



En återresa i sjukvårdssystemet

Kampen om framtiden – Ett drama om vårdens villkor inför 2025

Innehåll



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

Inledning.....	5	Omvandling av sjukvårdsstrukturen	11
Byggnation och planering	6	<i>Svara för de vanligaste sjukvårdsbehoven.....</i>	<i>11</i>
Vårdplatserna som försvann.....	7	<i>Primärvård kärnan.....</i>	<i>11</i>
<i>Mentalsjukhusen som tömdes.....</i>	<i>7</i>	Framgångsfaktorer	13
<i>Ädel- och psykiatrireformen.....</i>	<i>7</i>	<i>Uthållighet med gradvis utveckling</i>	<i>13</i>
<i>Medicin- teknisk utveckling och öppna vårdformer</i>	<i>7</i>	<i>Tydligt medborgarperspektiv.....</i>	<i>13</i>
Primärvård och valfrihet.....	8	<i>Länet som en helhet</i>	<i>13</i>
Decentralisering och befolkningsföreträdare	9	<i>Ansvar på alla nivåer</i>	<i>13</i>
Besparingar och prioriteringar	10	<i>Arenor för konstruktiva dialoger.....</i>	<i>13</i>
		<i>Järnkoll på resultat</i>	<i>13</i>
		<i>Långsiktighet och kontinuitet i ekonomin.....</i>	<i>13</i>
		<i>Ordning och reda i organisationen</i>	<i>13</i>

Inledning

Rapporten "Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025" tar sitt avstamp i åtta grundläggande utmaningar för den svenska hälso- och sjukvården. Den är i första hand skriven för politikerna i Region Östergötland men innehållet spänner också över den nationella nivån. Rapporten är gjord i tre delar som kan läsas oberoende av varandra:

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

Denna rapport "En återresa i sjukvårdssystemet" ger en snabb återblick på några viktiga sjukvårdspolitiska skeenden inom sjukvården i Östergötland och Sverige under de senaste 40 åren:

- Byggnation och planering
- Reformering av psykiatri
- Vårdplatserna som försvann
- Primärvård och valfrihet
- Decentralisering och befolkningsföreträdare
- Besparingar och prioriteringar
- Omvandling av sjukvårdsstrukturen

Rapporten avslutas med en analys av några framgångsfaktorer inom Region Östergötland som vuxit fram under hälso- och sjukvårdens nutidshistoria.

Materialet är hämtat i huvudsak från följande källor:

- Vision, vägval och verklighet – Styrning av hälso- och sjukvården speglad 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", kapitel "Tillgång till vårdplatser" och "Vårdbehov och förväntningar."
- Författarens föreläsningar för landstingsfullmäktige samt avsnitt skrivna i jubileumsboken "Landstinget i Östergötland 150 år". Bilderna är hämtade från landstingets dåvarande personaltidning "Blåmärket".

Rapporten har skrivits av Bengt Göran Emtinger och publicerades i mars 2016. Rapporten finns på Region Östergötlands webbplats, www.regionostergotland.se.

Byggnation och planering

Byggare och anställda



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

Reformering av psykiatrin



År 1967 tog landstingen över mentalsjukhusen från staten. För Östergötland handlade det om Birgittas sjukhus i Vadstena som blev ett mentalsjukhus för hela länet med 1200 vårdplatser. Det var fler vårdplatser än det idag finns för all vård i Östergötland. De flesta patienter var inlåsta på sina avdelningar, med mer eller mindre frigång. ("En enkel Vadstena - kom man dit blev man kvar"). "Skära ner och skära ner - vi gör inget annat. För femton år sedan hade vi över tusen vårdplatser, idag år 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.

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 psykiatrin skulle sakta flyttas bort från Vadstena. När arbetet gick i mål kan man konstatera att en del blev som det var tänkt, annat återstod att fullfölja.

Vårdplatserna som försvann

Sverige har en lång historia med många sjukhus och vårdplatser. År 1920 fanns 25 000 vårdplatser på lasarett, förlossningsanstalter, epidemisjukhus och tuberkulossjukhus. Härutöver fanns 10 000 vårdplatser på 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 dagens 25 000 vårdplatser, 2,6 platser per invånare.

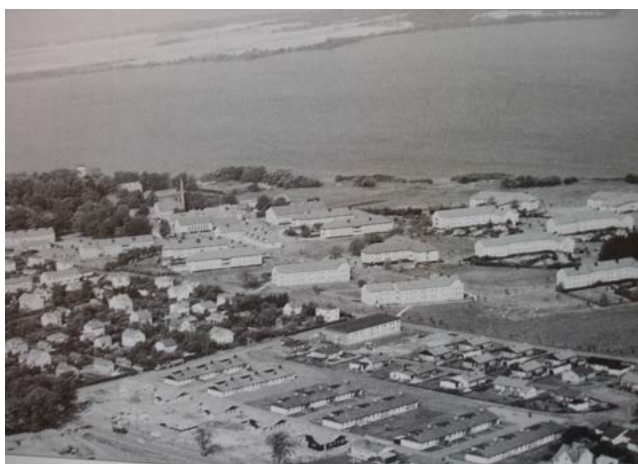
Sjukvårdsstrukturen var uppbyggd kring sjukhusen och Östergötland var inget undantag. Om vi går tillbaka till början av 1970-talet hade Östergötland sju sjukhus: Linköping, Norrköping, Motala, Kisa, Söderköping och Vadstena. Att få vård innebar att ta sig till lasarettet och det gällde också vid mer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

Vårdplatsminskning i tre faser

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



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 började vårdplatserna att minska. 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 skifte till kommunerna startade inför riksdagsvalet 1985. Folkpartiet med Bengt Westerberg som partiledare drev då frågan om eget rum på långvården. Ädelreformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade. Härigenom tog kommunerna över en del ansvar som tidigare legat på landstingen. Samtidigt infördes i socialtjänstlagen en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för personer med behov av särskilt stöd. För Östergötlands del minskade antalet långvårdsplatser i landstinget med cirka 700 i samband med denna reform. 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. Psykiatrin 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 lasarettsvården var ungefär densamma från 1950-talet ända in på 1980-talet. Då började medelvårdtiden raskt att minska både för medicinsk och kirurgisk korttidsvård. Mellan 1982 och 1993 minskade medelvårdtiden för medicinpatienter från 9,4 till 6,1 dagar och för kirurgpatienter från 7,3 till 5,1 dagar. Antal vårdplatser mellan år 1993 och 1996 minskade med nästan 30 procent. Därefter fortsatte minskningen med ytterligare 35 procent fram till år 2013.

Primärvård och valfrihet

År 1950 bestod våra dagars öppenvård utanför sjukhus i Sverige av 800 provinsialläkare och stadsläkare samt 1300 sjuksköterskor i distriktsvård. Av sjukvårdens totala kostnader stod distriktsvården för tre procent jämfört med till exempel sinnessjukhusens 20 procent. År 1963 tog landstingen över ansvaret för de tidigare statligt anställda provinsialläkarna, det som då motsvarade dagens distriktsläkare. I slutet av 1960-talet fanns i Sverige 1000 provinsialläkartjänster – en tjänst per 7000 invånare. Därtill var nästan 40 procent av tjänsterna vakanta. Första vårdcentralen i Sverige öppnades år 1968 i Dalby och år 1972 omvandlades provinsialläkartjänsterna till distriktsläkartjänster. Under 1970-talet startade utvecklingen av distriktsindelning med upptagningsområde för vårdcentralerna. År 1978 definierade Socialstyrelsen primärvård som all vård som kunde bedrivas utanför lasaretten.

Hur skapades primärvården i Östergötland?



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

Val av egen läkare



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

"Snart får du en mycket personlig fråga." Så lød rubriken i ett landstingsutskick till alla hushåll i länet samt i annonser i lokalpress och på reklamtavlor i städernas centrala delar. Varje vårdcentral svarade för att invånarna kunde välja sin husläkare och listningsbroschyrer med bilder på läkarna skickades ut till invånarna. Reformen blev den största sjukvårdspolitiska frågan inför 1994 års val och fick stor uppmärksamhet i massmedia. I lokalpressen i Östergötland producerades under åtta månader 200 nyhetsartiklar, ledare, debattartiklar och insändare; i genomsnitt sex stycken i veckan. I samband med skifte av den politiska majoriteten i riksdagen revs husläkarlagen upp och ersattes senare med liknande, men mjukare skrivningar i hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen valde under 15 år olika angreppssätt för att organisera primärvården och hantera frågorna om patienternas valfrihet till vårdcentralerna. Sedan 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla landsting att ha ett valfrihetssystem i primärvården.

Decentralisering och befolkningsföreträdare

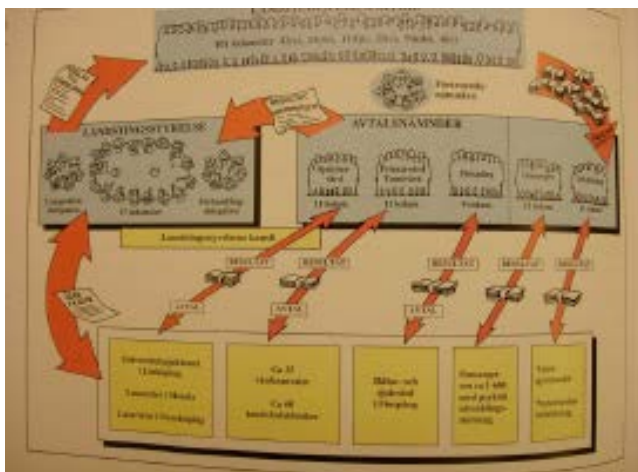
Ansvar och befogenheter i linjeorganisationen



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

Man kan säga att den praktiska verkställigheten bestod av ett antal pusselbitar som skulle sammanfogas: Målstyrning, decentralisering, effektivisering, resultatstyrning, tydliga chefer och personalutveckling. Landstingsgemensamma uppföljningssystem byggdes upp inom ekonomiområdet. I en omfattande satsning utbildades all personal i landstinget i service och bemötande. Inspirationen kom från den 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".

Befolkningsföreträdare



Som en följd av decentraliseringen och en utveckling mot ett beställar-/utförarsystem var det år 1992 dags att radikalt ändra den politiska organisationen. Direktionerna avskaffades och

under landstingsfullmäktige skapades tre olika avtalsnämnder för styrning av sjukvården. 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. Politikerna i avtalsnämnderna skulle besluta om vad och hur mycket som skulle göras, till vilken kvalitet och till vilket pris. De olika verksamheterna hade sedan att lösa hur man skulle bemanna, organisera och utveckla sin verksamhet så att politiken fick det man avtalat om.

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

Resultatfokuserare

	Övergripande	Medic kvalitet	Tillgänglighet	Patientuppfattn	Kostnader
Halland	Green	Green	Green	Green	Green
Östergötland	Green	Green	Green	Green	Green
Jönköping	Green	Green	Green	Green	Green
Kalmar	Green	Green	Green	Green	Green
Västerbotten	Green	Green	Green	Green	Green
Skåne	Green	Green	Green	Green	Green
Uppsala	Green	Green	Green	Green	Green
Kronoberg	Green	Green	Green	Green	Green
Västra Götaland	Green	Green	Green	Green	Green
Dalarna	Green	Green	Green	Green	Green
Stockholm	Green	Green	Green	Green	Green
Örebro	Green	Green	Green	Green	Green
Norrbottn	Green	Green	Green	Green	Green
Jämtland	Green	Green	Green	Green	Green
Värmland	Green	Green	Green	Green	Green
Sörmland	Green	Green	Green	Green	Green
Blekinge	Green	Green	Green	Green	Green
Västernorrland	Green	Green	Green	Green	Green
Västmanland	Green	Green	Green	Green	Green
Gävleborg	Green	Green	Green	Green	Green
Gotland	Green	Green	Green	Green	Green

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

Besparingar och prioriteringar

Svångremmen har dragits åt regelbundet



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

Detta var första gången som landstingen fick 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 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. Volymen (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 undan-

tag. År 2004 minskade volymen med nästan sex procent och omfattande strukturella förändringar genomfördes i regionens sjukvårdsorganisation. Det dröjde sedan knappt fem år tills en omfattande finanskris plötsligt bröt ut i världen år 2008. Krisen initierades av en finansbubbla i USA, framför allt relaterad till marknaden för bostadslån. För Östergötlands del innebar det en volymminskning med 1,3 procent detta år och 0,5 procent år 2010. Under några år därefter ökade landstingets volymer kraftigt liksom skatteintäkter och plusresultat i bokföringen.

Prioritering och resursfördelning

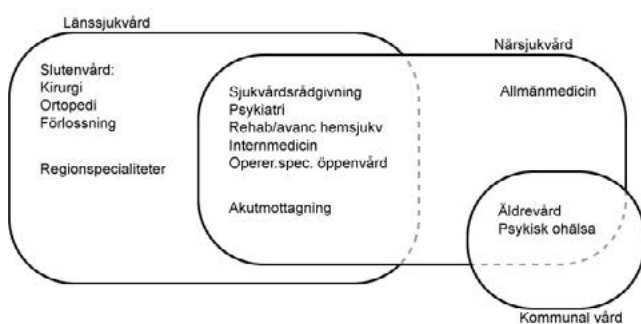


Landstingets omstrukturering av vårdorganisationen år 2004 både sammanföll med och till en del orsakades av ekonomiska bekymmer. Ett nydanande och måhända djärvt och utmanande politiskt arbete infördes om prioritering, "Svarta listan". Processen gav sprängkraft och blev uppmärksam och diskuterad nationellt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

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

Omvandling av sjukvårdsstrukturen

Under år 2004 genomförde eller planerade mer än hälften av landstingen i Sverige strukturella förändringar av sina sjukvårdsorganisationer. Bland dessa landsting ingick de fyra största: Stockholms läns landsting, regionerna Skåne och Västra Götaland samt Östergötland. Ett av skälen till förändringarna var att bromsa kostnadsutvecklingen men de var också tänkta att ge bättre möjligheter att tillgodose vårdbehoven, bidra till ökad kvalitet och effektivitet, förbättra tillgängligheten och underlätta samarbetet mellan vårdgivarna. I nedanstående figur visas en generell modell för den förändrade sjukvårdsstrukturen.



Närsjukvård

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 närsjukvårdsiden 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.

Svara för de vanligaste sjukvårdsbehoven

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

trygghet för patienterna vid övergång till andra vårdformer. En viktig ingrediens i närsjukvården är 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. På senare år har man utvecklat mottagningarna så att de även vänder sig till bl.a. patienter med psykosociala problem och patienter med nytillkomna och oftast övergående symtom som infektioner i de övre luftvägarna.

Primärvård kärnan

De flesta av de landsting som under år 2004 införde eller planerade att införa närsjukvård ökar samarbetet och samordningen mellan primärvård och specialiserad vård. Tanken är att primärvården fortfarande utgör kärnan i närsjukvården men att den inte ensam kan lösa det framtida uppdraget. Det blir således inte endast en utbyggd primärvård utan mer av en vidareutveckling av verksamheten, som ska gynna speciella behovsgrupper, vilka mer regelbundet har stora sjukvårdsbehov. Det gäller framförallt personer med psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och äldre med komplexa vårdbehov. Dessa patientgrupper behöver sammanställa kompetenser och vård både i öppen vård, i hemmet och på sjukhus.

Idén och målsättningen är en utmaning för organisationen. Den bärande tanken är 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 rörs om och gamla revirgränser ska rivas. Ofta skapas en gemensam ekonomi, som ska medföra att olika delenheter inte skyfflar över problemen på varandra. Det krävs också förenklade rutiner för remisser och stödjande system för kommunikation. Problem kring jourverksamhet och läkarbemanning måste lösas gemensamt. Ett viktigt mål i närsjukvården är 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

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

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.

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 är 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 är 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 framförallt 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 "kroppar" 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, t.ex. höftledsplastik, för hela länet till ett sjukhus.

Nationell handlingsplan

År 2001 genomförde Socialminister Lars Engqvist (S) den första nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård, som framför allt handlade om en utbyggd primärvård. 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 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.

Östergötlands organisationsförändring 2004

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

Framgångsfaktorer

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

Uthållighet med gradvis utveckling

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

Tydligt medborgarperspektiv

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

Länet som en helhet

Beställar- eller uppdragsmodellen bygger på att se länet som en helhet och skapa en likvärdig vård för invånarna så gott som det är möjligt. I en del andra landsting och regioner har man kvar lokalt geografiskt indelade politiska nämnder eller driftnämnder för sjukhus, närsjukvård och psykiatri. För tolv år sedan förenades tidigare primär- och tandvårdsnämnd samt sjukhusvårdsnämnd i Östergötland i en gemensam hälso- och sjukvårdsnämnd. Det innebar ytterligare ett steg för politiken att utgå från länet som helhet och oberoende av vem som utför produktionen.

Ansvar på alla nivåer

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

med ny politisk organisation år 1993 inleddes också en process att regelbundet tydliggöra ansvarsfördelning mellan ledningen för politik och tjänstemän.

Arenor för konstruktiva dialoger

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

Järnkoll på resultat

Allt är inte bra men det är sällan det är några överraskningar. I samband med decentraliseringen var det nödvändigt att kliniker fick en löpande uppföljning av framför allt sin ekonomiska situation. Uppföljningssystemen har hela tiden utvecklats och förbättrats. Regionen kan ta fram grunddata på alla nivåer och skärningar genom utdata för vård och kostnader. Fortlöpande analyser görs på landstingsledningsnivå i årsredovisningar, delårsrapporter och vid behov genom anpassade uppföljningar. De årliga rapporterna i Öppna jämförelser används såväl i den strategiska informationen och styrningen som i den operativt verksamhetsmässiga.

Långsiktighet och kontinuitet i ekonomin

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

Ordning och reda i organisationen

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

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



Region
Östergötland