**Bakgrund**

Sofia Wallström har bjudit in bland annat Sveriges Läkarförbund att inkomma med synpunkter. *Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård* (S 2019:03) har regeringens uppdrag (dir. 2019:69 och dir. 2020:116) att utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv.

**Denna skrivelse från Sjukhusläkarna kompletterar det svar Läkarförbundet skickat in separat.**

* **Frågor från Sofia Wallström**

Svar från Sjukhusläkarna

**- Finns det tillräckliga förutsättningar för regionerna att anlägga ett helhetsperspektiv vid överväganden om infrastruktursatsningar, så att såväl nationella som regionala intressen i hälso- och sjukvården tillgodoses vid planering och beslut?**

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet och med tiden snarast ökar komplexiteten i takt med ökad subspecialisering, högre krav på tillgänglighet och alltmer avancerade undersöknings- och behandlingsmetoder. Styrning och samordning av denna verksamhet blir därav likaså komplex där det inom och mellan patienter, patientorganisationer, profession, administration och politik på en mängd olika nivåer kan finnas skiftande målbild över tid.

Sjukhusläkarna förespråkar en ökad nationell samordning samtidigt som vi ute i verksamheten bejakar *Tillitsdelegationens* mål att i större utsträckning ta tillvara professionens kompetens och öka handlingsfrihet på verksamhetsnivå genom mindre detaljstyrning. Sjukhusläkarna delar *Effektivitetsutredningens* uppfattning och *God och nära vård* där primärvården utgör bas i sjukvården. Men resurser från sjukhusvård kan inte överföras innan man byggt upp en fungerande primärvård med fast läkare, där vi redan i utgångsläget kan se att exempelvis den skriande vårdplatsbristen ger sämre funktionalitet i patientflöden för både akut och elektiv vård.

Visserligen samordnar sig regionerna bland annat inom ramen för SKR, men ur professionens synvinkel upplevs denna samordning bristfällig. Detta då SKR är myndighetsliknande och politikerstyrt men ändå inte är underkastat offentlighetsprincipen och upprepat uppvisat bristande transparens. Inte ens Riksrevisionen kunde sammanställa kostnaden för SKR vid en genomlysning 2017 och i deras granskningsrapport anges att dåvarande SKL har bristande insyn och att ansvarsfördelningen blir otydlig. Vår uppfattning är att kostnaden sannolikt inte heller växlar ut i tillräcklig patientnytta då politiska agendor och arbetsgivarrollen exempelvis hämmar rörlighet på både arbetsmarknaden och patienternas valfrihet. Inte ens i Patientlagen 2014:821 kunde man enas om att patienten kunde välja slutenvård utanför den kommun hon eller han är bosatt 7 kap 1§).

Regionernas kostnader var enligt Ekonomifakta år 2019 375 miljarder varav kostnader för hälso- och sjukvården utgjorde 84 %. Indelningen av hälso- och sjukvården i 21 regioner med egna direktvalda församlingar splittrar givetvis möjligheten till samordning och medför ett ok av kostnader för dessa 4 600 förtroendevalda och deras administration. Utöver den politiska organisationen som sådan visade Vårdfokus vid en granskning att under perioden 2010-2017 ökade antalet chefer, handläggare och administratörer mer än antalet läkare och att administratörerna totalt sett blivit fler än läkarna.

Under 2000-talet gjordes flera försök med statliga utredningar att omorganisera regionerna. Ansvarskommittén föreslog en minskning till 6-9 regioner år 2007, Indelningskommittén föreslog 2016 en indelning med 6 storregioner följt av ett förslag om Svealands och Västra Götalandsregionen 2016. Finland avviker genom att sakna regional nivå men även där fick ny indelning inget parlamentariskt stöd. Både Danmark och Norge har exempelvis 5 sjukvårdsregioner.

Även andra nationella försök till samordning haltar där Vision e-hälsa 2025 snarast känns mer avlägsen ju mer vi närmar oss 2025. Var är den Nationella läkemedelslistan, det digitala vaccinationskortet, den sammanhållna identitet- och behörigheten, kommunikationen över regiongränserna och utbredda digitala tjänster. Faxen är kvar! Inera och e-Hälsomyndigheten har inte de muskler som krävs för uppdraget att genomföra den digitala infrastrukturen.

Sammantaget är vår uppfattning att det saknas incitament från den splittrade regionala politiska organisationen till nationell samordning. Att verka genom SKR bidrar inte till transparens och gör ansvarsfördelningen otydlig gentemot andra nationella aktörers såsom Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten med mera. Även gränsdragningar åt andra hållet, det vill säga gränsen mellan kommunal omsorg och hälso- och sjukvården är otydlig i dagens system.

**- Om inte, vilken roll bör staten ta för att säkerställa att nationella och regionala intressen tillgodoses?**

- Sjukhusläkarna vill inte att staten ska driva sjukhus, men vi efterlyser ökad statlig styrning och samordning. En mångfald utförare kommer att gynna kompetensförsörjningen där dagens oligopol uppenbarligen lett till flaskhalsar inom flera professioner, ett oönskat beroende av bemanningsföretag och för läkare tidigt i karriären kö till AT.

- OPS-utredningen (Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll) som initierades av regeringen i kölvattnet till bygget av Nya Karolinska kunde tidigt fastställa att i stort sett alla regioner sammanlagt har kostnader kring 100 miljarder för enbart sjukhusbyggen. I stort sett alla projekt har blivit betydligt mer kostsamma än vad som ursprungligen var budgeterat och höga krav på kommande flexibilitet och tilläggsbeställningar vartefter driver på kostnaderna ytterligare. En statlig samordning hade med säkerhet kunnat spara kostnader avseende alla steg i byggprocessen.

Exemplen på kritiserade byggprojekt kan göras lång där NKS rönt störst medial uppmärksamhet alltifrån typ av upphandling och byggkostnad. Nedan ett litet axplock av exempel och listan kan göras avsevärt längre

* I Stockholm gjordes renovering av befintliga sjukhus, ex Sollentuna. I stort sett alla byggprojekt blev dyrare än förväntat där ett av skälen anges vara att fastighetsförvaltaren hade dålig kännedom om fastigheten innan man gjorde renoveringen.
* Typexemplet på bristande planering anses Helsingborgs lasarett stå för. I efterhand kunde man konstatera att stommen inklusive avlopp med mera inte tålde slutförandet av ombyggnation i kombination med att befintlig verksamhet inte kunde evakueras utan acceptabla störningar.
* Vid Östra Sjukhuset byggdes Drottnings Silvias Barn och Ungdom Sjukhus (DSBUS). Det skulle kosta ca 1.5 miljarder men kostnaderna skenade iväg och blev drygt en halv miljard dyrare. Man kom på att man inte hade tillräcklig personal för att bemanna de enkelbyggda rummen och nu fått riva väggar för att göra 2 personsrum.
* I Södra Älvsborgs sjukhus (Borås) byggdes T-huset med enbart enkelrum på avdelningarna (21 platser) . Man hade tänkt att 3 av rummen skulle kunna användas till ev överbeläggningar med 2 pat. Rummen är mindre jämf standard dubellrum. Pga vårdplatsbrist, används möjligheten hela tiden varför det blir trångt i dessa rum.
* Det pågående bygget av Frölunda specialistsjukhus har mött väldigt mycket kritik av fackliga pga öppna kontorslandskap.
* Byggena i Sörmland har ju också varit problematiska, ffa till en början. Processen pausades, efter Läkarföreningens ingripande, sedan ”skisser” med kontorslandskap presenterats. Efter det är däremot känslan att man försökt lyssna till behov, och faktiskt inventerat ute på klinikerna hur det ser ut i dagsläget och vad man tror sig behöva framöver. Kostnadsmässigt har allt blivit betydligt dyrare än beräknat, och om det är rimligt eller inte är för mig omöjligt att bedöma. Det är väl där det kanske också skulle behövas med övergripande kontroll/styrning.

- Man bör öppna upp valfriheten för patienterna och inte begränsa denna till öppenvård.

- En stor del av det vardagliga sjukvårdsarbetet är kopplat till digitala system där andra delar av samhället uppvisar en betydligt bättre funktionalitet. Stora skillnader mellan regioner om patienternas egen direktåtkomst till ex laboratoriesvar och möjligheten att boka tider digitalt är helt undermålig. Enorma resurser läggs okoordinerat i varje region och flera stora försök till samordning har havererat av oklar anledning.

- Påtala för regionerna att de måste samordna sig så att de gemensamma resurserna räcker för att bygga upp en funktionell digital infrastruktur. Det är större skillnader i behov av exempelvis journalsystem mellan olika delar av sjukvården än mellan olika regioner.

**- Finns det behov av ökad samordning och samverkan mellan staten och regionerna, mellan regionerna och mellan regionerna och kommunerna på hälso- och sjukvårdsområdet och speciellt gällande investeringar i vårdinfrastruktur?**

- I Västra Götaland deltar inte mindre än 49 kommuner för en gemensam vårdinformationsmiljö genom att använda samma system som hälso- och sjukvården (Millenium). Satsningen tydliggör hur brister i informationsflöden förelegat mellan dessa huvudmän och att resten av landet tycks ligga steget efter. Satsningen visar även att varje region tycks behöva uppfinna sitt egna hjul.

- Det föreligger enorma skillnader i hur de olika regionerna delar information med nationell patientöversikt (NPÖ), som i sig har ett mycket svårtillgängligt gränssnitt. Den nationella läkemedelslistan har likaså dröjt och skjutits upp gång på gång. Med en tydligare nationell diskussion hade kombination av funktionella samtycken, spärrar och behörigheter kunnat utvecklas bättre. Exempelvis är behörighetskortet SITHS nationellt men administreras lokalt och hämmar rörlighet för personal som arbetar över regiongränserna.

**- Vilken betydelse har överväganden om strategiska investeringar i vårdinfrastruktur för hantering av kompetensutmaningen för att bedriva effektiv och patientsäker hälso- och sjukvård?**

- Inrättandet av det Nationella vårdkompetensrådet, ett rådgivande samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, har i uppdrag att samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Men med brister i personalpolitik och beslut i otakt med tillitsdelegationens förslag kommer flaskhalsar i kompetensförsörjningen att bestå. Sjukhusläkarna förordar att man i primärvård öppnar upp för ett större entreprenörskap och att professionen återfår ökad delaktighet i sjukvårdens ledningsstruktur. Chefskap i vården ska vara attraktivt och första linjens chefer ska med fördel kunna vara fortsatt kliniskt verksamma. Sjukhusläkarna anser att läkare som chefer är bästa kombinationen för att trygga både produktion i nuet och utveckling för framtiden.

- Arbetet med Nationellt kliniskt kunskapsstöd fortgår och medger regionala tillägg och kan förlaga för hur man tillgodoser både nationella och regionala behov. Vår uppfattning är dock att man lokalt fortsätter ha lokala vårdprogram och det hela sammantaget leder till trippelarbete (nationellt, regionalt och lokalt). De nationella programområdena (NPO) arbetar utifrån generiska ramverk och kan säkert på sikt få tydligare genomslag. Behovet av nationella kunskapsstöd och snabbhet i processerna med möjlighet till fortlöpande uppdatering tydliggjordes under Covid-19 och Kunskapsstöd covid-19.

**- Hur ser ni på dagens situation och behov framåt gällande planering och beslut om investeringar i vårdinfrastruktur för att på bästa sätt fortsatt stödja utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet mot en god hälsa på lika villkor med patienten i centrum för hela befolkningen?**

- Med de orimliga väntetider som vi har i Sverige jämfört med andra länder måste vi se landet som en enhet och skapa en nationell väntelista. Endast då kan vi uppnå jämlik vård efter behov. Kopplat till väntelistan även en publik nationell kvalitetsjämförelse.

- Dagens uppdelning i 21 regioner medför en oerhörd administrativ överbyggnad som inte växlar ut i ökad lokal delaktighet eller närhet till besluten. Regionkontoren är trots sitt antal för den enskilda medborgaren ändå en avlägsen chimär.

- Vi förespråkar nationell samordning men även på den nationella arenan är myndighetskartan spretig – se exempelvis alla de myndigheter som mer eller mindre är involverade på patientsäkerhetsområdet (IVO, Vårdanalys, SBU, Socialstyrelsen, SKR, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens haverikommission, Strålsäkerhetsmyndigheten, Universitetskanslerämbetet, Livsmedelsverket, Forte mm).

- Sjukhusläkarna tror att ett utökat samarbete inom Norden för exempelvis beredskap, kriser, helikoptertransporter och viss högspecialiserad vård skulle vara till nytta. Jämför exempelvis det framgångsrika samarbetet inom Scandiatransplant (organallokering).

**Sjukhusläkarna mars 2021**