



Regeringskansliet

Tal från Socialdepartementet

Tal av socialförsäkringsminister Annika Strandhäll på FN:s högnivåpolitiska forum för hållbar utveckling, 17 juli 2019, New York

Publicerad 18 juli 2019

Excellencies, ministers, colleagues, friends,

I believe that the overarching goal of politics in general – and the 2030 Agenda in particular – is to build a better world for each generation. To advance our children's opportunities to live free from all kinds of violence in safe, sustainable and prosperous societies.

Sweden is well placed to implement the 2030 Agenda. But the fact remains: we still have a lot of work to do in Sweden if we are to achieve the SDGs.

For example, we must work harder to address existing inequalities.

This entails dramatically reducing income disparities and providing equal opportunities for all, including people with disabilities, LGBT persons, minorities and newly arrived immigrants.

We must work harder to achieve equity in health care and provide equal opportunities for lifelong learning throughout our country. We also need to strengthen inclusive and sustainable economic growth that benefits all sections of society.

There is a growing awareness of the urgent need to act – to act now.

Greta Thunberg, an impressive young Swedish climate activist, reminds me of this every Friday as I pass her school strike for climate action outside our Parliament.

The message from our youth is very clear and we need to listen, and we need to act.

To combat climate change we need an unprecedented transformation of the whole society. Sweden's ambition is clear – we want to be the first fossil-free welfare state in the world.

Climate change has devastating effects that are particularly severe in fragile contexts. Climate-related security risks are a major threat to us all, but the poorest are hit the hardest and women are particularly affected. I believe that the Climate Summit in September will be vital for raising our climate ambitions and putting us on a 1.5-degree pathway.

I would also like to take a moment to address two issues close to my heart: universal social protection and gender equality.

Sweden has a long history of a strong welfare system that has been key in building an open and inclusive society. Social protection is a human right and an indispensable tool in the fight against poverty, inequality and social exclusion. Universal social protection, including floors, is key to upholding the principle of leaving no one behind.

In far too many places around the world, we see that women and girls' rights, including sexual and reproductive health and rights, are being pushed back.

The advances we have made, thanks to the efforts of brave women and men, cannot be taken for granted. Gender equality requires will, courage and perseverance.

Dear friends,

It is time to move from plan to action.

In the next implementation cycle, we must do more. We need accelerated action and delivery on the SDGs, in particularly at national and local level. We need to build stronger synergies between the 2030 Agenda, the Paris Agreement and the Addis Ababa Action Agenda.

The world needs a decade of accelerated action and delivery on the SDGs.

Thank you.



Regeringskansliet

Tal från Socialdepartementet

Tal på Vitalis 2018

Publicerad 24 april 2018

Tisdagen den 24 april 2018 Det talade ordet gäller.

Ladies and gentlemen,

Thank you for this opportunity to share with you the Swedish Government's vision for eHealth and digital welfare services.

But first – it is truly a great pleasure to be here in Gothenburg. This is where I come from, where I grew up, and where I started my adult life – in Bergsjön on the outskirts of town. Gothenburg is also where I became a trade union activist.

As some of you know, before I became a government minister in 2014, I was the President of Vision – a trade union for civil servants, social workers, administrators and other public sector groups. One of those groups is medical secretaries.

So when I became Minister of Health, I had already gained some experience in this area – both around the challenges it involves and the opportunities it presents.

Speaking about digital transformation, eHealth and information technology in the Swedish health care sector today is to present a somewhat dual picture.

On the one hand, Sweden has come a long way. We have one of the highest numbers of internet users in the world. We have launched start-ups that have become global brands, such as Spotify and Skype. Both the business and public sectors are embracing the digital transformation.

This is also true of Sweden's health care sector. Almost one hundred per cent of patient records are digital, and the percentage of pharmaceutical

prescriptions through our national, digital system is almost as high.

Sweden has national quality registers that contain vast amounts of data on patient outcomes – vital for research and development.

On the other hand, we can see that the Swedish health care sector does not take full advantage of the opportunities offered by the digital transformation. And we still have problems with system interoperability and systems that could be more user-friendly.

Perhaps one of the most telling examples is that, despite our high degree of digital maturity, the fax machine is still very much in use in our hospitals and health clinics. Patient records are still being printed, faxed and re-digitised in many parts of our country.

This is, quite frankly, absurd.

We are working in several ways to solve this. But the complexity of data sharing and privacy legislation makes the task challenging.

Of course, in many ways, the use of fax machines poses more of a threat to the security of our personal data than more modern digital means of communication, but we need to ensure that the laws we put in place to regulate this are made to last, and are the product of good legal and political craftsmanship.

Unfortunately – or perhaps fortunately in some respects – this is not always easy. Personal integrity and sensitive personal data are subject to extensive and strict safeguards – in Swedish law, in the Swedish Constitution, in European law such as the new GDPR – the General Data Protection Regulation.

I think I just heard a few sighs. I know. This is the hard part of this discussion and this work. However, I am fully convinced that we can have modern and sensible laws on information-sharing in the health and welfare sectors. But it will require effort and expertise. Unfortunately, two of the government eHealth inquiries a few years ago failed on precisely this point. They conducted a sound analysis of the needs of the health care sector, of patients and professionals. But they simply didn't measure up when it came to the legal craftsmanship on personal integrity issues.

This is an issue we are now addressing at the Ministry of Health and Social Affairs. But I will return to this later.

An important point to keep in mind when discussing the Swedish welfare system is that, when it comes to health and social services, we do not have a unified national system. What we have is legislation that provides a national framework for the services – and a very decentralised system.

We have 21 regions and county councils responsible for most of the health care system – including hospitals and primary care centres. We have 290 local municipalities responsible for their social services – including care for older people and people with disabilities – and for a small portion of health care, primarily home care services.

And they are truly responsible, with a high degree of local autonomy – protected in our Constitution.

And on top of that, there are many other relevant actors in the field. We have patient organisations, trade unions and professional associations for health care workers, private tech companies and private health care providers. Just to name a few.

So, you see, I can't simply go around dictating terms and giving orders – however much I might want to in some cases.

The question then is: what do we do when we need to bring all these different actors together?

A few years ago, we made that choice. Together with SALAR – the Swedish Association of Local Authorities and Regions – we decided on a joint vision for our eHealth undertaking.

Being Swedes, we decided on a rather modest vision: we want to be the best in the world – by 2025.

Sweden will be best in the world at using the opportunities offered by digitalisation and eHealth to make it easier for people to achieve good and equal health and welfare, and to develop and strengthen their own resources for increased independence and participation in the life of society.

This vision applies to both our health care sector and social services. I would like to clarify that this vision is not about having the coolest systems in place by 2025. We need cool systems and other digital tools to get there, but our vision is about enhanced health and welfare, independence and

participation.

But such a tool! And such opportunities! Just to name a few:

For patients this means : to be able to interact with the health care system and take part in their own care.

For professional healthcare workers, it means having access to good clinical decision support systems, and efficient systems for accessing and recording patient information.

It also means much better opportunities for following up on medical and patient-reported results at patient level – for the benefit of the individual patient as well as for the development of new treatments and pharmaceuticals.

But a joint vision is not enough to get things rolling in the public sector. We have also adopted a joint action plan for its realisation. In addition, we have set up a joint cooperation organisation with participation from SALAR, the national government and government agencies. We also invite other relevant organisations and companies to take part in our efforts.

The vision and joint action plan comprise three areas of action:
Regulatory framework – here we work to ensure that laws and regulations support development in the sector.

Standards – here we work to ensure that we have technical standards – in line with international technical standards – that promote interoperability.

Then there is the consistent use of terms – or semantic standardisation. Information exchanged in our systems must mean the same regardless of where it comes from.

Different activities are planned for the three action areas. For instance, during the first half of this year, the Government and SALAR are establishing a national forum for eHealth standardisation.

Now, some of you may be thinking: there are a lot of working groups but not much action. That is not the case –for two reasons.

Firstly, aiming to become the best in the world at something is a bit like

trying to build one of the wonders of the ancient world. The question we need to ask ourselves is this: which wonder are we building? Is it the biblical Tower of Babel – reaching high into the sky and impressing the world, but ultimately collapsing. Actually because of the lack of a common language?

Or is it the pyramids – with a huge and robust base still standing many centuries later?

Now, I don't think that Sweden will be able to be the best in the world at eHealth for as long as the pyramids have been standing. But I do think that that they have something to teach us. We need to build a strong foundation before we can reach high into the sky – that is, if we want to build something that will endure. And that foundation is about regulatory frameworks, about technical and semantic standards.

But, of course, building a foundation is not all we are doing. Just a few weeks ago, we presented a Bill to the Swedish Riksdag on the necessary legislation for a national medication list. This list will be a common source of information for medical professionals, pharmacies, and patients containing accurate and updated information on prescribed medications. This will help, for example, to prevent harmful combinations of drugs prescribed by different doctors. The national medication list is originally a proposal from one of the government inquiries I mentioned earlier – and a good example of what needs to be done to ensure modern and appropriate legislation.

Here, some of our best civil servants took the previous proposal, which did not meet the standards on issues of personal integrity, and worked long and hard on it. Doing the necessary legal craftsmanship. And now we have a Bill before parliament that we are sure does meet the necessary standards.

Of course, there is more to building a national medication list than legislation. The Swedish eHealth Agency has also been tasked with building the actual system.

Our Government is investing heavily in the welfare sector. –billions of Swedish kronor every year. EHealth is a key part of this effort. A couple of hundred million are earmarked, mostly for our quality registers, a couple of billion are investments that allow county councils the choice to use their funding for eHealth solutions.

And just last week, in the spring budget, a SEK 350 million investment was announced in welfare technology for the elderly care sector. Digital transformation is naturally also a central part of the Government's efforts in the life sciences area.

On a final note, this is an election year. As I see it, the role of digital transformation in health care and social services should be part of the election debate. Not primarily for its own sake, but because it can offer solutions to many of the challenges we are discussing.

And it is those challenges and solutions you are here to discuss. The unfortunate thing about being a government minister is that I rarely get to attend the most interesting parts of conferences like these. I am very envious of you being able to take part in discussions and seminars over next few days that are sure to be inspiring.

Thank you.

Tal från Socialdepartementet

Tal av Annika Strandhäll på nationella e-hälsodagen 2018

Publicerad 21 februari 2018

Onsdagen den 21 februari 2018 Det talade ordet gäller.

Hej och välkomna till nationella e-hälsodagen. Det är kul att se så många entusiaster och experter här idag, och jag tror att det kommer att bli väldigt intressanta seminarier och diskussioner – efter att jag gått, men så brukar det vara när man som jag far runt mellan så många olika konferenser och möten.

Jag skulle vilja inleda den här dagen med att säga något som jag tror sägs lite för sällan:

E-hälsa och digitalisering har egentligen inget egenvärde. Saker – eller vård – blir inte per automatik bättre för att de blir digitala. Så funkar det inte.

Ungefär nu börjar ni kanske undra varför jag står här framme idag. Eller varför jag företräder en regering som – tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting – slagit fast en vision om att Sverige ska bli bäst i världen på e-hälsa till 2025?

Svaret på den frågan börjar i att den där visionen faktiskt egentligen inte säger att vi ska bli bäst i världen på vare sig e-hälsa eller digitalisering till 2025. Det den säger är:

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

Det handlar om digitaliseringens möjligheter, inte om att den är ett mål i sig. Men vilka enorma möjligheter det är vi talar om!

Vi ser hur vi med teknikens hjälp får stora möjligheter att involvera patienter

i sin egen vård, särskilt vid långvariga och kroniska diagnoser. Tekniken kan underlätta så att varje person bättre kan ta tillvara sina egna resurser och därmed leva med bästa möjliga hälsa. Vi ser hur det kan bli mycket enklare att kommunicera mellan vård och patient, att boka tider som passar i vardagspusslet och öka tillgängligheten.

Vi kan se möjligheterna- men också en del risker – med att vi enkelt kan uppsöka vård genom ett par knapptryck på vår mobiltelefon eller dator. Vi kan se potentialen för att ge vårdens och omsorgens medarbetare mer effektiva arbetsverktyg, som både gör att man i mötet med patienten eller brukaren har tillgång till smarta beslutsstöd som – framöver också allt mer med hjälp av AI-lösningar - underlättar att sätta diagnos och ordinera behandling eller fatta beslut – och gör arbetet med nödvändig dokumentation enklare och smidigare. Som gör att man också har all den information om patienten eller brukaren som man behöver.

Vi kan se potentialen för forskning och kvalitetsutveckling, när information enkelt kan sammanställas, spridas, och analyseras. Men också risker för människors integritet vi måste hantera och ta på allvar. Digitala lösningar gör det möjligt att skapa ett samhälle som är tillgängligt för fler, exempelvis genom att själva kunna hantera sina myndighets- och vårdkontakter, då de kan användas med hjälp av skärmläsare, punktskriftsdisplayer och liknande, beroende på den enskildes behov. För många är det här en stor integritetsvinst, att slippa ta hjälp av föräldrar, personal eller andra, för att hantera frågor som rör sitt privatliv.

Inom socialtjänstens verksamheter erbjuder e-hälsa och välfärdsteknik fantastiska möjligheter. Genom klokt användande ges förutsättningar att skapa trygghet, delaktighet och självbestämmande. Smarta golv, nattkameror, digitala lås med nyckelbrickor är alla exempel på tekniska lösningar som stödjer den enskilde i vardagen.

Det är en lång rad av möjligheter – i en verksamhet med en bred uppsättning olika aktörer. Det är inte bara en utan en lång rad krångliga frågor som ska lösas för att vi ska nå fram – i många fall gemensamt mellan olika aktörer. Inte minst staten å ena sidan och kommuner och landsting å andra sidan.

Det är just därför det sannolikt viktigaste vi har gjort denna mandatperiod är att slå fast en gemensam vision med sikte på 2025 ihop med SKL- och koppla en handlingsplan och arbetsorganisation till den. Vi fokuserar dessutom på de grundläggande förutsättningarna för utvecklingen – standarder, enhetligare begreppsanvändning och regelverk – snarare än

något enstaka prestigeprojekt. Jag är övertygad om att det lägger grunden till långsiktig framgång.

Regeringen har också arbetat hårt med förslaget om en nationell läkemedelslista, och jag är glad över att regeringen inom kort kommer att besluta om en lagrådsremiss kring den lagstiftning som behövs för att få en sådan på plats.

Vi gör också satsningar på Life Science-området, där digitalisering är en viktig del.

Ofta kommer diskussionen tillbaka till finansieringen för digitaliseringsarbetet. För min del tror jag att digitalisering måste vara en integrerad del av verksamhetsutvecklingen i vården och omsorgen, och av kvalitetsarbetet – och då kan man inte ha finansieringen i ett eget stuprör. Det måste vara en del av grundfinansieringen.

Och regeringen satsar stora summor på vården och omsorgen – inte bara på riktade utan också på höjda generella statsbidrag. Vi har höjt de generella statsbidragen med mångmiljardbelopp för kommuner och landsting – och ytterligare höjningar planeras nästa mandatperiod. Men vi gör också riktade satsningar. Visste ni till exempel att i de olika överenskommelser regeringen slutit med SKL är tresiffriga miljonbelopp öronmärkta till olika digitaliseringssatsningar? Mycket av det till kvalitetsregisterarbetet, men också till annat.

Visste ni att inom flera olika stora överenskommelser kan landstingen välja att använda delar av medlen till olika typer av digitala lösningar? Totalt handlar det om miljardbelopp där landstingen – om det är det man prioriterar – kan välja att investera i digitala lösningar för att nå överenskommelsens mål.

Av de exempel jag nämnt så handlar många om samverkan mellan staten och SKL. Vi kan dock inte göra allt arbete själva utan det handlar om att använda kompetensen och kraften i hela e-hälsosektorn. Som ett exempel på detta kommer vi inom kort att starta upp det Nationella forumet för standardisering som annonserats i handlingsplanen. Till forumet ska såväl offentliga som privata aktörer bjudas in för att hantera standardiseringsfrågorna utifrån ett nationellt perspektiv inom e-hälsoområdet.

Det här är några exempel på hur vi i regeringen arbetar för att vården och

omsorgen bättre ska kunna nyttja digitaliseringens möjligheter.

Inte för att det är ett självändamål att vara bäst på att använda häftig teknik – utan för att tekniken ger oss möjligheter att skapa en bättre och mer personcentrerad vård och omsorg, ge välfärdens medarbetare bättre verktyg och höja kvaliteten i verksamheterna. Att med teknikens hjälp göra den svenska modellen lite bättre. Och det mina vänner- det har ett väldigt stort egenvärde och är något som är värt att jobba hårt för.

Tack för mig – och lycka till under dagen.



Regeringskansliet

Tal från Socialdepartementet

Tal av socialminister Annika Strandhäll på Nationella primärvårdskonferensen 28 september 2017

Publicerad 28 september 2017

Stockholm, den 28 september 2017 Det talade ordet gäller.

Tack så jättemycket för att jag får komma hit. Det finns få ställen som är så spännande att komma till som vad som förmodligen är Sveriges största samling primärvårdsnördar. Och jag börjar räkna mig själv till den gruppen för få saker är så viktiga för framtidens svenska sjukvård som en stark primärvård. Men låt mig återkomma till det.

Idag kan man i princip inte öppna en tidning utan att läsa en, eller inte sällan flera, rubriker om sjukvården. Ofta om problem och kanske om kriser. Men häromdagen var det en lite mer ovanlig rubrik: "Svensk sjukvård håller världsklass".

I en stor studie publicerad i The Lancet rankas Sverige fyra av 195 undersökta länder. Det man tittade på var överlevnad vid 32 olika medicinska diagnoser. Också i andra undersökningar som tittar på just medicinsk kvalitet står vi oss väldigt väl. Vilken bild är då sann? De stora problemen eller att vi har en vård i världsklass?

Här blir det lite mer komplicerat än vad dagens ofta förenklade mediedebatt normalt klarar av – för vi måste klara av att hålla två tankar i huvudet samtidigt. Båda bilderna är sanna!

Vi har en vård som i de flesta fall håller hög medicinsk kvalitet. Det är också

ett sjukvårdssystem som omfattar en större del av befolkningen än i många andra länder, och i den bemärkelsen är mer jämlikt.

Men det är en vård med stora skillnader mellan olika delar av landet, i vissa aspekter mellan könen eller socioekonomiska grupper. Det är en vård som inte längre är konstruerad för de utmaningar vi har idag – och dessutom en vård där allt fler problem relaterade till personalsituationen blir tydliga. Låt mig börja med det sista.

Runt om i sjukvårdssverige ser vi hur utmaningar och problem relaterade till personalsituationen ligger till grund också för andra problem.

Det handlar om problem med att rekrytera, på grund av brist på vissa specialiteter (Som allmänläkare) och på sina håll hela yrkesgrupper.

Det handlar om problem med att behålla erfaren personal, speciellt i vissa extra slitiga delar av vården.

Det handlar om problem med att fel yrkesgrupp gör fel uppgift, som när legitimerade vårdproffs får ägna allt för mycket tid åt administration – samtidigt som verksamhetsnära administrativa proffs är för få på många håll.

Det handlar om det stora problemet att vården som arbetsplats har högre sjuktal än de flesta andra delar av arbetsmarknaden. Det handlar om hutlösa notor för hyrpersonal.

Så klart ser inte allt det här likadant ut i hela sjukvårdssverige. Men det är problem som finns – på olika sätt och olika grad – överallt.

Detta drabbar också patienterna. Med bristande kontinuitet i vården för att hyrläkare byts ut var och varannan vecka. Med inställda operationer och stängda vårdplatser som leder till växande vårdköer, och inte sällan också överbeläggningar och utlokaliseringar. Med stressad vårdpersonal som trots att de vill inte alltid hinner ge den bästa möjliga vården.

Därför är nyckeln till att göra vården bättre för patienterna att satsa på personalen. Det är bakgrunden till att vi sedan 2016 bytt ut den gamla kömiljarden mot en professionsmiljard, riktad mot kompetensförsörjningsproblemen.

Till att vi satsat på att bygga ut utbildningsplatserna för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor och nu senast läkare. Och också till att

vi från nästa år satsar ytterligare två miljarder kronor per år på att förbättra personalens förutsättningar, för satsningar på kompetensutveckling och som också får användas för att anställa fler.

Användningsområdet för såväl professionsmiljard som den nya personalsatsningen är för övrigt ganska breda. Landstingen kan – om man bedömer att det är där behoven finns- välja att använda medlen för att investera i primärvårdens kompetensförsörjning.

Den här nya personalsatsningen är för övrigt en del i att vi gör historiskt stora satsningar på sjukvården i den statsbudget vi nyligen presenterade. Inklusiv tandvården handlar det om fem och en halv miljard kronor i nya satsningar på vården. Året efter växer det ytterligare, till sex miljarder kronor.

Förutom det vill vi också höja de generella statsbidragen till kommuner och landsting med 5 miljarder kronor 2019, och lika mycket till 2020.

- Det handlar om en historiskt stor satsning, med ett flertal miljarder i årliga tillskott till landstingen. Ovanpå tidigare satsningar under mandatperioden.

Vän av ordning kan fråga sig om pengar löser alla problem. Så är det självklart inte. Men de flesta som jobbar i en organisation med begränsade resurser vet att de flesta problem är lättare att lösa med pengar, än utan pengar.

Räcker de här pengarna till allt? Självklart inte. Men det är tillräckligt mycket resurser för att kunna göra skillnad. Förutom den här personalsatsningen på två miljarder kronor , vad är det för satsningar kanske ni undrar.

Det handlar om en miljard till förlossningsvården, om dubblerat allmänt tandvårdsbidrag, om en satsning på barnhälsovården och om avgiftsfri screening mot livmoderhalscancer. De satsningarna tänkte jag inte säga så mycket om idag.

Jag tänkte säga något kort om psykiatrisatsningen, på totalt 650 miljoner 2018 och drygt 1,1 miljard 2019 och 2020. Den är bred – både för barn och unga och vuxna, både för den slutna psykiatrin och inte minst för den första linjens psykiatri. Primärvården står särskilt omnämnd i budgettexterna.

Vi vet att även om vi också behöver satsa på den mest specialiserade

psykiatrin, finns det många besvär som bäst möts tidigt, innan de vuxit sig allt för stora. Det förutsätter att första linjens vård – där primärvården är den naturliga ingången – finns, har tillräckligt kapacitet, och är tillgänglig för den som behöver det.

Det här är ett område jag varit engagerad i redan innan jag fick ett utvidgat ansvar som socialminister, med ansvar även för folkhälsa och sjukvård. Psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser är ju som ni säkert vet den vanligaste orsaken till sjukskrivningar, och bland dem som är sjukskrivna är varannan kvinna och var tredje man det just av den här typen av orsaker.

Jag vill också säga några ord om den patientmiljard vi satsar från 2018, som statsministern presenterade redan innan sommaren. Den ska framförallt stödja två saker:

Införandet av en förstärkt vårdgaranti i primärvården. Här kom som ni vet Anna Nergårdhs utredning med ett delbetänkande innan sommaren som bland annat föreslår just det. En behovsstyrd vårdgaranti, där man ska få en medicinsk bedömning av den medicinska profession man har behov av att träffa inom tre dagar, som då föreslås ersätta dagens sju dagar till läkarbesök.

Med detta som grund – men med en noggrann genomgång av remissvaren som ännu inte är klar innan vi tar slutgiltig ställning till hur förslaget kommer att se ut – kommer regeringen kring årsskiftet att presentera ett förslag till förstärkt vårdgaranti i primärvården.

Patientmiljarden ska också stödja införandet av patientkontrakt, som bland annat ska bidra till att hålla samman vården för patienter med många olika vårdkontakter. De praktiska lösningarna kan och kommer att variera, men i många fall lär det bli naturligt att primärvården står för den samordnande rollen i arbetet

Men nog om budgeten. Den lägger en grund till det kommande arbetet, och är viktig. Men låt oss titta framåt.

Oavsett vem du är eller var du bor ska du få en lika bra vård och ingen ska behöva vänta en dag för länge på vård. Ni kanske har hört det förr? Det har nog sagts mer gånger än det uppfyllts. Men för mig följer handling på ord. Jag tar mig an denna utmaning, men jag gör det gärna tillsammans med er.

För vilka är egentligen dagens sjukvårdssystem byggt för? Om man frågar många i allmänheten, och säkerligen en hel del politiker, så är den typiska

patienten någon som kanske bryter benet eller får en infektion, får en tydlig diagnos, behandlas, och sedan går från vården frisk.

Men vi vet att 80-85% av vårdens resurser går till personer med minst en kronisk diagnos. Det är personer som i många fall kommer att ha en livslång relation till sjukvården – inte personer som bara kommer på tillfälligt besök. Men är det dessa personer, deras sjukvård, som vi har byggt våra system efter? I de flesta fall är svaret tyvärr nej.

Jag tror att vi behöver en kulturförändring i svensk hälso- och sjukvård, där vi också anpassar vården efter dem som behöver den mest. Vi behöver en vård som på allvar utgår från individen, från den egna personen som är i vården och dennes resurser och behov. Där är vi inte idag, men vi måste dit.

Vad som behöver ändras för att vi ska ta oss dit skulle vi kunna tala en hel dag om. Det har jag tyvärr inte tid till. Men låt mig ta några exempel. Vi måste så långt som det är möjligt organisera vården efter människan, i stället för att skicka runt människor i ett komplicerat vårdssystem där man behöver både karta, kompass och GPS för att hitta rätt.

Det innebär, inte minst vad gäller personer med kroniska diagnoser, att vi måste bli bättre på att ta tillvara på människans egen kunskap om sin hälsa och om sin diagnos. När man lever med sin diagnos 365 dagar om året, men träffar vårdpersonal några få timmar – vem är det egentligen i det där mottagningsrummet som då är experten på det man är där för att diskutera?

En vård som ska göra detta behöver också verktygen för det. Delar av det handlar om arbetssätt. Delar av det handlar om behovet av en strukturförändring. Det är ett område som jag har tagit över från Gabriel Wikström och som ligger i ett absolut fokus hos oss – för det är så vi på allvar kan bygga en hälso- och sjukvård där vi kan sätta individen i centrum.

Den kanske viktigaste delen hittills handlar om arbetet med att ta vidare förslagen från Göran Stiernstedts utredning "Effektiv vård" som knappast är obekant i det här rummet. Det är en på flera sätt utmärkt analys av strukturproblemen inom svensk sjukvård, och ett inriktningsdokument, en skiss, över vad vi behöver göra för att ta oss framåt. Hur vi ska bygga om och modernisera svensk sjukvård.

Men det är just en skiss och ett inriktningsdokument – inte en färdig ritning som bara är att sätta i handen på en byggmästare som ska göra

ombyggnationen. Många av förslagen behöver ytterligare arbete och analyser – och inte minst förankring och diskussion.

Svensk sjukvård är en stor skuta. Det kräver mycket jobb och bred förankring med stor mängd olika aktörer för att vända den. Men när vi väl lyckas så kommer också mycket att hända. Det är därför regeringen har tillsatt Anna Nergårdh, vår vårdutvecklare eller vårdutredare eller vilken titel man nu ska använda. Hon ska hålla ihop arbetet med att modernisera svensk hälso – och sjukvårds organisation.

Och när det handlar om att modernisera – jag vill avsluta med min vision om framtidens primärvård – den titel som mitt föredrag har.

Primärvården ska vara den naturliga ingången i sjukvården. Den vård som många behöver eller som man behöver ofta ska finnas i primärvården – när det behövs och är möjligt rentav i hemsjukvården. Det kan inkludera en bredd av olika professioner – utöver grunden med bland annat allmänläkare och distriktssjuksköterskor också psykologer, fysioterapeuter, apotekare, undersköterskor, medicinska sekreterare, kuratorer, rehabkoordinatorer, och för den delen också andra läkar- och sköterskespecialiteter än de jag redan nämnt.

Primärvården ska ha kompetens, mandat och resurser att hantera den sjukvård som inte kräver ett sjukhus specialiserade resurser.

Primärvården ska vara – och ha resurser till att vara – en resurs i det förebyggande arbetet och folkhälsoarbetet i sitt närområde. Exempelvis gentemot skolor.

Sjukhusen ska, utöver att hantera avancerad vård som kräver specialiserad kompetens och resurser, också vara en resurs för primärvården. Med tillgång till konsultation av olika sorters specialister på ett sjukhus kan mer vård än idag hanteras på vårdcentralen – till gagn för den enskilde, men också för sjukhuset som avlastas.

Man jobbar ihop, kanske i gemensamma verksamheter men definitivt utan stuprör som stjälper för den enskilde, med kommunens socialtjänst, äldreomsorg, skola och andra relevanta aktörer. Det gäller särskilt för patienter med stora vårdbehov, och inte minst äldre. Gemensamma insatser kan framför allt ge en bättre vård för den enskilde – men också spara resurser genom att undvika onödig sjukhusvård.

Med hjälp av moderna tekniska lösningar hanterar man kontakt och dialog med patienter, medicinsk information om den enskilde, och behöver inte registrera en viss uppgift i mer än ett it-system. Helst bara patientjournalen. Man nyttjar teknikens hjälp för att patienter ska kunna vara en del i sin egen vård.

Framtidens nära vård ska också vara det mest attraktiva stället i vården att arbeta. Här ska vårdens frontlinje mot ohälsan finnas. Här ska finnas tydliga utvecklingsmöjligheter och karriärvägar för läkare och annan personal. Här ska innovationer testas och utvecklas. Här ser man till att individens bästa kommer i första rummet – och ser HELA människan och hennes behov snarare än bara en specifik diagnos.

Annorlunda uttryckt: primärvården ska vara samhällets viktigaste verktyg för att se till att oavsett vem du är eller var du bor så ska du en bra vård när du behöver det.