



Till: Svenska Läkaresällskapet

Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande SOU 2025:62

Utredningen innehåller många delar, och inom Svensk Kirurgisk Förening finns ett stort spann av åsikter, varför vi avstår från att kommentera just frågan om helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Vi kan dock konstatera att utredningen tämligen grundligt tittat på förutsättningar och risker. Kommitténs förslag om statsbidrag, normering och tillståndsplikt välkomnar vi.

Från Svensk Kirurgisk Förenings styrelse vill vi dock framföra för oss viktiga frågor, som endast berörts.

1) Organisation av vården, speciellt kirurgisk vård

I utredningen nämns möjligheterna till en statlig organisation där denna delas in i sex regioner med ett regionalt ansvar, för att ge praktiska förutsättningar att styra vården. Vi förstår att utredningen inte haft mandatet att utreda en annan regional indelning än idag, men tycker detta är olyckligt. Vi är förstås väl medvetna om den tidigare utredning om färre regioner som gjorts.

2) Konsekvenser av centralisering för kirurgisk vård och kompetensförsörjning

För kirurgin har vården förändrats mycket det senaste decenniet. En stor andel av vården har blivit regionalt centraliserad, en mindre del nationellt. Detta har lett till utmaningar för kompetensförsörjning, akutsjukvård och ekonomi. I praktiken bestämmer inte regionerna själva längre över vilken kirurgisk vård de kan tillhandahålla. Beslut om nivåstrukturering tas i supraregionala grupper (t ex via RCC och kunskapsstyrningsorganisationen), som regionerna ser sig nödgade att följa, även om de i teorin har självbestämmande. I praktiken följs dock besluten. Detta i sig är inte utmaningen, viss vård ska koncentreras, även om vissa beslut kan ifrågasättas.

Men en utmaning är att de mindre regioner som "blir av" med avancerad vård får hantera stora konsekvenser. Förlusten av avancerad kirurgi gör att det är svårare att upprätthålla kompetens och att utbilda nästa generation kirurger. I större utsträckning måste sidotjänstgöringar ske på större sjukhus, något som alltid sker på den mindre regionens bekostnad och förlust av tillgängliga resurser under den aktuella perioden. Det innebär också utmaningar att upprätthålla basal sjukvård av god kvalitet, då tjänsterna inom mindre regioner blir mindre attraktiva, och att underlaget för att upprätthålla en fungerande verksamhet utmanas. I teorin skulle detta kunna kompenseras av ett omvänt vårdflöde av mindre avancerad vård, men i praktiken sker detta mycket sällan. Avsaknad av samordning mellan regionerna gör också att mycket dubbelarbete sker.

Parallellt med centralisering av sällanvård behöver förutsättningar, modell och kravspecifikation för en likvärdig akutsjukvård, inte minst för kirurgiska åkommor, adresseras. Den frågan är brådskande såväl för svensk vardagsjukvård som i beredskapshänseende och förtjänar nationell uppmärksamhet.



3) Ekonomiska ersättningssystem och transregional centralisering

De ekonomiska ersättningssystemen inte välfungerande. Utöver ökade kostnader för transport och boende från egen region som får sin vård i annan region är de mindre regionerna bundna till regionsjukhus där överenskommelsen är att regionsjukhuset ska få full kostnadstäckning för den vård som utförs. Å ena sidan är det rimligt, regionsjukhusen ska förstås inte förlora på att ge avancerad vård, men det finns då inga incitament till effektiv vård. Man har förenklat bundit sig till ett avtal med en säljare, och efterfrågar priset för varan i efterhand. Skillnaderna för vad priserna är inom de olika sjukvårdsregionerna för samma åtgärd skiljer sig också förvånansvärt mycket, där Stockholm och Västra Götaland med närmast överlappande regionalt och sjukvårdsregionalt ansvar verkar ligga lägre.

Ansvar och befogenheter bör vara kopplat i så stor utsträckning som möjligt för högkvalitativ och effektiv vård, om vården inte är konkurrensutsatt. Idag saknas detta för en väsentlig del av den kirurgiska vården enligt ovanstående resonemang. Situationen kan ge ekonomiska incitament för vissa regioner som bidrar till ökade kostnader och sämre kvalitet för vården i landet som helhet.

4) Organisation bör följa vårdflöde

En rimlig lösning för den kirurgiska vården, rimligen även för stora delar av övrig vård vore att sjukvårdsregionerna blev sjukvårdshuvudmän i stället för dagens regioner. Dagens sjukvårdsregioner är så stora att de har möjlighet att erbjuda nästan all typ av vård som efterfrågas i landet, den nationella högspecialiserade vården står för en liten del. De har också kapacitet att bygga strukturer för att möta kriser, bekosta avancerad vårdinfrastruktur som helikoptertillgänglighet med mera. Men bara enstaka av dagens regioner har kapacitet att göra detsamma. Inom en sjukvårdsregion skulle man då också behöva ta ansvar för att vården i geografiska områden som idag består av de mindre regionerna inte utarmas på kompetens, kvalitet och kapacitet när viss vård koncentreras. Man skulle också minska de ekonomiska transaktionerna och prisdiskussionerna, vilket minskar en administrativ börda. Samordnad kompetensförsörjningsstrategi i en sjukvårdsregion skulle också ge bättre förutsättningar för framtidens vård.

5) Tydliggörande av politiskt ansvar för vård

Avseende det demokratiska inflytande nämner utredningen sammanblandningen hos befolkningen om statens och regionernas ansvar om vård. Men möjligheten att stärka det demokratiska inflytandet genom att ha separata valdagar för riksdag och region (och kommun) lyfts inte. En sådan lösning skulle definitivt sätta ett helt annat fokus på sjukvården och regionernas roll, öka det demokratiska inflytande på vården och förtydliga var ansvaret för vården ligger. Det skulle troligen också vitalisera den politiska debatten generellt, då fler val som är relevanta för befolkningen ökar ett politiskt engagemang, oavsett om valdeltagandet skulle bli lägre i kommun och regionval (vilket det troligen skulle bli, då det är vanligt att det är så i länder med separata valdagar).

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson
Ordförande Svensk Kirurgisk Förening