

# Vård efter behov och kapacitet

## Politisk styrning igår, idag och i morgon

Augusti 2022  
Bengt Göran Emtinger

# Innehållsförteckning

<b>Framsida</b> .....	<b>1</b>
<b>FÖRORD</b> .....	<b>4</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>7</b>
Var står vi? .....	7
Hur kom vi hit? .....	8
Vart är vi på väg?.....	10
Nationellt likvärdig vård .....	11
<b>VAR STÅR VI?</b> .....	<b>15</b>
Sverige i europeisk jämförelse .....	15
Nationellt perspektiv.....	18
Begrepp .....	22
Vårdbehov på tre nivåer .....	23
Prevention.....	23
Nationellt system för kunskapsstyrning .....	25
Östergötland .....	26
Behovsanalys .....	27
<b>HUR KOM VI HIT?</b> .....	<b>31</b>
Nationellt perspektiv.....	31
Östergötland .....	38
<b>VART ÄR VI PÅ VÄG?</b> .....	<b>54</b>
Utmaningar.....	54
Förväntningar och opinionsbildning .....	57
Vilka är vägarna?.....	58
<b>NATIONELLT LIKVÄRDIG VÅRD</b> .....	<b>62</b>
Statlig styrning och kommunal självstyrelse .....	62
Det svenska sjukvårdssystemet.....	63

<b>Morgondagens sjukvårdssystem.....</b>	<b>65</b>
<b>Rapporter.....</b>	<b>71</b>
<b>Analys.....</b>	<b>74</b>
<b>IAKTTAGELSER OCH REFLEKTIONER.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERENSLISTA.....</b>	<b>84</b>
<b>BILAGA 1. DEBATTARTIKLAR NATIONELL STYRNING .....</b>	<b>86</b>
<b>BILAGA 2. DEBATTARTIKLAR UTMANINGAR.....</b>	<b>90</b>
<b>BILAGA 3. PRIMÄRVÅRDENS HISTORIA .....</b>	<b>94</b>
<b>BILAGA 4. KOSTNADER OCH VÅRDKONTAKTER.....</b>	<b>98</b>
<b>Data och bearbetning.....</b>	<b>98</b>
<b>Befolkning.....</b>	<b>99</b>
<b>Kostnader.....</b>	<b>99</b>
<b>Vårdkontakter.....</b>	<b>101</b>

# Förord

---

Syftet med denna rapport är att göra en berättelse som skapar översikt och fördjupningar om fakta och olika skeenden inom politisk styrning av hälso- och sjukvården. Den beskriver hur vårdens styrning har utvecklats över tid både nationellt och i Östergötland. Rapporten är i första hand skriven för politikerna i Region Östergötland men innehållet spänner också över den nationella nivån och kan därför ha intresse även för sjukvårdsansvariga utanför Östergötland och för andra personer som är engagerade i frågor inom politik och samhälle. Man kan se den som en ”uppslagsbok” där kapitlen och olika avsnitt kan läsas var för sig. Ett särskilt kapitel fokuserar på nationellt likvärdig vård och möjligheter och hinder för att organisera den framtida vården i Sverige. Här sammanfattas statliga utredningar, forskningsrapporter samt debattartiklar från opinionsbildare och politiken. Ansatsen är att detta kapitel ska bidra med underlag för analys och ställningstaganden om hur man på ett klokt sätt formerar morgondagens hälso- och sjukvård.

Rapporten har skrivits av Bengt Göran Emtinger som också svarar för innehåll, analyser och slutsatser i rapporten. Han har haft full frihet att självständigt lägga upp och arbeta fram materialet utan knytning till sedvanliga lednings- och referensgrupper. Rapporten har heller inte varit föremål för några politiska direktiv. Författare till debattartiklar har godkänt publicering i denna rapport, likaså berörda tidningar. Författaren har under 50 år i olika positioner medverkat i de förändringar och den utveckling som skildras i denna rapport. Under de sista tio åren som anställd i Region Östergötland var Emtinger en ofta förekommande föredragande i hälso- och sjukvårdsnämnd, styrelse och fullmäktige. ”Vård efter behov och kapacitet” är faktabaserad men också kryddad med iakttagelser och reflektioner, som tillsammans med minnesbilder gör den till en personlig berättelse av en person på plats.

## Om författaren

Bengt Göran Emtinger är fil.kand. i statsvetenskap och har varit verksam inom Landstinget/Region Östergötland mellan år 1973 och 2016 i olika administrativa funktioner. Den första halvan som utredare och chefspositioner vid Regionsjukhuset i Linköping och Lasarettet i Motala och den andra halvan som strateg inom regionens ledningsstab. Under denna senare tid svarade han för utredningar och beslutsunderlag till politiken inom olika frågor samt medverkade i forskningsrapporter om avancerad hemsjukvård och palliativ vård. Emtinger var också projektledare för Husläkarsystemet, Öppna jämförelser, Ekonomisk framtidsprognos och regionens process med Ansvarskommitténs förslag om regionalisering av den svenska sjukvården. Det avslutande uppdraget i Region Östergötland innan pensioneringen var rapporten ”Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025”.

Författaren hade under fem år ett regeringsuppdrag på Socialstyrelsen för att följa upp Den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård. Han har varit utredare på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och medverkat i ett tiotal rapporter inom Socialstyrelsen och SKL (numera SKR). Under sju år en samordnande sekreterarroll inom SKL i det nationella ledningsnätverket för Hälso- och sjukvårdsdirektörer. Emtinger är nu verksam som konsult och på hans hemsida [www.svenskvälfärd.se](http://www.svenskvälfärd.se) finns rapporter och debattartiklar av författaren inklusive denna rapport och rapporten ”Kampen om framtiden”.

Region Östergötland i augusti 2022

# Inledning

---

Syftet med denna rapport är att bidra med ett kunskapsunderlag om politisk styrning av hälso- och sjukvården. Materialet är tänkt att ge insikter både om historia och nutid men också vilka viktiga frågor politiken har att förhålla sig till inför framtidens hälso- och sjukvård. Ansatsen är att i rapporten skapa både överblickar och faktaför djupningar för att på så sätt försöka göra komplicerade sammanhang mer begripliga. Fokus ligger på ett invånar- och patientperspektiv. Rapporten har en mer begränsad beskrivning av utvecklingen i Östergötland under de senaste åren, till exempel förändringar av vårdorganisationen i Östergötland.

Varför titeln Vård efter behov och kapacitet? Vård efter behov är lagstadgat och skulle kunna nås mindre komplicerat om tillgången på pengar, personal och vårdplatser vore oändlig. Så är det ju inte och därför är kapacitet och förmåga ofta avgörande för hur behoven av hälso- och sjukvård kan tillgodoses. Man kan säga att behov och kapacitet är i ett ständigt samspel som i sin tur har ett starkt samband med prioriteringar.

## Uppläggning av rapporten

Rapporten består av fem kapitel och fyra bilagor. Det första kapitlet ”Var står vi?” handlar både om Sverige i ett europeiskt perspektiv och Östergötland i jämförelse mellan regionerna. Här finns också fakta om kostnader, personal och vårdkontakter samt definitioner av olika begrepp som vårdbehov och prevention. I slutet av kapitlet beskrivs Östergötlands processer med behovsanalyser och prioriteringar.

Kapitlet ”Hur kom vi hit?” ger en återblick på viktiga skeenden i sjukvårdspolitiken såväl nationellt som i Östergötland. Det nationella perspektivet handlar om vårdplatserna som försvann, uppbyggnad av primärvård och nationell handlingsplan. Fokus Östergötland beskriver de politiska rollerna, allt från byggare och anställda till prioriterare av hälso- och sjukvård för invånarna.

”Vart är vi på väg” analyserar både utmaningar och olika vägar att åtminstone hantera det som ligger framför oss. Hit hör demografisk utveckling, personalförsörjning samt förväntningar hos medvetna patienter och intresseorganisationer. Kapitlet avslutas med styrningsformer, de oändliga lösningarna och den senaste primärvårdsreformen.

Kapitlet ”Nationellt likvärdig vård” ger fakta- och bakgrundskunskap om hur hälso- och sjukvården styrs i olika länder samt de ansatser som funnits i Sverige att åstadkomma en mer nationellt likvärdig vård.

I kapitlet ”Iakttagelser och reflektioner” finns personliga analyser byggd på innehållet i rapporten och andra observationer under den tid rapportförfattaren har varit verksam i politikens kulisser. Efter en referenslista avslutas rapporten med fyra bilagor: Debattartiklar om Nationell styrning och Utmaningar, Primärvårdens historia samt Kostnader och vårdkontakter.

## Faktaunderlag

Rapporten bygger på i huvudsak på insamling och bearbetning av material från olika källor nationellt och från Region Östergötland. Avsnitten om kostnader och vårdkontakter samt nationell och europeisk jämförelse har år 2019 som det senaste underlaget.

Ett basunderlag för historiska fakta har varit huvudrapporten med fördjupningsrapporter som Region Östergötland publicerade i mars 2016: ”Vägar och verklighet – Kampen om framtiden, ett drama om vårdens villkor inför 2025”. ”En återresa i sjukvårdssystemet” bildar en del av underlaget i kapitlet ”Hur kom vi hit?” i denna rapport. Bilder mellan 1960 och 2016 är hämtade från författarens föredragningar inför politiska församlingar. De flesta av bilderna är i sin tur avfotograferade från landstingets personaltidning ”Blåmärket” som gavs ut mellan 1973 och 1993. Ett antal av bilderna är också avfotograferade artiklar i Östgöta Correspondenten. Mediaföretaget har medgivit publicering av dessa bilder. Respektive tidning och författare har medgivit publicering av debattartiklarna i bilaga 1 och 2.

SNS-rapporten från år 2020 ”Vården är värd en bättre styrning” har i vissa delar använts i rapporten som referens för historik samt analys om möjligheter för den framtida utvecklingen av styrningen av hälso- och sjukvården. Författare är Anders Anell, professor vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Övriga källor anges under tabeller och diagram samt i texten inom parentes med kursiv stil. Sist i rapporten innan bilagorna finns en referenslista.

Författaren har fått konstruktiva synpunkter, statistik och annat underlag från flera personer under arbetets gång. Från Region Östergötland Mats Mellqvist, Rolf Wiklund, Annika Hjertkvist Nilsson och Camilla Paananen. Från Socialstyrelsen Ingrid Schmidt och Åsa Olsson. Från SKR Bodil Umegård och från Sveriges läkarförbund Kristina Larsson.

# Sammanfattning

---

## Var står vi?

### **Invånarnas vårdkontakter**

Under ett år har tre fjärdedelar av befolkningen en eller flera fysiska kontakter med sjukvården. År 2019 gjordes i Sverige 70 miljoner patientbesök sammanlagt hos läkare och annan personal hos olika vårdgivare utöver kontakter på internet. Flest besök gjordes inom primärvård, 43 miljoner. Inom specialiserad somatisk vård gjordes 21 miljoner besök, inom specialiserad psykiatrisk vård 5 miljoner och inom övrig hälso- och sjukvård 1 miljon. Av samtliga patientbesök i Sverige gjordes 38 procent hos privata vårdgivare. Inom primärvården var den privata andelen 49 procent.

I den ineliggande sjukhusvården år 2019 var antalet vårdtillfällen 1,3 miljoner. En av tio invånare hade under ett år varit inlagd på sjukhus minst en gång. Medelvårdtiden år 2019 var 3,9 dagar en sänkning med sju procent från 2012 då medelvårdtiden var 4,2 dagar.

### **Personal och kostnader**

Inom vård och omsorg i Sverige finns sammanlagt nästan 700 000 anställda, det vill säga 16 procent av totalt antal anställda i Sverige. 280 000 är anställda inom regionerna och 200 000 inom kommunernas vård och omsorg. Härutöver är 210 000 anställda i privata företag, oftast med skattefinansierade uppdrag från regioner och kommuner. Av de anställda i ett patientnära yrke i regionerna har 75 procent minst en treårig högskoleutbildning jämfört med 30 procent inom hela arbetsmarknaden.

År 2019 fanns 4 600 förtroendevalda i regionerna och 36 000 i kommunerna. De allra flesta var fritidspolitiker. Av samtliga förtroendevalda var 1 700 hel- eller deltidsarvoderade, vanligtvis med titeln regionråd eller kommunalråd. År 2019 var andel kvinnor av de hel- eller deltidsarvoderade 46 procent i regionerna och 42 procent i kommunerna.

Kostnaden för svensk vård och omsorg utgör elva procent av BNP. Den sammanlagda kostnaden är 600 miljarder, 330 för regionerna och 270 för kommunerna. Härtill kommer 30 miljarder för statlig assistansersättning. Intäkterna för regionerna är fördelade på skatter 64 procent, statsbidrag 28, patientavgifter 2,4 och övriga 5,6 procent. Statsbidragen är generella, specialdestinerade och ersättning för läkemedel.

### **Befolkningsföreträdare och behovsstyrning**

Sedan år 1992 bygger Region Östergötlands politiska organisation på att politikerna i första hand är befolkningsföreträdare. För att få en bred bild av invånarnas behov inom olika områden tillskapades under den senaste mandatperioden 2018-2022 fyra behovsstyrningsberedningar under Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Beredningarna ska genomföra kunskapsinhämtning, uppföljning och föra dialog med verksamhets-, medborgar- och patientföreträdare samt följa upp resultatet av nämndens uppdrag/beställningar till verksamheten. Beredningarnas resultat kan leda fram till nya förslag till uppdrag i nämndens överenskommelser, avtal och regelböcker. Utgångspunkt för beredningarnas arbete är de patientlöften som beslutats inom Sydöstra sjukvårdsregionen och som finns beskrivna i HSN:s årsplan.

De fyra behovsberedningarnas arbete utgör grunden för den politiska processen kring behovsinventeringen.

## Hur kom vi hit?

### **Nationellt**

#### **Minskat antal vårdplatser**

Sverige har en lång historia med många sjukhus och vårdplatser. År 1964 fanns sammanlagt 165 sjukhus med 78 000 vårdplatser eller 10 vårdplatser per invånare. Av dessa vårdplatser fanns 27 000 på de 32 statliga mentalsjukhusen.

Den kraftiga minskningen av vårdplatser i Sverige och Östergötland har skett i tre faser:

- Mentalsjukhusen som tömdes 1980–1990
- Ädel- och psykiatrireformen 1992–1995
- Medicinteknisk utveckling och öppna vårdformer 1980-

#### **Primärvård och helhetsansvar**

År 1968 öppnades första vårdcentralen i Sverige öppnades i Dalby och 1972 omvandlades provinsialläkartjänsterna till distriktsläkartjänster. Under 1970-talet startade utvecklingen av distriktsindelning med upptagningsområde för vårdcentralerna. År 1978 definierade Socialstyrelsen primärvård som all vård som kunde bedrivas utanför lasaretten.

1982 års hälso- och sjukvårdslag och 1991 års kommunallag gav landstingen ett helhetsansvar att organisera hälso- och sjukvården. Enligt lagar och nationella utredningar skulle helhetssyn, förebyggande insatser och vård efter behov vara i fokus. En allt större del av vård av bland annat kroniska sjukdomar flyttades ut till primärvården. Kommuner fick ett allt tyngre ansvar för vård av äldre i hemmet och i särskilda boenden, vilket också ställde krav på bättre samverkan och tillgång till läkarstöd.

#### **Husläkarlag**

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. I detta förnyelseprojekt ingick ökad valfrihet för befolkningen inom primärvård kopplat till system för listning, åtagande och ersättningssystem (kapitering). Landstingen och vårdcentralerna 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 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.

#### **Nationell handlingsplan**

I slutet av 1990-talet myntades begreppet »den ofullgångna strukturomvandlingen«, som syftade på att strukturförändringarna bland sjukhusen inte lett till motsvarande utveckling av primärvård och kommuner. Regeringen beslutade därför år 2000 att förstärka primärvårdens och den kommunala vårdens resurser och utvecklingskraft genom »Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård». Landstingen fick sammanlagt åtta miljarder i statliga bidrag parat med kravet att omvandla vården efter handlingsplanens intentioner.



I många landsting påbörjades i den nationella planens anda ett utvecklingsarbete med så kallad närsjukvård. I flera landsting betonades att det var funktionen som stod i fokus snarare än en viss vårdgivare, vårdnivå eller profession. Närsjukvård var inte enbart primärvård utan även delar av sjukhusvård och kommunal vård. Parallellt skedde omfattande strukturella förändringar inom sjukhusvården.

### **Fokus på resultat**

I juni 2006 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med Socialstyrelsen den första rapporten ”Öppna jämförelser om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”. I rapporten jämfördes samtliga landsting genom många indikatorer inom ett antal områden. Rapporterna gav underlag för en nära nog omvälvande förändring i ledning och styrning av landstingets hälso- och sjukvård. Öppna jämförelser medförde att hela organisationen ägde resultaten och att det är naturligt att resultaten visas öppet, även till massmedia och andra intressenter. Ledningen på landstingsnivå hade sedan länge haft god kontroll på ekonomin och även i vissa delar tillgänglighet och patienterfarenheter. De många indikatorerna inom medicinsk kvalitet innebar att ledningen genom rapporterna inte heller kunde frånhända sig att ta ett ansvar för utveckling av den medicinska kvaliteten.

## **Östergötland**

### **Sjukhusbyggnation**

Tiden under 1960- och 1970-talet präglas av många politiska beslut i rollen som byggare och anställare. Under en tidsperiod på 18 år byggdes tre nya sjukhus. 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 på gång för nytt sjukhus i Norrköping. Efter mycket utredande blev det ett helt nytt sjukhus på ny plats, Vrinnevisjukhuset som invigdes år 1988.

### **Personalrekrytering**

Personalbehovet har varit i fokus under alla år. I en artikel från personaltidningen Blåmärket konstateras ”Aldrig lagom många”. Men det har varit mer av undantag när man har ”utbildat i fatt efterfrågan”, att sjuksköterskor varit arbetslösa eller att personal har sagts upp. Under de flesta perioder har det varit brist på personal, i första hand sjuksköterskor.

### **Samordning i sjukvårdsdistrikt**

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 nu finns 45 vårdcentraler i Östergötland.

### **Decentralisering**

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 de beslut som tidigare tagits av centrala personal- och ekonomiavdelningar skulle läggas ut som ansvar och befogenheter till ansvariga chefer i linjeorganisationen. Den övergripande visionen var ”Bättre landsting – för att möta östgötarnas krav”.

### **Ny politisk organisation**

Som en följd av decentraliseringen och en utveckling mot ett beställar- och utförarsystem ändrades den politiska organisationen år 1992. De tre direktionerna för sjukvårdsdistrikten avskaffades

och under landstingsfullmäktige skapades tre olika avtalsnämnder för styrning av sjukvården. En för sjukhusvård, en för primär- och tandvård och en för sjuk- och primärvården i Finspång. Dessa nämnder hade att använda sina budgeterade pengar för att sluta så bra avtal som möjligt med de olika verksamheterna.

### **Besparingar**

År 1980 var första gången som landstingen fick höra ordet besparingar i sjukvården efter alla år av ständig ekonomisk expansion. För första gången på länge ökade de offentliga utgifterna mer än bruttonationalprodukten. Mellan åren 1990 och 1993 föll BNP med fem procent och Landsting och kommuner fick då återigen 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 var det dags igen. Nästan samtliga landsting gick på minusresultat och Östergötland var inget undantag. 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. För Östergötlands del innebar det en volymminskning med 1,3 procent detta år och 0,5 procent år 2010.

### **Prioriteringar**

Landstingets omstrukturering av vårdorganisationen år 2004 var kopplad till en sämre ekonomi. Östergötland blev känt i sjukvårdsverige som det landsting som var först ut med politiska beslut om öppna och tydliga prioriteringar. 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.

## **Vart är vi på väg?**

### **Utmaningar**

Den demografiska förändringen med allt fler och större andel äldre i befolkningen medför att vårdbehoven förväntas öka mer framöver än under de senaste femton åren. Den medicinska utvecklingen innebär dessutom att fler människor kan få mer avancerad 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.

Framtiden rymmer stora utmaningar men också möjligheter. Den medicinska utvecklingen skapar förutsättningar att arbeta på nya sätt med bättre kvalitet och ökad produktivitet. Digitaliseringen ger möjligheter att utveckla arbetsformer och ökad personcentrering. Utveckling och förändring sker dock inte av sig självt. Det kräver styrning och ledning som främjar lärande och innovationer. De viktigaste utmaningarna:

- Demografisk utveckling – Färre får försörja fler
- Äldres vård och omsorg – Ökning med 50 procent
- Det globala hälsohotet – En stor potential för sjukvårdens sammanbrott
- Ekonomiska förutsättningar – Vargen är här
- Tillgång till vårdplatser – Nyttänkande för att klara dygnetruntvården
- Personal- och kompetensförsörjning – Den grundläggande förutsättningen

- Likvärdig vård i landet – Lätt att säga men svårt att göra
- De stigande förväntningarnas missnöje
- Patienternas medvetenhet om möjligheterna
- Påverkan av intresseorganisationer och opinion

## Möjliga vägar

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.

Många styrmodeller har prövats i svensk hälso- och sjukvård med tanken och förhoppningar att man ska få mer vård för pengarna. Kraven är stora på en tydlig färdriktning tillsammans med många olika sätt att hantera avgränsade problem. Dessutom måste det finnas en beredskap att ompröva och vidareutveckla lösningarna utifrån erfarenheter under tidens gång. Ett viktigt steg i omprövningen är att utgå ifrån vad som bäst motiverar vårdpersonalen till de förändringar som krävs och hur man kan skapa förtroende för den politiska styrningen. Det är viktigt att förtroendet för styrningen skapas genom att man tar hänsyn till professionens egna drivkrafter.

## Ny primärvårdsreform

Under flera år har utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård” pågått. Byggt på denna utredning lämnade regeringen i december 2021 till riksdagen propositionen ”Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform” Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.

Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Regeringen föreslår att val av sådana utförare inom vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdcentraler och motsvarande vårdenheter) ska ske genom listning, det vill säga genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter. Regionen ska vara skyldig att tillhandahålla ett elektroniskt system för listning av patienter.

## Nationellt likvärdig vård

### Det svenska sjukvårdssystemet

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan staten, regioner och kommuner. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Lagen är utformad så att den ger regionerna och kommunerna stor frihet när det gäller hur den egna hälso- och sjukvården ska organiseras.

Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. För att bidra till att skapa likvärdiga förutsättningar fördelar regeringen ekonomiskt bidrag till regionerna i det statliga 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 och hit hör ett

antal statliga myndigheter. 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.

I Sverige finns 21 regioner och 290 kommuner. Regionerna ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Sverige är dessutom indelat i sex sjukvårdsregioner som är ett samarbete mellan berörda regioner inom den högspecialiserade vården. Inom varje sjukvårdsregion utgör respektive universitetssjukhus med en utbyggd specialistvård ett resurscentrum för respektive sjukvårdsregion.

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

## **Statliga utredningar**

### **Ansvarskommittén**

Ansvarskommittén var en svensk parlamentarisk kommitté som tillsattes av regeringen 2003. Kommittén leddes av dåvarande landshövding Mats Svegfors och uppdraget var att utreda grundläggande frågor om statens verksamhet samt länsammanslagning och regional organisering. Ansvarskommittén slutrapporterade sitt betänkande ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” i februari 2007 till statsrådet Mats Odell. Huvudförslaget var att dela in Sverige i regioner efter föregångarna Skåne och Västra Götaland. Betänkandet behandlade såväl det regionala utvecklingsansvaret och sjukvårdens behov som betydelsen av en bättre samordnad stat. Remissinstanserna hade ett halvår på sig att besvara betänkandet. Huvudförslagen var:

- De 21 landstingen ersätts av 6-9 direktvalda regionkommuner
- Regionkommunerna får ett samlat ansvar för sjukvård, regional utveckling och tillväxt
- Parallellt organiseras staten om i nya län som sammanfaller med regionerna. Länen blir också indelningen av statliga myndigheter
- Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna arbetet med kunskapsutveckling och kunskapsförmedling på nationell nivå
- Regionala kunskapscentrum skapas för kunskapsbildning på regional nivå
- Bestämmelser i lagstiftningen som har betydelse för patientens ställning samlas i en ny patientlag

### **Remissvar och beslut**

Ansvarskommitténs betänkande sändes ut på remiss och i september 2007 hade yttranden från 543 remissinstanser inkommit. Förslaget fick ett starkt stöd från såväl kommuner som landsting:

Nio av tio av remissinstanserna var i huvudsakligen positiva till att inrätta direktvalda regionkommuner med beskattningsrätt och ansvar för hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Flertalet remissinstanser anser att en eventuell ny regional indelning huvudsakligen bör växa fram underifrån genom medborgarnas valda företrädare i kommuner och landsting – och genomföras skyndsamt.

När det började se ut som den tänkta regionreformen skulle kunna genomföras stoppades hela frågan av olika skäl. Även om det fanns en bred acceptans för kommitténs förslag om att bygga en ny läns- och regionindelning fanns olika uppfattningar om hur gränserna skulle dras. Många intressenter inom stat, landsting och kommuner skulle tillsammans hitta fram i alla tåtar och vara överens ”underifrån”. Det viktigaste skälet till ett avvisande av ett genomförande var emellertid

att två ledande ministrar i regeringen hade bestämt att det inte skulle bli något. Och då hjälpte det inte med starkt stöd runt om i landet och hos ansvarigt statsråd och departement.

## **Regionutredning 2015**

I mars 2015 offentliggjorde regeringen att man kommer att påbörja arbetet att minska antalet län och landsting i Sverige: En kommitté, bestående av en ordförande och en vice ordförande, ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting. Uppdraget ska slutredovisas senast i augusti 2017. Förslagen ska vara utformade så att det kan genomföras senast den 1 januari 2023 med val till de nya landstingen år 2022.

Försöket att få till stånd en färdig utredning och förändring leddes av Socialdemokraternas socialförsäkringsminister. Denna gång blev det ett snabbt stopp redan i förhandlingarna eftersom Centerpartiet ställde krav som inte möttes upp av de andra partierna.

## **Forskningsrapporter**

### **Myten om centralisering**

*Utdrag från rapport RATIO 4 maj 2021 "Myten om centralisering – Om sjukvården som ett polycentriskt system".*

Vård- och omsorgssystemen i de flesta länder utgörs av en blandning av privat och offentligt vad gäller utförande och finansiering. De kombinerar ideella, vinstdrivande och offentliga utförare som verkar och samverkar sida vid sida inom ramen för system där finansieringen delvis är offentlig, delvis utgörs av obligatoriska och frivilliga försäkringar. Det finns en mängd olika beslutsheter och nivåer, var och en med betydande autonomi, och där patienterna eller välfärdsanvändarna har betydande valfrihet.

Dessa system klarar sig lika bra och i vissa fall bättre än mer centraliserade och helt skattefinansierade system när det gäller vårdens och omsorgens kvalitet och tillgänglighet. Detta kan vara vägen framåt även för Sverige, snarare än ökade offentliga resurser, centralisering, förstatligande och liknande. Sveriges utmaningar när det gäller tillgänglighet, väntetider, kontinuitet och samordning av vårdprocesserna löses sannolikt bättre genom valfrihet, mångfald, decentralisering och incitament.

Ett system som har flera centra stimulerar experimenterande, samarbete och lärande, och kan därmed bidra till dynamisk effektivitet. Med större inslag av försäkringslösningar kan incitamenten till samordning och service öka. När lokal förankring och professionalism och yrkeskunnande får ökat genomslag kan det också vara lättare att bygga den tillit och det förtroende mellan vårdgivare och patient som god vård och omsorg förutsätter. Sverige borde våga öppna upp för en sådan utveckling, snarare än att ta ytterligare steg mot centralisering och förstatligande.

### **Vem vårdar bäst?**

*Nedanstående citat är hämtat från "Vem vårdar bäst – en ESO-rapport om svensk sjukvård i ett jämförande perspektiv" av Clas Rehnberg, ESO 2019:8.*

”Sjukhussektorn i Sverige står inför flera utmaningar. De senaste decenniernas utveckling med en privatisering av vårdformer, inte minst planerad sjukhusvård, har inneburit att Sverige och andra skattebaserade system närmat sig den struktur som finns inom länder med socialförsäkringssystem. I detta avseende finns lärdomar om hur regleringar, ersättningssystem och anställningskontrakt kan utformas för att uppnå en effektiv vårdstruktur då vården kontrakteras ut.

En annan central fråga som diskuteras är om staten ska öka sitt inflytande inom sjukhussektorn och eventuellt ta över driften av sjukhusen. Det finns emellertid svagt stöd för en sådan omstrukturering i andra länder oavsett system. Statens roll i de studerade länderna avser inte främst ett förstatligande av driftsformerna utan mer av en tydlig långsiktig roll för frågor om hur utbildning, investeringar och infrastruktur ska regleras samt uppföljning av effektivitets- och fördelningsaspekter.”

### **Vården är värd en bättre styrning**

*Nedanstående citat är hämtat från kapitel åtta i rapporten ”Vården är värd en bättre styrning” av Anders Anell, SNS år 2020.*

”I första hand kan konstateras att styrning i vården är ett komplext – eller »wicked« – problem. Det finns då en fara i att tro att en förenkling av problemet och förslag på enkla övergripande lösningar skulle leda till framgång. Det ställs snarare krav på en någorlunda tydlig färdriktning tillsammans med många lösningar på avgränsade problem. Det måste också finnas en beredskap att ompröva och vidareutveckla lösningarna utifrån dokumenterade erfarenheter. De förslag som redovisats i rapporten har också haft denna utgångspunkt.

Helt säkert kommer det att finnas politiker och debattörer som både nu och i framtiden erbjuder alternativ och föreslår till synes enkla lösningar. Det kan gälla införande av konkurrerande försäkringsbolag, ett förstatligande av vården eller andra lösningar som hämtas från andra länder. Sådana förslag kan låta enkla men är i praktiken radikala och skulle ta mycket lång tid att genomföra. Det finns en tendens att enbart fokusera problem med väntetider och ett implicit antagande att alla fördelar med svensk hälso- och sjukvård kan behållas även om systemet ändras i grunden. Till synes enkla men radikala lösningar är ofta dåligt underbyggda, svåra att genomföra och riktar inte sällan fokus åt fel håll. Fokus bör riktas mot styrning och omställning som kan bidra till en utveckling av arbetsformerna på ett sätt som främjar både ökad produktivitet och bättre arbetsmiljö. En utveckling mot mer långsiktighet i de statliga vårdsatsningarna kräver nationella politiker som i hög grad agerar som upphöjda statsmän. Principerna bör därför läggas fast genom brett förankrade beslut och förankras i långsiktiga uppdrag till myndigheter.”

# Var står vi?

---

Kapitlet inleds med svensk hälsa och sjukvård i europeisk jämförelse. Därefter följer avsnittet nationellt perspektiv, som inledningsvis handlar om kostnader, anställda, resultat samt patientkontakter i jämförelse mellan regionerna. Sedan görs definitioner av begrepp som befolkningens hälsa, sjukdomsburden, vårdbehov och prevention. Det nationella perspektivet avslutas med lagens krav, uppföljning och nationellt system för kunskapsstyrning.

Den andra delen av kapitlet fokuserar på Östergötland och inleds med befolkningens vårdkontakter i primärvård och på sjukhus. Därefter beskrivs hur landstinget/regionen har arbetat med och arbetar med behovsanalyser, prioriteringar och resursfördelning.

## Sverige i europeisk jämförelse

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 hållar 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.

När det gäller de övergripande utfallsmått som ingår i SKR:s index över kvalitet presterar Sverige väl, som nummer ett i kvalitetsindexet, och som nummer tre i det effektivitetsindex som ingår. Däremot presterar den svenska vården inte lika bra när det kommer till faktorer i vårdprocessen, som hur nöjda patienterna är med väntetider och hur väl de känner sig informerade och delaktiga i vården. När det gäller väntetider har Sverige ofta rankats lågt i internationella jämförelser, inte minst gäller det när befolkningen eller patienter tillfrågats i olika enkäter.

*(Svensk sjukvård i internationell jämförelse, SKR 2018)*

Sverige ligger även långt framme när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi som dagkirurgi och nya behandlingsmetoder. Förklaringarna till dessa resultat är inte helt klarlagda, men arbetet med nationella riktlinjer och kvalitetsregister i Sverige lyfts fram som orsaker. En annan förklaring kan vara en, i internationell jämförelse, god och jämlik folkhälsa samt hög levnadsstandard. Även om det föreligger metodologiska problem med produktivitetsanalyser pekar såväl de internationella jämförelserna som den svenska utvecklingen på problem när det gäller relationen mellan resursinsatser och aktivitet inom svensk sjukvård, inklusive sjukhusen. (*”Vem vårdar bäst – en ESO-rapport om svensk sjukvård i ett jämförande perspektiv”*. ESO 2019:8, författare Clas Rehnberg.)

Även i de undersökningar som utförts av andra organisationer placerar sig Sverige väl. I de mest omfattande och övergripande studierna faller Sverige synnerligen väl ut, fyra av 195 länder i The Global Burden of Disease Study och trea av 188 länder i Agenda 2030.

*(Svensk sjukvård i internationell jämförelse, SKR 2018)*

Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU. Hälso- och sjukvårdssystemet fungerar väl när det gäller tillgång till högkvalitativ vård, men kostnaderna är relativt höga. De flesta äldre svenskar är vid god hälsa, men allt fler personer över 65 år har någon kronisk sjukdom och funkt-

ionsnedsättning, vilket ökar efterfrågan på långvarig vård och omsorg. Hälso- och sjukvårdssystemet står inför bestående utmaningar när det gäller likvärdig tillgång till vård för befolkningen i glesbygd, tillgång till hälso- och sjukvård i tid och bättre samordning för personer med kroniska sjukdomar. (*State of Health in the EU, Landsprofil hälsa 2019. OECD, European observatory on Health Systems and policies, 2019*)

”State of Health in the EU” ger för varje land en kortfattad profil och översikt över hälsa och hälso- och sjukvårdssystemen i EU och EES. Varje lands särdrag och utmaningar lyfts fram i förhållande till övriga länder i EU/ EES. Syftet är att underlätta politikernas och intressenters utbyte av kunskaper och erfarenheter. I jämförelsen ingår 30 länder. EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde för de 28 EU-medlemsstaterna om inte annat anges. Island och Norge ingår inte i EU-genomsnittet. Denna profil blev klar i augusti 2019 och bygger på de data som fanns tillgängliga i juli 2019. Nedanstående tabell 1 är en egen bearbetning av redovisade värden i rapporten.

Faktorer	EU Värde	Sverige		Värde i EU-länderna	
		Värde	Position från högst	Högst	Lägst
Medellivslängd	80,9	82,5	6	Spanien 83,4	Bulgarien 74,8
Självskattad hälsa	70	77	5	Irland 85	Litauen 42
Kostnader hälso- och sjukvård Euro per invånare	2900	3900	4	Norge 4400	Rumänien 1000
Andel av BNP	9,8	11	3	Tyskland 11,3	Rumänien 5
Antal läkare per 1000 invånare	3,6	4,1			
Antal sjuksköterskor per 1000 invånare	8,5	10,9			
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet Dödstal per 100 000 invånare	161	121	25	Litauen 336	Cypern 100
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet Dödstal per 100 000 invånare	93	68	24	Rumänien 208	Island 62
Undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare ver 15 år	610	490	15 av 23	Litauen 980	Portugal 250
Vårdplatser per 1000 invånare	5,0	2,2	30	Tyskland 8	Sverige 2,2
Medelvårdtid	8,0	5,8			

Tabell 1: Faktorer inom Hälsa och hälso- och sjukvård i Sverige i jämförelse med 30 länder i Europa (egen bearbetning)

Källa: *State of Health in the EU, Landsprofil hälsa, 2019*  
*Indexmundi, 2017 (Antal vårdplatser per land)*

### Förtydliganden

Tabellen ska läsas på följande sätt, exempel Medellivslängd: Den genomstilliga medellivslängden i Europa är 80,9 och för Sverige 82,5. Sveriges position som nummer sex innebär att Sverige



hör till de sex länder med den högsta medellivslängden. Spanien har högst medellivslängd med 83,4 och Bulgarien lägst med 74,8.

För denna faktor bedöms det vara eftersträvansvärt med ett högt värde. För åtgärdbar dödlighet och undvikbara slutenvårdstillfällen är det däremot ett lågt värde som är önskvärt. När det gäller kostnader, andel av BNP och vårdplatser är måtten mer neutrala och upp till betraktaren att värdera om ett värde bör vara högt eller lågt.

## **Kommentarer till tabellen**

### **Hälsa**

Mellan 2000 och 2017 ökade svenskarnas medellivslängd med 2,7 år, jämfört med 3,6 år för samtliga EU-medborgare. Skillnaden mellan kvinnor och män har minskat i Sverige genom att mäns medellivslängd har ökat mer än kvinnors.

### **Antal läkare**

Sverige har fler läkare per invånare än genomsnittet för Europas länder. Det är dock bara en av sju läkare som är allmänläkare, så antalet allmänläkare per invånare i Sverige (0,6 per 1 000 invånare) är en tredjedel mindre än EU-genomsnittet (nästan en per 100 000 invånare).

### **Åtgärdbar dödlighet**

Med hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet avses dödsfall som i huvudsak kan förhindras genom förebyggande folkhälsoåtgärder och primärvård. Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet avses dödsfall som huvudsakligen kan förhindras genom hälso- och sjukvårdsåtgärder, bland annat hälsoscreening och behandling. Båda indikatorerna avser förtida dödlighet före 75 års ålder. Ju lägre åtgärdbar dödlighet desto bättre.

### **Undvikbara slutenvårdstillfällen**

För flera smittsamma eller kroniska sjukdomar kan man undvika inläggning på sjukhus genom välorganiserad förebyggande vård och primärvård. Antalet sjukhusvistelser på grund av kroniska sjukdomar, såsom astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes och hjärtsvikt ligger under EU-genomsnittet, även om några länder har ännu lägre tal. De låga talen i Sverige kan åtminstone delvis förklaras med omställningen från sluten vård till öppenvård. Den innebär att man bara lägger in patienter som behöver specialiserad vård vid sjukhus och att övriga patienter i stället tas om hand i primärvård och öppen vård vid sjukhus eller i avancerad sjukvård i hemmet. Ju färre undvikbara slutenvårdstillfällen desto bättre.

### **Vårdplatser och medelvårdtid**

De senaste tjugo åren har Sverige vidtagit systematiska åtgärder för att flytta över tjänster från sluten till öppen vård. Det har lett till att Sverige har lägst antal vårdplatser per invånare i hela EU. Den genomsnittliga sjukhusvistelsen är också mycket kortare än EU-genomsnittet.

När det gäller antalet intensivvårdsplatser (ej med i tabellen) har Sverige näst lägst platser per invånare i jämförelse bland 15 länder i Europa. År 2020 hade Sverige 524 IVA-platser, 5,1 per 100 000 invånare. Irland hade lägst med 5,0 och Tyskland och Österrike hade högst, 34 respektive 29. Flera länder låg inom spannet 8–11. Här fanns bland annat Danmark och Norge.

(Källa: OECD, Svenska intensivvårdsregistret och Socialstyrelsen, *Dagens Nyheter* 24 januari 2022.)

## Nationellt perspektiv

### Kostnader och intäkter

Under 1970-talet ökade hälso- och sjukvårdens andel av BNP från 5,5 till 8 procent. Mellan åren 2011 och 2019 har andelen legat konstant strax under 11 procent. År 2020 var andelen 11,5 procent (*SCB nyhetsbrev 31 mars 2022*).

Brytningen år 2011 beror på ändrade definitioner av äldre och personer med funktionsnedsättning (*IHE rapport 2019:5*). Den sammanlagda kostnaden 2019 var 600 miljarder, 330 för regionerna och 270 för kommunerna. Härtill kommer 30 miljarder för statlig assistansersättning. Av totalkostnaden för regionerna utgör 82 procent kostnader för hälso- och sjukvård. För kommunerna är motsvarande andel av totalkostnaden 38 procent varav hälften för vård och omsorg om äldre.

Intäkterna för regionerna är fördelade på skatter 64 procent, statsbidrag 28, patientavgifter 2,4 och övriga 5,6 procent. Statsbidragen är av olika karaktär: generella, specialdestinerade och ersättning för läkemedel.

### Anställda

Antal anställda inom vård och omsorg är sammanlagt nästan 700 000, det vill säga 16 procent av totalt antal anställda i Sverige. 280 000 är anställda inom regionerna och 200 000 inom kommunernas vård och omsorg. Härutöver är 210 000 anställda i privata företag, oftast med skattefinansierade uppdrag från regioner och kommuner. Av de anställda i ett patientnära yrke i regionerna har 75 procent minst en treårig högskoleutbildning jämfört med 30 procent inom hela arbetsmarknaden (*SKR personalstatistik 2020 samt ESO 2020:2, Tabell 4.2.*). Regionerna utgör således en högkompetent välfärdsorganisation med en komplex och högteknologisk verksamhet.

Av Sveriges 21 regioner har åtta fler än 10 000 anställda (*SKR 2020a*). Flest anställda har regionerna Västra Götaland (50 000) och Stockholm (45 000). Privata företag med flest anställda i Sverige är Volvo Car AB (25 000 anställda), Post Nord AB (21 000) och AB Volvo (20 000). Ytterligare sju företag hade fler än 10 000 anställda år 2018.

Regionerna är således stora organisationer och hör till de med flest anställda i respektive län. Här bedrivs också avancerad klinisk forskning som ska omsättas i sjukvårdens vardag för patienternas vård och behandling.

Trots svårigheter att rekrytera och ökad konkurrens om arbetskraften på arbetsmarknaden har regionerna lyckats öka antalet anställda. Sedan 2013 har antalet anställda (månadsavlönade) ökat med 26 000, en ökning med 10 procent. Antalet undersköterskor, skötare med flera har ökat med 15 procent och antalet läkare med 14 procent. Antalet sjuksköterskor ökade med en procent under samma period. Ett skäl till den låga ökningen är att ansvaret för hemsjukvård överfördes till kommunerna. Denna förändring har också bidragit till att antalet anställda har ökat även inom kommunernas vård och omsorg.

Ungefär nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg. Det är dock fler sjuksköterskor som arbetar som exempelvis vårdutvecklare eller chefer än tidigare. SKR:s personalstatistik visar att nio procent av de månadsavlönade tillsvidare-

anställda lämnade regionsektorn mellan 2018 och 2019. Det handlar om såväl pensionsavgångar som de som går till privat eller kommunal sektor eller lämnar av andra skäl. Fler arbetar heltid och arbetar även efter 65 år. (*Hälso- och sjukvårdsrapporten 2020, SKR*)

## Specialistläkare

Nedanstående tabell 2 visar antal specialistläkare totalt i Sverige och i Östergötland åren 1995 och 2019.

Antal specialistläkare per 100 000 invånare. Offentlig och privat regi. Sysselsatta inom hälso- och sjukvård								
	Alla specialistläkare		Förändring 1995-2019		Speciäläk allmänmedicin		Förändring 1995-2019	
	År 1995	År 2019	Antal	Procent	År 1995	År 2019	Antal	Procent
Riket	205	275	70	34%	46	59	13	28%
Östergötland	206	299	93	45%	46	61	15	33%

Tabell 2: Antal specialistläkare inom hälso- och sjukvård år 1995 och 2019 (egen bearbetning)

*Källa: Socialstyrelsen, Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*

Både för riket och Östergötland har antal specialistläkare totalt ökat mer än antalet specialistläkare i allmänmedicin. Jämfört med riket är andelen specialistläkare högre i Östergötland. Även ökningen har varit högre än för riket.

En beräkning har gjorts för två perioder; 1995–2007 och 2007-2019 (ej med i tabellen). Den visar, med måttet antal läkare per 100 000 invånare, att ökningen har varit betydligt lägre under den senaste perioden. För riket ökade antal specialistläkare totalt med 23 procent första perioden och 8 procent andra perioden. För specialistläkare inom allmänmedicin var ökningen 28 respektive 0 procent. Det innebär att antal allmänläkare per 100 000 invånare i riket var 59 både år 2007 och 2019. Under åren 2013–2015 var antalet 61. Östergötland visar en liknande utveckling som riket. För specialistläkare inom allmänmedicin var ökningen första perioden 20 procent och för andra perioden 11 procent.

Antal specialistläkare i allmänmedicin i förhållande till antal specialistläkare totalt har varit relativt konstant under de 24 åren mellan 1995 och 2019. För riket och Östergötland var andelen 22 procent år 1995 och 21 respektive 20 procent år 2019. Högst andel, 24 procent, fanns under de fyra åren mellan 1997 och 2000.

## Förtroendevalda

År 2019 fanns 4 600 förtroendevalda i regionerna och 36 000 i kommunerna. De allra flesta var fritidspolitiker. Av samtliga förtroendevalda var 1 700 hel- eller deltidsarvoderade, vanligtvis med titeln regionråd eller kommunalråd. År 2019 var andel kvinnor av de hel- eller deltidsarvoderade 46 procent i regionerna och 42 procent i kommunerna.

## Förtroende och resultat

En stor andel av invånarna anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Samtidigt sjunker invånarnas förtroende för sjukvården i sin helhet något jämfört med tidigare år. Sjukvård ligger ofta högst på befolkningens rangordning av det viktigaste politikområdet.

Tillgänglighet och väntetider enligt vårdgarantin är en fortsatt utmaning. Inom primärvården kan den beskrivas som god utifrån den nya vårdgarantin om tillgång till medicinsk bedömning inom tre dagar. Det finns fortsatta utmaningar när det gäller tillgängligheten till specialiserad vård. Andelen som väntat längre än 90 dagar vid nybesök till läkare och operation har ökat sedan 2014 och under 2019 skedde inga större förändringar jämfört med föregående år. Under år 2020 och 2021 har nya förhållanden på grund av corona-19 uppstått om så kallad uppskjuten vård.

För de flesta av de så kallade standardiserade vårdförloppen minskade andelen som genomfördes inom de angivna ledtiderna. Av de 20 största vårdförloppen har en förbättring skett för tre; fyra hade en oförändrad andel och för resten var det en försämring.

Färre insjuknar och sjukvården räddar fler liv. Sjukdomsförekomsten av hjärtinfarkt och stroke har minskat kraftigt och ökningen av antalet cancerfall har brutits under senare år. Förbättrat sjukdomsförebyggande insatser har lett till att risken att senare drabbas av ny stroke eller ny hjärtinfarkt har minskat. Det är också en tydlig trend att femårsöverlevnaden vid cancer ökat under de senaste tjugo åren, även om resultaten skiljer sig åt mellan olika cancerformer. Det har skett en kraftig minskning av den sjukvårdsrelaterade påverkbara dödligheten de senaste tjugo åren. Det finns tecken på en viss minskning av antalet vårdskador inom den somatiska slutenvården. Samtidigt sker en fortsatt ökning av överbeläggningar. (*SKR Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2020*)

## **Patientkontakter**

I stort sett alla människor har kontakt eller intresse för vård och omsorg. Det gäller i första hand som patienter, brukare och anhöriga men i många fall även för att man får sin lön från verksamheten. Oavsett i vilken grad man faktiskt nyttjar hälso- och sjukvården betalar alla förvärvsarbete skatt för verksamheten. Vården är också en central del i den generella välfärden och därmed i den politiska debatten. Av de politikområden som befolkningen anser vara viktigast rangordnas sjukvård oftast som högst och äldreomsorg kommer några platser därefter.

Under ett år har tre fjärdedelar av befolkningen en eller flera fysiska kontakter med sjukvården. År 2019 gjordes 70 miljoner patientbesök sammanlagt hos läkare och annan personal hos olika vårdgivare utöver kontakter på internet (*SKR Verksamhetsstatistik 2019*). Flest besök gjordes inom primärvård, 43 miljoner. Inom specialiserad somatisk vård gjordes 21 miljoner besök, inom specialiserad psykiatrisk vård 5 miljoner och inom övrig hälso- och sjukvård 1 miljon. Av samtliga patientbesök gjordes 38 procent hos privata vårdgivare. Inom primärvården var den privata andelen 49 procent år 2020 (*Vårdföretagarna/vårdfakta 2022*).

I den inneliggande sjukhusvården år 2019 var antalet vårdtillfällen 1,3 miljoner. Samma patient kan ha flera vårdtillfällen och en av tio invånare har under ett år varit inlagd på sjukhus minst en gång. Medelvårdtiden år 2019 var 3,9 dagar en sänkning med sju procent från 2012 då medelvårdtiden var 4,2 dagar.

## **Östergötland i nationell jämförelse**

Nedanstående tabell 3 visar Östergötland i jämförelse med Sverige och positioner jämfört med övriga regioner. Faktorerna är öppenvårdsbesök inom primärvård och sjukhusvård samt vårdplatser, vårdtillfällen, medelvårdtid och DRG-vikt inom den inneliggande sjukhusvården.

	Sverige	Östergötland		Värde i regionerna	
	Värde	Värde	Position från högst	Högst	Lägst
Patientbesök hos läkare och annan personal än läkare per 100 invånare år 2019					
Primärvård	415	370	7	530	301
Specialiserad somatisk	200	210	5	274	170
Specialiserad psykiatri	52	61	3	72	33
<b>Totalt</b>	<b>667</b>	<b>641</b>	<b>6</b>	<b>841</b>	<b>532</b>
Patientbesök endast hos läkare per 100 invånare år 2019					
Primärvård	131	99	21	166	99
Specialiserad somatisk	121	116	6	153	87
Specialiserad psykiatri	11	10	8	18	6
<b>Totalt</b>	<b>263</b>	<b>225</b>	<b>14</b>	<b>319</b>	<b>207</b>
Antal vårdplatser år 2020 per 1000 invånare	2,0	2,0	12-15	2,5	1,7
Antal vårdtillfällen år 2019 per 1 000 invånare	143	139	15	189	127
Medelvårdtid	3,9	3,6	17	4,6	3,2
Medelvikt enligt DRG	1,0	1,1	2	1,3	0,8

Tabell 3: Patientbesök och inneliggande sjukhusvård, Östergötland i nationell jämförelse (egen bearbetning).

*Källa: Verksamhetsstatistik SKR och Statistikdatabas Socialstyrelsen*

Tabell 3 visar Östergötland i jämförelse med genomsnitt för Sverige, Östergötlands positioner bland de 21 regionerna samt värdet för den region som har högsta respektive lägsta värdet bland regionerna. Hög och låg position utgör ingen värdering om den är på önskvärd nivå eller inte.

Exempel Patientbesök endast hos läkare, Totalt: Genomsnittet för Sverige (sammanlagt alla regioner) är 263 patientbesök per 100 invånare och för Östergötland 225. Östergötland intar den fjortonde positionen räknat från den region med flest patientbesök per invånare. Den region med högst position nr 1, har 319 besök per 100 invånare och den region med lägst besök nr 21, har 207.

Stockholm är den region med flest patientbesök per invånare, såväl hos läkare och annan personal som patientbesök endast hos läkare. Eftersom regionen har många invånare får antalet patientbesök i Stockholm stort genomslag på medelvärdet för Sverige.

### **Sammanfattande resultat för Östergötland**

När det gäller patientbesök sammanlagt hos läkare och annan personal ligger Östergötland bland den tredjedel av regionerna med högst antal besök per invånare. Det gäller för alla tre vårdformerna: primärvård samt specialiserad somatisk och psykiatrisk vård. Jämförelsen av patientbesöken endast hos läkare visar också där i stort den högre tredjedelen för somatisk och psykiatrisk

vård. För läkarbesök i primärvård är Östergötland den region med lägst antal besök per invånare och den enda region under 100 besök per 100 invånare. Region Uppsala har flest, 166 besök.

Inom den inneliggande sjukhusvården är Östergötland på sverigenivån när det gäller antal vårdplatser. Jämfört med de flesta regioner har Östergötland färre vårdtillfällen och lägre medvårdtid.

## Begrepp

### Befolkningens hälsa

Hälsoutvecklingen i befolkningen är av grundläggande betydelse för välfärden i stort och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. I Sverige har vi tillgång till en mängd data om befolkningens hälsotillstånd. Tillsammans med kunskap om metoder för diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande arbete skapar dessa data ett värdefullt underlag för diskussioner om hur en behovs- och kunskapsstyrd vård ska utformas. Med uppgifter från datakällor om befolkningens självupplevda hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och sjuklighet samt uppgifter om konsumtion av vård kan vi forma en bild över hälsoläget i länet. Hälsoläget beror till stor del av yttre villkor som till exempel utbildningsnivå, inkomst, hur man bor och om man har arbete eller inte. Hälsan styrs även av villkor som man inte kan påverka, bland annat var man är född, kön, ålder och arv. Till detta ska läggas levnadsvanor och livsstilar som på olika sätt påverkar den enskildes hälsa.

### Sjukdomsbördan

Sjukdomsbördan är ett sammanfattande mått som används för att beskriva folkhälsoutvecklingen och följa upp sjukdomars förekomst och allvarlighetsgrad. Rapporteringen av insjuknande berör de stora folkhälsosjukdomarna såsom cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och stroke. Ryggvärk, depression, alzheimer och fallolyckor är också sjuklighet som förekommer i stor omfattning. Det finns ett antal riskfaktorer för sjukdomsbördan. Hit hör till exempel rökning, riskabel alkoholkonsumtion, luftföroreningar, ohälsosamma matvanor och stillasittande fritid.

### Vårdbehov

Vården och omsorgen ska vara behovsbaserad. Med detta menas att resurserna ska styras till de områden där behoven är störst och inom ett givet område ska den som har störst behov ha företräde. Hälso- och sjukvårdslagen är inte en rättighetslag. Det är en ramlag som fastställer mål och krav. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde. Det är sjukvårdshuvudmännens uppgift att efter förmåga och vilja försöka verkställa det lagen är till för. Regeringens prioriteringsutredning tog under 1990-talet fram grundläggande etiska principer som ska vägleda och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvård. De tre principerna är:

**Människovärdesprincipen.** Alla människor har lika värde, oavsett personliga egenskaper, samhällsställning, bakgrund eller annat. Detta värde ger rätt till vård på lika villkor.

**Behovs- och solidaritetsprincipen.** Den som har det största behovet av vård går alltid före kraven på tillgänglighet, kontinuitet och valmöjlighet. Den som är sjukast går först.

**Kostnadseffektivitetsprincipen.** Av likvärdiga behandlingar väljs den som kostar minst och som bedöms ha en rimlig relation mellan kostnader och effekt.

## Vårdbehov på tre nivåer

Bedömning av vårdbehov kan ske på olika nivåer. Det är vanligt att göra indelningen på tre nivåer: befolkningsnivå (macro), gruppnivå (meso) och individnivå (micro). Ansvar för att bedöma vårdbehovet för befolkning och olika grupper ligger oftast på den politiska nivån. Här finns emellertid också situationer där behoven bedöms av verksamhetsansvariga. Ansvar för bedömningar av vårdbehovet för enskilda patienter ligger hos den medicinska professionen. Pandemin de senaste två åren är ett exempel på när prioritering sker av verksamhetsansvariga och den medicinska professionen.

Oberoende av nivå omfattar behovsbedömningen tre steg:

- Identifiering av behov.
- Bedömning av nödvändiga åtgärder för att tillgodose behovet.
- Bedömning av nödvändiga resurser för att genomföra de nödvändiga åtgärderna.

## Prevention

De olika preventionstyperna definieras så här:

- Primär prevention innebär att förebygga sjukdomar genom att minska individens exponering för riskfaktorer och öka motståndskraften mot dessa och på så sätt undvika att till exempel tumörer uppstår.
- Sekundär prevention (tillämpas under preklinisk, det vill säga symtomfri fas) omfattar tidig upptäckt och behandling av sjukdomen. Screening är en viktig del av sekundärprevention.
- Vid tertiär prevention (efter klinisk diagnos) utnyttjas behandlings- och rehabiliteringsprogram för att förbättra utfallet av sjukdomen bland drabbade individer och för att förebygga återfall.

## Befolkning

Behovet av primär och sekundär prevention mot olika sjukdomar bedöms med utgångspunkt från det potentiella vårdbehovet, det vill säga risken för att få en given sjukdom. Primär prevention söker förhindra att viss sjukdom uppkommer hos personer som inte har sjukdomen i fråga. Sekundär prevention avser att förhindra upprepning av till exempel akut hjärtinfarkt eller stroke. Det kan också finnas behov av mer omfattande preventiva åtgärder på befolkningsnivå, till exempel screening i syfte att upptäcka bröstcancer i tidigt skede.

## Grupp

Bedömning av behov på gruppnivå baserar sig i stor utsträckning på demografiska och epidemiologiska underlag. För ”tungt” sjukdomsgrupper som t.ex. cancer, hjärtinfarkt och stroke är incidensen och prevalensen därför av stor betydelse vid bedömning av vårdbehoven. För andra sjukdomsgrupper har synen på utbud och tillgänglighet en större påverkan på värderingen av vårdbehovet.

## Individ

Bedömningen av sjukvårdsbehovet på individnivå sker med utgångspunkt från patientens aktuella tillstånd och det tillstånd som eftersträvas. Gapet mellan dessa nivåer utgör individens behov. Bedömningen av det aktuella tillståndet kräver en professionell insats samt olika undersökningar och bedömningar för att fastställa en diagnos.

## **Att möta vårdbehov**

### **Förbättrad folkhälsa – snabb nutidshistoria**

När Sverige byggdes upp under efterkrigstiden ökade de ekonomiska resurserna och reformtakten allt snabbare. Nu skulle samhället hjälpa medborgarna att må bättre. Genom satsningar på mödravård, utbildning, trafiksäkerhet, bättre arbetsmiljö och inte minst högre levnadsstandard lyckades man snabbt förbättra folkhälsan och förlänga vår medellivslängd. Under 1970- och 80-talen fortsatte folkhälsoarbetet. Det var nu mer folkbildning och informationskampanjer än reformer. Välkända är Tallriksmodellen, Spola kröken samt Socialstyrelsens och Brödinstitutets kampanj om 6 till 8 brödkivor om dagen. De som gick i skolan under denna tid minns hur lärarna i avskräckande syfte visade bilder på lungorna hos avlidna patienter som hade varit rökare.

Under 1990-talet kommer staten och landstingen in i en ekonomisk kris. När politikerna genomför besparingar finns tecken på att folkhälsan försämrades. Våra tänder blir till exempel sämre när vi får betala tandläkaren själva. Samtidigt försöker man lösa resursbristen med att konkurrensutsetta vården. Och man hoppas att valfrihet kan göra oss mer hälsomedvetna. Så börjar ansvaret alltmer läggas på individen.

Med mer tv och datorer – och senare smartphones – sitter vi allt längre och får tillsammans med sämre kostvanor allt mer livsstilsrelaterade sjukdomar som astma och diabetes. Satsning sker på företag inom friskvård: gymkedjor, sport och träning, livsmedel, kosttillskott och andra hälsoprodukter. En ny stor kommersiell marknad föds och medier och forskarsamhället hakar på. Nu dränks vi i en flod av ny forskning, nya metoder och hälsoprodukter. Rön och metoder som dessutom motsäger varandra och gör oss ibland förvirrade. Begreppet ”friskvårdsångest” myntas.

### **Lagens krav på hälso- och sjukvården**

I hälso- och sjukvårdslagen anges kraven på landstingens hälso- och sjukvård. Det handlar bland annat om trygghet i vård och behandling, lättillgänglighet samt respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal, verka för kontinuitet och säkerhet, utforma vården så långt som möjligt i samråd med patienten. Där det finns hälso- och sjukvård skall det finnas personal, utrustning samt lokaler för att en god vård ska kunna ges.

### **Hälsoinriktning**

Det primära målet för hälso- och sjukvårdens insatser är att åstadkomma hälsa. Detta sker genom sjukvårdsinsatser men också genom att stödja den enskilde länsinvånaren att själv bevara och erhålla så god hälsa som möjligt. Så har historiskt skett inom flera områden som till exempel barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, tandhälsovården för barn- och ungdomar, tobakspreventiva enheter och i enskilda möten med patienter.

### **Kunskapsbaserad**

Att regionens insatser ska vara kunskapsbaserade kan ses från minst två utgångspunkter. Den första är att den politiska processen grundar beslut om prioriteringar och styrning utifrån så goda kunskapsunderlag som möjligt. Den andra är att alla åtgärder inom hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. På senare år har detta utvecklats och förtydligats i det som benämns evidensbaserad vård. Evidensbaserad vård innebär en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa tillgängliga vetenskapliga grund. Att tillämpa evidensbaserad vård innebär att bygga behandlingsbeslut på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, som ett komplement till annan kunskap, och i samråd mellan patient och vårdpersonal.



## Styrning genom uppföljning

Genom att uppföljningen över tid har förbättrats och blivit mera transparent har möjligheten till politisk styrning ökat. Tidigare var uppföljningen begränsad till kostnader och personal samt övergripande mått på verksamheten som antal besök och vårdtillfällen på sjukhus.

I juni 2006 skedde ett viktigt genombrott för en mer kvalificerad uppföljning. Då publicerade Socialstyrelsen och dåvarande SKL den första rapporten om vårdens tillgänglighet och kvalitet. Sedan dess finns resultat som kan jämföras mellan regioner och vårdgivare allmänt tillgängliga i form av rapporter och statistik.

**DN. TISDAG 20 JUNI 2006**

**■ Sjukvårdens effektivitet**  
Jämförelse mellan olika landsting 2006.

**STROKE – DÖDLIGHET INOM 28 DAGAR**

Län	Kvinnor	Män	Län	Kvinnor	Män
Östergötland	27,8	25,6	Norrbotten	23,7	23
Värmland	26,3	26,2	Riket	23,4	23
Kalmar	26	25,4	Hälsingland	21,2	20,3
Östergötland	25,6	24,9	Västra Götaland	23	22,2
Krönåkers	25,5	25,9	Dalarna	22,8	24,2
Blekinge	25,2	26,7	Örebro	22,4	20,6
Jämtland	24,9	24,6	Stockholm	21,7	22,2
Skåne	24,8	22,4	Södermanland	21,3	22,1
Jönköping	23,8	23,8	Västernorrland	20,3	20,3
Västerbotten	23,8	21,6	Uppsala	18	18
Västmanland	23,8	20,7	Gotland	16,6	26,6

**Hjärtinfarkt – DÖDLIGHET INOM 28 DAGAR**

Län	Kvinnor	Män	Län	Kvinnor	Män
Östergötland	35,2	37,0	Blekinge	33	34,9
Värmland	33,7	35,7	Västmanland	30,9	31,9
Dalarna	33,4	34,2	Västerbotten	30,4	32,6
Gotland	33,3	34,1	Östergötland	30,3	33,6
Södermanland	32,8	33	Jönköping	30,1	32,9
Kalmar	32,6	34,9	Skåne	30,1	32,1
Stockholm	32,2	35,3	Hälsingland	29,8	30,3
Jämtland	32	35,2	Norrbotten	28,5	35,9
Västra Götaland	31,5	33,3	Västernorrland	27,1	30

**Studie visar stor skillnad i vårdresultat**

Landstingen jämförs för första gången.

För första gången någonsin har Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting, SKL gjort en sammanställning av innehållet i och resultatet av vården i Sverige.

Sammanställningen gäller olika kategorier av vård, till exempel hjärtvård, cancervård, strokevård och förlossningsvård. Därav finns ingen jämförelse inom primärvård, psykiatri eller äldreomsorg.

Användarna till att Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting aldrig lyckats göra en sådan här sammanställning tidigare är att det har funnits ett inläst och härtäckat material i varje läkarnas som Socialstyrelsen och SKL inte om vilka sjukhus som är bäst eller sämst.

Men det är ett naturligt nästa steg att ta. Så vi får se att återkomma med det, säger Mikael Stenman, vd på Sveriges kommuner och landsting.

**DET FINNS HELLEN INOCH** opeppbart samband mellan hur mycket landstingen lägger ned på vården och hur hög kvaliteten är.

Landstingens visar att det finns stora skillnader mellan landstingen. Det gäller till exempel hur många kirurgi- och operationsoperationer som någonsin görs.

Ett av de landsting som uppvisar sådana problem, men får övrigt bra genomgående bra resultat, är Hälsingland, det är ett landsting med bor-

Både nationella och egna regionala uppföljningar har gett politik och regionledningar möjlighet att flytta fram positionerna och ställa frågor och krav om hur gapet mot ställda överenskommelser och avtal kan slutas. Det gäller kvalitetsskillnader, väntetider som inte följer vårdgarantin och problem med att klara sina kostnader.

## Nationellt system för kunskapsstyrning

Sveriges regioner har ett gemensamt system för kunskapsstyrning som hålls ihop av en nationell stödfunktion på SKR. Det är en viktig pusselbit för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda.

Staten och SKR har tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden. Vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet. Arbetet med vårdförloppen ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och baseras på bästa tillgängliga kunskap.

## 26 nationella programområden

Arbetet med ett nationellt system för kunskapsstyrning har till stora delar inspirerats av den tidigare statliga satsningen på regionala cancercentrum (RCC). Idag finns 26 nationella programområden (NPO) och ett nationellt primärvårdsråd som leder kunskapsstyrningen inom respektive område. Ett NPO återspeglar i huvudsak medicinska specialiteter och en indelning av kunskap och evidens efter sjukdomsgrupper. Det finns till exempel särskilda NPO för akutvård, cancer, hjärt-/kärlsjukdomar och infektionssjukdomar. Vårdskapet för olika NPO är fördelat mellan de

sex sjukvårdsregionerna. I några fall har SKR värdskapet i väntan på överföring till sjukvårdsregion.

Uppdraget till varje NPO är brett och består bland annat av att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält samt följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och identifiera behov av kunskapsstöd. Det nationella systemet för kunskapsstyrning ska även ge förbättrad uppföljning och analys som ska leda till lärande och analyser ute i verksamheterna om hur man kan bli bättre.

(SKR:s hemsida) \* <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html>.

## Östergötland

### Kostnader och vårdkontakter

I bilaga 4 finns diagram, tabeller och kompletterande text om kostnader och vårdkontakter. I det nedanstående görs en kort sammanfattning från denna bilaga.

#### Kostnader

Totalt i Region Östergötland är kostnaden högst för öppen vård vid sjukhus, därefter slutna vård vid sjukhus och lägst är kostnaden för primärvård. Inom samtliga åldersgrupper utgör primärvården ungefär samma kostnadsandel, mellan 18 och 21 procent. Åldersgruppen 0-19 år har den högsta kostnadsandelen inom öppen vård vid sjukhus. För åldersgruppen 80 år och äldre är den högsta kostnadsandelen slutna vård vid sjukhus.

Den genomsnittliga kostnaden per invånare ökar med stigande ålder. Kostnaden i åldersgruppen 0-19 år för kvinnor och män totalt var 12 000 kronor och i åldersgruppen 80 år och äldre 61 000 kronor, fem gånger högre. Totalkostnaden var 24 000 kronor för kvinnor och 21 000 för män.

Av de enskilda sjukdomsgrupperna var kostnaden högst för psykiska störningar, nästan 1,2 miljarder. De största procentuella kostnadsökningarna mellan 2014 och 2019 har skett för Endokrina sjukdomar, Graviditet och förlossning samt Psykiska störningar.

#### Vårdkontakter

Tabell 4 visar att i Östergötland sammantaget primärvård, öppen och ineliggande sjukhusvård var de fysiska kontakterna 630 per 100 invånare år 2019.

Vårdkontakter per 100 invånare Östergötland 2019			
	Kvinnor	Män	Totalt
Primärvård	406	286	345
Öppen vård sjukhus	299	247	273
Vårdtillfällen sjukhus	14	12	13
Vård dagar sjukhus	56	56	56

Tabell 4: Antal vårdkontakter i olika vårdformer per 100 invånare för kvinnor, män och totalt Östergötland år 2019.

Siffran 345 innebär att östgötarna gjorde i genomsnitt 3,45 besök i primärvård. För vård dagar på sjukhus är det samma antal per invånare för kvinnor och män. Inom övriga vårdformer har kvinnor fler vårdkontakter än män. Antal vårdkontakter per invånare ökar med stigande ålder i alla vårdformer.

Vid de tre akutmottagningarna i regionen gjorde invånarna i Östergötland sammanlagt 107 000 besök år 2019. Av samtliga besök gjordes mer än en tredjedel av personer 65 år och äldre. Totalt var andel inlagda av besöken 21 procent. I åldersgruppen 65–79 år var andelen inlagda 33 procent och i åldersgruppen 80 år och äldre 43 procent. Antal besök och inläggningar ökar med ålder. Jämfört med åldersgruppen 45–64 år har gruppen 80 år och äldre tre gånger fler besök och sex gånger fler inläggningar per invånare

## Behovsanalyser

Sedan år 1992 bygger Region Östergötlands politiska organisation på att politikerna i första hand är befolkningsföreträdare. Efter hand växte begreppet behovsstyrning fram och medförde att avtal och överenskommelser om uppdrag skulle ske med vårdgivarna. System skapades för att följa upp beslutade uppdrag, avtal och överenskommelser. Detta utvecklingsarbete hade ett nationellt anslag och gjordes tillsammans med Linköpings universitet, flera andra landsting och i nationella nätverk med politiker och tjänstemän. Tillsammans byggde man upp gemensamma begrepp och arbetsmetoder.

I slutet av 1990-talet inleddes arbetet i Östergötland med att ta fram behovsanalyser för att identifiera behov hos befolkningen eller hos vissa patientgrupper. Initialt var det programområden med ett specifikt område som granskades under längre tid. Sedermera blev det årliga behovsanalyser och fram till år 2015 hade 50 behovsanalyser gjorts. Exempel på rapporter är infektionssjukdomar, övervikt och fetma, rehabilitering, äldre med cancer och barn och ungdomar med depression och ångest. Behovsanalyserna var i princip upplagda på följande sätt:

- Sjukdomsburda – förekomst – kostnader
- Patient- och anhörigupplevelser
- Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande
- Förhållande till evidens och riktlinjer
- Medicinsk kvalitet
- Tillgänglighet

Numera är det beredningar som bevakar olika vårdområden och kan identifiera behov snabbare. Utvecklingen har således gått från djuplodande analyser till mer fokus på bredd och snabbare processer.

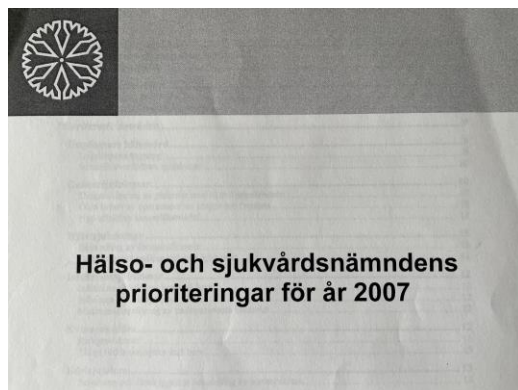
## Från behovsanalys till uppdrag

Behovsanalysen summerar nuläget med starka och svaga sidor för sjukdomsgrupper (t.ex. cancer) eller behovsgrupper (t.ex. rehabilitering). Analys görs också av gapet mellan önskvärd nivå och faktisk nivå samt om det finns nationella riktlinjer. När rapporten är klar påbörjas arbetet att analysera vilka problemområden som ska tas om hand av hälso- och sjukvårdsnämnd respektive regionstyrelse. Politiken beslutar om uppdrag uttryckt i målsättningar och mätbara indikatorer. Dessa ”Särskilda utvecklingsområden” läggs därefter in i överenskommelser och avtal med regionens egna respektive privata vårdgivare. De finns också i ”Regelböcker”, benämnda ”Hälso- och sjukvårdens villkor eller ”generella” krav som reglerar vårdvalen. Dokumenten anger också det totala uppdraget, generella villkor, ersättning och uppföljningsplan.

## Prioriteringar och resursfördelning

Östergötland har sedan år 2003 haft olika modeller för årlig prioritering och resursfördelning på övergripande politisk nivå. År 2004 blev Östergötland känt i sjukvårdsverige som det landsting som var först ut med politiska beslut om öppna och tydliga prioriteringar. Resurserna för hälso- och sjukvården skulle fördelas skarpt med hänsyn till medborgarnas och patienternas behov. När vi här talar om prioriteringar var det i början i form av besparingar.

Efter några år hade ekonomin blivit bättre och prioriteringsprocessen innebar att hälso- och sjukvårdsnämnden varje år fick tillskott på ett antal miljoner som skulle fördelas på behovs- och sjukdomsgrupper. Beslutsunderlaget byggde på behovsanalyser och en omfattande genomgång från verksamheten, som lyfte fram områden där man bedömde stora behov av utveckling och resursförstärkning.



<i>Prioriteringsprocessen</i> .....	7
Prioriterings grundvalar.....	8
Kriterier i prioriteringsprocessen.....	8
<i>Prioriterade områden</i> .....	9
<i>Ungdomars hälsovård</i> .....	9
Ungdomsmottagning.....	9
Sexuellt överförbara sjukdomar.....	10
<i>Cancersjukdomar</i> .....	10
Diagnostisering av patienter med ökad primärtumör.....	10
Ökat behov av operationer av lungor och prostata.....	10
Nya effektiva cancerläkemedel.....	11
<i>Hjärtsjukdomar</i> .....	11
Behandling av förmaksflimmer.....	11
Pacemakerbehandling vid svår hjärtsvikt.....	11
<i>Infektionssjukdomar</i> .....	12
Infektionssjukdom hos små barn.....	12
Influenza och riskgrupper.....	12
Minimerad spridning av multiresistenta bakterier.....	12
<i>Kvinnors hälsa</i> .....	12
Riskgraviditeter.....	13
Tidigt födda och sjuka små barn.....	13
<i>Kärlsjukdom</i> .....	13
Screening och förebyggande behandling av aortasjukdom.....	13
<i>Nervsystemets sjukdomar</i> .....	14
Säkra och samordna vård och rehabilitering vid övergång till vuxenlivet.....	14
Multiprofessionella insatser vid långvarig neurologisk sjukdom.....	14
Utökad neurokirurgisk behandling till neurologiskt sjuka.....	15
<i>Psykisk ohälsa</i> .....	15
Förbättrad tillgänglighet för barn, ungdomar och unga vuxna med låtta till medelsvåra psykiska besvär.....	15
Fortsatt uppbyggnad av länsdelsteam inom neuropsykiatri.....	15
<i>Rörelseorganens sjukdomar</i> .....	16
<i>Ögonsjukdomar</i> .....	16
Vidgade indikationer för gråstarckirurgi.....	16
<i>Övriga områden</i> .....	16
Utomlänsvård inom primärvård.....	17
Vårdgaranti inom kirurgi.....	17
Sista linjens sjukvård.....	17
<i>Hjälpmedel som en integrerad del av hälso- och sjukvården</i> .....	18
<i>Viktiga frågor för framtiden</i> .....	19
<i>Förändrat arbetssätt</i> .....	19
Behov av psykosocialt stöd.....	20
Säkerställt och likvärdig rehabilitering i samband med långvariga sjukdomstillstånd.....	20
Nationella riktlinjer för Astma/KOL.....	20
Utveckling av den enskildes egensvar.....	20

Inför budgetåret 2010 infördes en ny modell för resursfördelning under landstingsdirektören. Processen inleddes med att verksamhetsföreträdare i grupper arbetar fram listor över nya metoder eller insatser man vill satsa på, men också över åtgärder som kan utmönstras. Listorna vägdes därefter mot varandra under en tvådagarskonferens där bland annat samtliga centrumchefer deltog. Chefernas uppdrag var att komma överens om en gemensam lista, det vill säga en sammanvägning av alla föreslagna åtgärder. Därefter bearbetades den gemensamma listan av tjänstemännen. Slutligen lämnade landstingsdirektören ett förslag till hälso- och sjukvårdsnämnden. Då var det också klart om det fanns extra ekonomiska resurser att fördela. Fanns det inga extramedel, eller om de inte räckte, kunde det krävas omfördelning av befintliga resurser eller att vissa satsningar fick skjutas på framtiden.

## Nuvarande modell

Den tidigare modellen har under åren reviderats och också under något år gjorts i en "light"-variant. I regionens strategiska inriktning för åren 2015–2017 gjordes ett utredningsarbete om prioriteringar och effektiviseringar i vården. En plan och en metodik togs fram för att utveckla den årliga resursfördelningen. Syftet var att en ökad andel av de totala resurserna ska fördelas på detta sätt.

Arbetet resulterade i en utvecklad process baserad på de övergripande och nationella principerna för prioriteringar:

- Människovärdesprincipen
- Behovs-solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

Alla förslag som är aktuella för konferensen ska dokumenteras i en särskild mall som omfattar dessa principer. Sedan är det ett kontinuerligt arbete att arbeta med kvalitetsförbättringar i hur underlagen utformas och hur informationen ska bli tydlig, även för personer som inte är sjukvårdsutbildade.

Dialoger sker i mindre grupper med deltagare från verksamheten, politiken och fackförbund. Ut-fallet/resultatet från de olika grupperna vägs samman och resulterar i en gemensam prioritering av samtliga förslag. Därefter sker fortsatt dialog med politik och verksamhet inför slutgiltigt beslut av HSN.

Krav för att områden ska tas upp vid konferensen:

- Nya behandlingsmetoder
- Större språng
- Nya hälsoproblem
- Belopp över 2 mkr

### **Behovsstyrningsberedningar**

För att få en bred bild av invånarnas behov inom olika områden tillskapades den senaste mandatperioden 2018–2022 fyra behovsstyrningsberedningar under Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Beredningarna ska genomföra kunskapsinhämtning, uppföljning och föra dialog med verksamhets-, medborgar- och patientföreträdare samt följa upp resultatet av nämndens uppdrag/beställningar till verksamheten. Beredningarnas resultat kan leda fram till nya förslag till uppdrag i nämndens överenskommelser, avtal och regelböcker. Utgångspunkt för beredningarnas arbete är de patientlöften som beslutats inom Sydöstra sjukvårdsregionen och som finns beskrivna i HSN:s årsplan.

De fyra behovsberedningarnas arbete utgör grunden för den politiska processen kring behovsinventeringen. I reglementet för Region Östergötland framgår vilka ansvarsområden respektive beredning har. Hälso- och sjukvårdsnämnden kan i årsplanen besluta om specifika uppdrag för beredningarna för respektive verksamhetsår. Därefter tar behovsberedningarna fram sina egna arbetsplaner för verksamhetsåret som sedan beslutas av HSN.

Behovsberedningarna har var sitt huvudområde. Utöver det kan nämnden ge ytterligare särskilda uppdrag. Dessa uppdrag kan till exempel utgå från behovsanalyser, medborgardialoger, särskilda uppdrag och uppföljningar som tidigare beredningar och utskott har överlämnat till HSN.

De fyra behovsberedningarna har följande huvudområden:

- Jämlik vård och hälsa, förebyggande insatser, barn- och ungas hälso- och sjukvård, barnhälsa, ungdomshälsa, barn- och ungdomspsykiatri, kvinnosjukvård, förlossningsvård samt neonatalvård. Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.

- Tillgänglighetsuppföljning på ett generellt plan, e-hälsa (invånartjänster), vuxenpsykiatri, beroendevård, rehabilitering, akutsjukvård samt utomlänsvård. Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.
- Kroniska sjukdomar, cancersjukdomar, screening, sällsynta diagnoser, genetik, funktionsnedsättningar och hjälpmedel. Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.
- Äldres sjukdomar, multisjuklighet, kommunsamverkan (utom barn och unga), avancerad hemsjukvård (LAH) och annan mobil vård, utskrivningsprocessen från slutenvård, vård i livets slutskede samt e-hälsa (informationsutbyte och infrastruktur). Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.

# Hur kom vi hit?

---

Detta kapitel ger en återblick på viktiga sjukvårdspolitiska skeenden i Sverige och Östergötland med betoning på sex årtionden från 1960 till 2020. Det nationella perspektivet handlar om vårdplatserna som försvann, uppbyggnad av primärvård, nationell handlingsplan, omvandling av specialiserad vård och fokus på resultat.

Kapitlets andra halva beskriver utvecklingen av den politiska rollen i Östergötland från 1970-talet och framåt: Byggare, personalanställare, planerare, reformerare av psykiatrin, primärvårdsuppbyggare, decentraliserare, befolkningsföreträdare, valfrihetsskapare, spåmän, nedskärare och prioriterare.

Materialet är hämtat i huvudsak från följande källor:

- Vision, vägval och verklighet – Styrning av hälso- och sjukvården speglat genom den nationella handlingsplanen. Rapport Socialstyrelsen, maj 2004
- Underlagsmaterial till rapport från Socialstyrelsen. Uppdaterat i november 2005
- Nära och likvärdig vård. Rapport Landstinget i Östergötland, januari 2013
- Fördjupningsrapport ”Åtta utmaningar och en besvärjelse” samt ”En återresa i sjukvårdssystemet”.
- Författarens föreläsningar för landstings- och regionfullmäktige samt avsnitt skrivna i jubileumsboken ”Landstinget i Östergötland 150 år”.
- Statistisk årsbok, olika år från 1950.
- Bilderna är från landstingets dåvarande personaltidning ”Blåmärket” samt Östgöta Correspondenten.

## Nationellt perspektiv

### **Sjukhusvård – historia och utveckling**

När landstingen bildades för 160 år sedan var syftet att expandera dåtidens lasarettsvård. Under perioden 1865–1874 ökade antalet vårdplatser i landet med närmare 40 procent. Små sjukstugor utvidgades och man byggde nytt. Successivt utvecklades verksamheten. Hygienen förbättrades och ny medicinsk teknik introducerades när det gäller till exempel kirurgi.

Antalet läkare och sjuksköterskor ökade och verksamheten delades in i kliniker. Ur de medicinska och kirurgiska klinikerna avknoppades nya specialiteter. Så kallade odelade lasarett var dock vanliga långt in på 1900-talet. Samtliga lasarett erbjöd i princip vård dygnet runt. Utöver lasaretten fanns flera institutioner med sluten vård och även sjukstugor som kunde ta hand om akut sjuka som hade långt till närmaste lasarett. I många fall var provinsialläkare knutna till läkartjänsten vid sjukstugorna.

År 1970 totalreglerades den öppna vården vid sjukhusen parallellt med den så kallade sjukronorsreformen. Patienterna slapp betala en varierande och på förhand okänd avgift till sjukhusläkarna, för att sedan få tillbaka tre fjärdedelar av beloppet från Försäkringskassan. Ersättningen från Försäkringskassan gick i stället direkt till landstingen i form av en fast summa på inledningsvis 31 kronor per besök. Parallellt reglerades sjukhusläkarnas arbetstid utifrån en fast lön som avsåg både sluten och öppen vård.

När sjukvårdsreformen genomfördes var den öppna vården utanför sjukhusen dåligt rustad att ta emot patienter som nu skulle vänja sig att gå till vårdcentralen. Andelen läkare utanför sjukhusen ökade under 1970- och 1980-talen i samband med att läkarutbildningen expanderade. Landstingens vårdcentraler byggdes ut. Sverige gick samtidigt till att vara ett land med förhållandevis gott om läkare. De flesta nyutexaminerade läkare anställdes dock av sjukhusen som fortsatte att expandera.

Utvecklingen mot koncentration av vård och så kallad nivåstrukturering har fortsatt under 2000-talet utifrån argument och studier som visar på förbättringar i verksamhetens kvalitet. Dagens sjukhusstruktur är i högre grad regionala nätverk där de olika sjukhusen kompletterar varandra med olika inriktningar. Det är en stor förändring jämfört med tidigare då varje sjukhus skulle klara sig själv så långt som möjligt.

*(SNS 2020, Vården är värd en bättre styrning)*

*(Socialstyrelsens lägesrapport 2006, Hälso- och sjukvård – Primärvård.)*

### **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 sinnessjukhus. 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 2,0 vårdplatser per invånare år 2019.

Den kraftiga minskningen av vårdplatser i Sverige och Östergötland har skett i tre faser:

- Mentalsjukhusen som tömdes 1980–1990
- Ädel- och psykiatrireformen 1992–1995
- Medicin- teknisk utveckling och öppna vårdformer 1980-

### **Mentalsjukhusen som tömdes**



Birgittas Sjukhus 1960-tal. Foto från tidningen Blåmärket



1959 döptes de statliga sinnessjukhusen 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 tog ett nytt tänkande fart. Människor och patienter skulle inte vårdas år efter år på slutna institutioner. Vården skulle bli mänskligare och ske i öppnare vårdformer. Inom psykiatrisk vård fanns i Sverige 15 000 vårdplatser år 1990 och 4 400 vårdplatser år 2013.

### **Ädel- och psykiatrireformen**

Man kan nog säga att äldrevårdens ansvarsskifte 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. Psykiatrireformen genomfördes år 1995 med ett utökat 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 psykiatrireformen.

### **Medicin-teknisk 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 lasaretten 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.

### **Vårdcentraler och helhetsansvar**

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 sinnessjukhusens 20 procent. År 1963 tog landstingen över ansvaret för de tidigare statligt anställda provinsialläkarna, 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. (*Statistisk årsbok*)

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 all vård som kunde bedrivas utanför lasaretten.

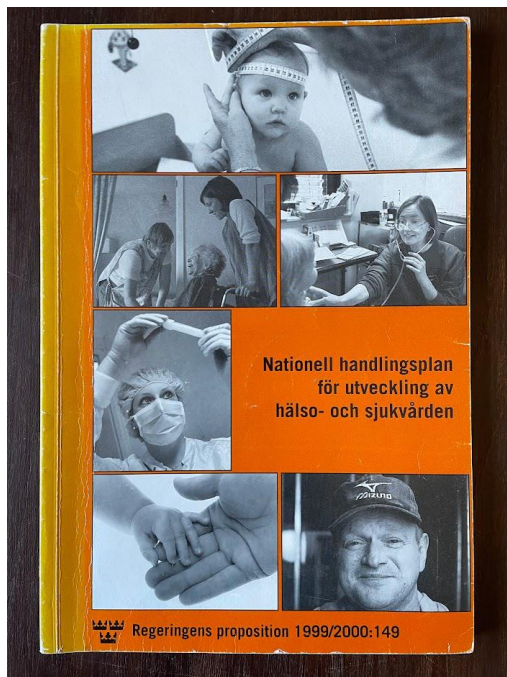
1982 års hälso- och sjukvårdslag och 1991 års kommunallag gav landstingen ett helhetsansvar att organisera hälso- och sjukvården. Enligt lagar och nationella utredningar skulle helhetssyn, före-

byggande insatser och vård efter behov vara i fokus. En allt större del av vård av bland annat kroniska sjukdomar flyttades ut till primärvården. Kommuner fick ett allt tyngre ansvar för vård av äldre i hemmet och i särskilda boenden, vilket också ställer krav på bättre samverkan och tillgång till läkarstöd.

I bilaga 3 finns ett utdrag från Socialstyrelsens lägesrapport 2006 om primärvårdens historia.

### Nationell handlingsplan

I slutet av 1990-talet myntades begreppet »den ofullgångna strukturomvandlingen«, som syftade på att strukturförändringarna bland sjukhusen inte lett till motsvarande utveckling av primärvård och kommuner. Regeringen med Socialminister Lars Engqvist (s) i spetsen beslutade därför år 2000 att förstärka primärvårdens och den kommunala vårdens resurser och utvecklingskraft genom »Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård». Landstingen fick sammanlagt åtta miljarder i ramhöjande statsbidrag parat med kravet att omvandla vården efter handlingsplanens intentioner. Det var de så kallade »kanonpengarna» som kom från nedskärningar inom Försvarsmakten.



Mellan år 2001 och 2005 pågick ett omfattande utvecklingsarbete i landstingen. Socialstyrelsen hade i uppdrag att till regeringen varje år i midsommartid genom skriftlig rapport och föredragning på Socialdepartementet följa upp aktiviteterna och resultaten i landstingen för Socialministern, Statssekreteraren och ett antal handläggare. (Och den årliga etikettfrågan var: I dessa regeringsmaktens boningar, skulle man i sommarvärmen bära slips eller var det leisure som gällde?)

Man kan väl kortfattat säga att landstingen inte hade samma tilltro till de nationella experterna som man hade på 1970- och 1980-talen. Efterlevnaden av de statliga ambitionerna i handlingsplanen blev heller inte precis hundra procentig. Handlingsplanen sammanföll emellertid med omfattande strukturförändringar i landstingen. I Socialstyrelsens lägesrapport till regeringen år 2004 om handlingsplanen kan följande läsas om effekterna av förändringarna:

»Mer än hälften av landstingen och regionerna planerar att förändra strukturen på sin sjukvårdsorganisation. Den vanligaste förändringen innebär i korthet en lokalt orienterad närsjukvård och

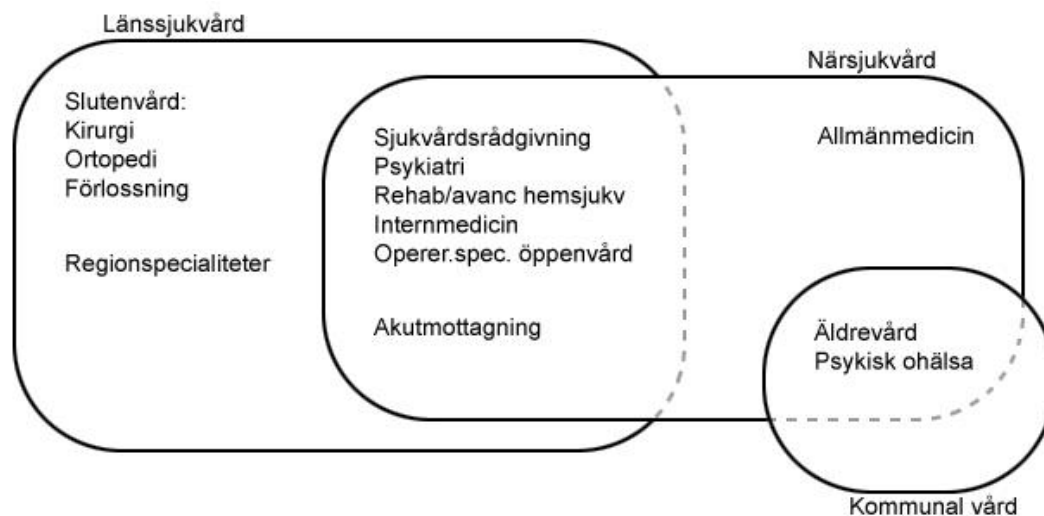
en specialiserad sjukvård som koncentreras till färre sjukhus och kliniker. Tanken är att fördela vårdinnehållet på profilerade enheter och härigenom skapa förutsättningar för fördjupad erfarenhet och högre kvalitet för den specialiserade vården. En konsekvens är att de patienter som berörs kan få längre avstånd till vård och behandling.”

I rapporten till regeringen antyds en viss tveksamhet till de politiska möjligheterna att omvandla sjukvården. Man kan också läsa att sjukvård väcker känslor och att förändringar skapar starka opinioner bland anställda, hos befolkningen och i massmedier i termer av ”rör inte vårt sjukhus”. Troligen är det så att sjukhuset symboliserar stabilitet och trygghet och att begreppet närsjukvård är diffust och okänt. Det man redan har försvarar man.

### Landstingens utvecklingsarbete

I många landsting påbörjades i den nationella planens anda ett utvecklingsarbete med den nya beteckningen närsjukvård. I flera landsting betonades att det var funktionen som stod i fokus snarare än en viss vårdgivare, vårdnivå eller profession. Närsjukvård var inte enbart primärvård utan även delar av sjukhusvård och kommunal vård. Parallellt skedde omfattande strukturella förändringar inom sjukhusvården.

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. I nedanstående figur visas en generell modell för den förändrade sjukvårdsstrukturen.



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. Det som avsågs utmärka närsjukvårdsidén sammanfattas i nedanstående figur. Figuren är en syntes från besök och planeringsdokument hos de landsting som under år 2004 arbetade enligt eller planerade att genomföra ett närsjukvårdskoncept, där primärvården integreras med den specialiserade vården.

**För patienten**

- Finnas nära, i hemmet eller på mottagningen
- Få hjälp med de vanligaste problemen
- Tillfälliga besvär eller kroniska sjukdomar
- Komma fram utan besvärande väntetider
- Ha en egen läkare
- Ha en egen sjuksköterska vid kronisk sjukdom
- Hjälp vid kontakter med sjukhusspecialist

**För organisationen**

- Finnas i centrum av befolkningen, hemsjukvård
- Hög och bred kompetens
- Organisation med brett utbud
- Hög telefonframkomlighet och tider för akuta besök
- Administrativa system för fast läkarkontakt
- Utbyggnad av specialmottagningar
- Patientens lots och god samverkan med bakre linjen på sjukhus eller på vårdcentral

**Svara för de vanligaste sjukvårdsbehoven**

Närsjukvården skulle svara för huvuddelen av befolkningens vanligaste sjukvårdsbehov och finnas nära patienten, på mottagningen eller i hemmet. De allra flesta vårdsökande skulle få hjälp med sina problem oavsett om det handlar om akuta tillfälliga besvär eller mer långvariga kroniska sjukdomar. Närsjukvården var till för vård som människor behöver frekvent och genom återkommande kontakt. Den skulle präglas av god tillgänglighet, kontinuitet och trygghet för patienterna vid övergång till andra vårdformer.

En viktig ingrediens i närsjukvården var de specialmottagningar som finns på vårdcentralerna för patienter med vissa sjukdomar. De drivs ofta av sjuksköterskor, men även av till exempel kuratorer och psykologer. De vanligaste patientgrupperna är patienter med kroniska sjukdomar som diabetes, astma och högt blodtryck.

**Primärvård kärnan**

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 var att primärvården fortfarande skulle utgöra kärnan i närsjukvården men att den inte ensam kan lösa det framtida uppdraget. Det blev således inte endast en utbyggd primärvård utan mer av en vidareutveckling av verksamheten, som skulle gynna speciella behovsgrupper, vilka mer regelbundet har stora sjukvårdsbehov. Det gällde framför allt personer med psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och äldre med komplexa vårdbehov. Dessa patientgrupper behöver sammansatta kompetenser och vård både i öppen vård, i hemmet och på sjukhus.

Idén och målsättningen var en utmaning för organisationen. Den bärande tanken var att hela tiden utgå från patientens behov och väg i vårdprocessen. Patienten ska inte känna av avbrott i vårdkedjan, vilket fordrar ett integrerat arbetssätt mellan olika vårdformer och kompetenser. Bestående kultur rördes om och gamla revirgränser revs. Ofta skapades en gemensam ekonomi, som skulle medföra att olika delenheter inte skyfflar över problemen på varandra. Det krävdes också förenklade rutiner för remisser och stödjande system för kommunikation. Problem kring jourverksamhet och läkarbemanning måste lösas gemensamt. Ett viktigt mål i närsjukvården var ökad samverkan med kommunerna för gemensamma patientgrupper.

Modellerna för närsjukvård skiftade i landstingen. Nästan samtliga landsting valde en samlad organisation för närsjukvården med en eller flera närsjukvårdschefer. I allmänhet utgjorde primärvården navet i närsjukvården, tillsammans med delar av den specialiserade vården samtidigt som man har ett nära samarbete med kommunens vård och omsorg. Det bör samtidigt framhållas att flera landsting höll fast vid en mer renodlad primärvårdsmodell. Det fanns också en skepsis eller motstånd mot nya vårdkoncept eller organisationsformer bland en del allmänläkare i landsting, som övergick till en mer sammanhållen närsjukvård.

## 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. Mellan år 1992 och 2003 upphörde akut kirurgi helt vid 20 sjukhus och delvis vid ytterligare sju. Elva sjukhus upphörde under samma tioårsperiod med akutmedicin. År 2003 återstod 60 kompletta akutsjukhus, nästan en halvering sedan 1960-talet. Under samma period har antalet vårdplatser genomgått en drastisk minskning. År 2020 fanns 7 universitets-sjukhus samt (beroende på definition) cirka 20 länsjukhus och 40 länsdelssjukhus. (*Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården, SOU:2015*).

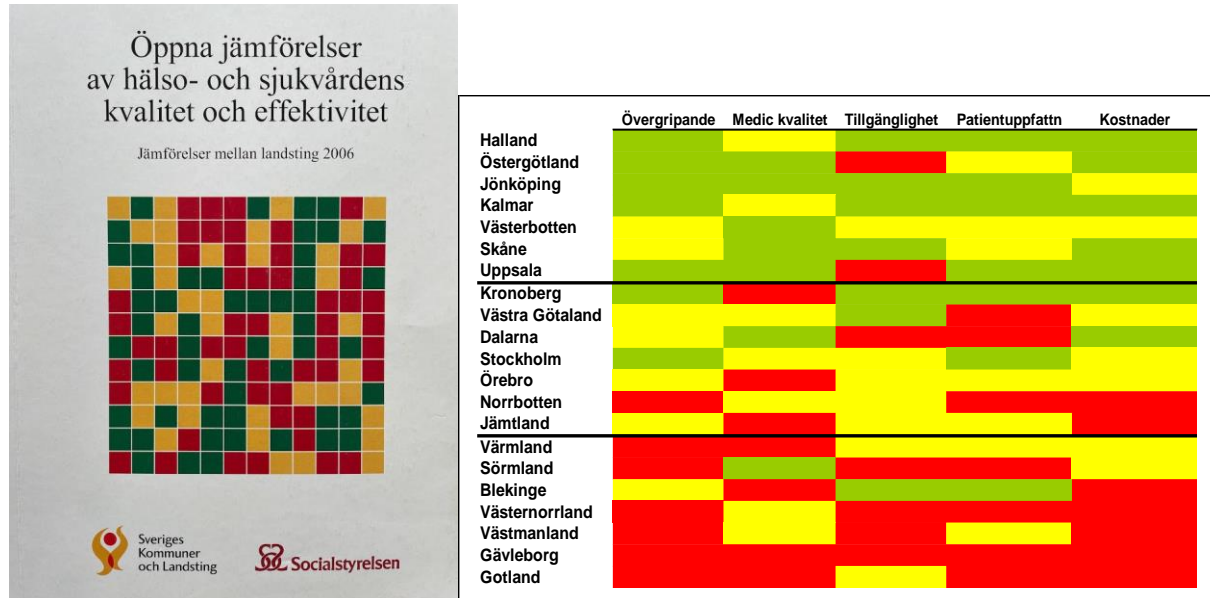
De omfattande förändringarna av vårdens struktur beror på utveckling av medicinsk teknologi och en anpassning till förändringar i samhällets infrastruktur som kommunikationer och urbanisering. En viktig grund för den accelererande utvecklingen under 1990-talet var större möjligheter att utföra behandling utan att patienterna behöver vara inlagda på sjukhus. En koncentration av det akuta omhändertagandet underlättas av möjligheterna att inleda behandling på plats och under ambulanstransport. Ambulanspersonalen har fått bättre kompetens och ambulanserna har utrustats med mer avancerad teknik.

En annan orsak var Ädel-reformen med satsningen på sjukvård i hemmet och kommunens särskilda boendeformer. Härtill tillkommer att sjukvården har ställts inför hård press att minska kostnaderna. Tanken har varit att minska de fasta kostnaderna med en förändrad sjukvårdsstruktur så att besparingarna ska kunna ske med så liten påverkan som möjligt på verksamhet och servicenivå. En följd av koncentration av akut och planerad specialiserad vård är att de patienter som berörs kan få längre geografiskt avstånd när man behöver vård och behandling vid sjukhus.

Landstingens planering under framför allt åren 2003 och 2004 visade att den akuta verksamheten på sjukhusen fortsatte att koncentreras. Utvecklingen innebar ökat fokus på en förändrad struktur av den planerade specialiserade vården. Den dominerande ansatsen var att bilda länsövergripande divisioner eller centra för de opererande specialiteterna och annan specialiserad vård som invånarna behöver mer sällan. I flera landsting upphörde sjukhusen som egen organisation och övergick till att bli "galleria" för både länsövergripande divisioner och närsjukvård. I dessa fall kan till exempel en länsgemensam ortopedidivision ha verksamhet på flera sjukhus och oftast med en uppdelning mellan akut och planerad verksamhet mellan sjukhusen. Man har också koncentrerat vissa operationer, till exempel höftledsplastik, för hela länet till ett sjukhus.

## Fokus på resultat

I juni 2006 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med Socialstyrelsen den första rapporten ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”.



I rapporten jämfördes samtliga landsting genom många indikatorer inom ett antal områden. Rapporterna gav underlag för en nära nog omvälvande förändring i ledning och styrning av landstingets hälso- och sjukvård. Historiskt och kulturellt hade de medicinska resultaten varit ett ansvar för vårdverksamheten och kliniskt ansvariga. Den övergripande ledningen och politiken på landstingsnivå hade då mycket ofullständiga verktyg och möjligheter att få varken övergripande eller mer detaljerad kunskap om de medicinska resultaten som kunde användas i styrning, ledning och resursfördelning.

Transparensen i Öppna jämförelser medförde att hela organisationen ägde resultaten och att det är naturligt att resultaten visas öppet, även till massmedia och andra intressenter. Ledningen på landstingsnivå hade sedan länge haft god kontroll på ekonomin och även i vissa delar tillgänglighet och patienterfarenheter. De många indikatorerna inom medicinsk kvalitet innebar att ledningen genom rapporterna inte heller kunde frånhända sig att ta ett ansvar för utveckling av den medicinska kvaliteten. Jämförelseanalyser gjordes över tid, mellan landsting samt mellan sjukhus inom det egna landstinget. Det handlade om att analysera och agera inom svaga områden samt att se till att invånarna får en likvärdig vård i länet.

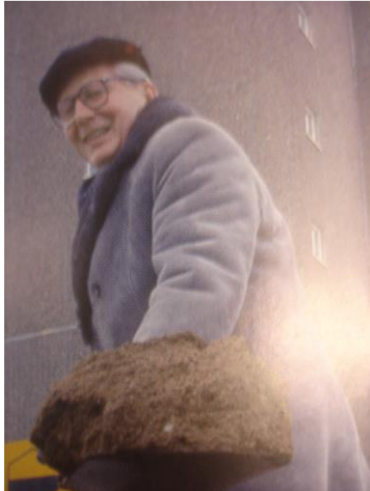
## Östergötland

*I detta avsnitt finns rubriker och foton och som är avfotograferade från två tidningar, landstingets personaltidning Blåmärket och Östgöta Correspondenten. Under rubriker och foton från Östgöta Correspondenten anges att tidningen har medgivit publicering.*

### Byggare

Liksom i övriga landsting var sjukvårdsstrukturen i Östergötland uppbyggd kring sjukhusen. Om vi går tillbaka till i början av 1970-talet hade Östergötland sju sjukhus: Linköping, Norrköping, Motala, Kisa, Söderköping och Vadstena (mentalsjukhus med 1000 vårdplatser för hela länet). 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.



Förvaltningsutskottets ordförande Lars-Olof Torfgård tar första spadtaget för RiL-blocket

Tiden under 1960- och 1970-talet präglas av många politiska detaljbeslut. Under en tidsperiod på 18 år byggdes tre nya sjukhus. 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 på gång för nytt sjukhus i Norrköping. Efter mycket utredande blev det ett helt nytt sjukhus på ny plats, Vrinnevisjukhuset som invigdes år 1988.

### **Personalanställare**

Det fanns en tydlig uppdelning mellan politik och organisation. Politiken skapade ramarna genom att förse sjukvården med lokaler och personal. Sjukhusdirektören och klinikcheferna svarade för innehållet i verksamheten. På sjukhuskontoret i "Lasarettsvillan" på Regionsjukhuset fanns sjukhusledningen: Direktionsordförande, sjukhusdirektör, direktörsassistent och budgetassistent tillsammans med två utredare.

Sjukhusdirektören var en person med stor respekt på alla de sätt. När man mötte honom på trottoaren var det som att möta rektorn i realskolan under 1960-talet: Var skulle man hålla händerna och hur skulle man hälsa? I den gråvita snabbtelefonen i kontorsrummet dundrade ibland en stämma: "Det är Orvar!". Då reste man sig snabbt i givakt och hjärnan gick på högvarv: "Vad är det nu?". Det var också ett förbud för tjänstemännen på Regionsjukhuset att utan be om lov gå stigen ned till Landstingets kansli för att uträtta ett tjänsteärende. Det var därför till de flestas förvåning som en biträdande sjukhusdirektör rekryterades från kansliets sjukvårdsavdelning.

"Det var en afton i början av maj. Den lilla serveringen i Trädgårdsföreningen hade ännu inte öppnat för allmänheten och rabatterna var ej uppgrävda. Men solen stod över sjukhuset och sköt hela kvastar mot öster, de gick genom röken från panncentralen, de ilade fram över personalmat-salen och kastade sig över kvinnokliniken.

Jag hade en bunt papper under armen när jag gick med både bävan och förväntan stigen mot sjukhuskontoret. Längst bort i korridoren satt han vid sitt skrivbord och hade just tänt dagens tjugonde cigarett. Jag kände mig nästan som Don Corleone i Gudfadern när jag sträckte fram papperet till direktionsordföranden Lennart Ek och sa: "Skriv under här!"

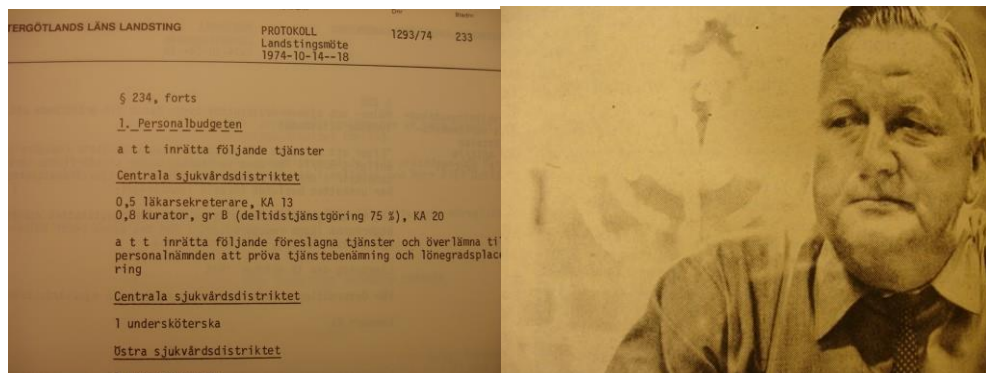
Året är 1973 och jag var nyanställd personalassistent med läkaranställningar på min lott. Jag har just träffat min förste sjukvårdspolitiker som slutsignerade alla läkarförordnanden.”  
(Manus från författarens föredragning inför Landstingsfullmäktige 19 januari 2011)



Sjukhusdirektionens ordförande Lennart Ek och sjukhusdirektör Orvar Sthen

På varje sjukhus fanns en central personalavdelning där personalchef och personalassistenter beslutade om anställningar och tjänstledigheter för personalen på klinikerna. En särskild ”vakans-expedition” ansvarade för att lösa personalbemanningen vid semesterledigheter och sjukfrånvaro.

Landstinget var noga med att besluten togs på rätt nivå. När man slår upp protokollen från Förvaltningsutskottet är det sida upp och sida ner med beslut, till exempel att inrätta 0,5 läkarsekreterare i lönegrad KA 13.



Förvaltningsutskottets (nuvarande regionstyrelsen) ordförande Holger Fällman 1974–1978

Landstingets centrala personalnämnd hade en viktig funktion. När en anställd ville gå kurs på annan ort, ansökte man hos centrala personalnämndens ordförande, som beslutade om man fick gå på betald arbetstid och i så fall om landstinget betalade kursavgift och traktamente.





Under de följande åren har personalbehovet alltid varit i fokus. I artikeln från 1989 konstateras ”Aldrig lagom många”. Andra citat från artikeln:

- Varje år får vi 100 nya sjuksköterskor. Men det hjälper inte. Trots alla insatser kommer krisen att vara efter värre i framtiden (1979).
- I början av april var 12 sjuksköterskor arbetslösa i Östergötland. Orsaken är att man har utbildat ifatt efterfrågan (1982).
- De anställda måste vara 850 färre på RiL inom de närmaste fem åren om sjukhuset ska klara de sparkrav som landstinget ålagt det (1983).
- Det råder idag akut brist på personal (1984).
- Stor brist på sjuksköterskor (maj 1986).
- De anställda måste bli färre (sept 1986).
- I år ska enligt planerna cirka 400 tjänster bort. De två kommande åren måste personalen minskas med ytterligare ett par hundra (1987).
- Var hämtar vården 90-talets arbetskraft (1988).
- 90-talets utmaning är att behålla personalen (1989).



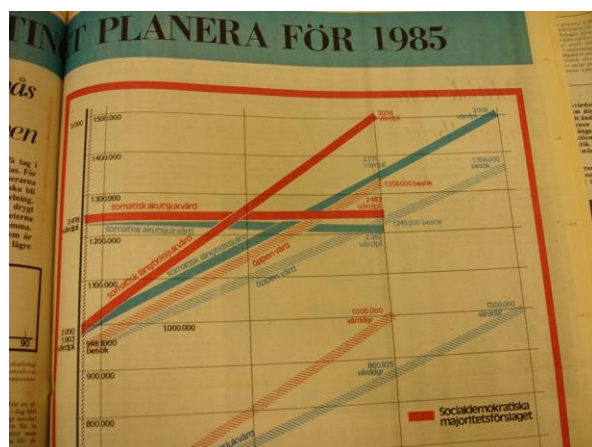
Det skulle bli fler omsvängningar av personalbehovet. Under finanskrisen 1990–1993 sjönk skatteintäkterna och för första gången i landstingets historia handlade det om massuppsägningar. 800 anställda fick sluta.

## 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.



## Reformerare av psykiatri

År 1967 tog landstingen över 23 mentalsjukhus från staten. Det var samma år som rapportförfattaren gjorde sin första bekantskap med denna så kallad vård som vikarierande skötare på Ryhovs mentalsjukhus i Jönköping. En smärre chock för en 18-åring att se människor som varit inspärr-

rade i årtionden vanka av och an i sina grå uniformer längs korridorerna totalt berövade sin frihet och integritet. För Östergötland handlade det om Birgittas sjukhus i Vadstena som var 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").



”Skära ner och skära ner – vi gör inget annat. För femton år sedan hade vi över tusen vårdplatser, idag 1980 har vi 660, berättar sjukvårdsföreståndaren på Birgittas sjukhus.” Det var också nu som ett nytt tänkande tog fart. 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 psykiatrin skulle slå upp dörrarna mot samhället, genomfördes under några få år under första halvan av 1980-talet.

### Primärvårdsuppbyggare

Den ”Öppna vården” i Östergötland bestod fram till i början av 1970-talet av läkarmottagningar och distriktssköterskeverksamhet med ledningsansvar av tre anställda vid landstingets kansli. I Linköping fanns en flerläkarstation på Torkelbergsgatan och i övrigt tre enläkarstationer i Johan- nelund, 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.



Distriktsläkare Ove Hauggard vid vårdcentralen i Ödeshög. Blåmärket 1975

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 år 2022 finns 45 vårdcentraler i Östergötland.

**225 TJÄNSTER**  
 sammanlagt beräknas 225 tjänster till vårdcentralen. Såsom man räknar med många jobbar deltid kom det i själva verket att bli om betydligt fler människor. Dessutom tillkommer elever

**service**  
 saker och ting utskrivna på askin.  
 Kuratorer, psykologer, sjukmestare och arbetsterapeuter ska ställa upp inom flera olika råden och här får man diskutera om hur man bäst ska utnyttja dem.  
 Kanske socialbyrån och de psykiatriska teamen kan samsas med dem tillsammans med hemvården och distriktssjukvården.  
 Laboratoriet kan utnyttjas av flera verksamheter på vårdcentralen.  
 Dessutom ska det finnas en gemensam städcentral och naturligtvis vaktmästare som hjälper alla.  
 Naturligtvis ska även...

**Dessa vårdcentraler ska landstinget starta under 80-talet**

	färdigt	distriktsläkare (inklusive läkare under utbildning)
Hageby	1981	tio
Finspång	1981	tio
Ektorp, Norrköping	1983	tio
Ekholmen, Linköping	1983	tio
Linköping öster	1987	tio
Sandbyhov	1985	tio
Motala I	1983	sju
Motala II	1987	sju
Ljungsbro	1981	fem
Malmslätt	1983	fem
Ryd, Linköping	1983	fem
Berga, Linköping	1986	fem
Skäggetorp, Linköping	1987	fem
Linköping väster	1987	fem
Borensberg	1987	fem

**SAMMA**  
 Patienterna någon form av och jag måste skilja ut vad som och vad som. Därför är det kontinuitet at

– Vi ordinar främst ägna

061101 BGE

## Decentraliserare

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 de beslut som tidigare tagits från centrala personal- och ekonomiavdelningar skulle läggas ut som ansvar och befogenheter till ansvariga chefer i linjeorganisationen. Den övergripande visionen var ”Bättre landsting – för att möta östgötarnas krav”.



Man kan säga att 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 uppmärksammade 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".

## Eldsjälar

I denna utveckling var Östergötland pionjär bland Sveriges landsting. Förändringen drevs av eldsjälar med ansvar för politik och verksamhet. Det var förvaltningsutskottets (nuvarande regionstyrelsen) ordförande Ragnar Gustavsson, landstingsdirektör Bertil Nilsson och sjukhusdirektören i Motala, Gösta Jedberger. Som konsultstöd rekryterades Pär Hallding från SAAB i Linköping.

Landstinget gjorde år 1990 en videofilm om Bättre landsting och vad förändringen stod för. Nedan återges några citat från filmen

Sjukhusdirektör Arne Johansson:

Vi vill betona det vi vill stå för i Östergötland: delaktighet och förståelse för helheten hos personalen och inflytande över verksamheten. Det är väldigt stor skillnad att ha frihet att lägga upp produktionen hur man vill inom de beställningsramar som någon instans kommer att lägga ut på kliniken. Men det är en teknik som underlättar att genomföra de förändringar som vi är ute efter i

landstinget. Tekniken i sig själv är ingenting värt om jag inte har en ledare som är kompetent att hantera och behärska de verktyg som vi sätter i handen på ledarna.

Ekonomidirektör Åke Rosandher:

Vi måste tillgodose allmänhetens krav på god service och tillgänglighet för att få en god vård. Vi vet också att befolkningen ökar och allt fler blir allt äldre vilket ställer höga krav på sjukvården. Den medicinska utvecklingen gör att vi kan behandla allt fler sjukdomar i allt högre åldrar. Svaret är att vi måste fokusera på vad vi får för våra pengar och hur resurserna används. Och för att göra det måste vi fortsätta förändra vår organisation och vårt arbetssätt.

Ledamot i Landstingsstyrelsen Paul Håkansson:

Det är väldigt viktigt att ha klart för sig att köp/sälj-system är en metod och teknik, inget mål. Det finns renodlade politiska beslut som skatt, avgifter och behov. Kunskapsstöd sker från tjänstemännen men initiativen från politiken. När det gäller verkställigheten och effektiviteten är det tjänstemännen som ska ta initiativet och driva detta självständigt. Men de ska ju samtidigt rapportera till oss politiker. Detta ställer krav på uppföljning som bevisar för oss att verksamheten bedrivs effektivt.

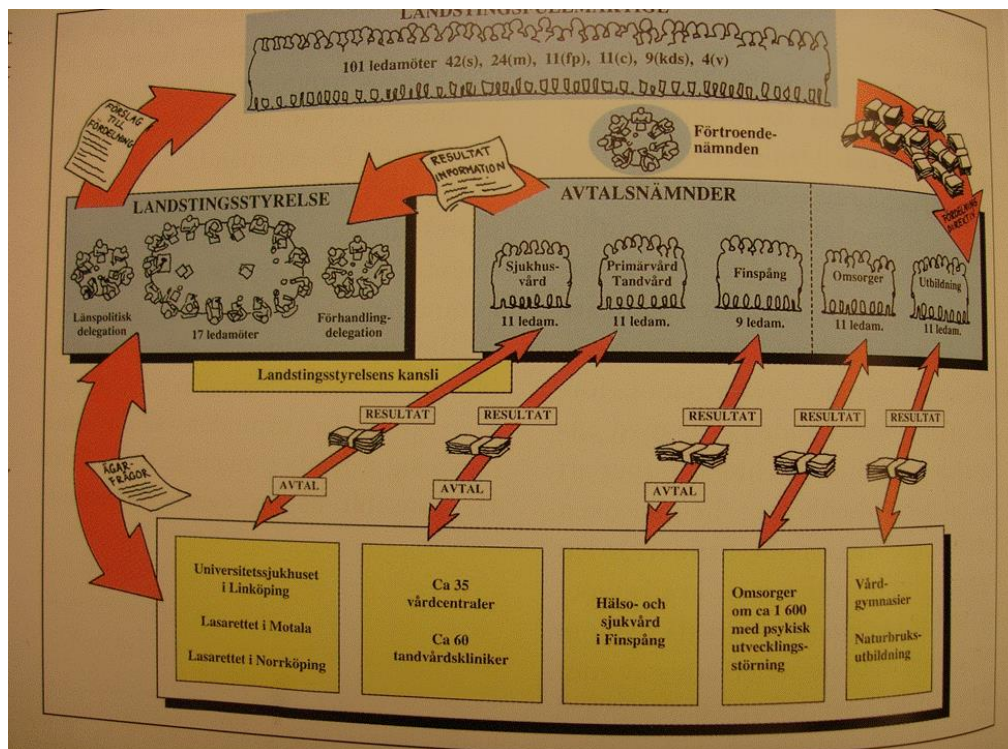
Landstingsråd Conny Öhman:

All personal ska känna att man har en aktiv möjlighet att påverka sin egen vardag och sin egen arbetsplatsituation och därmed göra det som är rätt och riktigt vårdmässigt och ekonomiskt. Det ska vara en tydligare uppdelning och ansvarsfördelning mellan politiker och tjänstemän. Mer fokuserat på resultatstyrning kopplat mot ersättningssystem. Hög självständighet och decentralisering. Politikerna koncentrerar sina insatser på behov, mål och vad man får för insatta resurser. Tydligheten ska öka i organisationen. Sätt igång och pröva – var inte så rädda för att det blir perfekt från början.

### **Befolkningsföreträdare**

I mitten av 1980-talet kom många förslag på att man i sjukvården skulle skapa marknadsliknande lösningar inom det offentliga finansieringssystemet. Detta synsätt spred sig över landstingen och Östergötland nappade på idén. Det som de flesta kallade köp- och säljsystem började nu införas.

Som en följd av decentraliseringen och en utveckling mot ett beställar- och utförarsystem var det år 1992 dags att radikalt ändra den politiska organisationen. De tre direktionerna för sjukvårdstrikten avskaffades och under landstingsfullmäktige skapades tre olika avtalsnämnder för styrning av sjukvården. En för sjukhusvård, en för primär- och tandvård och en för hälso- och sjukvården i Finspång. Dessa nämnder hade att använda sina budgeterade pengar för att sluta så bra avtal som möjligt med de olika verksamheterna.



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.

### Valfrihetsskapare

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.

Det nedanstående avsnittet inleds med en bakgrund till utvecklingen och bakgrunden på nationell nivå (*Den svenska allmänmedicinens historia, Per G Swartling, Läkartidningen nr 24 år 2006*). Se också bilaga 3 "Primärvårdens historia".

Under 1970-talet skedde i de flesta landsting en successiv distriktsindelning av primärvården där de nya vårdcentralerna fick bestämda upptagningsområden med vanligen omkring 10 000 invånare. Man bildade inom vårdcentralerna fasta arbetslag (vårdlag), bestående av distriktsläkare eller allmänläkare, distriktsköterskor, sjukgymnaster med flera – med ett gemensamt områdesansvar. Invånarna hänvisades att söka "sin" vårdcentral, och valfriheten blev därmed begränsad. Även barn- och mödrhälsövård samt sjukhemmen ingick i den nya primärvårdsorganisationen.

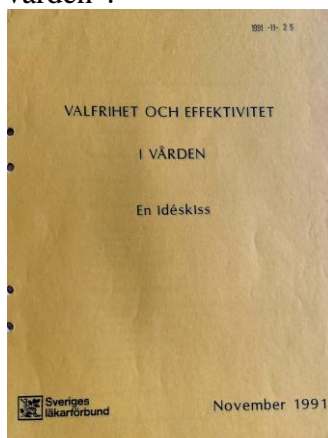
De flesta vårdcentralerna hade svårt att leva upp till de ambitiösa målsättningarna, och bristen på distriktsläkare var mycket stor. Antalet tjänster hade visserligen ökat till 1 700 – en läkare per 4 800 invånare – men nästan hälften av tjänsterna saknade ordinarie innehavare och många var helt vakanta. Det var en stor framgång 1981 då allmänmedicin blev en egen specialitet och fick en reglerad utbildning på fyra år, tidsmässigt jämförbar med övriga specialistutbildningar.

Antalet tjänster för distriktsläkare ökade under 1980-talet till 3 000, men en tredjedel av tjänsterna var vakanta. Avhoppet var stort både från tjänsterna och under utbildningen. Trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården (ofta kallad ”verbal satsning”) hade i praktiken fortsatt satsning inriktats på sjukhusbaserad vård. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 procent av samtliga specialistkompetenta läkare. I länder med mycket bättre fungerande allmänläkarvård var motsvarande siffror till exempel i Norge 30 procent och i England 40 procent.

I början av 1990-talet ökade rekryteringen av distriktsläkare, vakanserna minskade, samarbetet med distriktssköterskorna var väl utvecklat och det kändes som en lovande utveckling för primärvården. Under en borgerlig regering 1991–1994 infördes 1993 Husläkarlagen, med syfte att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården. Hela befolkningen skulle aktivt eller passivt listas hos en husläkare som man ständigt skulle kunna vända sig till. När reformen startade 1994 fanns 4 200 läkare registrerade, vilket var en oväntat hög siffra med tanke på den tidigare låga bemanningen av distriktsläkare.

Husläkartanken hade i princip ett starkt stöd i landet. I flera landsting hade man redan tidigare infört en frivillig listning. Reformen skapade dock oro och splittring i primärvården. Den starka betoningen på läkaren förändrade förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna, som hade sina områden, medan husläkarens patienter kom från många olika håll. Förväntningarna att snabbt kunna söka sin egen husläkare kunde ofta inte infrias, patienterna blev besvikna och husläkarna stressade. Husläkarlagen upphävdes av en ny politisk majoritet i riksdagen 1994 och ersattes med ett tillägg till HSL om att landstingen skulle ge alla möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare. Listningsförfarande finns fortfarande kvar. Distriktsläkarna benämns även som husläkare eller familjeläkare.

Under 20 år mellan 1973 och 1992 utarbetades flera statliga utredningar om utvecklingen av primärvård. Exempel är ”Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård” (SOU 178:74), ”Hälso- och sjukvård inför 80-talet” (HS 80), Socialdepartementet, Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90). I november 1991 publicerade Sveriges läkarförbund en idéskiss: ”Valfrihet och effektivitet i vården”.





## Östergötland

I husläkarsystemet i Östergötland ingick ökad valfrihet för befolkningen inom primärvård kopplat till system för listning, åtagande och ersättningssystem (kapitering) Allmänläkarcentrum bildades för att styra specialistutbildning av läkare och de tre forsknings- och utvecklingsenheterna i primärvård fick ordentlig kraft. 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 befolkningen. Reformen fick stor uppmärksamhet i massmedia. I lokalpressen i Östergötland producerades under åtta månader 200 nyhetsartiklar, ledare, debattartiklar och insändare; i genomsnitt sex i veckan.



*Avfotograferade artiklar från Östgöta Correspondenten. Tidningen har medgivit publicering.*

Den viktigaste sjukvårdspolitiska frågan i 1994 års riksdagsval var om husläkarlagen skulle vara kvar eller avskaffas. Lagstiftningen tolkades och efterföljdes på olika sätt. Många landsting väntade med att införa husläkare, valfrihet och listning tills riksdagsvalet var över. 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. Bland annat skulle invånarna ha

rätt att välja en egen läkare i primärvården. Landstingen valde därefter olika angreppssätt för att organisera primärvården och hantera frågorna om patienternas valfrihet till vårdcentralerna.

## Vag husläkarlag ger stora variationer

### Delegationens ordförande begär förtydligande

● Husläkarlagen är för vag, anser Lars Walberg (m), ordförande i den statliga husläkardelegationen som skall granska genomförandet av husläkarreformen. Walberg kommer, i egenkap av ordförande i delegationen, att vända sig till sjukvårdsminister Bo Königberg och begära ett förtydligande av lagen på flera punkter.

I öst läter bli den passiva. Andra sjukvårdshuvudmän, som Malmöhus län och Malmö stad, tänker skjuta upp hela listningsförfarandet för de offentligtanställda läkarna till 1995.

Husläkardelegationen är en statlig kommitté som skall granska genomförandet av reformen. Men Lars Walberg är bekymrad över frågan om olika sänkingsmöjligheter

variationer skulle tillåtas mycket starkt. Konkurrensverket, husläkardelegationen och kamraterna övervakar att husläkarlagen följs. Bo Königberg anser att det är för tidigt att kommentera om det behövs ytterligare sänkingsmöjligheter för till exempel husläkardelegationen.

**Olika förutsättningar**

Västerbotten och Blekinge om att vägen och den passiva listningen inte fullföljs, säger Ann-Margret Widén, huvudsekreterare i husläkardelegationen till TT.

**Privatans rätt**

I Malmöhus län, Malmö stad och Jämtland har politikererna tidigare bestämt att vänta in i det sist, till utgången av 1995. Sjukvårdshuvudmännen har två år på sig att genomföra det nya systemet.

Redan före årskiftet har dock privata husläkare rätt att etablera sig i hela landet. Så länge husläkarlagen gäller är det inte något som ett enskilt landsting kan stoppa, vad majoriteten än anser om husläkeriet.

Riksdagen har begärt att regeringen ska redovisa en plan

Någon sådant dokument kommer dock inte före valet, enligt sjukvårdsminister Bo Königberg (fp).

Fortsätter den borgerliga regeringen och får majoritet i riksdagen rivs inte lagen upp, det är också klart. Däremot ändras förutsättningarna om socialdemokraterna får makten.

I Blekinge har nästan 90 procent av invånarna listat sig för en husläkare. De får nu på till sin husläkare eller till någon annan, enligt landstingsrådet Erlend Johansson (s) i Blekinge.

- Allmänheten ska informeras om att de även i fortsättningen både kan välja vårdcentralerna och privata läkare, säger Johansson till TT.

**Ingen vet**

Erlend Johansson tycker inte att miljöpartiet för att planera husläkeriet i Blekinge är förhållandevis pengar.

- Om en borgerlig regering kommer tillbaka är materialet intakt och kan användas.

Ingen kan idag svära på vad det kommer att kosta att genomföra, och att stoppa genomförandet, av husläkarlagen. - So-

## Husläkarlagen på is

### Fem landsting väntar med genomförandet

VIVIANNE SPRENGELVIT  
ULF MARTESSON/TT

**Privatans rätt**

I Malmöhus län, Malmö stad och Jämtland har politikererna tidigare bestämt att vänta in i det sist, till utgången av 1995. Sjukvårdshuvudmännen har två år på sig att genomföra det nya systemet.

Redan före årskiftet har dock privata husläkare rätt att etablera sig i hela landet. Så länge husläkarlagen gäller är det inte något som ett enskilt landsting kan stoppa, vad majoriteten än anser om husläkeriet.

Riksdagen har begärt att regeringen ska redovisa en plan

Någon sådant dokument kommer dock inte före valet, enligt sjukvårdsminister Bo Königberg (fp).

Fortsätter den borgerliga regeringen och får majoritet i riksdagen rivs inte lagen upp, det är också klart. Däremot ändras förutsättningarna om socialdemokraterna får makten.

I Blekinge har nästan 90 procent av invånarna listat sig för en husläkare. De får nu på till sin husläkare eller till någon annan, enligt landstingsrådet Erlend Johansson (s) i Blekinge.

- Allmänheten ska informeras om att de även i fortsättningen både kan välja vårdcentralerna och privata läkare, säger Johansson till TT.

**Ingen vet**

Erlend Johansson tycker inte att miljöpartiet för att planera husläkeriet i Blekinge är förhållandevis pengar.

- Om en borgerlig regering kommer tillbaka är materialet intakt och kan användas.

Ingen kan idag svära på vad det kommer att kosta att genomföra, och att stoppa genomförandet, av husläkarlagen. - So-

*Avfotograferade artiklar från Östgöta Correspondenten. Tidningen har medgivit publicering.*

### Spåmän

I tidningen Blåmärket publiceras år 1993 en helsidesartikel om svårigheterna att sja om framtiden och tidningen konstaterar att en säker framtidsprognos idag är rena lögnen om ett par år. Två landstingsråd vågar ändå spå knappt tio år fram i tiden.

10 Blåmärket Nr 8-93

# Det är svårt att sja om framtiden...

ett år svårt att sja om framtiden! En säker framtidsprognos idag är rena lögnen om ett eller ett par år. Det vågar Blåmärket påstå, efter en kontroll av sakförhållandet - läsning av Blåmärket från starten 1974 och framåt.

## Hur en stor vårdcentral fungerar vet vi först när den tas i bruk



Under den rubrik, som finns inlagd i bilden berättar Blåmärket om Hageby vårdcentral, som ska vara klar 1981, och alla de andra stora vårdcentraler som kommer därefter.

Blåmärket har oräkneliga gånger citerat chefer som sagt att man ska "lyssna på personalen". Tänk om de lyssnat, på de åtta landstingsanställda i samma nummer av tidningen. Så här sade de exempelvis:

Bengt Rutström, distriktsläkare: Jag förstär inte varför landstinget vill bygga tio-läkarkationer. Ingen vill, jag ju ha dem. Ändå så byggs de. Jag tror att det blir svårt att rekrytera personal till så stora centraler. De är för stora helt enkelt...

Mona Andersson, mottagningssköterska: Vi har tre läkare på den här vårdcentralen och de tycker jag räcker. Jag tycker att storleken, en treläkarkation, är jättebra. Den ska inte vara större helt enkelt.

Orvar Stehn, sjukhusdirektör: Sjukhusledningen har redan motsatt sig stora vårdcentraler... Sedan uppfördes Kannan i Norrköping och det har redan visat sig att den inte fungerar...

Marie-Luise Grinning, mottagningsbiträde: Vi flydde ju sjukhusen för att få jobba i mindre vårdlag. Nu vill man få in oss i stora hus och jobba i stora gäng igen. Vi vet ju hur det blir. Överblicken blir sämre och effektiviteten blir lidande... Jag tror inte på stora vårdcentraler.

**3 000 akutvårdspplatser ska vi ha 1974**

1974 presenterar sjukvårdsplanekommittén i Östergötland sina bedömningar hur sjukvården ska se ut sex år senare - år 1980. Tusen nya långvårdspplatser behövs sålås det fast. När det gäller den akuta sjukhusvården ska Norrköping ha 820 vårdplatser. I Linköping ska sjukhuset byggas ut med 440 platser. Lasaretten i Fin-

**Lasaretten ska nte byggas Vrinnevi 1974**

Det nya lasarettet i Norrköping ska få 820 vårdplatser och det blir billigast att bygga det på den gamla tomten inne stan.

Den av landstingets tillsatta kapacitetsutredningen för det nya lasarettet i Norrköping har offentliggjort sina slutsatser och Blåmärket redogör för dem i sitt första riktiga nummer. Där står att läsa:

"Det har länge varit klart att det behövs ett nytt lasarett i Norrköping. Men tidigare har man tänkt sig sig att bygga det nya lasarettet på en ny tomt i Vrinnevi. Det var till exempel

nya lasarettet på en ny tomt i Vrinnevi. Det var till exempel ping ha 820 vårdplatser. I Linköping ska sjukhuset byggas ut med 440 platser. Lasarettet i Fin...

... att höja sig till de 270 platser man redan har. Totalt ska akutsjukvården därmed ha ca 3... Idag finns det ungefär lika sjukvårdsplanekommittén skulle finnas enbart på US 1980.

## De vågar spå om år 2000

**Lars Olof Torfgård**

ningsvis har det åter börjat bli en viss balans, så att det har blivit lite lättare att få arbete inom sjukvården. Idag går erfaren, duktig och utbildad sjukvårdspersonal arbetslös. Det tycker jag känns mycket dystert. Bristen på sjukvårdspersonal under 80-talet hade sin grund i en dragkamp om personalen mellan industrin och landsting/kommuner. Den dragkampen kommer nog aldrig tillbaka.

**Blåmärket:**  
**Har vi åter personalbrist?**

**Lars Olof Torfgård**

Sjukvården kommer så smått att behöva anställa personal igen redan något år före år 2000, men någon personalbrist tror jag inte på. Landstinget måste sätta till att minska antalet anställda t o m 1996. Under den här tiden kommer många äldre landstingsanställda att välja att gå i garantipension. År 2000 har vi därför en låg naturlig avgång, samtidigt som de nyutbildade konkurrerar om jobben med dem som gick ut några år tidigare och inte lyckats få fasta jobb. Några år in på 2000-talet, när de många 40-talisterna börjar komma i pensionsåldern, är jag rädd för att det kan bli en viss brist på utbildad sjukvårdspersonal.

– Jag tror att Sverige tar sig ur dagens ekonomiska kris. När hjulen kommer igång ordentligt kommer det också in lite mer pengar till sjukvården.

– Jag tror inte att sjukvården

**Bo Pettersson**

till lägre kostnad. Jag tror inte att patienterna har något emot att åka ett par extra mil för en planerad operation. Med vård av kroniska sjukdomar, som njursjukdomar där det behövs dialys, är det en annan sak, där behövs närhet. Kommer klyftorna i samhället att öka? Kommer arbetslösheten vara lika hög som idag? Det måste vi motverka med all kraft. Vi får annars fler människor med missbruksproblem och psykiatriska problem.

**Blåmärket:** Finns det några landsting år 2000?

**Lars Olof Torfgård**

– Det är en konstlad situation att handla av sig själv. Det är vad landstinget gör idag, så gott det nu går. Hittills har vi en del goda erfarenheter, men vi har också sett att det är svårt att tillämpa konkurrens på lika villkor när beställaren av vård och den störste vårdproducenten ingår i samma organisation.

En förändring behövs. Därför har avvecklingen av landstinget i dess nuvarande form startat år 2000. Vi håller på att gå över till ett system med försäkringsfinansierad sjukvård, som täcker alla.

Då har vi bestämt att kostnaderna för sjukvården och ersättningen till de sjukskrivna betalas ur samma planbok. Landstinget behöver inte fortsätta att producera sjukvård. Stiftelser, med lokala representanter i styrelsen, kan överta driften och vi har mer privat driven sjukvård.

**Bo Pettersson**

– Landstingen kommer omkring år 2000 att ersättas av regioner som övertar landstingens beskattningsrätt. Dit har vi direktval. Regionerna tar bl a över ansvaret för sjukvården. Den fortsätter att drivas på ungefär samma sätt som idag, men "kopas sälj" är ute. Sjukhus och vårdcentraler får betalt för vad de gör genom kontraktskrivning. Det ser jag som en bra form i sig. Kvalitetsskäpning och kontroll över sjukvårdskostnaderna.

Husläkarsystemet är givetvis redan historia. Listingen skrotar vi år 2000. Så barockt; tvinga in varenda frisk östgöte på en lista hos en doktor, istället för att låta folk fritt välja doktor. Givetvis har vi valfriheten kvar. Den är viktig och den får inte försämrans.

Redigerade utdrag från artikeln:

### Har vi fyra sjukhus år 2000?

**Lars Olof Torfgård (m):** År 2000 hoppas jag att vi har fyra sjukhus i Östergötland, men vi har beslutat att patienterna har valfrihet. Deras val kommer att avgöra hur många sjukhus vi har och dess dimensionering. Husläkarsystemet är väl etablerat och en patient som då ska läggas in kommer säkert att rådgöra med sin husläkare om vilket sjukhus han ska välja. Man kan säkert mellan sjukhusen göra överenskommelser om specialisering. Allt behöver inte finnas överallt. Det är varken bra för kvaliteten eller ekonomin. De medicinska framstegen har gjort att människor kan opereras på ett skonsammare sätt och ofta åka hem samma dag de opereras. Samtidigt får vi fler gamla människor. Om man kan minska antalet vårdplatser ytterligare är jag därför osäker om.

**Bo Pettersson (s):** Ja, vi har fyra sjukhus i Östergötland också, men vi får en uppgiftsfördelning mellan sjukhusen, framför allt då det gäller planerade operationer. Vi kan då höja säkerheten och kvaliteten och vi får mer sjukvård till lägre kostnad. Jag tror inte att patienterna har något emot att åka ett par extra mil för en planerad operation. Med vård av kroniska sjukdomar, som njursjukdomar där det behövs dialys, är det en annan sak, där behövs närhet. Kommer klyftorna i samhället att öka? Kommer arbetslösheten vara lika hög som idag? Det måste vi motverka med all kraft. Vi får annars fler människor med missbruksproblem och psykiatriska problem.

### Finns det några landsting år 2000?

**Lars Olof Torfgård (m):** Det är en konstlad situation att handla av sig själv. Det är vad landstinget gör idag. En förändring behövs. Därför har avvecklingen av landstinget i dess nuvarande form startat år 2000. Vi håller på att gå över till ett system med försäkringsfinansierad sjukvård, som täcker alla. Landstinget behöver inte fortsätta att producera sjukvård. Stiftelser, med lokala representanter i styrelsen, kan överta driften och vi har mer privat driven sjukvård.

**Bo Pettersson (s):** Landstingen kommer omkring år 2000 att ersättas av regioner som övertar landstingens beskattningsrätt. Dit har vi direktval. Sjukvården fortsätter att bedrivas på ungefär

samma sätt som idag, men ”köpa-sälj” är ute. Sjukhus och vårdcentraler får betalt för vad de gör genom kontraktsskrivning. Det ser jag som en bra form – ger både ”prispress”, kvalitetsskärpning och kontroll över sjukvårdskostnaderna. Husläkarsystemet är givetvis redan historia. Listningen skrattar vi åt år 2000. Så barockt; tvinga in varenda frisk östgöte på en lista hos en doktor, istället för att låta folk fritt välja doktor. Givetvis har vi valfriheten kvar. Den är viktig och den får inte försämrats.

## Nedskärare

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 mer än tillväxten av bruttonationalprodukten. Medan staten blir återhållsam fortsätter kommuner och landsting att hålla en hög expansionstakt så besparingarna riktas på kommunsektorn. ”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 verksamhetens ekonomi 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”.



Ekonomidirektör Arne Johansson

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. Åren 1990–1993 föll BNP med fem procent och det var ett stort underskott i statsbudgeten. Landsting och kommuner fick då återigen stå för en stor del av saneringen av statsfinanserna. Statsbidrag drogs in och ett kommunalt skattestopp gällde under flera år.

För Östergötlands del innebar krisen att skatteintäkterna sjönk med 14 procent mellan 1992 och 1995. De ekonomiska resurserna minskade under denna period varje år med mellan 0,5 och 1,6 procent. Under samma tid minskade landstinget antalet anställda genom att säga upp 800 personer. Samtidigt hade landstinget haft ett par decennier av expansion och det fanns ett utrymme för effektiviseringar och besparingar.

I början av 2000-talet var det dags igen. Nästan samtliga landsting gick på minusresultat och Östergötland var inget undantag. År 2004 minskade ekonomin med nästan sex procent och omfattande strukturella förändringar genomfördes i landstingets sjukvårdsorganisation. Det dröjde se-

dan 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 minskning av intäkterna med 1,3 procent detta år och 0,5 procent år 2010. Under åren därefter ökade landstingets volymer kraftigt liksom skatteintäkter och plusresultat i bokföringen.

## Prioriterare

Landstingets omstrukturering av vårdorganisationen år 2004 både sammanföll med och var till en del en effekt av ekonomiska bekymmer. Ett nydanande och måhända djärvt och utmanande politiskt arbete infördes om prioritering, ”Svarta listan”.



### mskräck och hudmörör prioriteras bort

# 'Svarta listan' blir allt längre

**Presskonferens med hälsa- och sjukvårdsnämndens presidium för majoriteten. Från höger Anna-Lena Sörenson (ordförande), Agneta Niklasson och Sing-Britt Centerfjäll.**

...svarta listan blir allt längre. Det är en lång lista över sjukvårdstjänster som ska prioriteras bort eller minska. Det handlar om allt från sjukvård till äldreomsorg. Det är en svår lista att gå igenom, men det är nödvändigt för att kunna finansiera vården. Det är en svår lista att gå igenom, men det är nödvändigt för att kunna finansiera vården. Det är en svår lista att gå igenom, men det är nödvändigt för att kunna finansiera vården.

## Tydlighet krävs om öppna priorit

**En nyckelfråga är vem som ska bestämma**

...tydlighet krävs om öppna priorit. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas.

Presskonferens 2004 med hälsa- och sjukvårdsnämndens presidium för majoriteten. Från höger Anna-Lena Sörenson (ordförande), Agneta Niklasson och Sing-Britt Centerfjäll.

# Sjukvården kräver prioriteringar

...sjukvården kräver prioriteringar. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas.

## Öppen prioritering ett framsteg

...öppen prioritering ett framsteg. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas. Det är en nyckelfråga som ska bestämmas.

Avfotograferade artiklar från Östgöta Correspondenten. Tidningen har medgivit publicering.

Processen gav sprängkraft och blev uppmärksammanad och diskuterad nationellt med följd att ledande politiker i Östergötland 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 på grunden till landstingets övergripande politiska styrsystem: 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 eller omfördelning inom ramen. 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.

# Vart är vi på väg?

---

Detta kapitel har enbart ett nationellt perspektiv men som förstås också gäller för Östergötland. Det första avsnittet har huvudrubriken ”Utmaningar” och rör demografisk utveckling, äldres hälsa och omsorg, det globala hälsohotet, ekonomiska förutsättningar, personal och kompetensförsörjning och tillgång till vårdplatser. Därefter följer avsnittet ”Förväntningar och opinionsbildning” som gäller de stigande förväntningarnas missnöje, medvetna patienter och intresseorganisationer. Det avslutande avsnittet är ”Vilka är vägarna” om styrningsformer, de oändliga lösningarna och den senaste primärvårdsreformen.

Den demografiska förändringen med allt fler och större andel äldre i befolkningen medför att vårdbehoven förväntas öka mer framöver än under de femton åren. Den medicinska utvecklingen innebär dessutom att fler människor kan få mer avancerad 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.

Framtiden rymmer stora utmaningar men också möjligheter. Den medicinska utvecklingen skapar förutsättningar att arbeta på nya sätt med bättre kvalitet och ökad produktivitet. Digitaliseringen ger möjligheter att utveckla arbetsformer och ökad personcentrering. Utveckling och förändring sker dock inte av sig självt. Det kräver styrning och ledning som främjar lärande och innovationer.

Underlaget till detta kapitel är hämtade i huvudsak från rapporten ”Vägar och verklighet – Kampen om framtiden, ett drama om vårdens villkor inför 2025”. För fördjupad kunskap hänvisas läsaren till denna rapport som består av tre delar och som finns på Region Östergötlands hemsida, Politisk styrning/Hälso- och sjukvårdsnämnden: *”Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025”*.

## Utmaningar

Vilken vård kan vi anse oss ha råd med? Vilken kostnad är då rimlig? Hur ska behandlingar finansieras? Vilka patientgrupper ska prioriteras? Kraven på prioriteringar ökar på grund av en snabb medicinsk-teknisk utveckling i kombination med ökade förväntningar på vården bland medborgare och patienter. Bland ansvariga sjukvårdspolitiker har prioriteringsfrågor alltid upplevts som besvärande och i möjligaste mån undvikits. Hellre har man ägnat sig åt andra utmaningar och mer kortsiktiga problem. Det finns gott om sådana i vården och de kan vara nog så uppmärksammade i media och i befolkningen.

### **Demografisk utveckling – Färre får försörja fler**

År 2020 lämnade vi ett årtionde när Sverige haft den största befolkningsökningen någonsin. Samtidigt kommer vi att riskera brist på arbetskraft både till näringslivet och till välfärden. (*SKR ekonomirapport hösten 2021*) Det ställer krav på regionerna att förändra arbetssättet och i högre grad använda tekniska lösningar som ger invånarna möjlighet att själva göra delar av de tjänster som annars kräver personella resurser.

Den senaste prognosen från SCB visar en väsentligt lägre befolkningstillväxt än i tidigare prognoser. Effekterna har dock tagit fart när fyrtioåringarna börjar nå den vårdkrävande åldern över 85 år och genom att sextioåringarna börjar gå i pension. Den grupp som ökar snabbast de närmaste tio åren, även i antal räknat, är personer över 80 år. Den arbetsföra delen av befolkningen ökar endast marginellt och den så kallade försörjningskvoten ökar. 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.

### **Äldres hälsa, vård och omsorg – Ökning med 50 procent**

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 tillsammans med skattebetalarna betala notan. För samtidigt som de friska åren ökar är det mycket som talar för att de sjuka åren också blir fler. Fram till år 2030 ökar antalet invånare 80 år och äldre med 50 procent. Ökningstakten är mångdubbelt större än för perioden tio år bakåt. Åldersgruppen 80 år och äldre stod år 2019 för nästan en fjärdedel av vård dagarna vid sjukhus.

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.

### **Det globala hälsohotet – En stor potential för sjukvårdens sammanbrott**

De två största omvärldshoten och utmaningarna för människors hälsa och sjukvårdens funktion stavas Resistent bakterier och Pandemier. Spridningen av bakterier ökar som en tyst och långsam pandemi av bakterier som inte antibiotikan biter på. Resistensen förvårar inte bara behandlingen av infektionssjukdomar. Den påverkar också övrig sjukvård som kan bli så riskfylld för patienten att man inte kan utföra den.

Pandemier av smittsamma sjukdomar drabbar världen regelbundet. Under de senaste hundra åren har det förekommit fem pandemier. Det handlar inte om utan när. Klimatförändringar gör att forskare prognostiserar fler pandemier framöver. Värmeböljor och översvämningar av extrem art är också ett hälsohot. Nya sjukdomar kan komma in där de inte har funnits tidigare.

Vi har de senaste två åren kunnat se att en influensapandemi benämnd covid-19 plötsligt har utsatt sjukvården för en nästintill övermäktig belastning under två år. Snabba och svåra beslut och prioriteringar har fått göras på övergripande nivå i den nationella politiken, inom myndigheter, i sjukvårdssystemet, inom vårdverksamheten och av sjukvårdspersonalen.

### **Ekonomiska förutsättningar – Vargen är här**

När regionerna gick in i budgetarbetet inför 2020, med »normalåret« 2019 som grund, såg det ekonomiskt sett kärvt ut i många verksamheter och effektiviseringsåtgärder var på gång. Detta arbete lades på is när allt kom att handla om att hantera pandemin. Det är ett lågt förändringstryck jämfört med tidigare år. Regionerna har fått stora resurstillskott i form av riktade statsbidrag till följd av pandemin. Dessa bidrag och ett starkt börsår är de tyngsta faktorerna bakom finansiella överskott i regionsektorn. Men det kan komma kärvare tider. Regionerna kommer att behöva pri-

oritera ekonomistyrningen genom att analysera underliggande kostnadsökningar och lägga fokus på effektivitetssatsningar och styrning av vården. Det handlar om att kunna hantera uppskjuten vård och komma till rätta med tidigare tillgänglighetsproblem. Staten måste å sin sida bidra med stabila och långsiktiga planeringsförutsättningar som till exempel tidiga besked om resurser och eventuella reformer.

### **Personal- och kompetensförsörjning – Den grundläggande förutsättningen**

Antalet personer i arbetsför ålder 20–66 år ökar med i genomsnitt 31 000 per år fram till år 2029. Dessa personer ska täcka hela arbetsmarknadens behov av arbetskraft. (*SKR Kompetensutmaningen 2020*)

Arbetsmarknadens behov av personal är stora inom många områden och prognosen för antalet högskoleutbildade riskerar att inte täcka behoven. Det innebär stora utmaningar framöver, inte bara för lärosätena utan för de berörda verksamheterna. Men det innebär också stora möjligheter till arbete inom dessa områden. (*UKÄ Prognoser för behovet av högskoleutbildade, 2021*).

SKR har publicerat ”Möt kompetensutmaningen – Rekryteringsrapport 2020”. Av rapporten framgår ett behov av personal inom välfärden i regioner och kommuner till totalt 47 000 personer per år inom vård och omsorg, skola, socialtjänst och övrig service. Pensioneringar står för 70 procent och 30 procent beror på ökade behov genom den demografiska utvecklingen.

Om inga drastiska förändringar sker i arbetssätt och bemanningsbehov kommer det att behövas 230 000 nya medarbetare sammanlagt inom regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg den närmaste tioårsperioden. Inom kommunerna är behovet 140 000 och inom regionerna 90 000. (*SKR Kompetensutmaningen 2020*).

Tre fjärdedelar av de anställda i patientnära arbete inom regionerna är legitimerade med en akademisk utbildning på tre år eller mer. Nuvarande utbildningskapacitet kommer inte att räcka till för rekryteringsbehovet. Det gäller framför allt sjuksköterskor men också andra grupper som barnmorskor, biomedicinska analytiker och arbetsterapeuter. Situationen är densamma för den gymnasiala undersköterskeutbildningen. Under de senaste åren har personalsituationen blivit ännu svårare att hantera. Det handlar nu inte bara om reguljära pensioneringar som ska ersättas. Det finns en tendens att framför allt sjuksköterskor slutar på sitt arbete efter kortare tid än som var fallet förut. Man söker till andra avdelningar, till andra arbetsgivare eller arbete utanför sjukvård. Denna utveckling är mest tydlig inom dygnet-runt-vården på sjukhus.

### **Tillgång till vårdplatser – Nyttänkande för att klara dygnetruntvården**

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 tillhör nu de länder med 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. En annan faktor är sjukdomar som plötsligt tränger undan andra patientgrupper på grund av brist på vårdplatser.

I januari 2022 gjorde Inspektionen för vård och omsorg en nationell tillsyn av sjukhusvården i Sverige. Svaren från regionerna visade att minst 18 av landets 21 regioner har brist på disponibla vårdplatser, det vill säga platser inom slutenvården som har den utrustning och bemanning som krävs för att kunna säkerställa patientsäkerheten. Man kan inte vårda patienterna med god säkerhet och en god kvalitet som leder till en ökad risk för vårdskador. Ivo konstaterar att man ser en allvarlig beskrivning. Regionerna har inte tillräckligt med personal att bemanna med rätt kom-



petens vare sig i det korta läget eller mer långsiktigt. (*Svenska Dagbladet 26 mars 2022*). Ett omfattande strategiskt nytänkande krävs således för att sjukhusvården framöver ska klara sig med vårdplatser på nuvarande nivå.

### **Likvärdig vård i landet – Lätt att säga svårt att göra**

Uppdelningen i 21 självständiga regioner medför skillnader i resurser, ambitioner och prioriteringar. De blir därmed också skillnader vad gäller vårdens utbud, tillgänglighet och kvalitet. Mot denna situation står att det finns en utbredd förväntan hos människor att regionerna 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 regiongränserna. Gemensamma nationella utvecklingsinsatser sker vad gäller tillgänglighet, äldreomsorg och kunskapsstöd. Regionerna har ökat sin samordning av olika strategiska frågor för invånare och patienter. Regeringen har tagit nya initiativ till utredningar att förändra dagens sjukvårdssystem så att det på ett bättre sätt motsvarar medborgarnas behov och förväntningar. Mer om denna utmaning och möjligheter finns att läsa i nästa kapitel ”Nationellt likvärdig vård”.

## **Förväntningar och opinionsbildning**

Den demografiska utvecklingen medför att vårdbehoven sannolikt ökar mer tio år framåt än den föregående tioårsperioden. Den medicinska utvecklingen innebär dessutom att fler människor kan få alltmer avancerade behandlingar av sina sjukdomar. Härutöver kommer standardutvecklingen parat med att människan aldrig blir nöjd. Det skapar ökade förväntningar på vårdens tillgänglighet, likvärdighet och kvalitet.

### **De stigande förväntningarnas missnöje**

Vi befinner oss i januari 1956 och riksdagens remissdebatt i andra kammaren har just börjat. Statsminister Tage Erlander reflekterar öppenlydande om partiets strategiska situation i ett samhälle som har vant sig vid ett ständigt ökande välstånd. Fattigdomen tycks en gång för alla vara förpassad till historien. Reformerna har duggat tätt och den materiella levnadsstandarden har ökat oavbrutet. Ändå straffar väljarna socialdemokratien. Varför? Erlanders svar är att människor är missnöjda med att det inte gick tillräckligt fort. De ville ha mer och snabbare.

Tesen om de stigande förväntningarnas missnöje hämtar inspiration från Abraham Maslows berömda teori om behovstrappa. Det är en förklaringsmodell inom psykologin för hur människor prioriterar sina behov. Modellen innebär att behoven på en lägre nivå måste vara tillfredsställda innan högre mål blir viktiga för individen. När fattigdomen är utrotad och de grundläggande materiella behoven är tillgodosedda så riktar människorna blicken mot nya mål. I toppen på trappan ligger självförverkligande.

En doktorsavhandling från 1970-talet kastade ett nytt ljus över tesen om de stigande förväntningarnas missnöje. Avhandlingen visade att missnöjet med den kommunala servicen var störst i de kommuner där den var som bäst utbyggd. Det paradoxala resultatet indikerade att missnöjet var av dynamisk karaktär precis av det slag som Erlander tidigare kunnat konstatera; efterfrågan på offentlig service ökade ju mer sådant som fanns. Liknande slutsatser finns i boken ”Alltid mer aldrig nog” från 1994. Bokens budskap var att staten aldrig kunde tillfredsställa medborgarnas behov utan endast – och i bästa fall – tillfälligt stilla dem. Det sociala kontraktet var gränslöst: anspråken skulle växa oavbrutet.

## Patienterna medvetna om möjligheterna

Idag är invånarna pålästa och vet vilka behandlingsalternativ som finns tillgängliga genom till exempel information i massmedia, på Internet och i sociala medier. Patienterna kommer i allt högre grad ställa krav på den nyaste tekniken, vilket är en faktor som kan få ökad betydelse och kommer att driva på behoven och kostnadsökningen. Härutöver finns andra exempel. Det handlar om krav på tillgänglighet, valfrihet, bemötande, tidpunkt för insatser, förmåga att hantera sammansatta och komplexa hälso- och sjukvårdsproblem, individuellt utformade vårdtjänster och fullgod rehabilitering. Det är ju också så att våra sociala nätverk har förändrats. De vuxna barnen lever i högre grad längre från sina föräldrar och det blir svårare att få råd och stöd när man blir sjuk. Och då är det vården som blir tryggheten.

Denna utveckling, tillsammans med ökad köpkraft, driver upp förväntningarna på våra välfärdstjänster. Det är inte trovärdigt att hävda att standarden inom vård och omsorg är så god att någon ytterligare betydande höjning av denna inte behövs. Det skulle i så fall innebära att den historiska trenden med ständigt förbättrad standard skulle brytas just nu. Det är svårt att hitta något skäl till att medborgarna skulle prioritera konsumtion av välfärdstjänster lägre än annan konsumtion.

## Intresseorganisationer

Dagligen publiceras debattartiklar av företrädare för patientorganisationer och andra intressenter att just de sjukdomar och behandlingar som man bevakar ska prioriteras högre med pengar och personal. Ofta paras behoven med krav på nationella strategier. Några exempel:

- ”Fler BB i liten skala krävs för att lösa förlossningskrisen”. DN debatt 8 december 2021.
- ”Vi har en ojämlig hjälpmedelsförsörjning. Det behövs en nationell hjälpmedelsstrategi och nationella riktlinjer för sortiment, kriterier och avgifter för hjälpmedel”. Dagens Medicin debatt 17 januari 2022.
- ”Vi behöver en strategi för jämlik cancervård. Inför jämlik screening för olika cancerdiagnoser i alla regioner.” Dagens Medicin debatt 4 februari 2022
- ”Det går att minska återfallen i hjärt- och kärlsjukdomar. Idag påverkar bostadsort, utbildning och inkomst vilken vård den enskilde får efter en hjärtinfarkt. Regionerna har ett ansvar att minska den befintliga ojämligheten och ge den bästa vården både på sjukhuset och i primärvården”. Dagens Samhälle 14 februari 2022.
- ”Vi tillhör de sämsta i EU på att behandla osteoporos”. Dagens Samhälle 16 februari 2022.

Man kan också läsa debattartiklar och om demonstrationer från fackliga företrädare och andra intressegrupper som riktar sig direkt till enskilda politiker. Under hösten 2021 rapporterade nyhetsmedia om demonstrationerna utanför landstingshuset i Stockholm: ”Publikhavet vimlar av skyltar som skanderar olika budskap. Hårda budskapet till Svenonius: Var är du? Kom ut om du vågar! ropar körledaren” (*Utdrag ur Svenska Dagbladet 17 november 2021*).

## Vilka är vägarna?

### Styrningsformer

Under de senaste fyrtio åren har flera nya styrmodeller prövats i svensk hälso- och sjukvård med tanken och förhoppningar att man ska få mer vård för pengarna. Man kan säga att det har blivit en utmaning i sig om hur vården ska organiseras och styras. På senare tid har kritik och missnöje med styrningen skapat grogrund för förslag på en mera tillitsbaserad styrning. Det är dock fortfarande oklart hur en sådan styrning ska utformas i praktiken.

Det är inte fruktbart att tro att en förenkling av problem och förslag på enkla lösningar skulle leda till framgångar. Det ställs snarare krav på en tydlig färdriktning tillsammans med många olika lösningar på avgränsade problem. Dessutom måste det finnas en beredskap att ompröva och vidareutveckla lösningarna utifrån erfarenheter under tidens gång. Ett viktigt steg i omprövningen är att utgå ifrån vad som bäst motiverar vårdpersonalen till de förändringar som krävs och hur man kan skapa förtroende för den politiska styrningen. I en marknadsmässig styrning kopplas incitamenten i första hand samman med konkurrens eller ersättningsprinciper. En byråkratisk styrning utgår från att förändringar kan åstadkommas genom krav på följsamhet till ett regelsystem. Båda styrningsformerna passar mindre bra med där många medarbetare i huvudsak identifierar sig med sin professionella yrkesroll. Det är viktigt att förtroendet för styrningen skapas genom att man tar hänsyn till professionens egna drivkrafter (SNS 2020).

## De oändliga lösningarna

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.



I rapporten "Vägar och verklighet – Kampen om framtiden, ett drama om vårdens villkor inför 2025" finns kapitlet "Vilka är vägarna" med nedanstående underrubriker. Läsaren hänvisas till denna rapport som finns på Region Östergötlands hemsida, Politisk styrning/Hälso- och sjukvårdsnämnden: "*Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025*".

- 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
- Makthavarnas strategier
- Kaiser Permanente
- Jakten på framgång

## Ny primärvårdsreform

Under flera år pågick utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård”. Byggt på denna utredning lämnade regeringen i december 2021 till riksdagen propositionen ”Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform” (*Prop. 2021/22:72*). Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.



### Propositionens huvudsakliga innehåll

En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Regeringen föreslår i denna proposition att val av sådana utförare inom vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdcentraler och motsvarande vårdenheter) ska ske genom listning, det vill säga genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter. Regionen ska vara skyldig att tillhandahålla ett elektroniskt system för listning av patienter (listningstjänst).

Listning ska få göras enbart hos utförare vars verksamhet bedrivs i en regions egen regi eller som har ett kontrakt med en region. Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin ska gälla enbart där den enskilde är listad. Frågan huruvida vårdgarantin inom primärvården bör utvidgas till att även gälla när den enskilde har listat sig hos en utförare i någon annan region än hemregionen bör ses över.

Regionen ska på begäran av en utförare få besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren. Endast om det finns särskilda skäl ska regionen få avslå begäran helt eller delvis. Slutligen föreslås att regionens geografiska område ska få delas upp i två eller flera del-

områden med separata vårdvalssystem samt att bestämmelserna om fast läkarkontakt ska förtydligas. (*Hemsida Sveriges Riksdag, God och nära vård*)

# Nationellt likvärdig vård

---

Kapitlet inleds med avsnitten ”Statlig styrning och kommunal självstyrelse” samt ”Det svenska sjukvårdssystemet”. Här redogörs för ansvarsförhållanden mellan Staten, regionerna och kommunerna. Därefter beskrivs kortfattat uppgifterna för de statliga sjukvårdsmyndigheterna. Avsnittet ”Morgondagens sjukvårdssystem” omfattar processen om ansvarskommitténs betänkande, tre rapporter om styrning av hälso- och sjukvård samt debattartiklar om den framtida nationella vårdstrukturen.

Beskrivningen i detta kapitel har ett nationellt perspektiv. Beskrivningen och analysen utgår från förhållandet mellan den nationella nivån, samordningsprocesser och de enskilda regionerna. Mer att läsa om denna fråga finns i rapporten ”Vården är värd en bättre styrning” av Anders Anell (Studieförbundet för Näringsliv och Samhälle, SNS 2020). Kapitel 7, Vårdens framtida finansiering, sid 106–124.

Dagens sjukvårdssystem med regioner och tidigare landsting har funnits i över 150 år. Statliga utredningar har pekat på olika faktorer som medför att den nuvarande organisationen inte är hållbar inför framtidens utmaningar. Under de senaste femton åren har fokus och kraft lagts på att åstadkomma en god och mer likvärdig vård för invånarna i Sverige oavsett i vilken region de bor. En kraftfullare och mer omfattande styrning har åstadkommit från den nationella politiska nivån liksom från de statliga sjukvårdsmyndigheterna.

En ökad praktisk samordning har också skett mellan de 21 regionerna i frågor som rör såväl strategiska områden som insatser av mer operativ karaktär. Sjukvårdspolitiska reformer har genomförts som vårdval och regelsystem för upphandling av privata vårdgivare. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja öppen vård över regiongränserna. Nationella utvecklingsinsatser har genomförts inom tillgänglighet, äldreomsorg och kunskapsstyrning. Öppna jämförelser har visat på skillnader i resultat mellan regionerna. Undersökningar visar att det finns en utbredd förväntan hos invånarna i Sverige att regionerna ska erbjuda samma vård i hela landet. Genomslaget för detta synsätt har skett genom den ökade tillgången via digitala kanaler till källor om vårdens utbud, tillgänglighet, avgifter och kvalitet. Andra skäl är människors förväntan på ökad mångfald, valfrihet och internationalisering.

## Statlig styrning och kommunal självstyrelse

Staten har ansvaret för offentlig verksamhet som har en given anknytning till hela riket. Staten har det övergripande ansvaret för medborgarnas grundläggande rättigheter enligt regeringsformen och därmed också för hälso- och sjukvården. Statens styrning är inte bara ett utslag av den politiska majoritetsuppfattning som gäller för tillfället utan makten vilar på och har stöd i regeringsformen. Ytterligare ett skäl som motiverar statlig styrning är statens ansvar för fördelningspolitiken. Växande krav från allmänheten på likvärdig och rättvis samhällsservice har blivit ett viktigt skäl till statlig styrning och därmed skäl för begränsning av den kommunala självstyrelsen.

Den kommunala sektorn står för merparten av de offentliga utgifterna. Kommunernas och regionernas ekonomi är därför avgörande för statens möjligheter att påverka landets ekonomi i dess helhet. I detta ligger också att den kommunala verksamheten ska drivas rationellt men inte hur resurserna fördelas inom den kommunala sektorn. Särskilt i ekonomiskt svåra tider har staten

intresse av att på olika sätt styra den kommunala sektorns ekonomi så att de nationella kraven på balans i ekonomin kan nås.

Kommunal självstyrelse innebär ett beslutsfattande som sker nära människorna och med deras medverkan. Det skapar förutsättningar för medborgarna att påverka och direkt utöva inflytande över verksamheten samt utkräva ansvar. Staten har emellertid inte övergivit sitt ansvar att utöva tillsyn över den kommunala verksamheten. Den kommunala självstyrelsen är alltså till sin natur begränsad. Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan staten och de kommunala självstyrelseorganen har i stor utsträckning grundats på praktiska överväganden. Statlig förvaltning har framför allt kommit att användas för uppgifter som kräver stor enhetlighet eller överblick över hela landet. Kommuner och regioner har fått ansvar för sådana uppgifter där det ansetts angeläget att låta lokala eller regionala önskemål få genomslag eller där närhetsfaktorer varit av betydelse. Hit hör sådana välfärdsfunktioner som vård, skola och omsorg. Dessa områden regleras i lag och är för kommuner och regioner tvingande att ombesörja.

## Det svenska sjukvårdssystemet

### **Ansvarsnivåer**

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan staten, regioner och kommuner. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Lagen är utformad så att den ger regionerna och kommunerna stor frihet när det gäller hur den egna hälso- och sjukvården ska organiseras.

### **Staten har övergripande ansvar**

Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. För att bidra till att skapa likvärdiga förutsättningar fördelar regeringen ekonomiskt bidrag till regionerna i det statliga 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.

### **Regionerna organiserar vården**

I Sverige finns 21 regioner och 290 kommuner. Regionerna ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Regionernas verksamhet finansieras till största delen av regionskatten. Varje region beslutar själva över hur stor skatten ska vara och hur den ska fördelas. Därutöver får regionerna inkomster från patientavgifter och försäljning av tjänster. Sverige är dessutom indelat i sex sjukvårdsregioner som är ett samarbete mellan berörda regioner inom den högspecialiserade vården. Inom varje sjukvårdsregion utgör respektive universitetssjukhus med en utbyggd specialistvård ett resurscentrum för respektive sjukvårdsregion.

### **Kommunerna ansvarar för 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.

### **Sjukvårdsmyndigheter**

Till Socialdepartementets ansvarsområde hör ett antal statliga myndigheter. 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.

## **Socialstyrelsen**

Socialstyrelsen har en mycket bred verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälso-skydd och epidemiologi. Större delen av Socialstyrelsens arbete är riktad till personal samt ansvariga och beslutsfattare inom dessa områden. Socialstyrelsen ger stöd, påverkar och granskar på flera olika sätt.

## **Folkhälsomyndigheten**

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor. Folkhälsomyndigheten bildades år 2014 och övertog de uppgifter som de avvecklade myndigheterna Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut tidigare ansvarade för. Folkhälsomyndigheten har till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador.

## **Läkemedelsverket**

Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och utöva tillsyn över medicintekniska produkter. Läkemedelsverkets uppgift är att se till att den enskilde patienten, hälso- och sjukvården samt djursjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att dessa används ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

## **Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU**

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har till uppgift att utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. SBU:s arbete syftar till att ta fram ett opartiskt och vetenskapligt baserat beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

## **Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV**

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har till uppgift att pröva om ett läkemedel, en förbrukningsartikel eller en tandvårdsbehandling ska subventioneras av samhället. TLV:s uppgift är också att bidra till ökad service och tillgänglighet på apotek.

## **Inspektionen för vård och omsorg, IVO**

Inspektionen för vård och omsorg utövar tillsyn över hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IVO ansvarar också för tillståndsprövning inom dessa områden. Tillsynsupdraget omfattar även handläggning av anmälningar, till exempel lex Sarah och lex Maria samt kommunernas skyldighet att rapportera ej verkställda beslut.

## **Myndigheten för vård- och omsorgsanalys**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MYVA) har som huvuduppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

## **Statens Medicinsk-etiska råd, SMER**

Statens medicinsk-etiska råd är ett av regeringen tillsatt organ som ska belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. I rådet ingår ordförande, åtta företrädare för de politiska partierna och tio sakkunniga.

## **Sveriges Kommuner och Regioner, SKR**

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



mar. Det är enbart i rollen som nationell arbetsgivarorganisation som förbundet kan ta beslut som är förpliktigande för medlemmarna.

## Morgondagens sjukvårdssystem

De inledande sidorna 65–68 i detta avsnitt är hämtat från fördjupningsrapporten ”Åtta utmaningar och en besvärjelse – kampen om framtiden”. På sidorna 94–111 i ”kampenrapporten” från Region Östergötland redovisas mer utförligt bland annat bakgrund, statliga styrmedel och skillnader mellan regioner som inte är godtagbara.

### Ansvarskommittén

Ansvarskommittén var en svensk parlamentarisk kommitté som tillsattes av regeringen 2003. Kommittén leddes av dåvarande landshövding Mats Svegfors och uppdraget var att utreda grundläggande frågor om statens verksamhet samt länsammanslagning och regional organisering. Ansvarskommittén slutrapporterade sitt betänkande ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” i februari 2007 till statsrådet Mats Odell. Huvudförslaget var att dela in Sverige i regioner efter föregångarna Skåne och Västra Götaland. Betänkandet behandlade såväl det regionala utvecklingsansvaret och sjukvårdens behov som betydelsen av en bättre samordnad stat. Remissinstanserna hade ett halvår på sig att besvara betänkandet. Huvudförslagen var:

- De 21 landstingen ersätts av 6–9 direktvalda regionkommuner
- Regionkommunerna får ett samlat ansvar för sjukvård, regional utveckling och tillväxt
- Parallellt organiseras staten om i nya län som sammanfaller med regionerna. Länen blir också indelningen av statliga myndigheter
- Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna arbetet med kunskapsutveckling och kunskapsförmedling på nationell nivå
- Regionala kunskapscentrum skapas för kunskapsbildning på regional nivå
- Bestämmelser i lagstiftningen som har betydelse för patientens ställning samlas i en ny patientlag

### Processen i Östergötland

Ansatsen att bilda större regioner drog igång intensiva aktiviteter våren och försommaren 2007. Det gällde både i massmedia och i politiken. Den politiska processen bedrevs gemensamt mellan Landstinget i Östergötland, Regionförbundet Östsam och länets 13 kommuner. Även remissvaret i september hade i sina huvuddrag utarbetats i samverkan mellan de olika parterna. Ett antal träffar initierades tillsammans med ledande politiker i omgivande landsting. Även företrädare för de enskilda politiska partierna hade diskussioner med sina kollegor i andra landsting. Bland rubrikerna i massmedia:

- Sondering visar att regiontanken har slagit rot
- Beslutsfattare eniga om regionindelningen
- ”Vi måste bilda en slagkraftig region”
- Östra Götaland en region med förhinder

# Lena Micko (S): "Vi har ett halvår på oss för ansökan"

LINKÖPING  
Östergötland vill bilda region, men våra grannar är fortfarande osäkra på om det är en bra idé. Nu är det mycket bråttom, säger kommunalrådet Lena Micko (s).  
I två år har Östergötland bjudit in omgivande län till diskussioner om att bilda region. Men våra grannar har antingen sneget åt andra håll, eller tvekat inför regiontanken som helhet. - Nu har vi ett halvår på



# Paul Lindvall (M): "Vi måste bilda en slagkraftig region"

LINKÖPING  
Östergötland har ett vinnarläge mellan Stockholm och Region Skåne. Men för att kunna dra fördel av det måste vi bilda en slagkraftig östsvensk region, menar kommunalrådet Paul Lindvall (M).  
- De svenska länsgränserna har blivit omoderna. Ta Tranås till exempel, där pendlar många till Östergötland. Västervik vänder sig också mot vårt län. Gränserna bör dras om, och då ska man passa på att ändra strukturer i ett område. Vi



Östgötar borde slå sig samman med smålänningar och förm...

160 EKONOMI

# Klart att Östergötland blir regionkommun från 2015

Regionförbundet Östsam försvinner

ÖSTERGÖTLAND  
Från och med 1 januari 2015 kommer Östergötland att ha status som regionkommun. Därmed försvinner Regionförbundet Östsam.  
Det är innebörden av beslutet som civilminister Stefan Åttnell (KD) skriver om i Dagens Nyheter. Regeringen kommer att föreslå riksdagen att bevilja ansökningarna om att bilda regionkommuner från Gävleborgs, Jönköpings, Östergötlands, Örebro, Kronobergs och Jämtlands län. Därmed kommer nio länsting och Gotlands kommun från 1 januari 2015 att ha status som regionkommun.  
I länet har beslutet tagits emot med glädje av flera, även om det innebär att

ning, kollektivtrafik och kultur förs in i landstingets verksamhet, det gör både organisationen och finansieringen tydligare, säger Jan Owe-Larsson (M), Östsams styrelseordförande.  
**Ingen förankring**  
Grunden till beslutet är en utredning på regeringens uppdrag att se över och föreslå hur den statliga regionala förvaltningen skulle kunna bli tydligare, mer samordnad och billigare. Civilminister Stefan Åttnell skriver att Regionförbundet Östsam inte har status som regionkommun.  
I länet har beslutet tagits emot med glädje av flera, även om det innebär att

landshövding Elisabeth Nilson.  
**Viktigt för demokrati**  
Kommunstyrelsens ordförande Paul Lindvall (M) är också positiv.  
- Förslaget om regionbildning stämmer väl överens med den upplåtning vi i Linköping har sedan tidigare. I dag finns för många olika regionala aktörer. Med en regionkommun samlas det regionala utvecklingsansvaret i ett distriktligt politiskt organ, säger han till Corren.  
Magnus Oscarsson (KD), distriktsordförande och kommunalrådet i Odenburg, som under de senaste åren har kämpat för en östgötsk regionbildning, både i överhugningen med övriga partier i länet och perso-

land 2019 bildar en större regionkommun med Åminstons Jönköpings län. Det här ser vi som ett steg i rätt håll, säger han och fortsätter.  
- Det är viktigt att Östergötland befinner sig på samma nivå som Jönköpings län i processen. När nu båda får chans att bilda egna regionkommuner 2015, är en större region 2019 ett steg närmare.  
**S-kritiken**  
Av alla partier var det bara Socialdemokraterna i

Östergötland som inte ville ha regionkommun. Därför är Lars "Laban" Bengtsson (S), viceordförande i Östsam lagom förtjust.  
- Bara och bara, vi är ändå rätt många. Vi tror på en östsvensk region 2015. Och därför är jag rädd för att det här slogs i ett mellanomgång ska minska kommunernas inflyande och försvira bildandet av den större regionen som vi vill åstadkomma, säger han.  
JENAS HADZIMAVIĆ  
HELENA LINDBERG

# Östergötland halkar efter när etablerade regioner blomstrar

# Bråttom att bilda Östra Götaland

Östergötland har blivit förtämligt regionens eftertröskare. Nu är det bråttom, en analys av en Östra Götalandsregion ska bli klar till sommaren 2015.  
Östergötland har varit förtämligt regionens eftertröskare. Nu är det bråttom, en analys av en Östra Götalandsregion ska bli klar till sommaren 2015.  
Östergötland har varit förtämligt regionens eftertröskare. Nu är det bråttom, en analys av en Östra Götalandsregion ska bli klar till sommaren 2015.



**STOR-REGION**  
"Vår östsvenska region består av Östergötland, Kalmar, Jönköping och delar av Blekinge och Skåne."  
Vår östsvenska region består av Östergötland, Kalmar, Jönköping och delar av Blekinge och Skåne. Vår östsvenska region består av Östergötland, Kalmar, Jönköping och delar av Blekinge och Skåne.



Avfotograferade artiklar från Östgöta Correspondenten. Tidningen har medgivit publicering.

Det politiska grundarbetet inom Landstinget i Östergötland bedrevs i huvudsak inom den regionala bredningen. De mer formella besluten fattades i styrelse och fullmäktige. Det gällde i första hand yttrandet på betänkandet i två delar, tillstyrkan eller avstyrkan på 34 frågor och ett remissvar på 17 sidor. I svaret inom området hälso- och sjukvård menar landstinget att den statliga styrningen bör renodlas och att kortsiktiga styrinslag som projektbidrag och handlingsplaner utmönstras. Man instämmer i att kunskapscentrum skapas för att bilda och sprida kunskap samt samspela med den nationella nivån.

I juni håller landstingsfullmäktige en hearing om hur man ser på den framtida regionbildningen. Deltagare på scenen var politikerna i den regionala bredningen som utfrågades av två samordnande tjänstemän.



Figur 2. Östergötland och omgivande län

Några axplock från svaren i den en timma långa hearingaktiviteten:

- En av de viktigaste förändringarna är ju det att de nya regionerna får ett vidgat ansvar och att man kopplar ihop tillväxt- och utvecklingsfrågorna med vården och omsorgen
- Det är många murar som måste rivas innan det här kommer på plats, så det är en tuff process
- Vi ska bygga något tillsammans med andra. Det är en väldig fara att alla börjar med att sätta sig själva i centrum. Sen är det några grannar som man vill ska vara med och så finns det några andra grannar som man inte vill ha med
- Vi ska vara lite självkritiska: Vi bjuder in men vi blir inte inbjudna av någon
- Samhället står inför ett behov av förändringar i välfärden. Sedan har inte frågan lyfts medialt annat än att man har ritat en himla massa kartor. Då är det svårt att förmedla till invånarna de bakomliggande stora frågorna. Resultatet blir: Fy, jag är smålänning och jag vill minsann inte bli östgöte eller tvärsom.
- Jag tror så här om närhet och specialiserad vård. Invånarna efterfrågar närhet och lättillgänglig vård att komma till. När det verkligen svåra och allvarliga sjukdomarna diskuteras så är det hög kompetens och specialisering som gäller. Det kan innebära att man får resa lite längre.
- Jag är mycket orolig för att vi inte kommer att klara ett genomförande den 1 januari 2011 som det ser ut nu. Men jag tror att när man väl har bestämt sig att det här ska genomföras, så är det bäst med ett ganska snabbt genomförande
- Är den nya regionen större än Landstinget i Östergötland? Alla på scenen är överens och visar gröna skyltar.

### Svarta boken

En viktig uppgift hade regeringens samordningsman som under kort tid skulle få ihop de initiativ som kom från de olika länen och bevaka helheten för landets bästa. Hans inställning var ”Bra med ett snabbt tempo – olyckligt att ha för lång tid”. I en svart tummad anteckningsbok noterade han synpunkterna från länenas företrädare. Östergötland hade ett antal genomgångar både före och efter att remissvar hade lämnats. I inbjudan till samordningsmannen hösten 2007 markerar de ledande politiska företrädarna att ”från länet önskar vi snabbt starta en process för att komma vidare i praktisk handling”. Samordningsmannen hade tre frågor som han alltid ställde vid sina samtal:

1. Ställer ni upp på ansvarskommitténs förslag?
2. Vill ni bilda regionkommittén?
3. Hur ska gränserna se ut?



Genomgång mellan samordningsmannen Jan-Åke Björklund och ledande politiker tillsammans med ansvariga tjänstemän. Foto: Bengt Göran Emtinger

### **Remissvar**

Ansvarskommitténs betänkande sändes ut på remiss och i september 2007 hade yttranden från 543 remissinstanser inkommit. Förslaget fick ett starkt stöd från såväl kommuner som landsting:

Nio av tio av remissinstanserna är huvudsakligen positiva till att inrätta direktvalda regionkommuner med beskattningsrätt och ansvar för hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Av de instanser som är negativa till förslaget är i varierande grad tveksamma till om hälso- och sjukvården fortsatt bör vara ett ansvar för självstyrande organ på regional nivå.

Flertalet remissinstanser anser att en eventuell ny regional indelning huvudsakligen bör växa fram underifrån genom medborgarnas valda företrädare i kommuner och landsting – och genomföras skyndsamt. Flera instanser ifrågasätter om större regioner ger en mer kvalitativ och effektiv hälso- och sjukvård och menar att det saknas belägg för ett sådant samband.

Kommitténs förslag att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården ska renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas får stöd av en mycket stor majoritet instanser. Likaså är näst intill samtliga instanser positiva till förslaget att staten ges ett tydligare mandat för nationell uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården.

*(SOU 2007:10, Sveriges riksdag, remissammanställning Ansvarskommitténs betänkande).*

### **Beslut**

När det började se ut som den tänkta regionreformen skulle kunna genomföras stoppades hela frågan av olika skäl. Även om det fanns en bred acceptans för kommitténs förslag om att bygga en ny läns- och regionindelning fanns olika uppfattningar om hur gränserna skulle dras. Många intressenter inom stat, landsting och kommuner skulle tillsammans hitta fram i alla tåtar och vara överens ”underifrån”. Det viktigaste skälet till ett avvisande av ett genomförande var emellertid att två ledande ministrar i regeringen hade bestämt att det inte skulle bli något. Och då hjälpte det inte med starkt stöd runt om i landet och hos ansvarigt statsråd och departement.

## **Regionutredning 2015**

I mars 2015 offentliggjorde regeringen att man kommer att påbörja arbetet att minska antalet län och landsting i Sverige:

”Debattartikel från Finansdepartementet

### **Ny regionreform ska göra landstingen färre från 2019**

Nya sammanslagningar. Redan för tio år sedan fanns tankar på att minska antalet län och landsting i Sverige. Förändringar i befolkningsstruktur, levnadsmönster och samhällsekonomi gör att tiden nu är här för att lämna 1600-talets modell. Regeringen kommer inom kort att påbörja arbetet.

På 1600-talet skapade Axel Oxenstierna de länsgränser vi i hög utsträckning fortfarande lever med. Att Sverige är ett annat land idag är en självklarhet, men den regionala indelningen är sig ganska lik. I slutet på 1990-talet skedde några sammanläggningar av län och landsting i Skåne respektive Västra Götaland. Trots att dessa regionreformer visat sig framgångsrika har de inte fått några efterföljare”.

*(Regeringskansliets hemsida 21 februari 2022)*

Regeringen anser att det är uppenbart att den nuvarande indelningen inte är anpassad efter dagens behov och att Sveriges regionala indelning behöver moderniseras. Syftet är att skapa organisationer som är bättre rustade att klara av de uppgifter och utmaningar som ett modernt samhälle står inför. I juli 2015 fattade regeringen beslut om de direktiv som ska ligga till grund för arbetet med Sveriges framtida regionala indelning. En kommitté, bestående av en ordförande och en vice ordförande, ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting.

Kommittén ska utgå från vilka behov medborgare och näringsliv har i olika frågor om transporter, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, utbildning, kultur och en god miljö. Indelningen ska också ge stabila ekonomiska förhållanden i de nybildade landstingen, bättre överensstämmelse mellan medborgarnas behov och deras möjligheter att utöva demokratiskt inflytande samt ökade möjligheter till ansvarsutkrävande. Uppdraget ska slutredovisas senast i augusti 2017. Förslagen ska vara utformade så att det kan genomföras senast den 1 januari 2023 med val till de nya landstingen år 2022. Kommittén ska också undersöka om det är lämpligt att några län och landsting går före. Det skulle i så fall innebära sammanläggning redan till 1 januari 2019.

Försöket att få till stånd en färdig utredning och förändring leddes av Socialdemokraternas socialförsäkringsminister. Denna gång blev det ett snabbt stopp redan i förhandlingarna eftersom Centerpartiet ställde krav som inte möttes upp av de andra partierna.

## **Välfärdskommissionen 2019**

Välfärdskommissionen inrättades av regeringen i december 2019 med företrädare för stat, kommuner, regioner och centrala arbetstagarorganisationer. Välfärdskommissionens uppdrag har varit att identifiera och analysera konkreta åtgärder för att stärka kommunsektorns förmåga att tillhandahålla välfärdstjänster av god kvalitet i framtiden. Fyra övergripande områden pekades ut som särskilt viktiga: digitalisering, kompetensförsörjning och arbetsmiljö, effektivisering samt styrning. Kommissionens slutredovisade sina förslag i december 2021. I det nedanstående sammanfattas kommissionens resultat.

## **Pengar och personal**

Den framtida befolkningstillväxten och dess ålderssammansättning är central för välfärdens utveckling. En åldrande befolkning innebär att utgifterna för välfärdstjänster, framför allt äldreomsorg och hälso- och sjukvård, kommer att öka. Välfärden i Sverige står inför stora utmaningar både när det gäller kompetensförsörjningen och finansieringen. Vi lever allt längre och i takt med att ålderssammansättningen i befolkningen förändras uppstår ett större behov av vård och omsorg i många kommuner och regioner. Om antalet anställda ökar i takt med andelen äldre beräknas det så kallade finansieringsgapet uppgå till 30–45 miljarder kronor år 2026. För att täcka behovet beräknas drygt 40 procent av alla nya jobb behöva vara i kommunalt finansierad verksamhet fram till år 2035.

Merparten av Välfärdskommissionens 29 åtgärdsförslag har genomförts eller påbörjats. Kommissionen har till exempel initierat en process mellan regeringen och SKR för en långsiktigt hållbar digital infrastruktur till stöd för välfärden. I praktiken handlar det till exempel om att ta fram gemensamma digitala standarder så att informationsutbytet mellan aktörer i välfärden förenklas. Det kan exempelvis också handla om elektroniska tjänstelegitimationer.

Kommissionen har också presenterat förslag som syftar till att bredda och förbättra välfärdens kompetensförsörjning. För de fackliga organisationerna har särskilt fokus lagts vid att föra fram förslag till åtgärder för att stärka välfärdens långsiktiga förutsättningar och förbättra villkoren och arbetsmiljön för de hundratusentals medlemmar som arbetar i välfärden.

## **Fortsatt hantering**

Arbetet i Välfärdskommissionen har visat hur viktigt det är att vi har en fortlöpande dialog mellan regeringen och kommuner och regioner, som ansvarar för stora delar av välfärden. SKR ser framför sig en fortsatt strukturerad samverkan. Två av de för oss viktigaste frågorna som nu lyfts fram i Välfärdskommissionens slutredovisning, är det fortsatta arbetet med välfärdsutveckling med stöd av digitalisering och tillsättningen av en samordnare för försöksverksamhet inom offentlig verksamhet, säger Anders Knappe, ordförande Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Samtliga av Välfärdskommissionens åtgärdsförslag finns presenterade i slutrapporten till regeringen. Åtgärderna har tagits vidare till respektive organisation för fortsatt hantering, antingen på egen hand eller gemensamt. En första samlad uppföljning ska enligt Välfärdskommissionen genomföras våren 2022.

*(Utdrag ur Pressmeddelande från Finansdepartementet 16 december 2021).*

## **Synen från vårdens makthavare**

Hösten 2014 besvarade landstingens representanter i de två nationella ledningsnätverken för ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer en webb-enkät med rubriken ”Makthavarnas bästa tips”. Tre frågor handlade uttryckligen om den nationella styrningen av hälso- och sjukvården i Sverige. Den första gäller hälso- och sjukvårdens framtida organisation med följande fråga och fem svarsalternativ: Vilken är din bedömning av hur organisationen av hälso- och sjukvården ser ut år 2030? Ange ett alternativ.

- De 21 landstingen finns kvar med ungefär samma funktion som idag
- En uppdelning har skett i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som landstingen har idag
- En uppdelning har skett i färre större sjukvårdsregioner. Regionerna har var och en ett utföransvar gentemot en nationell/statlig beställare
- Sjukhusvården är statligt driftstyrd och finansierad
- Annat alternativ:

I nedanstående diagram redovisas svarsresultatet.

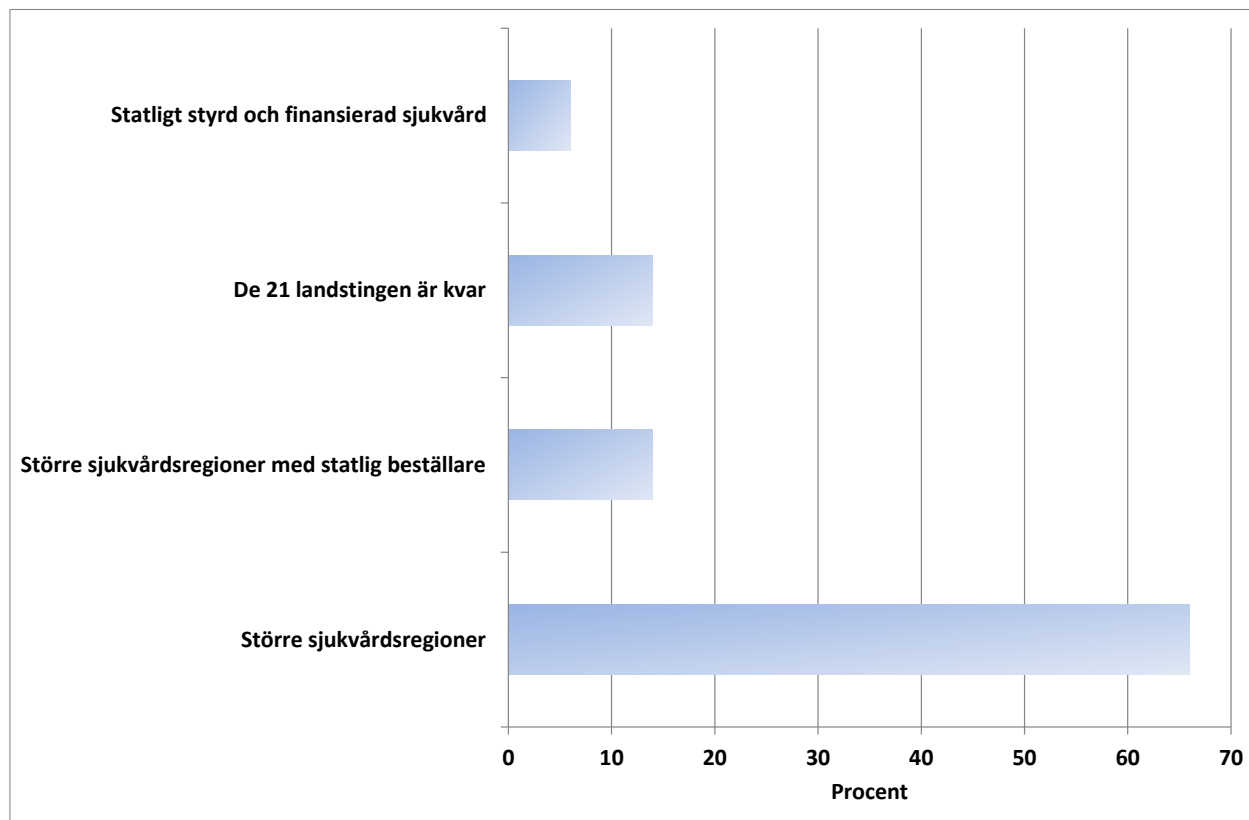


Diagram 1. Vilken är din bedömning av hur organisationen av hälso- och sjukvården ser ut år 2030? Källa: Enkät ekonomidirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer, oktober 2014, publicerat i rapporten "Kampen om framtiden", Region Östergötland, 2016.

Två tredjedelar av de svarande bedömde att det år 2030 har skett en uppdelning av landstingen i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som landstingen har idag. En av tio bedömde att landstingen finns kvar med ungefär samma funktion som idag. Lika många bedömde att en uppdelning har skett i större regioner med ett utföransvar gentemot en nationell/statlig beställare. Alternativet att sjukhusvården är statligt styrd och finansierad fick några enstaka svar.

## Rapporter

### Myten om centralisering

Utdrag från rapport RATIO 4 maj 2021 "Myten om centralisering – Om sjukvården som ett polycentriskt system" (egen redigering och rubriksättning, publicering medgiven av RATIO).

### Sjukvården som polycentriskt system

Sjukvårds- och omsorgssystem utmärks nästan alltid av en blandning av privat och offentligt vad gäller vårdens och omsorgens utförande, och vanligtvis dess finansiering. De vanligaste vårdmodellerna internationellt kombinerar ideella, vinstdrivande och offentliga utförare som verkar och samverkar sida vid sida inom ramen för system där finansieringen delvis är offentlig, delvis utgörs av obligatoriska och frivilliga försäkringar. Motpolen till ett polycentriskt system är som nämnts ett monocentriskt, där det endast finns en beslutsfattare och en finansiär, vilket oftast är staten. Det statliga skattefinansierade NHS i Storbritannien är ett sådant exempel.

### **Samordning och patientmedverkan viktig**

Föreställningen att ökad centralisering och förstatligande skulle vara lösningen på dagens och framtidens vård och omsorgsbehov verkar således inte stämma. Vård och omsorg kräver kunskaper och information om lokala förhållanden som helt enkelt inte låter sig centraliseras eller aggregeras inom ramen för ett monocentriskt hierarkiskt system. Därmed dock inte sagt att det inte behövs samordning och gemensamma institutioner.

Vård och omsorg utmärks dessutom av samproduktion, det vill säga att kvaliteten och effektiviteten är beroende av att patienterna eller brukarna själva är involverade i produktionen av tjänsterna i fråga. När det finns förtroende mellan vårdpersonal och patienter kan vårdresultaten förbättras. Det är därför lokal autonomi, valfrihet, mångfald, decentralisering och vettiga incitament har viktiga funktioner att fylla inom vården och omsorgen.

### **Regelstyrda uppgifter passar för centralisering**

En stor hierarkisk organisation tappar lätt kontakten med verksamheten. Endast uppgifter som är standardiserade, regelstyrda och som inte behöver anpassas till lokala förutsättningar lämpar sig väl för centralisering. Att Försäkringskassan är central kan sannolikt motiveras med att den styrs av ett centralt regelverk och att villkoren måste vara likartade i hela landet. Men även i det fallet vet vi att det finns stora problem med effektivitet och leveransförmåga. Detta är även tydligt när vi går till snarlika uppgifter, som arbetsförmedling. För att hitta tänkbara jobb kan det krävas samarbete med det lokala näringslivet och hur ingår man sådana när avsteg från det normala måste godkännas av högsta centrala nivån (Riksrevisionen, 2019). Ett annat exempel är polisen, där det också finns skäl att fråga sig om resultaten har blivit bättre genom ökad centralisering (Statskontoret, 2018).

### **Fler anställda än befintliga statliga myndigheter tillsammans**

Ett förstatligande av hälso- och sjukvården skulle skapa en enorm byråkrati med 250 000 anställda, vilket kan jämföras med dagens 229 000 årsarbetskrafter i myndigheter under regeringen, där sambandet mellan ansvar och mandat skulle bli i det närmaste obefintligt. Dessutom skulle ett stort antal lokala och regionalt förtroendevalda komma ersättas av statliga tjänstemän (SKR, 2020).

De problem som redan i dag finns när det gäller ledarskap och styrning skulle knappast minska genom ytterligare steg mot centralisering och tayloristiska modeller (Ford, 2019). Centrala lösningar förutsätter homogenitet, men också att man på förhand vet vad som är bäst för de lokala enheterna. Vet man inte det försvårar centrala, monocentriska strukturer beslutsfattandet. Det blir svårt att påverka personalen på exempelvis en lokal vårdcentral i Arvika när man måste gå omvägen via den nationella organisationen – där högsta chefen kanske finns i Stockholm.

### **Handlingsfrihet och dynamik**

Starka professioner som läkare och sjuksköterskor, som utgår från forskning och beprövad erfarenhet i mötet med patienter och brukare, behöver den handlingsfrihet som ofta endast kan uppnås i mindre organisationer. Försök att styra offentligt anställda inom vården via ekonomiska incitament leder ofta till suboptimering och erfarenheterna från många av de experiment som skett inom ramen för New Public Management är nedslående. Styckeprisersättning har ofta lett till överproduktion och experiment med köp/sälj-modeller har fallit på att verksamheter som inte håller budget ytterst har kunnat förlita sig på att mer pengar ändå tillförs om verksamheten krisar.

En viktig slutsats är därför att inte bara se till den statiska effektiviteten, utan även till den dynamiska. Det handlar om förmågan att lära, förändras och utvecklas. Entreprenörskap måste beja-



kas. Sannolikt är det här polycentriska system, som bejakar autonomi, självständiga initiativ, lokala eller regionala samarbeten och kombinerar ”exit”, och ”voice” för att åstadkomma en bättre vård och omsorg, har sin största styrka.

### **Diskussion och slutsatser**

Vård- och omsorgssystemen i de flesta länder utgörs av en blandning av privat och offentligt vad gäller utförande och finansiering. De kombinerar ideella, vinstdrivande och offentliga utförare som verkar och samverkar sida vid sida inom ramen för system där finansieringen delvis är offentlig, delvis utgörs av obligatoriska och frivilliga försäkringar. Det finns en mängd olika beslutsheter och nivåer, var och en med betydande autonomi, och där patienterna eller välfärdsanvändarna har betydande valfrihet.

Dessa system klarar sig lika bra och i vissa fall bättre än mer centraliserade och helt skattefinansierade system när det gäller vårdens och omsorgens kvalitet och tillgänglighet. Detta kan vara vägen framåt även för Sverige, snarare än ökade offentliga resurser, centralisering, förstatligande och liknande. Sveriges utmaningar när det gäller tillgänglighet, väntetider, kontinuitet och samordning av vårdprocesserna löses sannolikt bättre genom valfrihet, mångfald, decentralisering och incitament.

Ett polycentriskt system stimulerar experimenterande, samarbete och lärande, och kan därmed bidra till dynamisk effektivitet. Med större inslag av försäkringslösningar kan incitamenten till samordning och service öka. När lokal förankring och professionalism och yrkeskunnande får ökat genomslag kan det också vara lättare att bygga den tillit och det förtroende mellan vårdgivare och patient som god vård och omsorg förutsätter. Sverige borde våga öppna upp för en sådan utveckling, snarare än att ta ytterligare steg mot centralisering och förstatligande.

### **Vem vårdar bäst?**

Nedanstående citat är hämtat från ”Vem vårdar bäst – en ESO-rapport om svensk sjukvård i ett jämförande perspektiv” av Clas Rehnberg, ESO 2019:8.

”Sjukhussektorn i Sverige står inför flera utmaningar. De senaste decenniernas utveckling med en privatisering av vårdformer, inte minst planerad sjukhusvård, har inneburit att Sverige och andra skattebaserade system närmat sig den struktur som finns inom länder med socialförsäkringssystem. I detta avseende finns lärdomar om hur regleringar, ersättningssystem och anställningskontrakt kan utformas för att uppnå en effektiv vårdstruktur då vården kontrakteras ut.

En annan central fråga som diskuteras är om staten ska öka sitt inflytande inom sjukhussektorn och eventuellt ta över driften av sjukhusen. Det finns emellertid svagt stöd för en sådan omstrukturering i andra länder oavsett system. Statens roll i de studerade länderna avser inte främst ett förstatligande av driftsformerna utan mer av en tydlig långsiktig roll för frågor om hur utbildning, investeringar och infrastruktur ska regleras samt uppföljning av effektivitets- och fördelningsaspekter.”

### **Vården är värd en bättre styrning**

Nedanstående citat är hämtat från kapitel åtta i rapporten ”Vården är värd en bättre styrning” av Anders Anell, SNS år 2020. Mer om vårdens framtida finansiering och styrning finns att läsa i kapitel sju och åtta i SNS-rapporten.

”I första hand kan konstateras att styrning i vården är ett komplext – eller »wicked« – problem. Det finns då en fara i att tro att en förenkling av problemet och förslag på enkla övergripande

lösningar skulle leda till framgång. Det ställs snarare krav på en någorlunda tydlig färdriktning tillsammans med många lösningar på avgränsade problem. Det måste också finnas en beredskap att ompröva och vidareutveckla lösningarna utifrån dokumenterade erfarenheter. De förslag som redovisats i rapporten har också haft denna utgångspunkt.

Helt säkert kommer det att finnas politiker och debattörer som både nu och i framtiden erbjuder alternativ och föreslår till synes enkla lösningar. Det kan gälla införande av konkurrerande försäkringsbolag, ett förstatligande av vården eller andra lösningar som hämtas från andra länder. Sådana förslag kan låta enkla men är i praktiken radikala och skulle ta mycket lång tid att genomföra. Det finns en tendens att enbart fokusera problem med väntetider och ett implicit antagande att alla fördelar med svensk hälso- och sjukvård kan behållas även om systemet ändras i grunden. Till synes enkla men radikala lösningar är ofta dåligt underbyggda, svåra att genomföra och riktar inte sällan fokus åt fel håll. Fokus bör riktas mot styrning och omställning som kan bidra till en utveckling av arbetsformerna på ett sätt som främjar både ökad produktivitet och bättre arbetsmiljö.”

### **”Finns politiska förutsättningar för en förändrad styrning?**

De förslag som redovisats i rapporten har sammantaget karaktären av »många små förändringar inom nuvarande institutionella ramar« snarare än någon radikal omstöpning av ansvarsförhållanden. Det hindrar inte att förändringarna skulle bli stora för både befolkning, vårdgivare, myndigheter och sjukvårdspolitiker. Den förändring i den statliga finansieringen och styrningen som föreslås kan tyckas enkel men är förmodligen en stor utmaning. Hur ska regering och departement stå emot trycket från media och förväntningarna på att lösa alla problem i vården? Varför skulle inte oppositionspartier utnyttja eller överdriva problemen för att nå egna framgångar?

En utveckling mot mer långsiktighet i de statliga vårdssatsningarna kräver nationella politiker som i hög grad agerar som upphöjda statsmän. Principerna bör därför läggas fast genom brett förankrade beslut och förankras i långsiktiga uppdrag till myndigheter.”

## **Analys**

### **Decentraliserat sjukvårdssystem**

Den svenska hälso- och sjukvården bygger på en tydlig ansvarsfördelning mellan stat, kommuner och regioner. Det som är utmärkande jämfört med de flesta andra länder är en långtgående decentralisering av ansvar och uppgifter. Det är snart 160 år sedan landstingen bildades och vi har fortfarande ett Sverige med 21 sjukvårdssystem. Det innebär att varje region har sin egen ”sjukvårdsminister” och bestämmer om sin organisation för ledning, styrning, vårdstruktur och processer. Och ingen har tagit reda på vilket system som fungerar bäst och inte heller drar man nytta av varandras erfarenheter på ett systematiskt sätt. Det handlar här om sådana processer som sker på innerplan i organisationen. Exempel är strukturer, processer och kraft för ledning och styrning, rollfördelning mellan politik och tjänstemän, prioritering och resursfördelning, uppdrag och uppföljning, samverkansarbete med kommunerna, ersättningssystem och kostnadseffektivitet. De nationella jämförelserna mellan regionerna visar även på olikheter i resultaten för patienter och invånare vad gäller utbud, tillgänglighet, medicinsk kvalitet, patientuppfattning och kostnader.

### **Starkt stöd för likvärdig vård i landet**

Decentraliseringen medför ett spänningsförhållande mellan kommunal självstyrelse och nationell likvärdighet. Självstyrelsen innebär att beslut fattas nära medborgarna i regionerna och att verksamheten utformas efter lokala förutsättningar. Likvärdighetsprincipen innebär att en offentlig tjänst ska vara av lika värde för alla medborgare oavsett ålder, kön, ekonomiska förutsättningar

eller bostadsort. Undersökningar visar att det finns en utbredd förväntan hos invånarna i Sverige att regionerna ska erbjuda samma vård i hela landet. Detta synsätt delas också av olika opinionsbildare 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. Rörligheten och internationaliseringen bidrar också, liksom de utmaningar som står inför dörren. När skillnader uppmärksammas i media så är grundanslaget att det inte är rimligt att invånare och patienter får olika vård beroende på var man bor i landet.

### **Kraftfullare nationell styrning**

När man blickar 30 år bakåt finner man att Staten gjort olika inbrytningar för att åstadkomma en mer likvärdig vård i landet utöver de formella regelverk som styr regionernas verksamhet. Husläkarlagen och Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården var två av de tidigaste inslagen. De senaste 15 åren har en mer omfattande fokusering och kraft lagts på denna riktning. Det handlar om statlig styrning med olika incitament från departement och sjukvårdsmyndigheter. Sjukvårdspolitiska reformer som vårdval och upphandlingsregler av vård har genomförts.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har visat på skillnader i regionernas resultat. Regeringen har utsett samordnare för olika områden. Exempel är äldresatsning, psykiatri, kroniska sjukdomar, kommunalt hemsjukvårdsansvar, vårdval i specialiserad vård och nationell cancerstrategi. Regeringen initierade tillsammans med dåvarande SKL utvecklingsaktiviteter och 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. Ett annat exempel är den pågående nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården.

Under denna tid har också det nationella ledningssamarbetet stärkts mellan regionerna. Regionernas nationella ledningsnätverk på högsta tjänstemannanivå har alltmer utvecklats till att hantera gemensamma frågor där en samordning blir alltmer nödvändig på nationell nivå. Det gäller utvecklingsområden, strategiska ledningsfrågor och frågor av mer operativ karaktär. Statens vård- och omsorgsutredning betonade behovet av samordning för vård och omsorg på lika villkor. Patientlagen ger möjlighet för patienterna att välja vård över regiongränserna vilket innebär att det blir allt svårare för den enskilda regionen att själv bestämma över utbud, prioriteringar och avgifter. En konsekvens av de nationella insatserna är att regionernas politiska utrymme för lokala beslut har begränsats.

### **Enighet om färdriktning**

Det verkar som de flesta är överens om färdriktningen mot en mer likvärdig vård i landet. Men det finns olika uppfattningar om vem som har ansvar för färden och vad slutmålet är. I den offentliga debatten om ansvar och organisation av den framtida svenska sjukvården finns argument för att behålla regionerna, öka storleken på regionerna eller låta staten ta över. Och just ropet på förstatligande är den enkla lösning som i debatten ofta föreslagits för att minska skillnaderna och minska orättvisorna för invånare och patienter. Men sannolikt är statlig sjukvård en tulipanaros – lätt att säga svårt att göra. I debatten om hur det skulle ske verkar man inte ha funderat speciellt mycket på hur det praktiskt ska organiseras. Det ibland återkommande förslaget är att förstatliga universitetssjukhusen och låta kommunerna ta ansvar för övrig vård. Vi pratar här om en gigantisk och komplex kunskapsorganisation med 280 000 medarbetare, en årskostnad på 330 miljarder kronor, 70 sjukhus, 1000 vårdcentraler och mottagningar inom till exempel läkarvård, fysioterapi, psykiatri och ungdomshälsor.

## **Regioner – haveri?...**

För femton 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 dåvarande 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 och anordnade seminarier för intresserade representanter från övriga län. Man informerade hur man gått till väga, vilka stötestenar man träffat på och hur resultaten blivit. Mycket arbete och kraft lades ned för att regioner och andra berörda organisationer skulle kunna ge sina remissvar till ansvarskommitténs betänkande. Det innebar också aktiviteter runtom i landet där man öppnade upp och stängde gränser mellan länen.

Processen fick ett snöpligt slut. Visserligen övergick landsting till regioner men mer till namn än förändring av storlek. Ansvarsområdet ökade vad gäller regionala utvecklingsfrågor men berörde inte berörde inte sjukvården vad gäller samordning och effektivisering. Det finns flera skäl till att man inte kom längre fram. Många intressenter inom Staten, 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. Det hjälpte inte med starkt stöd runt om i landet och hos ansvarigt departement. De landsting som inte ville kunde hänvisa till ministrar som inte ville släppa igenom någon reform med utvidgade regioner. 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 om hur den framtida sjukvården ska organiseras visar inte på några sakliga nackdelar med en övergång till större regioner – till skillnad mot ansvar på nivå Staten eller nuvarande regioner. De bärande argumenten är att man på en utvidgad regionnivå kan ha kvar ett lokalt ansvar men med en storlek som krävs för att bedriva en framgångsrik sjukvård. En sådan organisation med till exempel sex regioner ger förutsättningar att bygga en modern sjukvård för framtiden i hela landet. Kraftfulla och mer jämställda regioner skulle dessutom bli bättre samtalspartner för den nationella nivån så att beslut och implementering blir starkare. En majoritet av världens makthavare bedömde för åtta år sedan att det år 2030 har skett en uppdelning i färre större sjukvårdsregioner med ungefär samma funktion som nuvarande regioner har idag.

## **Frivilligt eller med tvång?**

Sverige har en historia med sammanslagning av kommuner. Skälen har varit desamma som har funnits och finns i debatten om färre regioner. Det handlar om befolkningsunderlag, behov av samordning, personalkompetens, effektivitet och styrka för att ta på sig nya uppgifter. Ett intressant exempel på själva processen i genomförandet är kommunblocksreformen år 1974. Den delfråga som var mest central i riksdagsbehandlingen var på vilket sätt kommunblocksreformen skulle förverkligas. I den första propositionen till riksdagen var principen att reformen skulle vara grundad på frivilliga sammanläggningar. Efter flera år av debatter beslutar riksdagen om vilka

kommuner som ska slås samman. Resultatet blev 278 stycken tvångsäktenskap som nästan alla håller efter 50 år och där parterna fortfarande verkar trivas ihop.

## **Hur har den politiska styrningen utvecklats i vår nutidshistoria?**

Fram till 1980-talet styrde politiken inte mycket av sjukvårdens verksamhet. Den styrning som fanns var främst inriktad på att administrera utbyggnaden av vården och se till att det fanns personal. Mellan 1970 och 1988 invigdes tre nya sjukhus i Östergötland. Man kan säga att politiken skapade ramarna medan sjukhusdirektören tillsammans med klinikcheferna svarade för innehållet i verksamheten. Viktiga reformer under 1970-talet var primärvårdens uppbyggnad och något senare att psykiatri öppnade dörrarna till samhället. Från tidigt 1980-tal blev det mer av byråkratisk styrning och under 1990-talet inslag av marknadsstyrning. I mitten av 2000-talet skedde omfattande förändringar i vårdstrukturen med bland annat länsövergripande centrumbildningar i sjukhusvården. Samtidigt kom den första nationella rapporten ”Öppna jämförelser”. Den gav politik och landstingsledning möjlighet att få jämförbar uppföljning mellan landstingen av verksamheternas resultat. Under flera perioder har besparingar varit nödvändiga och den politiska styrningen har haft som fokus att prioritera behoven efter vårdens finansiella förutsättningar.

## **Vilken har varit den mest genomgripande politiska förändringen?**

Under en tioårsperiod genomgick Östergötland en förändring i sättet att styra som väckte stor uppmärksamhet i övriga landsting och som fick en avgörande betydelse för sjukvårdens politiska utveckling. Förändringen stavas Decentralisering och Befolkningsföreträdare. Beslut som tidigare tagits av centrala staber lades ut till chefer i vårdverksamheten enligt mottot ”Ansvar och befogenheter” inom visionen ”Bättre landsting – för att möta östgötarnas krav”. Som en följd av decentraliseringen och en utveckling mot ett beställar- och utförarsystem ändrades den politiska organisationen 1992. De tre sjukvårdsdirektionerna avskaffades och under landstingsfullmäktige skapades tre avtalsnämnder som hade budget för att sluta avtal med de olika verksamheterna. Mottot här var ”Vad- och hur-frågor”. Politikerna skulle besluta om vad som skulle göras och verksamheten hur man skulle gå till väga. Från att politiken tidigare mest hade handlat om frågor kring organisation, personal och drift försköts nu rollen till att vara befolkningsföreträdare.

## **Är behoven en never ending story?**

Vad är ett behov? Vem definierar det? Hur beskriver man det? 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. Ibland uttrycker politiken att man är bäst på att avgöra vad som är människors behov av vård och vilket som i stället bara är efterfrågan.

I ett historiskt perspektiv har våra värderingar och förväntningar 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. Längst ner i botten finns de grundläggande behoven som mat, kläder och tak över huvudet. Överst i trappan hittar vi behovet av självförverkligande.

Så politiska uttalanden om att ”man har en del kvar att göra i sjukvården” får nog betraktas som ”never ending story”. För våra föräldrar var motgångar och ont i kroppen en del av det som hörde till livet. Är det så att vi idag vägrar acceptera sjukdom och smärta och ser det som något onaturligt?

Vi har alltid haft generationsklyftor och motsättningar och så blir det väl även i fortsättningen. En del av oss tillhör ju en generation som har vant oss att ha det bra, att kunna välja och vill inte avstå någon standard och medicintekniska framsteg i fortsättningen. Våra barn är uppfostrade till ”jag vill ha hjälp nu”. Man nöjer sig inte med att vården ringer upp. Man har behov att veta att man inte har något behov och rätt till det mesta. Det blir en viktig uppgift för sjukvården att klara en vård både för personer med mera enkla medicinska tillstånd och för de med störst vårdbehov.

### **Varför är sjukvårdspolitiken ett svårt politikområde?**

Alla människor har på något sätt kontakt med sjukvården för något så viktigt som vår egen och våra närståendes hälsa – och om man ska vara brysk: liv, lidande och död. Vi möter dessutom dagligen rapporter i media om brist på personal och vårdplatser, om växande köer men också om medicinska framsteg och nya behandlingar. ”Där finns så många krafter, så många intresseorganisationer, så många leverantörer och så starka professioner som ligger på. För att förstå sjukvårdspolitiken behöver man nå över en högre tröskel än om jag jämför till exempel med skolpolitik. Samtidigt är det också detta som gör området så spännande.” (Jonas Andersson (L), 13 år på posten som majoritetsansvarig i Västra Götalandsregionen, 21 juni 2021.)

### **Kampen om framtiden – har förutsägelserna slagit in?**

Våren 2016 publicerade Region Östergötland rapporten ”Vägar och verklighet, Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025” samt tillhörande fördjupningsrapport ”Åtta utmaningar och en besvärjelse”. Det korta svaret är att förutsägelserna inte stämde – utmaningarna har uppstått tidigare och blivit värre. Potentialen för sjukvårdens sammanbrott genom en pandemi har varit ett orosmoln under två år. Brist på personal händer inte i framtiden, den har redan hänt och kommer sannolikt att bli värre. Den grupp i befolkningen som ökar snabbast de närmaste tio åren, även i antal räknat, är personer över 80 år. Ett omfattande strategiskt nytänkande krävs för att sjukhusvården framöver ska klara sig med vårdplatser på nuvarande nivå. Regionerna kommer att behöva prioritera ekonomistyrningen med fokus på effektivitetsåtgärder och styrning av vården för att kunna hantera uppskjuten vård, komma till rätta med tillgänglighetsproblem samtidigt som kostnaderna inte får skena iväg.

### **Vad är det mest oundvikliga som inträffar?**

Vi glider nu in i tidernas äldreboom. Prognoser över åldrandet i en befolkning hör till det mest säkra 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 kallas gammal och bli sjuk. Tyvärr är statistiken tydlig med att ju äldre man blir desto mer ökar risken för kroniska sjukdomar och funktionshinder. Politiken när ibland en förhoppning att vi lever friska tills vi dör. Men de som tror att sjukvårdens insatser och kostnader kan lösas på detta enkla sätt kommer att bli väldigt besvikna.

### **Vilken är den mest kritiska faktorn?**

Det framgår allt tydligare den mest kritiska faktorn är dygnetruntvården för ineliggande patienter på sjukhus. Utöver den demografiska utvecklingen är det en stark koppling till tillgången på såväl personal och som vårdplatser. Mycket arbete sker för att förhindra eller förkorta vårdtiderna genom vård i hemmet och andra åtgärder. Det är viktigt att dessa insatser håller jämna steg med utveckling av inläggningar och vårdtid. Om vi inte lyckas med denna utveckling blir det svårt att klara vården på de vårdplatser som finns idag.

### **Vad skapar tillförsikt?**

Vårdens utmaningar består till stor del av sådant som ständigt måste hanteras snarare än definitivt lösas. Men även om prioriteringar och omställning alltid behövs i vården är det inte säkert att gårdagens lösningar passar framtiden. Megatrender och specifika utmaningar inom hälso- och

sjukvården skapar nya förutsättningar. Även om en del av utmaningarna är desamma som tidigare ställer varje tid krav på delvis olika lösningar. Svensk sjukvård ligger fortfarande långt framme i europeisk jämförelse, en god grund att bygga på för en fortsatt utveckling. Mycket är på gång med nationellt gemensamma lösningar. Det handlar om kunskapsstyrning, digital och nära vård, och samverkansprocesser med kommunerna. Personalen inom sjukvården har hög kompetens där alla med patientkontakter har en vårddyrkesutbildning varav tre fjärdedelar på högskolenivå. Här finns således en stor potential bland medarbetarna att bidra med utvecklingsinsatser för att möta framtidens utmaningar.

### **Vilka avgörande nationella reformer borde ha fullföljts av det röda och blå laget?**

Det finns två tydliga exempel där politikerna hindrat stora och långsiktigt viktiga politiska reformer inom hälso- och sjukvården och därmed satt krokben för sig själva: Husläkarsystemet och regionreformen. Vad hade man för ögonen? En förändring som skulle ge en nära och kvalificerad vård för medborgarna? Nej, i stället för ett pragmatiskt förhållningssätt uppstod en ideologisk förblindning där partiintresset trumfades över vad som skulle ha kunnat löst de problem som vi nu står inför. Och som nu återigen är på den politiska agendan med tron på ungefär samma lösningar som tidigare. Man kan konstatera att det verkar finnas en imponerande förmåga till politisk kollektiv minnesförlust.

### **Husläkarsystemet**

Husläkarlagen 1993 var tänkt att förbättra tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. Landsingen svarade för att invånarna kunde välja sin vårdcentral och husläkare. Det nya systemet innebar också inslag av privat verksamhet, som bedrevs av enskilda läkare eller tillsammans på en vårdcentral. Listningen var här central för invånarna som kunde välja ”med fötterna” ungefär som man själv valde tandläkare och optiker. Listningen bildade också grunden för husläkarens eller vårdcentralens intäkter genom kapitering som ersättningssystem.

Inom den borgerliga regeringen var Folkpartiet med sjukvårdsminister Bo Könberg pådrivare i denna förändring. Och för den socialdemokratiska oppositionen i Östergötland var det fel parti. ”Om det vore vi som hade kommit med idén först så skulle vi ha genomfört reformen” (Ledande socialdemokrat i enskilt samtal i kafferummet 1994). I stället utvecklades frågan till en politisk konfrontation. Det hade kanske varit klokare att ha intagit en resultatriktad politisk hållning: Nu är husläkarsystemet på plats. Vi glömmer vilket parti som införde det och gör istället det bästa av det inom vår politik och för invånarnas behov och önskemål.

Ett av Socialdemokraternas valslogan inför de allmänna valen 1994 var ”Avskaffa husläkarsystemet”. Det blev också en socialdemokratisk regeringsmajoritet som kan betraktas som sjukvårdspolitisk pyrrusseger. Med det nya socialdemokratiska styret i Östergötland efter valet blev Listning och Husläkare förbjudna ord och skulle enligt landstingsstyrelsens ordförande låsas in i garderoben. Det var inte bara den nya reformen som sköts i sank. Det var också den positiva utveckling som under denna tid skedde med en kraftig ökning av antalet allmänläkare. Mellan 1989 och 1995 ökade antalet distriktsläkare med 90 procent (*Svenska Läkarförbundet, Läkarfakta*). Mellan 1995 och 2019 har ökningen varit mindre för specialistläkare i allmänmedicin än för specialistläkare totalt.

Företrädare för Socialdemokraterna i Östergötland med inflytelserika politiska positioner ville efter septembervalet inledningsvis återgå till ”budget” i stället för ersättning via kapitering på listade patienter. Det blev till slut ett system med distriktsläkare och politiken accepterade och behöll det nya ersättningssystemet byggt på listning. Det blev förvirrande både för befolkning



och vårdcentraler. Har vi husläkare eller inte? Vi kan nu konstatera att den regerande politiken fick ett resultat inom primärvården som man egentligen inte hade önskat.

### **Ansvarskommittén**

Ansvarskommitténs förslag år 2007 att dela in Sverige i större regioner efter föregångarna Skåne och Västra Götaland är det andra exemplet där politikerna stoppade en noga utredd och förankrad reform. Remissvaren var övervägande positiva från samtliga instanser. Men varför blev det inget av?

I slutändan var det den moderate statsministern och finansministern som stoppade frågan. Partiet tyckte länge att en nationell vårdförsäkring skulle ersätta de kostnadsdrivande skattebombarna. Här hade varken de kristdemokratiska ministrarna Göran Hägglund eller Stefan Attefall kraft nog att få igenom regionreformen. ”Moderaternas förslag var ett ogenomförbart luftslott” sammanfattar Anders Borg sina åsikter om den saken i sin memoarbok från 2019. (*Svenska Dagbladet, Torbjörn Nilsson 11 februari 2022*).

En andra förklaring var att förändringen skulle ske på frivillig väg och alla landsting var därför på friarstråt mot angränsande landsting. Bland politikerna fanns olika uppfattningar vilka man skulle uppvakta. Här och där i diskussionerna kunde man höra hur politikerna dissade landsting med oönskat majoritetsstyre. Och detta i en förändring som var tänkt att hålla under lång tid oavsett vilka partier som för tillfället hade makten.

En tredje förklaring var att mycket skulle knytas samman. De 21 landstingen skulle ersättas av mellan sex och nio regioner. Men parallellt skulle staten organiseras om i nya län som skulle sammanfalla med regionerna och länen skulle också bli indelningen för statliga myndigheter. Mycket diskussioner fanns också om naturliga arbetsmarknadsområden, arbetspendling, regional utveckling och nya riktningar i kollektivtrafiken. Det var ett för stort steg och komplicerande att rycka i alla tåtar samtidigt och försöka göra en fungerande indelning.

### **Om det blir nya tag om nationellt styrd sjukvård – vilka är förutsättningarna?**

I de publicerade debattartiklarna i rapporten ser vi att det finns en opinion att återigen ta tag i frågan om ökad nationellt styrd sjukvård. Här finns spridda åsikter från att ha kvar dagens regioner, minska antalet regioner eller att göra sjukvården till ett statligt ansvar. Forskningsrapporterna ger stöd för mellanvarianten med större och kraftfullare regioner. En hybridlösning som tillgodoser både ett regionalt och nationellt perspektiv.

### **Sjukvårdskultur**

Sjukvården är en komplex verksamhet med hög nivå inom kompetens och teknologi som ska finnas för medborgarna dygnet runt årets alla dagar. Man har ansvar för både planerad och akut vård i en ständigt förändrad verklighet och ska kunna göra snabba omställningar såväl på kort som lång sikt. Här är det svårt att få till en fungerande centralstyrning när de lokala förutsättningarna ser olika ut. Det handlar mer om att medarbetarna vågar ta egna initiativ och fatta beslut. Men också att också att ta lärdom av erfarenheter och forskning för att ständigt utveckla vården och nya arbetssätt. En miljö som stimulerar att utveckla den kreativa förmågan till funktionella lösningar.

### **Statlig kultur**

Den statliga kulturen präglas ofta av att hellre göra saker rätt än att göra rätt saker och ofta många års utredande utan påföljande beslut om förändringar. Man följer hellre formalia med pressen och rädslan att inte göra fel. Departement och myndigheter är i huvudsak tungfotade och senfärdiga kontorsverksamheter måndag-fredag 8-17. Här finns välutbildade och kompetenta utredare, ana-

lytiker och departementsråd. Men väldigt få har erfarenhet av operativt ledningsarbete i en dygnet-runt-verksamhet med ständigt oförutsedda situationer. Det finns i stället en tro på att föreskrifter, regler, lagar och pengar är det som kan styra verksamheten och som passar i alla situationer. Det som är tillsagt ska göras även om det inte finns praktiska förutsättningar. Intrycket är hur kompetensförskjutningen skett från personer med vårdkompetens till jurister och utredare med annan bakgrund än vård i statliga myndigheter med koppling till hälso- och sjukvård.

Det finns en övertro på statens förmåga som lösare av komplicerade problem. Med ett statligt ansvar riskerar också det lokala och regionala ansvaret att urholkas. En statlig kultur kan innebära att besvärliga frågor och obehagliga beslut skjuts uppåt den formella vägen till någon annan i sann "Svarte Petter-anda". Det kan vara bekvämt att det finns någon högre upp som tar smällen. Man kan se framför sig hur ansvarig minister och Generaldirektör har en ständig plats inbokad på SVT varje söndag klockan 21.15 i "Agenda". Då gäller det att stå till svars för allehanda uppkomna problem i landet och bemöta de krav som opinionsbildare ställer i olika frågor. Två självförbrännande uppdrag för vem som helst som äntrar posterna som myndighetschef och sjukvårdsminister.

En statlig sjukvårdsmyndighet skulle ha 280 000 anställda, fler än hos de nuvarande 340 statliga myndigheterna tillsammans. Vi kan påminnas oss om debatterna när den nya polismyndigheten med 32 000 anställda skapades för några år sedan.

I en sådan organisation finns alla möjligheter för politiken att i fråga efter fråga kräva ansvarsutkrävande av sjukvårdsministern och generaldirektören för myndigheten. Ett närliggande exempel är kommissionen som under två år utredde den senaste pandemin. Fokus lades på vem som pratade med vem, om det fanns minnesanteckningar och vilka som ska ställas till ansvar. Det är inte osannolikt att det blir på liknande sätt med en statlig sjukvårdsmyndighet.

### **Är staten bättre skickad att lösa invånarnas behov av hälso- och sjukvård?**

Den som tror att staten har större förmåga att sköta en omfattande sjukvårdsorganisation kommer sannolikt bli besviken. Den som har erfarenhet att börja arbeta i statliga myndigheter slås snabbt av en annorlunda kultur än den som finns inom en komplex hälso- och sjukvård. Det finns en risk att man i sjukhusledning skjuter ansvaret uppåt i frågor som man tidigare löste själva eller tillsammans med andra aktörer. Att man gradvis kommer in i den statliga regelkulturen. Det finns inget som tyder på att en statlig myndighet skulle ha större förmåga att lösa de grundläggande problemen med kompetensförsörjningen, utveckling av metoder och teknik eller ett hårdare sjukvårdstryck genom allt fler äldre i befolkningen.

I Ratios rapport slås fast att en stor hierarkisk organisation lätt tappar kontakten med verkligheten. Det som lämpar sig för centralisering är uppgifter som är standardiserade, regelstyrda och som inte behöver anpassas efter lokala förutsättningar. I SNS-rapporten konstateras att en statlig styrning och finansiering av sjukvården kan tyckas enkel men är förmodligen en stor utmaning. Hur ska regering och departement stå emot trycket från media och förväntningar på att lösa alla problem i vården? Varför skulle inte oppositionspartier utnyttja eller överdriva problemen för att nå egna framgångar?

"När allt fler i sjukvårdssektorn ropar efter ett förstärkt tycker jag det här visar att sjukvården är för viktig för att lämna över till rikspolitiken." (Jonas Andersson (L), 13 år på posten som majoritetsansvarig i Västra Götalandsregionen, 21 juni 2021).

"I proffstyckarnas dom över hanteringen av flyktingkrisen och pandemihanteringen är kritiken att kommuner och regioner gjort olika och att det hade varit bättre med ett statligt ansvar för alla de

samhällssektorer som berörts. Min bild är en annan. Jag skulle vilja påstå att Sverige klarat bägge dessa utmaningar på ett alldeles utmärkt sätt, tack vare starka lokala nätverk mellan myndigheter, företag och civilsamhälle och att beslutsfattandet i hög grad varit decentraliserat och kunnat anpassas till lokala förhållanden.

I stället för att avvakta order från en nationell myndighet har man satt sig ner och försökt lösa problemen. De nordiska samhällenas framgångar beror på att våra demokratier är byggda underifrån. Visst behövs samordning och starkare statlig styrning på vissa punkter. Men låt oss inte slänga ut barnet med badvattnet! I all sin gråhet, i den stundtals bristande professionaliteten och lokalpatriotismen är det kommunala självstyret ändå juvelen i den svenska demokratins krona.”  
*(Förstatliga inte allt, Erik Nilsson, tidigare statssekreterare (s) 3 mars 2022)*

# Referenslista

---

- Anell, Anders.(2020).Vården är värd en bättre styrning, SNS.
- Finansdepartementet. (2021). *Utdrag ur Pressmeddelande 16 december från Välfärdskommissionen.*
- Indexmundi. (2017). *Antal vårdplatser per land.*
- IHE rapport. (2019:5).
- OECD, Svenska intensivvårdsregistret och Socialstyrelsen. (2022). Artikel Dagens Nyheter 24 januari 2022. *Antal intensivvårdsplatser.*
- RATIO. (2021). Myten om centralisering – Om sjukvården som ett polycentriskt system. *Utdrag från rapport.*
- Regeringskansliet. (2022). Hemsida, ny regionreform.
- Region Östergötland/Bengt Göran Emtinger. (2016). Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025.
- Rehnberg, Clas. (2019).Vem vårdar bäst – en ESO-rapport om svensk sjukvård i ett jämförande perspektiv. ESO 2019:8.
- SCB. (2022). Nyhetsbrev 31 mars, Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP.
- SKR. (2018). Svensk sjukvård i internationell jämförelse.
- SKR. (2019). Verksamhetsstatistik.
- SKR. (2020). Personalstatistik 2020 samt ESO 2020:2, Tabell 4.2.
- SKR. (2020). Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2020.
- SKR. (2020). Kompetensutmaningen.
- SKR. (2021). Ekonomirapport hösten 2021.
- SKR. (2022). Hemsida \* <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html>.
- Socialstyrelsen. (2004). Vision, vägval och verklighet – Styrning av hälso- och sjukvården speglad genom den nationella handlingsplanen.
- Socialstyrelsen. (2006). Lägesrapport 2006, Hälsa- och sjukvård – Primärvård.
- Socialstyrelsen. (2022). Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.
- SOU. (2007). Sveriges riksdag, remissammanställning Ansvarskommitténs betänkande.

SOU. (2015). Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården.

State of Health in the EU, Landsprofil hälsa. (2019). OECD, European observatory on Health Systems and policies.

Statistisk årsbok, olika år från 1950.

Swartling, Per G. (2006). Den svenska allmänmedicinens historia, Läkartidningen nr 24.

Svenska Dagbladet/Torbjörn Nilsson (2022). Artikel 11 februari om Regionreformen 2007.

Sveriges Riksdag. (2022). Hemsida, God och nära vård.

UKÄ. (2021). Prognoser för behovet av högskoleutbildade.

Vårdföretagarna/vårdfakta. (2022).

# Bilaga 1. Debattartiklar Nationell styrning

---

I denna bilaga återpubliceras tre debattartiklar med medgivande av respektive författare och tidningar enligt reglerna om upphovsrätt. Dessa är:

- Vården skulle fungera sämre med statlig huvudman, Dagens Samhälle 7 april 2021
- KD: Vårt viktigaste vallöfte: Århundredets vårdreform, Expressen 31 januari 2022
- Inför större regioner och starkare länsstyrelser, Dagens Samhälle 10 februari 2022

Det finns även andra debattartiklar inom detta område. Nedan refereras till fem exempel.

- Så kan staten ta större ansvar för styrning av vården, Dagens Nyheter 10 februari 2021. Författare Louise Bringselius, docent och förvaltningsforskare vid Lunds universitet.
- En ökad nationell styrning av sjukvården vore fel väg att gå, Dagens Nyheter 24 juli 2021. Författare: Jonas F Ludvigsson, professor och barnläkare.
- Nödväntigt att slå ihop regioner, Svenska Dagbladet 6 januari 2022. Författare Jonas Frycklund och Anders Morin, Svenskt Näringsliv.
- En kriskommission krävs för sjukvården, Dagens Nyheter 14 januari 2022. Författare Sineva Ribeiro, ordförande Vårdförbundet och Sofia Rydgren Stale, ordförande Sveriges läkarförbund.
- Det krävs en nationell översyn av hela hälso- och sjukvården, Dagens Samhälle 10 februari 2022. Författare: Bengt Wellermark, tidigare kommunstrateg och verksamhetsutvecklare i regioner.

## Vården skulle fungera sämre med statlig huvudman

*Debattartikel Dagens Samhälle 7 april 2021. Författare: Anders Henriksson, gruppleddare för Socialdemokraterna i Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Helen Eliasson, regionråd i opposition (S) Västra Götalandsregionen, Henrik Fritzon, regionråd i opposition (S) Region Skåne, Glenn Nordlund, regionstyrelsens ordförande (S) Region Västernorrland, Elin Norén, regionråd i opposition (S) Region Dalarna, Peter Olofsson, regionstyrelsens ordförande (S) Region Västerbotten, Andreas Svahn, regionstyrelsens ordförande (S) Region Örebro län.*

Coronapandemin visar styrkan i den svenska sjukvården. Den har stått pall för den största prövningen för den svenska modellen någonsin, replikerar sju socialdemokratiska regionföreträdare till fem kristdemokratiska regionpolitiker som nyligen krävde att sjukvården ska förstatligas.

Coronapandemin har prövat styrkan i den svenska modellen på alla nivåer: Staten har lett den nationella responsen, vidtagit finanspolitiska åtgärder och tagit fram generella riktlinjer och restriktioner. Regionerna har ansvarat för att dimensionera sjukvården för att klara det väldiga vårdbehov som pandemin skapat. Kommunerna har haft att skydda de allra sköraste mot smitta i landets äldreomsorg.

**Det finns delar** som fungerat mindre bra, bland annat bristen på skyddsmateriel i början av pandemin, att vissa regioner hade det svårt med att bygga ut testkapaciteten och att smitta spreds på äldreboenden. Vi är övertygade om att om fler regioner styrts av socialdemokrater skulle mycket fungerat bättre.

**Men samtidigt måste** konstateras att sjukvården har klarat denna prövning och att detta till stor del beror på det regionala huvudmannskapet. Sjukvården har kunnat anpassas till lokala och

regionala behov på ett sätt som aldrig en statlig myndighet skulle ha förmått. Det är därför en märklig ingång som våra kristdemokratiska kollegor har när de anför coronapandemin som ett argument för förstatligande.

**I sin artikel** argumenterar Kristdemokraterna också för att staten ska ges kontroll och beslutanderätt över stora sjukvårdsinvesteringar, samt att staten ska bidra till finansieringen av dessa investeringar. Regionerna behöver ta ansvar planeringsmässigt och ekonomiskt för investeringar, via sin egen skattekraft. Att ansvaret ska ligga regionalt är en förutsättning för att investeringarna också hamnar rätt. Det är lokalt och regionalt som kännedomen och kunskapen finns om vilka investeringar som behövs och när de behövs. Det kan aldrig en centraliserad organisation ersätta.

**Att sjukvården klarat** möta coronapandemin handlar dock inte bara om att regionerna har kunnat göra lokala anpassningar, utan också om att sjukvården i dag är geografiskt väl utbyggd. Det beror i sin tur på att regionerna är demokratiskt styrda och sjukvården dimensionerad utifrån lokala tillgänglighetskrav och behov. Det gjorde att vården snabbt kunde skalas upp och anpassas för att hantera coronapandemin.

**Med statlig huvudman** för sjukvården skulle lokalkännedomen minska och medborgarnas möjligheter att effektivt påverka den lokala och regionala vården i praktiken försvinna. I Kristdemokraternas vision skulle svensk sjukvård bli styrd av en anonym myndighet. Den som vill ha en glimt av kristdemokraternas dröm kan studera Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Statens Institutionsstyrelse och sedan fråga sig hur mycket insyn och påverkansmöjligheter som invånarna i exempelvis Trelleborg, Umeå eller Lindesberg skulle få.

**Kristdemokraternas förslag om** att förstatliga sjukvården skulle om det genomfördes leda till sämre krisberedskap, centralisering och mindre möjlighet för medborgarna att i demokratisk ordning påverka sjukvården i sin kommun eller region.

### **Vårt viktigaste vallöfte: Århundradets vårdreform**

*Debattartikel Expressen 31 januari 2022. Författare Ebba Busch, partiledare Kristdemokraterna.*

Sverige har lägst antal vårdplatser per person i hela EU – en mycket märklig statistik från ett högskatteland som länge var berömt för sin välfärd. Vi måste genomföra århundradets vårdreform. Det är Kristdemokraternas viktigaste löfte inför valet, skriver partiledaren Ebba Busch.

Norges sjukvårdssystem är från 2002. Danmarks är från 2007. Sveriges? Det är från 1862.

När vi pratar om sjukvården, om köerna och om arbetsmiljön, så får vi inte glömma bort detta faktum. Det svenska vårdssystemet är hopplöst föråldrat, det är inte byggt för den tid vi lever i. Det leder till att patienter hamnar i kläm och personal slits ut. Men de här problemen går att lösa. Våra grannländer har visat det, liksom många andra länder i Europa. Regeringens återkommande argument, att det är för jobbigt, att det är för krångligt, att det aldrig riktigt är rätt tidpunkt, duger inte. Det är köerna och arbetsmiljön som är för jobbiga. Den som är rädd för att ta tag i systemfel har inte i regeringen att göra.

### **Sverige sämst i EU**

Ett av de mest akuta problemen handlar om antalet vårdplatser. Vårdplatserna har blivit allt färre i Sverige under lång tid, trots att folkmängden ökat och att vi lever allt längre. Delvis finns det goda skäl för detta, som att mediciner kunnat ersätta vissa operationer och att många operationer kan göras med lindrigare metoder i dag så att patienten slipper stanna kvar på sjukhuset. Men även om man räknar med sådana förbättringar så är det ingen tvekan om att vårdplatserna i dag är för få. Faktum är att Sverige har lägst antal vårdplatser per person i hela EU – en mycket märklig statistik från ett högskatteland som länge var berömt för sin välfärd.

## Århundredets vårdreform

I den budgetreservation som vi genomdrev tillsammans med Moderaterna och Sverigedemokraterna så säkrade vi 2,9 miljarder kronor för att öka antalet vårdplatser, samt en kvarts miljard för en nationell vårdförmedling som ska korta köerna. Det är jag stolt över. Men låt mig samtidigt vara tydlig med att enbart pengar inte löser problemet. Inte heller får vi någonsin använda restriktioner för att balansera de problem som vår sjukvård har.

Sverige måste göra vad våra grannar redan har gjort. Vi måste genomföra århundredets vårdreform. Det är Kristdemokraternas viktigaste löfte inför höstens val. Vi vill skala bort de politiska mellanlager som tynger ner sjukvården, skrota de tjugoen landstingen/regionerna och ersätta dem med en organisation som staten ansvarar för men som samtidigt ger mer makt till de verkliga proffsen – sjukhusledning, avdelningschefer och vårdpersonal. Helt enkelt personer som är tränade och vana att planera och genomföra sjukvård.

## Hallengren tackar nej till debatt

Det går att göra, om viljan och intresset finns hos beslutsfattarna. Tyvärr verkar intresset från den här regeringen vara väldigt svagt. SVT bad mig diskutera vårdplatser med socialminister Lena Hallengren i Aktuellt. Jag tackade ja, Hallengren tackade nej. Sveriges Radio bad vår ledande sjukvårdspolitiker Acko Ankarberg Johansson diskutera Coronakommissionens arbete med Lena Hallengren i P1 Morgon. Acko tackade ja, Hallengren tackade nej.

Det är inte oss som socialministern förolämpar genom sitt ständiga duckande, utan alla de människor som antingen behöver sjukvården eller arbetar i den. Det är en attityd som inte direkt talar för att regeringen är beredd att göra något mer än skjuta till någon extra pengapåse när det vankas valrörelse.

## 50 år av vårdköer räcker

Vår attityd är en annan. Vi är Sveriges vårdparti och den enda garanten för att århundredets sjukvårdsreform kommer att genomföras. 50 år av vårdköer räcker. Sverige ska få samma moderna och effektiva sjukvård som andra europeiska länder redan har.

## Tunga utredare: Inför större regioner och starkare länsstyrelser.

*Debattartikel Dagens Samhälle 17 februari 2022. Författare Niklas Karlsson (tidigare ordförande för Kommunutredningen), Mats Svegfors (tidigare ordförande för Ansvarskommittén), Barbro Holmberg (särskild utredare Indelningskommittén), Sören Häggroth (f d statssekreterare i finansdepartementet), Eva E Eriksson (f d landshövding och särskild utredare), Peter Larsson (ledamot i Ingenjörsvetenskapsakademien).*

Vi behöver inga nya och omfattande utredningar av samhällsorganisationen. Efter pandemin måste regionerna bli färre och länsstyrelserna starkare, skriver en rad erfarna utredare.

Nästa vecka presenterar coronakommissionen sitt slutbetänkande. Det är lätt att föreställa sig att kommissionens arbete har handlat om medicinska frågor i ett politiskt perspektiv. Men egentligen är kommissionen och dess arbete intressantare än så. Framför allt handlar det om att förstå hur väl vår samhällsorganisation har klarat av den största prövning den har ställts inför sedan andra världskriget.

Har det visat sig vara en rimlig ordning med fristående statliga sektorsmyndigheter vars roll i praktiken blir viktigare än regeringens i en situation där det ställs mycket speciella krav på staten? Hur har 21 regioner tagit sitt ansvar för sjukvården när en nationell kris utvecklas? Har 290



kommuner – en del mycket stora med hundratusentals invånare, andra mycket små med några tusen invånare – i praktiken haft möjligheter att möta helt nya utmaningar i äldreomsorgen?

Och inte minst: hur har allt fungerat sammantaget?

**Vi som undertecknat** denna artikel är en förhållandevis löst sammansatt arbetsgrupp som vi format själva för att diskutera behovet av fortsatta strukturella reformer inom den offentliga sektorn. Detta efter att vi i olika roller haft ansvar för ett antal stora utredningar, inte minst när det gäller utformningen av samhällsorganisationen. Vår grupp formades inte för att diskutera pandemin. Men vårt arbete har genom denna fått ökad aktualitet.

Hur det offentliga Sverige ska organiseras för att kunna leverera välfärd till alla och samtidigt garantera nationell likvärdighet är komplext och det finns inga enkla lösningar. Men reformbehovet är uppenbart. Vi har under det gångna året ordnat seminarier och fört dialog med forskare och experter. Betydande enighet föreligger på flera punkter:

- Det krävs strukturreformer som rör både den kommunala och regionala nivån.
- Demokratiperspektivet talar för en starkare kommunal såväl som regional nivå. Bristande handlingsförmåga försvagar den demokratiska legitimiteten.
- Klimatutmaningen och de stora industrietableringarna i framför allt norra Sverige kräver en kommunal och regional kapacitet som inte är självklar i dag.
- Urbaniseringen och den demografiska utvecklingen driver på skillnaderna mellan kommunerna; de små blir mindre och de stora blir större. Kommunindelningen svarar därmed inte mot dagens och framtidens funktionella krav.
- De utmaningar som kommunerna står inför kan inte enbart lösas med förändringar i det kommunala utjämningsystemet. I och med att kommunindelningen inte är ändamålsenlig behöver kommunerna utveckla en strategisk samverkan i mer fasta kommunkonstellationer.
- Kommunal försöksverksamhet, varigenom kommuner kan ges undantag från vissa lagar och regelverk, är viktig.
- Den regionala nivån är fragmentiserad. Vi har för många regioner.
- Länsstyrelserna har ett för snävt uppdrag. Staten är för svag och för uppdelad på regional nivå. Länsstyrelserna bör bli färre och starkare.
- Vi behöver inte nya stora och omfattande utredningar av samhällsorganisationen. Strukturfrågorna är utredda, likaså frågor om digitalisering inom välfärden. Det är dags att gå från utredning till att bereda operativa beslut.

Coronakommissionen presenterar sin slutrapport några månader före ett riksdagsval. Visst ska det politiska ansvaret diskuteras, men det är angeläget att vi också låter rapportens analys och slutsatser sjunka in och remissbehandlas. Därefter är det tid för handling. Rätt hanterad kan ”tajmingen” visa sig vara mycket lyckosam. En nyvald riksdag och en regering med nytt mandat kommer att ha ett gediget underlag för att lägga fast reforminriktningen för en ny mandatperiod.

## Bilaga 2. Debattartiklar utmaningar

---

**Sveriges sjukvård står inför ett paradigmskifte**, Dagens Samhälle 30 mars 2017.  
Författare Anders Ekholm och Bengt Göran Emtinger

Sjukvården är det politiska område befolkningen rankar som viktigast, vilket beror på att man känner oro för läget nu och framöver. De närmaste åren kommer att bli en kamp för hur det svenska sjukvårdssystemet ska hanteras och finansieras. Vi möter dagligen rapporter om läget i sjukvården. Det handlar om brist på personal och vårdplatser, om växande köer och bakterier som antibiotikan inte biter på. Men också om medicinska framsteg och nya behandlingar.

Det är klart att vården är i fokus i massmedier när vi alla har kontakt med den, därtill för något så viktigt som vår egen och våra närståendes hälsa. Dessvärre finns ingen magisk medicin eller politiska trollspön för att fixa den framtida vården. De tre senaste åren har Sveriges invånare ökat med 350 000 personer, den i särklass största befolkningsökningen hittills. Under de närmaste sju åren beräknas befolkningen öka med en miljon. Under samma tid ökar antalet invånare som uppnår 80 år med 30 procent, en ökning tio gånger större än perioden tio år bakåt. Åldersgruppen 80 och äldre står i dag för en fjärdedel av all vårdtid vid sjukhus. Fyra av tio personer har insatser i form av hemtjänst eller äldreboende.

Samtidigt ställer befolkningen allt högre krav på kvalitet, tillgänglighet och valfrihet. Systemets kapacitet och kompetens håller inte jämna steg med de demografiskt drivna vårdbehoven. De stora pensionsavgångarna gör att färre personer måste försörja fler, vilket försämrar finansieringsmöjligheterna. Det innebär också att konkurrensen om utbildad personal, både mellan olika sektorer i samhället och mellan sjukvårdshuvudmännen, kommer att bli tuffare. Fram till år 2025 uppgår rekryteringsbehovet inom vården i Sverige till 160 000 personer, och till det räcker inte dagens utbildningskapacitet.

Ansvar för sjukvården ligger hos de 21 landstingen och regionerna med var sin ”sjukvårdsminister” som har sin viktigaste arena på hemmaplan. Organisationen med landsting är som ett litet EU, där det är svårt och inte tvingande att bli överens. De nationella jämförelserna mellan landstingen visar på olikheter i effektivitet och resultat. Sjukvårdsministern har små möjligheter att påverka de centrala systemfrågorna. Det finns alltså egentligen ingen som är ansvarig för den politiskt viktigaste frågan – den svenska sjukvården. Framtiden för sjukvården kan uppfattas som en snabb nedräkning mot undergången. Så illa behöver det inte bli. Den som på nära håll följt sjukvårdens utveckling under de senaste 50 åren vet att det inte är första gången som stora förändringar vidtagits på grund av förändrade behov, ekonomiska kriser eller medicinskt-teknologiska genombrott.

Det som sker nu är att för många trender går åt fel håll samtidigt. Vi är inne i ”den perfekta stormen” som medför att vi inte kan fortsätta att bedriva vård på samma sätt som vi gör nu. Vi står inför ett paradigmskifte där vi måste hitta nya modeller och lösningar.

### **Utnyttja teknologin**

Produktivitetens utveckling handlar alltid om teknologiska framsteg. Teknologin på allas läppar i dag är digitalisering och välfärdsteknologi, som har stor förmåga att förändra. Men det gäller att få den att fungera i växelverkan med verksamhetsutvecklingen. Data och artificiella intelligenser

måste användas mer för automatisering av processer och beslutsstöd. Potentialen för sjukvårdsproducenter att hamna i framkant är enorm om man lyckas. De ser fram emot en ljus framtid, både för sina patienter som får mer precision i sin allt billigare vård och för sina produkter, vilket även gör detta till en het näringspolitisk fråga.

Ta vara på fungerande lösningar. Utforska vad i landstingen som fungerar bäst. Ta vara på de många idéer och tillämpningar som skulle kunna effektivisera vården. Ge förebyggande insatser och hitta patienterna innan de blir för sjuka. Skapa modeller för sköra äldre där sjukvård, äldreomsorg och anhöriga samverkar. Förstärk vård i hemmet och andra öppna vårdformer. Utveckla vårdprocesser för stora kronikergrupper och skapa en primärvård värd namnet. Ändra arbetsfördelning mellan olika personalgrupper och patienten/anhöriga.

Vi patienter vill och kan ta mer ansvar för vår hälsa. Stöd från nationell nivå. Utveckla processer för att kunna ta nödvändiga beslut i strategiska frågor som är viktiga för en vård som är effektiv, av god kvalitet och likvärdig i hela landet. Låt staten ta över finansieringen för all internetbaserad sjukvård. Skapa administrativa frizoner för experiment med nya metoder och tekniker. Boota om Datainspektionen så att den stöttar i stället för att störa digitaliseringen. Ge rätten att förskriva läkemedel och skriva intyg för till exempel sjukskrivning till andra personalgrupper, och inför automatiska beslutsstöd, som tar över de enklaste fallen. Tillåt äldreomsorg och sjukvård att utbyta data.

### **Anpassa efter kapacitet**

Det enda vi är säkra på är att vi inte kan producera vård och omsorg på samma sätt som i dag. Även om vi hittar finansieringen, vilket är politiskt osannolikt, finns inte rätt utbildad personal. Det blir därför nödvändigt att åstadkomma mer inom den tillgängliga kapaciteten. Den heta diskussionen om prioriteringar i sjukvården under den ekonomiska krisen i början av 2000-talet gör att politiken helst inte vill ta ordet i sin mun. Men vi är nu i ett läge där vi med gemensam kraft måste arbeta fram strategier för hur sjukvårdens begränsade resurser kan användas på bästa sätt.

### **Kan vi vinna kampen?**

Sjukvården är en omfattande och komplex välfärdsverksamhet. Det finns 90 sjukhus, 1 200 vårdcentraler och tusentals mottagningar med olika vårdutbud. Räknar man in all vård och omsorg som bedrivs i landsting, kommuner och privat drift uppgår antalet anställda till 600 000 och kostnaderna utgör mer än 11 procent av bruttonationalprodukten. Det är ett högt söktryck till högskolornas vårdirkesutbildningar. Nio av tio som har legitimerats arbetar kvar inom vården. Inom landstingens vård har tre fjärdedelar av de anställda en högskoleutbildning på tre år eller längre. Sjukvården är således en kompetensorganisation på samma utbildningsnivå som universiteten, men där man också tillämpar avancerad teknik och de senaste forskningsrönen för patienterna.

Ansvariga drivs av att skapa en god sjukvård, och det finns stor potential och vilja bland medarbetare att bidra till utvecklingen för att möta framtiden. I dag läggs emellertid all kraft på att lösa de dagliga problemen, och liten eller ingen energi återstår för mer långsiktigt agerande. På den nationella politiska nivån måste man ta kommandot och vassa sin förmåga till analys och överblick om de utmaningar som väntar och de möjligheter som finns. Det kräver politiskt mod, tållang, ansträngning och ett ledarskap med helhetssyn på hälsan för att omvandla det svenska sjukvårdssystemet.

## **40-talisternas har inlett sin sista strid, Expressen 6 januari 2020. Författare Bengt Göran Emtinger**

Tidernas äldreboom är här – fram till år 2030 ökar antalet 80-plussare med 50 procent. Vi kanske ska kraftsamla mot andra grupper som är intresserade av skattepengarna? Tillsammans kan vi demonstrera: ”Ropen skalla, en anständig äldrevard åt alla!” skriver Bengt Göran Emtinger.

Den 1 januari fyllde de första fyrtiotalisterna 80 år och tidernas äldreboom utlöstes. Mellan åren 1940 och 1949 föddes över 1,2 miljoner barn i Sverige, flest under en period på 100 år. Fyrtiotalisterna ska inte klaga. De flesta har varit med om en resa till ett välfärdssamhälle som saknar motstycke. Flickor och pojkar fick flytta till lägenheter med toalett och rinnande vatten inomhus, åka på tältsemester i pappas nyinköpta grågröna VW-bubbla, titta på ”Humle och Dumle” i tv och vara elever i en utbildningsexplosion.

Sedan följde den första tonårskulturen med musik och nytt klädmode men också engagemang och demonstrationer i revolutionär anda: Jämställdhet, utbyggnad av daghem och frihet från krig i Vietnam. Livet fortsatte sedan för många med arbete och yrkeskarriärer, som kunde omvandlas till bostäder med snabbt ökat värde genom hög inflationstakt.

### **80-plussarna ökar med 50 procent**

Antalet invånare 80 år och äldre utgör nu lite mer än fem procent av Sveriges befolkning, och så har det varit sedan tjugo år tillbaka. Fram till 2030 ökar antalet med 50 procent eller 270 000 personer och kommer då att utgöra mer än sju procent av befolkningen. Det är en ökning som är nio gånger större än föregående tioårsperiod. Det innebär också en ökning av försörjningskvoten, var och en som arbetar får försörja allt fler.

### **Allt fler ska försörjas. Ökningen av 80-plussare i Sverige blir rekordartad.**

Dagens pensionärer kan se fram emot fler levnadsår än gårdagens generationer. När man passerat 80 år blir krämporna allt fler, allvarligare och mer kroniska. Nästan alla har att tacka sjukvården för hjälp när kroppens maskineri börjar bli slitet. Utveckling sker av läkemedel, hjälpmedel och medicinteknik. Höft- och knäleder blir utbytta. Fler överlever hjärtinfarkt, stroke och cancer jämfört med tidigare.

### **Omsorgsbehovet växer med ett helt Borås**

Oavsett hur livet gestaltat sig eller hur mycket pengar vi har på banken sitter vi under de sista åren i samma båt. Förr eller senare behöver vi hjälp av andra. Nästan samtliga som är 80 år och äldre har kontakt med sjukvården och finns i en fjärdedel av sjukhussängarna. Fyra av tio har hemtjänst eller kommunalt äldreboende. Låt oss tänka oss att ökningen av 80-plussare med kommunal omsorg samlas i en kommun. Sammanlagt mellan åren 2007 och 2019 motsvarar ökningen de 13 000 invånarna på öarna i Öckerö kommun. Fram till 2030 blir det nästan lika många som bor i Borås eller publiken i sju fyllda Globenarenor, 112 000.

### **Äldreboomen kräver nya äldreboenden, en utvecklad organisation och allra mest – tillgång till personal.**

Det blir således en tuff utmaning för ansvariga makthavare som ska svara för underhållet och betala notan. I dag är kommunernas kostnader för äldres vård och omsorg 135 miljarder. En fortsatt bibehållen kvalitet kan innebära en ökad kostnad med 60 miljarder 2030 – sex miljarder mer

varje år – för påfyllningen av alla fyrtiotalister. Men det handlar inte bara om pengar. Äldreboomen kräver nya äldreboenden, en utvecklad organisation och allra mest – tillgång till personal.

### **Vinner vi striden om ett anständigt slut?**

Det kanske inte är så uppmuntrande att i början på ett nytt decennium läsa om en nedräkning mot undergången. Men så illa behöver det inte bli. Den som följt sjukvårdens utveckling under ett halvt sekel vet att det inte är första gången som stora förändringar vidtagits på grund av ändrade vårdbehov, ekonomiska kriser eller medicinsk-teknologiska genombrott.

Vinner vi striden? Den generation som gick i bräsch för frihet från krig och dagis åt alla kanske ska leta upp sina dammiga plakat och kraftsamla mot andra grupper som är intresserade av skattepengarna. Tillsammans kan vi demonstrera: ”Ropen skalla, en anständig äldrevård åt alla!”

## Bilaga 3. Primärvårdens historia

---

*Denna bilaga är ett oredigerat utdrag från ett avsnitt i Socialstyrelsens lägesrapport från 2006, Hälsa- och sjukvård – Primärvård. Socialstyrelsen har medgivit publicering i denna rapport..*

Den traditionella svenska modellen för primärvård – med geografiskt ansvar och relativt stora enheter i offentlig regi – är förhållandevis ovanlig i ett internationellt perspektiv. I andra OECD-länder bedrivs primärvård nästan enbart i privat regi. I länder med listningssystem baseras ersättningen från försäkringsgivare och sjukvårdsmyndigheter i större utsträckning på antal besök och prestationer kombinerat med ett fast belopp per registrerad vårdtagare. Läkarmottagningar i andra länder har oftast inget formellt områdesansvar, de har färre anställda och är i större utsträckning organiserade kring läkarnas insatser.

Under senare tid har dock skillnaderna mellan Sverige och andra länder minskat. I Sverige har flera landsting sedan början av 1990-talet introducerat familjeläkarsystem med listning och större möjligheter för befolkningen att välja vårdgivare. De privata vårdgivarna har blivit fler och ersättningen till primärvården baseras nu i större utsträckning på utförda prestationer, mätt i produktivitet eller i vissa fall kopplat till effektivitet som inkluderar uppsatta mål. Samtidigt utvecklas primärvården i andra länder mot större enheter och breddad kompetens, alltså ett närmande till svenska förhållanden. I detta avsnitt sammanfattas några viktiga drag i den svenska primärvården under de senaste 50 åren.

### **Tillbakablick – utredningar och reformer**

Den moderna svenska primärvården byggdes upp först i början av 1970-talet. De bakomliggande idéerna hade dock formulerats 25 år tidigare, då landstingen enbart ansvarade för den slutna vården vid sjukhusen. Den öppna vården bedrev sjukhusläkarna i privat regi med ersättning per besök direkt till patienterna. Även de så kallade provinsialläkarna, som var statligt anställda, kunde länge ta betalt för sina tjänster direkt från patienterna i tillägg till den fasta lönen.

År 1943 tillsattes en utredning vars främsta syfte var att lämna förslag på hur den öppna vården vid sjukhusen skulle kunna regleras. Utredningen föreslog bland annat att en kostnadsfri öppen-vård, i offentlig regi med landstingen som huvudman, skulle byggas upp utanför sjukhusen. Verksamheten skulle bedrivas vid hälsocentraler som prioriterade förebyggande åtgärder. Förslagen ansågs radikala och mötte stort motstånd från framför allt läkarna, som var särskilt kritiska till att vården skulle ske i offentlig regi. Inget av förslagen genomfördes.

Under 1950-talet tillsattes fler utredningar som hade i uppdrag att se över den expanderande sjukhusvården och lösa problemen bland provinsialläkarna i form av underbemanning och svårigheter att upprätthålla kompetens och kvalitet. I en statlig utredning om den öppna vården framfördes att en stor andel av sjukhusens öppna vård inte krävde dess specialiserade resurser utan kunde utföras mer rationellt vid separata enheter utanför sjukhusen. Även denna utredning konstaterade att provinsialläkarväsendet hade stora problem med både kapacitet och kompetens. Utredningen förespråkade därför decentraliserade lösningar samt att landstingen skulle ta över huvudmannskapet för provinsialläkarna. Vidare föreslogs att mottagningarna skulle bemannas med flera läkare och förstärkas med distriktssköterskor och andra kompetenser som sjukgymnaster. Flera av förslagen genomfördes.

År 1959 fick landstingen formellt ansvar för sjukhusens öppna vård. Principerna för hur den öppna vården vid sjukhus tillhandahölls och finansierades påverkades dock inte. År 1963 beslutades att landstingen skulle ta över provinsialläkarväsendet och landstingen blev skyldiga att dela in de dåvarande landstingskommunerna i läkardistrikt. Detta kan sägas vara embryot till dagens primärvård. I varje distrikt skulle det finnas minst en provinsialläkare som kunde anställa mottagningshjälp som stöd.

Under 1960-talets andra hälft blev frågan om den öppna vårdens organisation på nytt aktuell på grund av den akuta bristen på provinsialläkare, då de flesta läkare som examinerades anställdes av sjukhusen. Först år 1969 fick provinsialläkarna en egen specialistutbildning, men möjligheten till egen privat verksamhet och högre inkomster, liknande dem som fanns för erfarna sjukhusläkare, saknades. Provinsialläkarna hade dessutom en tung och oreglerad jourbörda och arbetade ofta ensamma – förhållanden som stod långt ifrån det ideal med hälsocentraler och bred kompetens som föreslagits i tidigare utredningar.

### **Den nya primärvården tar form**

Vid slutet av 1960-talet togs flera politiska initiativ som syftade till ökat inflytande över hälso- och sjukvårdens utveckling. Bland annat fick Socialstyrelsen utökat ansvar och Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) bildades. Socialstyrelsen presenterade år 1968 ett nytt förslag för den öppna vårdens utveckling och föreslog åter att stora delar av den öppna vården skulle frigöras från sjukhusen och förläggas till separata vårdenheter. I landstingen upprättades så kallade flerläkarstationer med både läkare, distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och mottagningspersonal. Den nya primärvården började ta form och en stark ekonomisk tillväxt innebar att det fanns goda finansiella möjligheter för en expansion.

En förändring med stora konsekvenser för den öppna vårdens utveckling var den så kallade 7-kronorsreformen år 1970, vilken innebar att en fast enhetlig patentavgift för öppen vård (sju kronor) infördes. Tidigare hade patienterna själva fått betala hela avgiften för läkarbesöket, för att få återbetalning med tre fjärdedelar av beloppet från Försäkringskassan. Den privata ersättningen för läkare som arbetade med öppen vård avskaffades, arbetstiden reglerades och läkarna blev heltidsanställda med fast lön. Genom 7-kronorsreformen fick landstingen ansvaret för hela vårdkedjan, från öppenvården utanför sjukhusen till sjukhusens öppna och slutna vård. Tanken var att den öppna vården i första hand skulle tillhandahållas utanför sjukhusen – en vårdform som fortfarande inte alls var uppbyggd.

År 1972 publicerade Spri en rapport om den öppna vårdens struktur utifrån Socialstyrelsens tidigare förslag. Det är i denna Spri-rapport som begreppet ”primärvård” används för första gången. I rapporten betonas integrationen mellan den öppna vården och den sociala omsorgen, och kommunerna blev basen för primärvårdens geografiska ansvar. I Spri:s förslag fanns också ett utpräglat tänkande i vårdnivåer. Vården skulle ges på ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” (LEON) och det antogs att större delen av befolkningens vårdbehov skulle kunna tillgodoses av primärvården.

Verksamheten skulle organiseras inom ramen för så kallade primärvårdsområden med minst en vårdcentral i varje kommun. Vårdcentralerna kunde vara av olika storlek beroende på befolkningsunderlag och större vårdcentraler skulle mer mångsidig kompetens än de mindre. Utöver distriktsläkare kunde till exempel barnläkare, gynekologer, psykiatriker, internister, allmäkirurger, öronläkare, ögonläkare och hudläkare ha vårdcentralen som sin arbetsplats. Åtagandena för primärvården gentemot befolkningen skulle alltså bli desamma som tidigare – det nya var samarbetet med kommunerna och det utpräglade tänkandet i vårdnivåer. De patienter man inte klarade

av vid en mindre vårdcentral skulle skickas till en större med specialistkompetens. Först därefter skulle man slussa patienterna vidare till nästa vårdnivå i form av specialister vid sjukhusen.

Utvecklingen av primärvården gick dock fortsatt trögt under 1970-talet och sjukhusvården expanderade i snabbare takt än primärvården. En viktig förändring skedde genom Dagmarreformen år 1984. Den innebar att ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen utgick med ett fast belopp per invånare, i stället för som tidigare per besök. På detta sätt kunde staten bättre kontrollera kostnaderna. Landstingen gavs i sin tur möjlighet att kontrollera kostnadsutvecklingen genom att ställa krav på vårdavtal vid nyetablering av privatpraktiker och kontrollera det totala antalet besök i den öppna vården.

Mot slutet av 1980-talet höjdes röster för ökade valmöjligheter för individen mot bakgrund av en allmänideologisk omsvängning samt brister i vårdens tillgänglighet. Det traditionella befolkningsansvaret för vårdcentralerna ställdes mot nya idéer där varje individ själv skulle kunna välja sin vårdgivare och där pengarna följde individernas val.

### **Primärvård, närsjukvård och närvård**

Sett till resursutvecklingen och svårigheterna att få acceptans hos bland annat beslutsfattare tycks problemen med primärvårdens utveckling kvarstå även efter 1980. I en rapport från riksdagens revisorer 1991 hävdas att ”sjukvårdshuvudmännen, i strid med statsmaktens intentioner, har byggt upp en vårdstruktur med en efter internationella förhållanden stark överbetoning på dyrbar specialistvård”. Revisorerna noterade att antalet specialistläkartjänster vid sjukhusen ökat med 4000 under 1980-talet, medan antalet allmänläkartjänster endast ökat med 1000. Andelen allmänläkartjänster vid slutet av 1980-talet var därför fortfarande endast cirka 20 procent av samtliga specialistkompetenta, vilket var en lägre nivå än i andra länder med utbyggd primärvård.

Den nationella Husläkarreformen genomfördes år 1994 och innebar att befolkningen kunde lista sig hos valfri husläkare. Husläkaren betalades med fast belopp per individ i kombination med ersättning per besök. Inspiration hämtades från andra länder med listningssystem, inte minst Danmark, England och Nederländerna. Det traditionella områdesansvaret för vårdcentraler omdefinierades. Det tog dock endast ett år innan Husläkarreformen avvecklades och besluten om primärvårdens organisation på nytt decentraliserades till landstingen.

Hälso- och sjukvårdslagen ändrades år 1995 så att det av lagstiftningen framgår att primärvården, som en del av den öppna vården, utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper, ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande arbete som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I ytterligare en rapport från riksdagens revisorer 1997 konstateras att primärvården till stor del förskonats från de nedskärningar som drabbade landstingen under 1990-talets första hälft. Primärvårdens andel av de samlade resurserna ökade därmed något och antalet allmänläkartjänster ökade relativt sett i samband med Husläkarreformen. Samtidigt ökade dock belastningen på primärvården, främst till följd av neddragningarna inom sjukhussektorn då ansvaret för vård av kroniskt sjuka och äldre successivt fördes över från sjukhusen till primärvården.

### **Nationella handlingsplanen**

År 2000 antog riksdagen den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Visionen var att hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning skulle utvecklas genom insatser på några strategiska områden, bland annat primärvården och vård och omsorg av äldre. Målsättningen var att nå positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet, till exempel genom att förbättra samarbetet mellan sjukhus och primärvård. Man ville även att pri-



märvården skulle utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet. Fast läkarkontakt för dem som önskar var ett av målen. Socialstyrelsens utvärderingar av den Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården visar dock att det är osäkert i vilken utsträckning de extra statliga resurserna kommit primärvården till del och huruvida handlingsplanens målsättning att ge befolkningen större möjligheter att etablera långsiktiga relationer med en egen läkare verkligen realiserats. Uppföljningen konstaterar att ”Familjeläkarkonceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen, men idag har frågor som fast läkarkontakt, valfrihet och mångfald tonats ner och många landsting prioriterar istället närhetsprincipen och ett utökat teamarbete. Till viss del beror detta sannolikt på att det saknats allmänläkare men även andra motiv tycks motivera dessa prioriteringar.”

## Bilaga 4. Kostnader och vårdkontakter

---

### Data och bearbetning

Denna bilaga bygger på data från Rebus Vård i Region Östergötland (vårddata kommer från journalsystemet Cosmic). Befolkningsdata är hämtade och bearbetade från statistikdatabasen SCB. Data är vald för år 2019, året innan pandemiåren, samt i några fall också jämförelse med år 2014.

Redovisning sker av patientgrupper enligt huvudkapitel i ICD-10. Uppdelning sker på kvinnor och män samt fem åldersgrupper och totalt samt boendekommun i Östergötland.

### Vårdkontakter

I vårdkontakter ingår samtliga enheter från Region Östergötland samt privata vårdgivare med uppdrag från regionen, exempelvis privata vårdcentraler, mottagningar inom psykiatri samt upp-handlad vård vid Lasarettet i Motala. Läkarverksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning samt fysioterapi ingår också i statistiken.

En uppdelning har gjorts på primärvård, öppen vård vid sjukhus inklusive andra specialistmottagningar samt vårdtillfällen och vård dagar vid sjukhus.

### Kostnader

I kostnaderna ingår samtliga enheter från Region Östergötland. Privata enheter med uppdrag från regionen ingår inte. Sammanlagt står enheterna i regionerna för cirka 90 procent av vårdens kostnader i Östergötland.

Kostnader kommer från regionens KPP (Kronor per patient). Data hämtas från patientjournal Cosmic, personaladministrativt system Heroma och ekonomisystem UBW genom Prodocapo/Cost Perform. Region Östergötland följer de nationella KPP-principerna, se länk:

<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef386d9/1642164260371/7585-881-4.pdf>

De undantag som görs inom Region Östergötland är att kostnader för receptläkemedel och hjälpmedel inkluderas.

### Inriktning

Kostnader och vårdkontakter i denna bilaga är en annorlunda redovisning än den som sker i de reguljära årsredovisningarna i regionen. Den nedanstående kvantitativa kartläggningen utgår från en jämlig vård ur ett befolknings- och patientperspektiv inom några aspekter: Kvinnor och män, åldersgrupper och boende i Östergötlands kommuner. Här redovisas också andelen inom olika vårdformer: Primärvård, Öppen vård vid sjukhus och Inneliggande vård vid sjukhus. Dessutom redovisas också besök och inläggningar på akutmottagningarna. Under diagrammen görs vissa förtydliganden och analyser men inte förklaringar om orsaker till skillnader.

## Befolkning

I tabell 1 redovisas antal invånare i Östergötland år 2019 och förändring från år 2014.

Ålder	Antal			Andel			Förändring 2014-2019	
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Antal	Procent
0-19	51 806	55 312	107 118	23%	23%	23%	7 622	8%
20-44	71 628	78 918	150 546	31%	33%	32%	5 665	4%
45-64	55 081	57 250	112 331	24%	24%	24%	3 625	3%
65-79	36 031	34 202	70 233	16%	14%	15%	4 962	8%
80-	15 023	10 244	25 267	7%	4%	5%	1 516	6%
Summa	229 569	235 926	465 495	100%	100%	100%	23 390	5%

Tabell 1: Antal invånare fördelat på kön och åldersgrupper år 2019 i Östergötland

Mellan år 2014 och 2019 ökade antal invånare med 5 procent och flest i åldersgrupperna 0–19 och 65–79 år.

## Kostnader

### Vårdformer

Diagram 1 visar olika åldersgruppers fördelning av kostnader inom vårdformerna primärvård, öppen vård vid sjukhus och slutenvård vid sjukhus.

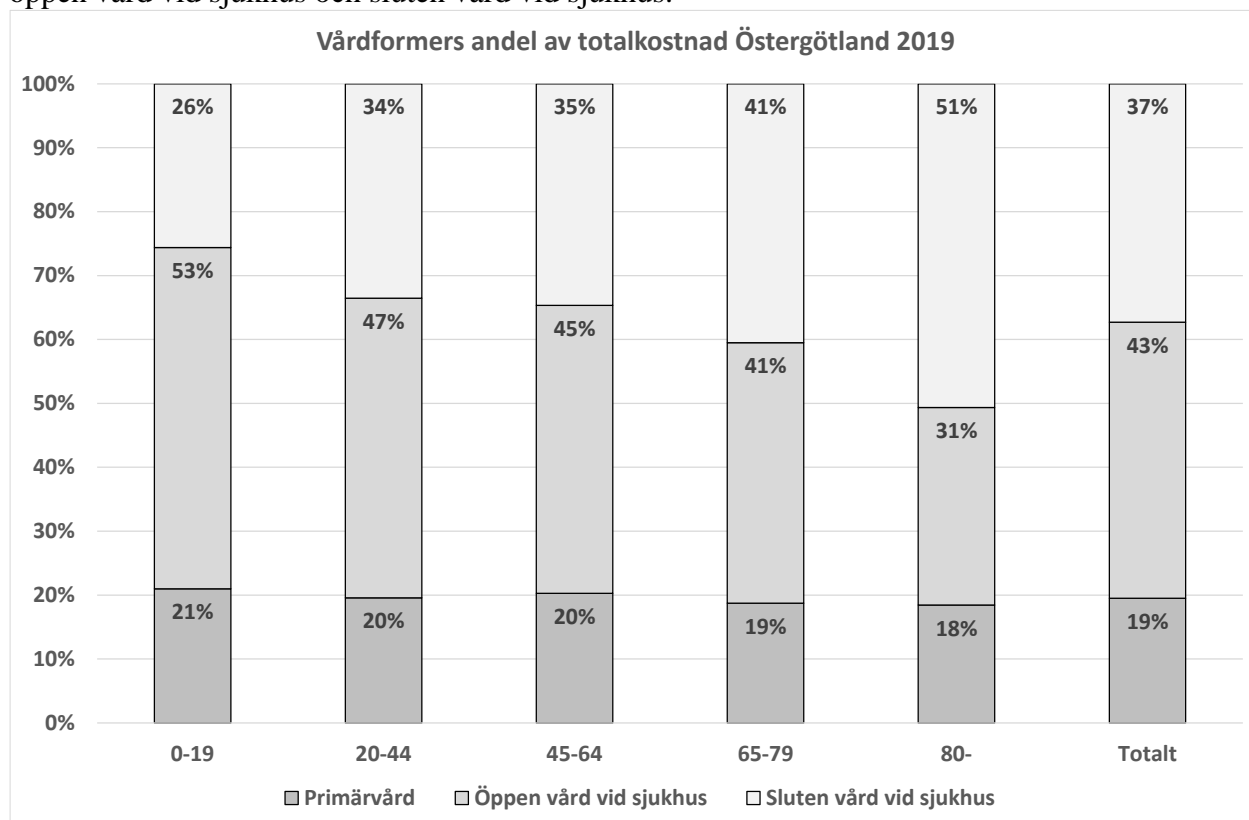


Diagram 1. Vårdformers andel av totalkostnad Östergötland 2019.

Varje stapel för vardera åldersgrupp bildar 100 procent oavsett kostnad i kronor. Totalt för alla åldrar är kostnaden högst för öppen vård vid sjukhus, därefter slutenvård vid sjukhus och lägst är

kostnaden för primärvård. Inom samtliga åldersgrupper utgör primärvården ungefär samma kostnadsandel, mellan 18 och 21 procent. Åldersgruppen 0–19 år har den högsta kostnadsandelen inom öppen vård vid sjukhus. För åldersgruppen 80 år och äldre är den högsta kostnadsandelen inom sluten vård vid sjukhus.

### Kvinnor och män i åldersgrupper per invånare

Diagram 2 visar kostnad per invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper år 2019. Kostnaden utgörs av besök i primärvård och sjukhusvård samt ineliggande vård vid sjukhus.

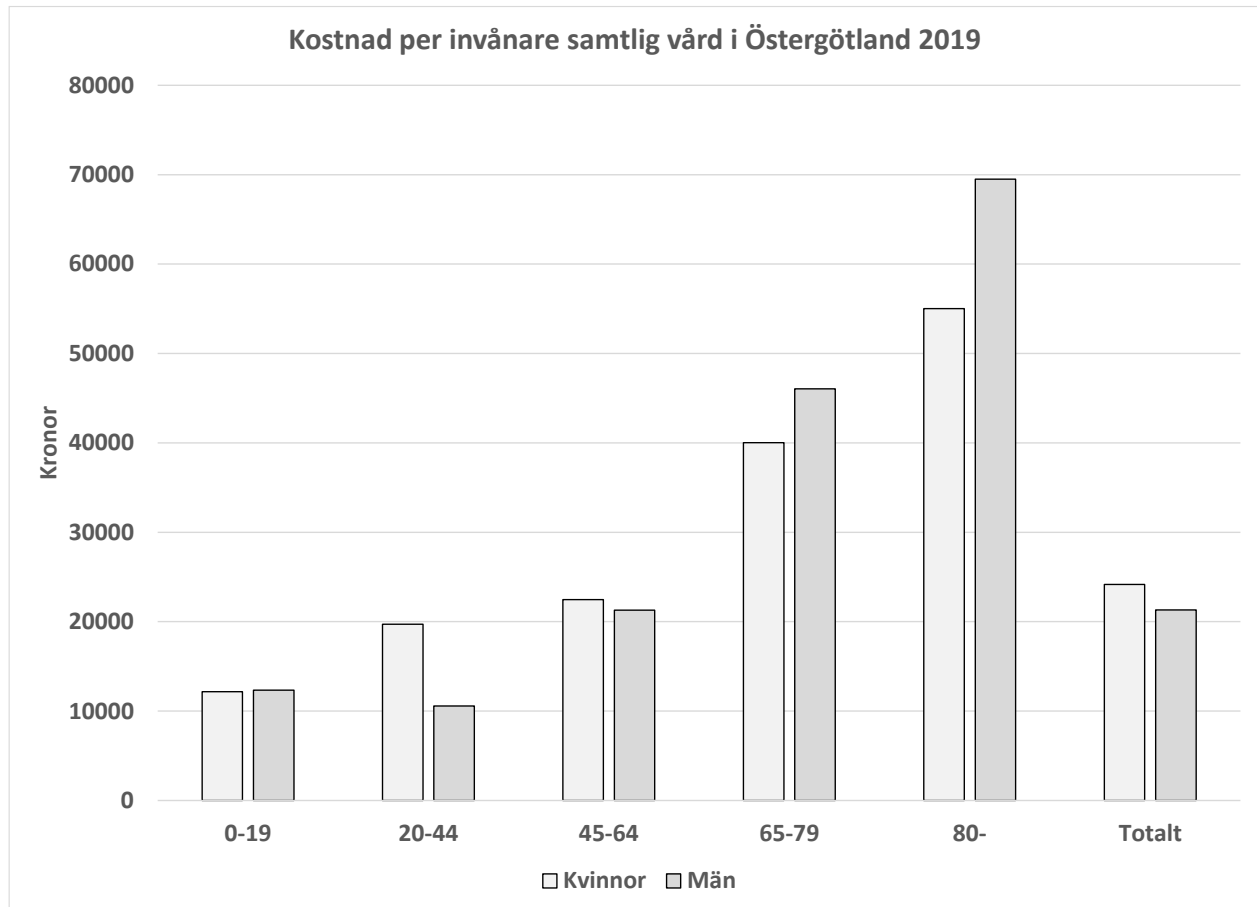


Diagram 2. Kostnad per invånare för kvinnor och män i olika åldersgrupper och totalt år 2019, invånare i Östergötland.

Den genomsnittliga kostnaden per invånare ökar med stigande ålder. Kostnaden i åldersgruppen 0–19 år för kvinnor och män totalt var 12 000 kronor och i åldersgruppen 80 år och äldre 61 000 kronor, fem gånger högre. Totalkostnaden var 24 000 kronor för kvinnor och 21 000 för män. Skillnaderna mellan kvinnor och män i åldersgruppen 20–44 år förklaras i huvudsak av kostnad för kvinnor inom diagnosen graviditet och förlossning.

### Diagnoser

Diagram 3 visar kostnaden per sjukdomsgrupp totalt samtlig vård år 2019. Kostnaden utgörs av diagnossatta besök i primärvård och sjukhusvård samt ineliggande vård vid sjukhus.

Totalkostnad hälso- och sjukvård i Östergötland 2019 per huvuddiagnos

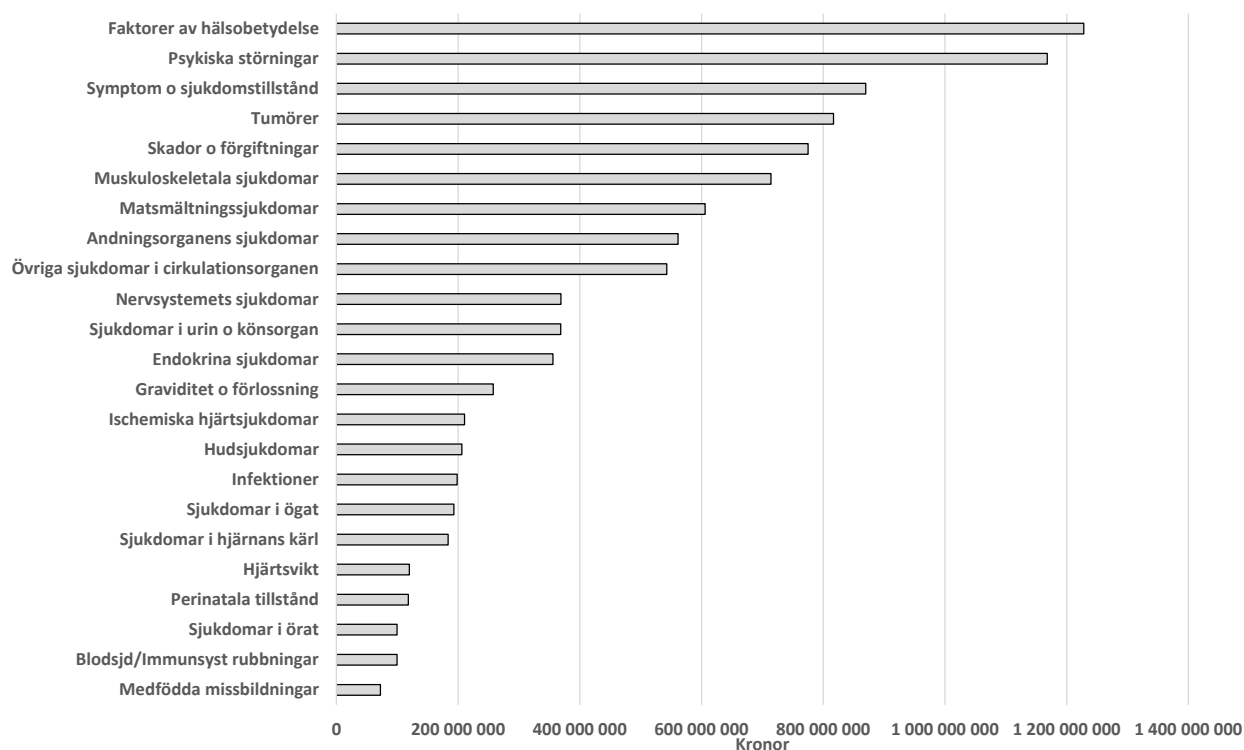


Diagram 3. Totalkostnad för hälso- och sjukvård per huvuddiagnos ICD-10, Östergötland år 2019.

Totalt var kostnaden för huvuddiagnoserna i diagrammet 10,6 miljarder kronor år 2019. Av de enskilda sjukdomsgrupperna var kostnaden högst för psykiska störningar, nästan 1,2 miljarder. De största procentuella kostnadsökningarna mellan 2014 och 2019 har skett för Endokrina sjukdomar, Graviditet och förlossning samt Psykiska störningar.

## Vårdkontakter

År 2019 hade invånarna i Östergötland sammanlagt följande antal fysiska vårdkontakter med vården i Östergötland:

- 1 606 000 besök i primärvård
- 1 270 000 besök i öppen specialiserad vård vid sjukhus och andra specialistmottagningar
- 62 000 vårdtillfällen vid sjukhus
- 466 000 vård dagar vid sjukhus

## Kvinnor och män per invånare i åldersgrupper

Tabell 2 visar antal vårdkontakter per 100 invånare för kvinnor och män i olika vårdformer.

Vårdkontakter per 100 invånare Östergötland 2019			
	Kvinnor	Män	Totalt
Primärvård	406	286	345
Öppen vård sjukhus	299	247	273
Vårdtillfällen sjukhus	14	12	13
Vård dagar sjukhus	56	56	56

Tabell 2. Antal vårdkontakter per 100 invånare i olika vårdformer för kvinnor, män och totalt Östergötland år 2019.

För vård dagar på sjukhus är det samma antal per invånare för kvinnor och män. Inom övriga vårdformer har kvinnor fler vårdkontakter än män. De följande tre diagrammen visar antal vårdkontakter per 100 invånare för kvinnor och män i fem åldersgrupper inom primärvård, öppen vård vid sjukhus och ineliggande vård vid sjukhus.

### Primärvård

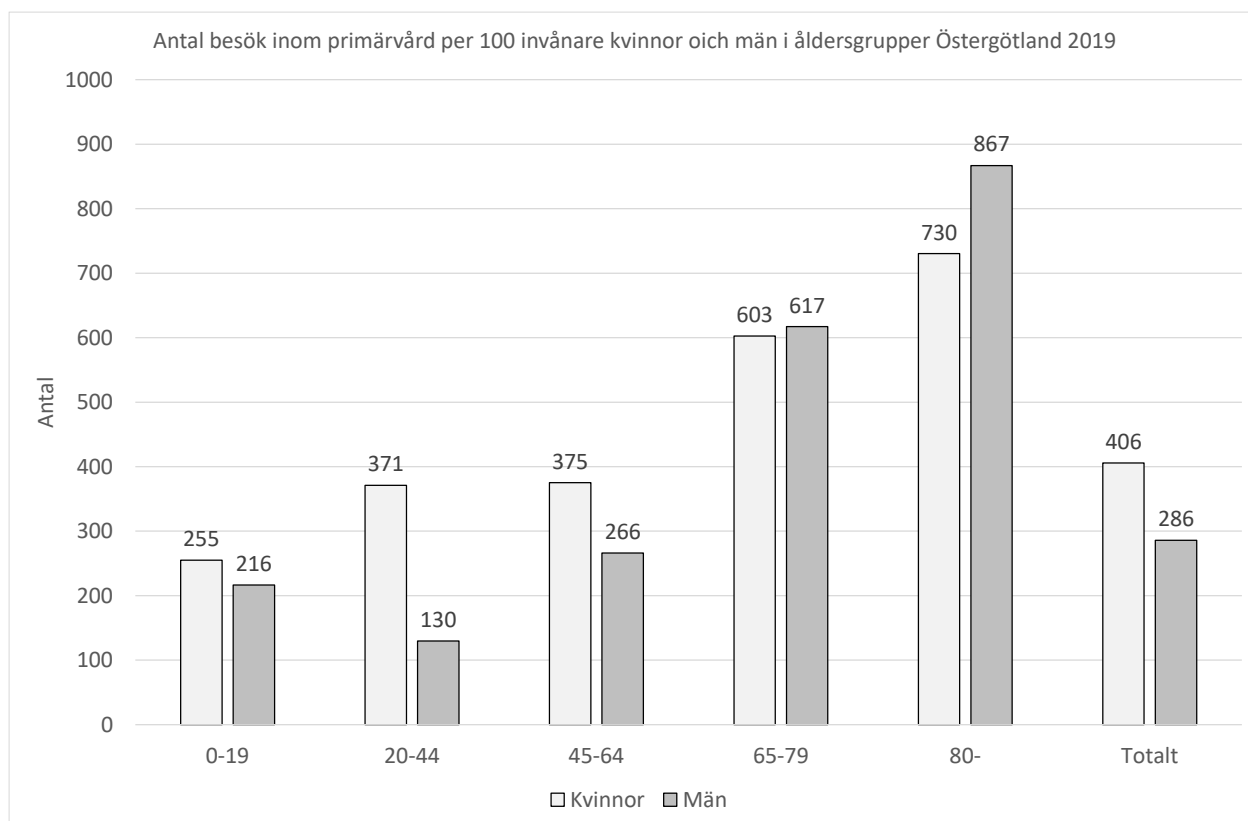


Diagram 4. Antal besök inom primärvård per 100 invånare kvinnor och män i åldersgrupper Östergötland år 2019.

### Öppen vård vid sjukhus

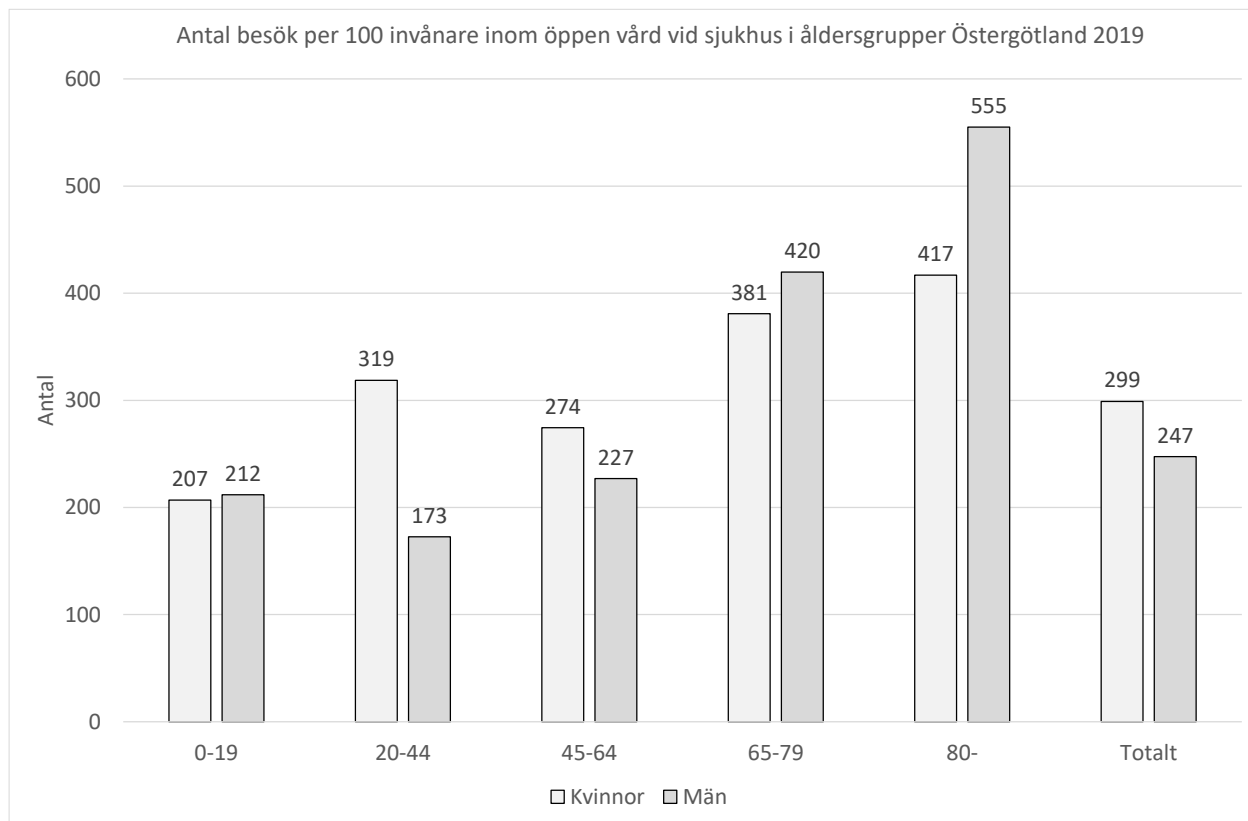


Diagram 5. Antal besök inom öppen vård vid sjukhus per 100 invånare kvinnor och män i åldersgrupper Östergötland år 2019.

### Vårdtillfällen

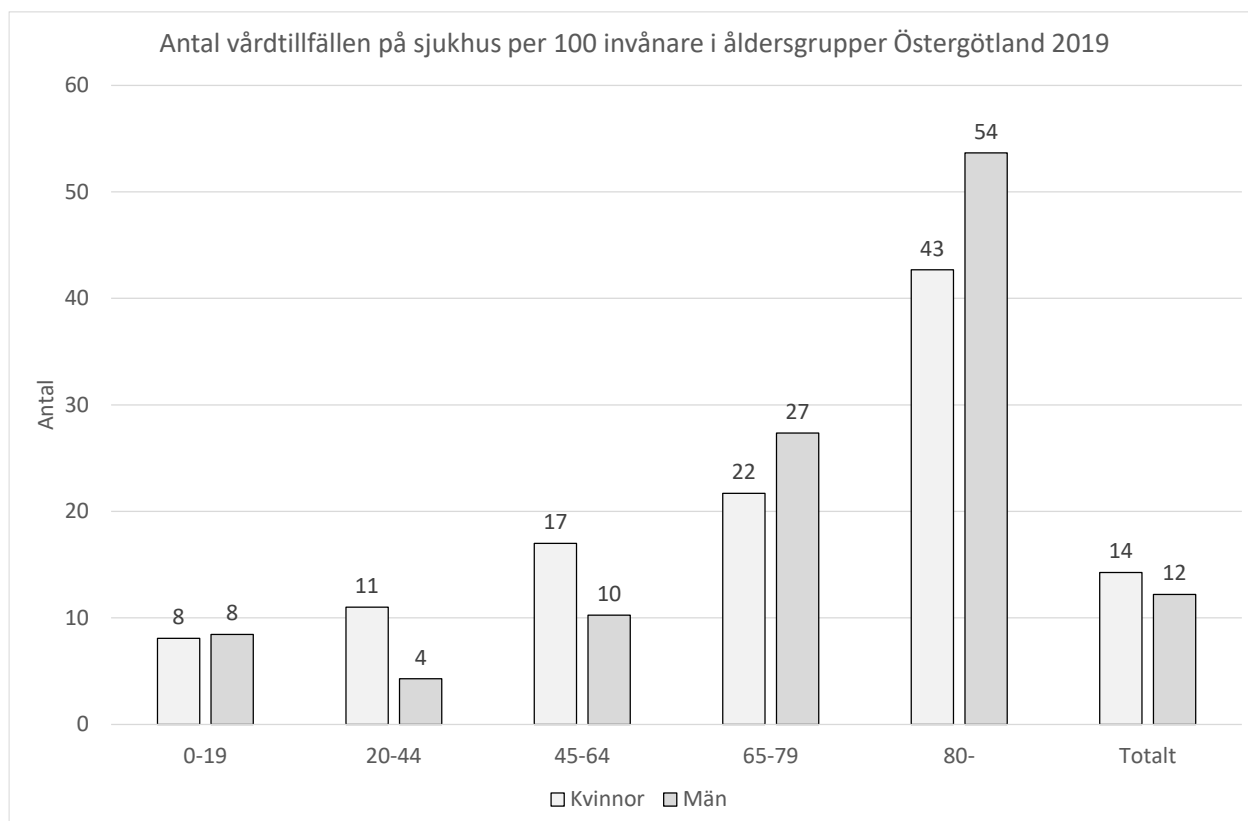


Diagram 6. Antal vårdtillfällen vid sjukhus per 100 invånare kvinnor och män i åldersgrupper Östergötland år 2019.

### Vård dagar

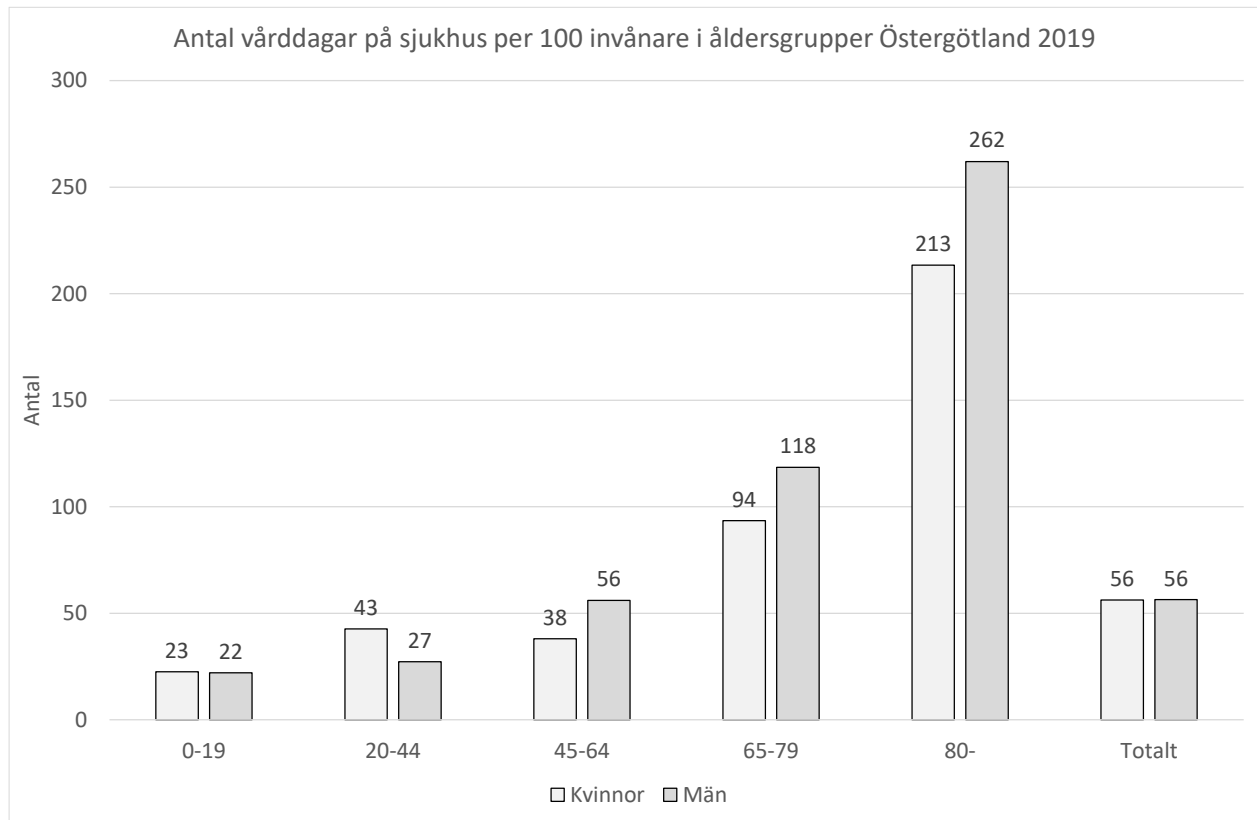


Diagram 7. Antal vård dagar vid sjukhus per 100 invånare kvinnor och män i åldersgrupper Östergötland år 2019.

### Sjukdomsgrupper

Nedanstående tabell 3 bygger på 2,2 miljoner registrerade diagnoser på patienter i Östergötland år 2019. Syftet med tabellen är att översiktligt visa andelen sjukdomsgrupper av totalt som patienterna fått vård för. Totalkolumnen är oviktad och ska betraktas som en ungefärlig sammantagen bild. De övriga kolumnerna redovisar andelarna för respektive vårdform.

De tre första kolumnerna visar andelen av diagnoserna i olika sjukdomsgrupper inom primärvård, öppen sjukhusvård respektive vårdtillfällen vid sjukhus. Den fjärde kolumnen utgör totalsumman av andelarna utan någon viktning av öppen och inläggande vård. Det är också denna kolumn som andelarna är sorterade, från högst andel till lägst andel.

Denna klassifikation är den svenska versionen av den tionde revisionen av The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) som utgavs av Världshälsoorganisationen (WHO) 1992. Den är liksom sina föregångare en statistisk klassifikation, det vill säga ett system för att på ett meningsfullt sätt gruppera sjukdomar och dödsorsaker för översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Kravet på en statistisk klassifikation av detta slag är att den täcker alla tänkbara sjukliga tillstånd och hälsoproblem inom ett hanterbart och därför rimligt antal kategorier (*Hemsida Socialstyrelsen*).



<b>Huvuddiagnoser hälso- och sjukvård</b>	<b>Andel av totalt antal diagnoser</b>			
Region Östergötland år 2019	sorterat från högst till lägst i kolumn Totalt			
	Primärvård	Öppen sjukhusvård	Vårdtillfällen	Totalt
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet	<b>22%</b>	<b>23%</b>	<b>11%</b>	22%
Psykiska sjukdomar	8%	<b>24%</b>	5%	16%
Symtom, och sjukdomstecken	<b>12%</b>	<b>8%</b>	8%	10%
Muskelsjukdomar	<b>14%</b>	5%	5%	9%
Skador och förgiftningar	4%	5%	<b>10%</b>	5%
Cirkulationsorganens sjukdomar	7%	3%	<b>13%</b>	5%
Andningsorganens sjukdomar	7%	3%	7%	5%
Hudsjukdomar	6%	3%	1%	4%
Endokrina sjukdomar	6%	2%	2%	4%
Tumörer	1%	6%	7%	4%
Ögonsjukdomar	1%	5%	0%	3%
Urin- och könssjukdomar	2%	3%	5%	3%
Matsmältningsorganens sjukdomar	2%	3%	8%	2%
Sjukdomar i nervsystemet	2%	3%	2%	2%
Öronsjukdomar	3%	1%	1%	2%
Infektionssjukdomar	2%	1%	3%	1%
Graviditet och förlossning	0%	1%	<b>10%</b>	1%
Medfödda missbildningar	0%	1%	1%	1%
Sjukdomar i blod och blodbildande organ	0%	1%	1%	0%
Perinatala tillstånd	0%	0%	1%	0%
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabell 3. Andel av registrerade diagnoser inom olika vårdområden Östergötland år 2019.

Den vanligaste huvuddiagnosen för samtliga tre vårdformer är ”Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”. Dessa faktorer och kontakter är bland annat kontakt för undersökning och utredning, potentiella hälsorisker smittsamma sjukdomar och speciella åtgärder och vård.

### **Akutmottagningar**

Vid de tre akutmottagningarna i regionen gjorde invånarna i Östergötland sammanlagt 107 000 besök år 2019. I diagram 8 visas antal besök samt antal och andel inlagda av besöken.

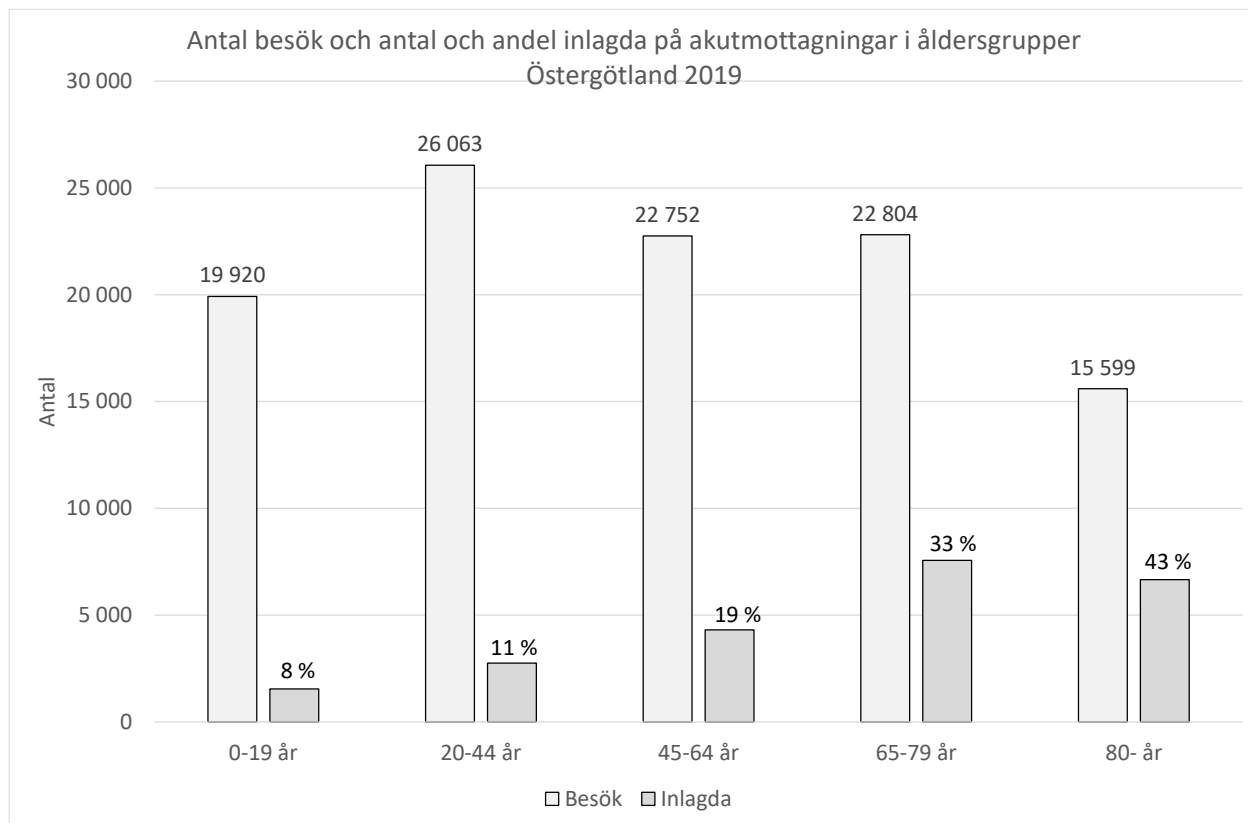


Diagram 8. Antal besök och antal och andel inlagda på akutmottagningar i åldersgrupper Östergötland år 2019.

Av samtliga besök gjordes mer än en tredjedel av personer 65 år och äldre. Totalt var andel inlagda av besöken 21 procent (visas ej i diagrammet). I åldersgruppen 65–79 år var andelen inlagda 33 procent och i åldersgruppen 80 år och äldre 43 procent. Diagram 9 visar antal besök per 100 invånare.

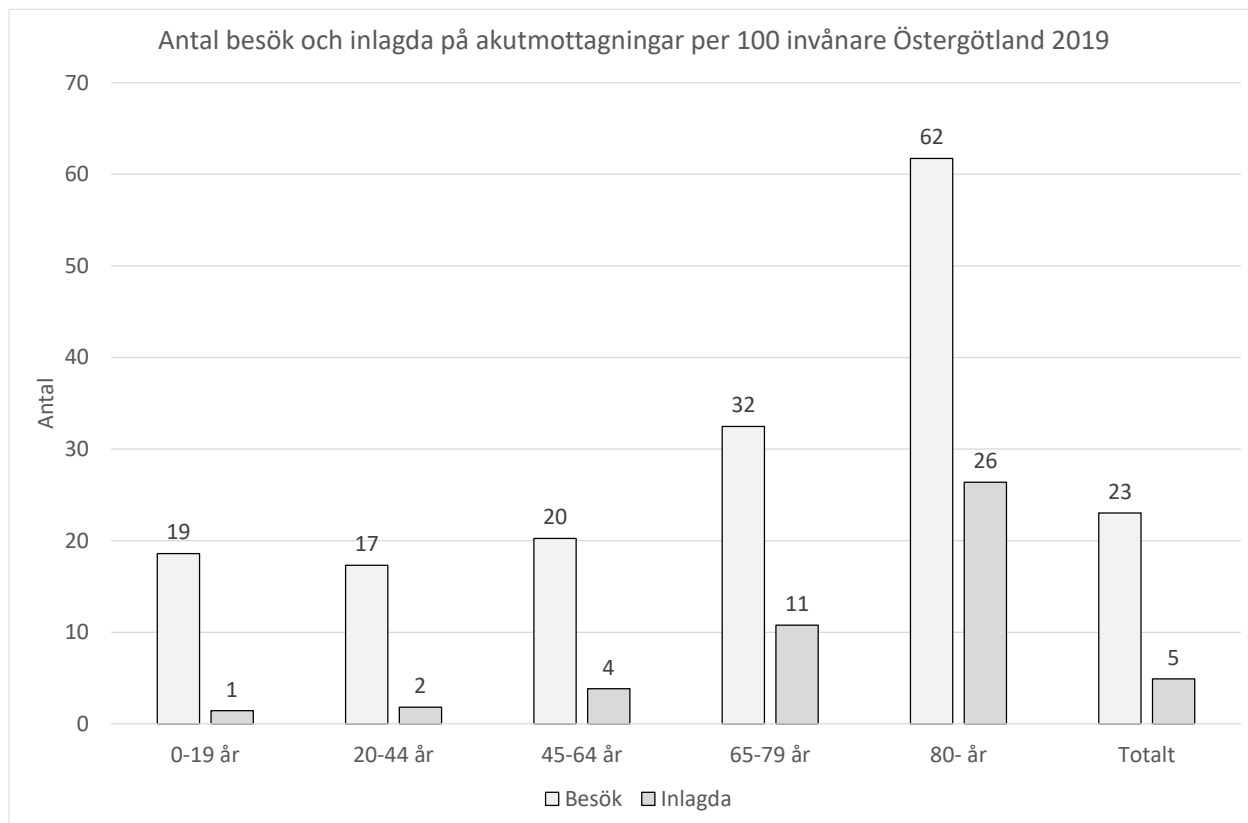


Diagram 9. Antal besök och inlagda på akutmottagningar per 100 invånare i åldersgrupper Östergötland år 2019.

Antal besök och inläggningar ökar med ålder. Jämfört med åldersgruppen 45–64 år har gruppen 80 år och äldre tre gånger fler besök och sex gånger fler inläggningar per invånare i respektive åldersgrupp.

### Kommuner

Följande tre diagram visar antal vårdkontakter, vårddagar och besök på akutmottagning per 100 invånare i Östergötlands 13 kommuner. Det finns ingen viktning av andelen äldre i kommunerna. I diagram 10 visas sammanlagt antal vårdkontakter i primärvård, öppen vård vid sjukhus och antal vårdtillfällen vid sjukhus. Invånarna i Ydre kommun har avsevärt färre kontakter än invånarna i övriga kommuner. Förklaringen är närheten till den sjukvård som bedrivs i Eksjö.

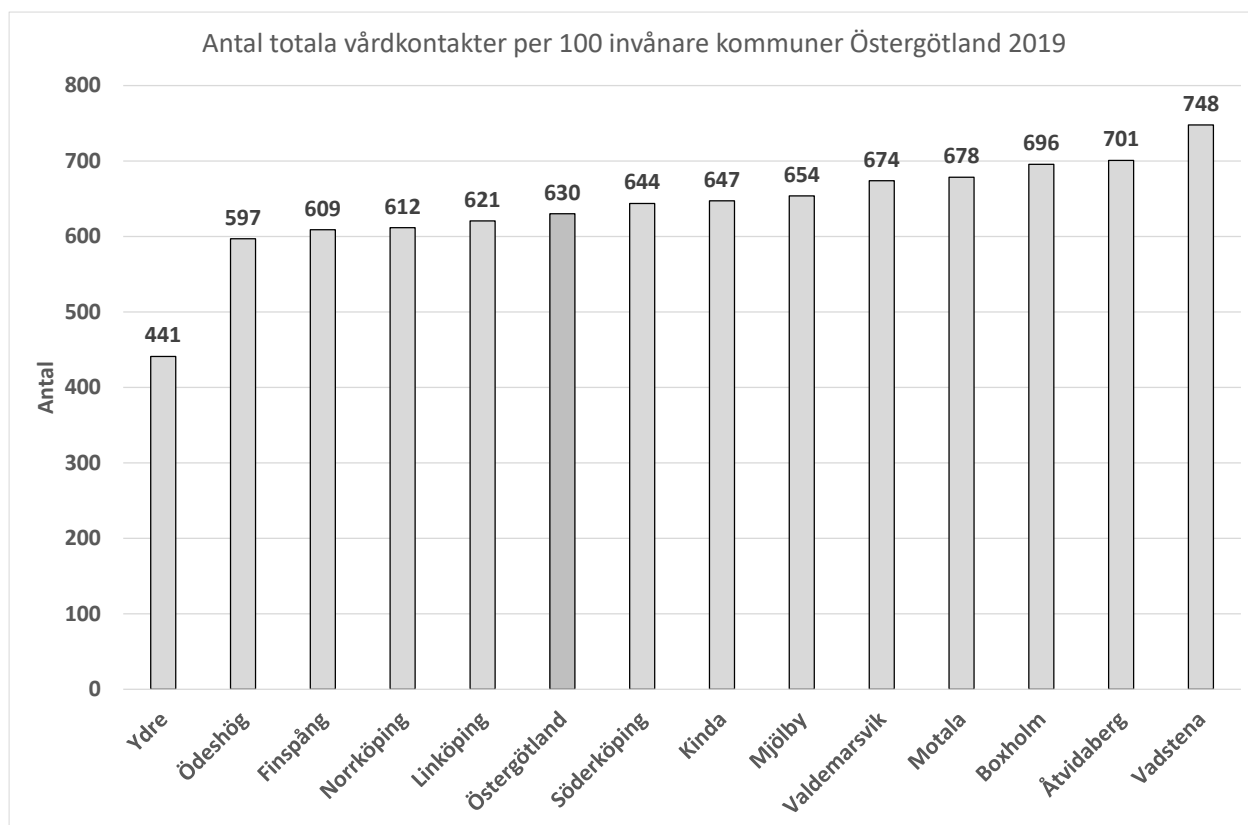


Diagram 10. Totalt antal vårdkontakter per 100 invånare i Östergötlands kommuner år 2019.

I Östergötland sammantaget hade invånarna i genomsnitt sex fysiska kontakter per invånare med regionens sjukvård år 2019. Bortsett från Ydre var spridningen per 100 invånare från 600 till 750. I diagram 11 visas med samma uppställning antal vårddagar per 100 invånare.

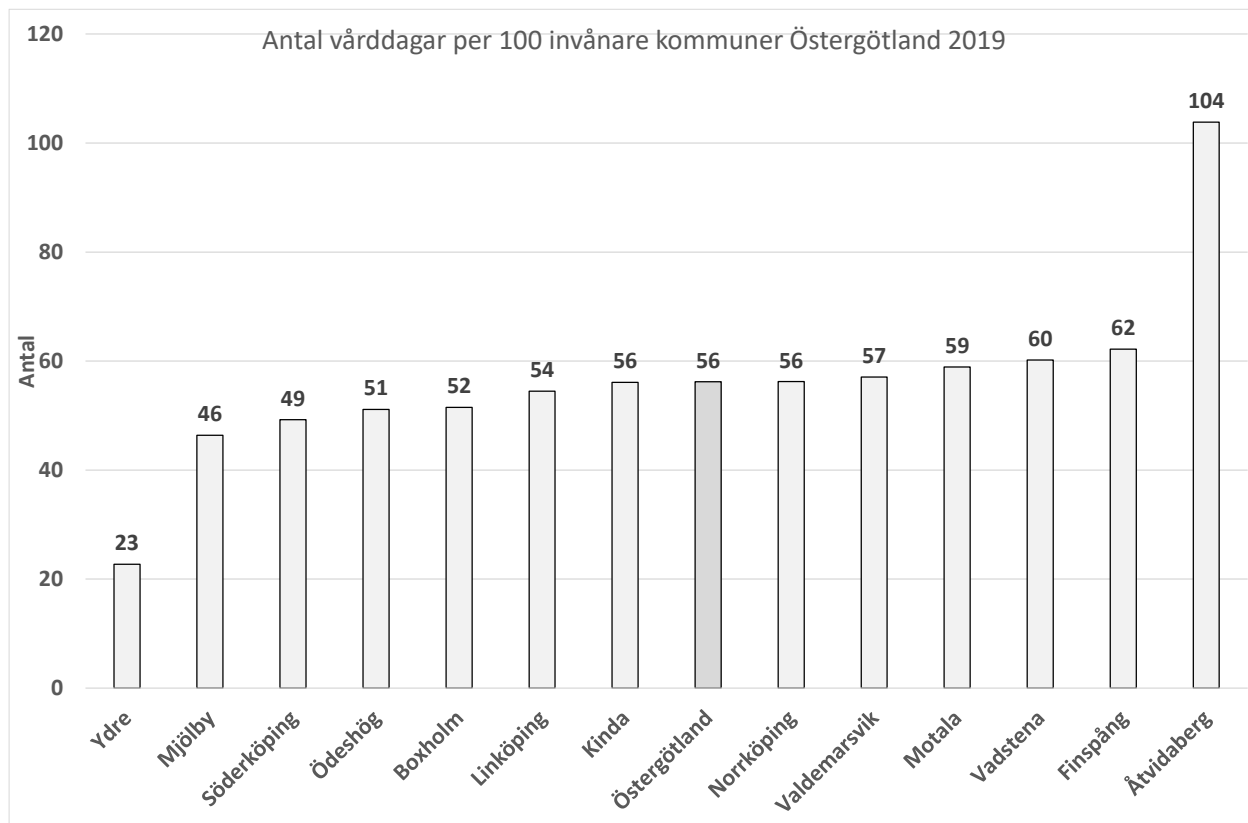


Diagram 11. Totalt antal vård dagar per 100 invånare i Östergötlands kommuner år 2019.

Antal vård dagar per invånare bortsett från Ydre varierar i elva kommuner från 46 till 62. Åtvidaberg har flest vård dagar och en ökning har dessutom skett mellan år 2014 och 2019. För övriga kommuner har en minskning skett mellan dessa år, sammantaget för Östergötland med elva procent. I diagram 12 visas antal besök på akutmottagningar i Östergötland.

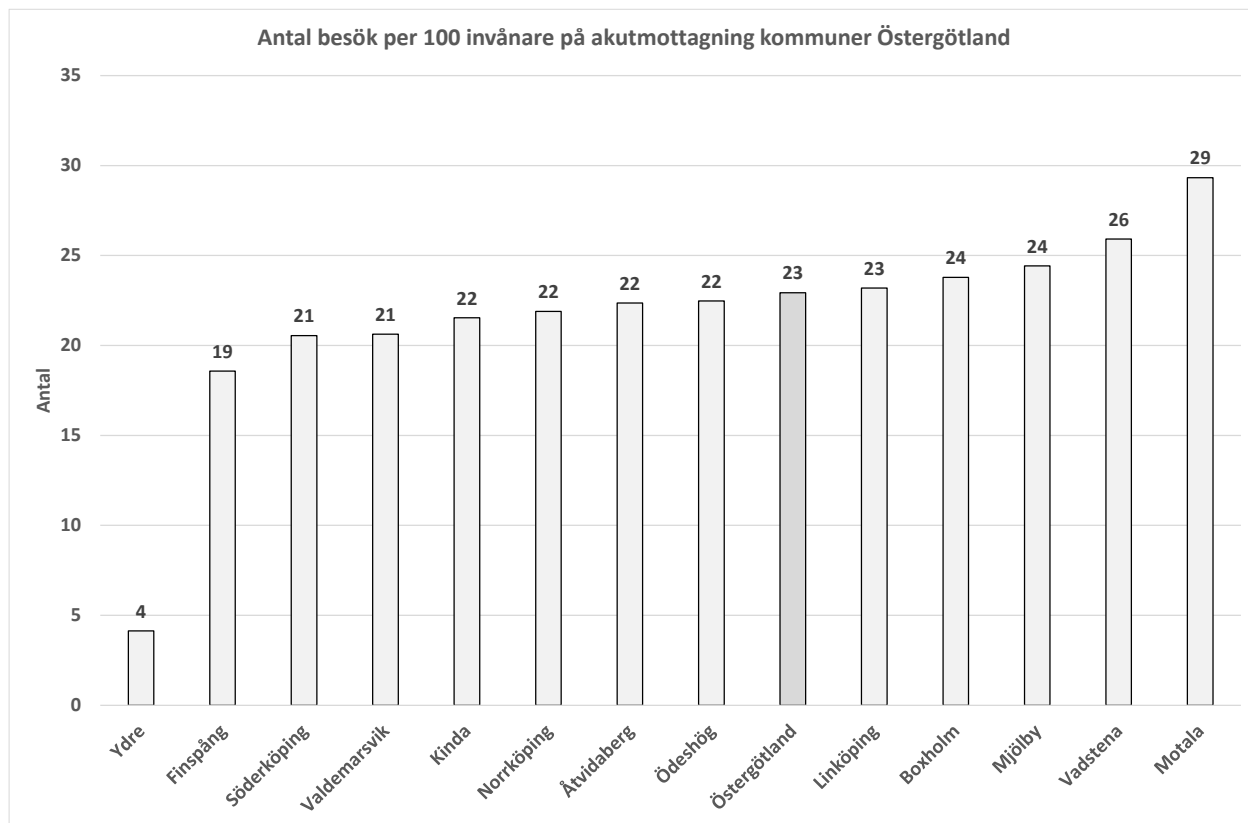


Diagram 12. Antal besök på akutmottagningar per 100 invånare i Östergötlands kommuner år 2019.

Invånarna i Finspång gjorde lägst antal besök och invånarna i Motala högst. För övriga kommuner är spridningen från 21 till 26 besök per 100 invånare.