

Sjukvård.

”Låt staten äga sjukhusen – det gör vården bättre”

Pandemin har visat på problemen med att den svenska vårdinfrastrukturen inte hänger ihop. Vilket beror på att beslut om den tas på regional och lokal nivå. Vår utredning föreslår en ny lag om riksintressen där staten preciserar de nationella behoven, och helt eller delvis tar över ägandet av sjukhusen, skriver **Sofia Wallström** och **Fredrik Andersson**.

DN
DEBATT
210901

Svensk hälso- och sjukvård är i snabb förändring. Forskningen och den tekniska utvecklingen skapar helt nya möj-

ligheter att bota och behandla sjukdomar. Många människor lever i dag med kroniska tillstånd, som kräver underhållsbehandling eller rehabilitering med nya krav på vårdens utförande och digitala tjänster som fungerar i alla led. Patienter och anhöriga förväntar sig att få ett omhändertagande som ser till hela personen, oavsett var i landet, oavsett huvudman, oavsett diagnos.

Så ser också kraven i lagstiftningen ut: vården ska ges på lika villkor till hela befolkningen, och patientens behov ska vara i centrum. På nationell nivå drivs och samordnas utvecklingen av den mest högspecialiserade vården och den nära vården, för att helheten ska fungera. Samtidigt fattas alla beslut om vårdens infrastruktur på regional och lokal nivå.

Erfarenheterna under den senaste tiden talar dock sitt tydliga språk och belyser bristerna med en vårdinfrastruktur som inte hänger ihop.

● **En iva-plats betyder inte samma sak på alla sjukhus.** När en iva-patient behöver flyttas i ett krisläge så kan situationen uppstå att en del av den vård som omfattas av en iva-plats på ett sjukhus inte omfattas på ett annat sjukhus. Vilket kanske i värsta fall inte upptäcks förrän patienten är där.

Dessa skillnader försvårar även att i krissituationer låna in personal mellan sjukhus. Byggnaderna ser annorlunda ut, olika vårdavdelningar är placerade olika i förhållande till varandra, medicinteknisk utrustning är av olika fabrikat, har olika kapacitet och är ej kompatibla. Olika typerna är inte medvetet gjorda och kända mellan sjukhusen, utan slumpmässiga och ökända.

● **När det görs satsningar med fler platser på exempelvis sjuksköterskeutbildningar så betyder det även att antalet utbildningsplatser och handledarresurser i vårdverksamheten måste utökas.** Verksamhetsförlagd utbildning på sjukhus kräver att det på mottagningsrum finns plats både för patient, personal och student. Att det finns rum för handledning. Att det finns omklädningsrum som räcker för fler studenter.

Om sjukhusen inte byggts så att fler studenter ryms så fungerar inte satsningen för fler utbildningsplatser. Behoven av fler vårdpersonal går inte att tillgodose om inte byggnationerna hänger ihop med utbildningsprognoserna.



En del av den vård som omfattas av en iva-plats på ett sjukhus kanske inte omfattas på ett annat sjukhus. Vilket kanske i värsta fall inte upptäcks förrän patienten är där, skriver artikelförfattarna.

Foto: Fredrik Sandberg/TT

● **Nya behandlingsmetoder inom exempelvis cancerområdet bygger på en vårdkedja med många steg på olika geografiska platser.** Den mest avancerade behandlingen ges på ett fåtal platser i landet. Efter det kan följa en period av sjukhusvård av mindre högspecialiserad art, som finns på flera ställen i landet. Slutligen blir patienten ofta behandlad under lång tid nära hemorten, exempelvis vid en vårdcentral eller dagklinik på ett mindre sjukhus.

Men patientens hälsodata måste hänga ihop, från kliniken på hemmaplan till de högspecialiserade sjukhusen på ett fåtal platser i landet, för att vårdkedjorna ska fungera. Den digitala infrastrukturen är dock osammanhängande i Sverige. Det saknas interoperabilitet som möjliggör att hälsodata följer patientens vård- och rehabiliteringsresa.

● **Vår utredning har på uppdrag av regeringen särskilt analyserat sjukhusinvesteringarna i Sverige.** Sjukhusbyggen är komplexa sällanhändelser som beskrivs som så kallade megaprojekt. Inom forskningen används begreppet megaprojektets ”järnlag” ”Over time, over budget, over and over again”, som ett sätt att illustrera utmaningarna.

I dagsläget har regionerna beslutat om akutsjukhusbyggen (nya sjukhus eller ombyggnationer) för cirka 100 miljarder kronor. Nivån är historiskt hög. Problemet är att ingen kan svara på frågan om hur dessa 100 miljarder stödjer de nationella behoven. Innebär investeringarna i akutsjukhusen att vi får en vårdinfrastruktur som hänger ihop? Där en patient kan flyttas inom landet utan att onödiga patientsäkerhetsrisker uppstår? Där personal tillfälligt kan lånas mellan sjukhusen

Byggnaderna ser annorlunda ut, olika vårdavdelningar är placerade olika i förhållande till varandra, medicinteknisk utrustning är av olika fabrikat, olika kapacitet och ej kompatibla.

i krissituationer? Där fler studenter kan ges en god utbildningspraktik? Där fler patienter i framtiden kan ges avancerad terapi eftersom vårdkedjan hänger ihop hela vägen från det mest högspecialiserade sjukhuset till den långvariga underhållsbehandlingen på hemmaplan?

Anledningen till att svaren på dessa frågor är så nedslående är att vi i Sverige har en ordning där vi bestämt att vårdinfrastruktur ska beslutas av 21 regioner och 290 kommuner. Och trots att dessa beslutsfattare gör ansträngningar för att få helheten i hälso- och sjukvårdssystemet att fungera, så är det lätt att konstatera att det inte räcker, och att läget är ohållbart. Det har flera utredningar före vår redan belyst. Den samhällsekonomiska kostnaden av bristande vårdinfrastruktur kan bli mycket hög. Ett vanligt argument till att detta inte går att åtgärda är det kommunala självstyret. Att det enda alternativet skulle vara förstatligande, vilket det finns starka uppfattningar om, både för och emot.

Vår utredning överlämnar i dag till regeringen förslag som ger nya alternativ för att lösa problemen:

1 Vi föreslår att hälso- och sjukvården ses som ett riksintresse och föreslår en ny lag om riksintressen. Riksintressena bestäms av staten och preciserar de nationella behoven. Det kan handla om gemensamma standarder för digital kommunikation, kapacitet för att ta emot studenter i vårdverksamheten eller fördelning av vårdkapacitet för att säkerställa beredskap i krislägen.

Medborgarnas inflytande lyfts fram genom krav på att involvera företrädare för patienter och professioner i processen för riksintressena. Kommuner och regioner blir skyldiga att beakta riksintressena vid beslut som påverkar vårdinfrastrukturen. Om så inte sker så kan staten ogiltigförklara besluten. Förslaget innebär att beslutsnivån inte förändras, men att statens inflytande ökar för att säkerställa att de nationella behoven tillgodoses, tillsammans med regionala och lokala behov.

2 För att ytterligare stärka det nationella perspektivet föreslår vi att ett statligt ägt fastighetsbolag skapas. Ägandet för sjukhus och andra vårdlokaler föreslås helt eller delvis överföras från regionerna. Genom ett sammanhållet ägande av vårdfastigheter skapas jämlika förutsättningar för alla regioner och kommuner att ha tillgång till en ändamålsenlig vårdinfrastruktur. Regioner och kommuner kan därmed fullt ut fokusera på vårdverksamheten.

Dagens situation med svag eller obefintlig kunskapsöverföring mellan regionerna skulle ersättas med ett bolag där sjukhusbyggen inte är sällanhändelser. Förutom att samla kompetensen skulle ett statligt bolag även medföra att de finansiella riskerna förknippade med dessa investeringar inte belastar regionerna. I kraft av sin storlek kommer bolaget att ha en stark ställning när det gäller att attrahera finansiering.

Svensk hälso- och sjukvård behöver reformer. Politiska lösningar knutet till det kommunala självstyret hämmar utvecklingen. Befolkningen har behov av och förväntningar på att framtidens hälso- och sjukvård ska fungera oberoende av geografiska och administrativa gränser. Stärkt statlig styrning för att tillgodose de nationella intressena är nödvändigt. Genom utredningens förslag skapas nya möjligheter att åstadkomma detta.

Sofia Wallström, särskild utredare, generaldirektör Ivo
Fredrik Andersson, huvudsekreterare

Replikor.
DN.se/debatt

”Alla ekonomiska styrmedel i klimatpolitiken behöver skärpas och utvecklas” Slutreplik från forskarna Mikael Karlsson och Björn Kjellström (19/8).

”Skatt på läsk kan leda till smuggling” Christian Ekström och Erik Bengtsson, svarar Fem läkare och forskare (27/8).