

Framtidens sjukvård med fokus på kvalitet och resultat

Tal av Ulf Kristersson vid konferens med
Forum för välfärd den 28 november 2017

Framtidens sjukvård med fokus på kvalitet och resultat

Tack för möjligheten att vara med här och diskutera några av Sveriges verkligt stora framtidsfrågor. Vårdförändringen behöver ju – precis som all annan kvalificerad verksamhet – ständigt utmanas av nya idéer.

Och jag har själv haft förmånen att genom åren och i flera olika roller föra den diskussionen: om framtiden för svensk socialtjänst, som socialborgarråd i Stockholm. Om framtiden för de stora svenska välfärdssystemen, som socialförsäkringsminister i Alliansregeringen. Och nu gör ni i Forum för Vård en viktig insats för framtidens sjukvård.

Om knappt trehundra dagar är det val. Och inför det måste man kunna hålla två tankar i huvudet samtidigt.

För det finns sådant i vårt land som är så bra att det helt enkelt inte får förstöras, som har byggts upp av generationer före oss: tilliten till människor man inte redan känner; jämlikheten mellan människor trots olika utbildning eller inkomst. Jämställdheten mellan män och kvinnor. En del av allt det som gör Sverige så svenskt. Och som även mina barn och barnbarn ska få uppleva.

Men det finns också sådant som går riktigt illa: Det tar nio år innan ens hälften av de nyanlända får något slags jobb. I 130 bostadsområden går inte ens varannan vuxen till jobbet på morgonen. Gängkriminaliteten som sprider sig: 254 skjutningar hittills i år; 119 skadade och 31 döda.

I Östberga tvingades förskolebarn gömma sig i ett skjul när skotten ven över skolgården. I Västerås blev en polismans familj beskjuten med automateld. Människor som slutar vittna, men börjar tillämpa

privat rättsskipning. Det är hög tid att inse vidden av allt detta. Det kommer få mycket långtgående konsekvenser för Sverige om vi inte gör något.

Det här är allvarliga och akuta problem. De kräver omedelbara insatser – och långsiktiga lösningar. I grunden måste det löna sig bättre att arbeta än att leva på bidrag, och alternativet till bidrag kan inte vara knark- och vapeninkomster. Man löser verkligen inte allt med fler och mer välutrustade poliser, med skärpta straff för sexualbrott eller brott mot ambulanser och akutmottagningar, eller ens med övervakningskameror. Men: det är uppenbart att just nu behövs just det.

Dessa båda frågor, integrationen av nyanlända och statens förmåga att bekämpa och bestraffa brott – måste bli valets två huvudfrågor. Till detta kommer den ständigt underskattade frågan om svensk ekonomi och långsiktiga konkurrenskraft. Och så en fjärde: vi behöver en seriös diskussion om framtidens välfärd. Det gäller i första hand sjukvården.

Många människor vittnar om erfarenheten att svensk sjukvård verkligen fungerar när det håller på att gå riktigt illa. Det är en dubbel erfarenhet. Tacksamhet för att det faktiskt funkade när livet stod på spel. Och undran över varför det ofta inte funkar lika bra när det är mindre dramatiskt.

Det finns en berättigad oro för sjukvårdens förmåga att leverera. Och det råder stora skillnader i landet; i väntetider, i tillgången till specialistkompetens, i möjligheten att välja vårdgivare – eller arbetsgivare.

I något som känns som en annan tidsepok – 1990 – kom den statliga maktutredningen, som leddes

Det talade ordet gäller

av statsvetarprofessorn Olof Pettersson. Den fick enormt genomslag i svensk samhällsdebatt, eftersom den fångade den frustration och vanmakt som växte på 70- och 80-talen. Många svenskar protesterade mot att de inte var betrodda att själva fatta beslut om sina barns skola, sina gamla föräldrars omsorg eller sin egen läkarkontakt.

Vi talar nu om en tid i svensk politik som på fullt allvar ville förbjuda parabolantennor och piratimporterade telefoner – så helt chockerande var nog inte välfärdsmonopolen. Men vanmakt – i kombination med internationaliseringen och individualisering – väckte krav på egenmakt, som progressiva socialdemokrater sa. Eller valfrihet, som vi andra kallade det.

Det fanns förstås skillnader mellan liberal höger och anti-etatistisk vänster, men på ett plan handlade det om samma sak: att människors vilja och förmåga att styra sina egna liv måste få ge avtryck också i den offentliga välfärdsstatens erbjudanden.

Mycket av den valfrihet som vi i dag tar för given var både kontroversiell och banbrytande. På en S-kongress fick Göran Greider applåder när han kallade den dåvarande SSU-ordföranden och radikale höggerrabulisten Kålle Thorwaldsson för en ”vandrande katastrof” och ”borgerlig moralant från sekelskiftet”. Men den gången vann Kålle, och Greider är fortfarande arg. Den svenska modellen förändrades – och överlevde. Fristående alternativ fick erbjuda förskola och äldreomsorg. Elever och föräldrar fick själva välja skola. Vårdvalen blev till slut självklara.

Förändringen var dramatisk, men också typiskt svensk.

När Demoskop för bara några år sedan frågade svenska folket om de gillar den svenska modellen så är svaret – ja. På den lite svårare frågan vad som verkligen är den svenska modellen, så kommer svaret ”gemensamt finansierad skola och sjukvård” på första plats. Det är rätt naturligt.

Men redan på andra plats kommer ett helt annat svar: Den svenska modellen betyder också att man själv har rätt att välja skola och sjukvård.

Den svenska modellen är inget stilleben. Den har överlevt för att den har förändrats. För att det fak-

tiskt inte är Göran Greider som bestämmer. Och för att Karl Petter Thorwaldsson en gång i tiden hade rätt. Den svenska modellen får inte heller nu bli ett museum över svunna tider. Den måste vara dynamisk och anpassa sig efter en ny tids krav. Hade den svenska modellen stelnat 1980 – med den tidens Skatteverket, den tidens TV-monopol, och den tidens Systembolag – hade ingen längre velat ha den.

Valfrihet i välfärden är alltså inte längre ett komplement, utan en fundamental förutsättning för den svenska modellens framtid. I Sverige vill vi både ha gemensamma lösningar – och bestämma själva. Gemenskap – och individualism. Därför är Reepalu inte bara ett anakronistiskt hot mot välfärdens företagsamhet, utan ironiskt nog ett grundskott mot den riktiga svenska modellen.

Valfrihet och eget ansvar är alltså här för att stanna. Men det betyder inte att allt fungerar perfekt. Allt kan tvärtom alltid bli bättre.

Då måste man förena fasta värderingar med pragmatiska lösningar. Sverige behöver mindre ytlig tvärsäkerhet och mer ”värderingsburen pragmatism”, försökte jag påpeka när jag valdes till partiledare. Jag inser att sånt är lite överkurs i en tid när partipolitiken ofta präglas av Twitters mognadsnivå.

Men valfriheten kan missbrukas av lycksökare. Och mycket valfrihet kräver också noggrann kontroll och höga kvalitetskrav. Lösningen ligger i att ställa höga krav på alla som tillåts verka inom den skattefinansierade välfärden – lika höga oavsett om de drivs privat eller offentligt.

Alla har nu förstått att Reepalu inte gillar friskolor eller fristående vårdföretag. Men färre har uppmärksammat Reepalutredningens hårresande slutsatser om kvalitet. Han slår i princip fast att kvalitet inte kan mätas. Och att om man gör det kommer det gå illa.

För alla människor och företag som utför kvalificerade tjänster inom andra områden måste detta framstå som helt barockt. Det är klart att det är svårare att mäta kvaliteten i en skolas undervisning än hos byggbolaget som bygger skolan. Och därför

Det talade ordet gäller

måste man anstränga sig mer. Men världen är full av erfarenhet. Objektiv vårdkvalitet – t ex överlevnad och åter-inläggningsrisk för att ta två rätt handfasta mått – kan mätas och mäts. Vi vet redan i dag vilka sjukhus som ger bäst vårdresultat för olika diagnoser. Om bara några år kommer ingen längre vilja opereras på de sämsta.

Allt detta kväver en diskussion om sjukvårdens långsiktiga framtidsfrågor: Kvalitetsmått och kvalitetsuppföljning; ledarskap och organisation, logistik, flöden, ekonomi – och politiska prioriteringar om var skattebetalarnas pengar gör störst nytta. Svårt? Ja, men vi pratar om liv och död. Sånt är svårt.

När andra nu sänder signalen till framsynta svenska välfärdsföretag – eller duktiga medarbetare i vården som har en egen idé – att ni inte behövs utan ska rätta in er i ledet, så vill jag säga motsatsen: Ni behövs. Och ni ska inte rätta in er i ledet! Vi kommer ställa höga krav på er, för att det ni gör är så viktigt. Och för att ni agerar på skattebetalarnas uppdrag.

Överst på den politiska dagordningen står nu än en gång att göra en ambulansutryckning för att korta vårdköerna. Mellan 2007 och 2014 halverade vi dem. Men på tre år har de nu fördubblats igen. Den regering som jag tillhörde gjorde naturligtvis inte allting rätt på alla områden, men detta gjorde vi något åt. Vi höll koll på köerna och satsade pengar på att korta dem. Nu måste det göras igen, och tidsgränserna i vårdgarantin måste bli ännu snävare och gälla ännu fler. Man spar inte pengar på att låta sjuka människor vänta på det som ändå ska göras.

Att värna valfriheten, följa upp kvaliteten och att kapa vårdköerna är alltså det allra viktigaste. Nödvändigt men inte tillräckligt. Vi behöver dessutom både vilja och förmåga att genomföra långsiktiga reformer.

Låt mig här idag peka på tre områden: primärvården, den högspecialiserade vården, och vården för multisjuka äldre.

För det första: Primärvården måste ta större plats.

I Sverige används bara 17 procent av de samlade vårdresurserna till primärvård. I Norge är det 25 procent och i Holland närmare 40.

Det naturliga valet för den som är krasslig borde vara att ringa sin vårdcentral, inte att trängas på akuten. Det kräver insikt om varför människor ändå tar sig dit. Det kräver bättre tillgänglighet och utökade öppettider. Det kräver kompetens inom primärvården om vår tids psykiatriska sjukdomar och psykiska ohälsa. Och att människor är trygga med en kvalificerad och fast lokal vårdkontakt.

Kommer patienten rätt från början sparas stora resurser som kan användas till annat. Och man botar inte personalbrist genom höjda marginalskatter för nyutbildade specialistsjuksköterskor, utan genom att göra arbetsplatsen bättre och jobbet mer lönsamt.

För det andra: Koncentrera den högspecialiserade vården.

Vi har en bra högspecialiserad vård, men den måste koncentreras mer för att kunna specialiseras ytterligare. Vi vet att kvalitet, patientsäkerhet och klinisk forskning förbättras med större volymer. Ändå har koncentrationen av det allra svåraste gått mycket långsamt. "Träning ger färdighet" är den oartiga titeln på ett läsvärt betänkande från Utredningen om högspecialiserad vård.

Titeln säger något självklart, som också gäller i vården. På sjukhusnivå handlar det om att minst 50 till 100 operationer, ingrepp eller åtgärder måste utföras per år. Och att varje läkare också behöver göra många ingrepp för att upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet.

Detta är ingen enkel politisk diskussion. Den påverkar medarbetare, patienter och lokala opinioner. Det ska man ha respekt för. Den hänger därför nära samman med att primärvården måste stärkas. Och med diskussionen om jämlik vård – dvs inte lika dålig utan lika bra.

Och för det tredje: Vården för multisjuka äldre fungerar inte.

Under de kommande 35 åren förväntas antalet människor som blir 85 år och äldre öka med 130

Det talade ordet gäller

procent. I sig en fantastisk utveckling. Men samtidigt kommer ett begränsat antal äldre patienter stå för en mycket hög andel av resurserna i hälso- och sjukvården. Den samlade vården av äldre med flera sjukdomar är därför en stor framtidsfråga.

Många skickas i dag från det ena enheten till den andra, utan att någon riktigt vet varför eller tar ansvar för helheten. I stället för en trygg och samlad vård, hamnar de ofta till slut på akuten. Det blir inte god kvalitet, det är inte värdigt, det är inte tryggt, det bygger inte respekt hos anhöriga – och det är dyrt.

I stället behövs sammanhållna vårdkedjor. Proaktiv vårdplanering, mobila hemvårdsteam och ett utökat samarbete med kommunerna som ansvar för äldreomsorg och hemtjänst.

Alla dessa frågor hänger naturligtvis ihop: Primärvården måste fungera så att det som är tänkt att vara högspecialiserat också blir det. Att multisjuka får rätt vård på rätt ställe är i sin tur avgörande för att det ska fungera. I grunden handlar det alltså om att rätt sak ska göras på rätt ställe av rätt personer.

Och pengar, ja de är inte oviktiga. Men sjukvårdens stora och långsiktiga framtidsfrågor handlar lika mycket om annat: om hur vi organiserar vården, om hur patienten kan sättas i centrum, om hur vi följer upp medicinsk kvalitet.

Låt mig till sist bara nämna några perspektiv på sjukvården, som även politiken nu måste börja ta till sig.

Först digitaliseringen. Vi står i början av en revolution som kommer stöpa om vårt samhälle. Digitala tjänster kommer att komplettera och avlasta dagens vård. Patienter och personal får helt nya möjligheter att interagera. I den högspecialiserade vården börjar artificiell intelligens redan spela en konkret roll. Här väntar stora frågor som rör finansiering och lagstiftning, men också etik.

Sedan internationaliseringen. Människor rör sig allt mer över landsgränser, och har kunskap om hela världen. Den bästa behandling av sällsynta sjukdomar finns många gånger utanför Sverige. Hur vården och dess finansiering ska anpassas till detta är inte givet i ett svenskt system där allt utgår från landstingsskatten.

Slutligen forskning och utveckling. Hur stärker vi kopplingen mellan akademi och sjukvård, så att forskningen finns nära den högspecialiserade vården, samtidigt som nya rön snabbt implementeras i primärvården? Vår egen tids skandaler antyder att här finns olösta problem.

Ingen av dessa frågor lämpar sig för politisk torgmötesretorik. Jag fattar att politiska val måste handla om här och nu. Men samtidigt kan inte varje valår bli en ursäkt för att slippa prata om den långa sikten. Om vart välfärdslandet Sverige egentligen är på väg. Och vart vill vill vara på väg.

Alla som jobbar med sjukvård och socialt arbete vet att det som egentligen gör skillnad för människor är evidensbaserat, långsiktigt preventivt arbete. Det gäller faktiskt också oss i politiken.

Tack.