



Med blicken runt hörnet

**Risikanalys för regionens revisorer
2026**



Innehåll

Förord	2
Vår sammanfattande bedömning	3
Hälso- och sjukvårdens utmaningar – revisionens inriktning	7
Riskanalysens tillkomst	8
Hälso- och sjukvård	9
God kvalitet inom hälso- och sjukvården.....	9
Kvalitetsbrister i hälso- och sjukvården.....	10
Kvalitets- och avvikelsesystem i hälso- och sjukvården.....	10
Hälso- och sjukvårdens utveckling.....	11
Vård på lika villkor.....	13
Förändrat sjukdomspanorama.....	14
Medicinsk och teknisk utveckling.....	15
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	18
Patientens roll.....	18
Samverkan på olika nivåer.....	18
Var ska vilken vård ges?.....	19
Lokalernas betydelse för vården.....	19
Vård utom länet och utomlands.....	20
Utvecklingen i omvärlden	21
Demografi och befolkning.....	21
Ekonomi/finansiering.....	21
Regionalisering och förstatligande.....	22
Personalrekrytering.....	23
Kollektivtrafik – möjlighet att besöka vårdinrättningar.....	23
Turism.....	23
Miljö.....	23
Oro i omvärlden och civil beredskap.....	24
Växande skillnader i livsvillkor.....	24
Människors förväntningar på hälso- och sjukvården	25
Värderingsförändringar.....	25
God sjukvård.....	25
Hög tillgänglighet.....	26
Hög effektivitet och låga kostnader.....	27
Hälso- och sjukvården som organisation	28
Organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården.....	28
Hälso- och sjukvårdens organisation.....	28
Hälso- och sjukvårdsorganisationens styrning.....	39
Politiskt ledarskap och ansvarstagande.....	31
Ledarskap i organisationen.....	32
Personal- och kompetensförsörjning.....	34
Behov av och möjligheter till utveckling och förändring.....	34
Demokrati	36
Legitimitet.....	36
Förtroende.....	38

Förord

I den här skriften beskriver vi, d v s regionens förtroendevalda revisorer, hur vi ser på hälso- och sjukvården idag och vilka risker och utmaningar vi ser som väsentliga inför framtiden. Skriften utgör den riskanalys som vi i enlighet med god revisions sed skall göra, och lägga till grund för våra årliga revisionsplaner och konkreta granskningar. Dokumentet togs ursprungligen fram år 2004 och har därefter reviderats en gång per mandatperiod. Delar av den ursprungliga analysen äger fortfarande aktualitet och har därför lämnats i sitt ursprungliga skick, andra delar av analysen är i högre grad omarbetad.

Hälso- och sjukvården verkar i en omvärld som kännetecknas av stora och ofta snabba förändringar som påverkar förutsättningarna för verksamheten. Sådana förändringar kan vara av mycket olika karaktär. Åtminstone tre typer av förändringar kan iakttas; sådana som rör allmänna samhällsförutsättningar, sådana som är medvetna ändringar inom politik eller förvaltning samt sådana som baseras på ändrade naturförutsättningar. Gemensamt för alla förändringar är att dessa ställer stora krav på flexibilitet, dynamik och anpassningsbarhet från såväl hälso- och sjukvårdsorganisationen som från den demokratiskt valda ledningen, men också att det krävs en hög beredskap inom organisationen att hantera eventuella förändringar av vitt skilda slag. Exempel på detta är den pandemi, Covid-19, som bröt ut år 2020 och som ställde extraordinära krav på samhället i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet.

Osäkerheten om, men möjligheterna till förändringar väcker många frågor om hälso- och sjukvården. Frågor om hur det ser ut idag och varför det ser ut som det gör, vart den är på väg, vilka risker och utmaningar som väntar o s v. Brister i styrning- och ledning eller felaktiga eller olämpliga ställningstaganden och satsningar kan ge långtgående konsekvenser i framtiden för såväl enskilda individer som för hälso- och sjukvården i länet och därmed också för hela länets utveckling. För styrelsen gäller det att alltid ha politisk och ekonomisk handlingsfrihet för att lotsa regionen rätt vilket, vid varje tillfälle och i alla situationer, kräver noggranna analyser och överväganden.

Vår förhoppning är att Du som läsare skall få en intressant läsning som kanske kan stimulera till diskussion. Vi har därför försökt att vara tydliga i språkbruket och inte väja för frågor som kan upplevas som utmanande eller känsliga.

Vi vill också rikta ett stort tack till styrelsen, tjänstemän och fackliga organisationer, de politiska partierna m fl som medverkat och lämnat viktiga bidrag till arbetet.

Region Dalarnas revisorer

Jan Wiklund

Sören Bertilsson

Tor Sundberg

Lena Reyier

Torbjörn Roos



Vår sammanfattande bedömning

Den svenska, solidariskt finansierade, hälso- och sjukvården håller en i internationell jämförelse mycket hög klass. Samtidigt finns en lång rad områden där utveckling är nödvändig, där stora utmaningar väntar eller där förbättringar kan ske. Den regiondrivna hälso- och sjukvården i Dalarna uppvisar i stor utsträckning de nationella och ibland internationella problemområdena. Samtidigt finns andra problem och utmaningar som är unika för länet. I denna sammanfattande bedömning analyserar vi ett antal problemområden och utvecklingstendenser som vi bedömer som väsentliga.

Hälso- och sjukvården

Sjukvården i såväl Sverige som Dalarna utvecklas snabbt. Vår bedömning är att den höga utvecklingstakten med ny teknik, nya läkemedel och behandlingsmetoder e t c. kommer att fortsätta. I kombination med allt högre andel, ofta multisjuka, äldre människor, nya sjukdomsbilder e t c. kommer även förändringstrycket på hälso- och sjukvården i länet att fortsätta vara högt. För att utfallet skall leda till en väl fungerande vård som kommer alla medborgare till del är det viktigt att de möjligheter utvecklingen skapar tillvaratas på ett väl strukturerat och genomtänkt sätt.

Det krävs ett systematiskt och alltid pågående utvecklingsarbete som genomsyrar hela organisationen och alla ledningsnivåer, och som innebär att man anlägger ett helhetsperspektiv där medborgaren/patienten sätts i centrum. En viktig del i arbetet består i att kunna styra mot och tillvarata möjligheterna som den tekniska utvecklingen erbjuder. Arbete rör dock inte bara

teknik och organisation utan främst vårdens inre processer och struktur men även synsätt och attityder. En förutsättning för att kunna dra nytta av utvecklingen och ytterligare höja kvalitén är att dagens verksamhet är så effektiv att det finns utrymme för utveckling och nya satsningar.

Successiva förändringar kommer också att resa nya frågor. Hur skall sjukvården ta hand om de psykosociala problemen? Hur skall behovet av samverkan med kommunerna, men också samverkan internt i regionen och med andra aktörer, formas? Hur skall behovsanpassning av vården i relation till olikheter inom befolkningen beträffande hälsa göras? hur ska den ökade tekniska sårbarheten motverkas och beredskapen för snabba omvärldsförändringar upprätthållas? Hur ska regionens, delvis ålderstigna, fastighetsbestånd kunna möta förändringarna som krävs inom hälso- och sjukvården?

En förväntan på hälso- och sjukvården är också att denna ska kunna tillhandahållas på rimligt lika villkor såväl nationellt som inom regionen. Olika studier visar på omtiverade skillnader såväl geografiskt som mellan olika befolkningsgrupper. En viktig utmaning för att kunna upprätthålla hälso- och sjukvårdens framtida legitimitet är därför att säkerställa att denna också erbjuds alla medborgare på rimligt lika villkor.

Primärvården är den del i regionens organisation där vi förväntar oss att utvecklingen blir mest påtaglig för medborgare och patienter. Allt mer av vården kommer att både kunna och behöva utföras på vårdcentraler eller i hemmen. Att kunna hantera detta och styra resurserna från den slutna vården mot den öppna vården är av central

betydelse för hälso- och sjukvården och också en av riksdagen tydligt utstakad färdriktning. Frågan kompliceras också mot bakgrund av vårdvalet och den därmed i princip fria etableringsrätten samt den framväxande omfattningen av nätläkare.

En särskild frågeställning i relation till vissa av de hälsoproblem som ökar är var individens ansvar slutar och samhällets tar vid. Detta gäller t ex individens ansvar för livsstilsrelaterade åkommor som fetma, rökning och drogmissbruk. Diskussionen handlar även om fördelning av ansvar och kostnader mellan regioner och kommuner, samt vilken roll det förebyggande arbetet skall ha.

Samhällets utveckling

Hälso- och sjukvården måste ses i relation till utvecklingen i övrigt i samhället. Exempel på detta är att utformningen av hälso- och sjukvården i stora delar styrs av befolkningsutvecklingen, vilken i sin tur påverkas av faktorer som landets och regionens ekonomiska utveckling och länets attraktivitet för boende och näringsverksamhet. Attraktiviteten för att bo i länet är i gengäld beroende av en väl fungerande hälso- och sjukvård.

Sammantaget väcker frågan om länets befolkningsutveckling och åldersfördelning en rad frågeställningar som är viktiga att beakta, om hälso- och sjukvården i länet skall kunna erbjuda alla invånare och besökare en bra vård. De stora avstånden och variationerna i befolkningsutveckling mellan olika delar av länet ställer stora krav på en flexibel vårdapparat, inte minst i glesbygdsområdena. För att kunna möta dessa utmaningar krävs en tydlig politisk styrning, det räcker inte att endast anpassa sig till yttre omständigheter.

Ett annat perspektiv som kan anläggas är att befolkningen utgör delar av hälso- och sjukvårdens framtida bas för personalrekrutering. Förmågan att attrahera framtidens sjukvårdsanställda kommer att påverka möjligheten att erbjuda en god sjukvård. Genom möjligheten till t ex attraktivt

boende, utbildning och försörjning underlättas kommande generationsväxlingar inom hälso- och sjukvården.

Dessa ömsesidiga beroendeförhållanden, samt det faktum att regionen är länets största arbetsgivare, innebär att regionen har ett stort eget intresse i länets utveckling. Dessutom är regionen en mycket betydelsefull allmän aktör i samhällsutvecklingen med ansvar bl a för den regionala utvecklingen. En viktig fråga att reflektera över är hur regionen i detta sammanhang tillvaratar det regionala utvecklingsansvaret i relation till hälso- och sjukvården.

Finansiering

Hälso- och sjukvårdens framtida finansiering utgör en annan central frågeställning vilken i stor utsträckning också är en nationell angelägenhet som inte kan lösas inom en enskild region. Parallellt kommer Region Dalarna att behöva brottas med utmaningen att vidmakthålla en ekonomi i balans. Tidigare har dåvarande landstingets ekonomi präglats av årliga ofinansierade underskott inom hälso- och sjukvården och ett stort samlat underskott. Efter att omfattande åtgärder vidtagits och bl a statsbidragsintäkterna ökat har underskotten inom hälso- och sjukvården reducerats och det samlade resultatet utvecklats positivt. För att kunna vidmakthålla utvecklingen krävs även fortsatt en ökad kostnadseffektivitet vilket i sin tur kräver förändrade arbetssätt och rationaliseringar t c. Ett led i att långsiktigt vidmakthålla ekonomisk balans kan också vara att öka insatserna för förebyggande hälsovård, tidig upptäckt av sjukdomar t c. för att därigenom på sikt minska kostnaderna för hälso- och sjukvården. Ett misslyckande i att åstadkomma en långsiktigt hållbar ekonomisk balans utgör enligt vår bedömning ett av de i dagsläget största hoten mot en fungerande hälso- och sjukvård i länet.

Ett stort åtagande, vid sidan av kostnaderna för hälso- och sjukvården, är kostnaderna för kollektivtrafiken. Denna är en förutsättning för många medborgares möjlighet att besöka vårdinrättningar. Eftersom även

regionens övriga kostnader för resor och transporter är stora är det naturligt att ställa sig frågan om transportsystemen är tillräckligt väl samordnade och om medborgarna har möjlighet att faktiskt utnyttja kollektivtrafiken i tillräcklig utsträckning för sjukresor?

Tillgänglighet och effektivitet

God vård, hög tillgänglighet samt hög effektivitet som resulterar i acceptabla kostnader är självklara förväntningar på hälso- och sjukvården. Mycket tyder på att förväntningarna på god sjukvård i stort kan mötas. Detta styrks av att patienterna uppfattar den erbjudna vården som bra, samtidigt som den svenska sjukvården håller en internationellt sett hög nivå.

Förmågan att möta allmänhetens förväntan på god tillgänglighet är däremot bristfällig. Med tillgänglighet menar vi de möjligheter medborgarna skall ha:

1. att utan dröjsmål kunna få kontakt med hälso- och sjukvården per telefon, damedia eller besök
2. rättigheten att utan oskäligen dröjsmål bli medicinskt bedömd, samt
3. att väntetiden på behandling efter bedömning är skäligen.

Även om tillgängligheten tydligt förbättrats och statistiskt sett kan vara acceptabel beträffande t ex telefontillgänglighet finns fortfarande en upplevelse bland många medborgare att tillgängligheten, enligt ovanstående definition, har brister. Tillgängligheten inom t ex primärvården uppvisar också stora variationer i länet. En av hälso- och sjukvårdens viktigaste utmaningar torde vara att utveckla organisations- och arbetssätt, som tillförsäkrar medborgaren denna rätt.

Köer och väntetider kan ofta orsakas av personalbrist, felaktiga rutiner eller t ex bristande intern samverkan. Köerna kan dessutom vara konsekvenser av att de prioriteringar och ransoneringar som dagligen sker i vården delvis är dolda, d v s inte

kända av medborgarna och därför inte heller accepterade.

Inte heller förväntan på hög effektivitet och låga kostnader är tillgodosedd, även om den svenska hälso- och sjukvårdens kostnader i internationella jämförelser motsvarar en ganska liten del av BNP. En viktig anledning härtill är svårigheten att mäta effektiviteten i vården och därmed få möjligheter att utforma verksamheten och dess styrning så att hög effektivitet kan nås. Kostnadsnivån är numer låg i region Dalarna i förhållande till andra likvärdiga regioner vilket inte utesluter att det inom vissa områden fortfarande finns utrymme för effektivisering.

Även människors värderingar är viktiga att beakta i utvecklingen av hälso- och sjukvården. T.ex. kan den förbättrade kunskapsspridningen komma att innebära att patienterna ställer mer medvetna och uttalade krav på att få en viss behandling eller vårdgivare. Vissa observationer visar också att yngre människor ställer ökade krav på hälso- och sjukvården, vilket innebär att länets hälso- och sjukvård måste ha en beredskap för att möta en sådan utveckling.

Även brister i "kundorienteringen" som tar sig uttryck i språkbruk, praktiska tillgänglighetsproblemen, bemötande e t c. är en viktig utmaning för framtidens hälso- och sjukvård. Misslyckande med att lösa, eller undervärdera av dessa problem kan allvarligt minska människors tilltro till vården. En orsak kan vara att hälso- och sjukvården upprätthåller en hög kompetens när det gäller den medicinska professionen, men inte när det gäller viktiga funktioner som ligger utanför det rent medicinska. Det kan paradoxalt nog vara så att den höga medicinska kompetensen hindrar andra kompetenser att göra sig gällande.

Beträffande värderingar har hälso- och sjukvården också en viktig funktion att fylla i rent pedagogiska sammanhang och i folkupplysningen. Att lyckas förklara hur vården i länet skall se ut och vara strukturerad i framtiden samt definiera vad som är

en hög kvalitativ vård, och få acceptans för detta, är en stor utmaning.

Styrning

Hälso- och sjukvården är en demokratiskt styrd verksamhet. Detta innebär att samtliga ställningstaganden i organisationen, vid sidan av rent medicinska beslut, skall fattas i demokratisk ordning i fullmäktige, nämnder eller styrelsen eller efter tydlig delegation från dessa. Bland de viktigaste uppgifterna ligger att ta ansvar för att såväl hög legitimitet som ett högt förtroende för hälso- och sjukvården kan upprätthållas. Detta ställer mycket höga krav på de förtroendevalda, inte minst i att utveckla formerna för kontakt med medborgarna och att gemensamt, i nämnder och styrelse, forma en demokratisk kultur som medger Region Dalarna att fatta nödvändiga beslut med en bibehållen legitimitet. Om legitimitetsskadande aktiviteter tolereras, eller förtroendet inte kan upprätthållas av andra skäl, äventyras inte bara funktionen i den egna organisationen utan också på längre sikt hela den demokratiska styrningen av hälso- och sjukvården.

Ledning och styrning, samt förutsättningarna för att styrningen får genomslag i organisationen, är bland de enskilt viktigaste faktorerna för att upprätthålla legitimitet och förtroende för hälso- och sjukvården. Våra granskningar har tidigare påvisat brister inom bl a den politiska styrningen av Region Dalarna. Det är därför av stor vikt att regionen har ett fungerande ledningssystem och att ledningen kan samlas kring uppgiften att leda och utveckla hela regionen. Detta ställer mycket stora krav på de förtroendevalda i den politiska ledningen vilka också måste ges realistiska förutsättningar att ta detta ansvar. Utan en gemen-

sam syn inom allmänheten, bland de förtroendevalda och de anställda, på regionen som både finansiär och utförare av sjukvård kan egentligen inte verksamheten styras. De förtroendevalda bär det yttersta ansvaret för verksamheten, men deras handlingsutrymme kan bli starkt begränsat om befolkningens betalningsvilja och personals lojalitet med det system de arbetar i sviktar.

En av ledarskapets viktigaste uppgifter är att se till helheten i organisationen och undvika suboptimering. Utvecklingen inom vården, med ökad specialisering och fragmentering, är dock i otakt med utvecklingen mot fler sammansatta vårdbehov. Detta i kombination med regionens nuvarande organisationsmodell med en strukturell uppbyggnad kommer att ställa stora krav på framtidens ledarskap och den medicinska professionen. Enligt vår uppfattning kan det också finnas behov av att överväga andra organisationsmodeller t ex baserade på en funktionell uppbyggnad eller grundläggande strukturella förändringar.

Generellt har det politiska ledarskapet och tjänstemannaledningen en stor utmaning i rekrytering av den personal som framdeles kommer att behövas för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård. Detta förutsätter sannolikt åtgärder på olika nivåer såsom medverkan i att öka länets attraktivitet (se kapitlet om länets utveckling), utveckling av organisation och arbetsätt samt inte minst en utvecklad personalpolitik.



Hälso- och sjukvårdens utmaningar – revisionens inriktning

Utifrån de dialoger vi fört och det analysarbete vi bedrivit har vi identifierat ett antal utmaningar för Region Dalarna. Dessa överensstämmer i vissa delar med sådana utmaningar som gäller för hälso- och sjukvård på nationell nivå men är i stora stycken också unika för hälso- och sjukvården i länet. Vi bedömer att regionens största risker består i att man misslyckas med att möta utmaningarna. Regionens utmaningar och inriktningen av vårt revisionsarbete ligger därför i att:

1. Kunna hantera hälso- och sjukvårdens inbyggda motstånd mot förändringar vilket bl.a. inbegriper:

- 1.1. att kunna hantera nuvarande organisationsstruktur till förmån för en ökad patientfokusering (mer patientcentrerad vård).
- 1.2. att kunna hantera och vända den rådande professionella medicinska fokuseringen till en ökad medborgarfokusering

2. Kunna hantera och utveckla en demokratisk kultur som främjar långsiktig legitimitet, förändringsförmåga och beslutskraft vilket bl a innefattar:

- 2.1. att hitta former för politisk dialog och kommunikation med medborgare och patienter kring hälso- och sjukvårdens framtid
- 2.2. att, med beaktande av en helhets-syn, hitta enkla, funktionella och allmänt accepterade former för styrning och ledning av hälso- och sjukvården

3. Kunna hantera och finna former och struktur för Dalarnas framtida hälso- och sjukvård vilket bl a innefattar:

- 3.1. att kunna styra resurser till förmån för den nära vården och öka insatserna inom den förebyggande hälsovården
- 3.2. att såväl ekonomiskt som kvalitetsmässigt styra mot att på ett säkert

sätt kunna tillvarata de möjligheter som skapas genom digitalisering

- 3.3. att klara att tillhandahålla en likvärdig vård för alla medborgare i regionen
- 3.4. att kunna anpassa utbudet till nya diagnosmetoder e t c och förändringar i befolkningens sammansättning och sjukdomar
- 3.5. att tillgodose alla medborgares rätt till en medicinsk bedömning, och i förekommande fall, patientsäker behandling, utan oskäligen dröjsmål.
- 3.6. att skapa förutsättningar för och upprätthålla en robust verksamhet som kan möta olika hot och snabba omvärldsförändringar

4. Kunna balansera tillgång och behov av ekonomiska och personella resurser och samtidigt upprätthålla en god legitimitet och ett högt förtroende vilket bl a innefattar:

- 4.1. att anpassa verksamheten till de vid varje tidpunkt gällande ekonomiska förutsättningarna
- 4.2. att försäkra sig om att verksamheten såväl drivs som leds på effektivast möjliga sätt
- 4.3. att skapa förutsättningar för den framtida personalförsörjningen.
- 4.4. att hitta former för fungerande samverkan såväl internt i hälso- och sjukvårdens organisation som externt

Risikanalysens tillkomst



Metod

Revisorernas granskning ska enligt god revisionssed i kommuner och regioner grundas på en riskanalys. God revisionssed lämnar samtidigt ett handlingsutrymme för de förtroendevalda revisorerna kring hur riskanalysen ska genomföras. Utifrån vår grundläggande inställning om revisionens stödjande roll, har vi därför själva utvecklat en metod med tydligt fokus på sådana risker som är väsentliga för regionens förmåga att på ett kostnadseffektivt och långsiktigt sätt tillhandahålla en ändamålsenlig verksamhet.

Vår metod utgår från den kunskap som finns hos olika organisationer som t ex Sveriges kommuner och regioner, Socialstyrelsen, olika konsultföretag m fl. samt i regionens egen organisation. De faktorer vi identifierat har sedan bearbetats och analyserats för att slutligen redovisas under ett antal rubriker. Under arbetets gång har vi fört dialoger med såväl de politiska partierna som andra aktörer.

Förutsättningar och läsanvisningar

Vår analys är huvudsakligen inriktad mot hälso- och sjukvården som svarar för den ojämförligt största delen av regionens verksamhet. Detta innebär att övriga verksamheter som t ex tandvård, kollektivtrafik och regional utveckling endast omfattas av analysen i begränsad utsträckning. Riskbedömningar av de verksamheter som inte omfattas av analysen görs istället i samband med upprättande av de årliga revisionsplanerna.

I samhället pågår ständigt en utveckling som förändrar förutsättningarna för region-

ens verksamheter. Analysen är därför endast riktigt aktuell vid den tidpunkt då den färdigställts, d v s vid årsskiftet 2025/26.

Vår analys utgår från ett revisionsperspektiv. Därför kan värderingen av olika faktorer skilja sig från andra analyser.

De underlag som använts för analysen utgörs av allmänt tillgänglig litteratur samt seminarier med dels centralt placerade personer med goda kunskaper om hälso- och sjukvården, dels anställda och förtroendevalda i Region Dalarna.

De områden vi funnit väsentliga har strukturerats och sorterats under fem olika huvudrubriker som vi menar är relevanta för de utmaningar som väntar regionens hälso- och sjukvård. Valet av faktorer är bl a grundat på det förhållandet att dessa skall vara påverkbara eller att det åtminstone skall finnas någon form av valmöjlighet. Analysdokumentet inleds med våra sammanfattande bedömningar vilka utmynnar i ett antal utmaningar vi ser väntar Region Dalarna. De ojämförligt största riskerna för regionen består i att misslyckas att möta de utmaningar som väntar. Den sammanfattande analysen och de förväntade utmaningarna kommer därför att ligga till grund för årliga revisionsplaner.

Vi har försökt att åstadkomma ett dokument som är tydligt. Därför har vi anpassat använda begrepp så att tolkningen underlättas. Ett exempel på detta är att vi valt att använda begreppet den medicinska professionen om all personal verksam inom hälso- och sjukvården och begreppet läkarkåren i de sammanhang då denna åsyftas.



Den svenska sjukvården håller en internationell mycket hög kvalitet och patienterna är i stor utsträckning nöjda. Trots detta bedrivs ett omfattande arbete för att ytterligare höja kvaliteten. Vi beskriver i detta avsnitt översiktligt utvecklingen inom hälso- och sjukvården med bl a fokus mot det övergripande kvalitetsarbetet och de olika vårdnivåerna vars gemensamma syfte är att erbjuda alla medborgare en god hälso- och sjukvård. Vi beskriver också ett antal centrala frågeställningar som jämlik och rättvis vård, förändringar i sjukdomspanoramat, den medicinska och tekniska utvecklingen, patientens roll mm.

God kvalitet inom hälso- och sjukvården

Redan Hippokrates formulerade för ca 2 500 år sedan krav på god vård som fortfarande är aktuella. En ofta använd tolkning är: aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta. Idag beskrivs kraven ibland som mål i lagstiftningen och ger uttryck för att olika kvalitetsområden ska beaktas, för att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och säkras.

En stor del av den utveckling som sker av kvaliteten i hälso- och sjukvården tar sin utgångspunkt i nedanstående sex områden, som definieras internationellt och bl a kommer till uttryck i olika lagstiftningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. De sex områdena är:

- Säker hälso- och sjukvård
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

De nationella kraven på god kvalitet inom hälso- och sjukvården utvecklas bl a i Socialstyrelsens föreskrift (SOFIFS 2011:09) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Den fastslagna systematiken i föreskriften ska användas för att utveckla och säkra samtliga krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, förordningar och föreskrifter. I vårt granskningsarbete har vi kunnat konstatera att ledningssystem i traditionell bemärkelse enbart finns inom tandvården, service-nämndens verksamhet samt fastighetsförvaltningen.

För att åstadkomma den eftersträlvade kvaliteten pågår också en mängd aktiviteter i olika sammanhang såväl nationellt som regionalt och lokalt. Flera av de pågående utvecklingsprojekten berörs i andra sammanhang i detta dokument. Det bör dock understrykas att trots nationella, regionala eller regionövergripande projekt mm sker huvuddelen av den pågående utvecklingen i det dagliga medicinska utvecklingsarbetet på verksamhetsnivå.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag dessutom utarbetat nationella kvalitetsindikatorer som belyser god vård. Indikatorerna ska användas för uppföljning och

jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid. Socialstyrelsen fastställer också nationella riktlinjer inom områden där behovet av vägledning är som störst. Riktlinjer finns idag för 24 olika sjukdomsgrupper som t ex diabetes, stroke och hjärtsjukvård. Framtagandet av ytterligare riktlinjer pågår. Riktlinjerna är ett stöd vid prioritering och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. För att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och för att följa utvecklingen och förbättringen av kvaliteten har Socialstyrelsen tagit fram målnivåer och genomför utvärderingar.

En viktig del av en god kvalitet inom hälso- och sjukvården utgörs av begreppet patientsäkerhet. Med patientsäkerhet avses att skydda patienten från skador när denna får vård. Trots att patientsäkerheten i Sverige generellt är bra utgör skador som åsamkas patienten ändå ett stort problem. Socialstyrelsen arbetar därför på regeringens uppdrag med nationella handlingsplaner för att stärka patientsäkerheten. Nuvarande handlingsplan gäller för perioden 2025 – 2030. Regionerna ska också utarbeta egna handlingsplaner för att bli etablerade principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete.

Sedan år 2011 gäller också en ny Patientsäkerhetslag (2010:659). Lagstiftningen innebär bland annat att vårdgivare har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivare ska både arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador och utreda såväl händelser som lett till en skada som händelser som skulle kunna ha lett till en skada. Klagomålshandlingen sköts idag av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har möjlighet att rikta kritik och vidta åtgärder mot såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal.

Kvalitetsbrister i hälso- och sjukvården

Svensk sjukvård håller internationellt hög standard och patienterna är i stor utsträckning nöjda. Trenderna är också positiva när det gäller tillgång till kunskapsbaserad vård och behandling vid stora folksjukdomar som t ex hjärtinfarkt, stroke, diabetes och gråstarr. Det finns dock olika kvalitetsbrister och problem att hantera. Exempel på detta är bemötande, väntetider, primärvårdens roll, de vattentäta skott som finns inom sjukvården och gentemot kommunerna och att den lokala användningen av resurser inte tar hänsyn till helheten.

Det finns också stora regionala skillnader i den vård som ges inom olika specialiteter. Skillnader finns även för användning av läkemedel. Orsakerna till de regionala skillnaderna kan delvis förklaras av skillnader i befolkningens hälsa och vårdbehov, skillnader beträffande lokala resurser och prioriteringar, samt skillnader i kunskaper, attityder och uppfattningar hos ”nyckelpersoner”, dvs starka representanter för den medicinska professionen. Den mänskliga faktorn har också stor betydelse.

Kvalitets- och avvikelssystem i hälso- och sjuk-

Ett kvalitetssystem är ett system som beskriver hur olika aktiviteter ska bedrivas för att säkerställa kvalitén i de tjänster eller produkter som erbjuds

vården

Kvalitetssäkringsidén infördes i svensk sjukvård i mitten av 1980-talet och regleras idag genom Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem, se ovan. En central roll i kvalitetssystemet har avvikelshanteringen, dvs olika systematiserade sätt att aktivt registrera faktiska avvikelser, fel etc. Avsikten med systemen är att skapa underlag för att kunna förebygga eller åtgärda registrerade brister. Särskilda IT-system har

skapats för att kunna hantera olika typer av avvikelser och ge underlag för systematiska analyser av dessa. Region Dalarna använder t ex systemet ”Synergi”.

Genom ett förändrat synsätt är avvikelssystemet numer inriktat på att följa upp och analysera avvikelserna i syfte att förbättra kvaliteten. Patientsäkerhetslagen kan ses som en konsekvens av det förändrade synsättet. Det förändrade synsättet bör ha bidragit till att viljan att registrera avvikelser ökat.

Vid sidan av hälso- och sjukvårdens egna avvikelssystem finns också olika offentliga register som ger indikationer på kvalitén i hälso- och sjukvården. Som exempel kan noteras antalet anmälningar till patientförsäkringen. Dessa är flest inom specialiteter med stora operationsvolymerna som allmän kirurgi och ortopedi. Patientklagomål hos IVO är ytterligare en indikation på kvaliteten i hälso- och sjukvården. En annan indikation är anmälningar till landets patientnämnder

Kvalitetsregister, som endast i begränsad omfattning är offentliga, finns också inom ca 150 olika områden och är en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Deltagandet i registren varierar trots att önskemål och krav om deltagande på många håll framförts under lång tid. SKR har sedan 2017 tecknat ettåriga överenskommelser med staten om att stödja arbetet med Nationella Kvalitetsregister.

Hälso- och sjukvårdens utveckling

Allmänt

En långsiktig försvagning av regionernas ekonomiska situation kan förväntas leda till fortsatta förändringar i Hälso- och sjukvårdens strukturer och processer. Huvudlinjen har tidigare varit en kombination av närsjukvård och specialiserad, koncentrerad och centraliserad sjukhusvård. En tendens har varit att hålla akut och planerad

vård åtskilda och minska den slutna vården på sjukhus. Den framtida rationaliserings- och utvecklingspotentialen finns främst i hälso- och sjukvårdens interna processer och i integration mellan olika vårdnivåer och specialiteter.

Primärvård/nära vård

Inom primärvården ska de flesta patienters behov av förebyggande insatser, medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering kunna tillgodoses. Primärvården är en del av det som betecknas som närsjukvård och som har sin tyngdpunkt förlagd till allmänmedicin, invärtesmedicin, geriatrik och dagkirurgi. Även den lokala psykiatrien och kommunernas sjukvård ingår ofta i närsjukvården. Den starkt decentraliserade lokala sjukvården består av små enheter, men står för en stor del av den akuta och planerade vården. Utvecklingen av närsjukvården går mot ett utökat omhändertagande av olika sjukdomstillstånd i närmiljön, t ex inom primärvården eller i patientens hem.

I slutbetänkandet ”Effektiv vård” pekades bl a på behovet av omfattande strukturförändringar inom svensk sjukvård, där framförallt primärvården behöver bli starkare.

1 juli 2021 trädde också en ny lagstiftning ikraft baserad på regeringen en proposition (2019/20:164) om inriktningen för en nära och tillgänglig vård, en primärvårdsreform. Innebörden i reformen är att vården ska ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Reformen innebär bl a att definitionen av primärvård ändrats på så sätt att primärvården ska svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. För att förverkliga intentionerna kan kommuner och regionerna fr o m 2025 söka

statsbidrag hos Socialstyrelsen enligt förordningen (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård.

Tidigare ambitioner att stärka primärvården, t ex genom husläkarreformen, vårdval och andra initiativ, har inte medfört den förstärkning av primärvården som avsetts. Myndigheten för vård och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till god och nära vård. Av utvärderingen, presenterad 2025, framgår att inget av regeringens mål för omställningen hittills uppnåtts, även om de ser vissa ljusglimtar. Primärvårdens förutsättningar har inte stärkts i form av en ökad resurstilldelning eller förbättrad kompetensförsörjning, vilket myndigheten menar är den viktigaste förklaringen till att det inte går att se tydligare resultat av omställningen. De ser inte heller några tydliga förändringar av patienternas upplevelser av vården

Inom primärvården gäller vårdval. Avsikten med vårdvalet är att förstärka patientens rätt att fritt välja vårdgivare och kan ses som ett tecken på att hälso- och sjukvårdens tidigare misslyckats. Vårdvalet innebär att regionen ska definiera primärvårdens uppgifter och utforma en ersättningsmodell som är lika för alla. Vårdvalet innebär i princip också en fri etableringsrätt inom primärvården för de vårdgivare som uppfyller regionens krav (ackreditering). Lagstiftningen om vårdval baseras på den lag om valfrihetssystem som infördes 2008.

Regionerna har dock alltid kvar det yttersta ansvaret att tillhandahålla sjukvård liksom skyldigheten att erbjuda läkare på platser där sådana inte vill etablera sig inom det fria vårdvalet. Detta innebär att regionernas uppgift blivit svårare då det finns en spänning mellan uppdraget att fungera som finansär för vård som patienterna själva väljer utförare av, samtidigt som uppdraget som den som ytterst även skall tillhandahålla vård kvarstår. Möjligheterna för regionen att planera sin verksamhet har därigenom minskat. Dessutom får vårdvalet till

följd att regionens preventiva uppdrag måste hanteras på annat sätt än genom primärvårdens geografiska ansvar.

Sjukvårdsrådgivning per telefon och Internet utvecklas alltmer, inte minst som ett stöd i primärvården. Region Dalarna är t ex anslutet till det riksomfattande samarbetet 1177 (sjukvårdsrådgivningen) som drivs av Inera AB, ägt gemensamt av SKR Företag och landets regioner och kommuner. Region Dalarna är också anslutet till tjänsten 1177 Direkt vilket innebär att patienter och medborgare har möjlighet till visst utökat stöd, t ex möjlighet att chatta med vårdpersonal. Genom anslutningen till 1177 Direkt har regionen avvecklat sin tidigare digitala vårdcentral ”Min vård” under våren 2025.

Specialiserad vård mm

Den specialiserade vården omfattar den slutna vården vid sjukhus men också verksamheter som psykiatri, ambulanssjukvård mm.

Den specialiserade vården svarar för ca 70 procent av den slutna sjukhusvården i landet. Under 1990-talet minskade antalet vårdplatser med ca 45 % samtidigt som akutsjukhusens antal minskade med närmare 20 procent. Organisatoriska sammanslagningar, och omstrukturering av akutsjukhus till närsjukhus, medför att antalet akutsjukhus successivt minskar.

Minskningen av antalet akutsjukhus har möjliggjorts genom:

- Ökad samverkan mellan sjukhus
- Snabb utveckling av ambulanssjukvården
- Ökad andel operationer i öppenvård
- Minskad medelvårdtid genom skonsammare behandlingsmetoder
- Ökad vård och rehabilitering i hemmet
- Ökad patientomsättning och mer behandlingssintensiva vårdtillfällen.

För sjukhusen sker en koncentration av behandling av sällan förekommande sjukdomar till allt färre sjukhus i regionerna eller inom sjukvårdsregionerna, samtidigt som slutenvården minskar till förmån för dagvård och öppen vård. Denna utveckling kan förväntas fortsätta. Samtidigt innebär minskningen av antalet vårdplatser ökande problem med bl a patientflöden. Antalet vårdplatser per capita i Sverige är idag bland de lägsta bland OECD-länderna. Tillgången till vårdplatser har också av Socialstyrelsen identifierats som ett problem.

Ambulanssjukvården, som fyller en viktig funktion i bl a det akuta omhändertagandet av en patient, har genomgått och genomgår stora förändringar. Idag fungerar ambulanssjukvården alltmer som mobila sjukvårdsenheter, vilket leder till aktivare insatser på skadeplatser eller vid akuta insjuknanden. Diagnos och behandling kan påbörjas under transport och sjukhusen kan vara bättre förberedda när patienten kommer in. Den medicinska kompetensen i ambulanserna kan också utnyttjas mer flexibelt för insatser inom såväl akutsjukvård som närsjukvård. Ambulanssjukvården i Dalarna har också förstärkts genom samverkan i kommunalförbundet Svensk Luftambulans och den ambulanshelikopter som opererar i länet.

Högspecialiserad vård och rikssjukvård
Högspecialiserad sjukvård samordnas i enheter som har en sjukvårdsregion eller riket som upptagningsområde. Det finns sex sjukvårdsregioner med samverkansnämnder inom vilka Regionerna samordnar den högspecialiserade vården. Region Dalarna ingår i en region som utöver Dalarna omfattar regionerna i Örebro, Värmland, Uppsala, Västmanland, Sörmland och Gävleborg.

Så kallade riksspecialiteter med de mest avancerade behandlingarna och den dyraste utrustningen finns på ett eller ett par sjukhus i landet. Remittering av patienter sker i första hand inom regionen och i andra hand efter läkarnas professionella och specialitetsinriktade kontaktnät. Vård

av rikskaraktär utgör en mycket liten del av den slutna vårdens vårdtillfällen.

Gränserna mellan den högspecialiserade vården och den specialiserade vården i övrigt är otydliga och gränserna bedöms i framtiden suddas ut ytterligare. Utvecklingen kännetecknas nämligen av både koncentration och spridning och den snabba medicinska utvecklingen understryker detta. Det finns ibland behov av att koncentrera användandet av vissa nya behandlingar men även att successivt föra ut metoder till en lägre vårdnivå. Behov av organisatoriska lösningar som inte försvårar en optimal vårdkedja för den enskilde patienten och en kostnadseffektiv vård ökar därmed.

Vid högspecialiserade centra koncentreras apparatorienterad diagnostik och högteknologisk behandling. Dessa centra kan ge distanskonsultationer och ha beredskap för distanskirurgi och annan distansbehandling genom den telemedicinska utvecklingen. Ett minskat antal akutmottagningar och koncentration av de svårast skadade patienterna till s k traumasjukhus kräver dock en fortsatt förbättring av ambulanssjukvården. Nya möjligheter till behandling av sällsynta sjukdomstillstånd skapar också behov av samordning inom landet.

Vård på lika villkor

Innebörden av vård på lika villkor är att alla medborgare har lika rätt till vård och behandling. Under senare år har allt mer fokus kommit att riktas mot hälso- och sjukvårdens förmåga att tillhandahålla vården på lika villkor. Bakgrunden till den ökande uppmärksamheten är att det uppmärksammas omotiverade skillnader i vården. Skillnaderna kan vara såväl geografiska som mellan olika befolkningsgrupper t c. Såväl regeringen som centrala myndigheter och t ex SKR har tagit en rad olika initiativ som har till syfte att bl a minska skillnaderna. Ett exempel på ett sådant initiativ är den nationella cancerstrategin och införandet av standardiserade vårdförlopp.

Vid sidan av vård på lika villkor ur ett rent medicinskt perspektiv finns även andra centrala faktorer som är grundläggande för om vården erbjuds på lika villkor.

Fyra grupper av faktorer som bestämmer tillgänglighet, nämligen

- Formella villkor för tillgång till vård
- Geografiska, fysiska och tekniska villkor
- Tidsmässiga villkor
- Ekonomiska, kulturella och sociala förutsättningar i befolkningen

Människor i Dalarna har tidigare i högre grad än i andra län upplevt att vården inte varit jämlik och rättvis. I de senare mätningar som gjorts har dock en tydlig utveckling skett mot att invånarna idag, i högre grad än i flertalet andra län, upplever vården som både jämlik och rättvis.

Förändrat sjukdomspanorama

Med förändrat sjukdomspanorama menar vi förändringarna i de sjukdomar som befolkningen både i landet och i Dalarna uppvisar liksom förändringar i hälsoläget p g a befolkningsmässiga förändringar.

Det mesta talar för att folkhälsan har förbättrats och att den kommer att fortsätta förbättras. Allt fler överlever då de drabbas av sjukdom eller skada, så har t ex överlevnaden vid hjärt- och kärlsjukdom samt cancer stadigt ökat genom förbättrad diagnostik och behandling. Minskningen av hjärt- och kärl dödligheten är den viktigaste faktorn bakom den ökade medellivslängden, samtidigt som den återstående livslängden för personer med diagnostiserad cancer i dag är cirka sju år längre än på 1960 talet. Sverige har också, tillsammans med Finland, den lägsta spädbarnsdödligheten i EU. Andra positiva faktorer är att rökningen minskar, och att människor har en förbättrad rörelseförmåga i alla åldrar.

Det finns också en negativ utveckling. Vanliga sjukdomar och hälsoproblem är rygg- och ledbesvär, smärta och trötthet. Särskilt ökar sjukligheten i psykiska besvär, värk och komplikationer till övervikt och fetma. Barn och ungdomar har generellt en god hälsa, men de psykosomatiska besvären ökar, fler insjuknar i diabetes, allergier liksom övervikt och fetma ökar, fler får könssjukdomar och tandhälsan försämrar. På grund av ökande ålder ökar också antalet cancerfall, stroke, diabetes, Parkinsons sjukdom, demens, artros och antalet benbrott som beror på benskörhet. Majoriteten av befolkningen har dock små behov av hälso- och sjukvård. Beräkningar visar att 10 % av befolkningen utnyttjar 80 % av resurserna och 3,5 % utnyttjar 50 %. Fem procent av befolkningen svarar för hälften av läkemedelskostnaderna.

Sammantaget innebär människors ökade medellivslängd att allt fler uppnår en hög ålder samtidigt som hög ålder ofta medför långvariga sjukdomar och behov av vård på grund av kvarstående resttillstånd eller sena komplikationer till grundsjukdomen. En problemställning som då uppstår är om det framtida vårdbehovet riskerar att underskattas? Framtidens patient är ofta en multisjuk äldre människa med stort omvårdnadsbehov.

Sjukskrivningarna (ohälsotalet) i samhället har sedan 2017 minskat genom bl a olika insatser inom socialförsäkringssystemet och hälso- och sjukvården, t ex genom ökad restriktivitet vid sjukskrivningar. Dalarna följer den nationella utvecklingen samtidigt som ohälsotalet i länet är högre än genomsnittet för riket.

Även inom länet eller i jämförelse med andra län finns skillnader i sjukdomsspektret. Som exempel ligger insjuknandet i hjärtinfarkt över riksgenomsnittet medan insjuknandet i olika cancerformer ligger under riksgenomsnittet.

Liksom på nationell nivå ökar den psykiska ohälsan även i Dalarna. Bland t ex barn och ungdomar ökar psykiska symtom om nervositet, huvudvärk och ont i magen.

De svåra psykiska sjukdomarna och störningarna är däremot konstanta. Samtidigt är behoven mellan olika geografiska områden och kommuner i länet stor.

Regeringen har i samverkan med SKR genom olika riktade insatser fäst ett ökat fokus mot den psykiatriska vården.

Ändrade levnadsvanor och yttre hot etc.

Fetma, blodfetsrubbnings, diabetes, stress, rökning och alkohol ställer stora krav på sjukvården. Samtidigt är skillnaderna i hälsa stora mellan olika grupper i befolkningen och i olika delar av såväl landet som länet. Skillnader i dödlighet mellan könen är dock större än mellan olika sociala grupper. Psykiska sjukdomar påverkas i högre grad än andra sjukdomar av samhällsfaktorer och levnadsomständigheter när det gäller frekvens, sjukdomsbild och behandlingsbehov. Detta kan särskilt behöva uppmärksammas i anslutning till perioder med dålig ekonomisk utveckling och risk för ökad arbetslöshet etc.

Hälsoutvecklingen globalt påverkar såväl nationellt som lokalt genom ökat resande och invandring. Infektioner sprids mellan olika länder som t ex SARS, tuberkulos, fågelinfluensa och difteri. Under 2020–22 drabbade en omfattande pandemi, Covid-19, såväl Sverige som världen. Pandemin ställde omfattande krav på hälso- och sjukvården som organisationen delvis var oförberedd på, som exempel uppstod initialt stor brist på skyddsutrustning och viss medicinteknisk utrustning. Hälso- och sjukvården saknade delvis den beredskap, ut hållighet och kapacitet som en omfattande pandemi som Covid-19 kräver.

Människor som vistats länge på andra platser i världen kan också bära med sig kroniska infektionssjukdomar, uppvisa ett annorlunda sjukdomsmönster eller sedan tidigare ha ett eftersatt vårdbehov. Denna problemställning kan förvärras genom språksvårigheter, psykosociala problem och kulturella skillnader. För vården innebär detta krav på anpassning till nya patientgrupper, t ex genom att en ökad andel utlandsfödda

kan komma att ianspråkta en större del av resurserna.

Utvecklingen i omvärlden med bl a ökade säkerhetspolitiska spänningar kan också komma att ställa stora krav på hälso- och vården vid hastigt uppkomna flyktingströmmar, akut brist på olika insatsvaror i vården p g a av t ex avspärningar eller störningar i det internationella varuflödet. Region Dalarna har delvis mött utvecklingen genom att påbörja uppbyggnaden av ett regionförråd för att minska sårbarheten.

Medicinsk och teknisk utveckling

De medicinska framstegen har starkt bidragit till förbättrad överlevnad och livskvalitet i samband med sjukdomar och skador. Fortsatta framgångar förväntas de kommande 20 åren i såväl diagnostik som i behandling av olika sjukdomstillstånd. Även i behandlingen av livshotande tillstånd kommer effektiviseringarna att fortsätta med ytterligare förlängd överlevnad som följd. Den biomedicinska utvecklingen kommer att medföra att alltmer kan göras inom öppenvården, samtidigt som behandling av nya patientgrupper möjliggörs.

Allt fler människor med vanliga folksjukdomar får tillgång till nya effektiva behandlingsmetoder vilket medför högre livskvalitet för de drabbade, men också ökade förväntningar. Allt fler äldre människor behandlas för diagnoser som tidigare inte medförde någon åtgärd. Detta beror på användning av mer skonsamma metoder och ett generellt bättre medicinskt omhändertagande i samband med kirurgiska ingrepp. Med dessa bättre metoder har t ex fler äldre patienter kunnat behandlas med bättre resultat.

Inom samtliga laboratoriespecialiteter har diagnostiken förbättrats, vilket också ökar efterfrågan på olika laboratorieanalyser och tjänster. Allt fler antibiotikaresistenta bakteriestammar och nya möjligheter för behandling av virussjukdomar medför

också ökad efterfrågan av laboratorietjänster för diagnostik och kontroll av insatt behandling. Utvecklingen inom gentekniken förväntas bli en starkt utvecklingsdrivande faktor. Den leder till nya former av diagnostiska metoder och på sikt även till nya läkemedel.

Den medicinska bildhanteringen har genom datorutvecklingen genomgått en revolution. Röntgenundersökningar blir allt mer tekniskt krävande. Fördelarna är att de ger bättre underlag för diagnoser men kräver samtidigt mer läkartid och är dyrare.

Utvecklingen av telemedicin innebär ökade möjligheter att överföra bilder och annan information över stora avstånd. Röntgen- och laboratorieundersökningar samt annan diagnostik kan genomföras på vårdcentraler och andra typer av mottagningar med stöd och tolkning från specialister på annan plats.

Läkemedelsutvecklingen fortsätter att gå framåt. De nya läkemedlen blir allt mer selektiva och därmed effektivare vilket möjliggör en individualiserad behandling. Kunskaper om den enskilda patientens genetiska sammansättning gör att dosen kan individanpassas med bättre effekt och minskad risk för biverkning. Detta innebär stora mänskliga vinster, men till priset av kraftigt ökade kostnader. I ett längre perspektiv torde dock de nya läkemedlen kunna leda till lägre kostnader, t.ex genom minskat antal operationer. Exempel på mediciner som förändrat förutsättningarna inom vården är mediciner mot reumatism och magsår. Nya mediciner mot t ex Alzheimers sjukdom kan framdeles på nytt förändra förutsättningarna inom vården men till priset av kraftigt ökade kostnader.

Tillgången till läkemedel är också av central betydelse för en fingerande hälso- och sjukvård. Läkemedelsförsörjningen fungerar i huvudsak väl men utgörs av komplexa och sårbara globala kedjor och under de senaste åren har rest- och bristsituationer blivit allt vanligare. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredning som har i uppdrag att utreda vilka åtgärder som krävs för

att åstadkomma en säkrare tillgång till läkemedel. I Region Dalarna har också ett särskilt omsättningslager för vissa läkemedel byggts upp.

Kirurgiskt sker även en ständig utveckling av nya operationsmetoder. Tekniker som operation med hjälp av robot är fortfarande bara i början av utvecklingen. Den operationsrobot som finns på Falu lasarett innebär att Region Dalarna aktivt deltar i denna utveckling. Tithålskirurgin innebär fördelar för patienten och kortare vårdtider, men medför samtidigt längre operationstider och därigenom ökat behov av operationsresurser. Allt fler patienter förses med artificiella ”reservdelar”, vilket skapar nya möjligheter, men samtidigt även nya komplikationer t ex i form av infektioner.

IT-utvecklingen och e-hälsa

E-Hälsa handlar om hur framtidens vård och omsorg som helhet ska fungera och förbättras med hjälp av e-tjänster. Begreppet e-Hälsa omfattar all användning av informations- och kommunikationsteknologi inom vård och omsorg. De insatser som pågår inom ramen för nationell samverkan kring e-Hälsa har stor betydelse för många andra satsningar som görs, exempelvis den nationella läkemedelsstrategin och satsningen på de mest sjuka äldre.

Utvecklingen inom it och kommunikationsområdet i allmänhet samt tillämpningar inom e-hälsa förväntas få mycket stor betydelse och förändra förutsättningarna för vårdarbetet, t ex genom nya kommunikationslösningar mellan vårdinrättningar och mellan vården och patienten men också genom tillämpning av t ex artificiell intelligens (AI) inom olika verksamheter i hälso- och sjukvården. Exempel på att framtiden redan är här finns på flera håll i vården där nya e-hälsolösningar tillämpas. Regionens förmåga att tillgodogöra sig den tekniska utvecklingen kan förväntas ha avgörande betydelse för möjlighet att tillhandahålla en adekvat vård på längre sikt. Våra granskningar har visat att Region Dalarna, bortsett från vissa begränsade verksamheter, tidigare haft svårt att tillgodogöra sig nya tillämpningar inom

begreppet e-hälsa. Socialstyrelsen har identifierat fyra områden som av regionerna ses som bekymmersamma för att digitaliseringen ska drivas på snabbare: egna resurser, juridik, ekonomi och säkerhet.

En förutsättning för att nya e-hälsolösningar som baseras på patientens medverkan ska få genomslag i länet är att invånarna bejakar utvecklingen. Studier visar dock att motståndet mot nya sådana lösningar i Dalarna är större än i många andra län i landet.

Införandet av ny teknik innebär också en ökad risk för IT-relaterade hot av olika slag som t ex haverier, externa intrång eller ”läckage” av personuppgifter med olika syften som måste motverkas. Den nya tekniken innebär samtidigt inte att äldre system t c som förutsätter medverkan av patienter/medborgare per automatik kan avvecklas eftersom hänsyn måste tas till personer som inte har tillgång till modern teknik eller förutsättningar att hantera denna.

Medicinska utvecklingens påverkan på sjukvården

Sjukhusens medicinkliniker är idag till stor del en del av den akuta äldrevården och inom internmedicinen förväntas det akuta vårdbehovet fortsätta att öka för de sjukdomar som särskilt drabbar den äldre befolkningen. Inom internmedicinen i Dalarna är t ex ca 90 % av verksamheten av akut karaktär och av patienterna är 75 % över 65 år och nästan 40 % av dessa är över 80 år. De vanligaste sjukdomsområdena är kärlsjukdomar, tumörsjukdomar och sjukdomar inom immunsystemet.

I och med att fler sjukdomar diagnostiseras och att fler patienter helt eller delvis botas kommer antalet personer som lever vidare efter en skada eller med en sjukdom att vara väsentligt högre än idag. Som exempel kan nämnas cancer. Ett ökat antal cancerfall, förbättrad diagnostik och ökade behandlingsmöjligheter innebär förutom ett ökat behov av diagnostiska åtgärder, fler behandlingar i form av kirurgi, strålbe-

handling och cellgifter, men även mångårig kontroll och uppföljning av fler patienter.

Användningen av nya metoder och ändrad medicinsk praxis inom akutsjukvården medför ökade behov, men ställer också krav på förändrade rutiner samt personal- och organisationsförändringar inom alla vårdnivåer. Detta gäller såväl vården vid insjuknandet eller skadetillfället, transporten till sjukhuset, vården på sjukhuset och eftervården. Krav och belastning på primärvård och på kommunernas hemsjukvård kommer även att öka genom att avancerade behandlingsmetoder används högt upp i åldrarna och på sjukare individer. Fler patienter kommer att bedömas vara medicinskt färdigbehandlade på sjukhusen och nya patientgrupper tillkommer som ska ha vård i den framtida närsjukvården.

Den ökande belastningen på personalen inom sjukvården kan i sig medföra ökade behov genom större frekvens av komplikationer. Infektioner som uppkommer på sjukhusen medför förlängda vårdtider och ökade vårdkostnader. Risken för infektioner uppkomna under vårdtiden ökar med högre ålder hos patienterna, ökad tidspress i vården och överbeläggningar. Såväl nationellt som i enskilda regioner bedrivs också ett aktivt arbete med att minska förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner.

Den fortsatta utvecklingen av den medicinska tekniken, i vid mening, har varit och kommer att vara starkt kostnadskrävande. Kostnaderna för sjukvården kommer att öka på grund av nya behandlingsformer och behandlingsmöjligheter. De nya operationsmetoderna innebär även högre investeringskostnader än tidigare traditionell kirurgisk teknik.

Nya metoder införs, men få tas bort. En stor brist är att det saknas vetenskaplig kunskap om nyttan av, och riskerna med, många av de vård- och behandlingsinsatser som idag används. Särskilt svagt är ofta kunskapsunderlaget för kvinnor, barn och

äldre, eftersom dessa varit underrepresenterade i kliniska studier. Detta innebär att gamla och befintliga metoder fortsätter att användas trots bristande kunskap om nyttan.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår förebyggande hälsoarbete och hälso- och sjukvårdspersonal anses ha en nyckelroll kring hälsoupplýsning. Denna roll har tillvaratagits i begränsad utsträckning och intresset för folkhälsoinsatser har varierat mellan vårdens olika verksamheter och yrkesgrupper. Tidigare har primärvårdens sjuksköterskor varit mest engagerade i det förebyggande arbetet. En viktig fråga i detta sammanhang är hur data om befolkningen och dess hälsa i integreras i regionens planerings- och prioriteringsprocesser.

Vårdens förebyggande hälsoarbete utgör dessutom ett viktigt inslag i arbetet med att nå målen i Agenda 2030.

Patientens roll

Patientens roll och inflytande har successivt stärkts under 2000-talet. Detta har lagstiftningsmässigt tagit sig uttryck i t ex införandet av Patientlagen (SFS 2014:821).

Patientens successivt starkare ställning i kombination med ökad, och mer lättillgänglig, kunskap i samhället kring hälsa, t ex med stöd av Internet, olika hälsoappar e t c, kan förväntas förändra professionens roll och kräva nya synsätt och modeller för att möta patienten.

Inom ramen för patientens starkare ställning och tillgången till olika hjälpmedel och digital vård e t c ökar också möjligheterna till bl a egenvård. Som exempel har egenmonitorering där patienten själv mäter olika värden som hälso- och sjukvården också får del av vuxit kraftigt.

Samtidigt är det viktigt att vara observant på att alla grupper i samhället inte har möjlighet eller förmåga att använda sig av digital vård. Som exempel nämner Socialstyrelsen i sin rapport "Tillämpning av digital vård i regionerna" personer över 75 år, personer som saknar mobilt bank-ID och personer med olika funktionsnedsättningar.

Samverkan på olika nivåer

Inom hälso- och sjukvården sker idag en aktiv samverkan med andra aktörer såväl inom den egna hälso- och sjukvårdsorganisationen som med andra aktörer i samhället. Samverkan sker med länets kommuner kring t ex hälsofrämjande arbete och kring utskrivningsklara patienter. Mot bakgrund av såväl den demografiska utvecklingen som genom primärvårdsreformen (se ovan) förväntas också behoven av samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna att öka. En central frågeställning är härvidlag gränsdragningen mellan huvudmännens ansvar. Av bl a våra granskningar har vi kunnat konstateras att samverkan fungerar på olika sätt och olika bra i olika delar av länet.

Samverkan sker också med andra samskapsaktörer som t ex Försäkringskassan och arbetsgivare kring bl a rehabilitering eller nationellt kring t ex Skandiokliniken för avancerad strålbehandling i Uppsala.

Det finns även en mycket omfattande och daglig samverkan inom hälso- och sjukvårdens egen organisation. Som exempel finns gränsdragningsproblem mellan olika delar av hälso- och sjukvården, dess olika nivåer och verksamheter.

Samverkan sker också inom ramen för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion genom den sk samverkansnämnden med ledamöter från sju regioner, däribland Dalarna. Exempel på samverkan i sjukvårdsregionen är det regionala cancercentrat, RCC, som har ett övergripande ansvar för att

samordna, utveckla och kvalitetssäkra cancer vården i Uppsala-Örebroregionen samt Regionala forskningsrådet som är ett avtalsbaserat samarbete kring den patientnära och kliniska forskningen som bedrivs inom sjukvårdsregionen.

Även samverkan mellan olika regioner utan koppling till sjukvårdsregionen förekommer, t ex genom bildandet av kommunalförbundet Svensk Luftambulans som ansvarar för ambulanshelikopter verksamheten i fyra regioner.

Internationellt samarbete förekommer främst beträffande akutvård medan det internationella samarbetet när det gäller planerad vård har betydligt mindre omfattning. Majoritet av regionerna har vid förfrågan angett att man kan tänka sig ett mer aktivt samarbete inom Norden kring högspecialiserad vård. Vid några tillfällen har det dessutom tecknats avtal över gränserna för att korta köer eller för förlossningsvård som i t ex Region Dalarnas gränstrakter gentemot Norge.

Oavsett samverkansnivå kan konstateras att behoven av samverkan över huvudmannaskapsgränser, olika län, inom organisationen etc kommer att fortsätta att öka och ställa nya krav på anpassning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Var ska vilken vård ges?

Hälso- och sjukvården utvecklas i snabb takt vilket också innebär att läkarkårens subspecialisering och därmed ofta också specialiseringen inom olika kliniker och olika sjukhus ökar. Ur ett kvalitetsperspektiv är detta en önskvärd utveckling genom den höjda kvaliteten i de aktuella specialiteterna och ofta också en förutsättning för att kunna erbjuda en kvalificerad vård för nya sjukdomar, för insatser mot sjukdomar som tidigare inte varit möjliga att bota etc. Samtidigt innebär specialiseringen att vården erbjuds på ett färre antal geografiska enheter nationellt, i sjukvårdsregionen eller

i den enskilda regionen. Denna situation reser frågor kring efter vilka principer vården skall organiseras – utifrån olika sjukdomar och deras behandling eller utifrån de tekniska krav som skilda behandlingar kräver.

Även om många patienter är beredda att resa långt för att få den bästa tillgängliga vården skapar den geografiska specialiseringen i kombination med läkarkårens subspecialisering ett motsatsförhållande mellan vårdens kvalitet och önskemål om tillgång till en geografiskt närliggande vård. Denna motsättning ställer stora krav på en genomtänkt vårdstruktur kring hur och var patienterna ska tas emot, inte minst i den akuta vården, och slussas in i hälso- och sjukvården. Motsättningen kräver också en tydlig pedagogik i förhållandet till medborgare och patienter om vilken vård, vilka behandlingar etc som erbjuds och var dessa kan ges.

Lokalernas betydelse för vården

En viktig förutsättning för att bedriva en effektiv och patientsäker vård är att denna bedrivs i ändamålsenliga lokaler. Förändringar i vårdens innehåll och processer samt den tekniska utvecklingen ställer allt högre krav på t ex flexibilitet i lokalernas utformning och beskaffenhet. I flera delar av landet möts behovet genom nybyggnation eller planering av att bygga t ex nya sjukhus.

Stora satsningar har gjorts även i Dalarna med omfattande ny- och ombyggnationer. Region Dalarnas fastighetsbestånd är trots detta fortfarande delvis åldrat vilket skapar särskilda utmaningar i att möta vårdens behov.

Vård utom länet och utomlands

Utgångspunkten i EU:s lagstiftning är att invånarna omfattas av socialförsäkringen i det land där man arbetar. Genom det europeiska sjukförsäkringskortet, som visar att man är försäkrad i Sverige, har alla rätt till medicinskt nödvändiga sjukvårdsförmåner vid tillfällig vistelse i annat EU/EES-land. Genom EU-kortet har dessutom studerande, liksom den som är utsänd i ett annat land på uppdrag av sin arbetsgivare,

rätt till nödvändig sjukvård. Den som arbetar i Sverige men är bosatt i ett annat EU/EES-land är försäkrad i Sverige och behöver ett särskilt intyg från försäkringskassan för att få rätt till sjukvård i det land man är bosatt. Pensionärer har rätt till sjukvård i det land man är bosatt men behöver EU-kortet för att få vård i andra länder. Patienter har också rätt till ersättning från sitt hemland för vård i annat EU/EES-land förutsatt att samma eller liknande vård hade ersatts i hemlandet.



Utvecklingen i omvärlden

I detta kapitel behandlas centrala faktorer för hälso- och sjukvården i länet som befolkningens sammansättning och utveckling samt regionens ekonomiska förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård. Vi pekar också på faktorer som nationellt och regionalt har betydelse för hälso- och sjukvården, eller där hälso- och sjukvården själv utgör en viktig del i utvecklingen. Sådana faktorer är regionalisering, förutsättningar för personalrekrytering, länets kollektivtrafik och turistiska utveckling samt miljön.

Demografi och befolkning

Upptagningsområdet för region Dalarnas hälso- och sjukvård omfattar hela Dalarnas län. De största befolkningskoncentrationerna finns i länets centrala delar runt Falun och Borlänge, samt i Siljansregionen, medan stora delar av länet är glest eller mycket glest befolkade. Akutsjukhusens lokalisering innebär t ex att avståndet till närmaste sjukhus är ca 25 mil för de mest avlägset boende patienterna. Dalarnas karaktär som turistlän förändrar dock de demografiska förhållandena under delar av året genom stora befolkningskoncentrationer till fjällvärlden och till Siljansområdet. Det totala invånarantalet uppgick till 286 546 invånare den 31 december 2024. Enligt SCB:s befolkningsprognos förväntas folkmängden i länet minska med ca 5 800 individer fram till år 2033. Den förväntade befolkningsminskningen är störst i åldersgruppen 0 – 19 år. De största befolkningsminskningarna förväntas i bl a Vansbro och Älvdalen medan befolkningen förväntas öka i Falun, Rättvik och Leksand.

Av regionens samlade sjukvårdsutbud konsumeras merparten av personer som uppnått pensionsåldern. De riktigt stora vårdbehoven uppstår för personer över 80 år vilka enligt SCB:s prognos förväntas öka med närmare 7 000 individer i länet.

Denna grupp består ofta av multisjuka individer, som redan i dagsläget svarar för en stor andel av samtliga besök inom hälso- och sjukvården. Samtidigt ökar försörjningskvoten, d v s antal personer som varje individ i yrkesverksam ålder har att försörja, i länet. År 2024 uppgick försörjningskvoten till 92,1 vilket är den högsta försörjningskvoten i landet. Försörjningskvoten i länet förväntas fortsätta att öka.

Den osäkerhet som alltid är förknippad med en prognos liksom variationerna inom länet, kan komma att ställa extra stora krav på flexibilitet och anpassbarhet till den faktiska utvecklingen från hälso- och sjukvården.

För att kunna tillgodose och utveckla hälso- och sjukvård även i glesbygd måste nya metoder, strategier och tankesätt prövas. Förebilder i hur glesbygdens särskilda problematik kan hanteras finns såväl internationellt som i Sverige, t ex mobila läkare, självmonitorering och annan distansverksamhet med stöd av modern IT-teknik.

Ekonomi/finansiering

Den svenska ekonomin präglas f n av den ökande globala ekonomiska osäkerheten, bl a som följd av de handelskonflikter som USA inlett och som snabbt har försämrat

de globala konjunkturutsikterna. Höjda tullar och stor osäkerhet dämpar både världshandeln och global BNP-tillväxt

För regionernas del har påfrestningen på ekonomin varit stor under senare år med pandemin samt därefter inflation med stora bestående kostnadsökningar. Därtill har inflationen bidragit till stora tillfälliga kostnadsökningar för pensioner. För Region Dalarna redovisades ett underskott både 2023 och 2024 som till delar kunde täckas genom ianspråktagande av resultatutjämningsreserven. Underskotten har också mötts genom ett åtgärdsprogram med olika aktiviteter som enligt våra granskningar, bl a i granskningar av åtgärdspaketet 2023 - 24, i alla fall delvis har givit resultat. För år 2025 beräknas regionen redovisa ett överskott.

På längre sikt är hälso- och sjukvårdens finansiering samtidigt ett väl känt och nationellt problemområde. Detsamma gäller Region Dalarnas ekonomi. Flera nationella bedömare hävdar t ex att sjukvården har behov av en större andel av samhällets samlade resurser. Andra bedömare talar för att det fortfarande finns en effektiviseringspotential. En tredje bild som målas upp är att de effektivitetsvinster som kan uppnås inte kommer att kunna balansera de kostnads- och konsumtionsdrivande mekanismerna.

Regeringen har tillsatt en utredning som ska lämna förslag på statliga åtgärder såsom skattebroms och skattesänkingspremie. Syftet är att motverka de negativa effekterna som uppstår när kommuner och regioner höjer skattesatsen. Enligt olika bedömare krävs nämligen skattehöjningar om vården skall kunna bibehållas på oförändrad nivå. Inför 2025 höjdes t ex regionskatten i Dalarna med 35 öre. Samtidigt kan noteras att få skattehöjningar i regionerna har givit något lyckat långsiktigt resultat. Det vanligaste fallet är att de ökade intäkter en skatteökning ger snabbt förbrukas. Detta visar att hälso- och sjukvården endast i begränsad omfattning styrs med hjälp av sin ekonomi. Det tycks vara tvärtom, dvs. att regionerna tvingas finansiera den hälso- och sjukvård man har och som man inte har full kontroll över.

För att på längre sikt kunna bibehålla och utveckla verksamheten krävs en god ekonomisk hushållning vilket bl a innebär en ekonomi i balans. Förutsättningarna för att vidmakthålla en god ekonomisk hushållning kan samtidigt delvis vara sämre i Dalarna jämfört med många andra regioner. Detta bl a beroende på den förväntade demografiska utvecklingen, utvecklingen av försörjningskvoten, övriga kostnadsdrivande faktorer inom hälso- och sjukvården samt, inte minst, genom att kostnadsnivån inom delar av hälso- och sjukvården i en nationell jämförelse inte är anmärkningsvärt hög.

Regionalisering och förstatligande

Fr o m 1 januari 2019 bildades en länsregion vilket innebar att landstinget Dalarna bl a övertog det regionala utvecklingsansvaret i den nybildade organisationen Region Dalarna. I samband härmed upplöstes det tidigare kommunalförbundet Region Dalarna.

Även inom hälso- och sjukvården pågår samverkan inom bl a den samverkansregion bestående av sju regioner som Dalarna tillhör.

Nationellt har frågan om regionbildning tidigare ägnats stor uppmärksamhet. Enligt delbetänkandet av indelningskommittén ”Regional indelning – tre nya län” (SOU 2016:48) fanns flera små och resurssvaga landsting som inte är rustade inför framtidens utmaningar. Kommittén förslag om färre landsting har dock inte bearbetats vidare.

I stället har en politisk diskussion initierats om en starkare statlig styrning av hälso- och sjukvården. En särskild kommitté, Vårdansvarskommittén, har därför haft regeringens uppdrag att analysera och belysa för och nackdelarna samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för den regionala hälso- och sjukvården. I sitt slutbetänkande (SOU 2025:62) konstaterar

kommittén att det finns tänkbara för- och nackdelar både med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Några förslag i frågan lämnas inte. Samtidigt konstaterar kommittén att det finns behov av ett utökat statligt ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården. Områden där staten bör ta ett större ansvar och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård samt luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Oaktat frågan om ett ökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården finns behov och nödvändighet av en ökad samverkan i olika konstellationer såväl inom länet som med andra län.

Personalrekrytering

Region Dalarna redovisade vid årsskiftet 2024/25 7 751 faktiska årsarbeten (9 342 personer) varav 5 972 årsarbeten inom hälso- och sjukvården. Regionen är därigenom länets största arbetsgivare. De anställda utgörs till stor del av välutbildad personal med ofta lång erfarenhet. Personalens ålderssammansättning är dock sådan att stora pensionsavgångar kommer att ske under de närmaste 10 – 15 åren. Dessa avgångar kommer till stor del att behöva återbesättas genom nyrekrytering. Länets egen befolkning utgör då en viktig rekryteringsbas men rekrytering kommer också att behöva ske utanför länet.

Befolkningsförändringarna med en minskad andel av befolkningen i ålders 20 – 64 år förväntas också innebära en ökad konkurrens om tillgänglig arbetskraft. Betydande rekryteringsproblem för vissa yrkesgrupper kan därför befaras i olika delar av länet.

Olika åtgärder för att bedrivas också i regionens regi för att underlätta framtida rekrytering. Som exempel kan nämnas tandvårdsnämndens utlandsrekrytering samt regionens program för AT-läkare som åtnjuter ett högt nationellt renommé.

Kollektivtrafik – möjlighet att besöka vårdinrättningar

Region Dalarna är tillika kollektivtrafikmyndighet i länet. Fr o m 1 januari 2018 har regionen också, efter en skatteväxling med kommunerna, övertagit det samlade ansvaret för kollektivtrafiken i länet.

Människors möjlighet att besöka vårdinrättningar är av stor betydelse, inte minst mot bakgrund av allas rätt till vård på lika villkor. Kollektivtrafiken är därför en viktig faktor för många invånares möjlighet att besöka vårdinrättningar. Medborgarna kan också kostnadsfritt nyttja länstrafiken för sjukresor. Samtidigt påverkar förändringar i trafikutbudet människors möjlighet att nyttja kollektivtrafiken för sina besök på olika vårdinrättningar.

Vid sidan av kollektivtrafiken ansvarar regionen också för sjukresor, egna interna transporter mm. Sammantaget kräver dessa olika transporttjänster ett stort ekonomiskt utrymme.

Turism

Dalarna är ett av landets största turistlän. Delar av länet, t ex Siljansområdet och fjällvärlden, flerdubblar under perioder av året sin folkmängd. Den omfattande turismen i kombination med olika arrangemang som drar ett stort antal deltagare, t ex Vasaloppet, ställer stora krav på vården att leva upp till de förväntningar som finns på en god hälso- och sjukvård även från besökare i länet.

Miljö

Miljön har länge stått i fokus i samhällsdebatten. Regionen är såväl genom att vara en stor arbetsgivare som genom den verksamhet som bedrivs en viktig aktör i utvecklingen mot en bättre miljö och ett långsiktigt hållbart samhälle. Vården påverkar miljön genom bl a ett omfattande

resande bland såväl anställda som patienter, utsläpp av kemikalier och läkemedelsrester från olika vårdinrättningar, elförbrukning osv.

I regionen bedrivs också ett miljöarbete. Detta tar sig bl a uttryck i att hållbar utveckling är ett av tre målområden i regionplanen. Genom en lång rad olika åtgärder som t ex fungerande miljöledningssystem, fungerande intern kontroll av kemikalieanvändning, aktiv upphandling, aktiva åtgärder för att minska energianvändningen o s v kan verksamheten bidra till en minskad miljöbelastning. Som ett resultat av regionens arbete är t ex vissa enheter miljöcertifierade enligt ISO 14001.

Oro i omvärlden och civil beredskap

Den tidigare rådande ”världsordningen” är nu utsatt för ett hårt tryck. Säkerhetsläget har allvarligt försämrats med bl a Rysslands krig mot Ukraina, vilket bl a medfört att Sverige ansökt om och beviljats medlemskap i NATO. Aviserade satsningar på såväl militärt som civilt försvar är med historiska mått sett mycket omfattande.

I Sverige gäller den s k ”ansvarsprincipen”. Denna innebär att den som ansvarar för en uppgift i fred ansvarar för samma uppgifter i krig. Detta ställer stora krav på såväl regionens planering som dess beredskap. Regionens ska idag planera enligt den s k ”ö-principen” som innebär att alla kommuner och regioner ska ha en beredskap att kunna bedriva sin verksamhet under minst två veckor utan försörjning utifrån.

Vi har genom olika granskningar under senare år, t ex regionens kontinuitetsplanering och regionens planering inför allvarliga hot och krigshändelser, noterat att regionen bedriver ett aktivt arbete för att stärka sin beredskap, t ex har ett regionförråd byggts upp för att reducera sårbarheten. Samtidigt pekas i granskningarna på en rad områden där fortsatt utveckling är nödvändig.

Växande skillnader i livsvillkor

Skillnader i livslängd mellan olika delar av befolkningen ökar succesivt. De växande skillnaderna i hälsa förklaras av att de förhållanden, villkor och miljöer som människor lever i skiljer sig alltmer mellan människor i olika sociala positioner. Enligt Regionplanen motverkar de växande skillnaderna i livsvillkoren samanhållning, tillit och trygghet i samhället.

Den rådande utvecklingen medverkar också till ökad polarisering mellan stad och landsbygd i takt med att befolkningsmängd, lokal service och arbetstillfällen i glesare delar av länet har minskat. På vissa håll i Dalarna ses idag tecken på urholkat samhällskontrakt. Samtidigt ökar välfärdsbrotten och folkvalda och andra som vill ta ansvar i samhället utsätts för hat och hot.



Människors förväntningar på hälso- och sjukvården

Människor kan ha mycket olika förväntningar på hälso- och sjukvården, inte minst med utgångspunkt från vilken livsfas man befinner sig i eller hur ofta man har behov att anlita vården. Vi väljer i detta kapitel att se på förväntningarna dels utifrån värderingsförändringar, dels utifrån hur samhället har kanaliserat människors förväntningar genom bl a lagstiftningen och dennas förväntan på god sjukvård, hög tillgänglighet samt hög effektivitet och låga kostnader.

Värderingsförändringar

Vi har särskilt observerat tre värderingsförändringar vi ser som angelägna att lyfta fram. Dessa är:

1. Utvecklingen inom informationsteknologin kan stärka patientens ställning genom dennes förbättrade information (men inte alltid kunskap) om sjukdomar och behandlingar men också om olika vårdalternativ och patienträttigheter.
2. Hälso- och sjukvårdens bristande ”kundorientering” i sin relation till medborgare och patienter kan leda till minskad tilltro till den offentliga hälso- och sjukvården.
3. Hälso- och sjukvårdens höga kvalitet och förmåga väcker förväntningar och förhoppningar som inte alltid kan tillgodoses.

God sjukvård

Medborgarnas förväntningar på en god sjukvård har kanaliserats i den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården. Vården som rättvisa och jämlikhet har varit drivkrafter för hur sjukvårdssystemet har organiserats. Främst är det hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) som reglerar hälso- och sjukvårdens uppdrag. Enligt denna är målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall också ges med respekt för alla männi-

skors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvårdslagen är ingen rättighetslag beträffande vårdinsatser, däremot har medborgaren alltid rätt till en medicinsk bedömning för fastställande av sitt vårdbehov.

Lagstiftning om patientens rättigheter har samlats i Patientlagen (SFS 2014:821) som bl a reglerar patienters rätt till delaktighet i vården, fast vårdkontakt, val av behandlingsalternativ, rätt till ny medicinsk bedömning e t c. Granskningar som vi genomfört har dock visat att Patientlagen delvis haft svårt att få genomslag inom hälso- och sjukvården.

Lokalt är det regionen som har att omvandla lagstiftningens avsikter till praktisk hälso- och sjukvård.

I vilken utsträckning dagens sjukvård tillfredsställer medborgarnas behov är svårt att bedöma. I nationella undersökningar har åtta av tio tillfrågade angett att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Man har också angett att man har stort förtroende för sjukvården och dess personal. De önskemål som framförs är korta väntetider och köer, personalkontinuitet och fast läkarkontakt. Parallellt ökar antalet anmälningar till patientnämnder och Inspektionen för vård och omsorg. Detta kan tolkas som att människor blir tydligare i sina krav på hälso- och sjukvården, men inte

nödväntigtvis att kvaliteten i vården skulle sjunka.

Ransonering och prioritering

Två viktiga begrepp som påverkar människors syn på god hälso- och sjukvård, och som måste hanteras av regionen som organisation, är ransonering, som i huvudsak avser politiska ställningstaganden som på olika sätt begränsar medborgarnas tillgång till vård, och prioritering, som är en rent medicinsk fråga som i korthet innebär att de sjukaste patienterna skall behandlas först. Prioriteringar i hälso- och sjukvården ska bygga på en värdegrund som riksdagen har beslutat om.

Värdegrunden innehåller tre principer:

- Människovärdesprincipen innebär att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att de som har de svåraste sjukdomarna ska få vård först. Vårdpersonalen ska särskilt tänka på de svagaste patienterna, till exempel de som inte kan tala för sig och som inte känner till sina rättigheter.
- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt av behandlingen. Om t ex två olika behandlingar ger samma effekt så bör den som kostar minst väljas.

Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

I Region Dalarna har inrättats ett särskilt prioriteringsråd med syfte att etablera systematiska prioriteringsverktyg för att klara verksamheten i hälso- och sjukvården med

begränsade ekonomiska och personella resurser. Parallellt görs dagligen olika former av prioritering i vården. Denna är också föremål för ransonering genom att vård inte erbjuds trots att den skulle kunna vara till nytta för patienten, vård fördröjs genom väntelistor, hänvisning sker till kommunernas äldreomsorg eller anhöriga, billigare hjälpmedel, proteser etc. används istället för dyrare alternativ, patientavgifterna höjs eller geografisk centralisering genomförs. Dessutom ställer vårdgivare ofta krav på patienten att förändra livsstilen som förutsättning för medicinsk behandling.

Hög tillgänglighet

Även tillgängligheten till vård har ytterst kanaliserats genom nationella initiativ. Vårdgarantin uttrycks med sifferserien 0-3-90-90 vilket anger vårdgarantins krav på maximal väntetid i antal dagar för de olika stegen i vårdprocessen. Primärvården ska erbjuda kontakt i telefon eller på plats samma dag (0). Medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården ska ske inom tre dagar. Ett besök inom den planerade specialiserade vården ska erbjudas inom högst 90 dagar efter datum för beslut. En beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum. Mätt i telefontillgänglighet och väntetid för medicinsk bedömning varierar dock den faktiska tillgängligheten starkt mellan olika delar av vården och olika regioner.

Enligt Patientlagen har patienter numer rätt att fritt söka vårdgivare i primärvården och den öppna specialistvården i hela landet, förutsatt att hemlandstingets remissregler följs.

Tillgängligheten beror i stor utsträckning på vårdens resurser, men även på sjukvårdssystemets effektivitet. Tillgängligheten är avgörande för såväl konsumtion av som köer till sjukvård. Aspekter som komplicerar tillgänglighetsfrågan är dels den starka kopplingen mellan närhet till vårdinrättningar, särskilt sjukhus, och tendensen att söka vård, dels att människor i

storstad söker vård i betydligt större omfattning än människor i glesbygd.

Enligt de nationella mätningar som görs av tillgängligheten enligt vårdgarantin är såväl telefontillgängligheten som väntetiden till en medicinsk bedömning i Dalarna, med lokala variationer, numer bra. Även beträffande andelen patienter som erhåller ett första besök/undersökning inom vårdgarantin ramar i den specialiserade vården uppvisar Region Dalarna idag bättre resultat än genomsnittet i riket även om andelen patienter som väntar längre än 90 dagar är högre än i riket.

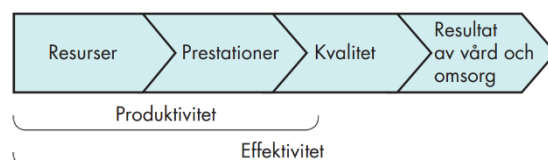
I förhållande till andra regioner uppvisar Region Dalarna däremot en jämförelsevis stor andel patienter som väntat längre än 90 dagar för behandling. Resultaten för Region Dalarna indikerar att tillgängligheten, särskilt i den specialiserade vården, i dagsläget fortfarande är ett av hälso- och sjukvårdens större problem i länet. Det samma gäller delvis nationellt och regeringen tillsatte bl a därför under 2024 en särskild utredning som bl a ska analysera och föreslå en stärkt vårdgaranti inom den specialiserade vården. Utredningen ska avge sitt slutbetänkande under 2026.

Ytterligare en aspekt som kan läggas på tillgängligheten är att vårdgarantin inte tydligt beaktar den samlade tid patienter som av olika skäl måste besöka flera olika vårdinrättningar kan få vänta.

Tillgängligheten till vården bedöms också nationellt som ett av vården större problem. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten på regeringens uppdrag föreslagit flera insatser som på olika sätt syftar till att förbättra vårdens tillgänglighet och förutsättningar för digital informationsförsörjning. Som exempel har en nationell plan för en nationell vårdförmedling utarbetats.

Hög effektivitet och låga kostnader

Även den tredje förväntan människor har på hälso- och sjukvården, d v s att vården skall bedrivas med hög effektivitet och låga kostnader är ytterst kanaliserad genom hälso- och sjukvårdslagen enligt vilken den offentligt finansierade vården ska vara organiseras så att den främjar kostnadseffektivitet. Ett särskilt problem härvidlag är att kunskap om sjukvårdens effektivitet i delvis saknas. Däremot finns rikligt med information och mått i olika former om medicinska resultat, produktivitet och kostnader. Med effektivitet menar vi samspelet mellan kostnader, produktivitet och kvalitet.



En illustration till svårigheten att ge begreppet effektivitet en enhetlig innebörd ges när detta betraktas i olika relationer. I relationen vårdgivare – patient är det kvalitén i mötet som är av avgörande betydelse och också utgör utgångspunkt för bedömning av effektiviteten. I relationen mellan vårdgivare, den medicinska professionen, och uppdragsgivaren, den politiska ledningen i regionen, ges dock effektivitetsbegreppet en annan och mer företagsekonomisk inriktning. För att kunna mäta och bedöma effektiviteten måste denna också ställas i relation till olika av uppdragsgivaren i förhand uppställda nyckeltal.

Svårigheterna med effektivitetsbegreppet får dock inte leda till att man försummar det. Genom att nonchalera effektivitetsaspekterna riskerar man att bli offer för yttre omständigheter i stället för att parera det som händer. Sannolikt är detta en viktig anledning till de uppenbara svårigheter som finns när det gäller att styra hälso- och sjukvården.



Hälso- och sjukvården som organisation

Hälso- och sjukvården intar en central roll i samhällssystemet, inte bara genom det stora antalet anställda, utan främst för sitt ansvar i att förverkliga målet med en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdens andel av den totala samhällsekonomin ställer stora krav på att de tillskjutna resurserna används på ett ändamålsenligt sätt. I detta kapitel pekar vi på ett antal aspekter som har stor betydelse för ändamålsenligheten, t ex hälso- och sjukvårdens organisation samt styrning och ledning på olika nivåer. Vi pekar också på behoven av förändring och förnyelse samt på olika förklaringsfaktorer och hinder i strävandet att åstadkomma dessa.

Organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården

Vid betraktande av hälso- och sjukvården ur ett organisatoriskt perspektiv kan ett antal olika nivåer identifieras. Varje nivå ställer sitt krav på styrning och ledning men skall kopplas till de olika besluts- och ledningsnivåerna i den hälso- och sjukvård som bedrivs i regionens regi.

1. Behandlingsnivå – Avser själva vårdinsatsen, t ex mötet mellan patienten och vårdpersonalen vid ett visst tillfälle. För denna nivå har den enskilde anställda ett mycket stort ansvar utifrån t ex Socialstyrelsens riktlinjer.
2. Kliniknivå – Avser vårdens produktionsenheter, t ex en klinik eller en vårdcentral och hur använda resurser leder till resultat. Ansvar för denna nivå ligger till stora delar hos den lokala verksamhetsledningen
3. Processnivå – Avser samordningen av olika insatser, t ex en vårdkedja, och hur samverkande enheter med olika insatser lyckas prestera ett visst resultat. Ansvar för denna nivå är i stor utsträckning region-

övergripande vilket fokuserar ansvaret till både hälso- och sjukvårdens tjänstemannaledning och den politiska ledningen.

4. Strukturnivå – Avser vårdens organisatoriska uppbyggnad, t ex geografisk fördelning av resurser och resultat eller samverkan mellan olika vårdområden som primärvård, specialistvård och högspecialiserad vård. Ansvar för denna nivå är starkt fokuserad på regionens politiska ledning med stöd från tjänstemannaledningen
5. Systemnivå – Avser vården som ett generellt system, t ex tillräcklig förmåga att ta tillvara på kunskaper, förnya eller anpassa verksamheten. Ansvar för denna nivå är i stor utsträckning fokuserad mot den politiska ledningen i enskilda regioner men det är också ett tydligt nationellt ansvar.

Hälso- och sjukvårdens organisation

Den offentliga hälso- och sjukvården är en demokratiskt styrd verksamhet som ska ledas och styras av en fullmäktigeförsamling vald i allmänna val. Fullmäktige utser i sin tur nämnder och styrelser som ska utöva

den verkställande ledningen. Enbart regionstyrelsen och patientnämnden är obligatoriska nämnder. Den övriga nämndorganisationen liksom förvaltningsorganisationen respektive hälso- och sjukvårdens uppbyggnad avgör varje region självständigt. Uppbyggnaden av organisationsstrukturen utgör ett viktigt inslag i respektive förutsättning för att bedriva en aktiv styrning och ledning.

En bärande princip för regionernas val av organisation för hälso- och sjukvården är att dessa vanligtvis är uppbyggda utifrån en strukturell organisationsmodell. Detta betyder att organisation och ledarskap följer tydliga klinik- eller avdelningsgränser, ofta baserade på de medicinska specialiteterna. Som en konsekvens av denna organisationsmodell finns risk att enskilda individer eller företeelser hamnar mellan stolarna. Andra konsekvenser är att varje klinik eller avdelning t ex har egna köer och väntetider, vilket för många patienter kan innebära långa sammanlagda väntetider i avvaktan på en slutlig behandling. Det kan vara ett problem för enskilda patienter att de slussas mellan olika delar i en stor organisation och inte självklart känner att det finns någon som tar ansvar för just deras situation och särskilda problem. Den strukturella uppbyggnaden av organisationen kan också försvåra möjligheten att utveckla nya processer i verksamheten, den kan därmed ha en konserverande funktion och i praktiken fördröja tillämpningen av nya rön inom vården. Som ett alternativ till en strukturell organisationsuppbyggnad finns den funktionella uppbyggnaden där verksamheten organiseras utifrån patientens behov av vårdinsatser.

Hälso- och sjukvårdsorganisationens styrning

Hälso- och sjukvården styrs ytterst av staten genom lagstiftning samt genom nationella handlingsplaner och andra överenskommelser. I syfte att styra vården i en viss riktning och skapa en jämlik och rättvis

vård fastställs också nationella eller regionala mål. Staten utövar dessutom tillsyn över verksamheten.

Från regionernas perspektiv skapar den statliga styrningen problem genom att den lägger sig i det kommunala självstyret.

Exempel där statens styrning försvårar för regionen är att:

- Staten försöker styra verksamheter som tillhör kommunalt ansvar och som är svårstyrda därför att de omfattar stora inslag av verkställighet, d v s hälso- och sjukvård
- Formerna för styrning är många, olika, överlappande och framför allt tidsbegränsade till två eller tre år.
- Någon strategi för hur styrningen växer fram inte finns

I samband med en diskussion om styrning är det också viktigt att beakta sådana faktorer som påverkar efterfrågan, t ex existerande utbud och avstånd till vårdinrättningar (jmf tidigare avsnitt) samt satsning på att korta köer till behandlingar. Om bara efterfrågan eller ekonomi tillåts styra i allt för hög grad ökar risken för att människor med lägre vårdbehov prioriteras före personer med större vårdbehov.

På regionnivå är hälso- och sjukvården en verksamhet som av tradition har varit svår att styra. Regionerna har därför, inte minst under slutet av 1900-talet, prövat olika styrsystem med blandade resultat. Anledningarna till svårigheten att hitta lämpliga styrsystem är flera. En är att hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet med ett flertal olika dimensioner som måste beaktas. De styrsystem som finns har ofta sin förebild i system för ekonomistyrning inom det privata näringslivet, inte sällan med utgångspunkt i New Public Management, och tar därmed inte tillräcklig hänsyn till de särskilda faktorer som är väsentliga för hälso- och sjukvården. Efter initiativ från i en statlig utredning har det funnits en strävan mot att introducera ”tillitsbaserad styrning” som ett alternativ. En

uppföljning av tillämpningen av tillitsbase-
rad styrning visar att denna inte fått något
större genomslag i den politiska styr-
ningen.

Ett skäl till svårigheten att få genomslag av
olika styrmodeller är att hälso- och sjuk-
vårdens huvudsakliga innehåll uppstår i
mötet mellan vårdpersonalen och patien-
ten, vilket innebär att vården i stor ut-
sträckning handlar om verkställighet utförd
av den medicinska professionen. Det fak-
tiska innehållet i denna vårdgivande verk-
samhet kan och skall inte styras politiskt.
Detta styrs i stället i stor utsträckning via
vetenskap och beprövad erfarenhet, riktlin-
jer och anvisningar från Socialstyrelsen
e t c.

Oavsett tillämpad styrmodell är det av stor
betydelse att styrsystemet innefattar hela
den samlade styrningen i form av bl a eko-
nomisk styrning, personalpolitik, miljöhän-
syn o s v. Dessutom skall den baseras på
samverkan mellan den politiska ledningen,
tjänstemannaledningen (administrationen)
och den medicinska professionen i huvud-
sak företrädd av läkarkåren. Utöver detta
måste styrmodellen uppfattas som legitim
av alla berörda, vilket kan vara svårt att
uppnå om det i grunden finns ouppklarade
intressekonflikter mellan de skilda par-
terna.

Under 2021 har regionfullmäktige fastlagt
en ny policy för styrning och ledning av
verksamheten. Policyn utgör ett ramverk
och ska tillämpas av samtliga verksam-
heter. Policyn baseras på fyra delar som
omfattar

- **Organisation och ansvar.** Tydlig-
gör övergripande ansvarsfördelning
i regionen
- **Styrande dokument.** Regionens
styrande dokument ska styra och
leda verksamheten samt beskriva
hur den ska bedrivas och utvecklas.
- **Styrmodell.** Beskriver regionens
styrmodell med utgångspunkt i in-
tern styrning- och kontroll (baserat
bl a på COSO:s ramverk), mål- och
resultatstyrning, uppdragsstyrning,
ekonomi-styrning, verksamhets-
styrning, beställarstyrning via avtal

samt styrning av verksamhet som
bedrivs i annan form.

- **Ledningsprocess.** Beskriver syste-
matiken för att planera, genomföra,
följa upp och agera/åtgärda i verk-
samheten.

Erfarenheten från andra organisationer vi-
sar att det kan ta lång tid, ibland upp till 10
år, innan ett nytt styrsystem kan sägas fun-
gera på ett tillfredställande sätt.

En förutsättning för en ändamålsenlig och
effektiv styrning och ledning av en organi-
sation som hälso- och sjukvården är att det
finns ett utvecklat ledningssystem. I vårt
granskningsarbete har vi kunnat konstatera
att de antagna styrprinciperna kan utgöra
en bra grund för införandet av ett lednings-
system men att principerna i sig inte är ett
ledningssystem. Vad avser den delen av
policyn som gäller styrande dokument har
vi i våra granskningar också uppmärksam-
mat att dess ibland inte är uppdaterade eller
aktuella.

Ekonomi som styrinstrument

I regionens styrning och ledning av hälso-
och sjukvården intar den del som utgörs av
ekonomistyrning en särställning. Olika
verksamheter formas i stor utsträckning ef-
ter de ekonomiska incitament som gäller
för verksamheten. I regionens ekonomi-
styrning är budgeten medlet att uppnå en
fungerande styrning. Budgeten i sig är
dock ett svagt styrmedel, som exempel in-
dikerar underskott i hälso- och sjukvården
att budgeten inte alltid uppfattas som nå-
gon restriktion för verksamheten, utan i
stället kanske främst som ett redovisnings-
instrument. En, bland flera, anledningar till
svårigheten med budgetstyrning kan vara
en avsaknad av belöningar eller fördelar
(incitament) i det sätt på vilken budgeten
kanaliseras till hälso- och sjukvårdsorgani-
sationen. Budgeten kan t ex kanaliseras ge-
nom traditionell anslagsbaserad budget-
styrning, utan inslag av särskilda fördelar.
Ersättning kan också baseras på t ex kapi-
tering, per besök eller vara målbaserat.
Oavsett vald metod är fördelningen av
budgeten en komplex frågeställning där
samtliga modeller leder till konsekvenser
som kan kritiseras på ett eller annat sätt.

Oberoende av vald modell för att skapa incitament i kanaliseringen av budgeten kvarstår det faktum att regionen, så länge verksamheten bedrivs i egen regi, själv drabbas av uppkomna underskott eller andra avvikelser i verksamheten. Härigenom kan styrmodellerna så att säga få sitt största genomslag i relation till externa utövare genom att regionen som organisation bär ansvar för sina egna underskott men inte för andra juridiska personer, t ex privata företags, underskott. Jmf t ex vårdvalet i primärvården (se kapitlet om Hälso- och sjukvård) vilket förutsätter en finansieringsmodell som är likvärdig oavsett i vilken form verksamheten bedrivs. Mot bakgrund av frågans komplexitet kan dock fördelningsmodellen, om den inte är lämpligt utformad, motverka effektiviteten i hälso- och sjukvården. Region Dalarna har härvid en begränsad erfarenhet av alternativa driftlösningar som kan användas som referensram utöver den konkurrensutsättning av BUP som genomförts. Effekterna av konkurrensutsättningen av BUP är hitintills inte fullständigt belysta men kan ha medverkat till att regionen f n har väsentligt kortare väntetid till nybesök.

Politiskt ledarskap och ansvarstagande

En nationellt präglad bild av det politiska ledarskapet i regionerna visar att de förtroendevalda lyfter upp prioriterade grupper utan hänsyn till ekonomiska konsekvenser, och därför sällan eller aldrig på motsvarande sätt tonar ned andra grupper. Indirekt sker ransonering istället genom fördelningen av resurser mellan olika verksamheter. Men eftersom det i praktiken sker avvikelser från lagda budgetar fungerar inte heller denna form av styrning. Man skulle kunna säga att hälso- och sjukvården i viss utsträckning styr sig själv och de förtroendevaldas roll reduceras till att finansiera de kostnader som i praktiken uppkommer.

I regionen utövas det dagliga politiska ledarskapet av de förtroendevalda i styrelser och nämnder. Ett centralt begrepp för detta ledarskap är ansvar. Med undantag av det

medicinska ansvaret, vilar formellt allt ansvar på de förtroendevalda. Ansvaret är kollektivt i så måtto att lagstiftningen inte tillämpar begreppen majoritet och opposition. Alla i en nämnd eller styrelse har ett lika stort ansvar och skall därmed också ha samma förutsättningar att ta detta ansvar.

Starka hinder mot beslut i avsikt att spara, omfördela eller försämra finns också inbyggt i det politiska systemet. Den lokala opinionen bestraffar ofta ekonomiskt ansvarstagande om det uppfattas som ett förändrat utbud av sjukvård. Som exempel har sjukhusen stor betydelse för den lokala arbetsmarknaden genom att ofta vara en Orts största arbetsplats. Beslut om ransoneringskräver därför särskilda förutsättningar inom hälso- och sjukvårdens organisation för att kunna förverkligas och bli varaktiga.

Av stor vikt för det politiska ledarskapet är att den stödjande tjänstemannaorganisationen (bl a administrationen) är lojal med styrelsen och tillhandahåller oväldiga beslutsunderlag av hög kvalitet. Traditionellt finns dock en ”gråzon” mellan det politiska ansvaret och tjänstemannaansvaret som måste beaktas. Även ansvarsfördelningen mellan det politiska ledarskapet och den medicinska professionen, främst representerad av läkarkåren, måste uppmärksammas. Inom den medicinska professionen har en vanlig uppfattning varit *”att förtroendevalda har svårt att hålla sig borta från produktionsprocessen och att de lägger sig i detaljer”* Ds 2005:7.

Våra granskningar har tidigare visat på problem inom de angivna områdena inom Region Dalarna. Under senare år har vi uppmärksammat att problemen reducerats och börjat ersättas av en ökad samsyn mellan de olika politiska blocken och mellan olika organisatoriska nivåer. Vi har också observerat en i vissa fall tydligare gränsdragning mellan politik och tjänstemannaorganisation. Det är av stor vikt för regionen att denna utveckling tillåts fortsätta.

Ansvaret för styrningen av hälso- och sjukvården vilar på hälso- och sjukvårdsnämnden som har en central betydelse för utvecklingen inom hälso- och sjukvården. En

ny policy (se ovan) för styrning- och ledning har också fastställts. Svaga styrsignaler från den politiska ledningen ut i organisationen kan annars leda till att den professionella organisationen inte får tillräckligt förtroende för den politiska ledningen. Även faktiska eller upplevda oklarheter i ansvarsfördelningen kan leda till bristande förtroende för den politiska ledningen.

Val av förändringsstrategi

Kraven på regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden är höga, inte minst i tider med svag ekonomi, vilket ställer stora krav på förändring och förnyelse. Styrelsen kan i huvudsak välja mellan tre olika förändringsstrategier, nämligen:

- Generella besparingar i organisationen (sparbeting)
- att effektivisera i den befintliga organisationen genom att driva utvecklingsprocesser, identifiera omotiverade kostnadsskillnader osv.
- att förändra de organisatoriska strukturerna och ransonera utbudet av vård

Strategin med generella besparingar innebär att den demokratiskt valda ledningen i huvudsak ställer sig utanför förändringarna och i stället ställer krav på förvaltningsorganisationen att denna ska genomföra besparingar och rationaliseringar. Exempel på denna strategi är återkommande ”sparpaket” som ska utarbetas av förvaltningsorganisationen och där den demokratiskt valda ledningen t ex förbehåller sig en vetorätt mot åtgärder som t ex påverkar sjukvårdsstrukturen. De båda sistnämnda strategierna kräver däremot att den politiska ledningen tar en mer aktiv del i att driva förändringarna. Med förändring och utveckling av processer menar vi i detta sammanhang utveckling av vårdens interna arbets sätt. Detta kan avse frågor och synsätt kring flödet av patienter genom organisationen, remissrutiner, samverkan internt i organisationen och med externa huvudmän o s v. Med förändringar i strukturen avser vi t ex avvägningar och ställningstaganden kring att driva verksamheter i egen regi eller köpta tjänster externt, lokalisering av

utbudspunkter e t c. De åtgärdsprogram som bedrivits under senare år har ökade inslag av de båda sistnämnda strategierna.

Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdens särart och den medicinska professionens ansvar bör det politiska beslutsfattandet i huvudsak vara inriktat mot övergripande strukturfrågor angående dimensionering, lokalisering, organisation, tjänstetillsättning och liknande (jmf strukturnivå och systemnivå ovan). Även om strukturbeslut naturligtvis har en starkt styrande effekt, så bör de inte styra detaljerna i hälso- och sjukvården. En viktig uppgift för de förtroendevalda i detta sammanhang är bl a en väl fungerande omvärldsbevakning.

Ledarskap i organisationen

Att i dagens samhälle arbeta som ledare i en organisation ställer stora krav på kunskap om verksamheten, kunskaper i ekonomi och administration, lojalitet, social kompetens o s v. Ett modernt ledarskap har alltmer utvecklats till en egen, och mycket kvalificerad, profession där t ex en speciell annan yrkesutbildning inte utgör någon garanti för lyckat ledarskap. I olika sammanhang har vi i vårt granskningsarbete observerat betydelsen av ett väl fungerande ledarskap för att åstadkomma en effektiv och väl fungerande verksamhet.

Ett påtagligt problem med ledarskapet i hälso- och sjukvården har varit att det till den medicinska professionens värderingar ofta ”hör att inte betrakta ledarskapet som en profession i sig” (Ds 2005:7). Detta gör att personalen inte alltid respekterar den formella ansvarsfördelningen, vilket kan medföra att utformningen av sjukvårdssystemet ses som en utvidgning av det medicinska ansvaret och inte en fråga för politiken och den administrativa ledningen. Denna problembild kan också uttryckas på så sätt att hälso- och sjukvården karaktäriseras av att vara kunskapsdriven när det gäller den medicinska professionen, men att den inte alltid tillämpar den kunskap som finns i samhället (eller i regionen som helhet) när det

gäller t ex ekonomistyrning och organisationsuppbyggnad. Ett framgångsrikt ledarskap förutsätter tydlighet i styrningen och ett konsekvent agerande från uppdragsgivaren. Styrsignalerna från det politiska ledarskapet i Region Dalarna har tidigare varit svaga och tydligt fokuserat mot ekonomistyrning (sparpaket) samtidigt som den politiska ledningen förbehöll sig ”en politisk vetorätt” som ytterligare medverkade till att försvåra förutsättningarna för ledarskapet. Styrsignalerna har dock succesivt blivit tydligare.

Lojalitet

Bland de krav som ställs på ett fungerande ledarskap intar begreppet ”lojalitet” en särställning. Om de som har ledande befattningar inte är lojala mot organisationen och de beslut (exempelvis budgeten) som fattats saknas också förutsättningen att utöva ledarskapet. Ett lojalt ledarskap förutsätter i sin tur att närmast överordnande ledningsnivåer utövar sitt ledarskap på ett likaledes lojalt, men också öppet och lyhört sätt. Inom hälso- och sjukvården finns dock konkurrerande lojaliteter. Detta har bl a uttryckts genom *”Utmärkande för den medicinska professionen är lång utbildning, ofta specialisering, och lång praktisk erfarenhet. Arbetet präglas av patientorienterad yrkesetik och personalens lojalitet är starkt knuten till yrkesrollen”* (Ds 2005.7 sid 46)

När denna lojalitetskonflikt gör sig gällande bland ledare i regionen kan detta leda till konsekvenser som t ex ineffektivitet i verksamheten och budgetöverskridanden samt stora svårigheter att styra verksamheten.

Ansvarsutkrävande

En fungerande styrning och ledning förutsätter att ledningen, i alla led, har förmåga att utkräva ansvar av underställda ledare/personal när detta är befogat. Detta förutsätter dels att berörda ledare haft de faktiska befogenheter som krävts för att åstadkomma efterfrågat resultat, dels att resultatet varit tydligt formulerat redan från början.

Den medicinska professionens makt och inflytande

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara behovsstyrd och uppfylla krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. I lagstiftningen finns regler för behörigheter och legitimation. Tillsammans gör detta, enligt Statskontoret, att det är den medicinska professionen som i allt väsentligt avgör verksamheternas innehåll genom diagnoser och de behandlingarna m m som utförs vid eller i anslutning till kontakter med den enskilde individen.

Uppdelningen i medicinska specialiteter och professionella revir försvårar möjligheten att åstadkomma en vård som anpassas efter befolkningens och patientens behov och förväntningar, trots att patienternas rent medicinska behov i står i centrum för verksamheten. Sjukvården kan härigenom sägas ha generellt dålig ”kundorientering”, bestå av starka professionella kulturer och vara starkt specialiserad samt ha en komplex organisationsstruktur utgående från ett inifrånperspektiv.

Krav och önskemål från den politiska ledningen och högre chefer har liten påverkan på professionella drivkrafter i hälso- och sjukvården och därmed också på strukturer och resursfördelning. Detta beror på sjukvårdens stora kunskapsinnehåll, grundmurade professionella förhållningssätt och att det i det dagliga vårdarbetet finns starka känslor förknippade med liv och död. De viktigaste professionella drivkrafterna är specialisering och fördjupning, vilket främjat investeringar i specialistvård och ökad fragmentering av verksamheten. Detta kan exemplifieras genom att den specialisttunga sjukhusvården i Sverige i jämförelse med många andra nationer är stor. Sammansatta problem hos patienter har härigenom hamnat på undantag, sjukdomar och besvär som inte tydligt kan avgränsas och definieras och som kräver insatser från olika håll har fått låg status. I mer än 50 år har det funnits en strävan att förskjuta tyngdpunkten från slutenvården till öppenvården. 2018 gjordes t ex en förändring i lagstiftningen baserade på utredningen ”Nära vård”. Effekterna av beslutet har dock hitintills varit begränsade enligt den uppföljning som Myndigheten för vård och

omsorgsanslys genomfört (Rapport 2025:1). Våra granskningar bekräftar att åtgärder vidtagits men att någon omfattande tyngdpunktsförskjutning ännu inte kommit till stånd.

Personal- och kompetensförsörjning

Genom kommande pensionsavgångar och ökande kompetenskrav finns risk för framtida kompetensbrist inom vårdprofessionerna. Detta problem tydliggörs än mer då hänsyn tas till att nationella bedömningar av tillgången till läkare, sjuksköterskor e t c. indikerar att dessa utgör framtida briststyrken. Tillgången på människor med rätt utbildning och erfarenhet för arbete i hälso- och sjukvården kan härigenom bli knapp. Största utmaningen förväntas i skogslänen.

Bristen på läkare är sedan länge en realitet inom primärvården och inom delar av den specialiserade vården, samma förhållande gäller också andra yrkesgrupper som t ex vissa sjuksköterskegrupper. Framför allt bristen på läkare och sjuksköterskor kompliceras ytterligare när den rådande subspecialiseringen inom yrkeskåren beaktas. Flera bedömare anser att den nuvarande bristen måste betraktas som bestående. I och med den konkurrens om arbetskraften detta innebär kommer det därför att krävas ett bättre utnyttjande av kvalificerad personal. För att klara detta krävs nya arbetssätt, t ex ökade inslag av processstyrning, samordning av resurser, ökade möjligheter till specialisering och flytt av uppgifter från briststyrken till andra grupper. Ett sätt att möta utvecklingen har bl a varit konceptet vårdnära service som syftat till att avlasta vårdpersonal sådana uppgifter som kan utföras av annan personal. Effekterna av konceptet har dock varit svåra att ”räkna hem” ekonomiskt varför konceptet delvis avvecklats i Region Dalarna. Ny teknik kan också medverka till att bryta ner professionella gränser som hindrar att kompetens utnyttjas där den bäst behövs. Samtidigt involveras också nya kompetensområden i vården. T ex IT-kompetens.

Centralisering av verksamheter kan innebära en risk för att färre uppnår och upprätthåller kompetens inom ett sakområde. Kunskapsöverföring mellan specialiserad och mer allmän vård måste därför säkerställas. Ledning och styrning av samverkan och kunskapsöverföring sker till allra största delen inom ramen för den medicinska professionens arbete. Formerna för detta behöver utvecklas.

Behov av och möjligheter till utveckling och förändring

Ställt i relation till regionens förväntade långsiktiga ekonomiska utveckling och problembilder i övrigt, t ex tillgänglighet, bemötande, personalbrist e t c. är behoven av utveckling och förändring mycket stora.

Utveckling och förändringar pågår också ständigt i hälso- och sjukvården. En sortering av pågående förändringsarbeten kan t ex vara en uppdelning mellan yttre och inre förändringar. De yttre utgörs av strukturella och organisatoriska förändringar, t ex antal vårdcentraler, för vilka den politiska ledningen har ett långtgående ansvar (jmf strukturnivån ovan). De inre utgörs av interna förändringsprocesser som ofta handlar om effektivisering och egna rutiner (jmf behandlings, klinik och processnivåerna ovan). Den verkliga potentialen för en effektivisering av hälso- och sjukvården ligger inom ledning och styrning på främst process- och strukturnivå. Emellertid ligger ofta ett dominerande fokus, från alla ledningsnivåer, på behandlings- och kliniknivåerna. Skall en tillfredställande effektivitet kunna uppnås är därför en påtaglig tyngdpunktsförskjutning nödvändig. I den nuvarande utvecklingen inom hälso- och sjukvården riktas också alltmer fokus mot hälso- och sjukvårdens processer vilka måste förändras för att kunna tillmötesgå olika krav på verksamheten i form av såväl patientnytta som medicinsk kvalitet och en kostnadseffektiv verksamhet. De processinriktade arbetssätt som används kan ha olika namn som t ex Lean production, Genombrott eller Bättre mottagning.

I regeringens LEV-rapport ”Empati och high tech” uttrycks behovet av förändringar som *”Att det krävs antagligen en större revolution av hur vi styr och hanterar vård och omsorg, än vad förändringen blir för många i den kliniska vardagen”*

Allt förändringsarbete förutsätter en väl fungerande samverkan och ett starkt förtroende mellan organisationens olika nivåer. I Region Dalarna har funnits brister i detta förtroende. Så har t ex funnits en uppfattning om att politiskt fattade beslut inte alltid åtföljts i organisationen och att detta skett fullt medvetet. Senare års organisatoriska förändringar synes dock ha påverkat förtroendet i positiv riktning.

Den medicinska professionens acceptans

Utifrån styrnings och ledningsperspektiv utgör den medicinska professionen en central yrkesgrupp. Som exempel intar läkarkåren en särställning genom att denna beslutar om, verkställer och avslutar behandlingar. Läkares bedömningar skapar stora delar av övriga anställdas arbetsuppgifter. Förändringar som tros äventyra relationen mellan läkare och patienter har små chanser att kunna genomdrivas. Omfattande förändringar kan dock ske om läkarkåren understödjer förändringarna och dessa påverkar organisationen och inte förutsättningarna för den medicinska bedömningen.



Den offentliga hälso- och sjukvården är en demokratiskt styrd verksamhet. För att demokratin ska fungera förutsätts att organisation kan upprätta och vidmakthålla såväl legitimitet som förtroende bland medborgarna. Detta ställer stora krav på både de folkvalda i fullmäktige och på de beredande organen, dvs styrelser och nämnder i relation till fullmäktige men också arbetsutskott, beredningsgrupper, förvaltningsorganisationen etc. i förhållande till styrelsen. I detta kapitel definierar vi begreppen legitimitet och förtroende samt resonerar kring olika förhållanden kopplat till dessa.

Legitimitet

Med legitimitet menas medborgarnas uppfattning om det rättmätiga i regionen verksamhet. Gör regionen rätt saker eller ägnar man sig åt sådant som ligget vid sidan av den egentliga uppgiften. Skattefinansieringen medför att medborgarna kräver att regionen har legitim rätt att ägna sig åt det man lägger pengar på.

Exempel på legitimitetsskadande aktiviteter är:

- Avsaknad av ansvar för den verksamhet man är vald att leda genom ifrågasättande av verksamheten eller användning av den politiska arenan för andra syften än att leda hälso- och sjukvården
- En offentlig debatt som undervärderar, bortförklarar eller t o m förnekar de problembilder som medborgaren upplever som påtagliga.
- Oförmåga att från regionen som organisation på ett öppet sätt hantera den kritik som gäller dåligt bemötande, kvalitetsbrister, dålig tillgänglighet etc.
- Anställdas agerande via t ex massmedia i syfte att uppnå egna mål

I nämnder och styrelsernas verksamhet återfinns olika faktorer som påverkar legitimiteten för de förtroendevalda. Exempel på sådana faktorer är bilden den förtroendevalde har av sin roll, synen på medborgarperspektivet och kommunikationen med medborgarna och organisationen, den demokratiska kulturen, det använda språket och de använda begreppen samt den demokratiska styrningen. Den sista faktorn behandlas separat i ett eget kapitel.

Rollen som förtroendevald

Den bild en förtroendevald i en nämnd eller styrelse har av sin roll återspeglar den bild man ger sin omgivning. Ett exempel utgörs av begreppet "medborgarföreträdare" som ger en bild av att man representerar medborgaren, eller en del av länet, i förhållande till någon annan part eller organisation. Så är dock inte fallet. Den representativa demokratin utgår från att man är vald som representant för medborgarna för att genom en organisation, i detta fall regionen, ansvara för en del av de offentliga åtagandena. Detta innebär att den förtroendevalde "är" medborgarna, inte endast en företrädare för dessa. Ett annat exempel är begreppet beställare som kan användas inom organisationer som upphandlar verksamhet på en öppen och konkurrensutsatt marknad. Region Dalarnas sjukvård drivs däremot huvudsakligen i egen regi, varför

begreppet är illa valt. Det kan dock användas om man har en medveten ideologisk strävan att regionen skall bli en beställare av tjänster på en öppen marknad.

Medborgarperspektiv samt dialog med medborgare och organisation

En central del i de förtroendevaldas uppgift är dialogen med medborgarna. Denna är avgörande för om det demokratiska systemet skall kunna fullfölja och utveckla sitt uppdrag att styra hälso- och sjukvården. De förändringar som kan företas i framtiden skall i stor utsträckning ske i demokratiskt valda fora. Om åtgärderna ska förstås och accepteras förutsätter detta en fungerande dialog med såväl medborgarna som den egna förvaltningsorganisationen. Avsaknad av sådan dialog kan leda till att det uppstår debatter som ligger vid sidan av de egentliga frågeställningarna. Medborgarna kan inte förväntas ha kunskaper om hur vården organisatoriskt fungerar, därför måste dialogen vara extra tydlig samt strukturerad utifrån medborgarnas situation.

Det är också av vikt att beakta vilken typ av frågor som lämpar sig för medborgardialoger. SKR har i en rapport pekat på en systematik för detta ändamål. I samma rapport lämnas också exempel på olika lyckade exempel på medborgardialoger.

Idag hanteras dialogen med medborgarna främst via det traditionella partiarbetet vilket ligger utanför denna analys. I Region Dalarnas organisation finns dock olika "institutioner" som också har till särskild uppgift att hantera dialogen.

Dialogen förutsätter också att såväl de förtroendevalda som förvaltningsorganisationen förhåller sig till begreppet "medborgarperspektiv". Emellertid är uttolkningen av begreppet inte självskriven. Det finns flera olika medborgarperspektiv som kan användas.

- Medborgarrollen utifrån ett synsätt som tar sin utgångspunkt i medborgaren som väljare. I detta synsätt deltar inte medborgaren i formandet av vården eller verksamheten utan konsumerar bara verkställandet av detsamma.

- Medborgarrollen skapad utifrån ett synsätt baserat på vilken grupp den enskilde medborgaren valt att tillhöra (t ex småbarnsförälder, miljö-kämpe, handikappad eller pensionär). Medborgaren deltar i utformningen av vården genom deltagande i dessa grupper och är en mer aktiv servicemottagare än enbart konsument, eftersom man ger feedback på den service man får.
- Medborgarrollen utifrån ett synsätt där demokratin är med folket. Demokratin skapar i detta synsätt andra fora där medborgaren på många olika sätt deltar i formandet av verksamheten. Medborgaren är inte bara aktiva servicemottagare utan deltar också i behovsanpassningen av service till olika grupper

I delar av hälso- och sjukvården finns också risk att begreppet medborgarperspektiv sammanblandas med begreppet patientperspektiv.

Demokratisk kultur

I en demokratisk organisation är beslutsvägar och beslutsnivåer formellt fastlagda genom såväl lagstiftning som interna styrdokument. Är beslutsvägarna oklara riskerar besluten att flytta från de offentliga arenorna till slutna rum. Även bildandet av nya samarbetsorgan, arbetsgrupper e t c. med ibland otydliga uppdrag förstärker denna risk. De beslut som fattas formuleras ibland på ett sätt som försvårar medborgarnas möjlighet att förstå innebörden.

Ett annat utslag av den demokratiska kultur som rått i Dalarna, så som det uttrycktes i en äldre granskning av styrmodeller i dåvarande landstinget, var att "*umgänget mellan de olika aktörerna inom systemet kännetecknas av stort avstånd*" och "*samförståndstradition saknas. Intrycket är istället att det är konfrontation som gäller efter beredningsarbetet och när beslut ska tas*". Konsekvenserna av en sådan kultur kan, enl Ds 2005:7, ge utslag i t ex styrelsens handlingsförmåga. "*Råder stor oenighet mellan de politiska blocken leder detta inte sällan till oro, handlingsförlamning eller*

uppgivenhet. Drastiska verksamhetsförändringar vid majoritetsskiftet kan bli dyra för medborgarna.

I olika sammanhang har framhållits att en förklaring till att vissa kommuner lyckats vända sin utveckling är delaktighet, helhetssyn och informationsspridning i förändrings- och besparingsarbetet samt ett förbättrat administrativt och politiskt samarbete. Andra framgångsfaktorer har bl a varit en mer realistisk syn på omvärldsförändringar, liksom att kommunerna i högre grad förklarat sina problem med egna påverkbara faktorer istället för opåverkbara yttre faktorer. Vi har under senaste åren också sett ett ökande inslag av sådana förhållanden i regionen vilket innebär att den tidigare rådande kulturen kan vara på väg att brytas ned.

Det använda språket och de använda begreppen

Såväl förtroendevalda som anställda använder ibland begrepp som kan tolkas på olika sätt. Exempel som kan leda till missuppfattningar är tillgänglighet, köer och närsjukvård samt, som nämnts ovan, begreppet medborgarperspektiv.

Ett närliggande förhållande är det allmänna språkbruket inom hälso- och sjukvården där användandet av facktermer som t ex "onkologi", "obstetrik" och "thorax" markerar ett avstånd till den vanliga medborgaren.

En illustration av problematiken med det använda språket tydliggörs i mötet mellan etik och ekonomi i hälso- och sjukvården. I avhandlingen "moralisk ekonomi i sjukvården" av Carl-Åke Elmersjö (Stockholms universitet 2003) hävdas att det förekommer tolkningsskillnader vid användningen av de båda begreppen som starkt anknyter till olika organisationsnivåer och till olika yrkeskategorier i organisationen. Skillnaderna är av den graden att de kan påverka såväl synen på vården som synen på vårdens organisation och ledning.

Förtroende

Med förtroende menas om regionen, i medborgarens ögon, är tillräckligt effektivt när det gäller såväl ekonomi som service och håller hög kvalitet i direkt patientrelaterade sammanhang. Hit räknas t ex medborgarnas tilltro till styrelser och nämnders förmåga att hantera verkliga eller upplevda problem i hälso- och sjukvården. Förtroendet grundas ytterst på att medborgarna förväntar sig att få nytta av de politiska besluten och de skattemedel som förs in i verksamheten. Legitimitet kan fås genom noggrann tillämpning av ett fungerande organisatoriskt system, medan förtroende endast kan förvärfvas genom långvarigt och i medborgarnas ögon klokt agerande.

Exempel på förtroendeskadande aktiviteter är:

- Otydliga eller dåligt underbyggda beslut, t ex i syfte att visa politisk handlingskraft, som i praktiken inte är möjliga att verkställa.
- Bristande intern kontroll, t ex avsaknad av kontroll över anställdas bisysslor, attester inom personalområdet, ekonomisk utveckling etc. samt oförmåga att agera i de fall den interna kontrollen visar på brister.
- Negativ eller ifrågasättande publicitet som regionen får. Bilden av regionen och dess företrädare skapas i hög grad av massmedia. Avsaknad av tillräcklig kunskap om massmediakontakter, och dåligt utvecklade rutiner för sådana, medverkar till denna, ibland negativa, bild.
- De förtroendevaldas bristande inflytande över hälso- och sjukvården.