

A portrait of a middle-aged man with short, light brown hair, wearing black-rimmed glasses and a blue patterned button-down shirt. He is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is blurred, showing red and white elements, possibly flags or a building.

**JONAS ANDERSSON**

**SJUKVÅRD  
MED KVALITET**

- det är brist på organisation,  
inte pengar och personal



## **Jonas Andersson**

53 år

Bor i Partille

Sambo och två vuxna barn

Personalvetare och företagsekonom

Sjukvårdspolitiker

Regionråd 2004-2010, 2015-

Oppositionsråd 2011-2014

Ledamot av Liberalernas partistyrelse

GAISare och Liverpoolsupporter

# **SJUKVÅRD MED KVALITET**

- det är brist på organisation,  
inte pengar och personal

[www.sjukvardmedkvalitet.se](http://www.sjukvardmedkvalitet.se)



## Förord

Under invigningsceremonin till de olympiska spelen i London 2012 valde den brittiska arrangören att precis som alla andra OS-värdar att lyfta fram något av det bästa landet har att erbjuda. Det man är mest stolt över och vill visa upp för övriga världen. Här fanns drottningen, James Bond, Rowan "Mr Bean" Atkinson, 60-talets popikoner med flera, men också en storslagen hyllning till NHS – National Health Service – den offentligt finansierade sjukvården i Storbritannien.

Det är svårt att tänka sig att Sverige skulle göra något liknande om eller när vi blir värdar för de olympiska spelen. Men det borde vi. Vi har ett sjukvårdssystem som på de flesta punkter är bättre än det brittiska, både 2012 och idag. Men det finns en stolthet för den brittiska sjukvården bland såväl patienter som medarbetare och medborgarna som inte finns i Sverige. Vad kan och behöver vi reformera och göra om i svensk hälso- och sjukvård för att svensk sjukvård ska bli lika älskad och uppskattad som den brittiska, och samtidigt behålla det försprång vi har vad gäller medicinsk kvalitet?

Jag ska i denna skrift beskriva hur jag ser på svensk sjukvården idag. Vad som är problemen och utmaningarna och vad som radikalt behöver förändras om vi ska kunna möta framtidens möjligheter och på alla plan leverera en hälso- och sjukvård i internationell toppklass som alla – patienter, medarbetare och medborgare – kan känna stolthet över.

Jag vill försöka ge en ärlig beskrivning av hur jag som sjukvårdspolitiker tänker i några svåra och komplexa frågor om hur sjukvården ska styras och utvecklas framöver.

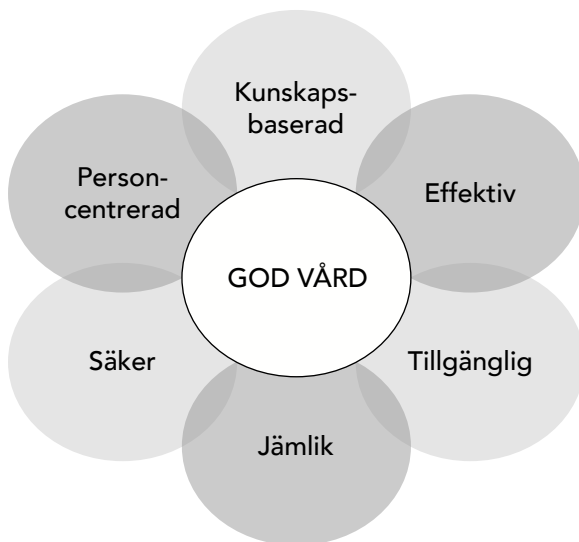
Jonas Andersson  
Regionråd för Liberalerna



# Inledning

**Den tydliga tråden i mitt** engagemang som sjukvårdspolitiker i Västra Götalandsregionen har varit frågor om kvalitet i sjukvården. Jag skulle vilja hävda att jag lyckats med att sätta frågor om kvalitet på dagordningen och i många av regionens olika styrdokument, men jag har ännu inte lyckats få kvalitet att genomsyra allt vi gör i hela organisationen och inte själv heller haft en tillräcklig bredd i synen på kvalitet. Jag har pratat och tjatat om kvalitetsfrågor så mycket att jag har blivit trött på mig själv och upplevt att även andra (rätt eller fel) också har blivit det.

Som relativt nybliven ordförande för Hälso- och sjukvårdsutskottet i regionen 2004 kom jag för första gången i kontakt med begreppet "God Vård". God Vård-konceptet består av sex områden som tillsammans beskriver grunderna för en sjukvård med hög kvalitet.



I en enda enkel bild föll alla mina (då) delvis osorterade tankar om sjukvården på plats. Bilden blev min ständiga följeslagare på i stort sett varje presentation, föredrag, debatt och diskussion under flera års tid.

När jag återkom som ordförande för hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2014 efter fyra år i i opposition valde jag inledningsvis att tona ner mitt tidigare fokus på kvalitet i ett försöka att göra en tydlig nystart. Det ångrade jag några år senare och har därför åter försökt lyfta frågor om kvalitet högst på den politiska dagordningen för sjukvården i Västra Götalandsregionen.

Sedan ett år tillbaka har Västra Götalandsregionen, i politisk enighet och med mitt ledarskap, antagit en strategi för omställning av hälso- och sjukvården. Den strategin har fyra teman;

- Utveckla den nära vården.
- Koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet.
- Utveckla digitala vårdformer och tjänster.
- Fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Regionfullmäktiges strategi är bra och ska ligga fast och med hjälp av årliga handlingsplaner ska vi successivt ställa om sjukvården i strategins riktning. Denna skrift syftar till att peka på ytterligare några områden där en förändring är nödvändig för att höja kvaliteten i främst sjukvårdens organisation.



# Kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård idag

**Jag ska i denna skrift** beskriva hur jag ser på kvaliteten, i flera dimensioner, i svensk hälso- och sjukvård och vad jag som sjukvårdspolitiker vill göra för att komma till rätta med de kvalitetsbrister som finns och varför det är nödvändigt att göra något innan sjukvårdssystemet bryter ihop på grund av en dysfunktionell organisation.

Det kommer varje år ett antal internationella jämförelser där olika sjukvårdssystem i den rika västvärlden jämförs och rankas med avseende på hur goda medicinska resultat de uppnår. Sverige hamnar i princip alltid bland de fem bästa och oftast på en pallplats. Strax före sommaren presenterade Sveriges kommuner och landsting (SKL) ännu en sådan jämförande undersökning där Sverige intog en förstaplats jämfört med 15 andra länder.

Jag hade en politisk kollega, från ett annat parti, som under en del seminarier eller debatter, när det blev lite väl gnälligt kring hur sjukvården fungerar, brukade fråga ”När var sjukvården som bäst? För 5 år sedan, eller 15 år sedan eller för 25 år sedan?”

Svaret från alla har alltid varit ”Idag!” och sjukvården kommer att vara ännu bättre i morgon om vi tar tillvara de möjligheter som ligger framför oss. Jag tror ingen som idag drabbas av en sjukdom hade önskat att hellre bli behandlad med de behandlingsmetoder och den kunskap vi hade på 80-talet eller 90-talet jämfört med idag.

Att svensk hälso- och sjukvård levererar bra **medicinsk kvalitet** är det få eller ingen som ifrågasätter. Jag har genom åren mött mängder med patienter som har just den bilden av svensk sjukvård. ”Jag fick en fantastisk vård, när jag väl fick den.” Det där tillägget om ”när jag väl fick den” illustrerar det problem som vi ägnar mest tid åt i de sjukvårdvårdspolitiska diskussionerna – tillgängligheten till vård.

Tillgänglighet är en del av det jag skulle vilja beskriva som **patientupplevd kvalitet**. Kvaliteter som patienten har lättare att bedöma än den medicinska kvaliteten, som till exempel tillgänglighet, service, bemötande, information och delaktighet. På samma sätt som svensk sjukvård sticker ut positivt vad gäller medicinsk kvalitet så sticker vi i internationella undersökningar ut negativt när det gäller patientupplevd kvalitet, även om jag tycker att vi avsevärt har förbättrat vården vad gäller främst bemötande, information och delaktighet.

Den tredje kvalitetsfaktorn är **organisatorisk kvalitet**, och det är här de stora problemen och utmaningarna finns och där det behövs radikala förändringar för att förändra hälso- och sjukvård i grunden. Idag använder vi inte de ekonomiska och personella resurser vi har till vårt förfogande på bästa sätt. Att tillgängligheten brister och att vi har vårdköer beror till exempel till stor del på brister i den organisatoriska kvaliteten. Med en bättre organisatorisk kvalitet i sjukvården kan såväl vården bli mer tillgänglig samtidigt som arbetsmiljön för vårdens medarbetare kan förbättras.

Svensk hälso- och sjukvård har på flera sätt valt en annan väg än många andra länder vad gäller hur vi organiserar vården. Hur ska vi bygga vidare på det som är bra och samtidigt kunna genomföra förändringar för att bli bättre?

## Jämförelse med världen i övrigt

**OECD publicerar varje år en** rapport där de jämför de flesta av den rika västvärldens länders hälso- och sjukvård kallad "Health at glance". Med olika sjukvårdssystem så kan det vara svårt att vara helt rättvis i den bild som framtonar. Den är ingen given sanning, men den visar tydligt på att vi har ett antal organisatoriska utmaningar när vi jämför oss med övriga västvärlden.

Vi kan börja med att konstatera att Sverige lägger relativt mycket pengar per invånare på just hälso- och sjukvård. Några länder som USA, Schweiz, Luxembourg och Norge sticker ut med högre kostnader per invånare men efter dom fyra så kommer Sverige med Tyskland, Irland och Nederländerna på ungefär delad femteplats.

Endast ett fåtal länder i västvärlden har fler läkare per invånare än Sverige. Vad gäller antalet sjuksköterskor har Sverige relativt sett många sjuksköterskor per invånare, men de andra nordiska länderna och ett par till har fler sjuksköterskor än vi i Sverige. Det är ganska enkelt att konstatera att vi i grunden inte heller har ont om personal när vi jämför oss med andra länder.

Om vi istället tittar på vad vi producerar i svensk hälso- och sjukvård så har vi minst antal läkarbesök per invånare i Sverige och klart minst antal besök per läkare.

Om läkarna är många och besöken är få så borde slutsatsen vara att vi har osedvanligt mycket tid vid varje besök i sjukvården. Kring detta finns det ingen objektiv data, men Myndigheten för vårdanalys kunde i en rapport för några år sedan konstatera följande; "Sverige utmärker sig som ett av de länder som har sämst resultat när det gäller upplevelsen av hur mycket tid patienter och läkare har tillsammans."

Ovanstående statistik om antal besök och besökens längd handlar främst om öppenvården, när läkare och patient möts utan att patienten behöver bli inlagd på sjukhus. En stor del av sjukvården, och den delen som kostar allra mest pengar, är det vi kallar slutenvård, det vill säga när patienter är inlagda på sjukhus. Är det den vården som drar mer resurser i Sverige än i andra länder?

Nej, inte alls. Sverige är det land i Europa som har minst antal vårdplatser per invånare. Där vi har 2,4 vårdplatser per 1 000 invånare så ligger snittet för hela OECD på nästan det dubbla med 4,7 vårdplatser per 1 000 invånare. Vissa ser det låga antalet vårdplatser i Sverige som ett fattigdomsbevis. Jag vill hävda att det i grunden är ett positivt tecken på en modern sjukvård där patienter inte bör vistas mer på sjukhus än nödvändigt. Det ska samtidigt erkännas att vi har väl få vårdplatser i Sverige som leder till överbeläggning som leder till stressad personal och ökade risker för vårdskador.

Ska man försöka sammanfatta den bild som OECD:s ”Health at glance” ger så satsar vi relativt sett mycket pengar i svensk hälso- och sjukvård. Det är nödvändigt mot bakgrund av att den stora kostnaden i sjukvården är personal och vi har jämförelsevis mycket personal när det kommer till läkare och sjuksköterskor. De många läkarna vi har träffar dock relativt få patienter och patienterna är missnöjda med hur kort tid de får träffa sina läkare. Trots relativt sett många sjuksköterskor så är bristen på just sjuksköterskor den främsta förklaringen till att vi inte har fler vårdplatser än vi har.

Parallellt med den bild som OECD ger så har vi den verklighet som vårdens medarbetare beskriver om att de upplever att de är underbemannade, stressade och inte räcker till på arbetet. Samtidigt har sjukvården dålig tillgänglighet med långa väntetider för patienterna och många har svårt att få hjälp med sina behov.

Vilken av bilderna är egentligen sann? OECD:s beskrivning eller den från vårdens medarbetare? Jag skulle vilja hävda att båda bilderna är sanna. Vi har väldigt goda förutsättningar för svensk sjukvård med gott om resurser och många välutbildade medarbetare. Men vi har inte en tillräckligt bra organisatorisk kvalitet för att ta vara på de goda förutsättningarna, och det resulterar i både dålig tillgänglighet för patienterna, frustrerad vårdpersonal och låg effektivitet, och det beror på den dysfunktionella organisationen i hälso- och sjukvården.

## Den dysfunktionella organisationen

**För några år sedan blev** jag intervjuad av en journalist och plötsligt hör jag mig själv säga att ”sjukvården har en dysfunktionell organisation”. Just då bet jag mig i tungan för jag insåg vad som troligen skulle bli rubriken på den intervjun. Jag var snabb med att försöka mildra uttalandet med att säga att ”det är synd om vårdens medarbete som är fångade i denna dysfunktionella organisation” för att inte någon skulle uppfatta det som att jag skuldbelagde dem som jobbar i vården.

Just här tror jag problemet ligger. OECD:s uppgifter om att vi är många medarbetare i vården som tar emot få besök och vårdar patienter på få vårdplatser är inte ny, men det har varit som elefanten i rummet i många år som ingen riktigt har vågat prata om. För varje gång jag eller någon annan politiker, tjänsteman eller annan makthavare pekar på detta faktum så riskerar lyssnaren att höra en kritik mot vårdpersonalen om att de är lata som inte träffar tillräckligt många patienter. Tvärtom så är jag säker på att vårdens medarbete både jobbar och sliter och har svårt att få tiden att räcka till allt de vill göra på sina arbetsplatser. Många känner därför att de är underbemannade och skulle behöva fler kollegor för att klara hela uppdraget. De är helt enkelt fast i den dysfunktionella organisationen.

Istället för att angripa det organisatoriska problemet så har vi politiskt försökt att lappa och laga i den dysfunktionella organisationen med att tillföra allt mer resurser och allt fler medarbetare till främst sjukhusvården. Att lägga mer pengar på en organisation som i grunden inte fungerar som den borde är att slösa bort pengar och riskerar på lite sikt att snarare förvärra situationen än att förbättra den.

När invånarna i Västra Götalandsregionen sätter betyg på sjukvården i olika aspekter så ser de samma problem. Göteborgs Universitet genomför varje år SOM-undersökningen. I den senaste undersökningen från hösten 2017 får den medicinska kvaliteten i vården ett gott betyg på +55 (med ett balansmått mellan -100 och +100), personalens bemötande ett ännu bättre erkännande med +69 i betyg, medan tillgången till vård får blygsamma +5 i betyg, som trots allt innebär att fler är nöjda än missnöjda med tillgången till vård.

När det kommer till invånarnas uppfattning om organisationens effektivitet på samma skala blir betyget -23. Invånarna ser problemet. Nu måste vi politiskt också åtgärda det.

Trots det har den politiska diskussionen om sjukvård under flera år haft inriktningen ”mest pengar vinner”. Det parti eller den konstellation som har kunnat presentera mest pengar till sjukvården i regionen eller i riksdagen uppfattar att de har vunnit debatten, för den som satsar mest pengar har per definition blivit den som bryr sig mest om sjukvården och vill lösa dess problem.

Jag har själv genom åren deltagit i den tävlingen. Hur mycket resurser sjukvården har är inte alls ointressant, men det verkligt intressanta är hur vi använder de resurser vi har.

Den politiker som idag lovar mer pengar och mer personal till framför allt sjukhusvården utan att samtidigt ha konkreta förslag på hur vi ska komma till rätta med de organisatoriska bristerna och problemen är en politiker som vill vinna kortsiktiga politiska poänger snarare än att lösa grundproblemen till att vården inte klarar av att leverera det som vi önskar.

# Kostnadseffektivitet och produktivitet

**Jag har de senaste åren** ofta sagt att ”Utrymmet för besparingar i svensk hälso- och sjukvård är litet, men möjligheten till effektiviseringar är stor.” Vad jag menar är att det är svårt att göra samma saker på samma sätt till en lägre kostnad än idag, men det finns stora möjligheter att ge invånarna i regionen mer vård och/eller vård till en lägre kostnad om vi gör det på ett annat sätt än idag.

Kostnadseffektivitet och produktivitet är omdiskuterade begrepp i svensk sjukvård, men är termer och begrepp vi måste använda oss av i större utsträckning för att säkerställa att vi använder vårdens resurser så smart som möjligt.

Jag möter inte sällan medarbetare i vården och patientföreträdare som rynkar på nästan åt att allting numera ska vara så kostnadseffektivt och att det inte finns plats för omvårdnad och omtanke. Jag har genom åren i vissa sammanhang försökt hävda att kostnadseffektivitet är sjukvårdens allra vackraste ord. Jag har delvis gjort det för att provocera i diskussionen, men jag menar det också. I all den stund vi inte är kostnadseffektiva så slösar vi faktiskt bort resurser som hade kunnat användas till andra vars behov inte blir tillgodosedda. Att vara kostnadseffektiv i allt vi gör är att visa solidaritet med andra delar av vården.

Jag vill också hävda att det inte finns något motsatsförhållande mellan att vara kostnadseffektiv och att bedriva ett en god omvårdnad med omtanke om patienten. Tvärtom så är en god omvårdnad och omtanke en förutsättning för att vara kostnadseffektiv och få ut så mycket nytta och värde som möjligt för patienten till en viss kostnad.

Om känslorna för kostnadseffektivitet i sjukvården i bästa fall är ljumma så är känslorna för begreppet produktivitet i sjukvården ännu mer tveksamma. Många menar att man inte kan jämföra sjukvården med exempelvis industrin som mäter produktivitet. Visst finns det skillnader mellan sektorerna, men det hindrar inte att vi i större utsträckning använder produktivitetsmått anpassade för sjukvården för att kunna mäta, följa och jämföra hur produktiviteten utvecklas över tid.

Vi måste därför börja mäta produktivitet och prata om produktivitet på ett helt annat sätt än idag. Är det rimligt att svenska läkare träffar mycket färre patienter än i andra länder? Är det låga antalet vårdplatser enbart ett mått på effektivitet eller också ett mått på otillräcklig vård? Kostar det någon annanstans i systemet istället? Det är först när vi mäter detta som vi kan få svar på om vi använder våra gemensamma resurser på bästa sätt.

Vi ska inte heller bara mäta och prata om produktivitet på ett tydligare sätt än idag. Vi måste också ställa krav på en ökad produktivitet och i takt med en allt bättre organisatorisk kvalitet i sjukvården successivt också skärpa kraven på produktivitet.



# Tre nödvändiga reformer för en bättre organisation

**För att komma till rätta** med den dysfunktionella hälso- och sjukvårdsorganisationen måste vi först identifiera vilka de huvudsakliga organisatoriska systemfelen är för att sedan lägga förslag på hur vi ska åtgärda dem. Jag ska i denna skrift fokusera på tre grundläggande systemfel som jag tror är de viktigaste att först angripa.

Det handlar om den historisk svagare primärvårdsnivån i svensk sjukvård som måste stärkas. Det handlar om att allt för mycket av sjukvården bedrivs på de större akutsjukhusen på ett mindre effektivt sätt och det handlar om att släppa loss den kraft, energi och kompetens som finns hos vårdens medarbetare och tilltro dem att utveckla vården för framtiden.

## Vårdcentraler med egen husläkare

Primärvårdens vårdcentraler är nyckeln till ett väl fungerande sjukvårdssystem. Därför är prioritet ett för mig som sjukvårdspolitiker att få samtliga vårdcentraler i regionen att kunna erbjuda en nära vård med god tillgänglighet och hög kontinuitet. Just tillgänglighet, kontinuitet och närhet är själva "affärsidén" med primärvården, men idag lever vi endast upp till en av dessa affärsidéer.

Närheten klarar vi av att leva upp till med vårdcentraler i alla kommuner och i Göteborgs stadsdelar. I 33 av regionens 49 kommuner finns dessutom minst två vårdcentraler att välja mellan som patient. Däremot brister allt för många vårdcentraler vad gäller tillgänglighet och kontinuitet. Även om bristen delvis beror på brister i organisationen så stavs huvudproblemet brist på läkare som är specialister i allmänmedicin, som är de läkare som jobbar på vårdcentralerna.

I Sverige är ungefär var sjätte specialistläkare specialist i allmänmedicin (allmänläkare). I många andra länder är var fjärde eller till och med var tredje läkare specialist i allmänmedicin. Det skapar helt andra förutsättningar för att bygga en stark primärvård där varje patient kan ha en egen fast husläkare, som är den naturliga kontakten vid ohälsa eller sjukdom. Med fler allmänläkare förbättras dramatiskt också förutsättningarna för en god tillgänglighet till vårdcentralerna.

Sverige har av tradition varit ett väldigt sjukhusorienterat land. Vi har till skillnad från de flesta andra länder valt att utveckla och satsa mer på sjukhusvården och mindre på primärvården och dess vårdcentraler. Vill vi i grunden förändra och förbättra svensk sjukvård måste vi bryta med den utvecklingen och på allvar våga sätta primärvården först när det kommer till prioriteringar.

Mitt parti har sedan mitten av 70-talet drivit på för satsningar för en starkare primärvård och ett husläkarsystem. Några tappra försök har gjorts de gånger vi har suttit i regering med reformerna har blivit nedröstade av riksdagen eller upprivna när vi därefter har bytt regering. Under den senaste Alliansregeringen infördes en vårdvalsmodell i primärvården som ytterligare ett försök att rikta fokus mot primärvården och vissa saker har blivit bättre och utvecklats de senaste åren men så länge sjukhusens verksamhet tillåts växa snabbare än primärvården och så länge vi utbildar betydligt fler sjukhusspecialister bland läkarna än specialister i allmänmedicin så kommer inte utvecklingen att vända.

I många andra länder har husläkarna traditionellt varit självständiga läkare som tillsammans med en sjuksköterska tagit hand om just sina patienter. I Sverige har vi haft en annan tradition med vårdcentraler med många olika yrkesgrupper som kan arbeta i team och lösa fler uppgifter än vad en enskild läkare kan göra. Jag tycker det är viktigt att vi håller fast vid traditionen med vårdcentraler, men det förhindrar inte att var och en av oss patienter också har vår egen husläkare.

Läkaren är den viktigaste personen på vårdcentralen, men det betyder inte att jag som patient behöver träffa läkaren varje gång jag har ett besvär eller bekymmer. Det kan lika gärna vara distriktssköterskan, psykologen, diabetessköterskan eller fysioterapeuten. Men det ska alltid finnas en husläkare som har det samlade ansvaret för dig som patient.

Den största vinsten med en husläkare är att läkare och patient över tid lär känna varandra. Läkaren vet patientens sjukdomshistoria och vilka läkemedel hon tar. Patienten slipper vid varje nytt besök lägga tid på att få läkaren att förstå hennes problem. Med kontinuitet och en långvarig relation mellan läkare och patient kan läkaren också se sådant som patienten själv inte beskriver eller berättar om.

Är det rimligt och möjligt att utlova en husläkarreform i Västra Götalandsregionen när det saknas allmänläkare i såväl denna region som i Sverige? Ja, jag menar att det faktiskt är det. Det kräver dock att vi genomför reformer, stimulerar rätt åtgärder och prioriterar primärvården framför sjukhusvården.

Vi måste förstås fortsätta att utbilda fler allmänläkare, men vi måste också göra det mer attraktivt för dem som redan är allmänläkare att arbeta på någon av de drygt 200 vårdcentralerna i Västra Götalandsregionen.

Ett länge diskuterat mål har handlat om att vi behöver en specialist i allmänmedicin per 1 500 invånare i Sverige. Målet i sig kan diskuteras, men fakta är att vi har cirka 7 500 specialistläkare under 65 år med svensk legitimation i allmänmedicin. Det motsvarar en läkare per 1 350 invånare. Läkarna finns således men har valt att arbeta med något annat. Med rätt reformer är jag övertygad om att det går att locka tillbaka dem till att arbeta som husläkare.

Det klart dominerande skälet till att allmänläkare slutar eller går ner i arbetstid är att arbetsbelastningen är för hög och upplevs som oändlig av många. Patienterna är få många i relation till antalet allmänläkare.

Det handlar därför om att göra det mer attraktivt att arbeta som husläkare vid någon av regionens vårdcentraler med sin egen lista med patienter, där läkaren själv kan vara med och styra hur stor den listan ska vara. Då är jag övertygad om att vi kan få fler allmänläkare att vilja arbeta på någon av vårdcentralerna i regionen.

Det kommer i sin tur att kräva mer ekonomiska resurser till primärvården. Jag vill som ett första steg införa ett incitamentssystem där de vårdcentraler som kan erbjuda sina listade patienter en husläkare får en högre ersättning från regionen i successivt ökande utsträckning. Målet är att alla regionens invånare ska kunna få en husläkare senast i slutet av den kommande mandatperioden.

Vid sidan av att ge allmänläkarna, som husläkare, möjlighet till ett begränsat och tydligare uppdrag så behöver också attraktiviteten öka genom bättre möjligheter till fortbildning för vårdcentralernas medarbetare, skapa utrymme för mer forskning i primärvården och utnyttja digitaliseringens möjligheter för lättare och bättre kommunikation mellan patienter och sjukvården.

## **Mindre vård på akutsjukhusen förbättrar tillgängligheten**

Min uppfattning är att vi idag utför för mycket vård till en för hög kostnad på våra större akutsjukhus. Vård som mycket väl skulle kunna utföras på mindre närsjukhus, särskilda mottagningar eller på vårdcentralerna.

Utvecklingen de senaste decennierna har inneburit att mindre sjukhus på mindre orter, på goda grunder och av främst medicinska kvalitets skäl och rekryteringsskäl, inte längre har samma uppgifter som tidigare. Dessa uppgifter har dock snarast flyttat till de större sjukhusen än till primärvården. Det gör att fler patienter än tidigare förväntas få sin vård på stora sjukhus snarare än på mindre sjukhus eller vårdcentraler.

När nästan all specialiserad sjukvård planeras utföras på de större akutsjukhusen så blir den organisatoriska utmaningen ännu större. På sjukhusen ska både de akuta och de planerade besöken genomföras, liksom de akuta och planerade operationerna. Den högspecialiserade vården ska trängas med annan avancerad vård och relativt basal och enkel sjukvård. Såväl den öppna vården som den slutna vården ska samsas om resurser och personal. Sammantaget ska en allt större mängd sjukvård trängas in i en organisation som redan från början bar drag av dysfunktionalitet.

Min slutsats är att större delar av den stora volymen planerad vård på akutsjukhusen behöver flyttas ut till närsjukhus och andra särskilda mottagningar. Med fler särskilda externa mottagningsenheter skilda från sjukhusens organisation är det möjligt att skapa effektiva produktionsenheter som samtidigt avlastar akutsjukhusen så att de kan fokusera på de patienter som verkligen behöver akutsjukhusets samlade resurser. Mycket talar också för att många av dessa enheter bör drivas av andra vårdgivare än Västra Götalandsregionen.

Ett av skälen till att så mycket vård har samlats på de större sjukhusen är att det krävs mycket personal för att hålla i gång akutsjukhusets jouruppdrag. Om mer av vården flyttar ut från akutsjukhusen riskerar dessa i sin tur att antingen inte klara det viktiga ansvaret att bemanna med specialister dygnet runt eller bli än mer ineffektiva. Det riskerar också att bli en kamp om framför allt specialistläkarna och om de ska arbeta på det större akutsjukhuset eller på närsjukhusen eller de särskilda mottagningsenheterna.

Det finns en lösning på detta problem och det är att inte bara tillåta utan också välkomna delade tjänster och bisysslor. Idag ser många, såväl politiker som tjänstemän, andra sjukhus och andra vårdgivare som konkurrerande verksamhet. För mig har det blivit allt mer uppenbart att vi inte längre kan se andra verksamheter och arbetsgivare som konkurrerande verksamheter. Istället måste vi se dem som kompletterande verksamheter som gemensamt med regionens egna bidrar för att ge invånarna den vård de behöver.

Med fler delade tjänster eller bisysslor skapar vi möjlighet för till exempel läkare att både arbeta med de mer spännande och intressanta patientfallen på akutsjukhusen, samtidigt som de ges en möjlighet att bidra i mer produktiva enheter för att förbättra tillgängligheten. Det blir möjligt att som psykolog både arbeta på en vårdcentral och ha en egen privat mottagning. Det blir möjligt att arbeta på det större sjukhuset och någon dag i veckan också arbeta på ett närsjukhus så att patienterna inte behöver resa hela vägen till det större sjukhuset.

## **Vårdgaranti**

Aldrig någonsin har väl innebörden i ordet garanti missbrukats så mycket som när det kommer till vårdgarantin. Även om vårdgarantin är lagstadgad och ger patienten rätt att träffa en specialistläkare inom 90 dagar och vid behov av en operation eller behandling inom ytterligare 90 dagar, så är det alltför många som inte får vård inom denna tidsram. Även om sjukvården gör sitt allra bästa för att leva upp till vårdgarantierna så finns det i slutändan ändå ingen skyldighet för regioner och landsting att ge vård inom uppsatta tider, och det finns inte heller någon kompensation för den enskilde patienten att erhålla.

Det är populärt bland politiker att som lösningar på problem och utmaningar föreslå olika former av garantier eller för att visa på en frågas vikt föreslå skärpta garantiålder till redan befintliga garantier. Några sådana förslag kommer du inte att kunna läsa om i denna skrift, och skälen är två. För det första är sjukvården en bransch där det är svårt att garantera något överhuvudtaget, då verksamheten alltid och i varje läge ska prioritera patienter med störst behov först. För det andra ska vi inte kalla något för en garanti som inte är en garanti.

Däremot finns det en hel del att fundera kring den nuvarande vårdgarantin. Är det egentligen rimligt att behöva vänta upp till tre månader för att en läkare ska bedöma ens besvär? Jag vill som sagt inte ändra några vårdgarantigränser och 90 dagar kan ändå vara en rimlig väntetid vid en så kallad egenremiss, men om du som patient besökt din välutbildade husläkare och denna finner att du behöver undersökas av en annan specialist så bör det naturligtvis snarare ske inom tre veckor än inom tre månader.

Återigen handlar det om arbetssätt och hur vi organiserar vården, om det är möjligt att klara eller inte. Med ett större uppdrag till närsjukhusen och särskilda mottagningsenheter i privat eller offentlig regi för denna patientgrupp så är det min övertygelse att det går att höja produktiviteten och ge patienterna vård inom mer rimliga tidsintervall än idag.

## Släpp loss personalen

Vi har kommit till en situation i svensk hälso- och sjukvård där många av vårdens medarbetare känner frustration över tillståndet i vården och är desillusionerade och på väg att ge upp. En del har redan gett upp och lämnat yrket för att göra något annat. Personalomsättningen har kraftigt ökat under hela 2010-talet, vilket påverkar kontinuiteten och kostar både i pengar och risk för kvalitetsbrister.

Arbetstid, löner och arbetsmiljö anges ibland som skäl, men den viktigaste och vanligaste orsaken till att medarbetare lämnar eller funderar på att lämna är bristen på möjligheter att påverka och utveckla den egna arbetsituationen och den egna verksamheten.

Hur har vi kunnat hamna här? Sjukvården är en av de samhällssektorer med allra högst andel högutbildade medarbetare. Många av dem har ett stort personligt ansvar i sin yrkesutövning med sin legitimation, men de känner inte att det finns utrymme att påverka sitt eget arbete. Det, menar jag, innebär ett stort slöseri av mänskliga resurser.

Det behövs en tydlig förändring och en reformagenda för att vårdens medarbetare ska kunna trivas och vilja stanna på jobbet och känna stolthet över sitt arbete, sin arbetsplats och svensk sjukvård. Det är en agenda som handlar om tydliga uppdrag, ökad tillitsstyrning, bättre ledarskap, högre förväntan, större frihetsgrader och en sjukvård som tar tillvara den kompetens och kraft som finns bland vårdens medarbetare.

### **Tydliga uppdrag**

Det är många som vill vara med och styra i sjukvården. Rikspolitiker, regionpolitiker, myndigheter, regionens tjänstemän, sjukhusledningarna och olika stödfunktioner i varje verksamhet. Tillsammans riskerar de många enskilt goda ambitioner att resultera i väldigt många krav, förväntningar, uppdrag och mål på varje verksamhet som inte sällan dessutom är motsatsfulla.

Uppdraget för varje verksamhet måste bli betydligt tydligare än idag för att första linjens chefer och medarbetare ska kunna förstå vad som förväntas av dem, för att de själva ska kunna veta om de klarar av att leva upp till målen och förväntningarna och för att chefer ska kunna utvärdera om uppdraget är realistiskt eller inte.

Bristen på feedback på sitt arbete är kanske en av de mest frustrerande delarna av att arbeta i sjukvården. Att kunna jämföra med sig själv över tid och med andra liknande enheter i regionen eller landet är svårt om du varken har ett tydligt uppdrag eller möjlighet att följa hur du lyckas.

Vi har som sjukvårdspolitiker ett ansvar för att målen både blir färre och tydligare. Förutom att vården ska bedrivas utifrån bästa tillgängliga kunskapsläge och vara patientsäker och ges på jämlika villkor så bör vi från den centrala politiska ledningen inte ställa mer än tre krav på varje verksamhet.

- Den medicinska kvaliteten ska minst vara i nivå med genomsnittet i Sverige
- Tillgängligheten ska uppfylla vårdgarantin och i övrigt vara så god som möjligt
- Verksamheten ska vara kostnadseffektiv jämfört med motsvarande verksamheter

Därtill kan det finnas skäl för respektive verksamhet att själva sätta upp andra mål och styrtal för att kunna utveckla sin verksamhet, men det ska i så fall vara upp till dem själva. Inte någon annan.

### **Tillitsstyrning**

Med färre men tydligare mål och uppdrag från den politiska ledningen skapas möjligheter till en verklig reform med tillitsstyrning.

Att styra med tillit handlar om att tro att medarbetarna både vill, kan och förmår att styra och utveckla den egna verksamheten för att uppfylla de övergripande målen, och att de är bättre på att göra det än alla andra. Vi har varit rätt så duktiga i svensk sjukvård på att decentralisera ansvaret långt ut i organisationen, men med tillitsstyrning måste vi också decentralisera makt och befogenheter.

Min bild av hur det ska fungera är att flytta ut ansvaret, makten och befogenheterna till första linjen. Varje enskild vårdcentral och rehabenhet, varje enskild resultatenhet på våra sjukhus måste få möjlighet att utveckla sin verksamhet utifrån ett tydligt uppdrag och med ansvar för både ekonomi och verksamhet.



För att lyckas måste den politiska ledningen, den högsta tjänstemannaledningen, sjukhus- och primärvårdsledningar, områdeschefer och mellanchefer, ekonomer och personalvetare släppa greppet om detaljstyrningen och vända på hierarkierna så att det är den övriga organisationen som ska finnas till för att stötta och hjälpa den första linjen i sitt arbete med att nå sina mål.

Visst kan det finnas skäl för regiongemensamma regler och riktlinjer inom vissa områden, men huvudregeln måste vara att varje enhet själva planerar, utvecklar och driver verksamheter mot de fastställda målen med en stor frihetsgrad i hur de ska ta sig dit.

Det måste vara upp till varje verksamhet utifrån sitt uppdrag och sina budgetmässiga förutsättningar att bestämma om hur de ska utföra uppdraget samt val av arbetssätt och arbetsorganisation. Så är det delvis redan idag. Men det handlar också om de riktigt viktiga delarna om vilka kompetenser som behövs för att klara uppdraget, vilka löner de kan sätta och vilka arbetstider de har.

Redan idag är det möjligt för verksamheter i Västra Götalandsregionen att använda andra arbetstidsmodeller än de gängse på enskilda verksamheter, men det kan inte bara vara kring arbetstiderna som det är möjligt att frångå riktlinjer. Det måste även vara möjligt när det kommer till löner. För en verksamhet som uppfyller uppdrag, mål och ekonomi borde det vara självklart att man kan arbeta med lönesättningen inom gruppen. Det kommer att skapa incitament och drivkrafter som behövs för utveckling av verksamheterna.

Tillitsstyrning handlar om att ge förtroende, men också om att utkräva ansvar. Med långt gånget decentralisering av ansvar, makt och befogenheter kommer frihetsgraden att vara stor för dem när målen, både de verksamhetsmässiga och de ekonomiska. Om de inte når målen eller missbrukar makten och befogenheterna de fått så måste det å andra sidan få konsekvenser.

## **Ledarskap**

För att lyckas med tillsitsstyrning krävs kunniga och engagerade chefer och ledare i sjukvården. Min uppfattning är att sjukvården och offentlig sektor generellt underskattat ledarskapets betydelse för verksamhetens utveckling.

I ett system med ökad tillsitsstyrning kommer ledarskapets betydelse att bli än viktigare. Stödet till första linjens chefer måste utvecklas och förstärkas för att det ska vara möjligt för dem och deras enhet att ta ansvaret. Det är långt ifrån säkert att alla nuvarande chefer i organisation kan fungera i ett system med tillsitsstyrning, och många kommer att behöva bredda sin kompetens för att klara uppdraget.

De mer administrativa resurser som finns i respektive organisation måste ställas om till att bli tydliga serviceenheter till respektive chef och resultatenheter. Deras uppgift ska vara att bidra och vara möjliggörare till varje enskild enhets utveckling.

Alla chefer i sjukvården måste få tillgång till och genomgå högkvalitativa chefsutbildningar riktade till chefer i just sjukvården. Det handlar om såväl introduktionsutbildning som kontinuerliga fortbildningar för rollen som chef och ledare. Det ska dessutom finnas krav på att alla chefer har grundläggande utbildning och kunskap om kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, med möjlighet till fördjupade utbildning inom samma område.

Skälet är att kvalitetsdriven verksamhetsutveckling är det främsta redskapet för att utveckla verksamheten i syfte att förbättra produktiviteten, öka måluppfyllelsen och förbättra arbetsmiljön.

## **Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling**

Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling är det begrepp vi använder i Västra Götalandsregionen för att arbeta med kvalitetsutveckling, verksamhetsutveckling och ständiga förbättringar.

Det är i arbetet i den enskilda verksamheten som de stora möjligheterna finns. Visst finns det övergripande strukturella beslut som kan behöva fattas kring en del åtgärder, men som jag försökt beskriva ovan så finns den stora utvecklingspotentialen i att lämna över makt, befogenheter och ansvar ut till första linjen för att där genomföra den kvalitetsdrivna verksamhetsutvecklingen.

För att klara det ska varje chef, och gärna fler medarbetare i sjukvårdens organisation, ha utbildning och kompetens i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Varje enskild verksamhet och resultatenhet måste också kunna avropa expertstöd från regionen för sitt kvalitetsarbete.

Jag möter inte sällan verksamheter som menar att de är så tungt belastade att de inte hinner med något arbete med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Jag brukar svara att de kommer att bli ännu tyngre belastade om de inte ser till att ta sig den tiden som krävs.

När det väl görs och när det görs rätt, och det finns det många exempel på både i vår egen region och i omvärlden, så uppnår man ofta förbluffande resultat. Enheter har genom att arbeta med sina processer, flöden och variationer vänt en utveckling med dålig tillgänglighet till en bra tillgänglighet. Enheter som har en dålig arbetsmiljö med stora sjukskrivningstal har genom arbete med uppgiftsfördelning, tydlighet i arbetsuppgifter och ökat medbestämmande vänt utvecklingen till att bli enheter med god arbetsmiljö, lägre personalomsättning och lägre sjukskrivningstal.

Med ett gediget arbete med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling där man i grunden funderar på hur man arbetar och varför och hur man gör olika arbetsuppgifter kommer man inte sällan att identifiera arbetsmoment som inte tillför något särskilt värde varken för patienten eller patientsäkerheten, och dessa ofta administrativa arbetsmoment måste utmanas.

### **Administrativ utmaningsrätt**

En av orsakerna till den relativt låga produktiviteten i svensk hälso- och sjukvården ligger i den stora mängden administrativa uppgifter som ligger på vårdens medarbetare att hantera. Delar av dessa arbetsuppgifter är både viktiga och nödvändiga. Men det finns annat som görs och som egentligen inte fyller något viktig funktion för vare sig vården av patienten eller för att kunna följa upp verksamheten.

Jag skulle vilja införa en administrativ utmaningsrätt som innebär att vårdens medarbetare har möjlighet att utmana systemet om de upplever att en viss administrativ uppgift eller rutin inte tillför något. Då måste regionen pröva värdet av uppgiften och ta bort uppgiften om den inte fyller någon funktion. Samma sak ska gälla när det kommer till undermåliga IT-system som tvingar medarbetare att registrera samma uppgifter två eller tre gånger istället för bara en. Då måste regionen pröva möjligheten att utveckla systemen så att det endast behöver göras en gång.

En del av de administrativa uppgifter som kan komma att utmanas av vårdens medarbetare kommer säkert både från lagstiftning eller statliga föreskrifter. Dem kan inte regionens sjukvård välja att frångå hur som helst. Därför är det också viktigt med ett nära samarbete med såväl lagstiftare som statliga myndigheter för att minska den administrativa bördan i sjukvården.

### **Avskaffa den planekonomiska personalpolitiken**

För knappt 30 år sedan hade den som var vårdutbildad i Sverige i princip 26 arbetsgivare att välja mellan när de skulle ta anställning - 26 olika landsting. Sedan dess har kartan ritats om med kommunerna, via ädelreformen, som nya arbetsgivare för vårdpersonal och en betydligt större mångfald med privata vårdgivare och arbetsgivare, inom och utom den offentligt finansierade vården, och ovanpå det en mängd bemanningsföretag. Landsting och regioner lever dock i stor utsträckning som att vi fortfarande är ensamma arbetsgivare på marknaden och agerar ofta därefter.

Västra Götalandsregionen satte för ett år sedan upp som mål att bli "Sveriges bästa offentliga arbetsgivare". Det är inte bara en rimlig hållning som den största offentliga arbetsgivaren i landet med drygt 55 000 anställda, utan också fullt möjligt att nå. Men då måste Västra Götalandsregionen bryta med flera monopolistiska och planekonomiska tendenser som fortfarande präglar organisationen.

Om en medarbetare i Västra Götalandsregionen vill byta jobb inom regionen så finns såväl riktlinjer för lönepolitiken som anvisningar för rekryteringar inom regionen som innebär att de inte ska kunna byta jobb inom regionen och få en högre lön. Det är till och med så att den som är chef på den arbetsplats personen önskar lämna måste godkänna medarbetarens nya lön på den nya arbetsplatsen. Om den gamla och den nya chefen inte är överens så ska frågan lyftas till förvaltningscheferna.

Jag kan förstå tankarna bakom riktlinjerna och anvisningarna, men konsekvensen i den "nya världen" vi befinner oss i är att de istället kan lämna regionen för en tjänst i kommunen eller hos en privat vårdgivare och på den vägen öka sin lön för att senare komma tillbaka som anställd i regionen med ännu ett löneyft. Att behöva gå omvägen via en annan arbetsgivare för att höja sin lön bidrar inte positivt till bilden av Sveriges bästa offentliga arbetsgivare.

När Västra Götalandsregionen gör upphandlingar av privata vårdgivare ställs oftast krav på anbudsgivarna att de inte får använda sig av personal som varit anställda i Västra Götalandsregionen de senaste 12 eller 18 månaderna.

Även här kan jag förstå tankarna bakom kravet. Om regionen gör en upphandling för att få en ökad kapacitet vill vi inte samtidigt förlora samma kapacitet någon annanstans i regionen, men signalen vi skickar är att regionens medarbetare riskerar att få ett västsvenskt näringsförbud i 1–1,5 år. Det gör inte regionen till landets bästa arbetsgivare.

Strax före sommaren behandlades en motion i regionfullmäktige om att skärpa uppföljningen av medarbetare med bisysslor. Jag tror alla nog är helt överens om att det är viktigt med tydliga regelverk och att bisysslor för regionens medarbetare ska vara godkända av arbetsgivaren.

Som jag nämnt redan tidigare så är det är hög tid att ompröva den nuvarande synen på bisysslor och delade tjänster i hälso- och sjukvården och det finns flera skäl till det. Istället för att se bisysslor som ett hot bör det ses som en möjlighet.

Varför skulle inte en läkare på Uddevalla sjukhus också kunna arbeta på det privat drivna Strömstads sjukhus med att träffa patienter i närområdet 1–2 dagar i veckan?

Varför skulle inte en ögonläkare på Mölndals sjukhus kunna jobba halvtid på sjukhuset med de svårare och mer intressanta patientfallen samtidigt som hon jobbar halvtid med enklare ögonkirurgi på en privat driven klinik i Göteborg för alla som behöver en starroperation?

Varför skulle du inte samtidigt kunna ha din huvudanställning hos en privat vårdgivare och samtidigt hjälpa till med jouruppdraget på något av de större akutsjukhusen?

Varför skulle du som psykolog inte både kunna jobba på Angereds Närsjukhus och på en privat driven vårdcentral i området?

Istället för att drömma sig 30 år tillbaka i tiden är det nödvändigt att släppa på några av de mest monopolistiska och planekonomiska tankarna om vi verkligen ska bli Sveriges bästa offentliga arbetsgivare.

Vi ser en ökande personalomsättning i regionen där fler medarbetare väljer att byta arbetsgivare, en fördubbling sedan 2010. Nya uppgifter kan locka på annat håll, men inte sällan är en dålig löneutveckling, en dålig arbetsmiljö eller en brist på inflytande skälet till att de lämnar sin tidigare arbetsplats. Regionens egna beräkningar visar att varje personalomsättning i snitt kostar runt 250 000 kronor innan en ny medarbetare på arbetsplatsen är fullt upplärd och kan bidra på samma sätt som den som lämnade arbetsplatsen.

Det blir uppenbart att regionen måste bryta med gamla dåliga traditioner och införa tydligare incitament för löneutveckling och lönekarriär för vårdens medarbetare. Det behövs en ny lönepolitik där vidareutbildning, engagemang, ansvarstagande och inte minst erfarenhet är viktiga faktorer.

Samtidigt som jag vill se en friare lönebildning i regionens hälso- och sjukvård, som en del av tillitsstyrningen, är det viktigt att det finns fler och tydligare karriärvägar. Idag är det vanligaste sättet att göra karriär och få en högre lön att minska på det direkta patientnära arbetet för att istället arbeta mer administrativt som chef, verksamhetsutvecklare, kvalitetskoordinator eller något annat. Det är inget fel med det, men det måste också vara möjligt att göra karriär genom att vara kvar där du är i organisationen genom att ta ett större ansvar, vidareutbilda dig eller något annat.

## Kvalitet i allt vi gör

**Jag har ovan listat tre** grundläggande organisatoriska systemfel och försökt lägga konkreta förslag till en reformagenda för dessa områden och för hur vi skall kunna komma till rätta med dessa brister. Utmaningarna är naturligtvis fler och löses inte först och främst med organisatoriska förändringar, utan av att ge mer makt och befogenheter till vårdens medarbetare att arbeta med kvalitetsutveckling och ständiga förbättringar och frigöra den kraft som dem besitter.

Det finns dock ytterligare ett område som i alla fall kort måste nämnas som ett område där vi har en mycket stor förbättringspotential. Det handlar om IT-systemen i vården. Dagens system kan knappast beskrivas som en modern del i digitaliseringens tidsålder. Få saker är mer frustrerande för vårdens medarbetare än de nuvarande IT-systemen och de underlättar inte för patienter att varken kommunicera med vården eller ta del av information om sin vård. Jag nämner inte mer om det i denna skrift då det just nu pågår en upphandling i Västra Götalandsregionen om ett nytt system för en modern vårdinformationsmiljö.

Jag vill att kvalitet ska genomsyra allt vi gör i regionens hälso- och sjukvård och i alla dimensionerna – medicinsk kvalitet, patientupplevd kvalitet och organisatorisk kvalitet.

Den medicinska kvaliteten håller generellt sett världsklass, men den är ojämn mellan områden och även inom områden där vi är mycket bra finns det fortsatt förbättringspotential

Den patientupplevda kvaliteten håller successivt på att bli allt bättre. Reformen för bättre tillgänglighet behöver vidtas som jag skrivit om, men vården måste också bli mer personcentrerad och se varje enskild individ den möter och behandla utifrån hennes förutsättningar, möjligheter och vem hon är.

Den organisatoriska kvaliteten har denna skrift handlat om och jag ska inte orda mer om det i slutet av den, mer än att konstatera att en bättre organisatorisk kvalitet också ökar möjligheterna till att förbättra den medicinska och den patientupplevda kvaliteten.

Det absolut bästa med att arbeta med god kvalitet i hälso- och sjukvården är att hög kvalitet inte är dyrare att uppnå än låg kvalitet. Det är tvärtom. De sjukhus, vårdcentraler och till och med landsting och regioner som uppvisar bäst kvalitet i olika jämförande undersökningar är nästan alltid är de med lägst kostnader.

Det är låg kvalitet som kostar. När en patient tvingas till en omoperation. När en patient blir sjuk på grund av läkemedel utskrivna av olika läkare och som inte går att kombinera. När en patient drabbas av en vårdrelaterad infektion i samband med ett sjukhusbesök och behöver vara kvar på sjukhus för att också vårda den nya skadan. När en allt för hög personalomsättning gör att vi tappar kompetens. När operationer blir inställda på grund av brister i planeringen.

Vissa experter bedömer de så kallade kvalitetsbristkostnaderna till 20–30% av sjukvårdens samlade kostnader. Andra säger att det till och med är mer än så. Det motsvarar 8–10 miljarder kronor i Västra Götalandsregionen. Vi kommer aldrig att kunna hämta hem alla de pengarna med en bättre organisation och högre effektivitet, men tänk om vi skulle klara 3–4 miljarder och kanske till och med en del av den femte – till en högre kvalitet. Det skulle kunna skapa utrymme för att tillgodose mer vård, skapa utrymme för bättre löneutveckling och ökad fortbildning.

Genom att alltid tänka kvalitet i att vi gör skapar vi inte bara en bättre vård för patienterna. Vi skapar också en bättre och roligare arbetsmiljö för våra medarbetare och hög kvalitet leder nästan alltid också till högre effektivitet.



# Sammanfattande punkter

**Jag skrev redan på omslaget** till denna skrift att vissa saker i sjukvården är för komplexa och komplicerade för att kunna förklaras enkelt på ett flygblad. Trots det ska jag bjuda på en sammanfattning av denna skrift i 16 punkter för hur jag vill angripa den dysfunktionella organisationen och utveckla sjukvården i Västra Götalandsregionen.

1. Fullfölj arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården.
2. En större andel av sjukvårdens resurser ska styras över till primärvården.
3. Alla ska kunna få en egen husläkare i slutet av nästa mandatperiod.
4. Husläkaren ska kunna få ett begränsat uppdrag.
5. Mer vård ska flytta från akutsjukhusen till närsjukhus, specialistmottagningar och vårdcentraler.
6. Öka möjligheterna till delade tjänster och bisysslor.
7. Tro på kompetensen och kraften hos vårdens medarbetare.
8. Tydligare uppdrag med färre mål till varje verksamhet i vården.
9. Styr med tillit till dem som arbetar i vården.
10. Flytta ut makt och befogenheter, inte bara ansvaret, till första linjen.
11. Stärk ledarskapet och stödet till vårdens chefer.
12. Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling ska vara metoden för lokalt förbättringsarbete.
13. Inför en administrativ utmaningsrätt för att minska onödig administrationen.
14. Avskaffa den planekonomiska personalpolitiken.
15. Öka möjligheterna till löneutveckling och lönekarriär.
16. Kvalitetsarbete förbättrar vård och arbetsmiljö och sparar pengar.





# SJUKVÅRD MED KVALITET

- det är brist på organisation, inte pengar och personal

Jag har varit politiskt sjukvårdsansvarig i regionen 2004–2010 och sedan 2015 fram till idag. Sjukvårdsfrågorna hamnar ofta i skymundan när det är valrörelser och de är ofta mer komplexa och komplicerade för att låta sig förklaras med några korta ord på ett flygblad.

Jag har därför valt att skriva denna skrift för den som vill veta lite mer och för att både beskriva hur jag ser på sjukvården idag och hur jag skulle vilja förändra sjukvården framöver. Det finns mycket att vara stolt över i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård, men det finns också många utmaningar och problem som måste åtgärdas med en mer radikal omläggning av hur vi leder, styr och utvecklar sjukvården.

Många i debatten, både politiker, invånare och medarbetare, ropar ofta på mer pengar och mer personal för att lösa sjukvårdens problem. De har i grunden fel. Svensk sjukvård har både gott om personal och ekonomiska resurser, men har en dysfunktionell organisation som gör att vi inte får så mycket valuta för pengarna som vi borde.

Det är inga unika tankar jag presenterar i denna skrift. Andra kloka personer har både tänkt och sagt delar av det jag presenterar här. Det unika är möjligen att en ledande sjukvårdspolitiker väljer att inte bara säga det, utan också sätta det på pränt och göra det till en offensiv fråga i en valrörelse.



Den sjukvårdspolitiker som idag lovar mer pengar och mer personal till framför allt sjukhusvården utan att samtidigt ha konkreta förslag på hur vi ska komma till rätta med de organisatoriska bristerna och problemen är en politiker som vill vinna kortsiktiga politiska poänger snarare än att lösa grundproblemen till att vården inte klarar av att leverera allt det som vi önskar.

**Jonas Andersson**

Regionråd, Västra Götalandsregionen