vara fel när vi kommer in i 2025. Det skulle ju kunna bli så här:

Demografisk utveckling. Köttberget checkar inte ut.

Flexiblare arbetsmarknad och smarta skatteregler för både arbetstagare och arbetsgivare gör det lönsamt och lustfyllt att fortsätta arbetslivet upp till 70 år. Försörjningskvoten hålls kvar på samma nivå som år 2015 och arbetsgivarna har svårt att bli av med sina seniorer.

Äldres hälsa, vård och omsorg. De sjuka åren minskar drastiskt. Det sjuka åldrandet minimeras genom en dryck som innehåller allt vad människan behöver och som upprätthåller långlivade molekyler. De allra flesta dör friska.

Vårdbehov och förväntningar. Människorna inser konsekvenserna av sina levnadsvanor.

Läsken spolas, rökning upphör och fetman försvinner. Stora medicinska genombrott sker inom de stora folksjukdomarna. Alla inser också att man måste vara nöjd med den vård som erbjuds.

Det globala hälsohotet. Verksamt medel mot elaka bakterier. Genom att gå tillbaka till medicinska texter från 1000-talet har man funnit ett läkemedel som hindrar uppkomsten av MRSA och ESBL. Vi slipper en värld där människor där människor dör av banala infektioner och där många operationer blir otänkbara.

Tillgång till vårdplatser. Den perfekta krisen klarar dygnetruntvården.

Kriserna på alla plan medför att det skapas helt nya vårdprocesser och arbetsätt. Inga patienter vill ligga på sjukhus utan att det är helt nödvändigt.

Likvärdig vård i landet. Förändring lätt som en plätt.

Politikerna i landsting och kommuner får en aha-upplevelse att man inte kan organisera sjukvården på samma sätt som man gjort i mer än 150 år. Allt gammalt groll läggs åt sidan när det gäller gränser för politiska majoriteter, län och kommuner. Staten får svårt att hålla tillbaka det regionala engagemanget.

Personal- och kompetensförsörjning. Hög konkurrens om vårdjobben.

Försämrad ekonomi, genomtänkta prioriteringar och effektivare vårdplanering minskar behovet av fler anställda. Robotisering och rationaliseringar inom den privata tjänstesektorn gör vårddyrkena säkra och attraktiva.

Ekonomiska förutsättningar. Alla kurvor krokmar korrekt.

En perfekt matchning sker inom arbetsmarknaden och alla får en bostad där det finns jobb. Ökad sysselsättning medför att skatteunderlaget ger stora överskott i landstingens finanser.

”Så steg han då fram och mottog nobelpriset för sina värdefulla insatser för mänskligheten. Året var 1949 och pristagaren professor Egas Moniz som utvecklat en metod som skulle lösa samhällets problem med de psykiskt sjuka: lobotomi. Rätt och sant då, så ofantligt fel nu. Vilka av dagens upptäckter kommer att passa dåligt in i morgondagens sanning?”

”Relativa sanningar”, Droppe på kultursidan, Östgöta Correspondenten 1998

Ett patientmöte 2025

Distriktsläkare Joakim Einarsson lutar sig tillbaka i kontorsstolen. Betraktar eftertänksamt sin patient när denne drar på sig tröjan och sjunker ned på besöksstolen strax intill.

Han ser lite sliten ut, reflekterar Einarsson för sig själv, med en del trötta färor i det annars rundlätta ansiktet. Ändå är de nästan jämngamla.

– Är det tio år vi känt varandra nu, Patrik? frågar han.

Hans patient tittar upp mot honom samtidigt som han rättar till de sista veckan på tröjan.

– Det måste det nog vara, säger han. Jag flyttade hit från Arboga 2015, så det kan nog stämma. Det var då du upptäckte att jag hade diabetes.

– Så var det visst, säger Einarsson. Åren går.

– Jo. Fast på den tiden var det ju lättare att få en tid till dig. Nu fick jag vänta i flera veckor, trots att jag tyckte jag hörde av mig i god tid.

– Det var tråkigt att höra.

Frasen kan te sig som en ren artighet, men Einarsson menar det verkligen. De senaste tio åren, sedan han och hans patient första gången träffades, har antalet patienter med typ 2-diabetes ökat dramatiskt, och det samma gäller många andra kroniska sjukdomar. I takt med det har också möjligheten till regelbundna kontrollbesök på vårdcentralen minskat, och istället har patienterna själva med åren fått ta ett allt större ansvar för sina sjukdomar.

I Patriks fall går det rätt bra ändå; han har det hyfsat väl beställt och är ganska mån om att tillvarata sina egna intressen och sköta sin hälsa. För många andra är det emellertid inte lika lätt.

– Du ska få alla mina värden i alla fall, säger Patrik, inklusive sockervärden och blodtryck, även om det inte är just därför jag kom hit idag. Och så de andra värdena jag tog.

Han tar upp sin mobil och lägger den på bordet, under tiden som Einarsson kan se hur alla de insamlade värdena som finns i den automatiskt tankas över till journalen.

– Vad bra, säger Einarsson. Då har jag fått dem.

Patrik skruvar lite på sig.

– Jag skickade faktiskt in dem på nätet först, till någon av alla de där hälso-sajterna som finns. Tänkte att det gick fortare. Där fick jag svara på en massa frågor också. De utlovade en diagnos och behandling inom fyra timmar. Och det fick jag. De bedömde det som gallsten, och så fick jag ett recept på någon medicin jag skulle ta.

– Gjorde du det då? undrar Einarsson.

– Jag gjorde ju inte det. Tänkte att det kanske var bättre att vänta och få en ordentlig bedömning. Fast det verkar rätt tillförlitligt ändå. Jag har hört många bekanta som är nöjda. En granne hade halsfluss – han fick penicillin direkt. Behövde aldrig gå till vårdcentralen.

Einarsson får en bekymrad rynka mellan ögonen. De senaste åren har hälso- och sjukvårdsbranschen fullkomligt exploderat av olika internetbaserade aktörer som på olika sätt erbjuder sina tjänster, på mer eller mindre seriösa grunder. Att trycket på sjukvården ökat, och att folk i största allmänhet dessutom fått allt högre krav på snabba åtgärder, gör

att patienterna letar sig fram på andra vägar. Med modern teknik har sjukvården kunnat effektiviseras och patienterna på ett sätt fått större inflytande, men kanske till priset av något annat. Noggrann, digitaliserad följsamhet till medicinska riktlinjer och flödesscheman har möjligen gjort vården mer likriktad och enhetlig, men i gengäld kanske mindre individualiserad. Vid sidan om det finns uppenbarligen också en del mindre seriösa aktörer.

Trots det är det tur att politikerna redan tidigt tog akt på vad alla stora och omfattande utredningar som gjordes i mitten på 10-talet visade, och såg till att förstärka primärvården ordentligt, tänker Einarsson. Med den befolkningsutveckling som varit under det senaste decenniet kunde det annars ha sett mycket värre ut. Bara på hans egen vårdcentral har antalet distriktsläkare nästan fördubblats på tio år.

– Så, hur lyder domen, doktorn? frågar Patrik och ler försiktigt.

Einarsson släpper de egna tankarna och lutar sig framåt något mot sin patient.

– Det var nog bra att du inte följde ordinationen från den där nätdoktorn. Gallsten verkar det i alla fall inte vara, konstaterar han.

– Vad kan det vara tror du då?

– Vanlig stressmage, skulle jag säga. Lite magkatarr, för mycket snabbmat och kanske lite för mycket kaffe. De där tablettorna du fick råd om hade bara gjort saken värre. *Känner* du dig stressad?

Patrik medger med viss eftertänksamhet att så är fallet.

– Det har varit lite körigt på sistone, både på jobbet och privat. För att pressa kostnader måste vi hinna med allt fler arbetsuppgifter på allt färre huvuden. Annars står vi oss inte i konkurrensen. Och så fyller båda föräldrarna hundra i sommar, så då förväntas det stort kalas, såklart. Vet inte hur jag ska hinna med det bara.

– Det förstår jag. Har de hälsan då, dina föräldrar?

– Jo vars, lite cancer har de båda två, men annars mår de bra. Morsan fick en ny höft för fem år sedan; efter det kom hon igång igen och kunde ut och promenera igen som hon brukat. Nu går det rätt bra.

– Det var roligt att höra.

– Mm. Och tur att hon hann få den när hon fick den. Nu skulle hon väl vara för gammal. Dessutom har det ju blivit vanskligt att ligga på sjukhus, har jag hört, med multiresistenta bakterier och så, menar jag.

Patrik ser lite nöjd ut över att vara uppdaterad. Problemet har berörts en hel del i media, och läget verkar oroväckande. Trots det är situationen fortfarande avsevärt bättre än på många andra håll i världen, tack vare hyfsad återhållsamhet med antibiotika.

– Ja, det är ett bekymmer, instämmer Einarsson samtidigt som han kastar ett förstulet öga på klockan. Han konstaterar att besökstiden börjar rinna ut.

Utanför fönstret har solen långsamt inlett sin bana ned bakom hustaken. På agendan återstår Therese, 68, som behöver förlängning av sitt sjukintyg, och Olle, 19, som brottas med sin övervikt, innan dagen är slut.

– Nåväl, Patrik. Åter till din mage...

Efterord

Ruska om men se till att visa på vägar som pekar framåt! Det var uppdragsgivarens medskick inför skrivandet av den här rapporten. Och så har också ansatsen varit i upplägget. Det har sannerligen inte saknats underlag för världens kommande utmaningar och inte heller möjligheter och lösningar. Samtidigt har det känts som om verkligheten hinner i kapp framtiden snabbare än man anat. Det räcker med att ta del av nyhetsrapporteringen i massmedia eller läsa debattartiklar och ledarkrönikor.

En och annan läsare kan nog tycka att rapporten innehåller för mycket larm och för lite lösningar. Andra skulle nog vilja haft med områden som inte belyses i denna rapport. Utgångspunkten har varit att beskriva och analysera de utmaningar som politiken och makthavarna i sjukvården betonat som de viktigaste och försöka sätta ett sammanhang mellan dem. På så sätt kan man sedan fortsätta att mejsla ut vilken kapacitet sjukvården har och de vägar som står till buds. Om sjukvården inte klarar att hitta lösningar på dessa grundläggande systemutmaningar så kommer det att vara svårt att tillgodose önskemål som ligger mer i utkanten av de viktigaste sjukvårdsbehoven.

Mest kraft har lagts på att djupdyka i de åtta utmaningarna. Upplevelsen i detta arbete är att utmaningarna inte alltid är så tuffa som man tror. De tycks ofta bli värre ju mer man plöjer i fakta. Trösten för en orolig optimist är då att det ibland känns skönt om man inte får rätt. Likaså alla ordspråk som tonar ner tanken på det allvarliga som kan hända; det enda vi kan vara säkra på om prognoser är att de har fel.

Ett stort tack till de personer som på olika sätt har medverkat till att öka kvaliteten i denna rapport. Det handlar om att ta fram faktaunderlag, skriva avsnitt, föreslå omformuleringar samt ge synpunkter på rapportens innehåll och uppläggning. Namnen återges sist i detta dokument.

Vi dränks av information men törstar efter kunskap. En måhända något pretentiös ambition i denna rapport har varit att beskriva komplicerade skeenden på ett sätt som skapar insikt och en djupare förståelse. Att förutse framtiden är omöjligt, men att förbereda sig för framtiden är möjligt. Förhoppningen är att åtminstone delar av materialet kan ge kunskaper och förutsättningar för politiken att agera strategiskt och kraftfullt för att vinna kampen om framtiden.

Bengt Göran Emtinger

”Min utredning följer en noga utstakad plan där jag rationellt och logiskt hela tiden värderar varje enskild situation och gör noggranna val baserat på rätt dragna slutsatser väl förankrade i min egen korrekta analys”
Tor Svantesson, tvärsäkerhetsansvarig i tankesmedjan Multum. Anders Eriksson, Galenskaperna, Svensk Humor, SVT 2013

Sakkunniga och referenspersoner

Nedanstående personer har på olika sätt bidragit till rapporten som faktalämnare, sakkunniga, författare, följare och referenspersoner.

Faktaunderlag

Region Östergötland

Andras Borsodi
Camilla Paavanen
Lars Svensson
Madeleine Borgstedt Risberg
Mikael Sonesson
Mikael Åkeberg
Natalie Bertling
Rolf Wiklund

Externa

Ingrid Lagerström, Migrationsverket
Pirjo Ohvo, Mjölby kommun

Avsnittsförfattare

Lena Alsén Melin, Controller, Region Östergötland (Kostnader läkemedel)
Magnus Falk, Distriktsläkare, Region Östergötland (Ett patientmöte 2025)

Särskild följare

Kaisa Karro, Regionråd, Region Östergötland

Sakkunniga/referenspersoner

Region Östergötland

AnnaCarin Forsmark
Britt Åkerlind
Christina Karlsson
Henning Elvtegen
Jan Marcusson
Josefin Bjäresten
Kerstin Aldstedt
Martin Magnusson
Tommy Skau

Externa

Anders Ekholm, Institutet för framtidsstudier
Anders Tegnell, Folkhälsomyndigheten
Anders Östlund, Västra Götalandsregionen
Anne W. Ekdahl, Region Skåne
Annika Wallenskog, SKL
Björn Olsen, Uppsala universitet
Claes Stråth, Konsult
Einar Sjölund, SKL
Göran Stiernstedt, Konsult
Hans Schwarz, Socialstyrelsen
Jan-Åke Björklund, tidigare statlig regionutredare
Per-Lennart Börjesson, SKL

Författaren

Bengt Göran Emtinger är fil.kand. i statsvetenskap. Författaren har varit verksam inom Landstinget/Region Östergötland mellan år 1973 och 2015 i olika administrativa funktioner varav de sista 20 åren som hälso- och sjukvårdsstrateg inom regionens ledningsstab. Sedan fem år tillbaks har ett av uppdragen varit att spana om utmaningarna för framtidens hälso- och sjukvård med presentationer bland annat för fullmäktige och ledningsgrupper i Region Östergötland. Författaren har haft regeringsuppdrag på Socialstyrelsen samt medverkat i ett tiotal rapporter inom Socialstyrelsen och SKL. Fram till år 2014 hade Bengt Göran Emtinger en samordnande sekreterarroll inom SKL i det nationella ledningsnätverket Hälso- och sjukvårdsdirektörer.



Region
Östergötland