

En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum

Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En Värdefull Vård

Förord

Efter Maciej Zarembas artikelserie ”Patientens pris” i DN våren 2013 frågade sig många vad man ska göra istället om nu New Public Management, NPM, är roten till allt ont. Det senare är naturligtvis en överdrift, men att det finns utrymme för utveckling av hälso- och sjukvårdens organisation och styrning står klart. I den andan fick arbetsgruppen En Värdefull Vård i uppdrag att utforma denna rapport. Syftet är att bredda debatten och i förlängningen underlätta för Svenska Läkaresällskapet att ta ställning i frågor kring utvecklingen av organisation och styrning av svensk hälso- och sjukvård.

Arbetsgruppen har arbetat i mer än ett år och vi tycker nu det är dags att utsätta resultatet för offentlighetens ljus genom att skicka rapporten på remiss. Vi är väl medvetna om att vi antagligen har förbisett en del, men det är också därför vi gör detta. Vi hoppas vår analys stimulerar tanken och, inte minst, debatten så att vi kan nå längre tillsammans.

Rapporten bör betraktas som en skiss över många områden som vart och ett kräver fördjupning. Mycket av det vi behandlar är sådant vi inte är experter på och det vore förmätet av oss att göra anspråk på att behärska ämnena i djupare mening.

Vi har i texten balanserat mellan att göra oss till tolk för läkarprofessionen och samtliga professioner i hälso- och sjukvården. Det tidigare resulterar ofta i kritik av typen ”ni läkare tror ni vet och kan allt”. Det senare leder ibland till att andra professioner känner sig obekväma. Vi hoppas att denna spänning och eventuella övertramp kan ursäktas och diskussioner fokuseras på vår analys och våra förslag istället. Hälso- och sjukvårdens professioner, och organisationer, behöver alla bidra i arbetet att utveckla hälso- och sjukvården.

Förändringar av komplexa organisationer, som vår hälso- och sjukvård, väcker många frågor. Vilka förändringar? När ska de ske? Hur ska de ske? Vilka är motiven? Vilka resultat avses? De förändringar vi föreslår, motiven till dem samt resultaten vi avser, beskrivs i dokumentet.

Arbetsgruppen uppfattar att tidpunkten att förändra hälso- och sjukvården är nu, eller i varje fall snart. De många brister som hälso- och sjukvården uppvisar är det viktigaste skälet. De motiverar genomgripande förändringar. Sådana kommer äga rum förr eller senare antingen genom aktiva beslut eller genom att omständigheter tvingar fram dem.

Fler gynnsamma faktorer finns. Hälso- och sjukvårdens professioner ger uttryck för en vilja till förändring. Regeringen planerar för organisatoriska reformer och uttalar att det är dags att ”låta proffsen vara proffs”. Våra grannländer, Norge och Danmark, har nyligen genomfört stora reformer som vi kan lära av. Hälso- och sjukvårdens organisation och styrning är väl utredd genom åren och utmaningarna samt konstaterade behov av förändringar är stora i den föränderliga och globaliserade värld vi lever i.

Rapporten gör inte anspråk på att beröra allt som behöver förändras eller utvecklas. Till exempel behandlas inte den teknikomvandling hälso- och sjukvården, liksom samhället i stort, genomgår. Det vore angeläget att i relation till vår analys och de förslag vi för fram vidga diskussionen till att

inbegripa även dessa aspekter, eftersom de utan tvekan innehåller stor potential och redan påverkar hur vi bedriver hälso- och sjukvård. Men vi har ansett oss tvungna att begränsa oss i detta avseende.

Rapporten behandlar inte heller hur ett lokalt ledarskap kan utvecklas för att hälso- och sjukvården ska kunna förändras i enighet med de målsättningar som presenteras. Även här har vi nödgats att begränsa oss men det indikerar inte att frågan skulle vara av mindre betydelse. Tvärtom är lokalt ledarskap centralt i ett långsiktigt framgångsrikt utvecklingsarbete.

Den här rapporten har skrivits av ideella krafter men med professionellt bistånd. I arbetsgruppen vill vi rikta ett tack till Shirin Ahlbäck Öberg, Göran Tomson, Anders Anell, Henry Egidijs, Lars Sandman, Mats Tyrstrup, Niklas Ekerstad, Håkan Bengtsson, Per Axel Svalander och Lars-Åke Johnsson för konstruktiva synpunkter på en tidigare version av denna rapport. Vidare vill vi tacka Magnus Lind, Nina Rehnqvist, Torsten Mossberg och Per Anders Flordal som bidragit på betydande vis.

Ett engagemang i hälso- och sjukvårdens organisation och styrning följer naturligt av de uppdrag som samhälle och patienter anförtror åt oss i hälso- och sjukvårdens professioner. Arbetsgruppen anser, i den andan, att vi i professionerna behöver visa att vi vill och kan ta ansvar. Vi hoppas den här rapporten ska stimulera till det.

Axel Oxenstierna lär ha sagt ”ett problem som inte med lätthet inses vara någon annans, det är ditt eget”. Hur är det med hälso- och sjukvården? Vems problem och ansvar är det?

Karl Sallin, ordförande i arbetsgruppen En Värdefull Vård, Stockholm, 2015-06-26

Innehållsförteckning

FÖRORD	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
KAPITEL 1. INLEDNING	7
EN VÄRDEFULL VÅRD – EN VÅRD FULL AV VÄRDEN	10
FRÅN OF VIA NPM TILL NPG – HISTORISK TILLBAKABLICK OCH NYORIENTERING	12
SYFTE OCH MÅLGRUPP	14
UPPDRAG OCH UTGÅNGSPUNKTER.....	14
<i>Svenska Läkaresällskapets kärnområden</i>	<i>15</i>
<i>Yrkesetiska principer.....</i>	<i>16</i>
<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>	<i>17</i>
<i>Prioriteringar.....</i>	<i>18</i>
<i>Mötet.....</i>	<i>19</i>
<i>Sverige i världen</i>	<i>19</i>
BRISTANDE FÖLJSAMHET TILL LAGAR OCH REGLERINGAR	19
<i>Patientcentrering och kontinuitet.....</i>	<i>20</i>
<i>Behov och prioriteringar</i>	<i>21</i>
<i>Delaktighet.....</i>	<i>21</i>
BEDÖMNING.....	22
 KAPITEL 2. JÄMLIK HÄLSA OCH PREVENTION	 25
INLEDNING	26
OJÄMLIKHET	26
BEMÖTANDE.....	27
TILLGÄNGLIGHET	28
SOLIDARISKT FINANSIERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	28
EFTERFRÅGAN.....	29
PRIORITERINGAR	31
PREVENTION.....	32
BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	33
 KAPITEL 3. ALLMÄNMEDICINENS ROLL OCH BETYDELSE.....	 37
INLEDNING	38
HISTORISK TILLBAKABLICK.....	38
ALLMÄNMEDICINENS UPPDRAG OCH UTMANINGAR	41
<i>Jämlikhet och folkhälsa</i>	<i>42</i>
<i>Samverkan och teamarbete</i>	<i>43</i>
<i>Systemeffektivitet.....</i>	<i>43</i>
<i>Allmänläkarens nyckelroll i vården.....</i>	<i>44</i>
<i>Allmänmedicin och patientcentrering</i>	<i>45</i>
FRAMTIDENS PRIMÄRVÅRD	45
<i>Ett nationellt ersättningssystem i primärvården.....</i>	<i>47</i>

<i>Forskning och kvalitetsutveckling</i>	49
BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	50
KAPITEL 4. LÄKARPROFESSIONENS VILLKOR	52
INLEDNING	53
ATT TILLHÖRA EN PROFESSION	54
<i>Yrkesetiska principer</i>	55
UTGÅNGSPUNKTER FÖR MEDICINSKA PROFESSIONER.....	55
<i>Fakta och värde</i>	56
<i>Evidensens gräns och patientens värderingar</i>	57
<i>Forskning</i>	58
<i>Kunskapsutveckling</i>	59
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR LÄKARPROFESSIONEN	60
FÖRUTSÄTTNINGAR IDAG	62
<i>Dåliga förutsättningarna för medicinsk excellens</i>	63
<i>Ett etiskt och empatiskt förhållningssätt</i>	64
<i>Integritet och autonomi</i>	65
<i>Samarbete och ledarskap</i>	66
BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	66
KAPITEL 5. INDIVIDUELLT ANSVAR	71
INLEDNING	72
EXTERN GRANSKNING	73
LÄKARKÅRENS ANSVAR	75
DEN STATLIGA OCH KOMMUNALA FÖRVALTNINGEN	76
STYRNINGENS PARADOX.....	78
SYSTEMANSVAR KONTRA INDIVIDANSVAR	80
<i>Patientsäkerhet och systemsyn</i>	80
<i>Effektivitet och systemsyn</i>	83
BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	85
KAPITEL 6. ERSÄTTNINGSSYSTEM	89
INLEDNING	90
NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM).....	91
<i>Effektivitet</i>	92
<i>Kvalitet</i>	93
<i>Biverkningar</i>	94
VÄRDEBASERAD VÅRD	94
<i>Evidens saknas</i>	95
<i>Konkurrensutsättning</i>	95
<i>Praktiska problem</i>	96
<i>Etiska problem</i>	97
<i>Potential</i>	97
RAMANSLAG OCH KAPITERING	98
KUNDVALSMODELL	100

BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	101
KAPITEL 7. ORGANISATION OCH HELHETSANSVAR.....	104
INLEDNING.....	105
HELHETSANSVAR BEHÖVS.....	105
ANSVARETS FÖRDELNING.....	106
<i>Landsting och kommuner.....</i>	<i>107</i>
<i>Staten.....</i>	<i>108</i>
REFORMER I ANDRA LÄNDER.....	109
<i>England och Nederländerna.....</i>	<i>109</i>
<i>Norge.....</i>	<i>110</i>
<i>Danmark.....</i>	<i>112</i>
BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	113
KAPITEL 8. KVALITET.....	118
KVALITETSUTVECKLING	119
<i>Peer Review och clinical audit</i>	<i>120</i>
<i>Granskning och utvärdering för kvalitet.....</i>	<i>121</i>
BEDÖMNING OCH FÖRSLAG	121
SLUTORD	125
LITTERATURFÖRTECKNING.....	126
APPENDIX	134

Kapitel 1. Inledning

En värdefull vård – En vård full av värden

Från OF via NPM till NPG – Historisk tillbakablick och nyorientering

Syfte och målgrupp

Uppdrag och utgångspunkter

Bristande följsamhet till lagar och regleringar

Bedömning

I en artikel i Dagens Samhälle beskriver Britt-Marie Ahrnell (2013) sina och sin make Rolfs möten med sjukvården. Rolf drabbades av en ovanlig och spridd cancer och fick möta otaliga läkare men ingen som tog ansvar för just honom. Hon skriver om sina förväntningar:

”Skulle de kunna göra något åt tumören? Bromsa förloppet? Lindra Rolfs plågor, trösta honom i sorgen, dela hans dödsångest? Skulle de hålla honom i handen hela vägen från livet till döden? ’Ja, det gör vi! Hela vägen! För hos oss på [...] sjukhuset gäller nämligen visionen Patienten alltid först! Det är så modern svensk sjukvård organiseras.’”

Det visade sig emellertid att ingen hade makt över Rolfs resa genom vården. Ständigt tvingades de skicka honom vidare till någon annan. ’Alla har visserligen ansvar i ögonblicket men ingen har ansvar för helheten’ som någon läkare Rolf mötte uttryckte det.

Han hamnade på många olika sjukhus och kliniker. Under behandlingen på onkologkliniken träffade han ständigt nya läkare men fick inte någon fast läkarkontakt. En läkare sa ’Nej, jag kan inte mer än någon annan. Och egentligen finns ingen ansvarig läkare. Bokningen av läkartider här är inte baserad på kontinuitet. Och då allt om Rolf egentligen finns i journalen så spelar det ingen roll. Jag kan ju försöka träffa dig igen. Men egentligen forskar jag så jag kommer nog inte ha tid.’

När Rolf under cellgiftsbehandlingen försämrades och blev inlagd på onkologen viskade en sköterska till honom: ’Om du blir lite bättre borde vi egentligen skicka hem dig, men då är du snart tillbaka på akuten igen. Nu har vi fullt här så då hamnar du hos någon annan, kanske på en gyn-avdelning [...] I morgon får du ringa din kontaktsköterska. Så att hon kan boka en läkartid och en ny läkare får ta ställning till hur man nu ska gå vidare med din behandling.’

Britt-Marie frågar: ”Kontinuitet spelar ingen roll? Att känna, känna igen och med samma ögon följa sin patient och förloppet spelar ingen roll? [...] Det lärande som sker genom att få veta hur det gick och vad som hände – vilka konsekvenserna blev efter den egna insatsen – är oviktigt [...]?”

Britt-Marie kritiserar inte personal eller kvalitet men, skriver hon: ”Det är systemet ’egentligen någon annan’ med dess omständlighet, okänslighet och missar som jag ifrågasätter liksom tanken att det skulle vara ekonomiskt effektivt.”

*

Ett annat perspektiv från hälso- och sjukvården gavs av Åke Söderlind i DN (By, 2015). Åke träffade under en 16-månaders sjukdomsperiod 66 olika läkare och fick 30 olika mediciner, men ingen ansvarig läkare. Åke och hans anhöriga menar att de mött läkare som tvingas arbeta i ett system utan samordning och helhetssyn.

Åke säger i intervjun: ”Jag har tvingats inse att jag slåss mot ett systemfel. Jag kan inte rikta någon kritik mot någon enskild läkare, jag har sett deras stress, förstått att de inte hunnit sätta sig in i mina problem. Någon av dem, Gudrun tror att det var läkare nummer 51, bad till och med om ursäkt, sa att hon skämdes, att ’så här får det väl inte gå till’.”

Åkes son Jerker säger: ”Jag vet hur stort det mänskliga lidande varit, men jag vågar inte tänka på prislappen för skattebetalarna. Att från insidan se hur illa sjukvården är organiserad har fått mig att häpna. Det finns inga projektledare, ingen som tar ansvar. Den enda som försökt vara projektledare här är Gudrun. Och hon är 80 år.”

Och Jerker fortsätter: ”Ingen kan kräva att en läkare ska kunna göra alla människor friska, det gör inte vi heller. Men jag tycker att man kan kräva att det finns en organisation, en kontinuitet, en tanke. För i det här fallet är det uppenbart att det inte handlar om resursbrist.”

*

Britt-Marie och Rolf liksom Åke, Gudrun och Jerker vittnar om problem det här dokumentet avser adressera. De problem som illustreras i deras berättelser är exempel bredvid vilka det tyvärr går att rada upp fler. Brister i till exempel kontinuitet, ansvar och samordning är välkända men de har ändå inte, trots många försök, kunnat avhjälpas. Det är djupt oroande.

Hälso- och sjukvårdens organisatoriska struktur är ett arv från en tid före den moderna hälso- och sjukvårdens tillkomst. Dess styrning har förändrats kontinuerligt och är i fortsatt omdaning. Extern styrning genom reglering och, på senare år, ekonomiska incitament har varit legio. Samtidigt har det professionella utrymmet och möjligheten att ta ansvar försvagats. Den organisation och styrning vi idag arbetar inom är inte anpassad för en komplex verksamhet som modern hälso- och sjukvård. Det är nödvändigt med infrastruktur där professionella värderingar och kompetenser kan omsättas i en interprofessionell miljö, där värden, social reglering och kollegialitet är viktigare än extern reglering för att uppnå goda resultat.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och prioriteringsordningen (Socialdepartementet, 1996) anger att de medicinska behoven ska styra i hälso- och sjukvården. Detta är ett uttryck för den solidariska tanke som är förankrad i vårt samhälles grund. Att hjälpa den som är sjuk eller har andra medicinska behov är också utgångspunkten för hälso- och sjukvårdens professioner.

Den oförmåga som dagens hälso- och sjukvård uppvisar i att tillgodose medicinska behov är allvarlig. Att den demokratiskt beslutade ordning vi har att förhålla oss till för prioritering av medicinska behov (Socialdepartementet, 1996) inte upprätthålls är bekymrande (Friberg, Engström, & Nyberg, 2013; Engström, Friberg, & Sallin, 2013; Sallin, Engström, & Friberg, 2014).

Möjligheten att erbjuda vård utifrån behov avgörs av i vilken utsträckning goda möten i hälso- och sjukvården kommer till stånd. Det är i möten behov uttolkas, utredning och behandling planeras, information och rekommendationer lämnas, trygghet skapas och resultat utvärderas. Personlig kontinuitet mellan personal och patienter går inte att nog understryka. Hälso- och sjukvårdsorganisation och styrning måste organiseras runt dessa möten mellan individer med personligt ansvar och med tillgång till en infrastruktur som inkluderar de resurser som är nödvändiga för att möta behoven i individuella fall.

Trots den mörka bild som här tecknas bör vi påminna oss om att vår hälso- och sjukvård historiskt har presterat väl och till en jämförelsevis rimlig kostnad. De medicinska problemen är inte allvarligare och folkhälsan inte sämre än i jämförbara länder. Kostnadsökningen i svensk hälso- och sjukvård är beskedlig i ett internationellt perspektiv. Dagens och morgondagens utmaningar går emellertid inte att ta miste på och de problem vi nu lever med och kan identifiera utgör en förbättringspotential vi inte får avstå från att utnyttja.

*

I detta första kapitel kommer vi beskriva vad vi menar med En Värdefull Vård och hur vi tror problem som de ovan beskrivna kan ha uppkommit. Vi kommer ge en historisk tillbakablick och nutidsorientering, redogöra för det uppdrag som ligger till grund för denna rapport och kort återge kritik som framförts av svensk hälso- och sjukvård från granskande myndigheter samt avge en preliminär bedömning. I resten av dokumentet fördjupar vi oss i de områden vi menar är särskilt problematiska men därför också erbjuder stora möjligheter till förbättringar.

En värdefull vård – En vård full av värden

Beslut baseras på fakta och värde. Att till exempel bestämma sig för en viss behandlingsåtgärd bygger på vetskapen att behandlingen är verkningsfull (fakta) och att dess verkan är eftersträvensvärd (värde).

Hälso- och sjukvård, de som arbetar i den och dess patienter omfattar en mängd värden som påverkar beslut om allt från inläggningar och ordinationer till budget och prioriteringar. Hälso- och sjukvården är med nödvändighet därför full av värden. För att den också ska bli *värdefull* bortom en trivial mening måste en ständig reflexion kring vilka värden som är eftersträvensvärda pågå. Vi menar att avsaknaden av en värdediskussion har inverkat negativt på samhällets och individens behovstillfredsställelse och på arbetsglädjen bland vårdens professioner. Vi menar att detta är en konsekvens bland annat av hur hälso- och sjukvården styrs och organiseras.

Hälso- och sjukvård är, enligt arbetsgruppen En Värdefull Vårds syn, en etisk verksamhet eftersom den grundas i en moralisk skyldighet att ge vård åt dem som har ett medicinskt behov. Denna solidariska utgångspunkt utgör ett av de grundläggande värden – kanske det mest grundläggande – för hälso- och sjukvården att förhålla sig till. Ett annat viktigt värde som inte kan förbises är att hushålla med resurser – att vara ekonomisk.

Solidariteten med medicinska behov och ekonomisk hushållning är båda *normerande* vilket kännetecknar värden. Varför det är så, varför vi anser att de är eftersträvansvärda eller inte kan undgå att påverkas av dem, är en komplicerad fråga. Filosofen Immanuel Kant (1724–1804) hänvisade till ”det rena förnuftet” medan kollegan David Hume (1711–1776) ansåg att känslan var grunden till vår moral. Det är tveksamt om modern moralfilosofi kommit så mycket längre i frågan om moralens grund vilket illustrerar frågans monumentala djup. Att värden är normerande och därigenom påverkar våra beslut är emellertid alldeles klart. En konsekvens av detta är att värden kan komma i konflikt med varandra inte minst när olika aktörer omfattar olika värden. För att reda ut sådana konflikter krävs ett etiskt förhållningssätt.

Ett etiskt förhållningssätt är särskilt viktigt att applicera i mötet med patienten. Att i varje möte synliggöra hennes preferenser och värderingar – de värden hon omfattar – är avgörande eftersom dessa avgör vilka beslut som är eftersträvansvärda för henne. Denna självklarhet är ofta allt annat än självklar vilket medför att anpassningen av värden efter unika behov uteblir. Det etiska förhållningssättet saknas eller förmår inte ge avtryck. Att bidra till en förändring härvidlag är kanske den enskilt viktigaste drivkraften bakom denna rapport och de förslag som presenteras.

Det är nämligen arbetsgruppens uppfattning att ett sådant etiskt förhållningssätt, liksom de utgångspunkter som ligger till grund för hälso- och sjukvården, och som kommer till uttryck i lagstiftning, förordningar och yrkesetik ofta glöms bort och att detta bidragit till att hälso- och sjukvården inte förmår tillgodose de behov den skapats och bedrivs för.

Vi anser att formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), 2§ om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, där värden ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och där den som har största behovet ges företräde, är en utgångspunkt som inte behöver ifrågasättas. Den prioriteringsplattform (Socialdepartementet, 1996) som utarbetats i enighet med detta och som omfattar människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen bör gälla. Det finns inte heller skäl att ompröva grundläggande yrkesetiska värderingar som betonar tjänandet av patienten som utgångspunkt framför andra.

Om värdet av ett etiskt förhållningssätt inses får det betraktas som oavsiktligt när hälso- och sjukvården inte synliggör patientens värderingar. Om de grundläggande värderingar som kommer till uttryck i HSL, prioriteringsplattformen och yrkesetiska värderingar delas av de som styr och verkar i värden, får det betraktas som oavsiktligt när hälso- och sjukvården inte lever upp till dem. När värdediskussionen saknas behöver vi förstå varför och komma till rätta med det.

Från OF via NPM till NPG – Historisk tillbakablick och nyorientering

I varje samhälle uppstår föreställningar om världen och tillvaron, värderingar om vad som är bra och dåligt, tillåtet och förbjudet, berömvärt och förkastligt i olika sammanhang. Kort sagt, en kultur. Olika områden i världen kan ha helt olika kulturmönster. När internationaliseringen och kort därefter globaliseringen tog fart efter andra världskriget, blev det särskilt uppenbart hur stort genomslag en kultur har, hur svårt det kan vara och vilka enorma konflikter det kan bli, när lednings- och samarbetsformer, chefskap och styrmönster som i en del fall kan vara helt främmande, omsätts i en ny kultur.

Men det är inte bara mellan kulturerna som det finns skillnader. Även inom en och samma kultur sker det förändringar över tid. För hälso- och sjukvårdens del börjar det nu gå upp för allt fler, speciellt i regeringskretsar, bland ledande vårdpolitiker och för forskare på området, att vi befinner oss i början av samhällsomvälvning som om några år och kanske under hela 2020-talet kommer att sätta sin prägel på hur hälso- och sjukvården ska utformas, bedrivas och ledas. Att tänka i termer av slutgiltiga lösningar är naivt och i vissa avseenden till skada för det man arbetar med. Det gäller även det som presenteras i denna skrift och i det policydokument som kommer att bygga på den.

I grova drag kan man se förändringar under det senaste århundradet i kulturmönster, ideologier, värderingar och synsätt i följande starkt förenklade skiss med fokus på hälso- och sjukvården.

Under första delen av 1900-talet reglerades den av lagar och föreskrifter enligt en modell som vi kan kalla Offentlig Förvaltning (på engelska Public Administration). Man reglerade befintliga verksamheter på området. Specialistutbildningen för läkare skulle, för att ta ett exempel, omfatta ett visst antal år, fullgöras på viss typ av kliniker och med visst antal av staten fastställda veckolånga kurser.

Under årtiondena efter andra världskriget fick en internationell trend som med varierande kraft slog igenom i länder i hela världen fäste. Den gick ut på att det allmänna - stat och kommun - skulle svara för alla människors välfärd, utbildning och annat som är centralt i livet. Det skulle ske på lika villkor i hela befolkningen, det vill säga i alla befolkningsskikt och i alla regioner av ett land. Då man i denna, som i de flesta stora omvälvningar, bygger på det som redan finns, kom landstingen att få ansvar för den nya skattefinansierade hälso- och sjukvården med staten som lagstiftande och reglerande instans. Sekelgamla mönster assimilerade de nya synsätten och den nya politiken. Offentlig förvaltning, men nu med ständiga reformförsök, fortsatte att vara den ledande principen. Nya bestämmelser tillkom i strid ström. Vi hade en resursstyrd (genom ramanslag) och regelstyrd hälso- och sjukvård, inbäddad i en ideologi av jämlikhet och samhällsmonopol, med kollektivism, solidaritet och jämlikhet som ledstjärnor.

I början av 1980-talet stod det klart för en stor del av politiker, forskare och allmänhet i hela västvärlden att välfärdsstaten som monopolmodell inte skulle hålla länge till, främst därför att resurser inte skulle räcka för att få hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan, den högre utbildningen och forskningen att fungera enligt de högt ställda förväntningarna på dem. Var och en av dem skulle sluka hela statsbudgeten före 2010 – om inte någon annan hunnit före. Årliga sparprogram, först med små, sedan med allt större krav på minskningar i kostnaderna, infördes. I en bilaga till 1991 års statsbudget föreslogs av dåvarande socialdemokratiska regering att offentlig verksamhet skulle avregleras, decentraliseras, bli mer målstyrd än regelstyrd och öppnas för privata initiativ (Finansdepartementet, 1990).

Det har väckt uppmärksamhet i internationell forskning, att det i Sverige varit socialdemokratiska regeringar som varit lika aktiva som senare alliansregeringen i fråga om att gestalta den nya tidsandan i politiska och organisatoriska förändringar i riktning mot vad som kommit att kallas New Public Management (NPM).

Det som kom att bli utmärkande för NPM var bland annat det fria vårdvalet till och med över landstingsgränser, den fria etableringsrätten för vårdcentraler och mottagningar, upphandling av tjänster och därmed konkurrens mellan arrangörer, både privata och landstingskommunalt drivna. Ersättnings- och löneformer från privat verksamhet infördes i stor utsträckning i offentlig verksamhet. Den tidigare tonvikten på kvalitetssäkrat utförande ersattes av tonvikt på ”ansvar för redovisade resultat” (på engelska accountability) i den meningen att en verksamhet som inte uppfyller kraven får ta konsekvenserna.

För specialistutbildningens del infördes målstyrning. Studierektorer och handledare skulle i samarbete med de läkare som genomförde sin specialistutbildning utforma program, tjänstgöringar och välja kurser på ett sådant sätt att målen kunde nås. Det skulle inte ses som en utbildning längre utan som en början av en yrkeslivslång specialisering och kom därför att kallas specialiseringstjänstgöring, ST, ett begrepp många fortfarande har svårt med.

Enligt tysk filosofi från 1800-talet har vi haft en ”tes” (ett sätt att organisera och styra samhället) och övergått till en ”antites” (ett helt annat sätt). Under 2010-talet är vi nu på väg in i en ”syntes” (det bästa av dem båda men ändå i en ny form med en ny prägel, nya värderingar, nya ambitioner, nya synsätt och sätt att organisera våra dagliga arbeten). Trenden har fått namnet New Public Governance, NPG.

NPG går ut på att större vikt ska läggas vid professionernas förmåga att medverka och ta ansvar för organisation, styrning och ledning av offentliga verksamheter. Det är nu inte längre fråga om att hantera (på engelska manage) offentliga verksamheter utan om att leda dem insiktsfullt och enligt professionernas etik och grundvärderingar (på engelska govern). Denna nya modell anses bättre anpassad till ett globalt, mångfaldigt nätverkssamhälle än Offentliga Förvaltningen (Public Administration) och New Public Management. Varje verksamhet betraktas som en del av en större helhet och ska idealt fungera i samklang med den. Det blir stort utrymme för ömsesidighet och relationer, diskussioner om värderingar, omprövning av kärnvärden och ömsesidig anpassning till andras uppfattning och inriktning.

Det kommer att dyka upp många nya problem att ta tag i, bland annat att avveckla den typ av lagstiftning om hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan som kunde fungera för New Public Management men som nu inte känns meningsfullt att ha kvar. Den blir mer till belastning än till vägledning för hur offentliga verksamheter kommer att utformas och fungera i nutiden.

För information och diskussion om övergången från NPM till NPG har regeringen under våren 2015 anordnat en serie webbsända seminarier med forskare, politiker, professionella i vården, tjänstemän i departementen med flera.

Förslagen som presenteras av En Värdefull Vård kan ses som ett inlägg i diskussionen inför den ännu trevande omläggningen av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Syfte och målgrupp

Genom rapporten vill vi bidra till en gemensam diskussion om vårdens styrning och organisation, grundläggande värderingar, målsättning och ansvar för leda hälso- och sjukvården från New Public Management in i en ny delvis okänd värld av New Public Governance.

Målgruppen för rapporten är alla som är intresserade av att vara med och forma en ny hälso- och sjukvård. Vi föreställer oss att det omfattar representanter för hälso- och sjukvårdsprofessionerna, ansvariga för forskning och utbildning, administratörer, vårdgivare, näringsliv och politiker samt den intresserade allmänheten inklusive media och, inte minst, aktuella och blivande patienter samt anhöriga.

Uppdrag och utgångspunkter

Initiativet till denna rapport togs av Ingemar Engström, Peter Friberg och Karl Sallin. SLS nämnd gav dem i uppdrag att bilda en arbetsgrupp som kom att bestå av Peter Friberg, Marit Halmin, Rurik Löfmark, Lollo Makdessi, Karl Sallin (ordförande), Astrid Seeberger och Jonas Sjögren. Under den

inledande fasen av projektet ingick även Ingemar Engström i arbetsgruppen som ordförande. I arbetet deltog även en referensgrupp (se Appendix).

SLS nämnd uppdrog åt arbetsgruppen att

1. utifrån SLS kärnområden – vetenskap, utbildning kvalitet och etik – bidra till en förändring av sjukvårdens lednings- och incitamentsstrukturer som är förenlig med såväl grundläggande mål för svensk hälso- och sjukvård som läkarkårens etiska yrkesregler. Särskild hänsyn ska tas till utvecklingen av läkarens möjligheter att utveckla sin professionalitet liksom till en sjukvårdsorganisation som möjliggör en ökad verklig delaktighet för patienten i vården.
2. bidra till en utveckling av den professionella identiteten i läkarkåren och utvecklingen av ett arbetssätt som
 - a. ökar det individuella ansvaret i mötet med patienten
 - b. ökar kontinuiteten i patient-läkarrelationen
 - c. ökar den etiska medvetenheten hos varje enskild läkare
 - d. ökar det individuella ansvaret för en kontinuerlig kunskapsutveckling
 - e. ökar ansvarstagandet för utvecklingen av sjukvårdens ledning och organisation
 - f. ökar medvetenheten om andra professioners kompetenser och läkarens förmåga till teamarbete

Svenska Läkaresällskapets kärnområden

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är politiskt obundet och dess uppdragsgivare sammanfaller med läkarens, vilket innebär att utgångspunkterna är patientens, medborgarens och samhällets intressen.

SLS kärnområden är **vetenskap, utbildning, kvalitet och etik**. SLS arbetar i syfte att förbättra förutsättningarna för medicinsk vetenskap, medicinsk utbildning, kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården samt främja ett reflekterande etiskt förhållningssätt. Att vara obunden innebär att det står SLS fritt att analysera skeenden inom svensk hälso- och sjukvård utan att behöva ta hänsyn till någon enskild aktörs intressen.

Yrkesetiska principer

Läkarkårens yrkesetiska principer har traditioner sedan Hippokrates och har senare formulerats av World Medical Association 1947, i Genève-deklarationen 1947 (*The health of my patient will be my first consideration*), och i International Code of Medical Ethics 1949 (*A physician shall respect a competent patient's right to accept or refuse treatment; A physician shall respect the rights and preferences of patients*).

Sveriges läkarförbunds etiska regler (2009) är viktiga stöd för verksamheten jämte internationella tolkningar av yrkesetiken, t ex. General Medical Council i Storbritannien (2015). Den senare framhåller att god medicinsk vård innebär att läkaren har vissa skyldigheter för att patienter ska kunna lita på läkare med sina liv och sin hälsa. Denna tillit måste besvaras med respekt och säkerställande av förväntningarna på en läkare. Dessa kan delas in i fyra områden: kunskap, färdigheter och genomförande; säkerhet och kvalitet; kommunikation, medverkan och lagarbete samt att upprätthålla förtroendet.

Vårdförbundet, som organiserar sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor har också en yrkesetisk kod. Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Behovet av omvårdnad är universellt. I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och att bli bemött med respekt. Omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning. Sjuksköterskan erbjuder vård till enskilda personer, familjer och allmänheten samt samordnar sitt arbete med andra yrkesgrupper.

Även andra yrkesgrupper och verksamheter inom hälso- och sjukvården har på senare år formulerat egna riktlinjer med likartat innehåll.

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) har justerats åtskilliga gånger under årens lopp och kompletterats med olika föreskrifter. Lagen riktar sig till de så kallade sjukvårdshuvudmännen (landsting/regioner och kommuner som har ett övergripande ansvar och är skyldiga att erbjuda vård) samt till alla vårdgivare (staten, landsting/regioner, kommuner och privaträttsliga vårdgivare av olika slag). Lagen anger att målet ska vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet vilket ingår i definitionen av god vård.

Vårdgivaren ska ge vård av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, samt om vårdgarantin.

Tidigare fanns det lagstadgat att en patientansvarig legitimerad läkare skulle utses för patienten om det behövdes med hänsyn till patientsäkerheten (Svensk författningssamling, SFS, 1996:787). Men eftersom lagen inte fick genomslag i vården ersattes den av lagen om fast vårdkontakt (SFS 2010:243). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i hälso- och sjukvården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) föreskriver att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (SFS 2006:493).

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Enligt hälso- och sjukvård ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter, men endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Enligt hälso- och sjukvård ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (SFS 1996:787).

När patientlagen (2014:821) antogs infördes en del förändringar i HSL. Den tidigare informationsplikten mot patienten utvidgats och förtydligats. Det klargjordes även att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Men patienten ska få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja inte kan utredas. Även möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning har utvidgats och det innebär att möjligheten inte enbart villkoras av att patienten har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom.

Patienten ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård har således utvidgats till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Hemlandstinget ska bekosta vård som en patient får i ett annat landsting, under förutsättning att patientens egna landstings remissregler följs. Bestämmelser om barns inflytande över sin vård fastslås. I övrigt innehåller den nya patientlagen motsvarigheter till tidigare bestämmelser om bland annat vårdgaranti, fast vårdkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Prioriteringar

Efter Prioriteringsutredningen (1995) fastslogs i prioriteringsplattformen (Socialdepartementet, 1996) att prioriteringarna i sjukvården ska grunda sig på tre principer. I hierarkisk ordning är dessa människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det betyder till exempel att ett större behov ska prioriteras över ett mindre utan hänsyn taget till kostnadseffektivitet.

Läkaren har en moralisk skyldighet att tillvarata den enskilda patientens intressen (*The health of my patient will be my first consideration*, Genève-deklarationen, 1947). Läkaren har också en skyldighet att tillvarata samhällets intressen, men detta kan endast ske på gruppnivå varför läkaren måste delta i prioriteringsarbetet. Prioritering av patientgrupper ska alltid ske på ett öppet och ansvarsfullt sätt av professionerna, tjänstemännen och politikerna i sjukvården.

Mötet

Att inget ska hindra patienten från att söka vård närhelst hon anser sig behöva det, och bli bemött med respekt och förståelse av yrkesmänniskor som är intresserade av personen bakom sjukdomen, anses ibland vara en alltför ambitiös målsättning. Emellertid kan de medicinska behoven endast preciseras genom en professionell bedömning. Ett personligt möte mellan patienten och, i de flesta fall, en läkare eller sjuksköterska är därför nödvändigt. Att fastställa patientens behov av vård kräver särskild utbildning, erfarenhet och ställer krav på lyhördhet och kommunikativ förmåga i situationer som ibland präglas av anspänning och stress.

Sverige i världen

Världens länder bör arbeta tillsammans för människors bästa. Detta arbete bör ske på många olika plan, självklart även inom hälso- och sjukvården. Med dagens stora rörlighet av människor över gränser och nationer är nödvändigheten att inta ett globalt perspektiv alltmer uppenbar; sjukdomar och ohälsa känner inga nationsgränser. Inget land kan ensamt arbeta med globala hälsofrågor, per definition kräver dessa multilaterala insatser av olika aktörer. Framgångsrika inhemska folkhälsoinsatser kan bli tillintetgjorda om man inte samtidigt arbetar också på ett internationellt plan. Global hälsa är ett område som omsluter världen. Uppmärksamheten på hälsoproblem som kräver globalt samarbete måste höjas.

Med utgångspunkt i Sveriges Politik för Global Utveckling (PGU) har Sverige bidragit med insatser inom områden som sexuell och reproduktiv hälsa och antibiotikaresistens. Inom ramen för Millenniemålen har behandling av hiv och malaria förbättrats, vaccination av barn ökat och mödra- och barnadödlighet minskat. Det är viktigt att Sverige med forskning, utbildning, innovationskraft inom både samhälle och hälso- och sjukvård bidrar både nationellt och globalt kring arbetet med ”post 2015-agendan” – att ta fram nya globala hållbara utvecklingsmål till 2030.

Svensk hälso- och sjukvård bör ta ansvar för att sprida kunskap, stimulera forskning med syfte att minska ojämlikhet och ohälsa globalt samt uppmuntra utbyten mellan studenter och personal över nationsgränser.

Bristande följsamhet till lagar och regleringar

Mötet mellan patienten och hälso- och sjukvårdens professioner utgör grunden för all god vård. I detta möte ska tillit skapas, behov beskrivas, utredningar och behandlingar formuleras och kontinuitet upprättas och upprätthållas. Ett verkligt patientinflytande innebär inte bara valfrihet att söka vård utan också möjlighet att få begriplig information, dialog och stöd i beslutsfattandet. Stadigvarande relationer ökar möjligheten till god kommunikation och delaktighet i besluten. God kontinuitet, kommunikation och delaktighet är nära förbundna.

Lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område och rådande etiska värderingar stämmer väl överens vilket är tydligt i formuleringar om patientcentrering och kontinuitet, behov och prioriteringar, patientsäkerhet, kommunikation och information, delaktighet, adekvata resurser, god ledning och uppföljning, ansvar, jämlikhet, trygghet och tillit, självbestämmande, integritet, samråd samt samordning.

Lagstiftarens intentioner är på den här punkten tydliga men vårdgivarna har inte alltid kunnat skapa de förutsättningar som krävs. Dessa är goda medicinska kunskaper, klinisk skicklighet, ett etiskt och empatiskt förhållningssätt, god tillgänglighet, hög kontinuitet, samverkan kring patienten och tid för samtal.

Några av alla dessa faktorer har analyserats av de granskande myndigheterna. Sammanfattningsvis bedrivs inte hälso- och sjukvården i enighet med ambitionerna som de uttrycks i lagstiftning och framkommer i etiska principer.

Patientcentrering och kontinuitet

Myndigheten för vårdanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Riksrevisionen anser att bemötandet inom hälso- och sjukvården har betydande brister. Patienterna blir inte välinformerade och bjuds inte heller in att delta aktivt i vården. Ihållande brister ses i samordningen av hälso- och sjukvården liksom i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. Flera rapporter, bland annat en från Vårdanalys (2012), visar på otillräcklig delaktighet vilket medför att patienter inte ges tillgång till information och därför inte kan medverka i beslut om sin egen hälsa.

Bristande kontinuitet spelar en betydande roll, inte minst när det gäller ökningen av stafettläkare. En god patientkännedom har visats öka patienternas följsamhet till behandlingsplanen samt den medicinska kvaliteten, i synnerhet när det gäller patienter med kroniska sjukdomar. Trots detta ändrades HSL 2010 i och med att systemet med patientansvarig läkare ersattes med ett ansvar för verksamhetschefen att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i

vården. Endast vid livshotande tillstånd ska den fasta vårdkontakten vara en legitimerad läkare. Vid Socialstyrelsens uppföljning av det nya systemet 2012 hade majoriteten av vårdgivare inte haft några patienter alls som tilldelats en fast vårdkontakt (Socialstyrelsen, 2012).

Behov och prioriteringar

Riksrevisionens granskning från 2013 visade att nationella riktlinjer endast delvis innehåller ett patientperspektiv och att arbetet med att föra ut och följa upp riktlinjerna kan utvecklas. Vidare angavs att målkonflikten mellan efterfrågestyrning och behovsstyrning är en orsak till att det idag är svårt att upprätthålla etiska principer om likvärdig vård och prioriteringar för de mest behövande (Riksrevisionen, 2013).

Socialstyrelsen skrev 2007 att öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården fortfarande tio år efter att riksdagen antagit riktlinjerna är mycket ovanliga. Medborgarna är i ringa utsträckning involverade (Socialstyrelsen, 2007).

Vårdanalys skrev 2012 att vården ofta brister i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser (Vårdanalys, 2012).

Socialstyrelsen fann 2011 att åtta av tio särskilda boenden inte uppfyller de krav som anges i lagar, förordningar och föreskrifter. Samtidigt gav de äldre i huvudsak uttryck för att de är nöjda med vården och omsorgen. Vissa verksamheter behöver vidta åtgärder för att de äldres behov av självbestämmande, trygghet och meningsfullhet tillgodoses på ett bättre sätt. Bristande personalkontinuitet och kompetens i kombination med en bemanning som inte är dimensionerad till de äldres behov av vård utgör bland annat en patientsäkerhetsrisk (Socialstyrelsen, 2011)

Delaktighet

Svensk hälso- och sjukvård brister i att involvera patienterna och ger dem inte tillgång till den information som behövs för att fatta välgrundade beslut. Trots de senaste årens riktade insatser har hälso- och sjukvården inte ökat patienternas delaktighet nämnvärt. Enligt Vårdanalys (2014) är Sverige sämst på patienters delaktighet i egna vården. Endast hälften av patienterna menar att de har fått information om vad de själva kan göra och hålla uppsikt över när de kommer hem från sjukhuset.

Socialstyrelsen skriver att informationen till de äldre i särskilda boenden som sällan själva kan föra sin talan är bristfällig och att det ibland förekommer otydligheter i besluten något som kan medföra rättsförlust för den enskilda äldre.

SBU skriver om patientens delaktighet vid schizofreni (2012) att det vetenskapliga underlaget understryker att patientens och de närståendes egna åsikter ska tas tillvara när behandling planeras. Samma sak gäller för personer med autismspektrumtillstånd och deras anhöriga (SBU, 2013). Om ADHD skriver SBU att skolan och vården måste arbeta för ökad delaktighet och bättre stöd från omgivningen. Idag upplever dock både anhöriga till barn med ADHD och vuxna med ADHD bland annat dåligt bemötande och bristande delaktighet (SBU, 2013).

Bedömning

Vårdgivarna har inte förmått tillgodose de krav som uttrycks i lagar och föreskrifter. Oförmågan att erbjuda eller informera om, möjligheten till fast vårdkontakt, både till patienter men också till verksamheter, utgör ett exempel på en svaghet som inverkar negativt på kontinuitet och därmed kvalitet i vården. Den systematiska uppföljning, som vårdgivaren är skyldig att utföra, är otillräcklig eller saknar möjlighet att jämföras. Skyldigheten att öppet redovisa prioriteringar liksom att ha rutiner för ett etiskt införande av nya behandlingsmetoder följs inte av landstingen/regionerna. Endast ett fåtal har rutiner för detta.

Samtidigt har vårdprofessionernas möjlighet att ta individuellt ansvar kringskurits i den (o)moderna organisationsstrukturen. Detaljerad styrning har verkat i samma riktning. Det professionella tolkningsföretäret i frågor som rör kvalitet och utformningen av arbetet för att nå dit är inte intakt. Ansvar för målsättningar om kontinuitet, kommunikation, information, delaktighet, självbestämmande, integritet och samråd är i grunden kanske inte möjliga att lägga på andra än individer. Klart är i alla fall att den nödvändiga infrastruktur som individerna i organisationen behöver för att möta dessa krav inte är anpassad för att tillvarata deras professionella kompetens.

De regionala och lokala skillnaderna i omhändertagande och behandling av samma tillstånd är många. På en övergripande nivå är svensk hälso- och sjukvård orättvis. Organisationsstrukturen som ursprungligen inte skapats för hälso- och sjukvårdsverksamhet, saknar av historien att döma förutsättningar att erbjuda hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. En inadekvat regional uppdelning med för många landsting/regioner där ansvarsuppdelningen mellan statlig och kommunal nivå är otydlig och där ansvarsutkrävandet försvåras är viktiga aspekter att analysera närmare. Det delade huvudmannaskapet och ersättningssystemen är andra.

Att hälso- och sjukvården behöver förändras är tydligt. Det framkommer både i vittnesmål från personer som Britt-Marie Ahmell och Åke Söderlind men även ur myndigheters granskningar. Det

urval som här presenteras utgör bara en del av de problem som beskrivits. Fler kommer följa i denna rapport.

Att problemen, som vi skriver inledningsvis, inte är okända och att de tidigare adresserats men tillsynes utan effekt, är anmärkningsvärt. Det indikerar att det traditionella sättet att förändra hälso- och sjukvården inte har effekt. Extern styrning av en organisations som ursprungligen inte skapats för hälso- och sjukvård leder uppenbarligen inte rätt. Detta fordrar analys. Sannolikt är den organisatoriska struktur vi ärvt illa anpassad för modern hälso- och sjukvård.

Vi menar att en värdefull vård är en jämlik vård av hög medicinsk kvalitet som svarar mot patienters och närståendes behov samt samhällets resurser och prioriteringar. Hur vi ska uppnå detta är den övergripande frågan för denna rapport. I ljuset av de konstaterade svårigheterna att förändra trots kännedom om brister sedan lång tid bör attityden vara förutsättningslös och inte utesluta genomgripande reformer.

Utgångspunkten bör vara hur medicinska behov bäst kan tillgodoses. En förutsättning är möten där behov kan bedömas. Ett uppdrag för hälso- och sjukvårdsorganisationen blir då att säkerställa att villkoren för sådana möten är goda vilket inte minst innebär att kontinuerliga relationer kan skapas. Att erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt med allmänmedicinsk specialistkompetens är ett sätt att borgen för goda möten.

Det räcker emellertid inte med att mötas. Kompetensen hos professionerna i hälso- och sjukvården är dess viktigaste resurs och för att möten ska vara meningsfulla måste denna säkerställas genom fortbildning och forskning. En hälso- och sjukvårdsorganisation som inte förmår det är inte bara kortsiktig utan även farlig. Det är idag inte alltid självklart att kompetens regelbundet måste uppdateras. Här behövs åtgärder.

Utöver möten mellan kompetent personal och patienter och anhöriga krävs att den planering mötet resulterar i kan genomföras och att någon har ansvaret för det liksom uppföljning, samordning och samverkan. Ansvaret i hälso- och sjukvården vilar idag huvudsakligen på vårdgivaren och mindre på individuella yrkesutövare. Att knyta ansvar till enskilda yrkesutövare för att säkerställa att den i samråd utarbetade planen genomförs menar vi är nödvändigt. Det innebär en orientering av hälso- och sjukvården från system mot individ.

Det individuella ansvaret stimulerar till ett fungerande kvalitetsarbete. Att utforma ett system där professionella värderingar genomsyrar kvalitetsbegreppet och utvecklar verksamheter i den andan kan bidra till att utnyttja den potential som vårdens professioner besitter samt stimulera dem att engagera sig mer i ledning och utveckling. För kvalitetsutvecklingens del innebär detta att system baserade på professionell granskning bör utvecklas.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver kunna styras och utvecklas. Idag är det övergripande ansvarstagandet bristfälligt då statens och landstingens/regionernas respektive ansvarsområden är föremål för tolkningar. Det är olyckligt. Stora organisatoriska reformer har genomförts i några av våra nordiska grannländer och det finns starka skäl att inspireras av dessa, inte minst med anledning av de allt mer uttalade regionala ojämlikheterna.

Ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården behöver förändras. Det är motiverat i sig men följer även av organisatoriska förändringar. Finansieringsprinciper och extern styrning utmanar idag professionella värderingar men även lagar och förordningar. Att analysera vilken styrning vår hälso- och sjukvård mår bäst av är angeläget och det inbegriper inte minst att ta ställning till hur ersättningen till hälso- och sjukvården bör ske.

Kapitel 2. Jämlik hälsa och prevention

Inledning

Ojämlighet

Bemötande

Tillgänglighet

Solidariskt finansierad vård

Efterfrågan

Prioriteringar

Prevention

Bedömning och förslag

Inledning

Tillgången till hälso- och sjukvård varierar i befolkningen liksom möjligheten att uppnå god hälsa. Att förebygga ohälsa är en etisk motiverad självklarhet både ur individens och samhällets perspektiv. För att underlätta jämlika förutsättningar i prevention och möjligheten till god hälsa och krävs förändringar.

Ojämlikhet

Ett flertal rapporter har visat att det föreligger ojämlikheter i hälsa i Sverige. Medellivslängden skiljer sig med flera år mellan stadsdelar och korrelerar med socioekonomiska faktorer. Även mellan könen skiljer sig medellivslängden. Personer med diagnosen schizofreni har åtta gånger högre dödlighet än personer utan denna diagnos (Socialstyrelsen, 2013). Lägre utbildning är också kopplat till högre dödlighet.

Kända riskfaktorer för sjukdom som rökning, övervikt och låg fysisk aktivitet är ojämnt fördelade mellan grupper i samhället. Barns tandstatus skiljer sig markant åt beroende på föräldrarnas ekonomi och utbildningsgrad.

Väntetider till canceroperation skiljer betydligt mellan landsting. Tillgången till specialistvård varierar i landet högst väsentligt för vissa specialiteter. Möjligheten att träffa och upprätthålla kontinuerliga vårdrelationer i primärvården är olika i olika delar av landet.

Exemplen på ojämlikheter i hälsa samt i tillgång till och kvalitet i hälso- och sjukvård är många.

Sociala bestämningsfaktorer är kopplade till sjukdom och för tidig död (Marmotkommissionen, 2008). Arbetslöshet, segregation, brist på kontroll och autonomi är exempel. Ett mer jämlikt samhälle i vilket insatser där behoven är som störst prioriteras är ett friskare samhälle vilket är betydelsefullt, inte bara för dem som genom preventiva åtgärder kan undslippa ohälsa, utan också i ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Både europeiska och svenska rapporter, inspirerade av Marmotkommissionen (2008) förespråkar ett strukturerat arbete för att minska hälsoklyftorna och öka social hållbarhet. Med resurser avses de ekonomiska och politiska resurser som är nödvändiga för att kunna leva ett gott liv. Det innefattar inkomster och andra materiella tillgångar respektive möjligheter att delta i en social gemenskap och beredas rimligt inflytande i förandet av samhället. Ett socialt hållbart samhälle är också ett friskare samhälle.

Bemötande

I mötet mellan vårdpersonal och patient riskerar det att uppstå irrelevanta skillnader i bedömningar som leder till ojämlig utredning och behandling. Detta måste motverkas för att en jämlik vård ska kunna uppnås. Skillnader i bemötande mellan befolkningsgrupper kan annars innebära att vården ser olika ut för människor med samma diagnos och vårdbehov.

I en rapport från Vårdanalys (2014) urskiljs tre mekanismer som kan förklara att vårdmöten resulterar i olika beslut för patienter som tillhör olika befolkningsgrupper:

- 1) otillräcklig anpassning efter patienters varierande förutsättningar
- 2) tillämpning av information om patienter på gruppnivå för beslut om enskilda patienter (generaliseringar)
- 3) omedvetet beteende med grund i normer och värderingar från vårdpersonalens sida, där patienter omedvetet behandlas olika.

Det har också visats att patienters utbildningsnivå påverkar längden på vårdmötet, vilken information som ges, och i vissa fall även vilken typ av behandling som ges (Cavalli-Björkman, Glimelius, & Strang, 2012). Högutbildade har i större utsträckning starka sociala nätverk som kan resultera i mer behandling. Sämre följsamhet till behandling, kommunikationssvårigheter och mindre sociala nätverk nämndes bland de intervjuade som möjliga orsaker till att lågutbildade fick mindre behandling (till exempel vid cancer) jämfört med högutbildade.

I en amerikansk studie skattade läkare patienter med lägre socioekonomisk status som mer irrationella och mindre självständiga. Artikelförfattarna menar att omständigheter i vårdpersonalens vardag, som krav på snabba bedömningar och beslut är faktorer som ökar sannolikheten att generaliseringar och

stereotyper används (van Ryn & Burke, 2000). Det har också visats att patienter med högre socioekonomisk status i allmänhet följer behandlingsrekommendationer i större utsträckning än lågutbildade vilket bidrar till ojämlika resultat (Goldman, 2002; Wamala et al. 2007).

Tillgänglighet

Tillgängligheten i hälso- och sjukvården har länge beskrivits som ett betydande problem. I internationella jämförelser ligger Sverige ofta långt ner i rankningen. Inte minst i glesbygd är problemen omfattande: Antalet vårdcentraler har minskat och rekryteringsproblemen där är stora.

Sedan vårdvalsreformens införande har tillgängligheten i primärvården i viss mån förändrats. Riksrevisionens konstaterar i en rapport från 2014 att nya vårdcentraler företrädesvis har etablerats i befolkningstäta områden där vårdbehoven är lägre. Nedläggningar har i större utsträckning drabbat socioekonomiskt svagare områden. Ojämlikhet i vårdutnyttjande har ökat. Men granskningen av effekten på läkarbesök har endast utgått från situationen i Västra Götalandsregionen och Region Skåne och generaliserbarheten av dessa resultat kan ifrågasättas (Riksrevisionen, 2014).

Solidariskt finansierad hälso- och sjukvård

En solidariskt finansierad hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet har varit målsättningen i det svenska välfärdssamhället. Utgångspunkten för denna rapport är att det politiska stödet för en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård är intakt.

Enligt Marmottkommissionen (2008) finns det vetenskapligt stöd för att ett jämlikt samhälle också är ett friskare samhälle i den bemärkelse att socioekonomiska bestämningsfaktorer påverkar hälsoutfallet. Om solidariskt finansierad hälso- och sjukvård resulterar i ett jämlikare samhälle kan det alltså finnas skäl att försvara den modell som traditionellt varit den nordiska välfärdsstatens.

Idag har cirka 600 000 svenskar privat sjukförsäkring, vanligen bekostad av arbetsgivaren. En sådan försäkring möjliggör förtur till hälso- och sjukvårdsresurser. Oavsett om detta leder till

undanträngningar eller inte så indikerar blotta omfattningen att dagens solidariskt finansierade erbjudande inte fullt ut tillgodoser medborgarnas förväntningar på vården.

Det stora flertalet samhällsmedborgare måste uppleva att hälso- och sjukvården fyller den funktion de anser rimlig utifrån den investering de bidrar med genom skattefinansiering, annars avtar viljan att finansiera systemet. I detta sammanhang verkar principen om vård utifrån behov vara central för att säkerställa det solidariska ansvarstagandet.

Här uppstår inte sällan en målkonflikt. Den friska samhällsmedborgaren kan, utifrån sina behov, ha en syn på hälso- och sjukvårdens uppdrag som inte alltid överensstämmer med den syn en patient har. Till exempel kan den friska medborgaren anse att hög tillgänglighet och bra ”service” är viktigt medan en patient med kronisk sjukdom i större utsträckning värdesätter kontinuitet och samordning.

Vidmakthållandet av en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård kräver att dessa intressen balanseras mot varandra.

Efterfrågan

Om man accepterar verklighetsbeskrivning som gör gällande att patienter har olika förutsättningar att få tillgång till vård beroende på en rad sociala och samhälleliga faktorer, så inställer sig frågan om det sammanfaller med förmågan att efterfråga och självständigt söka vård. I prioriteringsordningen (Socialdepartementet, 1996) framhålls att patienter och medborgare med nedsatt autonomi ska beaktas särskilt så att deras behov inte prioriteras lägre till följd av deras belägenhet. En hälso- och sjukvård som alltmer är styrd av efterfrågan riskerar, av naturliga skäl, att omintetgöra denna ambition vilket förstärker redan befintliga skillnader.

Föreställningen att marknadsinspirerade principer resulterar i att vårdbehov och ett tillgodoseende av dessa sammanfaller är inte underbyggd i forskning. Det finns tvärtom skäl att anta att marknadsmekanismer inte passar så väl på hälso- och sjukvårdens område. Bland annat föreligger en påtaglig svårighet för patienter och medborgare att avgöra kvalitet på den ”produkt” de efterfrågar eftersom det finns en kunskapsasymmetri mellan den som tillhandahåller vården och de som efterfrågar den. Detta är ett förhållande som sätter marknadskrafterna ur spel enligt gängse ekonomisk teori.

Många, inte minst äldre patienter vars sviktande funktioner ofta är vad som för dem till hälso- och sjukvården, kan i betydande utsträckning ha svårt att fatta eller genomdriva välgrundade beslut av en rad skäl. I en svensk studie av personer som var 77 år eller äldre framkom att en tredjedel antingen inte kunde låta sig intervjuas direkt eller att de i test uppvisade låg kognitiv kapacitet. Vidare uppvisade 22

procent svag förmåga att hitta eller bearbeta information. 32 procent hade visserligen adekvat kognitiv funktion men saknade antingen varseblivningsförmåga, vitalitet eller förmåga att lämna hemmet. Endast 10 procent i den studerade gruppen hade inga av de nedsättningar som ansågs påverka förmåga att tillgodogöra sig det påstådda värdet av att välja bland olika alternativ (Meinow, Parker, & Thorslund, 2011).

I en uppmärksamman rapport publicerad av SNS 2011 (Hartman) sammanfattar en grupp forskare effekterna av privatisering och konkurrens på ett flertal områden, bland annat skola, arbetsförmedling och vård. I det avslutande kapitlet skriver redaktören Laura Hartman:

”Sammanfattningsvis är konsekvenserna av ökad konkurrens anmärkningsvärt utforskade. De befintliga forskningsresultaten visar på varken några entydiga effektivitetsvinster eller – förluster i form av lägre offentliga utgifter för välfärdstjänsterna. [...] Möjligen avviker primärvården något från den generella bilden i och med att tillgängligheten som ett kvalitetsmått verkar ha ökat. [...] Inom samtliga områden, förutom hälso- och sjukvården, verkar socioekonomiskt starkare grupper vara åtminstone något överrepresenterade som kunder hos de privata aktörerna, vilket tyder på att konkurrensutsättning kan ha segregande tendenser. [...] Konkurrensutsättning har – åtminstone hittills – inte varit den mirakelmedicin som många hoppades skulle ge högre effektivitet och kvalitet.” (Hartman, 2011, ss. 265-266)

Ett arbete med att erbjuda ”konsumentinformation” på vårdens område har efterlysts. Lämpligheten i att förlita sig på ett sådant system för att förbättra kvalitet måste starkt ifrågasättas mot bakgrund av vad som här framförts i relation till informationsasymmetrin och dess inverkan på konkurrensens påstådda inneboende välgörande effekter. Det måste emellertid också ifrågasättas i relation till de svårigheter som föreligger i att mäta kvalitet i hälso- och sjukvården i allmänhet och som berörs mer ingående i kapitlet om ersättningssystem och kvalitet.

Det har föreslagits att kvalitetsregister i hälso- och sjukvården skulle kunna utgöra jämförelsematerial att grunda val av läkare, klinik eller för den delen landsting. Arbetsgruppen En Värdefull Vård vill framhålla att en sådan utveckling riskerar att äventyra kvalitetsregistren som sådana vilket i förlängningen varken gynnar registrens verkliga syfte eller hälso- och sjukvårdens marknad. I kapitlet om kvalitet utvecklar vi resonemanget om ”konsumentinformation”.

Prioriteringar

Prioriteringsutredningen (1995) slog fast att prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska grundas på tre principer. I hierarkisk ordning är dessa människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

De första två principerna har trots målmedvetet arbete med bland annat Nationella riktlinjer varit svåra att tillämpa i praktiken. Istället har kostnadseffektivitetsprincipen tagit överhanden. Många menar att hälso- och sjukvården idag främst styrs av ett kortsiktigt ekonomiskt tänkande utan att helhetsresultatet för samhället beaktas.

Andelen med kronisk sjukdom är idag betydande. I en undersökning av ”sjukare vuxna” (definierat som personer med upplevd dålig hälsa, en kronisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som krävt betydande vård och/eller som vårdats på sjukhus de senaste två åren) framgick att sex av tio lider av ett eller flera kroniska sjukdomstillstånd (Ramböll, 2012). I takt med teknik- och metodutveckling ökar diagnostiserings- och behandlingsmetoder något som sannolikt medför ökad överlevnad i kronisk sjukdom men också resulterar i ökad resursanvändning. Detta inskräpper vikten av prevention. Ironiskt nog är det inte medicinska utan ekonomiska incitament som förskjuter fokus från traditionell hälso- och sjukvård mot prevention.

Redan idag uppskattas hälften av vårdens samlade resurser gå till patienter med kronisk multisjukdom (Calltorp, 2013). Denna grupp patienter har ett nödvändigt behov av hälso- och sjukvård. Den skisserade utvecklingen riskerar emellertid att resultera i, eller har redan resulterat i, en konflikt där patienter med stora medicinska behov, och inte sällan nedsatt autonomi som en följd, ställs mot friskare patienter eller blivande patienter vars behov ur ett medicinskt prioriteringsperspektiv väger lätt men som likväl har krav på tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Kraven på god tillgänglighet finns hos alla patientgrupper men är enligt prioriteringsordningen inte lika tungt vägande i alla grupper. I vilken utsträckning prioriteringsordningen faktiskt sammanfaller med samhällets värderingar är oklart och under ständig påverkan.

En angränsande målkonflikt, mellan preventiv och botande eller lindrande verksamhet, föreligger också: Samhället och skattebetalaren har ett större intresse av att stimulera god hälsa och att förebygga sjukdom än vad en patient som redan drabbats av sjukdom har. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan förebyggande åtgärder möjliggöra att samhällets medborgare i större utsträckning kan hållas i arbete och på så sätt bidra till det gemensamma, istället för att vara en resursmässig börda. Den enskilda patienten är samtidigt, i rollen som patient, mer betjänt av att resurserna till traditionell vård prioriteras.

Dessa konflikter, och andra, kommer att ställa krav på en skärpt analys av hälso- och sjukvårdens övergripande syfte, transparenta prioriteringar och politiskt och medicinskt ledarskap så att

patienternas, medborgarnas och samhällets behov balanseras väl. Prioriteringsarbetet måste därför ta större plats och diskussionerna föras brett om förtroendet för den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården ska bestå i hela befolkningen.

Prevention

Hälso- och sjukvården bidrar som andra samhällsaktörer mer eller mindre i preventionsarbetet beroende på vilka parametrar som studeras. Sverige har, i internationell jämförelse, haft goda resultat när det gäller prevention. Till exempel har den rökande andelen av befolkningen minskat och det statliga alkoholmonopolet resulterat i ett relativt kontrollerat alkoholintag. Enligt Folkhälsomyndigheten ökar medellivslängden, främst tack vare minskad dödlighet i hjärtkärlsjukdomar och att insjuknandet i bland annat stroke minskar. Trots det är dödligheten i alla de stora dödsorsakerna i befolkningen – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, suicid, och alkoholrelaterad död – högre i gruppen med kort utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Sjukvårdsprofessionerna bör medverka till hälsofrämjande åtgärder även inom andra sektorer än de rent medicinska, i syfte att skapa ett socialt hållbart samhälle vilket i sig är hälsofrämjande. Primärprevention är en naturlig del i detta arbete och dess betydelse framstår som allt mer viktig i takt med den ökade prevalensen av kronisk sjukdom. Ur det samhällseliga perspektivet är det angeläget att hälso- och sjukvårdsprofessionernas kunskap om goda levnadsvanor omsätts i handling för att skapa så många friska levnadsår som möjligt. Att genom prevention uppnå så många friska levnadsår som möjligt för breda grupper i Sverige, men även globalt, är en viktig målsättning för samhället i stort men i synnerhet för hälso- och sjukvården.

De globala ojämlikheter vi ser på hälsans område är oacceptabla. Riktade insatser mot såväl individer som strukturer, behövs både i Sverige och globalt i strävan att förbättra folkhälsa, minska ojämlikhet och att uppnå fler friska levnadsår för människor.

Detta syn- och arbetssätt får stöd bland annat i FN:s generalförsamling som 2011 tog beslut om att öka insatserna kring icke-smittsamma sjukdomar. Dessa tillstånd orsakar två tredjedelar av globala dödsfall, och är dominerande även i låg-och medelinkomstländer. Pågående arbete att bekämpa smittsamma sjukdomar måste fortsätta och intensifieras. Ebolaepidemin och den utbredda antibiotikaresistensen är viktiga exempel.

Den globala situationen för kvinnors och barns hälsa är djupt otillfredsställande, Millenniemålen 4 och 5, *Minska barndödligheten* respektive *Förbättra mödrahälsan*, är inte på långt när uppfyllda, vilket

påpekas i rapporten *Every woman, every child* (WHO, 2014), som formulerar skarpa förslag kring hur världens länder ska hjälpas åt.

Majoriteten av de sjukdomar och tillstånd som bidrar till morbiditet och mortalitet, i Sverige såväl som globalt, kan förhindras. Att förändra medicinen i riktning mot mer prevention är nödvändigt men ställer krav på organisation och styrning samt forskning och utbildning. Att hantera denna avgörande förändring från mer traditionell medicin och behandling till mer av prevention med hänsyn taget till vår fysiska och sociala omgivning och särskilt fokus på mänskliga rättigheter, barnkonventionen och rätten till god hälsa är en övergripande utmaning.

Bedömning och förslag

Hälso- och sjukvården bör även fortsättningsvis vara solidariskt finansierad för att understödja insatser som syftar till en jämlik vård och en jämlik fördelning av hälsa i samhället. Hälso- och sjukvårdens professioner har ett stort ansvar utifrån professionell roll, som utbildare och forskare. Detta inbegriper såväl ett personligt ansvar för den individuella människan som ett övergripande ansvar att utveckla ett socialt hållbart samhälle.

För bevara en solidarisk hälso- och sjukvård krävs att förtroendet för den är högt. Förtroendet utgår från hälso- och sjukvårdens förmåga att möta de krav samhället och individer ställer på den. Dessa behov skiljer sig mellan olika grupper; en frisk, högavlönad individ ställer andra krav än den som är sjuk och arbetslös. För att alla grupper ska finna det offentliga erbjudandet attraktivt krävs en god vård utifrån behov samt en god tillgänglighet men också en gemensam acceptans för den fastlagda prioriteringsordningen (Socialdepartementet, 1996). De förslag som förs fram i kommande kapitel är utformade för att dessa krav ska kunna tillgodoses.

Att konkurrensutsättning skulle bidra till att effektivisera den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården saknar stöd i forskning. Detsamma gäller sådana systems förmåga att bidra till jämlika förutsättningar. Det är en utmaning att fördela resurser mellan verksamheter med positiva effekter för jämlikheten såsom lagen föreskriver. I kapitlet om ersättningssystem diskuterar vi hur hälso- och sjukvården bör ersättas bland annat utifrån detta perspektiv. Att ensidigt fokusera på tillgänglighet och valfrihet som instrument att förbättra hälso- och sjukvård är kortsiktigt vilket vi också återkommer till i samma kapitel.

För att bevara den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården krävs emellertid också ett ledarskap från samhällets företrädare, i det här fallet professionerna såväl som politikerna, som försvarar solidariskt finansierad hälso- och sjukvård genom att framhålla moraliska, ekonomiska och

medicinska fördelar. Detta underlättas om de organisations- och styrförändringar vi föreslår i kommande kapitel blir verklighet.

Politiker och professioner måste också samverka kring att uttolka vårdens uppdrag i olika sammanhang. Lagstiftning och etik är samstämmiga vilket indikerar att utgångspunkterna är väl förankrade. Det är en angelägen uppgift att göra prioriteringar synliga och brett diskuterade. Vi föreslår därför att:

1. Prioriteringscentrum ges ett utökat ansvar.

Det är nödvändigt att nationellt leda prioriteringsarbetet för att tillgodose lagens krav på god hälsa på lika villkor, och för att vidmakthålla förtroendet för den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården.

Prioriteringsarbetet har inte i tillräcklig utsträckning kunnat genomsyra hälso- och sjukvården. Regionala orättvisor, distraherande styr- och ersättningssystem, kostsamma behandlingar för till exempel tumörsjukdomar, särläkemedel och samverkan mellan olika huvudmän och politiska nivåer är stora utmaningar för ett nationellt prioriteringsarbete.

Att implementera transparenta prioriteringar i hela hälso- och sjukvården på basen av evidens, etik och med stöd i organisatoriska strukturer och processer är en utmaning som fordrar större ansträngningar än vad samhället ännu visat sig villigt att göra.

Idag ligger prioriteringsarbetet utspritt på en rad aktörer utan tydlig samordning.

Professionsföreträdare som Svenska Läkaresällskapets sektioner, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket, lokala läkemedelskommittéer i regioner och landsting, NT-rådet (nya terapier), SBU med flera påverkar alla idag prioriteringar i hälso- och sjukvården mer eller mindre direkt. Prioriteringscentrum i Linköping har alltså ett nationellt uppdrag att verka som kunskapscentrum på prioriteringsområdet och ser sig självt som en ”sambandscentral” på prioriteringsområdet.

Att knyta kunskap om prioriteringar närmare hälso- och sjukvårdsverksamheter för att ge prioriteringsarbetet större genomslag är möjligt genom att koppla Prioriteringscentrums kompetens till det USO-råd som presenteras i kapitlet om helhetsansvar. I korthet skulle Prioriteringscentrum bidra med expertkunskap i det råd, bestående av politiker och professionsföreträdare, som vi föreslår ska styra hälso- och sjukvården på nationell nivå. Den på personbasis grundade representation Prioriteringscentrum idag har i TLV, Socialstyrelsen och NT-rådet med flera kunde på så sätt kompletteras och eller ersättas av representation i USO-rådet.

Det är särskilt angeläget att i detta arbete problematisera kring prevention och folkhälsa.

Prioriteringsdiskussionen behöver omfamna och bidra till den förändring av medicinen som innebär mer av prevention. Att ge argument för och emot en sådan förändring utifrån ett prioriteringsetiskt perspektiv är angeläget. I detta sammanhang kan Prioriteringsplattformen (Socialdepartementet, 1996) behöva ses över.

2. Hälso- och sjukvården används som ett instrument för att skapa ett socialt hållbart samhälle.

Samhällets olika aktörer inom stat, kommun och region/landsting ska gemensamt medverka till ett socialt hållbart samhälle som eftersträvar jämlikhet, som en del i det övergripande målet att förbättra folkhälsan och skapa så många friska levnadsår som möjligt.

Hälso- och sjukvårdssystemet är ett av de instrument som bör användas för att så långt det är möjligt kompensera för skillnader i hälsa som är en följd av ojämlik fördelning av hälsans bestämningsfaktorer. I ett sådant arbete krävs att hälso- och sjukvården organiseras med hänsyn taget till olika gruppers behov och förmåga.

Jämlik hälsa betyder inte likadan vård för alla. Resurser ska fördelas utifrån behov vilket motiverar en större satsning på utsatta grupper och områden. Tillgänglighet ska optimeras och riktas mot patienter som inte själva har förmåga att efterfråga den sjukvård de behöver. Här är det väsentligt att sjukvårdsprofessionerna medverkar på två fronter. För det första genom att aktivt delta i debatten om samhälleliga och politiska åtgärder som strävar mot att utjämna ojämlikhet i hälsa. För det andra måste professionerna ta ansvar för att kompensera för de negativa hälsoeffekter som följer av socioekonomiska skillnader, språkliga barriärer och nedsatt autonomi.

En grundförutsättning för att detta arbete ska vara möjligt är att rådande ojämlikheter i hälsa kartläggs.

En annan grundförutsättning är att hälso- och sjukvårdsorganisationen utformas så att obefogade regionala skillnader inte uppstår. I kapitlet om organisation och helhetsansvar utvecklar vi förslag till finansiering och organisation som kan underlätta det. I kapitlet om ersättningssystem utvecklar vi förslag om ersättningen av hälso- och sjukvården.

Även hälso- och sjukvårdens ersättningssystem är centrala att beakta för att skapa ett socialt hållbart samhälle. En diskussion kring hälsoekonomi är påtagligt frånvarande i debatten. Visserligen har denna vetenskapliga disciplin utvecklats men effekterna i svensk hälso- och sjukvård är blygsamma.

Hälsoekonomi måste bli mer framträdande och ge underlag för både dagens och framtida prioriteringar. Om folkhälsa är läran om hur samhället gemensamt strävar efter förbättring av hälsan och minskning av den ojämlika hälsan, så är ”folkhälsoekonomi” kunskap om hur vi väljer att göra detta, med begränsade resurser.

Hälso- och sjukvården måste i högre grad ta tillvara på kunskapen och forskningen kring hälsoekonomi och förse beslutsfattare och politiker med underlag i syfte att göra så korrekta prioriteringar av resurser som möjligt. Detta ställer särskilt stora krav i avvägningar mellan hälsofrämjande åtgärder och prioriteringsplattformens hierarki.

3. Socialmedicinens roll och uppdrag utreds.

Idag har Sverige en fragmenterad sjukvård och separata huvudmän i form av kommuner och regioner/landsting. Det har fört med sig allvarliga konsekvenser för utsatta grupper. En sätt att öka kännedomen om och rikta insatser mot utsatta grupper är att utreda i vilken utsträckning socialmedicinsk verksamhet kan bidra. Rimligtvis kan breda kunskaper inom epidemiologi, statistisk och relevant klinisk kompetens vara avgörande i såväl kliniskt arbete som i ledande befattningar.

Även ökade forskningsanslag, utökad undervisning på sjukvårdsprofessionernas grundutbildningar och inom samtliga specialistutbildningar bör övervägas.

Inom den socialmedicinska specialiteten anläggs, till skillnad från övriga medicinska specialistområden, ett populationsperspektiv för att identifiera faktorer, som på olika sätt påverkar hälsa och ohälsa. Klinisk socialmedicinsk kompetens inom respektive specialistområde, kunskaper i folkhälsovetenskap, epidemiologi, preventiv medicin samt hälso- och sjukvårdsplanering, beslutsprocess och ekonomi är av värde för de flesta yrken inom hälso- och sjukvården.

Enligt rapport från Socialstyrelsen (2005) utmärks ett framgångsrikt folkhälsoarbete av ett nära samarbete med den övriga hälso- och sjukvården. Folkhälsovetenskap och utveckling av hälso- och sjukvårdens organisation bör utgå från tvärprofessionella team där socialmedicinsk kompetens är central. Det gäller inte bara som förmedlare av det medicinska perspektivet utan också för att leda forskning och vara länk och kommunikatör mellan folkhälsoarbetet och den övriga hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att framhålla att socialmedicinska team inte ersätter andra verksamheters uppdrag att verka för att vård ges utifrån behov. Inte minst allmänmedicinska mottagningar har goda förutsättningar att bidra aktivt särskilt om antalet specialister i allmänmedicin ökar och primärvården reformeras enligt vad vi föreslår i kapitlet om allmänmedicin. En av det socialmedicinska teamets främsta uppgifter är istället att verka för att de som inte annars tar kontakt med hälso- och sjukvården men ändå har behov, får dessa tillgodosedda.

4. Förmågan att överbrygga kulturella och språkliga barriärer utökas.

För att vårdpersonalen ska ha möjlighet att agera jämlikt i vårdmötet, måste den ha de rätta förutsättningarna. I detta sammanhang är det centralt att hälso- och sjukvården anpassas efter individuella patienters förutsättningar, annars riskerar omotiverade skillnader att uppstå. Negativ inverkan av språkliga och kulturella skillnader ska undvikas i största möjliga utsträckning. Idag förmår inte hälso- och sjukvårdspersonal att kompensera för dessa skillnader på grund av bristande kompetens och attityder.

För att möta patientens behov krävs därför mer utbildning i interkulturell kompetens på både grund- och specialistutbildningarna. En strukturerad diskussion och reflektion kring stereotypa uppfattningar och fördomar inom hälso- och sjukvården behöver ständigt föras. Tolkverksamhet av god kvalitet är också en förutsättning.

Kapitel 3. Allmänmedicinens roll och betydelse

Inledning

Historisk tillbakablick

Allmänmedicinens uppdrag och utmaningar

Framtidens primärvård

Bedömning och förslag

Inledning

För att bäst tillgodose patientens, medborgarens och samhällets behov av hälso- och sjukvården krävs en välfungerande primärvård. Genom kontinuitet och ett patientcentrerat arbetssätt kan hög patienttillfredsställelse och positiva effekter på folkhälsan med god kostnadseffektivitet uppnås.

En undersökning genomförd av Läkarförbundet visar att Sveriges läkartäthet är bland de högsta i OECD, men att andelen allmänläkare, 16 procent, är lägst ibland jämförbara länder (Pettersson & Jaktlund, Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning (Rapport mars 2013), 2013). Enligt samma undersökning fanns 4540 specialister i allmänmedicin omräknat i heltider i primärvården i november 2012, men av dessa var endast knappt 4000 fast verksamma som allmänläkare, när man räknat bort stafettläkare och andra vikarier.

Socialstyrelsen bedömde 2013 att antalet specialister i allmänmedicin fram till 2025 kommer minska med 32 procent med nuvarande utbildningstakt. Samtidigt beräknas antalet specialistläkare totalt öka med 18 procent. Primärvårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården har varit oförändrad sedan år 2000.

Initiativ och beslut från regering och riksdag för en stärkt primärvård har misslyckats oavsett politiskt majoritet och oavsett om implementeringen skett via lagstiftning, med avtal mellan regeringen och landstingens företrädare eller på annat sätt. Trots att landsting/regioner generellt uttalar tydligt stöd för att stärka primärvården har någon avgörande förändring inte ägt rum de senaste 20 åren.

Bristen på allmänläkare utgör ett hinder för att utveckla samverkansformer med övriga professioner i primärvården såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, kuratorer och arbetsterapeuter. Teamet allmänläkare och distriktssköterska inom hemsjukvården behöver återupprättas.

Nu krävs förändring. Primärvården som bas i hälso- och sjukvården måste fungera väl och för det krävs inte minst att antalet specialister i allmänmedicin anpassas till behovet. Ett listningssystem byggt på personliga kontrakt behöver införas. Den allmänmedicinska forskningen och fortbildningen behöver stärkas.

Historisk tillbakablick

Visionen om att vara läkare i lokalsamhället gjorde att många läkarstudenter i ”68-generationen” bestämde sig för att bli allmänläkare. Det gamla provinsialläkarväsendet skrotades i början på 1970-talet. I framtiden skulle tilliten i vården som provinsialläkaren stod för, tas med in i en modern, resursstark primärvård dominerad av gruppläkarmottagningar med ett brett åtagande nära invånarna.

Initialt öppnades många vårdcentraler där distriktsläkaren och distriktssköterskan tillsammans var basen för en trygg sjukvård. De arbetade framåtsyftande och förebyggande i nära samarbete med sjukhusens specialister. På 1980-talet stagnerade utvecklingen. Samtidigt expanderade sjukhusvården. Då den ekonomiska krisen slog till i mitten på 1990-talet minskade den slutna specialistvårdens kapacitet. Antalet sjukhussängar sjönk drastiskt under loppet av några få år samtidigt som utbyggnaden/utvecklingen av primärvården stod stilla. Sedan dess har knappa resurser och framförallt brist på allmänläkare karaktäriserat den svenska primärvården, trots att förväntningarna och kraven har ökat.

Sjukhusens akutmottagningar och kliniker har fått ägna anseende resurser åt vårdsökande som primärvården skulle ha kunnat ta om hand på bättre och mer kostnadseffektivt sätt.

Flera statliga initiativ har genom åren tagits för att stimulera utvecklingen av primärvården och för en bättre balans i fördelningen av resurserna i hälso- och sjukvården.

Husläkarlagen (1993:588) som trädde i kraft 1 januari 1994 innebar i huvudsak att alla i Sverige garanterades rätten att välja en fast allmänläkarkontakt – en husläkare. Denna kunde vara antingen offentligt anställd eller privatpraktiker, villkoren skulle vara konkurrensneutrala dem emellan. Huvudsyftet var att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten men en viktig bakomliggande faktor var att öka attraktiviteten hos landstingens primärvård som arbetsplats för läkare. Ökad mångfald var också ett mål och reformen innebar att det infördes fri etablering för husläkare i hela landet.

Flera landsting underlät att följa lagen. Redan efter regeringsskiftet senare samma år beslutades att avskaffa husläkarlagen samtidigt som en ändring i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) föreskrev att landstingen skulle organisera vården så att alla invånare skulle ges möjlighet att välja en egen läkare med specialistkompetens i allmänmedicin i primärvården, men den fria etableringen togs bort. Det inskräptes också att landstingen skulle prioritera en utbyggnad av primärvården.

En viss tillströmning av läkare till primärvården noterades under husläkarlagen men denna avstannade. I dåvarande socialminister Lars Engqvists nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården angavs bristen på allmänmedicinsk kompetens vara ett av svensk hälso- och sjukvårds stora problem. Handlingsplanen utformades som ett avtal mellan Landstingsförbundet och regeringen med en bred riksdagsmajoritet bakom. Pengar från försvarsbudgeten, ”kanonpengarna”, totalt nio miljarder kronor, skulle sätta fart på utvecklingen i primärvården.

”Det övergripande syftet är att åstadkomma positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner och den specialiserade vården vid och utanför sjukhus att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. En central

del är att tillse att alla invånare tillförsäkras tillgång till en egen vald läkare i primärvården – en familjeläkare” (Socialdepartementet, 2000).

Under åren 2002–2004 överfördes 5,6 av totalt 9 miljarder kronor till landstingen med detta syfte. Pengarna kom landstingen till del i form av det allmänna statliga anslaget och kopplat till ett icke bindande avtal med en intresseorganisation, Landstingsförbundet, vilket tillsammans med principen om det lokala självstyret resulterade i att landstingens inriktning och prioriteringar förblev oförändrade. Varken Socialstyrelsen, som hade i uppdrag att utvärdera den nationella handlingsplanen, eller någon annan av sjukvårdens intressenter kunde i efterhand spåra några effekter av mångmiljardsatsningen. Mellan 2001 och 2003 minskade tvärtom antalet läkarbesök i primärvården per invånare med 6 procent.

Det senaste i raden av statliga initiativ är vårdvalsreformen 2010. En obligatorisk fri etablering för vårdgivare i primärvården infördes. Nu eftersträvades en marknadsmässig situation med konkurrens mellan vårdbolag. Invånarna ska nu i första hand välja *vårdgivare*, läkare kommer i andra hand. Kravet på att läkarna skulle ha specialistkompetens i allmänmedicin är också borta. En certifierad vårdgivare är huvudsaken men kompetens en bisak. Landstingen/regionerna tillåts fritt skapa formerna för vårdvalet och idag finns 21 olika vårdvalssystem med en stor variation av mer eller mindre detaljerade regelverk för verksamhetens innehåll.

Till att börja med öppnade cirka 200 nya vårdcentraler men de senaste åren har utvecklingen först stagnerat för att sedan falla tillbaka. Antalet vårdcentraler uppgick 2013 till 1 156 stycken, något färre än året innan. Av dessa drevs 479 stycken i privat regi (SKL, 2013). Konkurrensverkets (KKV) rapport (Konkurrensverket, 2014) anger att fyra av tio vårdcentraler inte klarade sig på ersättningen från landstinget. KKV varnar för att under de nuvarande ekonomiska förutsättningarna så finns risk för att fler vårdcentraler måste läggas ned. Antalet verksamma allmänläkare i primärvården har inte ökat de senaste 10 åren. Från 2012 till 2013 har det tvärtom skett en liten minskning.

I Nationella Planeringsstödet (NPS) 2013 redovisade Socialstyrelsen för första gången en prognos över tillgången till specialistläkare i ett något längre perspektiv, fram till år 2025 (Socialstyrelsen, 2013). Prognosen bygger på förutsättningen att utbildningsvolymen för olika specialiteter blir oförändrad och att alla färdiga specialister får anställning.

”Resultaten tyder på att antalet specialiserade läkare per 100 000 invånare kommer att öka med 18 procent fram till 2025, men att utvecklingen ser olika ut för olika specialiteter. Ortopeder bedöms öka med 10 procent och anestesiloger med 4 procent, medan specialister i allmänmedicin bedöms minska med 32 procent och psykiatriker med 28 procent.” (Socialstyrelsen, 2013)

Sverige har en förhållandevis hög läkartäthet och placerar sig på tredje plats efter Österrike och Portugal bland 13 jämförda OECD-länder. När det gäller andelen av de kliniskt verksamma läkarna som arbetar som generalister, har Sverige den lägsta andelen, 16 procent, (tillsammans med Island) bland de aktuella OECD-länderna. Högst ligger Portugal med 50 procent. Enligt en undersökning som Läkarförbundet gjort fanns 4 784 läkare (omräknat i heltider) i primärvården 2012. Av dessa var 4 540 specialister i allmänmedicin. Det motsvarar 1 allmänläkare per 2 115 invånare. En vanlig dag 2012 tjänstgjorde 966 stafettläkare primärvården, varav 71 procent allmänläkare. Läkarförbundets

undersökning anger att i november 2012 var antalet specialister i allmänmedicin med fast befattning 3 888 läkare, omräknat i heltider (Pettersson & Jaktlund, Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning (Rapport mars 2013), 2013)

År 2012 var landstingens/regionernas nettokostnad för primärvården 37 miljarder kronor eller drygt 18 procent av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Räknat per invånare kostade primärvården närmare 4 000 kronor. Primärvårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården har varit oförändrad sedan år 2000 (Pettersson, 2014).

Initiativ och beslut från regering och riksdag för en stärkt primärvård har misslyckats oavsett politiskt majoritet och oavsett om implementeringen skett via lagstiftning, som husläkarlagen, med avtal mellan regeringen och landstingens företrädare, som i Nationella Handlingsplanen eller på annat sätt. Trots att landsting/regioner generellt uttalar tydligt stöd för att stärka primärvården har någon avgörande förändring inte ägt rum de senaste 20 åren. En bidragande orsak kan vara att det inte funnits en enighet bland olika specialitetsföreträdare om betydelsen av en satsning på allmänmedicinen.

Allmänmedicinens uppdrag och utmaningar

”Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom.

I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation”
(Socialstyrelsen, målbeskrivning allmänmedicin)

Enligt Barbara Starfield, välrenommerad amerikansk utforskare av primärvård, kännetecknas primärvård av följande fyra attribut eller kännetecken:

1. Lätt tillgänglighet för patienternas första kontakt med hälso- och sjukvården.
2. Heltäckande vårderbjudande – man kan och vill erbjuda allt det patienterna visar sig behöva av vård, om inte på mottagningen, så genom remisser eller andra samarbetskanaler.
3. Samordning – man håller ihop hela vårdepisoden oavsett vilka olika vårdgivare som kan behöva engageras från tid till annan.
4. Kontinuitet med ett varaktigt partnerskap och personlig relation över tid. (Starfield, 2009)

Det är patienten själv som utan hinder ska bestämma behovet av kontakt med allmänläkaren. Det är patienten som ger allmänläkaren uppdraget och läkaren får lösa det själv eller med hjälp av den övriga vården. Allmänmedicinen är den specialitet som vanligen bäst kan ta ansvar för kontinuiteten i vården av kroniska sjukdomar, särskilt som många patienter samtidigt har flera sjukdomar som hör till olika specialiteter. Det är patienten och läkaren som tillsammans kan avgöra hur behovet av vårdinsatser ska beskrivas och tillgodoses.

Jämlikhet och folkhälsa

Allmänläkare i Sverige tar emot 14 miljoner patientbesök per år. Det motsvarar 1,5 besök per invånare och år, vilket utgör hälften av det totala antalet läkarbesök i Sverige.

Allmänläkarna har en mycket bred kontaktyta mot befolkningen. Inom loppet av 3–4 år träffar allmänläkaren i en väl fungerande primärvård upp mot 90 procent av befolkningen i ett personligt möte i ett slutet rum. De allra flesta av dessa besök, 80–90 procent, klaras av inom allmänmedicinen utan att involvera andra specialiteter, förutom medicinsk service. En stor majoritet av befolkningen har kontakt med vården endast via primärvården. En mindre del av befolkningen har kontakt med slutenvården och då oftast episodiskt.

Det här gör att primärvården och allmänläkarna har en särställning för att förverkliga en jämlik vård. Hälsans bestämningsfaktorer ligger till stor del utanför sjukvården, men det är vårdens uppgift enligt alla etiska och politiska värderingar att så långt möjligt kompensera för de negativa hälsoeffekter som följer av socioekonomiska skillnader, språkliga och kulturella barriärer och nedsatt autonomi. Allmänläkarna har också en nyckelfunktion för tillgänglighet, kontinuitet, tillit och delaktighet i vården. Allmänläkaren ska vara främst ansvarig och samordnare av vården för kroniskt sjuka och multisjuka.

I Sverige idag finns 430 000 arbetslösa, 225 000 fattigpensionärer och totalt 1 913 000 pensionärer samt 1 600 000 utrikes födda (SCB). En stor del av dessa människor har begränsade möjligheter att få jämlik vård på lika villkor. För dem är det avgörande att ha en lättillgänglig fast personlig kontakt med en allmänläkare, för att få en vård efter sina behov.

Allmänläkarna är tack vare av den breda kontaktytan med befolkningen och den relation som skapas över tid med personliga besök också en viktig aktör i preventionen av sjukdom och ohälsa. Därmed spelar allmänmedicinen en viktig roll i folkhälsoarbetet.

Samverkan och teamarbete

I primärvården utgörs det viktigaste teamet av distriktssköterskan och allmänläkaren. Det finns starka skäl att återupprätta teamet allmänläkare och distriktssköterska i ett nära samarbete i hemsjukvården. Kvalitet och tillit i hemsjukvården förutsätter kontinuitet och kompetens för teamet allmänläkare och distriktssköterska. Det är även för övrig patientvård nödvändigt med ett dagligt samarbete och informations- och kunskapsutbyte dem emellan. Kring en mindre andel av patienterna är ett väl uppbyggt samarbete med övriga kompetenser i primärvården, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer angeläget och finns redan i dag på många håll. Samverkansformerna behöver utvecklas med ökat erfarenhetsutbyte och smidigare kontaktvägar. Kontakterna med kommunen och andra organisationer i lokalsamhället behöver också utvecklas.

Systemeffektivitet

Men dagens hälso- och sjukvård lever inte upp till sina grundläggande mål och primärvården uppvisar brister i att fullgöra sitt uppdrag. Vårdanalys skriver i en rapport från 2012 att svensk hälso- och sjukvård ofta brister i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. Patienterna involveras inte heller att delta aktivt i vården för att på bästa sätt uppnå goda vårdresultat. Enligt Vårdanalys är brister i samordning och samverkan mellan vårdgivare en central svaghet i svensk hälso- och sjukvård.

I primärvården, inte minst inom hemsjukvården, utgörs det viktigaste teamet av distriktssköterskan och allmänläkaren, men kring en mindre andel av patienterna är ett mer utbyggt specialiserat teamarbete värdefullt. För patienter är det av helt avgörande betydelse att vid ett självupplevt behov kunna komma i kontakt med en läkare som de kan lita på. Sjukvård bygger framförallt på att patienten ska kunna dra nytta av läkarens kompetens. Med en egen läkare i primärvården minskar belastningen på sjukhusen. För de patienter som behöver behandlas på sjukhus skulle också patientsäkerheten öka om sjukhusläkarna efter en vårdepisod kunde hänvisa till en namngiven primärvårdsläkare med personligt ansvar. Bristen på allmänläkare utgör en avgörande begränsning för en välfungerande primärvård och därmed en stark bidragande orsak till att hela sjukvården är dysfunktionell.

Trots de generella slutsatserna om brister så finns det många exempel där primärvården fungerar utomordentligt väl även i Sverige. I den nationella patientenkäten, NPE, är spridningen stor i patienternas omdömen om primärvårdens kvalitet. Vilka framgångsfaktorerna är, för de av patienterna högst klassade mottagningarna, bör närmare analyseras.

I tidigare rapporter på uppdrag av Socialstyrelsen diskuterar Per Axel Svalander primärvårdens bidrag till positiva systemeffekter i hälso- och sjukvården. Även om det är ett komplext forskningsområde som innebär stora svårigheter i olika beräkningar så kan man ändå dra slutsatsen att genom en

väl fungerande primärvård finns mycket att vinna – lägre total sjukvårdskostnad, större patienttillfredsställelse och positiva effekter på folkhälsan (Socialstyrelsen, 2001; Svalander, 2004; Engström, Foldevi, & Borgquist, 2001). I en översiktsartikel belyser Barbara Starfield ingående denna fråga (Starfield, Shi, & Macink, 2005)

Sammanfattningsvis talar mycket för att en stark primärvård och en god tillgång till allmänläkare har en stor betydelse för en jämlik, tillgänglig och patientsäker vård med gynnsamma kostnads- och folkhälsoeffekter.

Allmänläkarens nyckelroll i vården

En människa som blivit sjuk eller känt av ett symtom som besvärar eller oroar börjar fundera över vad sjukdomen eller symtomet betyder. Ofta börjar personen på egen hand att försöka ta reda på vad det kan röra sig om eller diskuterar saken med en vän eller anhörig. Någon annan kanske söker svaret på internet eller frågar en sjuksköterska till råds. När dessa möjligheter är uttömda och det finns obesvarade frågor är det för de flesta självklart att vilja träffa en läkare, kanske redan när det första smygande symtomet ger sig till känna.

Individen söker läkaren med sin tankar, oro över vad upplevelsen av obehag kan innebära och en önskan om råd och hjälp av läkaren. Det som händer i det personliga mötet, denna vårdens minsta beståndsdel, är avgörande. Läkarens kompetens och erfarenhet är utslagsgivande för resultatet. Utmaningen ligger i att samordna åtgärder på alla nivåer för att optimera omständigheterna för detta personliga möte. Träffar patienten samma läkare fler gånger är grundförutsättningarna goda.

Det finns belagt att kontinuitet ökar såväl patienttillfredsställelse som vårdresultat (Hill & Freeman, 2011). Kontinuitet är en förutsättning för att med hög grad av trygghet kunna använda tiden som diagnostiskt hjälpmedel och att hantera den osäkerhet som alltid finns närvarande. Kontinuitet ger förutsättningar att minska överdiagnostik och överbehandling, vilket i sig är ett betydande problem i hela sjukvården. Onödiga åtgärder är inte bara kostsamma utan utsätter också patienterna för risker och lidande.

Även om vi här utgår från patient-läkarmötet, och refererar forskningsresultat relaterat till detta, ska det inte tas som intäkt för att kontinuitet inte är lika viktigt i andra möten i primärvården (eller vården i stort för den delen). Kontinuitet är en viktig förutsättning för god kvalitet generellt.

Allmänmedicin och patientcentrering

Men det krävs också ett patientcentrerat arbetssätt för att uppnå ett optimalt resultat. Inom allmänmedicinen har patientcentrering under många år varit ett centralt begrepp och utvecklats genom forskning, utbildning och träning. *Patientcentrering är en personlig kompetens och klinisk färdighet och förutsätter ett personligt möte med patienten.*

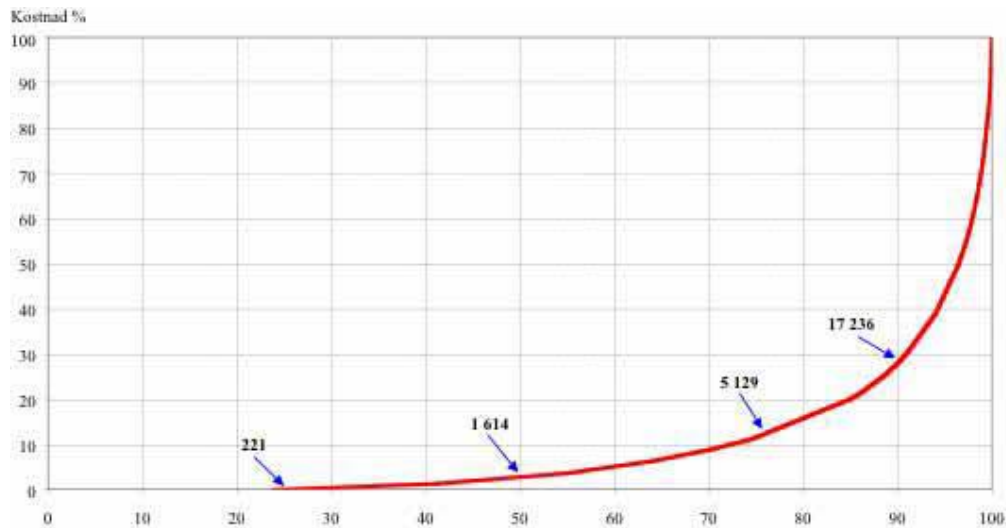
Definition av patientcentrering inbegriper inom allmänmedicin följande: (a) läkaren utforskar patientens främsta anledning till besöket, farhågor, och behov av information; (b) patientcentreringen syftar till en integrerad förståelse av patientens värld – det vill säga hela personen och hennes känslomässiga behov och livsfrågor; (c) patient och läkare finner gemensam grund om vad problemet är och kommer ömsesidigt överens om vad som bör göras (d) patientcentrering förstärker prevention och hälsofrämjande åtgärder; och (e) förstärker den fortsatta relationen mellan patienten och läkaren (Stewart, 2001).

Brister i vårdens grad av patientcentrering kan endast avhjälpas med att varje personligt möte kännetecknas av en tydligare patientcentrering.

Utbildning och träning i patientcentrerat arbetssätt har vunnit allt större genomslag inom svensk allmänmedicin och undervisningen i patientcentrering inom läkarutbildning har utvecklats inte minst genom initiativ från de allmänmedicinska institutionerna. I internationell jämförelse återstår det mycket att utveckla inom detta område. Utmaningen ligger i att ytterligare utveckla färdigheter i patientcentrering inom allmänmedicinen för att råda bot på bristerna i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser och att hålla patienterna välinformerade och att ge patienterna verklig delaktighet.

Framtidens primärvård

Den samhällsekonomiska utmaning som ligger i att 5 procent av befolkningen svarar för 50 procent av vårdkostnaden, kan bara klaras med en väl fungerande bas i sjukvården – primärvården.



BILDTEXT: Fördelning av sjukvårdskostnader i relation till andel av befolkningen. Kostnad i kronor/individ infogade i kurvan som visar att 3,5 procent av befolkningen tar 50 procent av vårdens resurser i anspråk. Kurvan visar till exempel att 10 procent av invånarnas konsumtion av hälso- och sjukvård motsvarar 17236 kronor eller mer per individ.

Källa: Rapporten ”Vårdtunga grupper” (Merlo, Noreen, Lithman, & Melander, 2000).

Det stora dilemma ligger i att lösa bristen på allmänläkare. Det är en ödesfråga för hela sjukvården. Det kommer att krävas en mycket större bas, det vill säga en utbyggnad av primärvården för att

1. möjliggöra effektivitet och skapa utrymme i den slutna vården
2. möta behoven hos den allt större delen äldre i befolkningen
3. främja en jämlik hälso- och sjukvård på lika villkor genom att bidra till att minska skillnader i hälsa som följer socioekonomiska förhållanden, kulturella skillnader och språkliga barriärer
4. förverkliga en patientcentrerad vård
5. skapa verklig tillit i vården
6. främja personligt ansvarstagande och kontinuerliga vårdrelationer

Eftersom antalet ST-tjänster i allmänmedicin inte anpassats till den generationsväxling som sker, går utvecklingen åt fel håll. Antalet specialister i allmänmedicin har minskat något de senaste åren, samtidigt som befolkningen ökat. Stora pensionsavgångar bland allmänläkare kommer att ske de

närmaste åren. Idag väljer allt fler allmänläkare att arbeta deltid för att hantera den påfrestning som en hög arbetsbelastning utgör. Andra pensionerar sig tidigt av samma skäl, vilket gör bristen större och kan i sig verka hämmande för rekryteringen.

Tidigare reglerades antalet tjänster för utbildning av specialistläkare av Socialstyrelsen och efter 1994 har landstingen ansvarat för dimensioneringen. Påföljande år minskade antalet ST-tjänster i allmänmedicin drastiskt, vilket är ytterligare en förklaring bakom dagens bristsituation.

För att kunna förverkliga hälso- och sjukvårdens mål måste antalet fast verksamma allmänläkare fördubblas från dagens antal (3 888). Detta kan uppnås genom att inrätta fler ST-tjänster i allmänmedicin, genom att värva allmänläkare från andra delar i sjukvården till fasta befattningar i primärvården och genom att locka ett tillräckligt antal läkare med annan specialitet att skola om sig till allmänläkare. En sådan stor förändring kan endast ske genom ett nationellt initiativ, eftersom erfarenheten entydigt visar att de enskilda landstingen inte klarar en sådan omställning.

Det kommer också att bli allt viktigare att utveckla bättre kommunikationen med andra specialiteter och andra professioner för information och erfarenhetsutbyte. IT-utvecklingen kommer rimligen att kunna spela en stor roll för fungerande professionella nätverk.

En väl utbyggd primärvård kan i framtiden spela en stor roll såväl i läkarutbildningen som i specialistutbildningen även av andra specialister.

Primärvården är underfinansierad och därför krävs en omfördelning av resurser inom vården.

Landstingen klarar inte detta på egen hand. Ett representativt exempel är Västmanland där 11 av de 13 offentligt drivna vårdcentralerna, trots subventionering med 50 procent av kostnaden för stafettläkare, gick med över 20 miljoner kronor i förlust 2013. De övriga två gjorde nollresultat (Iselius, 2014).

Detta överensstämmer med Konkurrensverkets bedömning som i en rapport 2014 angav att 40 procent av landets vårdcentraler går med underskott (Konkurrensverket, 2014).

Om resurser tillförs så att primärvården blir fullt finansierad är det nödvändigt att först analysera vilka dynamiska effekter det kan ge. Om reglerna för att driva en vårdcentral blir så omfattande att de förutsätter ett risktagande som små läkarledda enheter med personligt ansvar inte klarar, så kan det på sikt leda till en utveckling mot en privat monopolisering med några få stora vårdbolag. Primärvården har ett potentiellt stort kommersiellt intresse vilket kan illustreras med att EQT, ett så kallat riskkapitalbolag, år 2012 lämnade ett bud på ett mångmiljardbelopp för att köpa hela Praktikertjänst AB, som bland annat administrerar 80 läkarledda vårdcentraler med 321 allmänläkare och totalt 2 778 anställda.

Ett nationellt ersättningssystem i primärvården

Med vårdvalet har de olika landstingen/regionerna infört en rik flora av detaljstyrning med målrelaterade ersättningar bland annat genom regelböcker med prestationsersättningar och viten.

Styrningen har i många fall drivits så långt att den satt avtryck ända in i patientmötet och varit bestämmande för inte bara vilket samtalsämne läkaren ska initiera utan också hur samtalet ska föras. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor som enligt landstingens regelböcker ger ekonomisk belöning för att ange patientens alkoholkonsumtion i patientjournalen och att ange åtgärds-koden 'samtal om alkohol'. Ambitionen är att dessa uppgifter automatiskt ska överföras till ett hälsodataregister och utgöra en grund inte bara för ersättning utan också för öppna jämförelser. Här uppstår ett etiskt dilemma mellan att följa riktlinjerna och att kränka patientens integritet å ena sidan och å andra sidan att följa sin etiska övertygelse i förhållande till patienten.

Ersättningarna har även i andra avseenden varierande utformning i de olika landstingen/regionerna. I Stockholm är en stor del av ersättningen relaterad till antal läkarbesök, vilket i debatten kritiserats för att ha lett till nedprioritering patienter med stora vårdbehov (Halldin & Romelsjö, 2012). I ett försök att vikta ersättning i förhållande till vårdtyngd har många landsting infört "Adjusted Clinical Groups", ACG, som grund för ersättning. ACG har sitt ursprung i forskningen framför allt av Barbara Starfield (1998). ACG-systemet är komplext och delvis hemligt och är inte konstruerat för svensk primärvård. Det kan fungera för att värdera vårdbehov i ett forskningssammanhang, men evidens saknas för att det fungerar som grund för ersättningssystem på vårdcentralsnivå (Engström, Lindström, & Borgquist, 2015).

Mätning av medicinska resultat möter särskilda svårigheter inom primärvården. Det är mindre än 40 procent av patientfallen som går att diagnossätta på ett säkert sätt. Dels är många tillstånd svårdefinierade, dels befinner sig sjukdomar på en glidande skala där diagnoskriterierna inte täcker in den initiala sjukdomsfasen. Inte sällan är den högsta kvaliteten att inte vidta någon åtgärd alls och det kan vara svårt att mäta. Mätningar fokuserar på det mätbara och kan leda till överdiagnostik, medikalisering och onödiga insatser. Det kan i sig bli kostnadsdrivande i motsats till intentionerna. Vi ska naturligtvis ständigt intressera oss för att på olika sätt värdera våra medicinska resultat, men det är en professionell förpliktelse snarare än en kontrollmetod för uppdragsgivaren eller ett underlag för ekonomiska ersättningar.

Det är paradoxalt att ersättningssystem som är baserade på marknadsprinciper där lönsamhet och pengar används som enda drivkraft, okritiskt införs och används på bred front samtidigt som vinster i vården är något som politiskt starkt ifrågasätts. I vissa landsting har mottagningar genom att driva diagnosticerandet långt, kunnat tjäna miljonbelopp (Lindström, 2013).

Det finns otaliga vittnesmål om hur ersättningssystemen slagit hårt mot andra värden i vården och hur läkarna hamnat i etiska dilemman. Diskussioner på läkarmöten, som tidigare handlat om medicinska frågor, domineras nu av hur ersättningssystemen ska hanteras för att få budgeten att gå ihop, inte sällan i strid med medicinsk evidens, patientens intressen och värderingar och emot grundläggande etiska värderingar.

Arbetsgruppen En Värdefull Vård anser att det nu finns starka skäl att ändra kursen och föra in nya principer för ersättning i primärvården. Ersättningsfrågorna ska ha sin grund och utgångspunkt i principer och värderingar som ligger utanför den rådande marknadskulturen. Ersättningssystem ska bidra till att skapa förutsättningar för ett personligt, tillitsfullt möte mellan patient och läkare, präglat kunskap, tillit, patientens delaktighet och i överensstämmelse med etiska värderingar och demokratiskt

utformade prioritetsordningar. Ersättningssystemet i primärvården måste därför kopplas samman med ett personligt kontrakt för varje enskild läkare.

Uppdraget ska grunda sig på ett listningssystem där läkaren har ett personligt ansvar för de listade patienterna med 1–2 namngivna ersättare. Listtak med maximalt 1500 patienter per läkare bör införas men genomsnittet i landet bör ligga omkring 1/1300 för att säkerställa tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet. Läkaren ska vara specialistkompetent i allmänmedicin och fullgöra en kontinuerlig fortbildning enligt fastställda regler. Vid varje vårdcentral ska minst tre läkare vara verksamma.

Varje mottagning ska ta ett tydligt ansvar för en god resurshushållning. Ersättningen ska utformas som *kapitationersättning* som viktas efter ålder och CNI (Care need index). Kompensation av höga respektive låga tal för ålder/CNI ska regleras med liststorlek eftersom patienter med stort vårdbehov kräver mer läkartid och tid av övrig personal. Vårdkrävande patienter är inte säkert hjälpta av att mottagningen/läkaren får mer pengar. *Prestationsersättning* och pekuniära belöningar för ”kvalitetsmål” ska inte förekomma. Regler och ersättningar ska stimulera till klinisk forskning.

Ett delat ansvar mellan läkaren/mottagningen och finansiären för kostnader för läkemedel, laboratorieprover, röntgenundersökningar etcetera bör införas med noggrann utvärdering.

Forskning och kvalitetsutveckling

Allmänmedicinsk forskning utgör i dag ungefär 1 procent av den totala medicinska forskningen i Sverige, trots att allmänmedicinsk verksamhet utgör en mycket stor del av hälso- och sjukvården. Andelen disputerade läkare inom allmänmedicinen är endast cirka 3 procent att jämföra cirka 30 procent inom övriga specialiteter (Hellgren et al. 2012).

En målsättning inom svensk allmänmedicin är att höja dess vetenskapliga nivå. En viktig satsning inleddes 2010 då Vetenskapsrådet finansierade starten av en forskarskola i allmänmedicin, tillsammans med universiteten i Umeå, Göteborg och Linköping.

Det är nödvändigt att genom ökad allmänmedicinsk klinisk forskning stärka kunskapsunderlaget för att förbättra möjligheterna till god behandling och sjukdomsförebyggande åtgärder till alla dem som omfattas av primärvården. Även adekvat utbildning och fortbildning är beroende av forskning.

Läkarorganisationer och universitet har här ansvar att hjälpa att ta detta första steg vidare. Att ge primärvården en starkare och bredare plattform att agera från är essentiellt för få en fungerande hälso- och sjukvård i första ledet. Den Nationella forskarskolan i allmänmedicin är ett betydelsefullt initiativ som ytterligare behöver byggas ut.

I överensstämmelse med förslag i kapitlet om kvalitetsutveckling bör ett system med regelbunden verksamhetsrevision i form av dokumenterad professionell granskning införas i primärvården.

Granskningen ska omfatta medicinska resultat, lärandemiljö och arbetsmiljö i vid bemärkelse. Den ska huvudsakligen utföras av betrodda kollegor ur de medicinska professionerna tillsammans med representation av uppdragsgivaren och patientföreträdare. Syftet och inriktningen med revisionen ska vara att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar. Vid en revision ska positiva delar lyftas fram och förbättringsområden identifieras. Revisionen kan stimulera och ge tips om lämpliga mätningar av medicinska resultat. På sikt kommer en värdefull erfarenhetsbank skapas. En revision kan också utgöra en källa för spridning av goda idéer. Resultat av medicinska revisioner ska inte kopplas till ekonomiska incitament.

Bedömning och förslag

En lättillgänglig kontakt med en egen läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens är grundförutsättningen för alla invånares rätt till en jämlik och patientcentrerad, tillitsfull hälso- och sjukvård. En personlig läkare som har helhetsperspektiv och överblick främjar delaktighet och dialog med patienten. Med tillräckligt många allmänläkare främjas en effektiv resurshushållning och fragmentisering av vården minskas. Allmänläkare ska ha det primära ansvaret för listade patienter i alla åldrar och följa sina patienter genom sjukdom och lidande. Allmänläkaren ska ansvara för samordning av vården för de enskilda patienterna och bidra till att ”andra linjens sjukvård” i första hand ges till dem som har störst behov, vilket nödvändiggör införande av remisstvång. Teamet distriktssköterska – allmänläkare måste återupprättas för att samordningen med hemsjukvården ska kunna fungera.

För att uppnå detta föreslår arbetsgruppen En Värdefull Vård:

1. Inför ett enhetligt listningssystem med ett maxantal listade personer per allmänläkare.

Det finns ett starkt samband mellan socioekonomiska faktorer och ohälsa, vilket drabbar stora befolkningsgrupper. Det kräver bedömningar av vårdbehov grundat på individkännedom i vid mening och att ge den enskilda individen stöd att finna rätt väg i sjukvårdssystemet. Genom att alla invånare erbjuds och som regel har en fast kontakt med en läkare med allmänmedicinsk kompetens kan hälso- och sjukvården bli jämlik. I Sverige är andelen allmänläkare av läkarkåren lägst i OECD. Bristen på allmänläkare är en ödesfråga för hela sjukvården. I november 2012 fanns 3 888 fast verksamma specialister i allmänmedicin, omräknat i heltid. År 2025 har befolkningen i Sverige ökat till 10,5 miljoner invånare. Det kommer att krävas en fördubbling av antalet fasta allmänläkare inom 10 år. Det kan uppnås genom en nationell reglering av antalet ST-tjänster, återrekrytering av allmänläkare inom andra verksamheter och en satsning på läkare med annan specialitet som vill fortbilda sig till

specialister i allmänmedicin. Detta är nödvändigt för att skapa en rimlig arbetsbelastning och en god arbetsmiljö vilka är förutsättningar för att kunna tillgodose rekryteringsbehovet.

2. Inför ett enhetligt system med personliga allmänläkarkontrakt.

All offentligt finansierad primärvård ska bygga på ett kontrakt mellan allmänläkaren och uppdragsgivaren. Ett system med ett tydligt professionellt uppdrag med personligt ansvar för de listade personerna, ger bättre förutsättningar för att möta vårdbehov, än det nuvarande vårdvalssystemet där konkurrens och ekonomiska incitament styr mot att möta efterfrågan av vård. Kontraktet ska bland annat reglera krav på tillgänglighet. Genom vikariatsregler kommer, efter en övergångsperiod, också all stafettläkarverksamhet att upphöra.

3. Inför ett system med obligatorisk kontinuerlig fortbildning.

För att invånarna ska garanteras att allmänläkaren har tillräcklig kompetens ska dokumenterad kontinuerlig fortbildning vara ett villkor för fortsatt allmänläkarkontrakt. Se även förslag kapitlet om läkarprofessionens villkor.

4. Satsning på allmänmedicinsk forskning.

Allmänmedicinsk forskning är eftersatt i förhållande till annan medicinsk forskning. En starkt ökad forskningsverksamhet utgör en grundförutsättning att nå målen om en jämlik, behovsbaserad och kostnadseffektiv bas i hälso- och sjukvården. Det kommer i sin tur att ha positiva effekter på hela den övriga hälso- och sjukvården. Den Nationella forskarskolan i allmänmedicin bör byggas ut ytterligare.

Kapitel 4. Läkarprofessionens villkor

Inledning

Att tillhöra en profession

Utgångspunkter för medicinska professioner

Förutsättningar för läkarprofessionen

Förutsättningar idag

Bedömning och förslag

Inledning

I det inledande kapitlet gjordes en distinktion mellan fakta och värde som nödvändiga komponenter i varje (medicinskt) beslut. Ett annat sätt att närma sig samma resonemang är genom att betrakta hälso- och sjukvårdens två fundament – naturvetenskap och humanism. Dessa kan till exempel illustreras i mötet mellan läkare och patient.

I samråd syntetiseras patientens berättelse och tecken med biologisk kunskap genom en rad icke generaliserbara färdigheter som kommunikation och empati. Resultat är en bedömning och handlägningsplan som återspeglar patientens preferenser och värderingar, i relation till medicinskt motiverade handlingsalternativ, samt relevant biologisk information applicerad i det unika fallet. Det naturvetenskapliga perspektivets objektiva fakta sammansmälter med en humanistisk beskrivning av patientens preferenser.

Ett sådant möte leder inte bara till verklig delaktighet och träffsäker diagnostik, det skänker också trygghet, tröst och skapar förtroende. Det hjälper patienten att hantera sin situation genom att göra tillvaron begriplig, förutsägbar och meningsfull trots rådande omständigheter. Utan goda möten i vården går vi miste om en oskattbar resurs som skapar *värde*. Alla med vårdande yrken känner denna potential och vet att utan den vore arbetet så mycket svårare men också mindre tillfredsställande.

Det humanistiska fundamentet i dagens hälso- och sjukvård hotar att försvagas på grund av en oförståelse för dess betydelse. Även det biologiska fundamentet som traditionellt varit tämligen inflytelserikt riskerar att urholkas. Utbildning och forskning (som fortfarande i för lite utsträckning ägnas det humanistiska fundamentet) är, tillsammans med vård, de grundläggande uppdrag hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver förhålla sig till. En organisation och styrning som inte förmår att prioritera samtliga dessa uppgifter är inadekvat.

Detalj- och ekonomistyrning har förändrat förutsättningarna att bedriva prevention, vård, vetenskap och utbildning samlat. Krav på dokumenterad fortbildning saknas för läkare efter uppnådd specialistnivå och i många fall är kontrollen för specialistbeviset otillfredsställande.

För att läkarprofessionen, liksom andra professioner inom hälso- och sjukvården, ska kunna uppfylla det uppdrag samhället genom legitimationen uppdrar åt den krävs goda förutsättningar för utbildning och forskning inom såväl etik som naturvetenskap. Inte minst etiken behöver lyftas fram även om samtliga professionella färdigheter måste kontinuerligt uppdateras.

Det krävs också ett handlingsutrymme att utifrån professionell kunskap och värderingar närma sig de problem som faller inom professionens ansvarssfär. Det omfattar tolkningsföreträde i definierandet av kvalitet men också utformande av arbetsmetoder och strukturer för att uppnå kvalitet så definierad.

Att tillhöra en profession

Genom utfärdandet av legitimationen intygar samhället att innehavaren uppnått nödvändig kompetens och lämplighet. Därmed följer befogenheter och ansvar som samhället har rätt att kräva uppfylls. Att tillhöra en av samhället erkänd yrkeskår, vars yrkesutövande vilar på en autonomt framtagen kunskapsmassa och egna etiska förhållningsregler (självregleringen – självgranskningen) kan sägas utgöra ett slags kontrakt med staten: Kåren ges autonomi att fatta professionella beslut i situationer som är omöjliga (och även olämpliga) att detaljreglera, i gengäld utfäster sig yrkesgruppen att bidra till att fullfölja de politiskt satta målen för verksamheten.

Att inträda i en profession innebär emellertid mer än så. Det innebär att man accepterar och ger uttryck för vissa gemensamma värderingar som vanligen uttrycks i för professionen sammanställda etiska regler samt försvarar dem när de utsätts för såväl interna som externa hot.

En profession definieras ibland som en förmedlare och användare av den högsta kunskapen inom sitt område. Dess medlemmar förväntas upprätthålla, utveckla och använda den specifika kunskap och kompetens som motiverar professionens existens och därigenom det privilegium av exklusivitet att utföra de till professionen anförtrodda sysslorna. För läkare innebär det att tjäna patienten utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt genom att bedriva forskning. En profession har vanligen inflytande över den kravnivå som ska gälla för att någon ska inträda i den. I Sverige är det formella ansvaret Socialstyrelsens.

Kompetensens förutsättningar är välfungerande institutioner och strukturer för grund-, vidare- och fortbildning. Därutöver måste kompetensen förvaltas i den dagliga verksamheten – i hälso- och sjukvårdens arbetssätt, organisation och styrning samt via professionella organisationer. Slutligen så måste kompetensen ständigt sträva mot att förbättras genom akademisk forskning och utbildning och verksamhetsnära förbättringsarbete.

Inte bara den naturvetenskapliga delen av den professionella kompetensen behöver vårdas och utvecklas. Det gäller i lika stor utsträckning för den humanistiska delen utan vars bidrag medicinen är omöjlig.

Läkaren och den organisation hon arbetar i måste således bejaka möjligheterna att utveckla och utöva de naturvetenskapliga såväl som de humanistiska kvaliteterna av läkaryrket. Hälso- och sjukvårdens dualistiska natur måste genomsyra hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Yrkesetiska principer

Läkarprofessionens yrkesetiska principer är i det närmaste globalt accepterade och till viss del materialiserade i svensk lagstiftning. Yrkesetiska principer har traditioner sedan Hippokrates och har senare reviderats av World Medical Association 1947, Genève-deklarationen 1947 (The health of my patient will be my first consideration), International Code of Medical Ethics 1949 (A physician shall respect a competent patient's right to accept or refuse treatment; A physician shall respect the rights and preferences of patients).

Den internationella koden har översatts i Svenska Läkarförbundets etiska regler och inskräpper bland annat att läkaren ska ha patientens bästa för ögonen: om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta; handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet; bidra till kunskapsutveckling och -spridning; respektera patientens autonomi; känna sina egna begränsningar; respektera sekretess; bidra till klok resursanvändning och inte bidra till positiv särbehandling.

General Medical Council i Storbritannien framhåller att god medicinsk vård förutsätter att läkaren motsvarar de förväntningar och skyldigheter som är nödvändiga för att patienter ska våga lägga sitt liv och sin hälsa i läkarens händer (GMC, 2015). Enligt GMC utgår tilliten från förväntningarna på en läkare. Dessa kan delas in i fyra områden: *Kunskap, färdigheter och genomförande; Säkerhet och kvalitet; Kommunikation, medverkan och lagarbete samt Upprätthållandet av förtroendet.*

Utgångspunkter för medicinska professioner

Den medicinska kompetensen vilar på naturvetenskap och humanism och dessa måste båda genomsyra utbildning, forskning och utveckling. Det naturvetenskapliga synsättets positiva inverkan i samhället i

allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet kan sannolikt inte underskattas. Likväl är det centralt att inte förringa det humanistiska fundamentet. Naturvetenskapen kan aldrig hjälpa oss att värdera vilket handlingsalternativ som är bäst. För det krävs värderingar som klargör vad som är önskvärt. Inte sällan är dessa outtalade – inte minst bland läkare där den rationella beskrivningen av kroppen dominerar – vilket vittnar om att de ibland är självklara. Men ett oreflekterat förhållningssätt riskerar att leda fel varför de värderingar som ligger under medicinska beslut behöver synliggöras och vara föremål för reflektion och diskussion. Detta gäller inte minst i patientmöten då individuella preferenser är centrala.

Fakta och värde

Alla medicinska beslut omfattar en fakta- och en värdekomponent. I ett kliniskt exempel kan faktakomponenten till exempel utgöras av att en patient har hög puls och flämtande andning, att hon lider av detta och att tillgänglig information pekar mot att patientens låga blodvärde är orsaken, varför hon borde få en blodtransfusion. Värdeaspekten i samma kliniska exempel skulle kunna vara att lidande är något man bör undvika. Konsekvensen av sammanvägningen av fakta och värde utgörs av insikten att patienten bör genomgå en blodtransfusion. Men det kan också vara så att patienten inte vill ha någon blodtransfusion på grund av religiös övertygelse och patienten borde då inte få någon blodtransfusion om hennes autonomi värderas högre än lindrandet av hennes plågor. Det kan också vara så att patienten har en annan sjukdom som kraftigt reducerar hennes livskvalitet varför hon ser blodförlusten som ett sätt att slippa något hon inte vill vara med om – ett utdraget lidande. Även i detta fall bör patientens önskan att inte erhålla blodtransfusion respekteras förutsatt bland annat att hon förstår konsekvenserna av att avstå. Det är uppenbart att endast faktaaspekter inte förmår motivera beslut. Det omvända, värderingar utan fakta, är lika problematiskt men det behöver sällan påpekas.

När olika värden kommer i konflikt med varandra och ett beslut måste fattas har det i medicinetiska resonemang visat sig fruktbart att enas om fyra principer att utgå ifrån: göra gott-, inte skada-, autonomi -och rättvisep principen (Childress & Beauchamp, 2008). Dessa principer har i kraft av universell karaktär mycket stort värde, och används flitigt världen över när medicinetiska frågor debatteras. De ligger till grund för medicinsk beslutsfattande och används jämte faktaaspekterna för att fatta och motivera medicinska beslut. På så sätt kompletteras en inert naturvetenskaplig beskrivning av sakernas tillstånd (fakta) med en motiverande värdeaspekt.

”Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål måste jag först finna henne där hon är och börja just där” ansåg Kirkegaard. Konsekvensen av denna insikt är att empati och kommunikation är centralt i vårdande yrken. Dessa färdigheter är inte generaliserbara och svårigen mätbara varför förutsättningarna för deras utövande är varierande. Tid, flexibilitet och förutsättningslöshet liksom ett visst mått av autonomi är emellertid nödvändigt och mötet med

patienten måste därför prioriteras och vara fredat från distraktion. Att förneka professioner i vården och patienten dessa förutsättningar försämrar möjligheten att tillgodose de behov patienten och samhället förväntar sig ska tillfredsställas. Läkaren tvingas under sådana förutsättningar göra avkall på yrkesetik vilket inverkar negativt på upplevelsen av mening i arbetet.

Evidensens gräns och patientens värderingar

Evidensbaserad medicin (EBM) och riktlinjer är värdefulla instrument i mötet med patienten. Men det saknas evidens för delar av medicinen som ändå ingår i hälso- och sjukvården. Klinikern får då nöja sig med ”åsiktsbaserad” medicin eller beprövad erfarenhet. Många studier som ligger till grund för evidens har dessutom begränsningar. Patienter som deltar är hårt selekterade med avseende på annan sjuklighet, kön eller ålder, medan den kliniskt verksamma läkaren ofta möter multisjuka patienter av olika kön och varierande ålder. Att applicera vetenskapliga resultat på unika patientmöten är således en stor utmaning som fordrar individuella bedömningar. I dessa sammanhang är evidens ett stöd, men sällan mer än så. Riktlinjer och algoritmer befriar inte läkaren från ansvaret att värdera den unika situationen. Att hantera osäkerhet i bedömningar med bevarat förtroende utgör en kärnkompetens i alla komplexa verksamheter och hälso- och sjukvården är inget undantag. I detta sammanhang är den medicinska praktiken mer av en kreativ, icke-generaliserbar konst än en rationell förutsägbar process.

Det finns andra begränsningar vad gäller evidensbaserad medicin. Till exempel kan man inte förvänta sig av patienter i allmänhet att de ska kunna tolka och förstå innebörden av medicinsk litteratur och relatera den till det egna hälsotillståndet. Det är läkarens domän och hennes ansvar att uttolka patientens behov i relation till den medicinska vetenskapen. Att avgöra vilken diagnostisk eller terapeutisk åtgärd som har bäst effekt i det individuella fallet ankommer därför på läkaren. Dessa faktafrågor är hon utbildad att klara av. Däremot vet hon i utgångsläget oftast ganska lite om patientens sympatier och livsförutsättningar. Ställningstaganden utifrån dessa är patientens domän. Läkaren har en skyldighet att hjälpa till att synliggöra preferenser och värderingar så att de kan ingå i beslutsfattandet för att styra handläggningen mot att tillgodose dessa unika förutsättningar. Detta har emellertid visat sig allt svårare i den av naturvetenskap och rationalism starkt präglade hälso- och sjukvården.

Values-based medicine (vilket inte ska förväxlas med värdebaserad vård, se kap 5) uppkom som ett svar på evidensbaseringsens ensidiga fokusering på faktaaspekterna i vårdbeslut (Fulford, 2008). Avsikten var att göra patienten verkligt delaktig i medicinska beslut för att på så sätt kunna praktisera medicin med patientens önskemål och värderingar i centrum i enighet med läkaretikens devis att ”tjäna” patienten. Helt centralt för framgången av denna praktik är att patientens värderingar och preferenser framkommer. Inte sällan vet patienten föga om vad hon vill förrän hon i ett möte med en annan människa som lyssnar, ges tillfälle att verbalisera sina tankar och får dem bemötta av en expert på relevanta faktaaspekter och i samtalets konst. I sådana möten blir patienten verkligt delaktig i vården.

För att medicinska beslut ska tjäna patienten är det alltså helt centralt att hennes värderingar och önskemål utgör värdeaspekterna i de vårdbeslut som angår henne.

1999 rankades 1900-talets största medicinska upptäckter och på 13:e plats kom Myndigförklarandet av patienten – upptäckten av hennes autonomi (Karlsson, 1999). Något årtal för ”upptäckten” angavs inte men det patriarkala synsätt som länge präglat medicinen tillhör i alla fall delvis det förgångna. Idag har det i stora stycken bytts mot en individfokusering som inte i alla tillfällen gynnar vårdens arbetssätt eller tillgodoseendet av medicinska behov. För att ett möte ska vara fruktbart krävs just att båda parter lyssnar på och respekterar varandra. Att i samråd besluta i medicinska frågor är en önskvärd och i lagtext uttalad ambition. Ensidig fokusering på service-aspekter, som tillgänglighet i vissa sammanhang, är en del i en bredare samhällsomvandling där individuella preferenser och omedelbar behovstillfredsställelse tas för självklart. Denna utveckling tillsammans med avigsidorna av styrsystem med ekonomiska incitament, riskerar att störa möjligheten till att medicinska beslut fattas på basen av professionella bedömningar och individuella preferenser. Behovsstyrd vård riskerar idag istället att bli en efterfrågestyrd vård.

Forskning

Läkarens yrkeskod omfattar ett ansvarstagande för utveckling av verksamheten genom forskning och klokt hushållande med resurser. Att ge människor bättre hälsa, ökad livskvalitet, fler friska levnadsår till en lägre kostnad stimulerar till och fordrar medicinsk forskning.

Forskningsresultaten från grundläggande och klinisk forskning kommer via kliniska studier och innovationer till hälso- och sjukvården. Forskning i hälso- och sjukvården bedrivs av läkare och i växande grad även av andra professioner. Dessa forskare utgör sannolikt den enskilt viktigaste förutsättningen för implementering av nya metoder och utveckling av hälso- och sjukvården.

Den medicinska forskningen är inte längre ämnesbaserad och ett projekt kan omfatta allt från grundläggande experiment i cellkultur till kliniska prövningar. För att skapa ett framgångsrikt och kreativt forskningsklimat som genererar resultat av hög kvalitet krävs ett ökat samarbete mellan forskare från olika forskningsområden. För att identifiera och hantera de stora utmaningarna inom området behövs också stöd från myndigheter och beslutsfattare på nationell nivå.

I nuläget framstår ibland bilden av de olika forskningsråden som splittrad och grundad på traditionell indelning i ämnesområden. Istället bör man försöka forma en tydligare samverkansbild. Här kan till exempel en ökad gemensam ämnessyn lyftas fram. Detta kan ske genom att olika forskningsråden, i ökad omfattning, har gemensamma utlysningar.

Svensk forskning är inte bara nationell, utan även internationell. Det är viktigt att betona att det inte enbart betyder forskning i samverkan med universitet i höginkomstländer. Sverige har sedan årtionden

utvecklat stark forskarsamverkan med länder i Afrika, Asien och Latinamerika. Hälsa och sjukdom är globala frågor vilket forskning och utbildning måste beakta. En ny generation forskare möter idag stora utmaningar där en snabbt föränderlig värld ställer andra krav än vad som var fallet bara ett decennium tillbaka. Att bidra i forskningen för global och jämlik hälsa med hållbarhet och socialt ansvar som ledstjärnor, för att skapa en hälsosam framtid för alla, och en hälsosam planet, utgör en målsättning inget modernt land, universitet eller klinik kan bortse från.

Nya hälsohot kommer att fortsätta att uppkomma både inom smittsamma- och icke-smittsamma sjukdomsområden. Forskningssamverkan både lokalt och globalt är därför nödvändig. Medicinsk forskningen är i dessa sammanhang central. Nya metoder för prevention och behandling följer av vetenskapliga framsteg samtidigt som epidemiologi och folkhälsovetenskap tjänar som underlag i samhällspolitisk argumentation. Moderna samhällen har att problematisera och hitta lösningar inom vitt skilda områden som klimatförändringar och -relaterade hälsoproblem, barns och ungdomars uppväxtvillkor och hälsosamma hållbara livsval och livsstilar, hälsosamt åldrande och sjukdomsförebyggande åtgärder (primär- och sekundärprevention) och växande psykisk ohälsa för att nämna några.

Ett hot mot svensk medicinsk forskning är den demografiska fördelningen bland forskarna. Pensionsavgångarna är stora vilket ställer krav på nyrekrytering och karriärmöjligheter. Att professorer med lång erfarenhet, återstående krafter och vilja att arbeta vidare tvingas i pension är olyckligt och bör undvikas. Lika viktigt är goda möjligheter att rekrytera doktorander, skapa postdoc-program och internationella utbyten. Forskningsmiljön i den kliniska vardagen måste stimuleras. Det behövs en mer tillåtande attityd och syn på forskning. Inte minst måste verksamheter och deras chefer, ta tydligt ansvar för att forskning och utbildning stimuleras. Universitetssjukhusen har ett självklart ansvar inom den egna verksamheten, men måste också, i samverkan med andra aktörer som till exempel industrin, utveckla och stärka utbildnings- och forskningsmöjligheterna i goda och kreativa miljöer. Att samorganisera hälso- och sjukvård med forskning och utbildning är ett alternativ vi utvecklar i kapitlet om helhetsansvar.

Kunskapsutveckling

Utbildning, forskning och utveckling är hörnstenar för att möta framtidens utmaningar. Inte minst viktigt är att kunskapen som genereras även implementeras så att den gagnar både individen och samhället på ett jämlikt sätt. Vi har att hantera en komplex verksamhet som involverar både individhälsa och folkhälsa.

Med framväxten av en alltmer globaliserad värld gäller för oss i Sverige att samverka med andra länder, att utbilda i dialog med internationella universitet och utbildningsorganisationer.

Vad är läkarens roll i denna komplexa verksamhet? Hur ser ”morgondagens läkare” ut? Hur kommer yrkesrollen att förändras? Grunden i själva läkararbetet är som tidigare, att patientens behov och bästa

är högsta prioritering. Därtill ska läkaren i sin utövning använda kunskap och förmåga på ett kompetent och etiskt sätt liksom genom ett gott ledarskap analysera och förstå komplexa situationer och händelser. En bred och avancerad utbildning är en förutsättning och bör omfatta tre olika områden: läkaren som forskare, utbildare och praktiker.

Den medicinska professionen utvecklas ständigt och är i hög grad multidisciplinär, samt inkluderar sociala och sociologiska dimensioner. Inte minst måste läkaren ha god kunskap om jämlikhets- och mångfaldsfrågor. Vi ser idag en tydlig bild av patienter från många andra länder; vi har flyktingar som kommer till Sverige – vi har en bild av ett ”världen i Sverige” med olika sjukdomar och behov som behöver mötas professionellt och empatiskt; det står alldeles klart att den nya generationens läkare behöver lärande i global hälsa och globala perspektiv. Och det är med god grundutbildning, vidareutbildning, fortbildning och forskning som läkaren blir rustad att möta framtidens hälsoutmaningar.

Svensk hälso- och sjukvård måste tillsammans med universitet, högskolor och andra utbildningsorganisationer säkra grunden för att tillräckligt antal forskande läkare utbildas. Dels för att bidra till kunskapsbildning och implementering, dels för undervisningen av studenter och av läkare under vidare- och fortbildning. Särskilda åtgärder måste göras för att ingjuta ett intresse för forskning hos läkarstudenterna tidigt under grundutbildningen.

Vi menar att det behövs mer fokus på att stimulera nästa generations medicinska forskare, särskilt mot bakgrunden av hälso- och sjukvårdens komplexa verksamhet; vi behöver stärka det interdisciplinära samarbetet vilket är en nyckelfaktor för framgång. Specialitetsområden har en tendens att utveckla kunskap inom sina egna revir. Det är bra i sig, men vi behöver i betydligt högre grad verka över specialitetsgränser; många biologiska mekanismer är gemensamma för olika sjukdomsområden. En bred bas för både specialist- och forskarutbildning blir alltmer nödvändig. Det är också viktigt att poängtera att forskning och undervisning hänger tätt samman. Detta är inte alltid bilden idag. Forskning premieras mer än undervisning. Undervisning måste ges högre prioritet. Sammantaget är det viktigt att stimulera och utveckla den kliniska forskarens karriärväg för att tillvarata de stora möjligheterna som finns i medicinsk forskning.

Förutsättningar för läkarprofessionen

Läkaryrket är en verksamhet där medicinska kunskaper, kliniska färdigheter och ett etiskt och empatiskt förhållningssätt kommer till användning i strävan att bevara hälsa och behandla sjukdom. För att kunna vara professionell behöver läkaren i sin dagliga praxis få utrymme för excellens.

Att ständigt utveckla och uppdatera kunskaper samt den kliniska skickligheten är nödvändigt. Detta innefattar även forskning. En förutsättning för att nå den medicinska excellensens ena fundament, skickligheten, är erfarenhet inhämtad via kontinuerligt mångårigt lärande. Det krävs bra grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning under hela yrkeslivet. Det andra fundamentet, dygden, förutsätter en individuell strävan hos den enskilda läkaren.

De gamla grekerna använde uttrycket *arete* som kan översättas som dygd och duglighet. En dygd är enligt Aristoteles god i sig och behöver ingen annan motivation. Att vara duglig innebär att vara skicklig. En god läkare söker enligt den aristoteliska förståelsen skicklighet för dess egen skull men det är också, precis som dygden, en förutsättning för att hon ska bli en hel och ”lycklig” människa.

Att vara professionell innebär många saker. Att hantera osäkerheter och göra kloka bedömningar på basen av dessa med bibehållet förtroende är en viktig egenskap som goda läkare tillägnar sig. Ingemar Engström, sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd (SMER) och ordförande Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, menar att det professionella ligger i en pendling mellan mänsklig närhet och vetenskaplig distans. Ett sådant synsätt innebär att etiken är ständigt närvarande och växelverkar med vetenskap och evidens; fakta och värden tar lika stor plats i mötet mellan patient och läkare. En förutsättning för ett etiskt förhållningssätt är grundläggande kunskaper i etisk teori och analys.

Ett personcentrerat empatiskt möte ökar chansen att ställa rätt diagnos och ökar patienternas följsamhet till ordinationer (compliance) (Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004). Studier har visat att 50 procent av patienter med kroniska sjukdomar brister i compliance vilket inte bara ökar deras lidande, utan också innebär betydande kostnader för samhället (Haynes, Ackloo, & Sahota, 2008). Inom cancervården har man funnit att patienter som har en empatisk läkare har lättare att acceptera sin sjukdom, känner mindre oro och i mindre omfattning kräver medicinskt meningslösa insatser i terminalskedet (Mack, Block, & Nilsson, 2009). Empatin är således en viktig förutsättning för den medicinska kvaliteten.

Professionell autonomi definieras som frihet i yrkesutövandet och är en central komponent i professionsbegreppet. I en snävare mening gäller autonomin friheten att göra bedömningar på basen av det professionella omdömet, i läkarnas fall blir det tydligast vid de kliniska bedömningarna. I en vidare förståelse av den professionella autonomin utgår man från antagandet att yrkets komplexitet och långa utbildning gör att yrkeskåren själv är bäst lämpad att förstå, bedöma och besluta i frågor som gäller den egna professionen. Den professionella autonomin medför anspråk på att definiera vad som bör ingå i den egna yrkesrollen liksom arbetsuppgifterna för att kunna lösa det uppdrag som anförtratts professionen. Den innefattar även ett tolkningsföreträde i relation till vad som utgör ett väl utfört arbete. Med autonomin följer idén om professionell självreglering; att kåren ska upprätthålla höga kompetenskrav och höga etiska krav på sina medlemmar.

Nära sammankopplat till autonomi är integritet. Integritet är både en förutsättning för och en följd av autonomi. För att kunna axla rollen som autonom måste ett visst mått av okränkbarhet föreligga och om en autonom roll tilldelas eller förtjänas av någon följer, eller bör i alla fall följa, att ett visst mått av

ansträngning kan uppbringas för att motsvara förväntningarna på rollen. Det samhälleliga sanktionerandet av professionell autonomi bygger på att efterlevnaden till professionella värderingar är god så att samhällets krav möts. I praktiken utgörs läkarens integritet av försvarandet och agerandet av de professionella värderingarna gentemot varje kränkning från såväl kollegor som patienter men även från politiker och tjänstemän.

Modern hälso- och sjukvård bygger på samarbeten och samarbeten måste ledas vilket ställer stora krav på välutvecklade förmågor därvidlag. Läkaren är inte sällan en del i ett interprofessionellt team och ibland också ledaren för sådana team i klinisk verksamhet. Även chefspositioner i verksamheter kräver goda ledaregenskaper. Att vara en god ledare följer inte naturligt av medicinsk kompetens, eller excellens, men det underlättar, inte minst då den professionella självkänslan och tryggheten är beroende av att ”kunna sitt jobb” vilket återspeglas i goda ledaregenskaper. Att vara en god ledare fordrar även integritet och ställer krav på ett handlingsutrymme, autonomi. I samtliga positioner, oavsett om de innebär ledarskap eller inte, ställs krav på samarbetsförmåga.

Dessa komponenter – excellens, det livslånga lärandet, ett etiska och empatiskt förhållningssätt, integritet och autonomi samt samarbets- och ledarskapsförmåga – är inget mindre än förutsättningar för att läkaren ska kunna tjäna patienter och samhällets intressen utifrån sin fulla potential. Det är också i förhållande till dessa förväntningar som läkaren bedöms – hon förväntas leva upp till dessa krav och förtroendet för hennes baseras härpå.

Läkaren har själv huvudansvaret att bevara och utveckla dessa egenskaper men sjukvårdsorganisationen måste tillhandahålla resurser och infrastruktur. Annars devalveras kompetensen och så också kvaliteten i hälso- och sjukvården. Idag föreligger betydande problem vad gäller såväl den individuella läkaren som organisationen.

Förutsättningar idag

Allt fler områden och aktiviteter inom offentlig verksamhet, inklusive hälso- och sjukvården, har under senare år kommit att bli föremål för styrning, utvärdering och kontroll utövad av externa aktörer. Omvandlingen som har lett till en markant förändring av hälso- och sjukvårdprofessionernas vardag. Makten över den egna arbetsmetoden och -situationen har förskjutits och det har fått konsekvenser för professionernas möjlighet att fullgöra sitt uppdrag. Att lämna offentlig verksamhet oreglerad är förstås inte ett alternativ men att hitta en balans som inte hotar professionernas möjlighet att fullgöra sina uppdrag utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt etiska principer, med bibehållet tolkningsföreträde i frågor kring bland annat kvalitet i hälso- och sjukvården, är nödvändigt.

En studie av Eva Bejerot visade att utnyttjandet av läkarnas specifika kompetens har minskat dramatiskt (Bejerot et al. 2011). Förändringen av svensk sjukvård hotar också utvecklingen och upprätthållandet av läkarnas kompetens samt den professionella autonomin som många studier har visat är en förutsättning för att de anställda ska investera sin energi i arbetet (du Gay, 2000; Armbrüster & Gebert, 2002; Kallinikos, 2006). Arbetsrelaterad lojalitet bland professionella har alltid i första hand varit riktad mot ett kollektivt etos, uppgiften i sig, i läkarens fall att ta hand om patienten på ett kunnigt, empatiskt och etiskt sätt, inte mot specifika mätbara mål som organisationens ledning har formulerat.

Läkare arbetar idag under allt mer ansträngda förhållanden som finns väl dokumenterade i flera regionala och nationella arbetsmiljöundersökningar (Tucker, Bejerot, & Kecklund) (Arbetsmiljöstatistik, 2012). Som en konsekvens ses tecken på ohälsa i form av ökat antal sjukskrivningar bland läkare och tidigare lagda pensionsavgångar. AT- och ST-enkäter har visat att en tredjedel av såväl AT-läkarna som av ST-läkarna funderar på att byta yrke på grund av arbetssituationen (SYLF, 2013). Synen på vårdens viktigaste resurs, dess personal, måste präglas av ”hållbarhet”, något som äventyras i dagens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Dåliga förutsättningarna för medicinsk excellens

God kvalitet i hälso- och sjukvården är utgångspunkten för att utveckla av professionell kompetens i allmänhet och medicinsk excellens i synnerhet. En grundläggande förutsättning är därför professionernas tolkningsföreträde i beskrivningen av vad som är god kvalitet. Genom att verksamheten inriktas mot annat än vad professionerna anser riktigt förändras också föreställningarna om vad den professionella kompetensen ska bestå i och följaktligen inhämtandet av ny kunskap. Det vi skriver i kommande kapitel om kvalitet i hälso- och sjukvården är i detta avseende lika viktigt för utvecklandet av den medicinska excellensen men det berörs inte mer i detta kapitel.

Det finns idag betydande hinder för *den enskilda läkarens strävan efter excellens*. Tidsstudier har visat att läkare använder mindre än hälften av sin arbetstid till direkt patientarbete. Det har därmed blivit svårare att samla den erfarenhet som krävs för excellens. Det kärva ekonomiska läget som råder inom sjukvården har också lett till att läkarna får mindre möjlighet att delta i aktiviteter som ger ny kunskap, som symposier och kongresser (Bejerot et al. 2011). Tiden för självstudier samt reflektion och självinsikt (självinsikt är för övrigt ett av Högskoleverkets mål för läkarexamen), gärna i samtal med andra kollegor, är många gånger otillräcklig.

Ett stort problem på *grundutbildningsnivå* idag att arbetsbelastningen i den kliniska verksamheten försvårar klinisk handledning. Förkortade vårdtider samt lagar, som syftar till att säkra patienternas integritet, försvårar möjligheten att följa sjukdomsförlopp. Något som är avgörande för utvecklingen

av kliniska färdigheter och förståelse för det unika i en patients sjukdomssituation. De förändringar som driften av hälso- och sjukvården gått igenom under de senaste decennierna har medfört en mer pressad klinisk vardag. Det finns en risk att grundutbildningen skapar och befäster en mekanisk bild av hälso- och sjukvården där vårdprocessen är den centrala och aktörerna – patienter, läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier – är utbytbara. Även om man på många håll har skapat strimor i Professionell utveckling inom grundutbildningen, för att delvis kommunicera en annan bild av vad hälso- och sjukvård är, eller borde vara, kvarstår risken att en kontraproduktiv och missvisande bild av medicinens innehåll blir allenaordande.

När det gäller *vidareutbildningen* till specialistläkare ordnar de olika specialiteterna, endast i undantagsfall, specialistexaminering för att säkerställa kompetens. Dessa examinationer är vanligen frivilliga. En del specialiteter utgör emellertid goda förebilder då krav på genomgången internationell examination ställs för att uppnådd specialistkompetens ska tillstyrkas. Läkare under vidareutbildning tar stort eget ansvar för sin utveckling. Den kravställande och kontrollerande funktion som arbetsgivaren, handledaren och slutligen Socialstyrelsen har är sammantaget för svag vilket är ett problem för att uppnå medicinsk excellens och därför också ett patientsäkerhetsproblem.

För närvarande saknas ett system för att ange lägsta nivå för *fortbildningen efter uppnådd specialistkompetens*. Kontroller som garanterar att specialistläkare bedriver ett lärande och uppdaterar sina kompetenser är otillfredsställande.

Förutsättningarna för *forskningen* är inte optimala. De höga produktionskraven som finns i dagens hälso- och sjukvård har lett till att den medicinska forskningen, i synnerhet den kliniska, ges mindre tid. Andelen forskarstuderande och disputerade med läkarexamen vid medicinska fakulteter minskade kraftigt i början av det senaste decenniet (Utredningen av den kliniska forskningen, 2008). Statistik från Statistiska centralbyrån visar att antalet disputerade läkare per år har minskat från 295 år 2000 till 239 tolv år senare. Samtidigt visar statistik från Socialstyrelsen under samma period att antalet utfärdade svenska läkarlegitimationer per år nästan fördubblats (1 185 respektive 2 186).

Professionernas möjlighet att uppfylla sin del av samhällskontraktet beror av dess kompetens. Utbildning, vidareutbildning, fortbildning och forskning är förutsättningarna för medicinsk excellens och måste vårdas och uppdateras kontinuerligt.

Ett etiskt och empatiskt förhållningssätt

Det etiska och empatiska förhållningssättet är hotat inte minst därför att förståelsen för dess betydelse brister. Trots god evidens för betydelsen av kommunikation och relationsskapande i vården (Ottosson, 1999) prioriteras sällan etik och ett empatiskt förhållningssätt i professionalitetsbegreppet. Vårdens professioner har ett stort ansvar att rannsaka sig själva och att förklara värdet av dessa komponenter i professionalitetsbegreppet internt och externt.

Från 1997 finns en forskarskola i medicinsk etik i Lund. Sedan 2001 har 10 läkare disputerat i medicinsk etik. Professorerna i medicinsk etik är företrädesvis filosofer. De ägnar sig inte alltid åt forskning av relevans för kliniskt praktiserande läkare. Ämnets ställning och relevans hotas därigenom. Det saknas också en rekryteringsbas inom läkarkåren eftersom få läkare uppmuntras till att bedriva forskning inom området.

Forskning har visat att stress minskar empatin (Darley, 1973). Många rapporter vittnar om att stressen har ökat avsevärt inom sjukvården. Till detta hör inte bara en hög arbetstakt, utan även innehållet i arbetet. Många inom sjukvården upplever idag att de tvingas syssla med en sådan mängd administrativa uppgifter att de inte hinner med det som är deras egentliga uppgift: att ta hand om patienterna på ett kunnigt, skickligt, etiskt och empatiskt sätt. Detta skapar en mental stress som inte är bra vare sig för empatin eller för hållbarheten.

Integritet och autonomi

Under 1990-talet inleddes en förändring av sjukvården med många aktörer inblandade. Genom lagar, regler och nya informationstekniska lösningar har en plattform för en ny form av styrning av sjukvården etablerats, något som beskrivs närmare i kapitlet om individuellt ansvar. Läkarnas arbetsprocess har kommit att förändras med konsekvenser överstämmande med vad som har beskrivits av Michael Power i hans bok *The Audit Society* som vi återkommer till i kommande kapitel. Tilliten som tidigare var en grund för läkarnas kontrakt med samhället har ersatts av systematiska mätningar och granskningar i förhållande till ekonomiska och politiskt sanktionerade mål. Hälso- och sjukvård bedrivs inte längre av autonoma professionella yrkesutövare, utan av ett noggrant reglerat och kontrollerat system vilket också flyttat makten över arbetets innehåll och mål från profession till administration (Power, 1999).

Detta synsätt baseras på antagandet att vården kan bedrivas på ett likformigt sätt utan hänsyn taget till individuella aspekter hos vare sig patienter eller personal. Men varje patient har sin egen livsberättelse, tankar, känslor, förhoppningar och rädslor som måste mötas individuellt. Existentiella frågor om liv och död kan aldrig avhandlas enligt en manual. Att trösta, förklara och skapa mening saknar diagnoskod men tillhör det viktigaste vi ägnar oss åt i hälso- och sjukvården. Yrkesutövare skiljer sig åt i sättet att angripa samma problem, just därför att de är unika människor och använder sig själva som verktyg i mötet med patienter. Den *autonoma zon*, som tidigare ansågs vara en förutsättning för god kvalitet i hälso- och sjukvården och där professionerna kunde interagera med patienter, anhöriga, och medarbetare på ett kunnigt, skickligt, empatiskt och etiskt vis enligt de krav som den aktuella situationen ställde, med respekt och hänsyn till varje patients egenart och de egna personliga förutsättningarna, har idag delvis försvunnit.

I detta sammanhang bör läkarkårens förmåga att upprätthålla sin integritet kritiseras. Det är uppenbart att någon gemensam standpunkt som kåren borde samlats kring inte föreläggat, något som inte kan skyllas på någon annan än kåren själv. Bristande internt ledarskap och splittring, vilsenhet kring uppdraget samt svagt civilt mod har resulterat i en oförmåga att göra de professionella värderingarna hörda. Den integritet som krävts har inte kunnat uppnås. I kommande kapitel berörs historiska skäl till denna utveckling. Skam och stukad självkänsla kan emellertid inte längre godtas som ursäkt. Kåren behöver se sig själv i spegeln och fundera över hur den säkerställer den integritet som möjliggör önskvärt ansvarstagande utifrån professionella värden i dagens och morgondagens hälso- och sjukvårdssystem.

Samarbete och ledarskap

Dagens sjukvård präglas ofta av stress- och tidsbrist vilket inverkar negativt på samarbete såväl intra- som interprofessionellt. Teamarbete försvåras mellan yrkeskategorier och specialistområden som identifierats som särskilt viktiga för att utveckla inte minst vården av multisjuka patienter med stora behov.

Ledning och styrning inspirerad av modeller utformade för storskalig varuproduktion har införts på bred front i hälso- och sjukvården. Det är mycket olyckligt, inte minst då i princip all sjukvård är småskalig. Styrmodellernas negativa inverkan har blivit än större då ledningen av den medicinska verksamheten alltmer har övertagits av personalkategorier, som ibland inte har medicinsk utbildning. Läkarprofessionen har i stor utsträckning retirerat från ledningsuppdrag kanske för att kunna fortsätta att bekänna sig till de professionella värderingar som en gång motiverade yrkesvalet.

Att avstå från ansvar är emellertid inte heller förenligt med professionens kod och att föra in medicinska och etiska värderingar i ledningen av hälso- och sjukvården är angeläget och nödvändigt om professionen ska fortbestå.

Bedömning och förslag

Enskilda läkares strävan att uppnå excellens är till stor del en individuell fråga och varje läkare behöver regelbundet rannsaka sig själv. Men den egna ambitionsnivån bör också diskuteras med andra. Arbetsplatser behöver stötta initiativ från personal att bedriva kollegial reflexion.

En stolt och skicklig kår har goda förutsättningar att excellera vilket är vad patienter och samhälle ska kunna förvänta sig. För att stärka självbilden behöver läkarkåren vara varsam och inte se sig som utsatt för krafter bortom påverkan. Den bör också upphöra med att kompromissa med grundläggande värderingar i diskussionen med andra aktörer i samhället. Autonomi och goda villkor följer med långsiktigt ansvarstagande och pliktfyllt tjänande av patienters och samhällets behov.

För att möjliggöra excellens krävs utöver individuell strävan och en god självbild en grundläggande struktur som stödjer inhämtandet och utvecklandet av kunskap inom naturvetenskap och etik. Denna struktur måste utgå från vilken kunskap och kompetens som behöver inhämtas och utvecklas. Därför är det centralt att i dialog med samhällets representanter förankra och möjliggöra utbildning och forskning i professionens försorg.

Det är också viktigt att inse att såväl självstudier som forskning och utveckling kräver tid. Den kliniska vardagen lämnar lite utrymme, i såväl tid som rum, för självständig kompetensutveckling. Trots att ”on-the-job learning” är effektivt och direkt bidrar till kvaliteten i vården saknas idag ofta möjligheter att utnyttja den potential som ligger däri. Resonemanget är analogt för forskning. Karriärvägar för nydisputerade läkare är nödvändigt liksom en översyn av ersättningsnivåerna under forskning. Forskande läkare ska inte behöva drabbas ekonomiskt.

Den kliniska vardagen innehåller inte bara utbildning, kompetensutveckling och forskning. Att möta patienter, anhöriga och medarbetare på ett kunnigt, skickligt, empatiskt och etiskt vis kräver också tid och utrymme. Med det ansvar läkare vill och förväntas ta måste ett visst mått av frihet följa. Detta fordrar en förändring av hur vården styrs och organiseras, något vi återkommer till i kommande kapitel. Det fordras också lokalt ansvarstagande där de förutsättningar som anses nödvändiga för till exempel kontinuitet och kvalitet förs fram i syfte att skapa arbetsplatser som stödjer sådana professionella värderingar.

Att låta professionella yrkesutövare i störres utsträckning utforma den verksamhet de arbetar inom är rationellt för patienterna och för samhället. Att bereda utrymme för medicinska värderingar och etisk reflektion i ledningen av hälso- och sjukvården är en förutsättning för gynnsam utveckling. Medicinska behov kräver medicinsk kompetens för att tillgodose och läkarkåren behöver delta i ledningen av hälso- och sjukvården så att den kan utformas i enighet med de värden kåren anser vara av central vikt.

Utbildning och forskning, inom såväl naturvetenskap som etik, är läkarprofessionens fundament. För de bästa förutsättningarna att möta samhällets och patienternas krav på läkare föreslår vi följande:

1. Inrätta en nationell forskarskola i medicinsk etik.

Att öka antalet forskare inom medicinsk etik, och på sikt antalet professorer i ämnet med klinisk förankring i hälso- och sjukvården, är angeläget för att synliggöra de humanistiska och etiska dimensionerna inom hälso- och sjukvården.

Det naturvetenskapliga perspektivet behöver balanseras av etisk reflektion och teori på alla nivåer i hälso- och sjukvården. I ledande positioner saknas idag vanligen etisk kompetens i djupare bemärkelse. Det betraktas inte heller som nödvändigt vilket sannolikt beror på bristande förståelse för normativa frågeställningar och resonemang. Utan en analys av värdeaspekten blir beslut dåligt grundade. Hälso- och sjukvården är en etisk verksamhet och behöver därför etisk kompetens representerad inte minst på ledningsnivå.

2. Läkarpprofessionen ska själv definiera och kontrollera den kunskap som behövs för att inträda i professionen.

Det är i grunden professionens eget ansvar att definiera den kunskap som behövs för att uppfylla den roll det professionella ansvaret förpliktar till. Det är också professionen som bäst avgör om målen kan anses uppnådda. Kraven för legitimation till läkaryrket ankommer på läkarpprofessionen att definiera och så är i praktiken fallet idag. Det formella godkännandet för legitimation bör även fortsättningsvis ligga på Socialstyrelsen. De aktuella kraven på legitimation bör kontinuerligt ses över i relation till vad som framkommer i det kvalitetsutvecklingsarbete som föreslås i kapitlet om kvalitet. Kontrollen av måluppfyllnaden behöver kontinuerligt utvecklas för att motsvara förändringar i kunskaps- och kompetenskrav samt de krav en läkarroll i förändring ställer.

Vi föreslår att professionen ska ansvara för utformande av målbeskrivning, examination och informellt godkännande av specialistläkarkompetens. Det är tveksamt om formellt godkännande kan göras till professionens ensak med hänsyn taget till EU-direktiv 2005/36/EG som implementerats i gällande svenska författningar.

Svenska läkarsällskapet, som professionens vetenskapliga och obundna organisation, har inlett diskussioner med sina sektioner (som företräder de medicinska specialiteterna) i syfte att utveckla obligatorisk kontroll av dokumenterad måluppfyllelse för inträde i specialitet. Respektive sektion föreslås utforma system för kontroll och dokumentation lämpliga för godkännande av specialistförordnande. Svenska Läkaresällskapet kan som moderorganisation administrera och ge legitimitet åt de respektive sektionernas specialistgodkännanden.

Kravnivåerna och kunskapsinnehållet i specialistförordnandet och legitimation behöver utformas i dialog med företrädare för hälso- och sjukvårdsverksamheter. I enighet med de förslag som utarbetas i kapitlet om kvalitetsutveckling faller det sig naturligt att de grupperingar som arbetar med professionell granskning och klinisk revision deltar i utformandet av kunskapsmålen i grund- och vidareutbildningen.

3. Alla specialistläkare ska genomgå årlig fortbildning utifrån en individuell fortbildningsplan.

Fortbildningen av läkare (den utbildning som tar vid efter specialistexamen) är idag oreglerad. Sverige är i det närmaste unikt därvidlag och ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det inte någon acceptabel ordning. Internationellt är så kallade recertifieringssystem vanligt förekommande. Att professionen själv tar ansvaret i denna fråga är tänkbart då samhällets företrädare annars kommer se sig nödda att reglera det åt professionen. Hitintills har professionen inte tagit entydig ställning i frågan.

Svenska Läkaresällskapet har redan tidigare föreslagit att individuella fortbildningsplaner utformas i samråd mellan läkare och företrädare för arbetsgivare (2014). Svenska Läkaresällskapet anger i dokumentet att det förslag som där förs fram kan ligga till grund för ett recertifieringssystem.

Fortbildningsplaner för specialistläkare ska utformas utifrån verksamhetens behov och professionella bedömningar av relevanta och nödvändiga fortbildningsinslag. Dessa bör granskas och godkännas av Svenska Läkaresällskapets sektioner. När den dokumenterade planens mål har uppnåtts erhåller specialisten ”fit-to-practice”-status.

Systemet kan med stöd av en struktur antagen av den aktuella sektionen och godkänd av Svenska Läkaresällskapet möta ett eventuellt krav på recertifiering och därigenom skapa legitimitet och säkerställa en hög kompetensnivå för läkare efter specialistexamen.

En kravställning på läkarens fortbildning som utgår från verksamhetens behov och professionens analys av erforderliga fortbildningsaktiviteter skulle motverka en anpassning av fortbildningskravet efter vårdgivarens villighet att betala för fortbildning. Det är viktigt att fortbildning inte blir en fråga för arbetsmarknadens parter då nivån under sådana omständigheter riskerar att bli en förhandlingsfråga föremål för kompromisser mellan fack och arbetsgivare. Det vore en olycklig utveckling.

Med fortbildningsplanerna på plats blir det en angelägen fråga för intern professionell granskning, enligt vad som anges i kapitlet om kvalitetsutveckling, såväl som extern granskning, att utvärdera huruvida fortbildningsplanerna följs.

Oförmåga att i fortbildning möta medicinska behov och professionellt vedertagna kunskapskrav bör ha konsekvenser för verksamhet och individ. För allmänläkare bör fortbildning kunna vara ett villkor för fortsatt allmänläkarkontrakt. För samtliga specialiteter bör kontinuerlig fortbildning vara ett krav för vidmakthållandet av specialistbeviset. Det impliceras redan idag inom ramen för återkallande av legitimation enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), 8 kap, 3§ där det anges att den som på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket ska fråntas legitimationen. Arbetsgruppen En Värdefull Vård anser att det är uppenbart olämpligt att verka som läkare utan att tillägna sig ny kunskap inom det specialistområde man verkar. I ett system med obligatorisk fortbildning garanteras invånarna att läkarens kompetens utvecklas kontinuerligt.

4. Modernisera läkarutbildningen.

Grundutbildningen har utretts på regeringens uppdrag och det finns ett förslag till en ny läkarutbildning. Utredaren, Stefan Lindgren, påpekar i rapporten För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning (Läkarutbildningsutredningen, 2013) att läkarutbildningen tydligare behöver ta sin

utgångspunkt i de globala behoven i hälso- och sjukvården, den medicinska forskningen och det övergripande kunskapssamhället. Enligt Lindgren borde också vägen fram till legitimation i högre grad präglas av integration av basvetenskaper och kliniska vetenskaper, dessutom måste hälso- och sjukvården prioritera lärande och vetenskaplig förankring i verksamheterna.

Det är också angeläget att grundvetenskapernas ställning i läkarutbildningen fortsatt är stark samtidigt som inslagen av global hälsa, epidemiologi, prevention, hälsoekonomi, statistik, medicinsk IT och interkulturell kommunikation behöver bli mer framträdande.

Vid modernisering är det också viktigt att utveckla möjligheterna till god klinisk handledning. Strukturerna för utbildning, forskning och hälso- och sjukvård behöver samordnas bättre och i relation till den förändring av hälso- och sjukvårdens organisation som vi föreslår i kapitlet om helhetsansvar bör förbättringar kunna komma till stånd härvidlag.

I Sverige har vi ett stort ansvar att utbilda läkare inte bara för en svensk hälso- och sjukvård utan också för en global arbetsmarknad. Det ansvaret måste framför allt tas i grundutbildningen men även senare under yrkeslivet och i forskarutbildningen.

Kapitel 5. Individuellt ansvar

Inledning

Extern granskning

Läkarkårens ansvar

Den statliga och kommunala förvaltningen

Styrningens paradox

Systemansvar kontra individansvar

Bedömning och förslag

Inledning

Hälso- och sjukvårdens styrning baseras till stor del på extern granskning. Systemet är infört utan vare sig bred förankring, evidens, föregående debatt eller inflytande från dem som berörs. Extern granskning som metod för styrning och verksamhetsutveckling vilar på antagandet att utvärdering genom mätning förbättrar. Det är en sanning med modifikation. Viss utvärdering är kontraproduktiv då den lätt blir en organiserande princip i verksamheten, vilket medför att kärnverksamheten liksom professionella värderingar får stå tillbaka. När professionell beskrivning av behov och definition av kvalitet inte längre överensstämmer med dem som systemet premierar, har makten över verksamhetens innehåll och målsättning de facto flyttat från profession till administration. När systemets behov blir viktigare än dem som systemet skapats för att tillgodose, hamnar vårdens avnämare – patienterna – och deras behov i skuggan. Professionernas potential förblir underutnyttjad. Deras kompetens, att omsätta yrkesetik, vetenskap och beprövad erfarenhet i möten med patienter, används inte. Framför allt urholkas det individuella ansvaret, något som inverkar menligt på kvaliteten och effektivitet. Varken patienternas eller samhällets rättmätiga krav på hälso- och sjukvården kan då mötas.

All hälso- och sjukvård är i grunden småskalig. Varje möte är unikt och behöver kunna genomföras utifrån unika förutsättningar. Detaljstyrning och ekonomiska incitament är kraftfulla verktyg som inverkar påtagligt på vårdens innehåll. Multipel och okoordinerad styrning ger den paradoxala effekten att styrning uteblir. Hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver vårda förutsättningarna för möten. Det fordrar en serviceinriktad organisation där professionella bedömningar får erforderligt genomslag vilket inte gagnas av detaljstyrning eller ekonomiska incitament, så som de tagit sig uttryck i svensk hälso- och sjukvård på senare år.

Goda organisationer som levererar hög kvalitet och produktivitet kan skapas genom professionell granskning och personligt ansvar. Vi menar att styrning genom lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera inte kan ersätta personligt ansvar och professionell intern reglering utan att det inverkar negativt på kvaliteten i vården. Därför måste extern reglering med utgångspunkt i politiska ambitioner balanseras av professionella värderingar och professionellt ansvarstagande. I vilket utsträckning professionen fullgör sitt uppdrag måste i sin tur vara föremål för adekvat kontroll. För att hälso- och sjukvården ska kunna utnyttja kraften som det professionella förhållningssättet erbjuder krävs ett system som tillvaratar potentialen i individuellt ansvarstagande. Det fordrar inte minst tillbörligt utrymme. Ett sådant utrymme innebär också att professionen måste axla ett utökat ansvar.

Extern granskning

Extern granskning har kommit att dominera offentlig verksamhet i Sverige liksom i stora delar av västvärlden. Från att offentlig förvaltning utgjorts av statlig reglering av en monopolverksamhet kom offentlig verksamhet att istället decentraliseras, avregleras, konkurrensutsättas och målstyras. Denna förändring motiverades generellt i västvärlden av att det dåvarande systemet, där professioner ”såg om sitt hus”, var ohållbart ur kostnadssynpunkt. Professionerna klarade inte att leverera kvalitet till rimlig kostnad.

Diskussionen om hur välfärdsstaten bör granskas har emellertid sina rötter längre tillbaka. Amerikanen Carl Friedrich och engelsmannen Herbert A. Friedson förde på 1940-talet debatt kring två kontrasterande granskningsdoktriner för offentlig verksamhet. Friedrich förespråkade en professionsstyrd ”inre kontroll” som vilar på de individuella tjänstemännens plikt- och ansvarskänsla och menade att varje form av extern granskning skulle inverka negativt på motivation och kreativitet varför kvaliteten också skulle försämrats. Friedson betonade behovet av underordning och extern kontroll eftersom maktmissbruk förr eller senare annars alltid skulle uppkomma.

I större delen av västvärlden har krav på transparens och extern kontroll kommit att bli dominerande och i Sverige sammanföll denna utveckling med ökade krav på medborgerligt inflytande och insyn i den tungt byråkratiserade offentliga välfärdsstaten. Utan nämnvärd politisk kontrovers eller offentlig diskussion växte en administrativ trend, som kom att ta formen av en doktrin vanligen benämnd New Public Management (NPM), sig stark (Ahlbäck Öberg, 2010). NPM inkorporerar aspekter hämtade från privata näringslivet såsom kostnadskontroll och konkurrensutsättning.

Extern kontroll av offentlig verksamhet har kritiserats utifrån flera perspektiv. I boken *The Audit Society* argumenterar Michael Power för att de negativa konsekvenserna av extern granskning är betydande. Den viktigaste lärdomen av Powers granskning är att man i förstone kan uppfatta extern granskning och kontroll som fullt rimligt, och också utan konsekvenser för, eller potentiellt i konflikt med, verksamhetens innehåll. Enligt detta synsätt skulle den externa granskningen alltså utgöra en neutral observation av sakernas tillstånd. Power visar att så inte är fallet; den externa granskningen ger tolkningsföreträde åt dem som står för granskningen på de professionella gruppernas bekostnad. I svensk hälso- och sjukvård är denna insikt tyvärr frånvarande.

Power argumenterar för att fokuseringen på att kontrollera och mäta resultat skapar fler problem än den avser att lösa inte minst då verksamhetens mål och innehåll förändras. Den mest eftersträfvansvärda mätningen – den av kvalitet – är behäftad med stora validitetsproblem och mätning och uppföljning av andra parametrar, som inte lika väl eller kanske inte alls överensstämmer med verklig kvalitet (hur det nu ska definieras), skiftar fokus från verksamhet som kanske egentligen är viktigare. Det medför att verksamhetens arbetssätt och målsättning hotar att förändras ifrån det dess

utövare uppfattar som verkligt eftersträvänsvärt mot det uppföljningen och mätningen sätter fokus på. Vidare kräver extern granskning stora resurser som istället kunde användas till verksamhetens kärna; istället för att ägna sig åt det verksamheten finns till för avsätts resurser för att skapa en bild av verksamheten som överensstämmer med det granskningen efterfrågar varpå granskningen i sig kommer att utgöra en organiserande princip i verksamheten. Granskningen riskerar också att förändra beteendet i verksamheten eftersom dess språk och principer oflekterat letar sig in och konkurrerar med den egentliga kärnverksamheten (Power, 1999).

Powers farhågor framstår som en allt mer verklig beskrivning av situationen i svensk hälso- och sjukvård. I boken *Administrationssamhället* (Forssell & Ivarsson Westerberg, 2014) beskrivs svensk offentlig verksamhet bland annat i relation till extern granskning med avseende på komplexa organisationers benägenhet och behov av att expandera administrativ verksamhet. Även om administration är ett svårfångat begrepp konstaterar författarna bland annat att administrationen ökar i samtliga yrkesgrupper vilket också medför att den "amatöriseras", det vill säga utförs av yrkeskategorier som egentligen inte är utbildade för sådan verksamhet, och att kärnverksamheter riskerar att bli lidande. Denna slutsats är intressant inte minst i relation till det faktum att svenska läkare enligt OECD träffar färre patienter (900/år) än genomsnittet i OECD-länderna (2400/år) (OECD, 2013) och att detta inte sällan anses bero på ökad administrativ belastning.

Författarna menar samtidigt att administrationen professionaliseras i den bemärkelse att nya yrkeskategorier med administrativa roller blir mer tongivande i stora komplexa organisationer. Denna professionalisering är i någon mån emellertid en chimär då den för professionsyrken centrala komponenten av en vetenskapligt förankrad kunskapsbas väsentligen saknas. HR-personal, kommunikatörer, controllers, chefer och organisationskonsulter är således yrkeskategorier med allt större inflytande i hälso- och sjukvårdsorganisationer vilket återspeglar behov av intern samordning, informationsutbyte men också uppföljning, redovisning och legitimering.

Denna slutsats kan tolkas i relation till den "avprofessionalisering" som läkarkåren ibland anses genomgå. I en svensk studie bland 17 yrkesgrupper utmärker sig läkarprofessionen genom att i störst utsträckning uppfatta att politisk, byråkratisk och ekonomisk styrning har negativ inverkan på kvaliteten i arbetet. I samma undersökning var det endast lärare som angav att deras autonomi var mer kringskuren än läkarna. Sjuksköterskorna följde tätt efter läkarna i arbetsautonomi (Johansson, Olofsson, Svensson, & Brante, 2015).

Författarna till *Administrationssamhället* anser att samhällets "tilltro till rationell organisering har stor betydelse för utvecklingen" och antyder samtidigt att denna tilltro bortser från de negativa konsekvenser sådan organisering medför i form av ökade administrativa kostnader, minskad effektivitet, målförskjutning, avprofessionalisering, stress och en minskning av demokratiskt inflytande (Forssell & Ivarsson Westerberg, 2014).

I relation till denna starka tradition av extern granskning och medföljande expansion av administration samt krympande professionella inflytandet inställer sig frågan hur denna utveckling kan ha uppkommit.

Läkarkårens ansvar

Läkarkåren är delvis ansvarig för dagens situation, inte minst när det kommer till den egna kårens inflytande. Den legendariska medicinprofessorn Lars Werkö (1918–2009) beskrev i sina memoarer (Werkö, 2000) hur läkarkårens självbild och inflytande blekade från och med slutet av 1960-talet.

Fram till 1970, då den beryktade 7-kronorsreformen trädde i kraft, var läkarkåren avlönad genom direkta patientavgifter, anslutning till sjukkassor samt genom en fast men mycket låg lön. Patientavgifter utgjorde en betydande del av inkomsten.

Under det sena 1960-talet avslöjade skattemyndigheterna, i en skatterazzia riktad mot landets samtliga läkare, många läkare som skattesmitare vilket medförde personliga tragedier. I vissa delar av landet skedde avslöjandena mer eller mindre offentligt. Efterdyningarna av denna händelse kom att sätta djupa spår i läkarkåren vars anseende och självkänsla allvarligt skadades. Lars Werkö menar att viljan att åta sig offentliga uppdrag minskade drastiskt, vilket banade väg för att andra yrkeskategorier övertog makten över hälso- och sjukvårdens organisation och styrning.

Under samma tidsperiod skedde andra viktiga förändringar som påverkat autonomin i läkarkåren. Medicinalstyrelsen slogs 1968 samman med Socialstyrelsen varpå det medicinska perspektivet underordnades Socialstyrelsen mer omfattande uppdrag. Rätten att utfärda specialistkompetenser övergick samtidigt från Läkarförbundet till den nybildade Socialstyrelsen.

1969 genomfördes efter förhandlingar ”7-kronan”: patienten skulle inte behöva betala mer än sju kronor för omhändertagande i öppenvård. Reformen innebar att läkarna anställdes av landstingen och inte längre fick betalt genom ”fee for service-förfarande” liksom att arbetstiden reglerades. Denna reform var, enligt Werkö, föga genomtänkt av någon och konsekvenserna mycket mer genomgripande än vad parterna förutsåg.

Genom införandet av sammanhållen lönesättningen med mindre inkomstskillnader mellan olika läkargrupper minskade rörligheten mellan tjänster med resultatet att glesbygd och mindre sjukhus fick problem att anställa läkare med rätt kompetens vilket påverkade kvaliteten där negativt med regionala skillnader som följd. Den reglerade arbetstiden medförde att utbildning försvårades eftersom kortare arbetspass omöjliggjorde det så viktiga lärandet i vardagen samt ”volymträning”.

Mottagningsverksamhet, som tidigare legat utanför övrig tjänstgöring och kunnat uppgå till runt 20 timmar i veckan, reglerades till att omfatta endast några timmar per vecka vilket medförde att läkare med stora mottagningar tvingades avbryta behandlingsrelationer med patienter och att möjligheten att dimensionera mottagningen efter behov, eller önskemål om inkomst, försvann vilket måste försämrat möjligheten till kontinuerliga vårdrelationer. Werkö anger att han senare, i kontakt med sjukvårdspolitiker, fått gehör för att patienttillfredsställelsen påverkats negativt av reformen men att den ändå var nödvändig ”för att klämma åt de läkare som profiterade på sina patienter” (ibid s 231).

Läkarkåren, eller i alla fall en viss andel av den, var genom att ha misskött sig och brutit mot det kontrakt professionstillhörigheten föreskrev – att under devisen frihet under ansvar med ensamrätt utföra en av samhället efterfrågad syssla mot rimlig ersättning – själv skyldig till att ha blivit berövad den autonoma ställning den tidigare åtnjutit. Likaså agerande den påfallande kortsiktigt och aningslöst i accepterandet av de förändringar reformen innebar både i relation till det egna långsiktiga intresset, men också utifrån patientens förmodade intressen.

Werkö frågar sig hur reformen kunde genomföras utan större protester inte minst från den egna fackliga organisationen. En förklaring anas vid betraktande av de löften om löneutjämning och den rådande åldersfördelningen bland läkarna. De yngre som var flertaliga och hade ganska dåliga villkor tidigt i karriären, då deras egen mottagningsverksamhet var liten, vann helt enkelt striden mot de äldre.

I Werkös betraktelse framstår läkarkåren som egennyttig och oförmögen att se till patienters och samhällets behov. Den minskade autonomin förefaller då befogad. Det är vidare inte svårt att inse att förslag och förändringar som innebar ökad kontroll och extern granskning gick att genomföra över huvudet eller med acceptans från en, dessutom – i efterdyningarna av skatterazzian – stukad och skamsen kår.

Den mest betydelsefulla konsekvensen – att läkarkåren genom anställning blev en tjänstemannakår med ett mindre uttalat personligt ansvar – är något eftervärlden alltför sällan uppehåller sig vid.

Den statliga och kommunala förvaltningen

Hälso- och sjukvården styrs framförallt via regioner och landsting men även regering och riksdag utövar styrning via statliga myndigheter.

Den statliga förvaltningen har varit föremål för minst en utredning, Styrutredningen (2007), sedan NPM-reformen genomdrevs. Den belyser skeendena vid förändringen av statlig förvaltning från ett annat perspektiv.

I utredningens betänkande framträder bilden av en statsförvaltning där en okritisk inställning till extern granskning var ett bärande inslag som dock inte inkluderade den egna politiken. Enmansutredaren Sten Heckscher konstaterar i sammanfattningen att styrsystemet antagit ”vissa rituella drag”. Till exempel tar regeringskansliets regleringsbrev till myndigheterna och påföljande återrapportering stora resurser i anspråk trots att betydelsen för styrningen är tveksam.

Heckscher noterar också att reformerna som genomförts för att förbättra styrningen genom införande av uppföljning och utvärdering byggt just på uppfattningen att beslut som grundas på ”hur det gått” bör kunna förbättra verksamheter. Emellertid har just dessa reformer undsluppit sådan utvärdering vilket framstår som något paradoxalt (ibid s. 175).

Utredaren spekulerar i flera förklaringar till att utvärdering uteblivit och bland dessa antyds att de som genomdrivit reformerna i stor utsträckning arbetat i tämligen avgränsade miljöer. Till dessa ”enkla” nådde ingen kritik (ibid s. 176). Denna förklaringsmodell finner också stöd i en akademisk avhandling (Sundström, 2003).

I betänkandet framträder således bilden av illa underbyggda reformer vars effekter inte utvärderats. De ansvariga tycks ha hyst en i det närmaste fundamentalistisk inställning till värdet av dessa reformer och har följaktligen heller inte inhämtat synpunkter från de verksamheter reformerna avsåg. Enligt utredningen blev förvaltningspolitiken ”glömmande” och ”icke lärande” samtidigt som ”resultatstyrning blev så självklar att det inte ansågs vara något som i sig själv skulle prövas i en rationell process” (ibid s. 177).

Statsvetarna Shirin Ahlbäck Öberg och Sten Widmalm anger att det fanns politisk enighet över blockgränserna i förändringen av svenskt högre förvaltning som tog sig uttryck i genomdrivandet av New Public Management (NPM). Från vänster ansåg man att det genom en offentligt finansierad verksamhet – hälso- och sjukvården – uppstått en ”ny klass”, och man syftade då framförallt på läkarkåren. Det ansågs problematiskt och i konflikt med målsättningen att uppnå ett klasslöst samhälle där medborgaren inte skulle behöva förhålla sig till överheter. Från höger motiverades ”maktövertagandet” med den offentliga sektorns ineffektiva skötsel (Ahlbäck Öberg & Widmalm, 2013).

Det fanns antagligen delvis fog för båda dessa uppfattningar men någon ingående politisk debatt föregick inte de två riksdagsbeslut som banade väg för att resultatuppföljning och -styrning kom att prägla svensk statsförvaltning under decennier. Författarna bekräftar istället den bild som ges i Styrtredningen av en liten grupp av tjänstemän inom Statskontoret, Riksrevisionsverket/Ekonomistyrningsverket och finansdepartementet som de drivande. Det bristande politiska engagemanget möjliggjorde således införandet av en styrmodell genomsyrad av en stark tilltro till extern granskning och ”en misstro mot förvaltningens professionella egenkontroll” (ibid s 138).

Genom ett underkännande av professionell självreglering och till förmån för extern granskning flyttades makten från professioner till chefer och administratörer i vilkas händer granskningsresultaten och därmed ansvaret hamnade. Men förbättrades medborgarens relation till hälso- och sjukvården? Blev hälso- och sjukvården mer kostnadseffektiv? Huruvida reformerna resulterat i sådana förändringar har inte redovisats. Det framstår som om granskning som förbättringsmetod gäller endast i delar av hierarkin vilket förefaller paradoxalt.

Idag har en ny diskussion uppstått kring vem som ska äga resultaten av den externa granskningen. En stark trend förespråkar (förenklat) att politiken och förvaltningen släpper kontrollen och låter ”kunderna” (patienterna) på basen av granskningsresultaten göra ”fria val” på en marknad för hälso- och sjukvårdstjänster. Förespråkare förlitar sig på att marknadens inneboende potential ska ta hand om kvalitetsutvecklingen.

Evidensläget för marknadseringens påverkan på kvalitet i hälso- och sjukvård är svagt och svårapplicerat på svenska förhållanden. En problematisk utgångspunkt är emellertid att ansvaret för kvalitetsutveckling delvis förväntas bäras av ”delaktiga” patienter vars vårdkonsumtion förväntas gynna de verksamheter som är bra och missgynna de dåliga. Möjligheten för patienten att bedöma kvaliteten på de ”vårdtjänster” hon konsumerar är trots senare tids växande informationsutbud, begränsad. (Se avsnittet om ”Efterfrågan förstärker ojämlikhet” i kapitel 2.)

Ett system där konsumenters val grundas på externa granskningsresultat och där konkurrensutsättning ska driva på kvalitetsutveckling fordrar mycket väl genomarbetade kvalitetsindikatorer, där inte minst hälso- och sjukvårdens professioner och patienter har ett centralt inflytande i formulerandet av i vad kvalitet består. Men det ställer också krav på ”kunden” som är problematiska och inte begripliga i relation framför allt till de svårast sjuka med nedsatt autonomi. Ett etiskt dilemma svårt att bortse från uppstår ofrånkomligen i ett system som skisserats ovan. Vi återkommer till denna diskussion i avsnittet om värdebaserad vård.

Extern granskning utgör en väsentlig del av den styrning som hälso- och sjukvården underkastas. Konsekvensen av naiv tro på resultatredovisning och extern styrning ser vi i dagens hälso- och sjukvård. Det finns starka skäl för politiker och professioner att i grunden ta sig an frågan om vilken typ av granskning och styrning hälso- och sjukvården mår bäst av, vilka som ska göra den, vad den ska omfatta och hur detaljerad den bör vara. Att styrningen är en ensak inte bara för de styrande utan också för de styrda är en viktig insikt och hälso- och sjukvårdsprofessionernas möjlighet att ta ett delansvar för styrning och ledning i hälso- och sjukvården är centralt.

Styrningens paradox

Mängden styrsignaler som träffar vården är stor, något som kan få den paradoxala effekten att styrning i realiteten uteblir.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) har kompletterats kontinuerligt ett flertal gånger: patientansvarig läkare 1996, ändamålsenlig ledningsorganisation för patientsäkerhet, kvalitet och

kostnadseffektivitet 1996, fortlöpande kvalitetsutveckling 1996, behovsprioritering 1997, snar medicinsk bedömning 2006, huvudmännens samverkan för vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar 2006, samordning av landstingets och kommunens insatser 2009, läkarresurser i särskilt boende 2009, förnyad medicinsk bedömning 2010, information till företrädare för patienten 2010, information till barn 2010, bedömning av individ- och samhällsetiska aspekter vid införandet av nya metoder 2010, och fast vårdkontakt 2010. Den 1 januari 2015 trädde den senaste förändringen med anpassningar till den nya patientlagen i kraft.

Effekterna av dessa förändringar är svåra att utvärdera. Ett exempel på mindre framgångsrik förändring är den från den 1 juli 2010 i HSL om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökad information till patienten som Socialstyrelsen fick i uppdrag att följa upp av regeringen. Socialstyrelsen konstaterar att bara drygt hälften av landstingen och hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppger att de fick information om lagändringen före, eller i direkt samband med att lagen trädde i kraft. Uppföljningen visade också att lagändringen inte var särskilt väl känd bland hälso- och sjukvårdsverksamheterna, professionen eller patienterna. (Socialstyrelsen, 2012).

I en rapport skriven av Mats Tyrstrup, forskare vid Handelshögskolan i Stockholm, undersöks hur verksamhetschefer arbetar med att utveckla kvalitet, patientsäkerhet och ledningssystem särskilt i relation till Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem (SOSFS 2011:9). Författaren konstaterar att det förefaller som om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd har mindre inflytande än önskvärt och identifierar den ”flora av styrsignaler som verksamhetschefen utsätts för” som del av förklaringen (Tyrstrup, 2012).

I rapporten konstateras att verksamhetschefens position är utsatt för multipla styrsignaler i en utsträckning som inte motsvarar mellanchefer i andra branscher. Hon har vanligen en överordnad som inte är särskilt insatt i verksamheten eftersom det är ovanligt att divisions- eller sjukhuschefer har kunskap om den specifika verksamhet som varje klinik bedriver. Dessutom är övriga mål och krav som konvergerar på verksamhetschefsnivå av ansevärd volym och av vitt skilda slag. Den totala volymen av ibland inkoherenta krav och styrsignaler som delvis dessutom omfattar problemområden som ligger utanför hennes möjlighet att ha inflytande över resulterar i att styrningen försvåras.

Rapporten vittnar om att värdet av olika dokument devalveras och om nödvändigheten av att nonchalera en betydande andel styrdokument. Att nya uppgifter ständigt tillkommer utan att relateras till de befintliga, liksom att uppgifter som rör kärnverksamheten alltmer ersätts av administrativa uppdrag, resulterar i att det medicinska ledarskapet urholkas.

Att rubricera resultatet av voluminös och inkoherent styrning ”styrningens paradox” är träffande då sådan inte leder till mer, utan mindre, styrning och sannolikt skymmer sikten och tar energi från att bedriva det utvecklingsarbete som faktiskt är meningsfullt i den aktuella organisationen.

Systemansvar kontra individansvar

Medicinsk verksamhet har under de senaste decennierna förändrats på många sätt, inte bara i form av hur den styrs utan också i synen på ansvar. Allt komplexare utrednings- och behandlingsmetoder samt medicinsk specialisering och subspecialisering betyder att patienter möter fler läkare och sjuksköterskor. Omhändertagande i tvärprofessionella team, inte minst i slutenvården, är nödvändigt i många fall. Dessa förändringar har medfört att det kan vara svårt att avgöra vem som bär ansvar.

Både förutsättningarna men också viljan att, som enskild läkare, ta ett övergripande patientansvar har minskat. Vissa patienter lider av flera, eller så komplicerade, tillstånd att en enda läkaren inte kan eller bör ha hela ansvaret för patienten. Det är delvis en positiv utveckling. Samarbete och systemsyn har en befogad plats i modern hälso- och sjukvård. Emellertid finns det i många sammanhang ett värde och behov av att professionellt ansvar axlas av individer.

Att enbart medicinens komplexitet skulle motivera den ansvarsförskjutning från individ till system som har ägt rum kan ifrågasättas. Det är inte heller bara medicinens innehåll som drivit utvecklingen. Patientsäkerhetsarbetet och effektiviseringsambitioner har varit bidragande. Effekterna av sådana strukturella och organisatoriska förändringar medför också attitydförändringar och arbetsplatskulturella skiften som är nog så viktiga att beakta.

Patientsäkerhet och systemsyn

När hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) bildades 1980 fanns en uttalad ambition att återspegla samhälleliga attitydförändringar och följderna av de strukturförändringar hälso- och sjukvården genomgått. De senare inbegrep inte minst att hälso- och sjukvårdens traditionella möten ersatts av vård utifrån multidisciplinära vårdlag med konsekvenser för såväl patienters möjlighet att utkräva ansvar och vårdpersonalens möjlighet att bli föremål för rättvis ansvarsutkrävning. Det innebar också att felen allt oftare söktes i det opersonliga systemet istället för hos ansvarstagande individer.

En ledande tanke bakom omstöpningsen av systemet för anmälan av vårdskador som tog sin början på 1980-talet, var därför att avskaffa individuellt ansvar till förmån för ett systemperspektiv. Det ansågs nödvändigt för att skapa ett lärande system med inneboende incitament till förbättring. Vidare ansåg man att ett system som byggde på ”hot” om straff inte gagnade den öppna kultur som eftersträvades för att misstag skulle kunna bli föremål för lärande och proaktivitet. Dessa utgångspunkter resulterade,

mycket förenklat beskrivet, i att HSAN och Socialstyrelsen kom att stå för individuellt disciplinansvar respektive verksamhetstillsyn.

Under 2000-talet växte missnöjet med systemet för hantering av vårdskador. HSAN påtalade i en skrivelse till regeringen bland annat att patienternas möjlighet att vara part i ansvarsprocesser innebar stora svårigheter inte minst utifrån kravet att specificera vem eller vilka i vårdpersonalen som begått fel samt i vad felet bestod.

I november 2007 publicerade Riksrevisionen en rapport (RiR 2007:23) utifrån en granskning av Socialstyrelsens, HSAN:s och regeringens efterlevande av de åtaganden som de hade enligt dåvarande system. Granskningen bekräftade HSANs iakttagelser och påpekade att Socialstyrelsen saknade nationell överblick av vårdskador samt i för liten utsträckning återförde kunskap om vårdskador från patientanmälningar till hälso- och sjukvården. Enligt Riksrevisionen borde också regeringen uppmärksamma att hälso- och sjukvårdspersonal som gjort sig skyldig till misstag kanske inte anmäls till HSAN eftersom systemfel varit fokus för Socialstyrelsens granskning. Således brast förfarandet på flera viktiga punkter; förtroendet för systemet var lågt bland patienter liksom möjligheten att faktiskt få upprättelse, systemet som helhet var inte den proaktiva lärande enhet som avsetts och ur rättvis- och rättssäkerhetsperspektiv var det inte tillfredsställande.

I utredningen ”Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?” (SOU 2008:117) utmålades återigen systemperspektivet som överlägset individuellt ansvarstagande i patientsäkerhetsarbetet. Det betonades att en repressiv miljö där tillbud och negativa händelser anses vara orsakade av mänskliga misstag inte gagnar patientsäkerhetsarbetet. Ett proaktivt lärande system måste vila på ett systemperspektiv för att nå framgång. Utredningen konstaterade även att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete ännu inte etablerats hos alla vårdgivare. Med detta som bakgrund infördes den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som kom att ersätta den gamla lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS1998:531).

Enligt patientsäkerhetslagen 2 kap. 1§ ska den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn anmäla detta till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas. Det föreligger enligt uppgift brister i denna anmälning framförallt när det kommer till mindre vårdgivare vilket innebär att statlig tillsyn över en del hälso- och sjukvårdsverksamheter helt saknas. Det finns inte heller resurser hos myndigheten att kontrollera mer än en liten del av hälso- och sjukvården. Tillsynen idag lämnar således en del övrigt att önska. Det innebär vidare att det individuella ansvaret i praktiken trots allt får fylla det tomrum den bristande systemtillsynen lämnar. Vi återkommer till detta i avsnitten om professionell granskning.

Riksrevisionen (RiR) lämnade 10 juni 2015 sin rapport om patientsäkerhet (RiR 2015:12). RiR anger bland annat att vårdgivare brister i lärandet från inträffande vårdskador vilket inverkar negativt på förmågan att arbeta förebyggande. Vidare konstateras att resurserna för fortbildning många gånger inte är tillräckliga och att det i praktiken är upp till vårdgivaren att dimensionera fortbildningens omfattning och innehåll liksom att systematisk kunskapskontroll av hälso- och sjukvårdspersonal saknas. RiR noterar också att förutsättningarna för den operativa tillsyn som IVO bedriver brister; det saknas enhetlig ärendehantering, handläggningstiderna ökar, tillsynen av vårdverksamhet på plats

minskar och tillsynsåterföringen till verksamheterna fyller inte sitt syfte. Även regeringens och Socialstyrelsens arbete liksom innehållet i läkar- och sjuksköterskeutbildningarna kritiserar.

I RiR:s granskning från 2015 framträder alltså delvis samma problematik som i granskningen från 2007 (RiR2007:23) – att lärandet ifrån vårdskador och enskilda patientärenden inte fungerar tillfredsställande och att tillsynen brister.

Färsch statistik indikerar att patienterna och anhöriga fortfarande upplever brister i den vården: Mellan 2000 och 2012 har antalet ärenden till patientnämnderna ökat från 18 546 till 29 517 och trots att samtliga landsting 2013 uppfyllt grundkraven i den nationella överenskommelsen för att förbättra patientsäkerheten i vården ökade antalet Lex Maria-anmälningar från 2143 stycken 2012 till 2225 stycken 2013 (Socialstyrelsen, 2014).

Vad som ligger bakom denna ökning kan naturligtvis diskuteras. En vanlig tolkning är att patienter och anhöriga idag ställer högre krav och i större utsträckning vet hur de ska gå tillväga för att anmäla vårdskador. En annan förklaring kan vara att en mer avancerad sjukvård utsätter patienterna för större risker och att fler vårdskador då är att förvänta sig (även om det inte legitimerar dem). En tredje förklaring är att tilliten till systemet minskat och att patienter och anhöriga inte möts av ansvarstagande individer som tar deras klander på allvar, ber om ursäkt och tar ansvar, varför anmälan blir enda sättet att få upprättelse. Att avgöra vad som ligger bakom den ökade anmälningsfrekvensen låter sig inte göras utan närmare analys men relationen mellan patienter och företrädare för hälso- och sjukvården bygger delvis på att ansvar kan axlas av individer.

RiR uppmärksammar inte direkt potentialen i individuellt professionellt ansvarstagande som en framgångsfaktor i patientsäkerhetsarbetet. Det finns, som redan nämnts, flera problem med att fokusera på individer. Det är emellertid bekymmersamt om dessa insikter ska inverka negativt på benägenheten att ta ansvar eftersom potentialen i personligt ansvarstagande är en komponent som patientsäkerhetsarbetet skulle vara betjänt av att utnyttja.

Den attityd som avspeglas i retoriken bakom systemansvar får inte hämma det professionella, individuella ansvarstagandet. Att undvika en repressiv miljö är nödvändigt men får inte leda till en kravlös dito, där låga förväntningar präglar synen på individen och professionen. Ett ökat individuellt ansvarstagande måste möjliggöras av systemet men ska i gengäld mötas av en profession med individer som är förberedda för att axla detta ansvar.

Den övergripande målsättningen – att systemet ska vara lärande och proaktivt – är i dagens system, som RiR visar i sin granskning, ännu mer av en förhoppning än verklighet. Att betona statens, vårdgivarnas och granskande myndigheters ansvar räcker inte. Man måste också utnyttja den potential som ligger i ansvarstagande välutbildade individer med lång erfarenhet.

Ett system där det individuella ansvaret är tydligare kunde verka preventivt på det sätt som nuvarande system eftersträvar. En annan balans mellan systemansvar och individansvar är då önskvärd ur patientsäkerhetssynpunkt men även utifrån andra aspekter där vårdgivarens ansvar inte visat sig tillräckligt (vilket det här dokumentet på flera ställen påpekar). Att utkräva personligt ansvar är emellertid djupt orättvist och kontraproduktivt om vårdskador huvudsakligen beror på systemfel varför en balans är nödvändig.

Det starkaste argumentet för ett system med ett stärkt personligt ansvar är att det har förutsättningar att bli potent. Det motiverar den som bär det till större ansträngningar att höja sin kompetens men också till att ställa krav på organisationen samt att leda och motivera medarbetare i vårdteamet.

Förutsättningarna för att kunna bedriva god hälso- och sjukvård blir för den ansvariga en synnerligen viktig angelägenhet, något som stimulerar engagemang i ledning och organisation. Att det med lång erfarenhet, utbildning och gott omdöme, följer ett större ansvar bör inte vara kontroversiellt utan självklart. Det bör också gå att förena med ett patientsäkerhetsarbete som inriktar sig på att främja avhjälpandet av systemfel. Att individer tar ansvar innebär inte att system inte kan orsaka fel eller att systemperspektivet i vårdskadesammanhang inte är viktiga. Att inte utnyttja potentialen i det individuella ansvaret medför förluster inte bara för lärande och proaktivitet utan inverkar också negativt på arbetsglädje och engagemang vilket är nog så viktiga aspekter i patientsäkerhetssammanhang.

Effektivitet och systemsyn

Att effektivisera hälso- och sjukvården är ett ständigt pågående arbete. Med inspiration från storskalig varuproducerande sektor har organisationen förändrats i hopp om att uppnå samordningsvinster för såväl kvalitet som kostnader. En grundidé i sådana system utgår från Taylorsimens uppdelningen i enheter med avgränsat ansvar och befogenheter som samordnas i en organisatorisk hierarki. Genom att specialiseringen ökar i varje enhet då färre moment ska utföras kan effektivisering uppstå för dessa moment. Om alla enheter blir effektivare och samordningen mellan dem inte drabbas negativt blir systemet mer effektivt. Ett sådant system lämpar sig väl för standardiserbara processer där ansvaret och arbetsuppgifterna tydligt kan delas upp. Stora effektiviseringsvinster kan då göras vilket till exempel varit fallet för medicinsk diagnostisk verksamhet.

I andra delar av hälso- och sjukvården är emellertid inte uppdelningen lika enkel. Komplex verksamhet som involverar människor med unika behov, är särskilt svår att dela upp och avgränsa. Den kräver nästan alltid situationsanpassning annars riskerar en del behov som systemet skapats för att lösa att hamna mellan olika enheters ansvarsområden med resultatet att de inte möts. Forskaren Mats Tyrstrup har myntat begreppet ”organisatoriska mellanrum” för de delar av en verksamhet som inte faller inom någon organisatorisk enhets ansvarsområde (Tyrstrup, 2014). Sådana mellanrum uppstår ofta i kvalificerad tjänsteverksamhet där standardiserbara processer är få. Det gäller för stora delar av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Tyrstrup framhåller att man inte ska förväxla ”storlek” med ”storskalighet”. Ett sjukhus utgör en stor organisation men det innebär inte att det som där sker är storskaligt. Snarare är det tvärtom; hälso- och sjukvård är i stor utsträckning verksamhet som präglas av hantverkets småskalighet vilket har konsekvenser för hur organisation och ledning bör se ut. Det är genom denna sammanblandning mellan storlek och storskalighet som stordrift förts fram som ett sätt

att effektivisera hälso- och sjukvårdsverksamhet med följden att organisatoriska mellanrum uppstår som ett resultat av en övertro på det storskaliga systemet förmåga att tillgodose de behov verksamheten ska möta. Individen i detta system blir en kugge i maskineriet som förväntas göra det systemet kräver av henne. Det individuella ansvaret i en sådan organisation överensstämmer inte med det som normalt anses krävas av en professionell yrkesutövare.

Vad är då grunden till att sådana organisationer ändå finns i hälso- och sjukvården? En bristande förståelse för vad som utgör hälso- och sjukvårdens värdeskapande mekanismer är en tänkbar anledning.

Kärnan i det medicinska arbetssättet (som berörs mer detaljerat i kapitlen om allmänmedicinens roll och betydelse samt läkarprofessionens villkor) visar på det problematiska i att betrakta medicinsk verksamhet som storskalig. Den medicinska bedömningen utgår ifrån en rad icke-generaliserbara färdigheter såsom kommunikationsförmåga, tillämpandet av ett etiskt förhållningssätt och värderandet av individuella parametrar i relation till evidens och aggregerad data. I direktkontakten mellan enskild vårdgivare och enskild patient uppstår nästan allt av värdeskapande. Det karaktäristiska för denna värdeskapande kontakt är att den präglas av osäkerhet som inte kan elimineras utan istället måste absorberas. Det senare står i kontrast till industriell effektivisering som baseras på möjlighet att eliminera osäkerhet genom standardisering, likriktning och repetition.

Hälso- och sjukvårdssystemet rymmer en rad komponenter som styrning, organisation, lokaler, personal, kunskapsutveckling, finansiering, teknologi. Sammantaget utgör dessa komponenter inte ett instrument för att eliminera osäkerhet, likrikta och strömlinjeforma. Tvärtom utgör de en infrastruktur för att stödja och underlätta de möten och den praktik som utgår från varje unik patient. Infrastrukturen regleras av en rad interna mekanismer bland vilka professionella värderingar, kollegial kontroll och social struktur är centrala.

När hälso- och sjukvård ska effektiviseras utgår sådant arbete inte sällan från en grund förståelse av vad verksamheten egentligen består i. Ofta bygger de koncept man försöker införa på en mekanisk uppfattning av verksamheten där funktioner är utbytbara, något som tenderar att premiera systemsyn framför individuellt ansvarstagande. Att det leder till ökad effektivitet är osannolikt. Att det är direkt olämpligt är däremot sannolikt.

Genom att förlägga ansvar i ett system istället för hos de individer som verkar i det, förloras möjligheten att tillföra de djupt mänskliga egenskaper som tillför den värdeskapande komponenten i hälso- och sjukvården. Att utvärdera huruvida ett avancerat system kan ersätta mänskliga egenskaper är idag ett empirisk såväl som ett teoretiskt forskningsprojekt men inte mer än så.

Även om den medicinska praktiken är djupt rotad i det individuella mötet och därför behöver organiseras utifrån det, så sker det inte i tillräcklig utsträckning idag. Delvis beror det på en bristande insikt i vad som skapar värdet i hälso- och sjukvården och det resulterar i en överdriven fokusering på stora enheter och system vilket försvårar det personliga ansvarstagandet. En modern hälso- och sjukvårdsorganisation behöver utgöra en infrastruktur för möten mellan professionsföreträdare och patienter. Den behöver organiseras för att tillvarata det unika som varje sådant möte består i, eftersom det är då patienten kan få sina behov tillfredsställda. Av detta följer att organisationsbygget i hälso-

och sjukvården måste ske med fokus på möjligheten att ta individuellt ansvar i varje möte. Organisationen behöver tillgodose professionernas anspråk, inte tvärtom, så att de i sin tur kan tillgodose patienternas behov.

Att ta ifrån en människa personligt ansvar är att göra henne mindre mänsklig. Det får negativa konsekvenser för en verksamhet där det mänskliga är just det verktyg som gör det möjligt att se den andra som människa med värderingar och preferenser. Det som skapar värde i hälso- och sjukvården grundas i mötet mellan människor och för att det ska bli ett verkligt möte måste de som möts tillåtas vara just människor. Det innebär att de ska ha ansvar. Det är en förväntan patienten har på den hon möter och hälso- och sjukvården måste motsvara denna förväntan. Att begränsa det personliga ansvaret inverkar då negativt på hälso- och sjukvårdens fundament vilket medför att värdeskapandet motverkas, och därmed kvaliteten. Till detta ska läggas konsekvenser för arbetsglädje och mening, vilket i ljuset av kompetensförsörjningsproblematiken också är värt att beakta.

Bedömning och förslag

Styrning och granskning av hälso- och sjukvården är idag otillfredsställande och har tillkommit utan bred analys, debatt eller förankring. Dess verkningar för verksamheternas kvalitet förblir alltjämt sparsamt utredda medan dess konsekvenser för maktfördelningen i hälso- och sjukvården är tydlig. Makten har förskjutits från professioner till ekonomer, chefer, och vårdgivarorganisationer. Kraven på extern granskning har resulterat i kontraproduktiv styrning som resulterar i att verksamheternas, i stället för patienternas och medborgarnas, behov hamnar i fokus. Innehållet och målsättningen med hälso- och sjukvården utgår inte längre från professionella utgångspunkter eller definitioner av kvalitet. Med bakgrund i volymen och resulterande kontraproduktiva effekter, av styrning och extern granskning i hälso- och sjukvården anser vi att:

1. Styrningen och granskningen av hälso- och sjukvården behöver ses över och samordnas.

Omfattningen och bristen på samstämmighet är problematisk.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver i möjligaste mån tillvarata de individuella bedömningar som framkommer i möten med företrädare för vården och patienten. Summan av styrsignaler i vården måste ses över eftersom den oöverskådlighet som idag råder är kontraproduktiv och försvårar individuellt ansvarstagande.

Översynen bör utgå från professionernas utgångspunkter i yrkesetik samt vetenskap och beprövad erfarenhet och därtill hälso- och sjukvårdslagen, riksdagens prioriteringsplattform liksom en begränsad mängd föreskrifter från Socialstyrelsen och professionernas egna vägledande dokument.

Uppdraget bör omfatta dels en översyn av styrsignalerna i sig men bör även behandla de strukturer som ger upphov till dessa, vilket inkluderar inte minst de granskande myndigheterna och deras samlade verkan på hälso- och sjukvården. Uppdraget bör ställas till de vetenskapliga professionella organisationerna (Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening i första hand) och relevanta myndigheter som Socialstyrelsen, IVO och Vårdanalys. Resurser bör avsättas och tilldelas dessa.

En eventuell ny struktur för granskning och styrning av hälso- och sjukvården behöver beakta professionernas behov av att internt kunna granska sig själva genom professionell granskning och klinisk revision i syfte att utveckla kvaliteten och lära av varandra enligt vad som anges i kapitlet om kvalitetsutveckling. Ett sådant system kan resultera i att behovet av extern granskning minskar i takt med att professionen tar ett större ansvar genom intern granskning samt öppen redovisning av sådan granskning.

För att ge professionerna ansvar för detta arbete kan man överväga att stärka det professionella inflytandet genom att skapa ett medicinskt ”Royal College”.

Ett medicinskt ”Royal College”, enligt anglosaxisk modell, är en professionell organisation som tillvaratar och utvecklar professionens kompetens för att tjäna patientens syften. I kraft av oantastlig lojalitet gentemot etiska och vetenskapliga ideal förenliga med den professionella koden åtnjuter organisationen stor respekt, autonomi och vissa myndighetsuppdrag som till exempel godkännande av inträde i professionen, kvalitetsgranskning och disciplinärenden. Svenska Läkaresällskapet kunde utvecklas att inta en liknande roll.

2. Det individuella ansvarets bör utnyttjas i större utsträckning.

I kraft av legitimation och professionella värderingar har läkaren ett personligt ansvar. I praktiken kommer detta inte till uttryck.

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) har ålagt vårdgivaren ytterligare ansvar jämfört med tidigare men det är tveksamt om denna ansvarsöverföring har givit eller kommer ge avtryck i vårdgivarens ansvarstagande. Av vad som framkommit i åtskilliga granskningar och som redovisas på andra ställen i detta dokument brister vårdgivarnas ansvarstagande i flera avseenden. Vidare är särskilt små vårdgivare i varierande utsträckning varse om de nya förändringarna. Tillämpningen av de ledningssystem som offentliga vårdgivare är skyldiga att upprätta enligt PSL och SOSFS 2011:9 brister. Det är alltså fullt möjligt att ansvaret försvunnit på vägen mellan professionerna och vårdgivarna. Dessvärre finns inte något enhetligt material att luta sig mot, bland annat beroende på att tillsynsmyndighetens, IVO:s, arbete bedrivs i sex regionala enheter utan enhetlig praxis.

Det effektiviseringsarbete som bedrivits inom hälso- och sjukvården har inspirerats av storskalig varuproduktion där ansvarsbegränsning utifrån roller, snarare än uppmuntran att i varje situation ta det ansvar som krävs för att resultatet ska bli det som avses, varit en målsättning. På så vis har system ålagts ansvar vilket i praktiken resulterat i att en mängd behov fallit utanför ansvarsområdena, i de organisatoriska mellanrummen, och förblivit otillfredsställda.

Det finns således mycket som talar för att ansvarsöverföringen till vårdgivaren resulterat i att ansvaret, som lagts på systemnivå, inte tas i tillräcklig utsträckning, vilket drabbar patienter.

En genomlysning av den lagstiftning där vårdgivaren idag är tilldelad det övergripande ansvaret för att leda och planera verksamheten så att kriterierna för god vård enligt HSL uppfylls, bör göras. En sådan genomlysning bör särskilt beakta möjligheten att skapa ett system som både möjliggör och uppmuntrar det individuella ansvarstagandet. Tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och respekt för självbestämmande kräver en kultur där varje professionsutövare tar ansvar, eftersom dessa aspekter är intimt förknippade med personliga relationer. Ansvar för att bedöma medicinska behov, ställa korrekt diagnos, erbjuda adekvat behandling, vara tillgänglig och ansvara för uppföljning, samordning och samverkan bör i utgångsläget åligga den patientansvariga läkaren.

Konkretionsgraden i beskrivningen av vad det individuella ansvaret bör omfatta måste övervägas noga. Specialister i allmänmedicin med en ”lista”, enligt vad som anges i kapitlet om allmänmedicinens roll och betydelse, bör ha andra skyldigheter beträffande till exempel tillgänglighet än en läkare inom slutenvården med mycket jourtjänstgöring.

Andra yrkeskategorier som till exempel barnmorskor och distriktssköterskor skulle också kunna komma i fråga för analoga överväganden beträffande ansvarsfördelning mellan vårdgivare och individ.

Utöver en analys och eventuell förändring av ansvarsfördelningen fordras lokalt ledarskap som framhåller individer och deras betydelse i en organisation. Sådana förändringar sker emellertid inte utan att lokalt ledarskap har tydliga incitament att genomdriva dem. Att organisationsstrukturen i hälso- och sjukvården bättre tillgodoser professionernas behov av en fungerande infrastruktur för att möta patienternas behov är en insikt som behöver genomsyra det moderna organisationsbygget.

Ett system som möjliggör och uppmuntrar ökat individuellt ansvarstagande skulle sannolikt medföra att vårdprofessionerna och då framförallt läkare, i större utsträckning engagerade sig i ledningsuppdrag. Ledningen och organisationen i verksamheten skulle behöva förändras mot att tillgodose det ansvar som åligger enskilda individer. Småskalighet som, av nödvändighet, präglar en patientcentrerad vård, skulle kunna främjas av att organisationsstrukturer omformades i denna riktning.

Organisationer skulle i större utsträckning komma att utgå från kärnverksamheten då synpunkter från ”golvet” skulle vara nödvändiga att beakta. Samtidigt skulle dessa synpunkter vara en återspeglning av det individuella ansvarets förpliktigande verkan. Hälso- och sjukvårdens yrkesutövare skulle uppmuntras att alltid göra sitt bästa för sina patienter om de anförtröddes mer ansvar.

En eventuell ansvarsöverföring behöver motsvaras av relevant granskning. Den interna granskningen utgörs enligt vårt förslag, i föregående kapitel, av att professionerna reglerar och kontrollerar kompetensnivåerna som berättigar till inträde och tillhörighet till respektive profession. Vidare utgör professionell granskning och klinisk revision som föreslås i kapitlet om kvalitet ytterligare instrument

150626. En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Remiss.

för intern kontroll. Extern granskning enligt nuvarande system, eller i enighet med resultatet av den översyn som förslås i detta kapitel (förslag 1), fordras också.

Kapitel 6. Ersättningssystem

Inledning

New Public Management

Värdebaserad vård

Ramanslag och kapitering

Kundvalsmodell

Bedömning och förslag

Inledning

Ansvarstagande i en organisation är avhängigt av hur den styrs. En särskild typ av styrning är den som kommer till uttryck igenom hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Projektet *En värdefull vård* har till stor del sprungit ur ett upplevt missnöje med rådande ersättningssystem och deras inverkan på möjligheten att bedriva en vård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, hälso- och sjukvårdslagen och yrkesetik. Det professionella ansvaret och utrymmet riskerar att begränsas då systemen påverkar medicinska bedömningar vilket kan resultera i försämrad kvalitet.

Ersättningssystem är emellertid helt centrala i styrning och prioritering av hälso- och sjukvård. Att utforma fulländade system är en omöjlighet. De ska tillgodose dels samhällets och skattebetalarnas behov av kostnadskontroll, dels individuella patienters unika behov av hälso- och sjukvård samtidigt som de ska vara förenliga med god professionalitet och arbetsglädje.

En etisk konflikt mellan ett övergripande samhällsperspektiv och individuellt patientperspektiv uppstår ofrånkomligen i många sammanhang. Ett exempel är särsläkemedel där priset för behandling av en patient kan uppgå till ansevärda summor, eftersom utvecklingskostnaderna för läkemedlet per behandling blir stora. Enligt 2§ HSL och riksdagens Prioriteringsplattform (Socialdepartementet, 1996) ska behov likväl överordnas kostnadseffektivitet, men naturligtvis finns det en gräns för hur stora resurser samhället har att tillgå. I ett uppmärksammat fall från 2007 bedömde läkemedelsrådet på Karolinska Universitetssjukhuset att behandling med särsläkemedel av en patient med Hunters sjukdom inte kunde motiveras, vilket illustrerar problematiken (Elinder & Engqvist, 2007).

Ur ett etiskt perspektiv måste utformning av ersättningssystem således beakta frågor om rättvisa, jämlikhet och kostnadseffektivitet. Dessutom tillkommer praktiska men avgörande hänsynstaganden som inkluderar systemets inverkan på arbetsbelastning, resursåtgång och konsekvenser för verksamhetens innehåll. Olika värden måste vägas mot varandra och helhetsbedömningen utgå från en eller flera målsättningar.

Olika ersättningssystem har olika effekter på de verksamheter de ersätter. Varje ersättningssystem är därför också ett styrsystem. SKL anger i en rapport att kostnadskontroll ofta är det övergripande målet men att även styrning mot politiska mål samt fördelning av ekonomisk risk mellan vårdgivare och finansierare är viktiga motiv (Lindvall, 2006).

Inte sällan uppstår konflikter kring beskrivningen av verkligheten mellan de olika nivåerna i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Meningsskiljaktigheterna tar sig ofta i uttryck av en konflikt kring *målsättningen* med systemen, eller en konflikt kring *på vilket sätt* systemen ska ersätta hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Målkonflikten uppstår mellan huvudmannens krav på kostnadskontroll (Lindvall, 2006) och professionernas utgångspunkt i medicinska behov (Sallin, Engström, & Friberg, 2014). Denna konflikt

är ofrånkomlig men det bör finnas goda möjligheter för de två perspektivens företrädare att bättre förstå varandras utgångspunkter och samverka för system som förmår ta båda perspektiven i beaktande. Trovärdigheten för hälso- och sjukvårdssystemet skulle sannolikt öka bland patienter och i befolkningen om huvudmän och professioner kunde adressera frågorna tillsammans och gemensamt försvara fattade beslut.

Konflikten om *hur ersättning ska ske* är betydligt mer komplex inte minst för att det inverkar på möjligheten att uppnå olika mål. Ett system inom slutenvården som ersätter per patient och dygn resulterar i god kostnadskontroll för finansären så länge antalet vårdplatser hålls konstant. Däremot riskerar producenten att få bekymmer om vårdtyngden är större än vad styckpriset tillåter eftersom det medför ransonering av vårdinsatser för de inlagda patienterna. Möjligheten att tillgodose patienternas vårdbehov minskar då. Ett system där sjukvården istället ersätts utifrån en prislista över åtgärder medför frihet för professionella bedömningar att få fullt genomslag i varje individuellt fall, men riskerar att äventyra kostnadskontrollen för finansären.

Debatten om ersättningssystem har varit intensiv mycket på grund av Maciej Zarembas artikelserie »Patienten och prislappen« i Dagens Nyheter (2013). Debatten har främst kommit att handla om den metod att ersätta offentlig verksamhet som omfattas av New Public Management (NPM). På senare tid har begreppet »Värdebaserad Vård» också debatterats (Sallin, Makdessi, & Sjögreen, 2015; Wohlin, Aspelin, Rehnqvist, Dahlström, & Brommels, 2015) men någon bred diskussion av ersättningssystem där profession och politik deltagit har inte ägt rum vilket är olyckligt då samverkan i utformandet av ersättningssystem är nödvändigt om enad syn ska kunna uppnås. En sådan diskussion behöver föras förbehållslöst och lämpligen utgå från en analys av det system utan vilket denna rapport antagligen inte blivit skriven.

New Public Management (NPM)

NPM är snarare en doktrin bestående av många fler komponenter än ett ersättningssystem varför diskussioner ofta inte är preciserade nog för att vara särskilt klargörande. En av grundbultarna i NPM är likväl att använda mätningar för att styra verksamheter och följa upp deras resultat. Bland annat stammar denna utveckling från den Finerska granskningsdoktrinen som omnämns i kapitlet om individuellt ansvar. Den underliggande logiken är att mätning och redovisning leder till förändringar och därför är kraftfulla verktyg för styrning. Problemet är att det kan vara alltför kraftfullt och resultera i att verksamheten inriktas på att tillfredsställa mätningen i stället för det behov den skapats för. Det enkelt mätbara premieras till förfång för det som svårigen låter sig kvantifieras. Se avsnittet om extern granskning i kapitlet om individuellt ansvar.

Det är sannolikt omöjligt att kvantifiera i vilken utsträckning många av de grundläggande målsättningar som hälso- och sjukvården strävar mot, uppnås. Kvalitet är ett exempel. Sannolikt menar olika aktörer helt olika saker vilket i sig är ett problem. Det förtroendefulla samtalet värderas högt av patient och läkare och är en central komponent i kvalitetsbegreppet för vissa verksamheter men inte för andra. Antalet vårdrelaterade infektioner eller andra komplikationer är andra mått. Antalet skrivna avvikelserapporter eller anmälningar till patientskadenämnden ytterligare några. Vilka faktorer man än väljer att fokusera på riskerar andra att hamna i skuggan. Överdriven mätning – att mäta lite eller mycket av allt – riskerar att bli en organiserande princip i verksamheten i konflikt med professionell kunskap och värderingar. Att mäta för mycket resulterar i tolkningsproblem. Tolkningen av mätdata är en vetenskap i sig (statistik) och att handskas lättvindigt med data taget ur sitt sammanhang är nästan alltid olämpligt. Svårigheterna i att mäta rätt och lagom samt att tolka data är således betydande.

Mycket kritik har riktats mot NPM under de senaste åren men vetenskapliga utvärderingar är få och resultaten divergerande. I en FN-rapport konstateras tvetydiga resultat beträffande outsourcing, framväxt av kontrollbyråkrati och prestationsersättning. En signifikant effekt är dock att offentliga tjänsters status och prestige minskar vid införande av NPM (FN, 2005, ss. 50-59, 113). I en rapport som refereras i kapitlet om jämlik hälsa och prevention konstateras att ”Konkurrensutsättning har – åtminstone hittills – inte varit den mirakelmedicin som många hoppades skulle ge högre effektivitet och kvalitet.” (Hartman, 2011).

Det finns principiella problem med NPM som ofta kommuniceras men inte sällan avfärdas som svepande illa underbyggd kritik. I brist på vetenskapliga utvärderingar är dessa problem likväl nämnvärda. Resultatmätningar är viktiga i NPM. Förespråkarna brukar framhålla två begrepp som fundamentala kännetecken för en god vård: effektivitet och kvalitet. Genom att välja rätt indikatorer för effektivitet och kvalitet hoppas man underlätta styrning av hälso- och sjukvården.

Effektivitet

Det har visat sig svårt att mäta effektivitet i betydelsen förbättrad hälsa och minskat lidande, satt i förhållande till kostnaden eller resursåtgången. I stället tenderar mått på effektivitet att mäta insatser per satsad krona, med andra ord sådant som egentligen kallas *produktivitet*. Man kan inte utgå från att hög produktivitet är liktydigt med hög effektivitet i sjukvården. Det går inte att säga att tolv patientbesök per timme verkligen effektivare än fyra. Medicinskt arbete innehåller även en stor del av kommunikation där det kan ta tid att upprätta kontakten. Ett professionellt förhållningssätt innebär avancerad problemlösningsförmåga, abstrakt tänkande, kreativitet och dessutom förmåga att omvandla slutsatser och tankegångar till kommunicerbara konkreta formuleringar. Dessa är alla centrala för en effektiv vård men de faller utanför det mätbara.

Vid ett optimalt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården motsvarar hälso- och sjukvårdssystemets kapacitet den aktuella efterfrågan och de medicinska behoven samt livskvalitetsbehov. Den inneboende konflikt som råder mellan dessa behov och efterfrågan, i varje vårdssystem där resurserna är begränsade, exploateras av NPM som genom ersättning av produktivitet stimulerar vårdkonsumtion utifrån efterfrågan. Kvalitetsdiskussionen inom vården får då fokus på i vad mån utbudet motsvarar efterfrågan (som till exempel införandet av vårdval och kömiljarden). Huruvida medicinska behov har tillgodosetts och i vad mån hälsan har förbättrats blir då sekundärt. Detta förstärks av att mätningen av kvalitet i sig är problematisk.

Kvalitet

En mer avancerad kvalitetsmätning kan bestå av såväl bemötandenaspekter och omhändertagande som utrustning, lokaler, behandling och uppföljning. I realiteten tenderar det enkelt mätbara dock att dominera över kvalitet såsom den beskrivs ur ett professionellt perspektiv varför patientens uppfattning av bemötande, tillgänglighet och liknande konsumentaspekter kommer att utgöra kvalitetsbegreppet. Det kan låta tilltalande att ”kundnöjdhet” ska utgöra ett mått på kvaliteten på verksamheten. Men de professionella bedömningarna av kvalitet utgår från en annan förståelse av komplexiteten i aspekter som patienten inte vanligen har möjlighet att bedöma, eftersom det kräver lång erfarenhet och mångårig träning. Kundnöjdhet kan således endast utgöra en komponent i en eventuell kvalitetsmätning men eftersom den är tämligen enkel att kvantifiera, till skillnad från de mer komplexa bedömningarna, riskerar den att, genom NPM:s styrande rationalitet, komma att utgöra den organiserande principen i verksamheten. Det inverkar i så fall negativt på kvaliteten. Det finns många tillsynes banala men egentligen tämligen elakartade exempel av detta såsom att vara generös med sjukskrivningar vilket påvisats vara en konsekvens av vårdval (Inspektionen för socialförsäkringen, 2104).

Definitionen av vad kvalitet i hälso- och sjukvården innebär är inte bara viktig i sig. Det är också viktigt att definitionen utgår från professionerna i hälso- och sjukvården. Att utmana det tolkningsföreträde som traditionellt varit professionernas är något man bör avstå ifrån. Konsekvenserna av att låta andra grupper stå för kvalitetsdefinitionen har konsekvenser långt bortom vad som vanligen inses. Att betrakta utvecklingen i den svenska skolan ger viss inblick i hur en hälso- och sjukvård kan se ut om tolkningsföreträdet upphör eller om autonomi kring hur verksamhetens ska bedrivas för att uppnå kvalitet så beskriven lämnar professionerna och blir föremål för till exempel konsultföretag eller detaljstyrning utifrån politiska mål. Vårdgivare i Sverige bör särskilt beakta detta.

Biverkningar

NPM innefattar marknadsiering av hälso- och sjukvårdstjänster. Dessa måste då definieras som produkter, beskrivas, prissättas och mätas för att ersättningen ska kunna betalas ut. Det leder till ökad administration hos såväl producent som beställare. Synsättet riskerar också att leda till diagnosglidning och manipulation. När beställaren noterar att frekvensen av en viss diagnos ökar justeras priset ner för att hålla kostnadskontrollen med bieffekten att producenten anpassar sin diagnossättning efter den nya prissättningen. Konsekvensen blir inte bara felaktiga diagnoser utan också oanvändbar statistik. Det administrativa merarbetet är ännu en belastning.

Att ersätta utifrån hälsoutfall anses stimulera till att bättre hälsa också uppnås. Skönmålning av egna resultat liksom selektion av patienter där resultaten förefaller kunna bli bra är uppenbara risker som inte minst riskerar att missgynna de svårast sjuka. Drivkrafterna för att uppfylla de mätbara målen kan bli så starka att verksamheternas överordnade mål kommer i skymundan. De extra fem minuterna på sängkanten för att förklara, trösta eller skapa mening i en svårbegriplig tillvaro ger ingen ersättning men det är otvetydigt av stor vikt för vårdens kvalitet.

Valet av styrsystem har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens omfattning, resursfördelning, inriktning och kvalitet. Betoningen på kvantitativ uppföljning/kontroll av mätbara indikatorer är inte neutrala verktyg utan kommer att påverka hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt och innehållet i verksamheterna.

Värdebaserad vård

Värde för patienten definierat som hälsoutfall/kostnad är grundprincipen i ännu en doktrin som går under benämningen ”Värdebaserad vård” (Vbv) (Porter, 2010). Doktrinen kommer från ekonomen Michael Porter och har under de senaste åren tilldragit sig stort intresse även i Sverige sedan ett stort konsultbolag (Boston Consulting Group) spridit idéerna. I kraft av det nu pågående SVEUS-projektet (www.sveus.se) där SKL, socialdepartementet och ett antal landsting och regioner tillsammans finansierar ett forsknings- och utvecklingsbolag (Ivbar) för utvecklandet av värdebaserad vård för svenska förhållanden framträder Vbv alltmer som den tilltänkta efterföljaren till NPM. Runt om i landet implementeras idag ramverket Vbv.

En bärande tanke i Vbv, utöver nämnda värdeekvation, är ”värdepisodersättning” som, istället för att ersätta enskilda komponenter, utgår från hela vårdkedjan för en sjukdom. I praktiken ersätts vårdgivaren för vårdkedjan, för undvikande av komplikationer och utifrån utfall definierat av patienten och profession. Andra viktiga komponenter är öppen redovisning av resultat och fri etableringsrätt för att dra nytta av konkurrens mellan enheter. För en fullödlig beskrivning av Vbv hänvisas till originalpublikationen av (Porter & Olmsted Teisberg, 2006).

Evidens saknas

Det finns flera aspekter av Vbv som är problematiska. Den första är bristen på evidens. Doktrinen är i all väsentlighet en skrivbordsprodukt hämtad från ekonomisk management-teori och har inte utvärderats vetenskapligt. Det finns dock en uppföljningsrapport för höft- och knäprotesoperationer (Wohlin, Stalberg, Ström, Borgström, Garellick, & Brommels, 2012). Nämnda SVEUS-projekt innehåller tyvärr inte heller någon uttalad utvärderingsambition vilket man kunde förvänta sig att tillskyndarna skulle vara angelägna om att tillhandahålla.

Konkurrensutsättning

En förutsättning för framgångsrik implementering av Vbv är konkurrensutsättning. Amerikansk hälso- och sjukvård, i vilken Vbv-doktrinen utvecklats, bygger huvudsakligen på ersättning utifrån genomförd insats vilket visat sig tämligen kostnadsdrivande. Det är mot denna bakgrund fokuseringen på kostnad och konkurrensutsättning i Vbv ska ses. I Porters värdeekvation skulle ”värde” mycket väl kunna bytas ut mot ”effektivitet” eller ”konkurrenskraft”.

Svensk hälso- och sjukvård har inte sett samma kostnadsexplosion som den amerikanska. I själva verket har hälso- och sjukvårdens andel av BNP legat strax under 10 procent i Sverige sedan mer än tio år tillbaka (Socialstyrelsen, 2014). Vidare ersätts vårdgivare i Sverige i huvudsak genom anslag och endast i liten utsträckning genom prestationsbaserad ersättning. Motiven bakom och förutsättningarna för implementerandet av Vbv i Sverige är alltså inte alldeles klara. Men sådana omständigheter är förstås föränderliga.

Praktiska problem

Även om förutsättningarna radikalt förändrades för ersättning av hälso- och sjukvård så att konkurrensutsättning fick genomslag kvarstår flera problem. Några är till stor del av samma karaktär som för NPM och består i svårigheten att mäta och framförallt ersätta rätt saker utan att de negativa konsekvenser detta riskerar att medföra uppkommer.

Betoningen av patientupplevelse i mätning och ersättning är vid första anblicken sympatisk, men kunskapsasymmetrin mellan utförare och ”konsument” riskerar leda till att serviceaspekter betonas framför andra parametrar som bättre avspeglar kvalitet. Det finns också risker i selektion av patienter för att uppnå goda resultat – patienter med sämre prognos eller som på andra sätt förefaller ”krångliga” eller bara krävande motas bort. Dessutom finns risker för frisering av data som i värsta fall kan vara direkt kontraproduktiv i kvalitetshänseende och drabba enskilda patienter hårt. Till detta kan läggas att Vbv avser använda kvalitetsregisterdata i mätningarna vilket, om de kopplas till ersättning, riskerar att äventyra registrens användbarhet för forskning. Det sistnämnda motsätter sig Svenska Läkaresällskapet med emfas.

Om utvecklingarna av Vbv trots allt förmår att fylla täljaren i kvoten med mätetal som avspeglar det som verkligen är eftersträvarsvärt i relation till den aktuella diagnosen kvarstår fortfarande praktiska problem. Ingrepp som ryggkirurgi, knä- och höftplastik samt obesitaskirurgi är i viss utsträckning standardiserbara. Dock står de bara för en mycket liten del av hälso- och sjukvårdens totala kostnader. Över 50 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader tas i anspråk av patienter med två eller flera kroniska sjukdomar (Vårdanalys, 2014). Om utmaningen är stor att utforma rättvisande hälsoutfallsmått och hälsoepisodersättningar för relativt standardiserbara tillstånd så tycks den i relation till mer komplexa tillstånd i det närmast oöverstiglig.

Administrationsbördan förefaller kunna bli enorm och vårdens behov av klinisk icke-generaliserbara färdigheter faller definitionsmässigt utanför mätningen varför de riskerar att nedprioriteras med olyckliga konsekvenser. Att varje patient är unik och omsättning av data genererad på gruppnivå inte enkelt låter sig överföras i unika fall kan inte nog understrykas i detta sammanhang.

Vbv riskerar att vara relevant endast för en mycket liten del av hälso- och sjukvården men, genom de starka signaler som ekonomiska incitament sänder, få konsekvenser långt överskridande dessa begränsade delar.

Om man vidare beaktar att diagnosmängden i hälso- och sjukvården är ansenlig, att många patienter inte går att ge en korrekt diagnos (majoriteten av patienterna i allmänmedicin bland annat) och att ansvaret för hälsoutfallet inte endast är vårdgivarens utan även beror av livsstil, socioekonomi och andra parametrar som inte låter sig påverkas inom ramen för vårdkedjan för den aktuella diagnosgruppen, framstår de praktiska problemen än tydligare.

Till detta ska läggas problem med slumpmässig variation. Den gör att endast stora material, det vill säga stora homogena diagnosgrupper, lämpar sig för beräkningar av det slag som fordras för att ersättnings ska kunna baseras på effektivitetsmått, något som skulle drabba små vårdgivare hårt (Anell, 2014).

Etiska problem

Även om de praktiska problemen skulle vara överkomliga kvarstår svårigheter. Den av riksdagen fastslagna prioriteringsordningen (Socialdepartementet, 1996) anger tre hierarkiskt ordnade principer som prioriteringar i hälso- och sjukvården ska grundas på; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. De ska tillämpas i den ordning de står och tillämpningen av en lägre ordnad princip bara kan bli aktuell om ett prioriteringsbeslut inte kan avgöras på den högre nivån. Det gör att alla prioriteringsdiskussioner måste starta i behovs- och solidaritetsprincipen (eftersom människovärdesprincipen inte anger någon grund för prioritering). Prioriteringsordningen återspeglar formuleringarna i HSL 2§ om alla människors lika värde och behovets storlek som avgörande för vem som har företräde till hälso- och sjukvården. Den är således central för att vården ska komma individer till gagn i enighet med gällande lagstiftning.

Vbv anger att värdet av vårdens insats är en kvot mellan hälsoutfall och kostnaden för detta. Kvoten är i sig ett uttryck för kostnadseffektivitet. Att ersätta hälso- och sjukvården utifrån kvotens storlek skulle medföra att vården styrdes mot kostnadseffektivitet och hierarkin mellan principerna i Prioriteringsordningen skulle störas. Det är svårt att se hur behovsprincipen, i enighet med gällande lagstiftning, skulle kunna få genomslag i en hälso- och sjukvård där värde uttrycks som kvoten mellan hälsoutfall och kostnad.

Om denna utläggning är korrekt förefaller Vbv vara oförenligt med HSL och prioriteringsordningen vilket tidigare har framförts (Sallin, Makdessi, & Sjögreen, 2015).

Potential

Vbv har trots de beskrivna problemen viss potential. Den sofistikerade mättnings- och uppföljningsmetodologi som utvecklas kan vara användbar i kvalitetsutvecklingsarbete. En förutsättning är dock att professionernas kvalitetsdefinitioner utgör de bärande elementen, att den data

som används är av tillräckligt hög kvalitet och mängd, att tolkningen av data görs utav professionerna samt att finansieringen av hälso- och sjukvården sker utan koppling till mätning och uppföljning.

Ramanslag och kapitering

Svensk hälso- och sjukvård ersätts idag till stor del via ramanslag baserat på kapitering utifrån index som utgår från ålder, förväntad sjukdomsburda, socioekonomi med mera. Endast i liten utsträckning är ersättningen mål- eller prestationsrelaterad. Olika landsting och regioner har dock löst problemen på olika sätt varför vi idag har ett spektrum av system i landet för såväl sluten som öppen vård (som skulle lämpa sig väl för jämförande studier).

Ersättning till primärvård är idag ett angeläget spørsmål. I det förslag Svenskt Näringsliv presenterat för ersättning i primärvården i samband med införandet av obligatoriskt vårdval föreslås tre till fem procent vara målrelaterad ersättning och återstoden baseras på vidareutveckling av befintliga hälsoindex (Handelns Utredningsinstitut, 2014)). Det kan jämföras till exempel med den norska primärvården där 70 procent av ersättningen är av prestationskaraktär och tillfaller läkaren, och inte som i Sverige, vårdgivaren. Vid införandet av den norska reformen steg kostnaderna för primärvården med 42 procent men det var likväl mindre än vad man beräknat. Det sammanföll med en kraftig expansion av tidigare underdimensionerad primärvård (67 procent av invånarna hade tillgång till fast läkarkontakt före reformen, efter reformen uppgick siffran till 98,5 procent (Sandvik, 2006) vilket just var ett av syftena med reformen (Borgquist, Hallgren, & Engström, 2006). Graden av prestationsbasad ersättning i primärvården och till vem den ska utbetalas är angelägna frågor som redan berörts i kapitlet om allmänmedicin.

Inom övrig sjukvård är frågan om ersättning dock lika central. Att samtidigt tillgodose krav på behovsstyrning och kostnadskontroll med bevarad arbetsglädje och rimlig administrativ belastning är en utmaning som behöver adresseras i bred diskussion mellan vårdgivare, professioner och politik.

En viktig fråga att ställa är i vilken utsträckning målrelaterad eller prestationsrelaterad ersättning, för att uppnå kostnadskontroll och specifika ambitioner, är ändamålsenlig. Följden kan bli att den ökade administrationen som måste till påverkar kärnverksamheten negativt. Det finns en risk att verksamhetens organiserande princip blir att tillfredsställa mätningen med påföljande negativa konsekvenser för vårdens kvalitet. Mätandet i sig medför risker för manipulation, vilket kräver omfattande extern granskning, bidrar till målförskjutningar så att behov inte längre styr och hotar att leda till avprofessionalisering av vårdens professioner. Det är, som tidigare nämnts, svårt att i litteraturen finna vederhäftig vägledning i dessa frågor (se till exempel kapitlet om jämlik hälsa och prevention) då effekterna av reformer är svåra att renodla och då de sällan genomförts med uttalad

ambitionen att vara möjliga att utvärdera. Då kvalitetsbegreppet är undflyende riskerar mätningar att fokusera på produktivitet vilket är långt från tillräckligt.

Det är i sammanhanget viktigt att inse att även marginella inslag av prestations- och målbaserad ersättning kan ha stora konsekvenser trots att de kan förefalla beskedliga. Den tilltänkta nyttan, vare sig det formuleras i termer av effektivitet eller produktivitet, sådana system kan förväntas ha, ska nog vägas mot dessa risker och det kan vara rimligt att överväga att helt avstå från prestations- och målbaserad ersättning av dessa skäl. Det behöver inte innebära negativa konsekvenser för kostnadskontroll, tvärtom bör förutsägbarheten bli god.

Om ersättning sker genom ramanslag, utan produktionskrav och uppföljning, är risken att vårdgivarna ransonerar vård, till exempel genom att minska antalet besök eller operationer, och att produktiviteten då minskar. Det hotar att försämma faktorer som kapacitet, väntetider och tillgänglighet. Följaktligen bör inte sådan mätning helt undvaras men den behöver inte kopplas till ersättning för att vara verksam. En uppenbar fördel med att frångå ekonomiska incitament är att professionella bedömningar av faktiska vårdbehov kan få större genomslag eftersom prioritering utifrån behov är en väl förankrad princip bland vårdens professioner. Det kan också gynna kontinuitet och samverkan kring patienter med större vårdbehov.

En annan faktor som inverkar på möjligheten till användande av ramanslag baserade på regionalt befolkningsunderlag med mera är patientens möjlighet att söka vård varhelst hon önskar i enighet med den nya patientlagen (2014:821). En utjämning mellan populära och mindre populära vårdinrättningar skulle krävas men den skulle istället hota att störa det marknadsinslag patientlagen innebär.

Grundtanken i en ren ramanslags-/kapiteringsmodell är att ersättningen för hälso- och sjukvården ska utgå från befolkningsunderlag i kombination med förväntat behov av insatser från hälso- och sjukvården. En sådan modell kan finansieras solidariskt genom statligt skatteuttag som sedan fördelas till vårdgivare utifrån ansvar för en andel av befolkningen och de förväntade behoven i denna andel. Nuvarande regionala skattesystem är också en möjlighet men av skäl som anges i kapitlet om helhetsansvar kan statlig finansiering vara ett bättre alternativ.

Att ersättningen för respektive individ utgår samlat, för all hälso- och sjukvård, såväl öppen som sluten vård, till en organisatorisk enhet med det ekonomiska ansvaret samt samordnar- och beställarfunktion skulle sannolikt kunna underlätta rationell planering av vården utifrån patientens behov av samordning mellan olika enheter. Det skulle också omöjliggöra att kostnader flyttas genom att patienter kategoriseras på olika vis för att skjuta kostnadsansvaret till en annan enhet. Sjukskrivningskostnaders hemvist i ett dylikt system kan diskuteras. Preventiva åtgärder skulle främjas då de på sikt skulle bli lönsamma även ur ett ekonomiskt perspektiv. Läkemedelskostnader bör rimligen ingå i ersättningen. De ”organisatoriska mellanrummen” borde bli färre med ett samlat finansieringsansvar kring varje patient.

Kundvalsmodell

Ett ramanslags-/kapiteringssystem är förenligt med en ”kundvalsmodell” som bland annat förespråkas av stiftelsen Den Nya Valfärden (Jarnvall, 2009). Ett sådant system har föregångare i skolpengen där varje elev bibringar skolan en viss summa pengar.

I korthet bygger förslaget på att samtliga till hälso- och sjukvården knutna kostnader, inklusive läkemedel och sjukskrivningar, betalas av ”hälso- och sjukvårdsföretag” (HSF), som finansieras solidariskt genom skattemedel baserat på hur många individer – och deras förväntade behov – som valt att tillhöra hälso- och sjukvårdsföretaget. Som medborgare har man rätt att byta HSF om man inte är nöjd. Genom konkurrens anses systemet borga för kvalitetsutveckling.

På skolans område föreligger idag en konkurrenssituation om eleverna. De skolor som redovisar de bästa resultaten attraherar, i teorin, flest elever och därmed större intäkter. Skolpeng och konkurrensutsättning inom skolans område är inte okontroversiellt, snarare tvärtom. En bekymmersam utveckling som sammanfallit med reformen är betygsinflationen och uppfattningen att elever och deras föräldrar, samt rektor, utövar påtryckningar på lärare i samband med betygssättning.

En annan vanlig uppfattning som finner stöd i forskning är att kundvalsmodellen på skolans område har resulterat i ”skolsegregation” genom att mer resursstarka familjer gör de rationella val som systemet bygger på medan mindre resursstarka i mindre utsträckning utövar sin, i en del fall kanske endast teoretiska, valmöjlighet (Hartman, 2011). Sammantaget anses detta resultera i ökad segregation och målsättningar om lika rätt till utbildning uppfylls inte.

Vidare förefaller skolpengen ha gynnat stora organisationer med resurser att hantera tillfälliga fluktuationer i elevantal.

Samtidigt framhåller många föräldrar att det är en självklar rättighet att få måna om sina barns framtid. Särskilt viktigt anses att kunna byta skola om den aktuella inte motsvarar förväntningarna.

Konkurrensutsättningen anses av förespråkare leda till höjd kvalitet över hela linjen eftersom de dåliga skolorna sorteras ut genom nedläggning. Debatten om kundval på skolans område lär fortsätta men en del av argumenten kan förväntas figurera vid en kundvalsdiskussion i hälso- och sjukvården.

Den kundvalsmodell inom hälso- och sjukvård som Den Nya Valfärden föreslår har vissa likheter med det norska systemet där rent administrativa Helseføretak beställer hälso- och sjukvård från underleverantörer som de själva äger eller från privata alternativ. Skillnaden är framförallt att kundvalsmodellen inte är lika uttalad i det norska systemet då ansvaret där är regionalt.

Det finns uppenbara svårigheter med kundvalsmodellen inom hälso- och sjukvården. En är kvalitetsredovisningen som ska ligga till grund för det fria valet av HSF. Vårdens kvalitetsredovisning är idag rudimentär och det återstår mycket arbete innan den transparens som en kundvalsmodell

fordrar kan bli verklighet. Inte minst föreligger de, för den uthålliga läsaren nu, välbekanta problemen med att beskriva kvalitet när olika intressenter tycks ha helt olika uppfattningar om vad det är. Ett kvalitetsredovisningssystem som utgår från patientens upplevelse såväl som professionella utgångspunkter och ”hårda data” i en rimlig balans är angeläget oavsett vilken finansieringslösning som hälso- och sjukvården ska ha i framtiden och en kundvalsmodell skulle säkerligen intensifiera det arbetet. I kapitlet om kvalitet utvecklar vi förslag i detta avseende.

De parametrar medborgaren ska basera sina val av HSF på måste vara begripliga men också meningsfulla i relation till medicinska resultat. Det är en utmaning att prestera sådana indikatorer inte minst i relation till den tidigare beskrivna informationsasymmetrin mellan patient och företrädare för hälso- och sjukvården.

Ett annat problem är den varierande förmågan att göra val. Det är visserligen en mycket attraktiv tanke, som ligger väl i linje med ökat patientinflytande och delaktighet, att låta medborgare välja vårdgivare utifrån sina preferenser. Emellertid måste denna tanke vägas mot insikten att alla inte har kapacitet att göra dessa val. Inte minst en del av de patienter med de största behoven av hälso- och sjukvård saknar förutsättningar för denna kapacitet (Meinow, Parker, & Thorslund, 2011) och deras möjlighet att ”rösta med fötterna” blir således en chimär. Det fria valet finns bara hos patienter med möjlighet att utöva sin autonomi och tyvärr innebär sjukdom ofta att just autonomin begränsas. Att lämna kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården till konkurrens är inte oproblematiskt vare sig i relation till kvalitetsbegreppet eller enskildas förmåga att göra informerade val.

I en kundvalsmodell kan också förutses problem att genomföra impopulära men nödvändiga prioriteringar liksom att upprätthålla en vård baserad på behov och inte efterfrågan.

Bedömning och förslag

Alla ersättningssystem är styrsystem och ska underordnas verksamhetens mål och innehåll. Det vetenskapliga underlaget som NPM kan kritiseras utifrån är begränsat vilket bland annat beror av doktrinen många komponenter. Resonemanget är analogt för Värdebaserad vård men än mer uppfordrande då vi saknar erfarenheter från metoden. Det är emellertid svårt att bortse från riskerna och de negativa konsekvenserna som framkommit i debatten vad gäller mål- och prestationsbaserad ersättning. Mest bekymmersam är kanske de låsningar och divergenta verklighetsbeskrivningar debatten vittnar om och indikationer på att innehållet och målsättningen med hälso- och sjukvården inte längre utgår från professionella utgångspunkter eller definitioner av kvalitet.

Ersättningen till svensk hälso- och sjukvård skiljer sig mellan olika delar av landet. Det saknas inte bara vetenskapligt underlag att hävda att ekonomiska incitament och konkurrensersättning ger de

effekter som vanligen sätts i samband med marknadsstyrning. Dessutom finns det anledning att tro att det är direkt olämpligt i en verksamhet där en stor del av de som konsumerar dess tjänster inte kan förväntas inta en normal konsumentroll. Man kan inte kräva att patienter, särskilt inte de som har stora behov av hälso- och sjukvård, ska kunna utöva ”konsumentmakt” varför traditionella konkurrenslösningar framstår som olämpliga för stora delar av hälso- och sjukvården.

Vi kan konstatera att det inte finns *ett* ersättningssystem som tillfredsställer alla verksamheter. Därför måste varje verksamhets ersättningssystem anpassas utifrån dess uppdrag att tillgodose medicinska, eller andra, behov, och dess uppdragsgivare, dess patienter. Varje ersättningssystem ska vara utformat så att professionernas goda intentioner kommer till sin rätt samtidigt som samhällets krav på kostnadskontroll beaktas. Att hälso- och sjukvårdsverksamhet i de allra flesta fall är småskalig, med mötet mellan professionsföreträdaren och patienten som utgångspunkt är en premiss vars tyngd inte nog kan understrykas.

Ersättningssystemen får inte utformas så att de riskerar att bli verksamhetens organiserande princip. Den regleras redan i lagar, förordningar och föreskrifter. Det är också viktigt att påpeka att fokus inte ska vara ersättningen utan innehållet i, och målet för, verksamheten. Ett ekonomiskt helhetsansvar för att stimulera prevention, motverka ”organisatoriska mellanrum” och förhindra möjligheten att skjuta kostnader mellan enheter är också eftersträfvansvärt.

Arbetsgruppen anser att:

1. Ersättning av hälso- och sjukvård bör baseras på ramanslag.

Vi menar att den sammantagna bedömningen talar för att ersättningssystem i hälso- och sjukvården bör ske i form av ramanslag baserade på demografiska, geografiska och socioekonomiska faktorer samt förväntade behov av hälso- och sjukvård.

Ramanslagen ska, i enighet med den modell som utvecklas i kapitlet om helhetsansvar, utgå till universitetssjukvårdsområdena (USO) som disponerar över totalsumman för att driva och eller upphandla hälso- och sjukvård för samtliga boende i området samt de med akuta tillstånd som vistas där. Genom samlad finansiering för alla hälso- och sjukvårdskostnader uppmuntras till resurshushållning och klok resursanvändning eftersom det inte går att skjuta kostnaden till någon annan enhet med en annan budget. Att ge en organisatorisk enhet samlat finansieringsansvar för hela hälso- och sjukvården inom en region sporrar professionernas strävan mot samordning och kontinuitet eftersom det är en förutsättning för god kostnadskontroll. Prevention kan på sikt också stimuleras eftersom det är kostandaseffektivt. Överdiagnostik och -behandling som uppstår i en fragmentiserad hälso- och sjukvård kan undvikas.

En fråga den här rapporten inte analyserar närmare är hur respektive USO bör fördela resurserna för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål. Som tidigare noterats är varje verksamhet unik och ersättningen inte den primära frågan. En analys av det innehåll och de målsättningar en verksamhet har bör föregå utformandet av ersättningssystemet. Att avstå från mål- och prestationsersättning bör vara en utgångspunkt och avsteg välmotiverade. Att operationalisera hälso- och sjukvårdslagen samt prioriteringsordningen i syfte att ligga till grund för resursfördelning är en stor utmaning. En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska närma sig det som där uttrycks är en ständig dialog

inom professionerna och mellan professionsföreträdare och politiker för att väga behov av olika slag mot varandra. Kostnadseffektivitet är betydligt lättare att operationalisera än människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna och det är viktigt att den asymmetri som föreligger dem emellan inte också styr i vilken utsträckning de inverkar i prioritering av resurser som hitintills varit fallet. Att engagera externa konsulter, som blivit allt vanligare, utan insyn och förståelse för hälso- och sjukvårdsverksamhet eller långsiktigt engagemang kopplat till ansvar eller möjlighet till ansvarsutkrävande, får anses utgöra ett tveksamt sätt att utveckla verksamheter.

Ett ramanslagssystem är, som alla ersättningssystem, ett styrsystem. En svaghet är dess avsaknad av direkta incitament genom monetär sanktion eller belöning. Det är emellertid det som också är dess styrka. Likväl går det inte att bortse från att det incitament som ekonomiska drivkrafter utgör i mål- och prestationsersättningsbaserade system saknas och att det kan förväntas lämna ett vakuum som ger för(?) stor frihet till professionella överväganden att styra prioriteringar med möjlig negativ inverkan på produktivitet och effektivitet. Det är därför en förutsättning att ett ramanslagssystem kompletteras med granskning. Det system med professionell granskning och klinisk revision som vi föreslår i kapitlet om kvalitet är avsett att stimulera och kontrollera att verksamheter tillhandahåller så kvalitativ och effektiv hälso- och sjukvård som går samt att det inte råder något tvivel om att så är fallet. Se kapitlet om kvalitet för detaljerad beskrivning av detta system!

Om ramanslag ändå inte tillämpas, vilket arbetsgruppen En Värdefull Vård anser bör utgöra undantaget, ska ersättningssystem utformas så att pseudomått för kvalitet eller kvalitetsregisterdata inte används som grund för ersättning. Ersättningssystem måste då också utformas så att de inte riskerar att komma i konflikt med hälso- och sjukvårdslagen eller prioriteringsplattformen. Den administrativa kostnaden för ett ersättningssystem måste vägas mot andra åtaganden i hälso- och sjukvården. Ersättningssystem måste utformas i nära samarbete mellan professioner och politiker så att de medicinska och samhälleliga behoven kan balanseras och, inte minst, försvaras gemensamt. Ersättningssystem ska utformas så att den inte utmanar professionella värderingar av kvalitet eller inverkar menligt på innehåll eller arbetsmetoder i hälso- och sjukvården.

Kapitel 7. Organisation och helhetsansvar

Inledning

Helhetsansvar behövs

Answarets fördelning

Reformer i andra länder

Bedömning och förslag

Inledning

Ledningen av hälso- och sjukvård är fragmentiserad. Detta resulterar i att övergripande ansvar inte kan tas samt i att ansvarsutkrävandet brister. Fragmentiseringen i ledning och ansvar är en konsekvens av uppdelningen av ansvaret som vanligen motiveras av behovet av regionalt självstyre. Ötliga rapporter (även denna) påpekar brister i samordning, samverkan, ansvar och jämlikhet. Dessa rapporter har mynnat ut i rekommendationer och försök att förändra utifrån dessa har varit talrika.

Tyvärr har inte de åtgärder som genomförts inom ramen för befintlig organisation och med befintliga styrmedel haft önskvärd effekt. Att förändra och utveckla hälso- och sjukvården har visat sig ogörligt i nuvarande organisation. Förståelsen av vad hälso- och sjukvårdssystemet består i och därmed också vart reformer och utvärdering behöver riktas är för snäv. Förändringsarbete behöver utgå från en utvidgad förståelse av vad i hälso- och sjukvården består.

Det fordras *ett* övergripande ledarskap i svensk hälso- och sjukvård för att komma till rätta med regionala ojämlikheter, brister i samordning och samverkan samt för att möjliggöra helhetssyn, samlat ansvar och utveckling. Lika viktigt är en ansvarsfördelning där tolkningsutrymmet för var den egna verksamhetens ansvar börjar och slutar är minimalt. Vidare är övergripande utvärdering och ansvarsutkrävning angeläget.

Helhetsansvar behövs

Såväl staten som regioner, landsting och kommuner är involverade i styrningen av hälso- och sjukvården. Det övergripande och organiserande ledarskapet är således fragmenterat vilket ställer stora krav på samverkan och tydlig ansvarsfördelning. Det finns många indikationer på att detta medfört negativa konsekvenser. Det mest allvarliga är kanske den oförmåga till helhetsansvar som det splittrade systemet ger upphov till. I ett land med nästan tio miljoner människor i städer och glesbygd är behoven stora och lokala lösningar nödvändiga. Regionala skillnader får emellertid inte resultera i att hälso- och sjukvården inte kan ledas och organiseras på ett adekvat sätt.

Forskaren Mats Tyrstrup menar att en tänkbar förklaring till att utveckling av hälso- och sjukvården är så svår, och att förändringar därför uteblir trots stora ansträngningar, är oförmågan att se till hela

hälso- och sjukvårdssystemet i reformarbetet (Tyrstrup, 2012). De orsaker som vanligen framförs till att vården fungerar dåligt är enligt Tyrstrup emellertid tre andra.

Den första anger resurstillgången som förklaring och resurstillskott som lösningen. Den andra pekar på ogynnsamma institutionella förutsättningar varför politiska reformer såsom avreglering, vårdvalsreformer eller omorganisationer krävs. Den tredje identifierar vårdens drift som bristande varför vårdgivaren föreslås införa näringslivsinspirerade förbättringsinstrument.

Frågan är om detta är rimliga förklaringar. Försök att adressera vårdens tillkortakommanden har gjorts i enighet med alla dessa beskrivningar men resultaten är nedslående. En tänkbar slutsats är då istället att problemet är ett annat. Enligt Tyrstrup fordras det ett grepp om *hela* hälso- och sjukvårdssystemet som utgörs av mycket mer än vårdgivare, verksamhetschefer och personal. En sådan utvidgad förståelse rymmer allt från politik, myndigheter, vårdgivare, professioner till patienter och det är denna totalitet av aktörer ”vars sammantagna output är just den svenska vården” (ibid s. 28) som bör vara föremål för utvecklingsarbete.

Answarets fördelning

Ledningen av hälso- och sjukvården är fragmentiserad. Rollfördelningen mellan olika aktörer är i realiteten oklar och föremål för omtolkning utifrån vad som gynnar den egna verksamheten. En tydlig ansvarsfördelning mellan aktörer på hälso- och sjukvårdens område är nödvändig för utvecklingsarbete och ansvarsutkrävande.

Staten utövar ansvar främst genom socialdepartementet under vilket ett antal myndigheter med uppgift att genomföra riksdags- och regeringsbeslut sorterar; Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten (FHM), Läkemedelsverket (LMV), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Vårdanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), eHälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet med flera. Även andra departement och underlydande myndigheter har inverkan på hälso- och sjukvården vilket till exempel illustreras av universitetssjukhusens verksamhet – vård, forskning och utbildning – där bland annat utbildningsdepartementet och underlydande myndigheter intar en viktig roll.

Under den statliga nivån finns fyra regioner och 17 landsting vilka ansvarar för majoriteten av finansieringen och driften av hälso- och sjukvården. På den lokala nivån ansvarar 290 kommuner för framförallt omsorg av äldre och funktionsnedsatta. Kommuner och regioner/landsting representeras av arbetsgivar- och intresseorganisationen Sveriges kommuner och landsting (SKL) som utgör en fjärde informell men inflytelserik makt över hälso- och sjukvården.

Val till riksdag, landsting/region och kommun hålls var fjärde år vilket bland annat utgör en medborgerlig möjlighet att utkräva ansvar. Det är emellertid inte enkelt för medborgaren att utöva sin makt i relation till hälso- och sjukvårdens verksamhet vid dessa val. Inte bara är ansvarsfördelningen mellan statlig och regional nivå svår att begripa, det är även vanligt att politiska krafter försöker skjuta över ansvaret på en annan politisk nivå eller på intresseorganisationen SKL. Oavsett vilken nivå som egentligen är ansvarig så bidrar systemets utformning till en ansvarsutplåning som inte gagnar det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården.

Inte bara medborgarens möjlighet att utkräva ansvar drabbas av den otydliga ansvarsfördelningen. Ansvaret för och finansieringen av den kliniska forskningen är i dag delat mellan stat och landsting. I utredningen "Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen" konstaterar utredaren Olle Stendahl att detta inte är ändamålsenligt för forskningen och dess implementering i vården (SOU 2008:7, 2008). De länder som hävdar sig bäst inom klinisk forskning har ett samlat huvudmannaskap för universitetssjukhusen. I utredningen poängteras universitetssjukhusens centrala roll för forskningens förutsättningar och det noteras att denna potential inte tas tillvara bland annat på grund av det delade huvudmannaskapet mellan stat och region/landsting. Utredaren föreslår därför bildandet av sex universitetsmedicinska centra (UMC) som leds av universitet och landsting gemensamt.

Landsting och kommuner

Det decentraliserade ansvaret för finansiering och drift av hälso- och sjukvården förefaller positivt för att anpassa verksamheterna till lokala behov. Men region-/landstingsförvaltningarna är svåröverskådliga inte minst med anledning av att de är 21 självstyrande organisationer. Dessutom försvåras samordning och regionala skillnader uppkommer.

Att både kommuner och landsting finansierar och tillhandahåller hälso- och sjukvård är problematiskt eftersom olika huvudmän tenderar att tolka sitt uppdrag utifrån den egna organisationens kostnadskrav istället för utifrån medborgarnas och patienternas/brukarnas behov. Det medför att systemens behov styr erbjudandet till medborgarna istället för tvärtom. Att i kommunen förhindra fallolyckor sparar pengar, men tydligast för landstingen som får färre höftfrakturer, inklusive följdbesvär, att behandla. Många kommuner avstår från dessa investeringar trots att den totala besparingen för samhället är betydande. En diffus ansvarsuppdelning och ekonomisk verklighet resulterar i kortsiktiga och kostsamma beslut.

Det dubbla huvudmannaskapet har direkta och negativa konsekvenser för möjligheten att samordna insatser utifrån individuella vårdbehov. Exempelen från äldreomsorg, psykiatri och missbruksvård är många. Bland annat konstaterar IVO i 2013 års Tillsynsrapport (2014) att samordning och vårdkedjor för de mest sjuka äldre brister allvarligt. Kommunala boenden har ofta begränsade möjligheter att

tillgodose behov, samordna insatser och utbyta information vilket drabbar enskilda samtidigt som det är kostsamt.

Att hälso- och sjukvården organiseras på landstingsnivå skapar sannolikt merkostnader eftersom 21 olika organisationer utför delvis samma arbete. Beställar-utförarmodellerna har resulterat i kraftigt expanderande administration både hos vårdgivare och beställare. Antalet anställda på hälso- och sjukvårdsförvaltningen har i ett landsting ökat med drygt 100 procent sedan 2002. Utöver denna administration fordras avsevärda resurser och kompetens för att tillgodose krav på upphandling, ordnat införande och utvecklingsarbete vid 21 olika enheter.

Hur stor andel av ett landstings budget som går till hälso- och sjukvård och hur mycket som går till administration är enligt en källa med god insyn från SKL ”svårt att få fram”. Att frågan kring administrationens andel av hälso- och sjukvårdens budget inte kan besvaras utan svårighet indikerar att utvärderingen av resursanvändningen inte är optimal vilket står i tydlig kontrast till utförandenivån i hälso- och sjukvården där kostnadsmedvetenheten är uttalad.

Staten

I en kommentar till regeringsbeslutet att tillsätta Styrtredningen (2007) anges att den statliga förvaltningen blivit svåröverskådlig vilket bland annat försvårar samverkan mellan myndigheter liksom att förvaltningsstrukturen är ”ineffektiv” och ”medför onödigt höga administrativa kostnader” (Odell, 2006). Före detta socialministern Göran Hägglund pläderade för en centralisering av hälso- och sjukvården. Nuvarande Socialministern Ardalan Shekarabi har nyligen uttalat ambitionen att se över fördelningen mellan regioner och landsting för att bilda färre men större enheter.

Med bakgrund i regionala skillnader i hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt ur ett resurshanteringsperspektiv är det inte svårt att se motiv till sådana ambitioner. Emellertid kan det också motiveras av en ifrån statligt håll upplevd begränsad förmåga att leda hälso- och sjukvården i enighet med de principer som fastslagits av riksdagen. Statens möjligheter att styra hälso- och sjukvård begränsar sig till lagregleringar, reglering via myndigheter, vissa riktade insatser samt avtal med SKL som är mer eller mindre frivilliga för landsting/regioner.

I kontakter rapportförfattarna haft med riksdagspolitiker och myndigheter framkommer inte sällan uppfattningen att staten behöver ta ett större ansvar i ledningen av hälso- och sjukvården men har till följd av rådande organisatoriska ordning inte sådan möjlighet.

Statskontoret har i en utredning konstaterat att det föreligger en spänning mellan statens styrning via myndigheter och hälso- och sjukvårdslagen ord och mening som identifierar kommun och landsting som ansvariga för helheten av hälso- och (Statskontoret, 2005). Parallella styrstrategier skapar enligt utredningen en otydlighet om huruvida ansvaret för verksamheten ligger hos riksdag, regering eller

kommun och landsting. Den samlade styrningens mångformighet försvårar möjligheten att få en bild av den statliga styrningen och risken för överlappningar i tid och innehåll uppges vara stor (ibid s. 10). Mångformigheten bidrar till styrningens paradox, enligt vad som beskrivs i kapitlet om individuellt ansvar, och skapar administration för uppföljning med tveksam, eller i varje fall inte utredd, effekt.

Reformer i andra länder

Vårdanalys har granskat strukturreformer i Hälso- och sjukvården som genomförts i Danmark, Norge, England och Nederländerna (Vårdanalys, 2014). Man konstaterar att reformerna motiverats av utmaningar liknande dem som svensk hälso- och sjukvård står inför; regional ojämlikhet, långa väntetider, svårigheter att koncentrera specialistvård och kostandseffektivitetsaspekter. Dock föreligger strukturella skillnader mellan länderna varför översättningen till svenska förhållanden kan vara problematisk. Nedan följer en sammanfattning baserad på ovan nämnda rapport.

England och Nederländerna

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet decentraliserades engelsk hälso- och sjukvård samtidigt som nationell målstyrning kombinerades med stora resurstillskott. Styrning genom ekonomiska incitament och sanktioner infördes också. Vårdanalys uppger att tillgängligheten och förtroendet förbättrades medan produktivitetsförbättring och effekter på hälsoskillnader i befolkningen uteblev trots att framför allt det senare var en av de drivande faktorerna bakom förändringarna.

I Nederländerna infördes ett obligatoriskt försäkringssystem och en avreglerad marknad för försäkringsbolag att erbjuda hälso- och sjukvård åt försäkringstagarna. Samtidigt avreglerades prissättningen på den specialiserade slutenvården så att försäkringsbolagen kunde förhandla med vårdgivarna om innehåll och kostnad för hälso- och sjukvårdstjänster. En målsättning var att uppnå patientcentrering. De effekter man funnit är bättre förutsättningar för kvalitetskonkurrens men likväl väljer medborgarna försäkring utifrån kostnad och inte kvalitet. Vidare uppnåddes bättre integrerade vårdkedjor.

Norge

I Norge genomfördes 2001 i fullständig politisk enighet ett förstatligande av slutenvården som tidigare var organiserad och driven av lokala fylken. Motiven bakom denna förändring var långa väntetider, regionala ojämlikheter i vårderbjudandena, otillräcklig lokal kostnadskontroll och oklar ansvarsfördelning mellan stat och fylken. Bland dessa anges det sista som särskilt betydelsefullt.

Bakgrunden var att fylkena, som konsekvent drabbades av ekonomiska underskott, försökte få extra anslag från staten som då kom att misstro fylkenas förmåga att hushålla med resurserna. Finansieringen av fylkenas hälso- och sjukvårdsverksamhet var tudelad med större delen från staten (ca 70-80 procent) och resten från lokalt skatteuttag. Fylkena ansvarade inom givna finansieringsramar för prioriteringar och investeringar i hälso- och sjukvård inom respektive område. Redan i en utredning från 1996 tecknades bilden av en sjukhussektor i kris med skenande kostnader. Den avgörande orsaken till reformen var att staten som huvudfinansiär ändå bara hade begränsat inflytande över drift men stod för huvuddelen av finansieringen.

Målsättningarna med reformen var tydlig ansvarsfördelning mellan sjukhusen och deras ägare, regional jämlikhet, bättre kvalitet, kortare väntetider, bättre organisation och ökad produktivitet och effektivitet.

Genom reformen blev staten såväl ansvarig för slutenvård som dess finansiär och ägare. Innan reformens genomförande var den politiska styrningen av vården delad mellan stortinget och 19 fylken. Efter reformen övergick styret helt till stortinget.

En organisation bestående av fem (senare fyra) hälsoföretag med ansvar för att beställa hälso- och sjukvård för sina invånare skapades. Dessa gavs ansvaret att styra egna hälsoföretag bestående av offentliga sjukhus men utan att vara begränsade till inköp av hälso- och sjukvårdstjänster från dessa, utan fria att köpa tjänster från privat driven verksamhet likaså. Systemet är utformat så att hälsoföretagens roll är uteslutande administrativ. De underlydande hälsoföretagen, dotterbolagen, ansvarar för drift och investeringar. Avrapportering, uppföljning och redovisningsprinciper motsvarar dem i privata företag.

Staten finansierar hälsoföretagen genom basanslag och DRG-ersättning. Basanslaget utgår från invånarantal, socioekonomiska faktorer, demografi, samt geografi. Andelen basanslag och DRG-ersättning låg 2014 på 50 procent vardera. Systemet omfattar marknadsinspirerade inslag av NPM-typ, så till exempel har de regionala hälsoföretagen en slags beställarfunktion och patienten är fri att söka vård hos flera aktörer förutsatt att avtal finns mellan hälsoföretaget och aktören. I en del sammanhang är hälsoföretagen såväl beställare som ägare till de bolag från vilka de beställer tjänster.

Staten styr hälsoföretagen genom styrdokument, lagar och via bolagstämmor. Företagsstyrelserna utses av regeringen. Dotterbolagen styrs av de regionala hälsoföretagen genom styrelserepresentation. Sedan 2014 har kravet att majoriteten av styrelsemedlemmarna ska vara politiker tagits bort och myndighetsutövning har således kommit att utgå från politiskt och administrativt utsedda experter istället för folkvalda representanter. Hälsoföretagen är enligt lag bundna att tillvarata patienters och

medborgares perspektiv och via samarbeten med patient- och anhörigorganisationer, samt genom särskilda ”brukarutskott” säkerställs denna skyldighet.

Reformens dimension och tempo har motiverat benämningen ”big-bang”-reform. Enligt initierade källor ska partiledningen i Arbeiderpartiet använt ”rå makt” för att vinna gehör internt. Det tog ett och ett halvt år från det att Jens Stoltenberg i ett tal lanserade idén till dess att staten övertog ägaransvaret för sjukhusen. Någon sedvanlig utredning hanns aldrig med. Istället gick förslaget direkt på remiss med mycket begränsad remisstid. I stortinget var hanteringen också oortodox då någon sedvanlig ”vitbok” (sammanfattande dokument) inte presenterades.

Förslaget mötte en del kritik, inte minst från fackliga organisationer som fruktade att företagsinförandet skulle innebära försämringar i arbetstider och -villkor. Även protester från en grupp sjukhusläkare hördes och tog fasta på det fundamentala skifte i norsk hälso- och sjukvårdspolitik förslaget innebar inte minst genom förändringen från oegennyttigt förvaltningsstyre till företagsekonomiskt marknadsstyre med vinstintresse.

Genomförandet skedde genom lagstiftning. Sjukhusens skulder skrevs av och fylkena fick kompensation för bortfallet av sjukhusen.

Sammanfattningsvis har reformen inneburit en central statlig styrning av sjukhusen men ett decentraliserat ansvar via hälsoföretagen.

Effekterna av den norska reformen är bara delvis belysta; trots idogt arbete har resultat beträffande medicinsk kvalitet och patientupplevd kvalitet inte kunnat redovisas. Sjukhusläkare är i en undersökning starkt kritiska och anger inte någon kvalitetsförbättring. Arbeiderpartiets tidigare statssekreterare menar att de ekonomiska meningsskiljaktigheterna mellan stat och fylken nu upphört. En del anser att makt flyttats från politik till byråkrater genom att ansvaret flyttats till hälsoföretagen, vilket medfört minskat inflytande över organisationen av hälso- och sjukvården, såsom till exempel nedläggningsbeslut, för medborgarna. Däremot anses patientinflytandet ha ökat.

Vårdproduktionsvolymerna har trots politiska mål om nolltillväxt ökat. Produktiviteten har ökat. Sammantaget har sjukhusens skuldsättning därför ökat, något som reformen avsåg motverka. Väntetiderna har minskat men inte för de högst prioriterade grupperna vilket indikerar att resurserna i någon utsträckning tillfallit mindre sjuka patienter vilket antyder att prioriteringsarbetet inte fungerat optimalt.

Förutsättningarna för forskning och utveckling har förbättrats. De regionala hälsoföretagen har skapat lokala forsknings- och utvecklingskommittéer och strategiskt arbete har syftat till att koordinera och prioritera forskningsverksamhet samt stärka den akademiska kvaliteten i specialistvården. Detta har delvis använts för att rekrytera nyckelpersonal. Flera sjukhus har budgetsystem som styr resurser utifrån forskningsproduktion.

Koncentrationen av högspecialiserad vård har uteblivit.

Formerna för politisk styrning mot enhetlig, jämlik vård har förbättrats och ansvaret för hälso- och sjukvården har tydliggjorts. Bland annat har hälsoföretagen inte något ekonomiskt handlingsutrymme då omprioritering av resurser från andra verksamheter inte är möjliga. Det politiska spelet där fylken

och stat skyllde på varandra har avtagit. Lokalpolitikens tidigare möjligheter att täcka underskott genom nationella tilläggsanslag för att till exempel stoppa nedläggningar av sjukhus, ibland i konflikt med nationellt beslutad inriktning, har upphört. Under de första åren planerades att hälsoföretagen skulle gå med förlust vilket också blev fallet. Under de senaste åren har denna trend vänt och skulderna minskar nu.

Även om styrningen decentraliserats till hälsoföretagen så har staten inte kunnat avhålla sig från att ingripa i en del lokala angelägenheter såsom till exempel sjukhusnedläggningar.

För närvarande pågår en översyn av den norska hälso- och sjukvårdsorganisationen motiverad av kvarvarande regionala skillnader. Hälsoföretagen ska läggas ner.

Danmark

Den danska kommunalreformen trädde i kraft 2007 och omfattade bland annat hälso- och sjukvården. Målsättningen var uttryckligen att utveckla en demokratiskt styrd offentlig sektor till gagn för det danska välfärdssamhället och för hälso- och sjukvården angavs mer kvalitet för pengarna, kortare väntetider och mindre byråkrati, färre hinder och därigenom enklare tillgänglighet, som specifika mål.

Motiven bakom var bristande kvalitet, alltför många små organisatoriska enheter för att kunna erbjuda god kvalitet på såväl kommun- som amt- (region-) nivå, för många administrativa nivåer (tre) för ett så litet land som Danmark och oklar arbetsfördelning mellan amt och stat. Även medicinska parametrar som medellivslängd och kvalitet var ifrågasatta.

Reformen kan sammanfattningsvis beskrivas som en centralisering och en decentralisering av styrning och organisation i och med att stat och kommun fick ökat ansvar. Kommunantalet minskades från 275 till 98 och amten från 14 till 5 regioner. Den nya ansvarsfördelningen innebar att kommunerna gavs ansvar för preventiva och hälsofrämjande åtgärder samt rehabilitering, regionerna gavs ansvar för somatisk och psykiatrisk slutenvård samt att beställa primärvård (från privatpraktiserande allmänläkare) och annan vård. Staten gavs ansvar för ekonomi och uppföljning samt planering. Den nya organisationen omfattar hälsoavtal mellan kommuner och regioner som reglerar kommunens arbete och samordning mellan kommun och region vid slutenvård. Statens utökade roll i planering medförde att antalet akutsjukhus reducerades från 40 till 25 stycken. Den danska primärvården kom att bestå relativt oförändrad genom reformen med kvarvarande grindvaks-funktion i relation till övriga hälso- och sjukvårdstjänster.

Även finansieringen av hälso- och sjukvården förändrades i reformen. I den nya modellen delas finansieringen mellan stat och kommun istället för att som tidigare även med amten. Genom att begränsa sig till två skattenivåer avsåg man att uppnå ökad effektivitet och kostnadskontroll. Kommunal medfinansiering syftade till att skapa incitament för preventiva åtgärder och därigenom minska sjukhusvistelser för att reducera kostnader. Regionernas hälsobudget kom till 80 procent att tas från statliga medel och baseras till 77 procent på populationens förväntade hälso- och sjukvårdsbehov

och till 3 procent på aktiviteter. Kvarvarande 20 procent kom att tas från det kommunala skatteuttaget och motsvarar kommunernas faktiska användning av slutenvårdsresurser.

Reformen genomfördes med knapp politisk majoritet i rask takt och föregicks av en medial debatt samt opinionsundersökningar som visat att en majoritet var för att avskaffa amten och minska antalet kommuner. En utredning tillsattes några månader senare (augusti 2002) och i januari 2004 framfördes sex förslag på tänkbara förändringar av organisation och ansvarsfördelning. I april samma år lade regeringen fram ett sjunde förslag, som hade utarbetats utan insyn, men med ännu större centralt inflytande. Trots initial negativ inställning från bland annat kommunernas landsförening (kommunernas intresseorganisation) lyckades regeringen få igenom sitt förslag dock utan bred majoritet. Det danska läkarförbundet var positivt till reformen.

Under tiden fram till ikraftträdandet 2007 genomfördes en avveckling av amten och sammanslagning av kommuner samt ett inrättade av regioner. Amtens tillgångar och skulder fördelades och en strukturerad plan för ut- och infasning av personal mellan de nya enheterna utformades och genomdrevs. Reformen avsåg vara kostnadsneutral.

Reformen har på initiativ av den efterkommande regeringen utvärderats. Man har funnit att byråkratin har minskat samt att hälsoavtalen givit bättre förutsättningar för ansvarsfördelning, kommunikation och samordning mellan olika myndigheter. De kommunala uppdragen – prevention, hälsofrämjande arbete och rehabilitering – har inte stimulerats i sådan utsträckning att någon nämnvärd förändring uppkommit. Kvalitet och väntetider har visat sig svårt att utvärdera inte minst då andra åtgärder för att förbättra dessa parametrar pågått parallellt samt då kvalitetsmonitoreringssystem delvis förändrats under perioden.

Vårdanalys bedömer att produktiviteten i den danska slutenvården har ökat men under perioden infördes DRG-registrering och statliga krav på produktivitetsökningar med 2 procent vilket också bör ha inverkat. Det ökade statliga inflytandet över planering har medfört att rationaliseringar och IT-systemutvecklingen har underlättats. Dock har inte ett nationellt journalsystem kunnat införas men väl ett system för att dela individuell patientinformation för kroniska tillstånd mellan primär- och slutenvård. Samarbete mellan kommun och regioner har förbättrats men primärvårdens integration i samarbetet brister, något som möjligen kan förstås utifrån det faktum att den aldrig involverats i reformen från början och traditionellt organiserats och finansierats för sig.

Bedömning och förslag

Styrningen av hälso- och sjukvården är idag otillfredsställande inte minst utifrån ett organisatoriskt perspektiv. Organisationen av hälso- och sjukvården på två (tre) politiska nivåer har resulterat i

fragmenterad ledning vilket medfört en oförmåga till helhetsansvar och oklar ansvarsfördelning. Samordningen av viktiga funktioner som vård, forskning, utbildning, utveckling och implementering brister. De regionala ojämlikheterna är i många fall oacceptabla utifrån ett medborgarperspektiv. Dubbelarbete i de många landstingen/regionerna är sannolikt inte försvarbart ur resurshushållningsperspektiv. Likande beskrivningar har motiverat våra nordiska grannländer att se över sina hälso- och sjukvårdsorganisationer med resultaten att fler enheter blivit färre samt att ansvarsfördelningen har tydliggjorts och finansieringen förändrats.

Man kan laborera med olika förändringsförslag av vår svenska hälso- och sjukvårdsorganisation men det är ett alltmer ofrånkomligt faktum att regionala skillnader, resurshushållning, ansvarsutkrävande, IT-system, styr- och ledningssystem, samordning av vård och vårdkedjor, forskning och utbildning, implementering av nya metoder samt prioriteringar alla är områden där nuvarande organisation förefaller stå i vägen för nödvändig utveckling.

Att 21 regionala enheter organiserar och finansierar hälso- och sjukvård i ett land med drygt nio miljoner invånare är inte rationellt och en minskning av antalet organisatoriska enheter har tidigare förutskickats av olika politiska företrädare. En sådan förändring av antalet organisatoriska enheter är ofrånkomlig.

I detta kapitel har vi försökt visa att *ett* övergripande ansvar, taget av någon instans, och en tydlig ansvarsfördelning är nödvändigt. En annan och tydligare roll för staten i ledningen av hälso- och sjukvården är en rimlig väg att gå för att möjliggöra ett övergripande ansvarstagande för hälso- och sjukvården.

Även om det övergripande ansvaret bör vara statens ska den inte ensam leda hälso- och sjukvården. Ett delat ledningsansvar mellan stat och företrädare för vårdens professioner är önskvärt för att ledningsuppdraget ska reflektera de behov som det är menat att tillgodose. Samtidigt som politiska motiv och styrning av hälso- och sjukvården bör utgå från folkvalda representanter i regering och riksdag för att tillgodose samhällets behov av inflytande, fordras medicinsk kompetens för att bedöma, adressera och möjliggöra tillgodoseendet av medicinska behov. Dessa två perspektiv måste jämkas för att hälso- och sjukvården ska kunna tillgodose de individuella och övergripande behov patienter respektive samhället har.

Arbetsgruppen föreslår därför att:

1. Hälso- och sjukvården organiseras utifrån statliga universitetssjukvårdsområden (USO).

Dessa ansvarar för att tillhandahålla, genom att själva driva eller upphandla, hälso- och sjukvård för alla boende inom regionen samt för dem som vistats där och insjuknar akut. Med hälso- och sjukvård förstås primärvård, öppenvård, slutenvård och äldreomsorg.

Utöver hälso- och sjukvård ansvarar USO för forskning och utbildning i regionen. USO fungerar som lokala nav för dessa tre verksamheter. Den medicinska forskningen och utbildningen samordnas och leds således i samma organisation som hälso- och sjukvården.

USO finansieras genom statlig skatt och ramanslag som baseras på invånarantal, socioekonomiska faktorer, geografiska faktorer, demografi och regionala merkostnader. Genom samlad finansiering för

alla hälso- och sjukvårdskostnader uppmuntras resurshushållning och klok resursanvändning eftersom det inte går att skjuta kostnaden till någon annan enhet med en annan budget. Varje USO tar ett helhetsansvar för finansiering av all hälso- och sjukvård, inklusive äldreomsorg, prevention och läkemedelskostnader. Att inkludera sjukskrivningskostnader i finansieringen är en fråga som kräver närmare utredning.

Landsting och regioner befrias från ansvar för hälso- och sjukvård för att avskaffa en politisk nivå på hälso- och sjukvårdsområdet men kan vid behov bestå för att sköta andra regionala angelägenheter.

Ledningen av USO tillsätts av regeringen i samråd med professionernas vetenskapliga företrädare och bör bestå av företrädare för dessa två sfärer samt övrig erforderlig kompetens.

USO representeras i ett **nationellt råd** som tillsammans med politiker och tjänstemän för berörda myndigheter samt professionernas vetenskapliga företrädare, ansvarar för hälso- och sjukvårdens planering och styrning. Detta möjliggör ett helhetsperspektiv vid planering av landets hälso- och sjukvård, medicinska utbildning och forskning. Det kan även utgöra grund för ansvarsutkrävande.

I detta nationella råd behöver även prioriteringsaspekter inom hälso- och sjukvården ges utrymme. Ett samarbete med nuvarande Prioriteringscentrum för att på nationell nivå nå genomslag i prioriteringsfrågor vore en angelägen utveckling. I synnerhet vid beaktandet av behovet av prevention och folkhälsoaspekter som förs fram i kapitlet om jämlik hälsa, där vi utvecklar detta förslag närmare.

Den hälso- och sjukvård som sorterar inom den högspecialiserade vården och där enskilda USO inte har ett adekvat befolkningsunderlag, faller utanför systemet och erbjuds i de verksamheter som enligt nationella beslut ska bedriva den. De behov som inte kan tillgodoses i ett enskilt USO tillser patientens USO att hon kommer i åtnjutande av genom att remittera och bekosta vården i annat USO.

De hälso- och sjukvårdsorganisationer som lyder under USO, det vill säga alla offentligt finansierade verksamheter, har skyldighet att samverka kring patienter inom ett USO. Hur arbetet att utifrån lokalt allokerade medel baserade på befolkningsunderlag bäst sörjer för hälso- och sjukvårdsbehoven i respektive USO är en uppgift för respektive organisation att ta sig an men minimikrav kan behöva specificeras från central nivå.

Kvalitetsgranskningen av USO behöver vara såväl intern och extern. Genom professionell granskning och klinisk revision som utvecklas i avsnittet om kvalitetsutveckling kan kliniker över landet jämföra sina resultat och lära av varandra.

Eftersom konkurrens om patienter mellan regioner inte föreligger i någon väsentlig utsträckning (nivån som uppnås inom respektive område bör inte kunna skilja i sådan utsträckning att det påverkar var man väljer att bosätta sig och om så blir fallet i nämnvärd utsträckning behöver systemet ändras) kan nationellt samarbete kring kvalitetsutveckling och införande av nya metoder genom övergripande nationella grupperingar bestående av företrädare för professionerna bidra till att man lär av de bästa och hjälper de sämsta. Det åligger också alla USO att i lämplig form som överenskommits dem emellan, redovisa resultatet av de professionella granskningarna för att öka motivationen för den egna verksamheten att förbättras och legitimera den för medborgarna.

Den externa granskningen bör bestå i myndighetsgranskning som ska inkludera inte bara hälso- och sjukvård utan även utbildning och forskning. Eventuellt kan den i kapitlet om individuellt ansvar föreslagna översynen av granskningens/styrningens struktur och innehåll bidra till att förändra den externa granskningens utformning och innehåll.

Ett förslag i linje med den här presenterade mycket översiktliga skiss innebär omfattande förändringar och behöver utredas nog. Några av de effekter det skulle kunna förväntas ha är följande:

Bristande professionellt ansvarstagande och fragmentisering av ansvar mellan två politiska nivåer kunde avhjälpas genom att en politisk nivå avskaffas samtidigt som staten tillsammans med de professionella organisationernas vetenskapliga företrädare tillsätter och ansvarar för ledningen av respektive USO.

Ett nationellt helhetsgrepp som utgår från professionella värderingar och folkvald makt skulle möjliggöras genom att skapa ett centralt råd med representanter från USO, regering, relevanta myndigheter, departement och professionella organisationer. Politiker och professioner skulle tvingas ge sig i kast med hälso- och sjukvården i dess helhet.

Genom att politiker och professionsföreträdare tillsammans leder hälso- och sjukvården tvingas de till gemensamt ansvarstagande och måste också gemensamt försvara fattade beslut. Professionella företrädare tillför medicinsk sakkunskap och yrkesetiska värderingar i ledningen av hälso- och sjukvården samtidigt som företrädare för politiken representerar skattebetalare- och medborgarperspektivet. På så sätt kan medicinska behov balanseras med samhällets behov och professionellt inflytande med politiskt.

Det medborgerliga ansvarsutkrävandet av hälso- och sjukvårdens politiska och professionella beslut underlättas genom att en politisk nivå står som ansvarig – den statliga. Likaså tydliggörs samhällets krav på att medicinsk sakkunskap ska vara styrande i hälso- och sjukvården och denna kan utsättas för granskning av relevanta myndigheter (i dagsläget IVO, Vårdanalys, Riksrevisionen med flera).

Hälso- och sjukvårdsorganisationer skulle tvingas beakta hela patientens behov och samarbete över vad som tidigare varit ”organisatoriska mellanrum” mellan specialiteter, vårdnivåer eller huvudmän skulle stimuleras. Att samorganisera öppen och sluten vård genom organisatoriskt samhörighet skulle kunna överbrygga de samordningsproblem som idag föreligger däremellan. Professioner skulle tvingas anlägga ett specialitetsövergripande perspektiv, vilket idag ofta brister.

Genom att de regionala organisationerna ges uppdrag att ansvara för såväl forskning som utbildning (universitetsuppdraget) och hälso- och sjukvård förbättras möjligheterna till att koordinera och resurssätta uppdragen i relation till varandra med möjlighet till samordningsvinster. Kliniska behov kan styra forskning och ny forskning kan snabbare överföras från akademi till ”produktion” genom gemensamt huvudmannaskap. Planeringen av utbildningsresurser och dimensionering av utbildning kan anpassas efter verksamhetens behov.

Regionala ojämlikheter kan adresseras i större utsträckning då finansieringen istället för att vara baserad på regionala skattebaser utgår från statlig behovsprövning för respektive region. En resursfördelning över riket som motverkar regionala skillnader kan på så vis underlättas i högre utsträckning än vad det nuvarande skatteutjämnningssystemet förmår.

Att minska de regionala organisationernas antal kan resultera i samordningsvinster då regionalt dubbelarbete för ordnat införande, beställarorganisation, inköp, regional ledning och styrning, administration med mera kan minskas. Det kan frigöra resurser som kan användas i andra delar av hälso- och sjukvården.

Det är rimligt i detta sammanhang att fråga sig vilken storlek av organisatorisk enhet som är rationell vad beträffar befolkningsunderlag och geografiska förutsättningar. Detta bör kunna vara berört i litteratur och vidare belysas i den pågående utredningen om högspecialiserad vård (Dir 2014:56). Om universitetsjukhusområdena ska vara organisatoriska nav faller det sig naturligt att sju regionala organisationer bildas men det är möjligen inte rationellt i relation till befolkningsunderlag och geografi. Att också ta hänsyn till behov av samordning för att uppnå hög kvalitet genom stora volymer är nödvändigt.

Vårt förslag anknyter till det som presenterats i Olle Stendahls utredning (Utredningen av den kliniska forskningen, 2009) med den skillnaden att regioner och landsting befrias från ansvar för hälso- och sjukvård. Förslaget bygger på en bakgrundsanalys som liknar den som framförts i Ansvarsutredningen (2007) där direktval till ett mindre antal regionkommuner föreslås ersätta landstings-/regionnivån i ansvaret för hälso- och sjukvården. Vi ser fram emot de förslag som den sittande regeringen förväntas komma med i detta ärende. Måns Rosén, regeringens särskilda utredare för högspecialiserad vård, har föreslagit att högspecialiserad vård bör finnas på sex platser i landet samt att professionella grupper behöver avgöra vad som räknas som högspecialiserad vård (Ström, 2015). Vidare finns tydliga likheter och en del skillnader med såväl den norska som den danska reformen vilka båda gått att genomföra om än under i de länderna då rådande omständigheter. Utsikterna för att ta sig an en stor reform på hälso- och sjukvårdens områden torde vara goda om den politiska vilja kan uppbringas.

En vidare utmaning som inte berörs i detta förslag är hur kommunal omsorg, utöver äldreomsorgen, effektivt ska kunna samverka med USO. Detta gäller inte minst missbruksvården och preventivt inriktad verksamhet. Ansvarsfördelningen och samordningen mellan dessa nivåer är viktig att noga betänka inför en reform. Den danska modellen som syftade till att öka kommunernas insatser för prevention var inte framgångsrik. Lärdomar kan sannolikt hämtas från detta och andra internationella exempel. De regionala skillnaderna, det demokratiska underskottet och den otydliga ansvarsfördelning som råder mellan landsting/regioner och stat är i mångt och mycket betydande även på kommunal nivå.

Kapitel 8. Kvalitet

Inledning

Kvalitetsutveckling

Bedömning och förslag

Kvalitetsutveckling

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012 och är, på hälso- och sjukvårdens område, riktade till vårdgivaren, det vill säga landsting/regioner och privata aktörer. Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå högre kvalitet.

Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Föreskrifterna och de allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

I Socialstyrelsens handbok står att ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Den som bedriver verksamhet kan välja att lägga till ytterligare krav och mål utöver dem som anges i författningar och beslut.

Det finns inget uttalat krav att kvalitetsbegreppet ska omfatta professionella överväganden om vad som är god kvalitet.

Socialstyrelsens anvisningar är ur vissa aspekter svåra att applicera eftersom det saknas gemensamma överenskommelser om hur man mäter till exempel respekt för patientens självbestämmande och integritet, kontinuitet, patientsäkerhet, kommunikation och information, delaktighet, ansvar, trygghet och tillit, bemötande, samråd eller samordning. Det vill säga de faktorer som både riksdagen och professioner i hälso- och sjukvården anser hör till de viktigaste.

Istället har man försökt att använda sig av *kvalitetsindikatorer* och kvalitetsregister. De flesta kvalitetsregister har startats och drivs av specialistläkarföreningarna för att göra det möjligt att utvärdera ändrade rutiner eller nya behandlingar. Att involvera patientupplevd kvalitet i registreringen förekommer idag alltmer ofta.

Det finns ett stort antal nationella kvalitetsregister med personbundna uppgifter inom specifika områden som tjänat kvalitetsarbetet, de medicinska resultaten och således patienterna väl. Kvaliteten i

registren varierar emellertid inte minst i relation till noggrannheten vid inmatning. Det finns indikationer på att data har friserats för att den egna enheten ska framstå i bättre dager eller för att öka intäkterna.

Riksrevisionen har granskat huruvida statens ökade engagemang i kvalitetsregistren stödjer lokalt kvalitetsarbete. En förutsättning för användbara register av god kvalitet är att vårdpersonalen som matar in uppgifterna finner dem meningsfulla vilket inte alltid är fallet. Inom några vårdområden får landstingen ersättning av staten för att öka antalet registreringar i kvalitetsregistren. Likväl upplevs hanterandet av kvalitetsregistren som en administrativ börda som stjälar tid samtidigt som det saknas intresse och kunskap för analys av data i registren. Prestationsersättningen riskerar att styra vården i fel riktning och till att vårdenheternas egna val att delta utmanas. Riksrevisionen menar att klinikerna själva i högre utsträckning bör få bestämma om man vill använda kvalitetsregister som en del av sitt kvalitetsarbete (Riksrevisionen, 2013).

Peer Review och clinical audit

I Storbritannien var det på 1980-talet vanligt att professionella grupper hjälpte varandra med översyn och validering av verksamheterna (så kallad peer review, medical audit, clinical audit, clinical assessment - professionell granskning). Läkare och sjuksköterskor kunde med stöd av evidensbaserade kunskaper och beprövad erfarenhet bedöma verksamheter och ge råd. Avsikten var att stötta och förbättra verksamheten, och framkalla samarbete – inte konkurrens. När NPM implementerades i Storbritannien blev inriktningen just konkurrens och aktiviteterna med peer review avbröts. En liknande modell har använts i Sverige vid bedömning av läkares specialistutbildning (SPUR). (Ivers et al. 2012)

Öron-, näs- och halsläkaren och före detta klinikchefen Magnus Lind har länge intresserat sig för verkningarna av NPM och föreslår att man borde införa Human Management (HM) i stället för NPM (Lind, 2014). Incitamenten i HM är dels ekonomisk vinning, dels önskan att bli uppskattad för sin kliniska kompetens. I sjukvården värderas den kliniska kompetensen när man blir sedd för sina goda insatser och kritiserad för sina tillkortakommanden. Kliniskt arbete kan utföras på många olika men antagligen jämbördiga sätt och kliniska resultat och kompetens kan inte helt graderas i objektiva kvantitativa termer. Därför måste ”hårda data” kompletteras med subjektiva bedömningar gjorda av erfarna, kompetenta personer. Genom att jämföra flera kliniker skulle de kunna graderas från dåliga till bra enligt flera sammanvägda parametrar. Det viktiga samhällsintresset är att identifiera de sämsta och de bästa klinikerna. De bästa kan studeras och utgöra föredömen. De sämsta bör ges stöd för att förbättras.

Granskning och utvärdering för kvalitet

Statskontoret noterar i en utredning från 2005 att grundproblemet för förvaltning av hälso- och sjukvård inte är styrformerna, även om dessa också lämnar övrigt att önska, utan den kunskap som utgör grunden för den statliga styrningen av kommuner och landsting (Statskontoret, 2005).

Statskontoret ser behovet av ett uppföljningssystem med nationellt fastställda indikatorer som ger staten, kommunerna, landstingen och medborgarna en nationellt jämförbar bild av verksamheternas kvalitet, kostnader, utfall och av den statliga styrningens effektivitet. Statskontoret anser att ett sådant system bör vara tillgängligt för alla och utformat så att enskilda medborgare kan ta del av informationen (ibid s. 11).

Det finns enligt statskontoret anledning att utvärdera och jämföra olika utfall med utgångspunkt inte bara hur utförarledet uppfyller sitt uppdrag utan även hur förvaltningen organiseras och bedrivs. Detta är en mycket angelägen insikt i samklang med vad som förs fram i kapitlet om organisation och helhetsansvar; att hela det komplexa system vars samlade ”output” är hälso- och sjukvård måste vara föremål för utvärdering och reformarbete. Inte minst är detta angeläget för att utveckla styrningen och av hälso- och sjukvården. Utförarledet i hälso- och sjukvården utsätts ständigt för utvärdering men längre upp i hierarkin saknas denna tradition i stor utsträckning.

Så till exempel har landstingens resursanvändning, så vitt vi har kunnat konstatera, inte utsatts för någon systematisk granskning. De beställarkontor som utformats på många håll och som framtvingar motsvarande administrativa resurs på utförarsidan är sannolikt tämligen kostsamma och relationen till kvaliteten i slutändan aldrig granskad. Inte heller har den till synes attraktiva jämförelsen mellan olika landsting gjorts med avseende på ersättningssystem och kvalitet.

Bedömning och förslag

Utvärderingen av hälso- och sjukvården, i en utvidgad förståelse utöver vårdgivare och personal omfattar även landsting/regioner, kommuner, myndigheter och stat, bör vara nationellt enhetlig och utgå från parametrar som tillvaratar medborgar- och patientupplevd kvalitet såväl som professionell dito och resurshantering. Utvärderingen bör vara intern och extern.

Den externa granskningen utgör en kontrollfunktion och samhällets instrument att undersöka om hälso- och sjukvården uppfyller de krav som åläggs den via lagar och föreskrifter. Den fyller därigenom även en legitimerande funktion. Granskningen berör såväl individer som system. De

granskande myndigheterna består idag framför allt i Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Vårdanalys.

Den interna granskning vi här föreslår ersätter inte den befintliga externa granskningen. Även om behovet av extern granskning kommer att kvarstå kan resultatet av den översyn av vårdens styrning och granskning vi föreslår i kapitlet om individuellt ansvar på sikt komma att påverka utformningen av den externa granskningen.

Den interna granskningen är den vilken framförallt kan förväntas tjäna syftet att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen En Värdefull Vård föreslår att ett system med professionell granskning och klinisk revision utarbetas, implementeras och drivs av vårdens professioner. Svenska Läkaresällskapet kan ta en övergripande och ledande roll i detta arbete. Lämplig samarbetspartner kan i delar vara Svensk sjuksköterskeförening. Den interna granskningen bör vila på två fundament:

1. Professionell granskning bör införas för att säkra kvalitetsutveckling.

Enheter som handlägger likadana tillstånd bör regelbundet jämföra sina resultat för att lära av de bästa och stödja de sämsta. Klinikledningarna inom respektive specialitet, eller vårdcentralsledningarna, kommer överens om vilka data de vill jämföra vid respektive tillfälle. Jämförelsedata bör väljas utifrån professionella överväganden, och kan lämpligen innefatta relevanta delar av kvalitetsregister, men även arbetsformer, medicinsk kvalitet, behovstillfredsställelse och omvårdnadsaspekter samt väntetider, tillgänglighet och resursåtgång bör ingå.

Det är sannolikt inte meningsfullt för granskningen att ta sig an mer än delar av verksamheten vid varje tillfälle och klinikerna gör således upp en flerårig plan för vilka områden de vill lyfta vid respektive tillfälle. Sannolikt kommer olika områden vara lämpliga att beröra i relation till nya rön och andra omvärldsfaktorer och planeringen bör ta sin utgångspunkt i analys därav. Utifrån granskningens behov och innehåll involveras relevanta personalgrupper i arbetet.

Inför varje tillfälle bör en kunskapssammanställning över det aktuella evidensläget för den berörda verksamheten utarbetas och vid mötet diskuteras i relation till nuvarande förhållanden och planerade förbättringsåtgärder inklusive forsknings- och utbildningsbehov. SBU eller professionernas egna, nationella eller internationella, vetenskapliga sammanslutningar ansvarar lämpligen för dessa.

Resultaten av de gemensamt överenskomna parametrarna ska följas kontinuerligt och det interna kvalitetsarbetet på respektive klinik kan utgå bland annat från dessa. Genom att utvärderingsområdena roterar kan resultatförändringar följas upp och relateras till förändringsarbetet vid de klinikgemensamma mötena. Framgångsrika förändringar kan förhoppningsvis identifieras och goda exempel spridas. Genom kollegialt samarbete med visst inslag av tävlan skapas incitament för förbättringar som inte inbegriper ekonomiska kvaliteter som genom starka incitament medför risker för negativa konsekvenser.

I någon form bör resultaten av granskningarna göras tillgängliga för politiker och allmänhet för att öka legitimiteten och förtroendet för hälso- och sjukvården. Detta tjänar även som ytterligare incitament för förbättring.

Den professionella granskningen organiseras lämpligen via Svenska Läkaresällskapets sektioner. Svenska Läkaresällskapet, som obunden vetenskaplig organisation med verksamhet inom kärnområdena etik, vetenskap, utbildning och kvalitet, tar lämpligen på sig rollen av samordnande och övergripande organisatör för denna verksamhet. Sällskapets roll som oberoende professionell organisation bestående bland annat av 68 sektioner representerande de medicinska specialiteterna, gör det till en naturlig hemvist för sådan verksamhet.

2. Klinisk revision införs.

Den professionella granskningen bör även bestå av klinisk revision. Grupper som utsetts av professionerna utsedda granskar regelbundet verksamheter runt om i landet på plats.

Granskningarna bör ske årligen och beakta följsamhet till evidens och andra normerande faktorer samt resultat i kvalitetsregister. Granskningarna ska eftersträva ”rättsäkerhet”, konsekvens och jämlikhet över landet. De ska dock inte enbart vara inriktade på att jämföra medicinska resultat utan även inbegripa efterlevnaden av etiska principer och professionella värden. Även aspekter som forskning, utbildning och fortbildning liksom prevention ska inkluderas i utvärderingarna. Journalgenomgångar, patientintervjuer, intervjuer med personal, stickprov etcetera ska göras.

Målsättningen är att utveckla kvaliteten samt eftersträva jämlik hälso- och sjukvård över landet. Granskningen ska också tjäna ett legitimerande syfte och ligga till grund för förbättringsarbete.

De ansvariga grupperna ska utses av professionerna och inte vara större än ett halvt dussin personer. Grupperna bör bestå av kollegor med stor erfarenhet även inom forskning och utbildning, men också inkludera minst en yngre kollega som själv är under utbildning inom det aktuella området. Möjlighet att bedöma teamarbetsaspekter ska också finnas.

Professionernas vetenskapliga organisationer (Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening) bör ha det övergripande ansvaret för denna verksamhet av de skäl som angivits i förslaget om professionell granskning.

Professionell granskning mellan kliniker/vårdcentraler och klinisk revision av kliniker/vårdcentraler bör bekostas av staten i egen finansiering som utgår till de professionella organisationerna att disponera i enighet med de angivna målsättningarna. Eventuellt kan en mindre del av kostnaden läggas på de granskade verksamheterna för att markera att de har ett konsumentansvar och är de som primärt ska dra nytta av granskningarna.

Ytterst regleras hälso- och sjukvården fortsatt genom lagstiftning och föreskrifter men den totala mängden styrning behöver, och kan, minska när professionella utvärderingssystem införs.

Trots den genomgripande förändring av granskningen av hälso- och sjukvården som vi här föreslår menar vi att det inte är nog. En övergripande granskning fordras också.

3. En myndighetsfunktion för att utvärdera övergripande förändringar i hälso- och sjukvården inrättas.

Den interna och externa granskningen av hälso- och sjukvården behöver kompletteras med en utvärderande funktion som inbegriper hela systemet vars resultat är hälso- och sjukvård. Denna utvärdering bör ske på myndighetsnivå. Om sjukvården organiseras som vi förslår i kapitlet om helhetsansvar, i USO där staten och professionerna tillsammans tillsätter ledningen för dessa, bör granskningen ske i en annan organisation på nationell nivå med kompetens att granska högre förvaltning. Den utvärdering av hälso- och sjukvårdens styrning och granskning vi föreslår i kapitlet om individuellt ansvar erbjuder ett tillfälle att undersöka hur en sådan granskning ska utformas och vem som ska utföra den.

Vi föreslår redan nu att en myndighetsfunktion med ansvar att utvärdera och följa reformer på hälso- och sjukvårdens område, innefattande hela den organisation vars samlade output är hälso- och sjukvården, skapas.

Den nuvarande externa granskningen utförs i huvudsak av IVO och Vårdanalys men saknar det övergripande perspektiv vi här efterlyser. Statskontorets och Riksrevisionens verksamheter saknar den specifika kompetensen som hör till just granskning av hälso- och sjukvården.

Utifrån rådande system förefaller det ändå lämpligt att Vårdanalys ges i uppdrag att fylla den ovan beskrivna funktionen. Det bör också åligga myndigheten att försäkra sig om att reformer som planeras görs möjliga att utvärdera.

IVO kan ges ett utvidgat uppdrag att regelbundet och skyndsamt sammanställa och rapportera fel och brister i hälso- och sjukvården till Vårdanalys.

Slutord

Styrsignalerna i hälso- och sjukvården är många vilket paradoxalt nog ger motsatt effekt mot den som avses. Brandmännen i New York hade en gång ett halvdussin tumregler de använde när de tog sig an en brand. En dag införde man en ny regelbok med uppemot 30 tumregler. Den var inte utformad av brandmännen själva. Konsekvensen lät inte vänta på sig. De brandmän som använde den nya metoden dog i större utsträckning på jobbet. Man gick då tillbaka till de gamla tumreglerna.

I sjukvården har vi ännu inte fullt ut insett att vi är som brandmännen. Men det börjar brännas. Att professionerna behöver ges större inflytande och ansvar är centralt. Det återstår nu att se till att så blir fallet och vi presenterar i denna rapport flera förslag i den riktningen.

Individuella möten är basen för bedömningen av medicinska behov. Sådana möten fordrar kompetens i form av medicinska kunskaper och ett etiskt förhållningssätt för att patientens värderingar och preferenser ska kunna höras. Organisationen kring dessa möten måste respektera och stimulera det professionella tolkningsföretaget i frågor som rör kvalitet och metodik. System präglade av småskalighet och personligt ansvar behöver skapas. En kraftfull intern reglering av kompetens och kvalitet behöver komplettera dagens i huvudsak externa reglering.

Att antalet styr signaler är för omfattande har inte uppmärksammats lika mycket. Det verkar emellertid inte vara ett problem hälso- och sjukvården är ensam om. Inom skolans värld är bilden liknande. Detaljstyrning och ekonomisk styrning hotar att urholka det professionella ansvaret över verksamheter som inte lämpar sig för detaljerad reglering.

Oförmågan till nationellt samlat ansvar för hälso- och sjukvården hotar att ytterligare förstärka ojämlikheterna samt hindra utvecklingsarbetet.

Den här rapporten har kommit till i hopp om att utveckla svensk hälso- och sjukvård för att bättre möta de krav som ställs på den. En förändring av hälso- och sjukvårdsorganisationen är vi inte ensamma om att föreslå något som också indikerar att behovet är stort.

Emellertid kan motståndet att förändra vara stort då stora värden står på spel. För att den svenska hälso- och sjukvården ska återfå sin utvecklingspotential fordras, menar vi, genomgripande förändringar. Några av våra grannländer har klarat av det och vi kan lära av dem. Det kommer krävas ett tydligt ledarskap. I arbetsgruppen En Värdefull Vård anser vi att professionerna i vården behöver stiga fram och ta ansvar.

Denna rapport har utformats för att bredda debatten. Därför går den på remiss. Reaktionerna vi mottar genom remissvar och eventuell debatt kommer ligga till grund för vidare arbete i att formulera Svenska Läkaresällskapets ståndpunkter i dessa och angränsande frågor.

Litteraturförteckning

- Ahlbäck Öberg, S. (2010). Framväxten av granskningssamhället - en fråga i författningspolitisk skugga. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 112 (5), ss. 501-513.
- Ahlbäck Öberg, S., & Widmalm, S. (2013). NPM på svenska. i M. Zaremba, *Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. (ss. 122-153). Stockholm: Svante Weyler Bokförlag AB.
- Ahrnell, B.-M. (2013). "Vem i vårdapparaten tar ansvar för min mans cancer?". *Dagens Samhälle*, 19 juni .
- Anell, A. (2014). *Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet*. Lund: Institutet för Ekonomisk forskning.
- Ansvarsutredningen. (2007). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande* (SOU 2007:10). Stockholm: Finansdepartementet.
- Arbetsmiljöstatistik. (2012). *Arbetsorsakade besvär. Arbetsmiljöstatistik* (Rapport 2012:5). Arbetsmiljöverket.
- Armbrüster, T., & Gebert, D. (2002). Uncharted Territories of Organizational Research: The Case of Karl Popper's Open Society and its Enemies. *Organization Studies*, ss. 23(2): 169-189.
- Bejerot, E., Aronsson, G., Hasselbladh, H., & Bejerot, S. (2011). Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande - Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. *Läkartidningen*, 108:2652-2656.
- Borgquist, L., Hallgren, I.-M., & Engström, S. (2006). *Vad kan Sverige lära av Fastlegeordningen i Norge?* Linköping: Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården.
- By, U. (2015). Åke har fått 30 mediciner men ingen ansvarig läkare. *Dagens Nyheter*, 17 maj.
- Calltorp, J. (2013). *Multisjuka patienter i vården: Policy Brief*. Forum for Health Policy.
- Cavalli-Björkman, N., Glimelius, B., & Strang, P. (2012). Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making. *BMJ Open*, 2:e001248.
- Childress, J., & Beauchamp, T. (2008). *Principles of Biomedical Ethics, 6th edition*. Oxford University Press.
- Darley, B. (1973). From Jerusalem till Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27:100-108.

- du Gay, P. (2000). *In Praise of Bureaucracy. Weber - Organization - Ethics*. London: Sage.
- Elinder, C. G., & Engqvist, S. (2007). Svår etik-prövning i Hunterfallet. *Läkartidningen*, ss. Nr 40, Vol 104, s 2900.
- Engström, I., Friberg, P., & Sallin, K. (2013). Styrsystemet riskerar öka ojämlikheten i vården. *Svenska Dagbladet*, 25 december .
- Engström, S., Lindström, K., & Borgquist, L. (2015). *Samband mellan kostnader, ACG-vikt och andra faktorer som används vid ekonomisk ersättning till vårdcentraler*. Region Jönköpings län.
- Engström, S., Foldevi, M., & Borgquist, L. (2001). Is general practice effective? A systematic literature review. *19* (2).
- Finansdepartementet. (1990). *Bilaga 2 till budgetpropositionen 1991 Utveckling av offentlig sektor* (Regeringens proposition 1990/91:100). Stockholm: Regeringskansliet.
- FN. (2005). *Unlocking the Human Potential for Public Sector Performance* (World Public Sector Report 2005). Departement of Economic and Social Affairs, United Nations.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2014*. Folkhälsomyndigheten.
- Forssell, A., & Ivarsson Westerberg, A. (2014). *Administrationssamhället*. Studentlitteratur.
- Friberg, P., Engström, I., & Nyberg, F. (2013). "Läkekonst har ersatts av sjukvårdsproduktion". *Dagens Nyheter*, 7 april .
- Fulford, K. W. (2008). Values-Based Practice: A New Partner to Evidence-Based Practice and A First for Psychiatry? *Mens Sana Monographs 2008 Jan-Dec; 6(1)* , ss. 10–21.
- GMC. (2015). *Duties of a doctor*. Hämtat från http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/duties_of_a_doctor.asp den 25 06 2015
- Goldman, D. S. (2002). Can patient self-management help explain the SES health gradient? . *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* , 99, ss. 10929–10934.
- Halldin, J., & Romelsjö, A. (den 18 april 2012). *Ersättningssystemet gör vården i Stockholm ojämlik*. Hämtat från <http://www.dn.se/debatt/stockholmsdebatt/ersattningssystemet-gor-varden-i-stockholm-ojamlik/> den 22 06 2015
- Handelns Utredningsinstitut. (2014). *Värde i välfärden*. Svenskt Näringsliv.
- Hartman, L. (2011). *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med Svensk Valfärd?* (L. Hartman, Red.) Stockholm: SNS Förlag.

Haynes, R., Ackloo, E., & Sahota, N. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, Apr 16;(2).

Hellgren, M., Sjöström, M., Eckner, J., Gjessing, K., & Jennersjö, P. (2012). Forskarutbildningen i allmänmedicin har blivit bättre. *Läkartidningen*, 109 (37).

Hill, A., & Freeman, G. (2011). *Promoting continuity in care in General Practice*. London: Royal College of General Practitioners.

Inspektionen för socialförsäkringen. (2104). *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna* (Rapport 2014:17). Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Iselius, L. (2014). *Genomlysning av primärvården*. Hämtat från <http://www.ltv.se/imagevault/PublishedMedia/hd6c5dmv2teea1zw7eiy/141001LSFlistaBil4.pdf> den 22 06 2015

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J., Odgaard-Jensen, J., French, S., o.a. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* (Issue 6), s. Art. No.: CD 000259.

IVO. (2014). *Tillsynsrapport Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013*. Inspektionen för vård och omsorg.

Järhult, B., Secher, E., & Akner, G. (2014). Värdebaserad vård lika illa som NPM. *Läkartidningen*. 111:C77E .

Jarnvall, C. (2009). *Hälso- och sjukvårdsföretagsmodellen. En kundvalsmodell som presenterar en helhetssyn på vården*. Stockholm: Den Nya Valfärden.

Johansson, E., Olofsson, G., Svensson, L., & Brante, T. (2015). *Professionerna i kunskapssamhället. En jämförande studie av svenska professioner 1996 och 2010*. Liber.

Kallinikos, J. (2006). *The Consequences of Information. Institutional Implications of Technological Change*. Cheltenham: Edward Elgar.

Karlsson, Y. (1999). Penicillinet och DNA-strukturen 1900-talets viktigaste upptäckter. *Läkartidningen*, volym 96, nr 51-52 .

Kim, S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*, Sep;27(3):237-51.

Konkurrensverket. (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor* (Rapport 2014:2). Stockholm: Konkurrensverket.

Lind, M. (2014). *Human management, HM ej NPM*. Muntlig kommunikation, 29 januari.

Lindström, K. (2013). *AllmänMedicin* (3:2013), s. 29.

Lindvall, S. (2006). *Resursmodeller och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. ...eller... Pengar, en del av ledning och styrning!*. Stockholm: SKL.

Läkarutbildningsutredningen. (2013). För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning (SOU 2013:15). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Mack, J., Block, S., & Nilsson, M. (2009). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale. *Cancer* , 115:3302-3311.

Makdessi, L., & Halmin, M. (2013). Läkarupprop för en bättre sjukvård. *Läkartidningen* , 2013;110:CD3I.

Marmotkommissionen . (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health). Geneve: WHO.

Meinow, B., Parker, M., & Thorslund, M. (2011). Consumers of eldercare in Sweden: the semblance of choice. *Social Science & Medicine* , 73 (9), ss. 1285-1289.

Merlo, J., Noreen, D., Lithman, T., & Melander, A. (2000). *Vårdtunga grupper*. Region Skåne.

Odell, M. (den 21 december 2006). En effektivare statlig förvaltning. *Kommentar Finansdepartementet* .

OECD. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Hämtat från http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en den 22 06 2015

Ottosson, J.-O. (1999). *Patient-läkarrelationen : läkekonst på vetenskaplig grund*. Natur och Kultur.

Pettersson, S. (2014). *Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval* (Rapport april 2014). Sveriges Läkareförbund.

Pettersson, S., & Jaktlund, Å. (2013). *Läkareförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning* (Rapport mars 2013). Sveriges Läkareförbund.

Porter , M., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press.

Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* (363), ss. 2477-2481.

Power, M. (1999). *The audit Society. Rituals of Verification*. OUP.

Prioriteringsutredningen. (1995). *Vårdens svåra val* (SOU1995:5). Stockholm:

Socialdepartementet.

Ramböll. (2012). *IHP International Survey of Sicker Adults: Resultat för Sverige*. Stockholm: The Commonwealth Fund .

Riksrevisionen. (2013). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* (RiR 2013:4). Stockholm: Riksrevisionen.

Riksrevisionen. (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22). Stockholm: Riksrevisionen.

Riksrevisionen. (2013). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* (RiR 2013:20). Riksrevisionen.

Sallin, K., Engström, I., & Friberg, P. (2014). Patientens behov sätts på undantag. *GöteborgsPosten*, 15 september .

Sallin, K., Makdessi, L., & Sjögreen, J. (2015). Värdebaserad vård är laddad med problem men också möjligheter. *Läkartidningen* , 112 (C96L).

Sandvik, H. (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 : sammenfatning og analyse av evaluerings delprosjekt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

SBU. (2013). *ADHD - diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet* (Rapportnr 217). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU. (2013). *Autismspektrumtillstånd - diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet* (Rapportnr 215). Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU. (2012). *Schizofreni - läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation* (Rapportnr 213). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SKL. (2013). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013*. Stockholm: SKL.

Socialdepartementet. (2000). Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. (Regeringens proposition 1999/2000:149). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet. (1996). Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Regeringens proposition 1996/97:60). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (2011). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2013). *Nationella planeringsstödet 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2001). *Primärvårdens bidrag till hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Prioriteringar i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?"*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. (Slutrapport 2012)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Starfield, B. (2009). The importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity & society*, 33, ss. 56-73.
- Starfield, B., Shi, L., & Macink, J. (september 2005). *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Hämtat från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/> den 22 06 2015
- Statskontoret. (2005). *Reglering och andra styrmedel En studie av hur staten styr kommuner och landsting*. Stockholm: Statskontoret.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322:444-445.
- Ström, M. (2015). Högspecialiserad vård föreslås finnas på sex platser i landet. *Läkartidningen* 2015;112:DFDD.
- Styrtredningen. (2007). *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning (SOU 2007:75)*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Sundström, G. (2003). *Stat på villavägar. Resultatstyrningens framväxt i ett historisk-institutionellt perspektiv*. Stockholm: Statsvetenskapliga Institutionen, Stockholms Universitet.
- Svalander, P. A. (2004). *Om primärvårdens domän och strategier*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenska Läkaresällskapet. (2014). *Läkaryrket – en kontinuerlig professionell utveckling. Ett policydokument från Svenska Läkaresällskapet*. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet.

Sveriges läkarförbund. (2009). *Läkarförbundets etiska regler*. Hämtat från <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/Lakarforbundets-etiska-regler/> den 25 06 2015

SYLF. (den 25 06 2013). *Men arbetsmiljön då?* Hämtat från Sveriges Läkarförbund: <https://www.slf.se/SYLF/Politik/Styrelsen-har-ordet/Men-arbetsmiljon-da/> den 22 06 2015

Tucker, P., Bejerot, E., & Kecklund, G. *Doctors' work hours in Sweden: Their impact on sleep, health, work-family balance, patient care and thoughts about work*. (Stressforskningsrapport nr 325). Stockholm: Stockholms universitet.

Tyrstrup, M. (2014). *I välfärdsproduktionens gränsland – Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Leading Health Care.

Tyrstrup, M. (2012). *Styrning med förhinder*. Leading Health Care.

Utredningen av den kliniska forskningen. (2009). *Klinisk forskning - Ett lyft för sjukvården* (SOU 2009:43). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Utredningen av den kliniska forskningen. (2008). *Världsklass! - Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. Delbetänkande* (SOU 2008:7). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Wamala, S., Merlo, J., Boström, G., Högstedt, C., & Ågren, G. (2007). Socio- economic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, ss. 134–140.

van Ryn, M., & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science and Medicine*, 50, ss. 813–828.

Vårdanalys. (2014). *En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (Rapport 2014:7). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys. (2012). *Patient-centeredness in Sweden's health system* (Rapport 2012:3). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys. (2014). *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna* (Rapport 2014:8). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys. (2013). *Ur led är tiden Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens* (Rapport 2013:9). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys. (2014). *Vården ur patienternas perspektiv - Jämförelser mellan Sverige och 10 andra*

länder (Rapport 2014:11). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys. (2014). *VIP i vården? - Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom* (2014:2). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Werkö, L. (2000). *Det gäller alltid livet*. Apotekarsocieteten.

WHO. (2014). *Every Woman, Every Child*. Luxemburg: WHO.

Wohlin, J., Aspelin, P., Rehnqvist, N., Dahlström, T., & Brommels, M. (2015). Värdebaserad vård flyttar fokus från vårdproduktion till hälsa. *Läkartidningen*. 2015;112:C96H .

Wohlin, J., Stalberg, H., Ström, O., Borgström, F., Garellick, G., & Brommels, M. (2012). *Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Zaremba, M. (2013). Den olönsamma patienten. *Dagens Nyheter*, februari/mars .

Zaremba, M. (2013). *Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler Förlag.

APPENDIX

Referensgruppen

<i>Sektioner</i>	<i>Namn</i>
Allmänmedicin	Fredrik Settergren, Uppsala
Glesbygdsmedicin	Anna Falk, Västernorrland
Kirurgi	Karsten Offenbartl, Lund/Malmö
Klinisk nutrition	Naomi Clyne, Lund/Malmö
Neurokirurgi	Magnus Olivecrona, Örebro
Neurologi	Anna UM Sjöström, Umeå
Njurmedicin	Olof Heimbürger, Solna
Ortopedi	Olle Svensson, Umeå
Palliativ medicin/Geriatrik	Marit Karlsson, Linköping
Pediatrik	Estelle Naumburg, Östersund
Psykiatri	Leif Wallin, Stockholm
Socialmedicin	Pär Höglund, Stockholm
Socialmedicin	Göran Henriksson, Göteborg

Organisationer/Myndigheter

Gemensam välfärd	Per Anders Flordal, Stockholm
Gemensam välfärd	Jan Halldin, Stockholm
Läkemedelsverket	Nils Feltelius, Uppsala
SBU	Nina Rehnqvist, Stockholm
SLS Utbildningsdelegation	Torbjörn Ledin, Linköping
SYLF	Martin Sundin, Stockholm

Övriga

Lis Abazi, Stockholm
Benoît Almer, Lund
Frida Dangardt, Göteborg
Sofia Ekdahl, Göteborg
Siw Eriksson
Rikard Hellström, Stockholm
Karl Lundblad, Lund
Torsten Mossberg
Karolina Nordemar, Stockholm
Nina Rose, Stockholm
Johan Thor, Jönköping

Arbetssgruppen

Peter Friberg
Märit Halmin
Rurik Löfmark
Lollo Makdessi
Karl Sallin (ordf)
Jonas Sjögren