

En Värdefull Vård

– en hälso- och sjukvård
med människan i centrum



Svenska Läkaresällskapetets projekt En Värdefull Vård

” Ett problem som
inte med lätthet
inses vara någon annans,
det är ditt eget.

En sjukvård med människan i centrum.

Målet är en jämlik hälso- och sjukvård av hög medicinsk kvalitet som svarar mot patienters och närståendes behov samt samhällets resurser och prioriteringar. Den viktigaste förutsättningen är det mänskliga mötet där patientens värderingar och behov synliggörs i samspel med professionell kompetens. Utifrån denna utgångspunkt behöver vi utveckla svensk hälso- och sjukvård.

Det medicinska mötet är ett eget universum. Icke generaliserbara färdigheter omsätts i uttolkandet av patientens historia, symptom och värderingar. Detta är grunden för delaktighet och i samråd fattade beslut om utredning, behandling och uppföljning. I mötet absorberas patientens och situationens osäkerhet av professionell kompetens och personligt ansvarstagande. Patientens tillit och förtroende till hälso- och sjukvården liksom professionella bedömningar av individuella behov, förutsätter goda möten i kontinuerliga relationer. Så uppstår värdet i vården.

Med förståelsen av mötet som metod följer insikten att hälso- och sjukvård i grunden är en småskalig verksamhet. Detta måste genomsyra organisation och styrning. Även de professionella utgångspunkterna i frågor om kvalitet, effektivitet och arbetsmetodik måste respekteras. Det är en förutsättning, även för god resurshushållning, och kräver genomgripande förändringar och tydligt ledarskap.

Rapporten från arbetsgruppen En Värdefull Vård består av ett huvuddokument och ett sammanfattande dokument. Det senare läser du nu. Målsättningen är att bidra till en gemensam diskussion om vårdens styrning och organisation, grundläggande värderingar, målsättning och ansvar.

Arbetsgruppen En Värdefull Vård föreslår förändringar så att

1. alla invånare erbjuds en fast läkarkontakt med allmänmedicinsk specialistkompetens
2. hälso- och sjukvård, medicinsk utbildning och forskning organiseras och drivs i universitets-sjukvårdsområden, USO
3. hälso- och sjukvården finansieras genom ramanslag
4. kvalitetsutveckling sker genom professionell granskning och klinisk revision
5. styrsignalerna i hälso- och sjukvården reduceras och harmonieras
6. det personliga ansvaret i hälso- och sjukvården stärks
7. obligatorisk fortbildning för alla specialistläkare införs
8. övergripande reformer av hälso- och sjukvården utvärderas systematiskt

Därutöver anser vi att särskilda åtgärder är nödvändiga för att stärka och bevara en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård. Att förebygga sjukdom och fördela resurser för att motverka hälsoklyftor globalt och nationellt är angeläget. Arbetet med prevention, folkhälsa och prioriteringar behöver utvecklas och intensifieras. ●

*Arbetsgruppen En Värdefull Vård,
Stockholm 26 juni 2015*



I korthet: Arbetsgruppen En Värdefull Vård anser och föreslår:

En Värdefull Vård är en arbetsgrupp som fått i uppdrag av Svenska Läkaresällskapets (SLS) nämnd att utifrån SLS kärnområden – vetenskap, utbildning, kvalitet och etik – bidra till förändring av sjukvårdens lednings- och incitamentsstrukturer så att de blir förenliga med såväl grundläggande mål för svensk hälso- och sjukvård som läkarkårens etiska yrkesregler. Denna rapport är en del i detta arbete.

Vi föreslår att **primärvården utvecklas så att alla invånare ges tillgång till en fast**

läkarkontakt med allmänmedicinsk kompetens. Ett listningssystem med ett maxantal patienter per allmänläkare bör skapas och läkarens personliga ansvar bör regleras i "allmänläkarkontrakt" med krav på bland annat tillgänglighet och andra skyldigheter.

Antalet fast verk samma allmänläkare behöver fördubblas fram till år 2025 genom nationell reglering av antalet ST-tjänster och en satsning på andra specialistläkare som vill omskola sig till specialister i allmänmedicin.

För att möjliggöra ett helhetsansvar för hälso- och sjukvården föreslår vi att den organiseras i **statliga universitetssjukvårdsområden (USO)** med regionalt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård samt viss omsorg. Landstingens/regionernas ansvar för hälso- och sjukvård bör upphöra och en politisk nivå på hälso- och sjukvårdsområdet därmed avskaffas. USO föreslås omfatta primärvård, all övrig öppen- och slutenvård samt en del kommunala verksamheter som till exempel äldreomsorg. Genom samorganisation och totalt finansieringsansvar, som inkluderar läkemedelskostnader, stimuleras kontinuitet, samverkan, prevention och resurshushållning. Vi föreslår också

att den medicinska forskningen och utbildningen organiseras och leds inom USO-organisationerna för att tillgodose utbildningsbehov och stimulera klinisk forskning och implementering. Ledningen av USO bör tillsättas av staten i samråd med professionernas vetenskapliga företrädare.

För att leda hälso- och sjukvården samlat och med tydlig möjlighet till ansvarsutkrävning, utifrån medicinska och politiska utgångspunkter, föreslås **ett nationellt råd av företrädare för USO och stat** ta det övergripande nationella ansvaret för styrning av den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården. Detta råd tillsätts gemensamt av professionerna och förtroendevalda för att stimulera till ömsesidigt ansvarstagande för planering, styrning och utvecklingen av hälso- och sjukvården. I rådet bör prioriterings- och preventionsperspektiven särskilt beaktas.

Ekonomiska incitament påverkar kvalitetsbegreppet och innehållet i hälso- och sjukvården till att i mindre utsträckning utgå från professionella värderingar och etiska utgångspunkter. Därför föreslår vi att **ramanslag bör vara den huvudsakliga finansieringsformen i hälso- och sjukvården**. Storleken på anslagen baseras på förväntat behov av insatser beräknade utifrån invånarantal,



demografi, socioekonomi, andra relevanta populationsdata och regionala merkostnader. Ramanslagen fördelas av staten till USO som ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård genom att själva driva eller upphandla vård.

De kvalitetsförbättringar som ekonomiska incitament, detaljstyrning och extern kravställning har varit avsedda att resultera i har till stor del uteblivit. Ett annat kvalitetsutvecklingssystem behövs. Vi föreslår att kvalitetsutveckling i första hand sker genom **professionell granskning och klinisk revision**. Dessa system bör byggas upp och förvaltas av hälso- och sjukvårdens professioner för att utgå ifrån professionella värderingar och uppmuntra professionellt ansvarstagande. Patient eller allmänhetsföreträdare bör också få inflytande.

Kvalitetsutvecklingen ska baseras på yrkesetik, evidens, kvalitetsdata, resurshushållning, individuella patienters behov och samhällets övergripande målsättningar samt syfta till att uppfylla forsknings- och utbildningsåtaganden. Syftet ska också vara att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar samt genom att redovisa resultaten erbjuda transparens för ansvarsutkrävande och därigenom legitimitet.

Dagens granskning och styrning av hälso- och sjukvården är till oklar nytta då den inte är koordinerad, alltför omfattande och ofta motverkar professionellt ansvarstagande. Vi föreslår därför att företrädare för vårdens professioner och berörda myndigheter tillsammans **reducerar och harmoniserar styrsignalerna i hälso- och sjukvården**.

I samband med detta arbete bör ansvarsfördelningen mellan vårdgivare och yrkesutövare ses över. Vi menar att man bör överväga att **återföra en del av ansvaret på de individuella yrkesutövarna i hälso- och vården** för att bättre tillvarata och ge incitament för personligt ansvarstagande.

De legitimerade yrkesgruppernas ansvar utgår från legitimationen, professionella värderingar och etiska regler. Potentialen i personligt ansvar baserat på detta överträffar systemansvarets. Ett ökat personligt ansvar skulle också stimulera till ett ökat engagemang i ledning av verksamheter.

Ett ökat professionellt ansvar, på alla nivåer, är beroende av starka professioner. Vi föreslår att läkarprofessionens fortbildning utgår från de medicinska behov som finns i verksamheten samt aktuell kunskapsutveckling. Genom **obligatorisk årlig fortbildning för alla specialistläkare** enligt fortbildningsplaner som utarbetas utifrån respektive specialitets kravspecifikation, och ges legitimitet av Svenska Läkaresällskapet, garanteras patienter, medborgare och samhället en kvalificerad och uppdaterad läkarkår.

Utöver dessa övergripande förslag ser vi behov av särskilda åtgärder för att stärka och bevara den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården. Vi står dåligt rustade inför utmaningarna att förebygga sjukdom och fördela resurser för att motverka hälsoklyftor både globalt och nationellt. Därför anser vi också att arbetet med såväl **prevention** och **folkhälsa** som **prioriteringar** behöver utvecklas och intensifieras. ●



ARBETSGRUPPEN FÖR PROJEKTET EN VÄRDEFULL VÅRD ARBETAR PÅ
UPPDRAG AV SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPETS (SLS) NÄMND.

SLS är politiskt obundet och utgår i sitt uppdrag från patientens,
medborgarens och samhällets intressen.

SLS kärnområden är vetenskap, utbildning, kvalitet och etik.

SLS arbetar för att förbättra förutsättningarna för medicinsk vetenskap,
medicinsk utbildning, kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården samt för att
främja ett reflekterande etiskt förhållningssätt.

Sammanfattning.

Hälso- och sjukvården är en etisk verksamhet i den bemärkelse att den syftar till att hjälpa den som har ett medicinskt behov. Lagar och regleringar samt yrkesetiska koder utgår från denna solidariska grundtanke. Bedömning av medicinska behov fordrar medicinska kompetens och ett etiskt förhållningssätt. Detta är förutsättningen för prioriteringar utifrån de etiska utgångspunkterna.

INLEDNING

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och att följa en demokratiskt beslutad prioriteringsordning. Det senare innefattar inte minst att ett etiskt förhållningssätt behöver genomsyra all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Under de senaste decennierna har styrning och finansiering av hälso- och sjukvården förändrats. Många av styrsystemen i 2000-talets hälso- och sjukvård har förändrat vårdens mål och innehåll. Hälso- och sjukvården tillhandahåller i allt högre grad den vård som systemen uppmuntrar till, istället för det medicinskt motiverade omhändertagande av befolkningens behov, som är dess ursprungliga uppdrag. Vi menar att detta är en återvändsgränd. För att frigöra kraften i det professionella ansvarstagandet måste detaljstyrningen av hälso- och sjukvården minska.

Landsting och regioner styr enligt modeller hämtade från företagsekonomisk organisations-teori och den varuproducerande sektorn, där logiken är annorlunda och inte tar hänsyn till sjukvårdens komplexitet och humanistiska uppdrag. Ekonomiska incitament påverkar hälso- och sjukvårdens prioriteringar, ibland i strid med den ordning som riksdagen beslutat om (Socialdepartementet, 1996). Detta har medfört att hälso- och sjukvårdens övergripande målsättning, som den formuleras i lagtext – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – har blivit allt mer otydlig i praktiken. Utgångspunkten att vårdens professioner själva bör definiera vad som är god kvalitet och hur arbetet bör organiseras för att det ska uppnås är idag allt annat än självklart. I praktiken har det professionella handlingsutrymmet krympt och professionernas självaktning skadats. Det finns anledning att tro att hälso- och sjukvården har blivit ineffektiv och att arbetsglädjen hos dess professioner har påverkats negativt.

Betydande svagheter uppmärksammas med jämna mellanrum i den svenska hälso- och sjukvården. Det rör sig om omfattande brister i delaktighet, kontinuitet, jämlikhet, rättvisa, bemötande, förtroende, tillgänglighet, effektivitet, fortbildning och datastöd. Enligt Myndigheten för vårdanalys

(2013) och OECD (2013) använder svenska läkare allt mindre av sin tid till direkt patientarbete.

Stora utmaningar ligger framför oss. Nya behandlingsmöjligheter och hälsosammare levnads-betingelser leder till en generell livstidsförlängning men till priset av att fler lever med kronisk sjukdom. Detta ställer stora krav på prioritering, prevention, metodutveckling och etisk medvetenhet i hälso- och sjukvården. God vård innebär att patienten har inflytande över sin egen vård. För det fordras kontinuerliga vårdrelationer och goda möten. Personalens arbetsglädje och engagemang är en förutsättning för framgång. Idag har hälso- och sjukvården utbredda kompetensförsörjningsproblem som till stor del beror av hur arbetet organiseras och synen på professionell kompetens i verksamheten.

De regionala ojämlikheterna i tillgång till hälso- och sjukvård är oacceptabelt stora. Primärvården fungerar otillfredsställande. Trots upprepade reformförsök inom en rad områden har det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fortsatt att uppvisa dessa brister.

Det beror, anser arbetsgruppen, inte minst på att hälso- och sjukvården saknar tydlig ledning med nödvändiga mandat och att ansvarsfördelningen är oklar mellan regional och statlig nivå samt mellan vårdgivarna och professionerna. Organisationen är illa anpassad för utveckling i enighet med befolkningens medicinska behov och för att dra nytta av professionernas kapacitet.

För att nå målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen krävs mer genomgripande förändringar än vad vi hittills sett. Dessa måste vara förankrade i en analys av hur moderna organisationer byggs och leds.

ARBETSGRUPPENS UPPDRAG OCH FÖRSLAG

Våren 2013 publicerade Dagens Nyheter reportageserien Den olönsamma patienten av journalisten Maciej Zaremba (2013). Zaremba menade att hälso- och sjukvården styrdes av ekonomi och inte behov.

Artikelserien bidrog till att diskussionen om hälso- och sjukvårdens organisation och styrning intensifierades.



Svenska Läkaresällskapet (SLS) svarade i ett debattinlägg (2013) och menade att många läkare kände igen sig i Zarembas beskrivningar varför det fanns anledning till självkritik när de etiska principer som sjukvården baseras på hotas. Både reportageserien och debattartikeln fick stort gensvar bland SLS medlemmar.

Projektet En Värdefull vård startades av SLS efter ett initiativ taget av Ingemar Engström, Peter Friberg och Karl Sallin. Med samma utgångspunkt skapades ungefär samtidigt "Läkarupprop för bättre sjukvård" av läkarna Märith Halmin och Lollo Makdessi (2013).

Alla dessa kom senare att ingå i arbetsgruppen En Värdefull Vård tillsammans med Rurik Löfmark, Astrid Seeberger och Jonas Sjögren. I början av projektet var Ingemar Engström ordförande, en post som sedan övertogs av Karl Sallin. Astrid Seeberger lämnade arbetsgruppen under arbetets gång. Till arbetsgruppen knöts en referensgrupp, sammansatt utifrån nomineringar från SLS sektioner. (Referensgruppen återfinns i appendix till huvuddokumentet.)

SLS nämnd uppdrog åt arbetsgruppen att, utifrån SLS kärnområden – vetenskap, utbildning, kvalitet och etik – bidra till förändring av sjukvårdens lednings- och incitamentsstrukturer så att den blir förenlig med såväl grundläggande mål för svensk hälso- och sjukvård som läkarkårens etiska yrkesregler.

Arbetet resulterade i följande förslag

1. alla invånare erbjuds en fast läkarkontakt med allmänmedicinsk specialistkompetens
2. hälso- och sjukvård, medicinsk utbildning och forskning organiseras och drivs i universitets-sjukvårdsområden, USO
3. hälso- och sjukvården finansieras genom ramanslag
4. kvalitetsutveckling sker genom professionell granskning och klinisk revision
5. styrsignalerna i hälso- och sjukvården reduceras och harmonieras
6. det personliga ansvaret i hälso- och sjukvården stärks
7. obligatorisk fortbildning för alla specialistläkare införs
8. övergripande reformer av hälso- och sjukvården kan utvärderas systematiskt

Dessa åtta övergripande förslag redogörs för i detta sammanfattande dokument. Därutöver föreslår arbetsgruppen också ett antal mer detaljerade åtgärder som belyses närmare i huvuddokumentet.

De (9-14) listas här för överblicken skull:

För att stärka och bevara den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården samt förebygga sjukdom och fördela resurser i syfte att motverka hälsoklyftor såväl globalt som nationellt föreslås att

9. preventionsperspektivet lyfts både nationellt och globalt
10. socialmedicinens roll och uppdrag utreds
11. prioriteringsarbetet utvecklas genom att Prioriteringscentrum får ett större uppdrag och samordnar prioritering nationellt tillsammans med USO

För att stärka hälso- och sjukvårdsprofessionerna, förmågan att reflektera och ett etiskt förhållningssätt föreslås att

12. en nationell forskarskola i medicinsk etik skapas
13. definierandet av kunskapskrav och -kontroll för inträde i läkarprofessionen och uppnående av specialistkompetens åläggs professionen
14. läkarutbildningen moderniseras

Genom rapporten En Värdefull Vård vill arbetsgruppen bidra till en gemensam diskussion om hälso- och sjukvårdens styrning och organisation, grundläggande värderingar, målsättning och ansvar. Genom att remittera rapporten hoppas vi få synpunkter som senare kan ligga till grund för Svenska Läkaresällskapets ställningstaganden i frågor om hälso- och sjukvårdens utveckling.

EN VÄRDEFULL VÅRD – EN VÅRD FULL AV VÄRDE

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 eftersträvnsvärd (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 eftersträvnsvärda 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. 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 eftersträvaransvärda för henne. Denna självklarhet är ofta allt annat än självklar vilket medför att anpassningen av vården 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 vården 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 vär-

deringar 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 vården, 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.

VAR KOMMER VI IFRÅN? ORGANISATION OCH STYRNING I ETT HISTORISKT PERSPEKTIV

Under första delen av 1900-talet reglerades hälso- och sjukvården av lagar och föreskrifter enligt en modell som kan benämnas Offentlig Förvaltning, på engelska Public Administration.

Årtiondena efter andra världskriget fick en internationell trend fäste i svensk förvaltning. Den gick ut på att det allmänna – stat och kommun – skulle svara för alla människors välfärd, utbildning och, inte minst, hälso- och sjukvård. Det skulle ske på lika villkor i hela befolkningen, det vill säga i alla befolkningsskikt och i alla regioner.

Omvälvningen kom att bygga på den befintliga organisatoriska struktur som stod till buds. På så vis fick landstingen ansvar för den nya skattefinansierade hälso- och sjukvården med staten som lagstiftande och reglerande instans. Offentlig Förvaltning, med ständiga reformförsök, fortsatte att vara den ledande principen. Många nya bestämmelser tillkom. Hälso- och sjukvården var resursstyrd (genom ramanslag) och regelstyrd. Den utgick från en jämlikhetsideologi och ett samhällsmonopol. Kollektivism, solidaritet och jämlikhet var ledstjärnor.

I början av 1980-talet började det stå klart att välfärdsstaten som monopolmodell inte var långsiktigt hållbar främst därför att resurser från det allmänna inte skulle vara tillräckliga för att upprätthålla och utveckla verksamheten. Årliga sparprogram 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 i riktning mot vad som kommit att kallas New Public Management (NPM).

Denna utveckling sammanföll med den politiska ambitionen att nedmontera en byråkratisk hälso-

och sjukvård som inte förmådde möta patientens behov.

Hälso- och sjukvården som offentligt finansierad verksamhet hade kommit att bidra till att upprätthålla en inflytelserik ”klass” som inte passade i den socialdemokratiska bilden av samhället. Ambitionen att göra medborgaren oberoende av byråkratisk överhet i kontakten med hälso- och sjukvården var således bidragande.

Den rådde emellertid politisk enighet om förändringarna. Från höger motiverades de av ineffektivitet och bristande kostnadsmedvetenhet i hälso- och sjukvården.

Det som bland annat kom att bli utmärkande för NPM var det fria vårdvalet, numera till och med över landstingsgränser, den fria etableringsrätten för vårdcentraler och -mottagningar, upphandling av tjänster och därmed konkurrens mellan utförare, 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.

VART ÄR VI PÅ VÄG? FRAMTIDENS ORGANISATION OCH LEDNING

Under 2010-talet har vi börjat ana en förändring. NPM är på väg ut och något annat kommer i dess ställe. Nya värderingar, nya ambitioner, nya synsätt och nya sätt att organisera hälso- och sjukvårdsarbete är förestående. Moderna organisationer präglas av nya teknologiska lösningar, ett globalt perspektiv och värderingsstyrda nätverk snarare än hierarkiska, nationella, PM- och instruktionstunga verksamheter. I den offentliga sfären har den nya trenden fått namnet New Public Governance (NPG).

Den samhällsomvandling som om några år, och sannolikt under hela 2020-talet, kommer sätta sin prägel på hälso- och sjukvårdens organisation, ledning och drift har börjat. Att tänka i termer av slutgiltiga lösningar är naivt och i vissa avseenden sannolikt direkt olämpligt. Det gäller även det som presenteras i denna rapport.

De utmärkande drag som vi redan nu ser inbegriper ett utökat professionellt ansvar. Administration, myndigheter och politik inser behovet av att återföra en del av ansvaret för hur arbetet inom det offentliga ska bedrivas, till dem som arbetar i verksamheterna.

Insikten att vissa verksamheter inte kan eller bör regleras externt är på återtag. Att professioner i större utsträckning kommer att medverka och ta ansvar för organisation, styrning och ledning av offentliga verksamheter är alltså inte kontroversiellt.

Det är inte längre fråga om att hantera (på engelska *manage*) offentliga verksamheter utan om att insiktsfullt leda dem (på engelska *govern*). Denna nya modellansats bättre anpassad än den gamla Offentliga Förvaltningen (Public Administration) och NPM till ett globalt, mångfaldigt nätverksamhälle. Varje verksamhet betraktas som en del av en större helhet och ska idealt fungera i samklang med den. Det blir stort utrymme för interaktion och relationer, diskussioner om värderingar, omprövning av kärnvärden och ömsesidig anpassning till andras uppfattning och inriktning. Det gäller för hälso- och sjukvårdens professioner såväl som för andra aktörer.

Regeringen har under våren 2015 för information och diskussion om övergången från NPM till NPG 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, och till viss del även forskningen och utbildningen, i en på många sätt ny värld där vi tycker oss skymta allt klarare hur dessa verksamheter kommer att bedrivas.

HUR SER DET UT IDAG?

Svensk hälso- och sjukvård uppvisar i internationella jämförelser goda medicinska resultat och har delvis undvikit den kostnadsökning som många andra länder drabbats av. Likväl finns många brister.

Patienter känner sig långt ifrån alltid i centrum av sin egen vård. Kontinuitet, kommunikation och samverkan brister. Myndigheten för vårdanalys skriver i en rapport från 2012 att svensk hälso- och sjukvård ofta misslyckas i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. Patienterna involveras inte heller aktivt i sin egen vård för att på bästa sätt uppnå goda medicinska resultat. Enligt Vårdanalys utgör också oförmågan till samordning och samverkan mellan vårdgivare betydande svagheter i svensk hälso- och sjukvård.

En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen fastslås i hälso- och sjukvårdslagens, (HSL 1982:763) portalparagraf som den övergripande målsättningen för hälso- och sjukvården.

Ändå kan väntetider, omhändertagande och resultat av vården skilja stort mellan olika delar av Sverige och i olika grupper av befolkningen. Inte minst tillgängligheten till en fungerande primärvård varierar påtagligt över landet.

I slutet av 1990-talet slog riksdagen fast att prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska grunda sig på människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen – i den ordningen (Socialdepartementet, 1996). Det innebär att det medicinska behovet generellt är överordnat kostnadseffektiviteten. Kostnadseffektivitet kan därför bara vara prioriteringsgrundande när det medicinska behovet kan tillgodoses lika väl på flera sätt. Ersättningssystem i vården har på olika sätt påverkat prioriteringarna. Många vittnar om att ordningen blivit omvänd när ekonomin i större utsträckning blivit avgörande för vilken vård som ska ges och till vem. Det etiska fundamentet i hälso- och sjukvården är i praktiken satt ur spel.

Inte bara vårdens möjlighet att möta medicinska behov har påverkats. Även förutsättningarna för vårdens professioner att verka har förändrats. Negativ inverkan på utbildning, vidareutbildning och fortbildning liksom möjligheter till kvalitetsarbete och forskning är en realitet. Kompetensförsörjning och fortbildning har blivit lidande liksom arbetsglädje och engagemang.

VAD BEROR DET PÅ?

Anledningarna till hälso- och sjukvårdens tillkortakommanden är många och ansvaret vilar på såväl professionerna som politiker och tjänstemän.

Mål- eller prestationsbaserad ersättning har medfört att yrkesetik samt vetenskap och beprövad erfarenhet har fått stå tillbaka för företagsekonomiska resonemang om effektivitet och produktivitet. Det bidrar till förskjutningar av hälso- och sjukvårdens mål, uppdrag och värden.

Insikten att värdet i hälso- och sjukvården till stor del skapas i personliga möten har alltmer glömts bort. Möjligheten till personligt ansvarstagande har försvagats liksom respekten för det professionella tolkningsföretädet i frågor om kvalitet och arbetsmetodik.

En övertro på mätning har påverkat beskrivningen av vårdens resultat. Beskrivningen har gradvis kommit att sammankopplas med kvalitet, fast den egentligen avspeglar produktivitet. Ersättningssystemens fokus på kvantitets- och resultatredovisning leder i värsta fall till sämre patientsäkerhet och arbetsmiljö, trots att avsikten från början varit den motsatta.

Huvudmän och myndigheter styr genom extern-

granskning och mätning utifrån antagandet att utvärdering och jämförelser i sig är gott och har en förbättrande effekt. Det är en sanning med modifiering. Viss utvärdering är kontraproduktiv då den lätt blir en organiserande princip i verksamheten. Det medför att kärnverksamheten liksom professionella värderingar får stå tillbaka. Dessutom är mängden styrsignaler som träffar hälso- och sjukvården för omfattande, något som kan få den paradoxala effekten att styrning i realiteten uteblir. Sammantaget blir vården mindre effektiv och kvaliteten lägre.

Styrmodellerna speglar inte heller intentionerna i de etiska och juridiska regelverk som omgärdar hälso- och sjukvården. Möjligheten att erbjuda vård utifrån patienternas behov samt samhällets resurser och prioriteringar har minskat.

Primärvården som patientens bas i hälso- och sjukvården fungerar inte tillfredsställande. Trots ett pärlband av statliga initiativ som genom åren tagits för att stimulera utvecklingen har landsting/regioner inte förmått genomdriva nödvändig utbyggnad. Trots att tillgång till fast läkarkontakt i allmänmedicin varit en målsättning under lång tid har detta inte blivit verklighet.

Ansvarsfördelningen i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen är otydlig, ingen har helhetsansvaret och organisationen stödjer sällan viljan hos professionerna att ta personligt ansvar. Det individuella ansvarets potential utnyttjas inte, på grund av en övertro på systemlösningar som strider mot insikten att all hälso- och sjukvård i grunden är småskalig och utgår från möten mellan människor.

Professionernas ansvar för dagens situation ligger främst i en bristande vilja att utifrån professionella utgångspunkter axla ledarroller. Förändringarna i hälso- och sjukvården har på så sätt genomförts med professionernas goda minne. Det är förstås svårt att avgöra åt vilket håll kausaliteten varit riktad, men att hävda att professionerna är utan ansvar vore inte trovärdigt. Privilegiet att definiera kvalitet och utforma arbetsprocesser utifrån professionell kunskap är idag inte längre en självklart professionell angelägenhet. I praktiken har det professionella handlingsutrymmet krympt och professionella värden, som även genomsyrar hälso- och sjukvårdens regelverk, har blivit allt mer osynliga.

Politiker och tjänstemän har huvudansvaret för de reformer som vi idag ser konsekvenserna av. Mycket av tankegodset i NPM är hämtat från företagsekonomisk organisationsteori och den industriella produktionssektorn. Att tämligen okritiskt anamma och applicera dessa i en komplex verk-

samhet som utgår från människor var ett misstag som vi nu har möjlighet att reparera.

VAD BEHÖVER GÖRAS?

Respekten för insikten att värdet i hälso- och sjukvården till stor del skapas i personliga möten behöver återupprättas. Ett etiskt förhållningssätt där patientens värderingar synliggörs är nödvändigt. Det professionella utrymmet och möjligheten att ta ansvar liksom respekten för det professionella tolkningsföreträdet i frågor om kvalitet och arbetsmetodik behöver återupprättas.

Styrningen behöver omstötas för att kunna tillhandahålla den moderna infrastruktur professionell yrkesutövning präglad av lagarbete i hög specialisering, men även generalistkompetens, behöver.

Medicinska överväganden ämnade att möta medicinska behov samt hälsoekonomiska kalkyler behöver i större utsträckning bestämma innehållet i vården och vägleda prioriteringar.

Hälso- och sjukvårdens organisationsstruktur och styrning behöver anpassats efter dagens behov. En infrastruktur där professionella värderingar och kompetenser kan omsättas i en interprofessionell miljö är en god målsättning. En globalt orienterad nätverksorganisation där vården, kollegialitet, intern reglering och kvalitetsutveckling samt professionell kunskap och etik ges utrymme är en förutsättning för att möta morgondagens utmaningar.

VÅRA FÖRSLAG

I det följande redogör vi för de huvudförslag vi för fram. För fördjupning och fullständig förslagspresentation hänvisar vi till huvuddokumentet En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum.

STYRNINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Hälso- och sjukvård är ett etiskt projekt och omfattar en mängd värden. De företräds inte minst av professionerna. Utmärkande för en profession är dess autonoma ställning i ärenden som rör det egna expertområdet, i detta fall medicinsk kunskap. Den professionella kunskapsmassan och etiska utgångspunkten har traditionellt ansetts borge för att professionen kan åläggas ansvar i sammanhang där detaljreglering inte är önskvärd eller möjlig. Detta implicerar att professioner bör ha tolkningsföreträde i definierandet av kvalitet samt i utformandet av arbetssätt och metoder som gagnar kvalitet beskriven på det sättet.

Med detta som utgångspunkt kan man betrakta

den svenska hälso- och sjukvården och bland annat konstateras att antalet styrsignaler, interna och externa, är många och att deras samlade verkan överskådlig. Effekten blir kontraproduktiv, inte minst försvåras individuellt ansvarstagande när utrymmet för egna bedömningar krymper. Det är därför nödvändigt att minska antalet styrsignaler och se till att de inte kommer i konflikt med varandra. Vi återkommer till detta.

En särskild typ av styrning är den som kommer till uttryck genom hälso- och sjukvårdens ekonomiska ersättningssystem. En Värdefull Vård har till stor del uppstått ur ett missnöje med rådande ersättningssystem. Dess inverkan på möjligheten att bedriva en hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, hälso- och sjukvårdslagen och yrkesetik har debatterats, liksom nämnda effekter för det professionella ansvaret och utrymmet. Att medicinska bedömningar påverkas med konsekvenser för kvaliteten i bedömningar, behandling och därmed vårdens innehåll är särskilt oroande. Diskussionen har främst kommit att handla om den metod att ersätta offentlig verksamhet som ingår i NPM.

En av grundbultarna i NPM är att använda mätningar för att styra verksamheter och följa upp deras resultat. Den underliggande logiken är att mätning leder till förändringar och därför är kraftfulla verktyg för styrning. Förespråkarna för NPM 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 kunna styra mot en förbättring av hälso- och sjukvården.

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

I varje vårdssystem där resurserna är begränsade råder en konflikt mellan medicinska behov och efterfrågan. Just detta exploateras av NPM genom att ersättning av produktivitet stimulerar vårdkonsumtion utifrån efterfrågan. Kvalitetsdiskussionen inom vården fokuseras då på i vilken utsträckning utbudet motsvarar efterfrågan (till exempel införandet av vårdval och kömiljarden). Om det medicinska behovet har tillgodosetts och i vilken mån hälsan har förbättrats blir sekundärt. Detta förstärks av att mätningen av kvalitet är problematisk i sig. En reell risk är också att verksamheten inriktas på att tillfredsställa mätningen i stället för det behov den skapats för. Det enkelt mätbara premieras till förfång för det som svårligen låter sig kvantifieras.

Mycket kritik har riktats mot NPM under de senaste årens debatt men de vetenskapliga utvärderingarna är få och resultaten är inte entydiga. I en FN-rapport konstateras att resultaten är tvetydiga 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). I en rapport från 2011 sammanfattar en grupp forskare effekterna av privatisering och konkurrens på ett flertal områden, bland annat skola, arbetsförmedling samt hälso- och sjukvård vård och finner att konsekvenserna av ökad konkurrens är anmärkningsvärt utforskade och att varken entydiga effektivitetsvinster eller -förluster kan påvisas. I primärvården kunde man möjligen notera att tillgängligheten ökat. Inom samtliga områden, förutom hälso- och sjukvården, sågs segregerande tendenser.

Sammantaget kan rapporten inte finna stöd för att konkurrensutsättning har positiva effekter på kvalitet eller effektivitet (Hartman, 2011).

En annan grundkomponent i NPM, som inte nått fullt genomslag i Sverige annat än vad som kommit till uttryck i vårdvalssystemet, är konkurrensutsättning. Marknadsmekanismer avses ha stimulerande inverkan på effektivitet och kvalitet. Det fordrar att ”konsumenten” kan bedöma kvaliteten på ”produkten” och välja utifrån denna bedömning. I många sammanhang är detta ett stort krav att ställa på patienter, varför marknadsmekanismer inte kan ge den positiva inverkan på kvalitet och effektivitet som avses. Bland annat föreligger en betydande kunskapsasymmetri mellan den som tillhandahåller vård och den som

efterfrågar den. Detta är ett förhållande som sätter marknadskrafterna ur spel enligt gängse ekonomisk teori. Även förmågan att fatta beslut och genomdriva dem kan vara begränsade just på grund av sjukdom eller funktionshinder. Inte minst äldre patienter, där sviktande funktioner inte sällan är vad som har fört 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 77 år eller äldre framkom att endast 10 % i den studerade gruppen saknade de nedsättningar som ansågs påverka förmåga att tillgodogöra sig det påstådda värdet av att välja bland olika alternativ (Meinow, Parker, & Thorslund, 2011).

Alla ersättningssystem är i någon mån styrsystem och ska underordnas verksamhetens mål och innehåll. Att utforma fulländade ersättningssystem är en omöjlighet. De ska tillgodose dels samhällets och skattebetalarnas behov av kostnadskontroll, dels individuella patienters behov av hälso- och sjukvård utifrån unika vårdbehov. Samtidigt ska de vara förenliga med god professionalitet och arbetsglädje. För att forma ett etiskt genomtänkt ersättningssystem måste frågor om rättvisa, jämlikhet och kostnadseffektivitet beaktas. Dessutom måste hänsyn tas till systemets inverkan på arbetsbelastning, resursåtgång och konsekvenser för verksamhetens innehåll. Olika värden måste vägas mot varandra och helhetsbedömningen utgå från en eller flera målsättningar.

RAMANSLAG SOM ERSÄTTNINGSSYSTEM

Hälso- och sjukvård är i de allra flesta fall en småskalig verksamhet, med det mänskliga mötet mellan professionsföreträdaren och patienten som utgångspunkt och huvudsakligt värdeskapande komponent. Ersättningssystem som från början är utformade för storskalighet och effektiv produktion av varor, passar därför vanligen dåligt i hälso- och sjukvården. De förmår inte stimulera just det som är verkligt värdefullt i det mänskliga mötet.

Svensk hälso- och sjukvård ersätts redan idag till stor del via ramanslag baserat på kapitering, antalet presumtiva patienter, och index som anpassas utifrån ålder, förväntad sjukdomsburda och socioekonomi.

Endast i liten utsträckning är ersättningen mål- eller prestationsrelaterad. Men även marginella inslag av prestations- och målbaserad ersättning har stora konsekvenser. Den tänkta nyttan, ofta formulerad i termer av effektivitet eller produktivitet, ska noga vägas mot riskerna. Vi tycker därför

det finns skäl att helt avstå från prestations- och målbaserad ersättning.

Grundtanken i **en ren ramanslagsmodell** 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 utifrån befolkningsunderlaget med hänsyn taget till demografi, socioekonomi och andra faktorer som har effekt på förväntade behov av hälso- och sjukvård.

Att ersättningen för all hälso- och sjukvård, såväl öppen som sluten vård, går till en organisatorisk enhet med det ekonomiska ansvaret, skulle underlätta rationell planering av vården utifrån patientens och samhällets behov. Därför föreslår vi att hälso- och sjukvården organiseras av staten i regioner utifrån universitetssjukvårdsområden (USO). Mer om det längre fram.

Om ersättning sker genom ramanslag, utan produktionskrav och uppföljning, finns naturligtvis risken att vårdgivarna ransonerar vård och att produktiviteten minskar. Det kan anföras att ekonomiska incitament är av godo för effektivitet eller produktivitet och att kapacitet, väntetider och tillgänglighet skulle kunna försämrats i dess avsaknad. Men enligt det förslag som vi utvecklar nedan ska kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården istället baseras på professionell granskning och klinisk revision. I dessa system ska komponenter som produktivitet och tillgänglighet ingå. Kvantitativ mätning ska således inte upphöra men inte ha någon koppling till ekonomisk ersättning.

En annan risk med ramanslagsmodellen som måste hanteras är om kostnaderna överstiger anslagen. Ansvaret för kostnadskontroll och kapacitet bör enligt vårt förslag ligga på universitetssjukvårdsområdenas respektive ledningar som måste se till att prioriteringar sker i god ordning. Den nationella råd som förslås ha övergripande ansvar för styrningen av hälso- och sjukvården bör också agera samordnande härvidlag.

Att frångå ekonomiska incitament ger professionella bedömningar av faktiska vårdbehov större genomslag, eftersom prioritering i överensstämmelse med prioriteringsordningen är en väl förankrad princip bland hälso- och sjukvårdens professioner. Trots det anser vi att ett betydande utvecklingsarbete bör komma till stånd, inte minst när det kommer till att operationalisera prioriteringsordningen. Att frångå ekonomiska incitament kan också gynna kontinuitet och samverkan kring patienter med större vårdbehov.

Om ramanslag av någon anledning inte används är det av största vikt att alternativa ersättningssystem utformas så att inte kvalitetsregisterdata eller pseudomått för kvalitet används som grund för ersättning. Ersättningssystem får inte riskera att komma i konflikt med hälso- och sjukvårdslagen eller den prioriteringsordning som riksdagen fattat beslut om.

Oavsett vilket ersättningssystem som används måste den administrativa kostnaden för att upprätthålla själva systemet vägas mot andra åtaganden i hälso- och sjukvården. Och ersättningssystemet måste utformas i nära samarbete mellan professioner och politiker så att de medicinska och samhälleliga behoven kan balanseras och försvaras gemensamt.

HÄLSA OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ÄR OJÄMNT FÖRDELAD

Organisationen av hälso- och sjukvården på olika 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.

Väntetider i till exempel cancervården skiljer sig betydligt mellan olika landsting/regioner. Tillgången till specialistvård varierar i landet högst väsentligt även inom andra områden.

Tillgängligheten i hälso- och sjukvården har länge varit ett problem. I internationella jämförelser ligger Sverige ofta långt ner i rankningen. Inte minst i glesbygd är bekymren stora: Antalet vårdcentraler har minskat och rekryteringsproblemen där är betydande. Exempelen på ojämlikheter i tillgång till, och kvalitet i, hälso- och sjukvård, men också i hälsa, är många.

Det finns enligt Marmotkommissionen (2008) mycket som talar för att vägen till ett friskare samhälle går via ett jämlikare samhälle, där tillgången till hälso- och sjukvård samt andra bestämningsfaktorer för hälsan är jämlikt fördelade. En solidariskt finansierad hälso- och sjukvård garanterar en grundtrygghet för alla medborgare och bidrar därmed till jämlik tillgång till hälso- och sjukvård. Det finns således skäl att försvara den modell som traditionellt varit den nordiska välfärdsstatens, förutsatt att den utvecklas till att motsvara krav om jämlik tillgång till hälso- och sjukvård.

Idag har cirka 600 000 svenskar privat sjukförsäkring, oftast bekostad av arbetsgivaren. En sådan försäkring ger förtur till hälso- och sjukvårdsresur-

ser. Oavsett om detta leder till undanträngningar eller inte, så ndikerar omfattningen att dagens solidariskt finansierade erbjudande inte fullt ut tillgodoser medborgarnas förväntningar på vården.

Det stora flertalet av samhällsmedborgarna måste uppleva att hälso- och sjukvården fyller den funktion som de anser rimlig, utifrån den investering de bidrar med genom skatter. Annars urholkas finansieringen av systemet. I detta sammanhang är principen om god vård utifrån behov central för att säkerställa det solidariska ansvarstagandet.

Här kan en målkonflikt uppstå. Den friska samhällsmedborgaren kan, utifrån sina behov, ha en syn på hälso- och sjukvårdens uppdrag som inte 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. Denna konflikt bör vi inte blunda för. Behovsprincipen bör försvaras av professioner och politik.

En annan målkonflikt är den mellan preventiv och botande eller lindrande verksamhet till vilket vi återkommer. En solidariskt finansierad hälso- och sjukvård kräver att dessa intressen balanseras mot varandra på ett transparent vis.

STATLIGA UNIVERSITETSSJUKVÅRDS-OMRÅDEN (USO)

Det decentraliserade ansvaret för finansiering och drift av hälso- och sjukvården har ansetts nödvändigt för att anpassa verksamheterna till lokala behov. Men att både kommuner och landsting/regioner idag 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 styr utbudet till medborgarna istället för tvärtom. Att till exempel förhindra fallolyckor i kommunen sparar pengar, men tydligast för landstingen som får färre höftfrakturer inklusive följdbesvär, att behandla. Många kommuner avstår därför från sådana investeringar trots att den totala besparingen för samhället är betydande. En diffus ansvarsuppdelning och ekonomisk verklighet resulterar i kortsiktiga och kostsamma beslut.

Att hälso- och sjukvården organiseras på landstings-/regionnivå bör ifrågasättas ur ett ekonomiskt perspektiv eftersom 21 olika organisationer utför delvis samma arbete. Beställar-utförarmodellerna har resulterat i kraftigt expanderande administration både hos vårdgivare och beställare.

Det fordras avsevärd kompetens och omfattande resurser för att tillgodose krav på upphandling, ordnat införande och utvecklingsarbete vid 21 olika enheter.

Vi menar att ett ekonomiskt helhetsansvar skulle ge bättre möjligheter att bedriva preventiv verksamhet, motverka fragmentisering och förhindra möjligheten att skjuta kostnader mellan enheter.

Med bakgrund i regionala ojämlikheter, oklar ansvarsfördelning och små möjligheter till ansvarsutkrävande, fragmentisering, kostnadsdrivande organisation och bristande möjligheter till professionellt inflytande anser vi att **hälso- och sjukvården bör organiseras utifrån statliga universitets-sjukvårdsområden (USO)**. Dessa bör ansvara för att tillhandahålla hälso- och sjukvård för alla som bor inom regionen samt för dem som vistats där och insjuknar akut. USO föreslås själva driva eller upphandla hälso- och sjukvård inom primärvård, öppenvård, slutenvård och den idag kommunala äldreomsorgen. USO bör också stå för kostnader för prevention och läkemedel. Att eventuellt inkludera sjukskrivningskostnader i budgeten kan övervägas. Dessutom bör USO leda, organisera och ansvara för regionens medicinska forskning och utbildning.

De hälso- och sjukvårdsorganisationer som föreslås lyda under USO, det vill säga alla offentligt finansierade verksamheter, bör vara skyldiga att samverka kring patienter inom ett USO. Hälso- och sjukvårdsorganisationen ska ta hänsyn till patientens alla medicinska behov. Det kan driva fram samarbeten över vad som tidigare varit "organisatoriska mellanrum" mellan specialiteter, vårdnivåer eller huvudmän. Samorganiseringen av öppen och slutenvård skulle underlätta koordinering och samverkan. Inom hälso- och sjukvården behöver man i större utsträckning anlägga ett specialitetsöverskridande perspektiv, vilket ofta brister idag.

Ledningen för USO bör tillsättas av staten i samråd med professionernas vetenskapliga företrädare och bestå av representanter för dessa två samt andra nödvändiga kompetenser.

USO-ledningarna ska tillsammans med politiker och myndigheter samt professionernas vetenskapliga företrädare också finnas representerade i ett nationellt råd med ansvar för planering av hela landets hälso- och sjukvård, medicinska utbildning och forskning. Professionella företrädare kan på så sätt tillföra medicinsk sakkunskap och yrkesetiska värderingar. Företrädare för politiken representerar skattebetalar- och medborgarperspektivet.

Politiker och professionella skulle tillsammans tvingas ge sig i kast med hälso- och sjukvården,

inklusive utbildning och forskning, i dess helhet. Så skulle ett samlat ansvarstagande på det nationella planet möjliggöras. Genom ett nära samarbete med Prioriteringscentrum på nationell nivå skulle förutsättningarna att nå genomslag i prioriteringsfrågor förbättras. I det nationella rådet kan också till exempel frågor kring nivåreglering av specialiserad och högspecialiserad vård behandlas.

Möjligheterna till förbättrad koordinering av uppgifterna och tilldelning av resurser skulle öka genom att ge de regionala USO-organisationerna uppdraget att ansvara för såväl forskning som utbildning (universitetsuppdraget) och hälso- och sjukvård. Samordningsvinster skulle kunna uppstå. Kliniska behov skulle i större utsträckning kunna styra forskning och nya kunskaper skulle snabbare överföras från akademi till ”produktion” via det gemensamma huvudmannskapet. Planeringen av utbildningsresurser och dimensionering av utbildning skulle anpassas efter verksamhetens behov.

Regionala ojämlikheter skulle utjämnas då finansieringen istället för att vara baserad på regionala skattebaser kunde utgå från statlig behovsprövning för respektive region i enlighet med ramanslagsförslaget ovan.

Att minska hälso- och sjukvårdsorganisationernas antal kan antagligen också resultera i samordningsvinster då dubbelarbete för ordnat införande, beställarorganisationer, inköp, ledning och styrning, administration med mera kunde minskas. Det skulle frigöra resurser som kan användas i andra delar av hälso- och sjukvården.

En vidare utmaning som inte berörs i detta förslag är hur kommunala tjänster, utöver äldreomsorgen, effektivt skulle kunna samverka med USO. Detta gäller inte minst missbruksvården och preventivt inriktad verksamhet. Ansvarsfördelningen och samordningen mellan dessa nivåer är viktig att noga tänka igenom inför en reform.

Det skisserade förslaget innebär omfattande förändringar och behöver utredas noga, men vi anser att svensk hälso- och sjukvård har mycket att vinna på att organiseras i universitetssjukvårdområden istället för att som idag bedrivs i en organisatorisk struktur skapad långt före modern sjukvård blev en realitet.

FAST LÄKARKONTAKT MED ALLMÄN-MEDICINSK SPECIALISTKOMPETENS
Universitetssjukvårdsområdena bör gripa över hälso- och sjukvård på alla nivåer, både organisatoriskt och ekonomiskt, för att bidra till samordning, lagarbete och goda medicinska resultat till rimlig kostnad. Patienternas behov av hälso- och

sjukvård tillgodoses bäst genom en välfungerande primärvård **där alla invånare har tillgång till en egen fast allmänläkare**. Genom kontinuitet och ett patientcentrerat arbetssätt kan goda medicinska resultat, hög patienttillfredsställelse och positiva effekter på folkhälsan uppnås med god kostnadseffektivitet (Starfield, Shi, & Macink, 2005).

Ett system där alla erbjuds tillgång till en egen läkare i primärvården minskar belastningen på sjukhusen. För de patienter som behöver behandlas på sjukhus skulle också patientsäkerheten öka om sjukhusläkare efter en vårdepisod kunde hänvisa till och samverka med en namngiven primärvårdsläkare med personligt ansvar. Bristen på allmänläkare utgör dock en avgörande begränsning för en välfungerande primärvård och därmed en starkt bidragande orsak till att hela sjukvården idag är dysfunktionell.

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 sitt område, i ett personligt möte. 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 finns ett starkt samband mellan socioekonomiska faktorer och ohälsa, vilket drabbar stora befolkningsgrupper. Hälsans bestämningsfaktorer ligger till stor del utanför hälso- och sjukvården kontroll. Men det är vårdens uppgift enligt alla etiska och politiska värderingar att så långt som möjligt kompensera för de negativa hälsoeffekter som följer av socioekonomiska skillnader, språkliga och kulturella barriärer och nedsatt autonomi. Att ge den enskilda patienten stöd att finna rätt väg i sjukvårdssystemet kräver bedömningar av vårdbehov grundat på individkännedom i vid mening. Allmänläkarna är med 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.

Vi föreslår att ett **enhetligt listningssystem införs, med ett maxantal listade personer per allmänläkare**. Genom att alla invånare erbjuds en fast kontakt med en läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens kan hälso- och sjukvården bli mer jämlik.

Initiativ och beslut från regering och riksdag för en stärkt primär vård har under 20 år misslyckats oavsett politiskt majoritet och oavsett om

implementeringsförsöken skett via lagstiftning, med avtal mellan regeringen och landstingens/regionernas företrädare eller på annat sätt. Trots att landsting/regioner generellt uttalat tydligt stöd för att stärka primärvården har de misslyckats.

I Sverige är andelen allmänläkare i läkarkåren lägst i OECD. Bristen på allmänläkare är en ödesfråga för hela hälso- och sjukvården. I november 2012 fanns knappt 4 000 fast verksamma specialister i allmänmedicin, omräknat i heltidstjänster. År 2025 beräknas befolkningen i Sverige ha ökat till 10,5 miljoner invånare. För att primärvården ska kunna bli den stabila basen i svensk hälso- och sjukvård och för att alla ska ha en fast läkarkontakt krävs en fördubbling av antalet fasta allmänläkare inom tio år. Det kan uppnås genom en nationell reglering av antalet ST-tjänster, återrekrytering av allmänläkare från andra verksamheter och en satsning på läkare med annan specialitet som vill omskola sig till specialister i allmänmedicin. Detta är också nödvändigt för att skapa en rimlig arbetsbelastning och en god arbetsmiljö i primärvården, vilket kommer att göra allmänläkar yrket till ett attraktivt val.

En förändring av denna omfattning kan endast ske genom ett nationellt initiativ, eftersom erfarenheten entydigt visar att de enskilda landstingen/regionerna inte klarar en sådan omställning.

ATT FÖREBYGGA OHÄLSA

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 minskat insjuknande i stroke. Trots det är dödligheten i alla de stora dödsorsakerna – hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, suicid, och alkoholrelaterad död – högre i gruppen med kort utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Ur ett samhällsperspektiv är det angeläget att hälso- och sjukvårdens professioner använder sina kunskaper om goda levnadsvanor för att stimulera individer till hälsosamma val. Det är också viktigt att tillhandahålla kunskap som grund för beslut och prioriteringar i syfte att skapa så många friska levnadsår som möjligt. Det samhälleliga och det individuella perspektivet står inte i motsättning till varandra. Tvärtom: framgångsrik prevention resulterar i att fler lever friskare liv och frigör resurser för att tillgodose uppkomna medicinska behov.

De globala ojämlikheter vi ser på hälsans område

är oacceptabla. Majoriteten av de sjukdomar och tillstånd som bidrar till varaktig sjuklighet och förtida död kan förhindras. Riktade insatser mot såväl individer som mot strukturer, behövs både i Sverige och globalt, i strävan att förbättra folkhälsa och minska ojämlikhet. Det är därför nödvändigt att ställa stora krav på företrädare för utbildning, forskning samt hälso- och sjukvård att förändra medicinen mot större fokus på prevention.

UTBILDNING OCH VETENSKAP I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Att ge människor bättre hälsa, ökad livskvalitet och fler friska levnadsår till en lägre kostnad både fördrar och stimulerar till medicinsk forskning.

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

Svensk forskning har stark internationell förankring. Det är viktigt att betona att internationell inte enbart betyder 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. En ny generation av forskare ska möta den enorma utmaning som en snabbt föränderlig värld utgör. Att uppnå en hälsosam planet och en hälsosam framtid för alla är inget lätt uppdrag. Den främsta och kanske svåraste uppgiften blir att hantera den globala ojämlikheten.

Nya hälsohot fortsätter att uppkomma både inom smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar. Forskningssamverkan både lokalt och globalt är nödvändig. Här har den medicinska forskningen en nyckelroll för att åstadkomma vetenskapliga framsteg men också för att använda resultaten i samhällspolitisk argumentation.

Med dessa förutsättningar blir det allt viktigare för hälso- och sjukvård, universitet, högskolor och andra utbildningsorganisationer att främja goda forskningsmiljöer med attraktiva karriärvägar för blivande forskare, liksom att ge tid till handledning och forskning, så att tillräckligt många forskare utbildas. Universitetssjukhusen har ett självklart ansvar att i samverkan med landsting/regioner och industri, utveckla och stärka forskningsmöjligheterna. Men även på mindre sjukhus behöver verksamhetschefer ta ansvar för och ställa krav på att forskning bedrivs på klinikerna. Sammantaget är det mycket betydelsefullt att stimulera

och utveckla forskningen för att tillvarata de stora möjligheterna den erbjuder hälso- och sjukvården.

De förändringar som driften av hälso- och sjukvården har genomgått under de senaste decennierna har medfört en mer pressad klinisk vardag. Arbetsbelastningen hälso- och sjukvården försvårar praktik och klinisk handledning för studenterna på grundutbildningarna till hälso- och sjukvårdens professioner. Förkortade vårdtider och lagstiftning, som syftar till att säkra patienternas integritet, försvårar möjligheten att följa sjukdomsförlopp, något som är avgörande för att utveckla kliniska färdigheter och förståelse för det unika i en patients sjukdomssituation.

I Sverige har vi ett stort ansvar att utbilda läkare och andra hälso- och sjukvårdsprofessioner, 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.

Hälso- och sjukvårdens främsta resurs är dess personal. Professionernas främsta tillgång är deras kompetens och denna behöver uppdateras kontinuerligt. Utbildning, vidareutbildning, fortbildning och forskning är förutsättningarna för medicinsk excellens och måste stärkas. Fortbildningen av specialistläkare är idag oregerad. Sverige är i det närmaste unikt härvidlag.

Vi föreslår därför **årliga fortbildningsplaner** för alla specialistläkare. Fortbildningsplanerna ska utformas lokalt i verksamheten av läkaren tillsammans med den medicinskt ansvariga i relation till verksamhetens behov, den enskilda läkarens behov och aktuell kunskapsutveckling. Fortbildningsplanen granskas av relevant specialistsektion och kan godkännas av Svenska Läkaresällskapet för att möta eventuella framtida krav på recertifiering.

Ansvaret för att fortbildningsaktiviteterna genomförs vilar på arbetsgivaren och läkaren själv. Genom klinisk revision, som beskrivs nedan, utvärderas hur klinikerna och enskilda specialistläkare följer fortbildningsplanerna.

För allmänläkare bör följsamhet till fortbildningsplanen vara ett villkor för fortsatt allmänläkarkontrakt och för samtliga specialistläkare bör kontinuerlig fortbildning vara ett krav för att få behålla specialistbeviset. Redan idag finns möjligheter till 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 och att detta i ett första steg bör inverka på möjligheten att uppbära specialistbevis.

I ett system med obligatorisk fortbildning garanteras patienter, anhöriga och medborgare att läkaren genomgår kompetensutveckling. Om kraven på fortbildning utgår från verksamhetens behov och professionens analys av vilka fortbildningsaktiviteter som krävs, så kan anpassning av fortbildningen efter vårdgivarens (o-)villighet att betala motverkas. Det är viktigt att fortbildning inte blir en fråga för arbetsmarknadens parter då fortbildningsnivån under sådana omständigheter riskerar att bli föremål för förhandlingar.

EXTERN OCH INTERN GRANSKNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Hälso- och sjukvårdens styrning baseras idag till stor del på extern granskning i form av resultatredovisningar, avrapporteringar och dokumentering. Mottagarna av dessa resultat är huvudmän och myndigheter men, i ännu större utsträckning, inte sällan, den egna organisationens verksamhetsstyrning. I relation till hälso- och sjukvårdprofessionernas arbete är denna granskning extern och främmande då den inte förmår uppfatta eller värdera komplexiteten i den professionella verksamheten. Den är tämligen okritiskt inlånad från ett managementtänkande som i grunden är utformat för att tillfredsställa organisationer konstruerade för storskalig varuproduktion. Eftersom hälso- och sjukvård i grunden är småskalig och utgår från individuella möten är modellerna ofta direkt olämpliga. Det är problematiskt att professionernas tolkningsföreträdare i fråga om i vad kvalitet i hälso- och sjukvården består inte längre är en självklarhet.

Extern granskning som metod för styrning och verksamhetsutveckling utgår från antagandet att utvärdering och jämförelser är förbättrande i sig. Men i viss utsträckning är utvärdering kontraproduktiv då den tenderar att bli en organiserande princip i verksamheten, något som medför att kärnverksamheten liksom professionernas värderingar får stå tillbaka. Förmågan att omsätta yrkesetik, vetenskap och beprövad erfarenhet i möten med patienter, tas inte tillvara. Framför allt urholkas det individuella ansvaret vilket inverkar negativt på kvalitet och effektivitet. Varken patienternas eller samhällets rättmätiga krav på hälso- och sjukvården kan då tillgodoses.

Extern granskning kommer fortsatt vara nödvändig, inte minst för att säkerställa att de kvalitetsutvecklingssystem vi föreslår, fungerar.

Emellertid behöver den externa granskningen av hälso- och sjukvården utvecklas i takt med den omvandling av styrning och organisation som kommer att betona nätverk, relationer och förtroende mer än hierarkier, regler och marknad.

Vi föreslår att kvalitetsutveckling i första hand sker genom ett system med professionell granskning och regelbunden klinisk revision.

Enheter som handlägger likadana tillstånd ska inom systemet för **professionell granskning** 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. Väntetider, tillgänglighet och resursåtgång bör också ingå. Därtill är forskning och utbildningsaktiviteter relevanta att jämföra.

Varje professionell granskning ska föregås av ett arbete där det aktuella kunskapsläget sammanställs för det granskade området. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) eller, hellre, professionernas egna vetenskapliga sammanlutningar ansvarar för sammanställningen.

Det interna kvalitetsarbetet kan med fördel utgå från den professionella granskningen. Genom att kliniker jämförs kan goda exempel spridas. Genom kollegialt samarbete och visst inslag av tävlan kan incitament för förbättringar skapas.

Den professionella granskningens resultat ska redovisas öppet för att skapa legitimitet. Det är emellertid viktigt att anlägga ett pedagogiskt perspektiv i detta arbete, då kvalitetsparametrar tagna ur sina sammanhang knappast är särskilt meningsfulla att redovisa. Professionernas ansvar att ge patienter, medborgare och samhället relevant information är ytterst en förtroendefråga som om den missköts kommer resultera i minskad tillit och krav på extern kvalitetskontroll. Som obunden organisation är Svenska Läkarsällskapet en lämplig instans för att ta det övergripande ansvaret för denna verksamhet. Samarbete med andra professioners vetenskapliga sammanslutningar kan vara lämpligt.

Vi föreslår också att ett system av **klinisk revision** skapas där professionella grupper regelbundet granskar verksamheter på plats runt om i landet. Denna granskning ska vara så vass att utomstående inte behöver oroa sig för att hälso- och sjukvården

inte skulle vara av god kvalitet. Den ska också vara transparent och involvera ett stort mått av patient-, anhörig- och medborgarinflytande.

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 ett tillfälle för spridning av goda idéer. Resultat av medicinska revisioner ska inte kopplas till ekonomiska incitament. Granskningarna bör ske årligen och uppmärksamma verksamhetens 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 omfatta efterlevnaden till etiska principer och professionella värden. Även forskning, utbildning och fortbildning liksom prevention ska inkluderas i utvärderingarna. Journalgenomgångar, patientintervjuer och intervjuer med personal ska också göras.

Den övergripande målsättningen bör vara att utveckla kvaliteten samt eftersträva jämlik hälso- och sjukvård över landet. Granskningen bör 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 verksamheten.

Den interna granskning vi föreslår ersätter inte den befintliga granskning som idag bedrivs av myndigheter som Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Vårdanalys, Riksrevisionen och Statskontoret, men på sikt kommer den granskningen att behöva förändras i takt med utvecklingen av organisation och styrning i stort.

Den externa granskningen är samhällets instrument för att undersöka om hälso- och sjukvården uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter. Men utöver granskning av hälso- och sjukvårds-

verksamhet i relation till gällande lagar och regler krävs ett systematiskt granskande av utveckling och reformer på hälso- och sjukvårdsområdet. Om hälsooch sjukvården organiseras som vi föreslår, i USO där staten och professionerna tillsammans tillsätter ledningen, bör granskningen ske i en annan organisation på nationell nivå med kompetens att granska högre förvaltning. Vi föreslår för detta ändamål en ny **myndighetsfunktion med ansvar för granskning och utvärdering av reformer och större förändringar på hälso- och sjukvårdens område.**

Vårdanalys är sannolikt den befintliga myndighet som är bäst lämpad för detta uppdrag men behöver ett utökat mandat. Uppdraget kan inkludera aktivt deltagande i planering av reformer så att dessa är möjliga att utvärdera. IVO kan ges ett utvidgat uppdrag att regelbundet sammanställa och rapportera fel och brister i hälso- och sjukvården till Vårdanalys.

ÖVERSYN AV STYRSIGNALER

Styrningen av hälso- och sjukvården är komplex och omfattande. Den mängd externa styrsignaler som träffar en hälso- och sjukvårdsverksamhet och inte minst dess verksamhetschefer hotar att lägga krokben på sig själv.

Det finns en risk att riktlinjer, föreskrifter till och med lagar, inte följs om de tillsammans blir för många. Det beror dels på omfattningen i sig, dels på att alla de mål som varje verksamhet ska sträva mot inte kan kombineras i praktiken eftersom de förr eller senare kommer i konflikt med varandra. Denna överstyrning resulterar därför i en paradoxal brist på styrning vilket sannolikt förklarar en del av de misslyckanden hälsooch sjukvården rymmer och som påpekats i åtskilliga granskningar (av vilka denna är en).

Ett bra exempel på en styrsignal som kom bort är den om fast vårdkontakt som infördes i en förändring i HSL (1982:763) 1 juli 2010. I Socialstyrelsens granskning av reformen konstateras att bara drygt hälften av landstingen/regionerna och hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppgav att de informerats om lagändringen före, eller i samband med att lagen trädde i kraft. Det visade sig också att varken patienter, professioner eller verksamheter i någon större utsträckning var medvetna om förändringen när granskningen efteråt ägde rum (Socialstyrelsen, 2012).

Det faktum att styrsignaler ofta behöver förändras och att det ständigt tillkommer nya utan att gamla utmönstras, förvärrar problematiken. Sammantaget talar "överstyrningsfenomenet" för att ingen tar ett helhetsperspektiv inom hälso- och

sjukvårdens ledning, styrning och organisation. Det är vår förhoppning att den organisationsförändring vi föreslår ska underlätta att ett övergripande ansvar tas.

Men det finns ändå skäl att se över, **minska och harmonisera styrsignalerna i hälso- och sjukvården.** Vi föreslår att företrädare för professionerna tillsammans med Socialstyrelsen gemensamt får i uppdrag att ta sig an detta mycket omfattande arbete. Det bör utföras inom ramen för en statlig offentlig utredning som tar intryck av nya sätt att leda, styra och organisera offentlig hälso- och sjukvård inom ramen för NPG.

LÅT PROFESSIONERNA TA ANSVAR I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Att styrningen är inte en ensak bara för de styrande utan också för de styrda är en viktig insikt. Det är centralt att hälso- och sjukvårdsprofessionerna har möjlighet att ta ett delansvar för styrning och ledning i hälso- och sjukvården.

De legitimerade yrkesgruppernas ansvar utgår från legitimationen, professionella värderingar och etiska regler. Men det individuella ansvaret är svårt att utöva i en organisation där ledning och styrning är inspirerad av verksamheter med helt andra egenskaper än hälso- och sjukvården.

Utöver styrningens effekter på det personliga ansvarstagandet finns legala aspekter. Den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) har lagt ytterligare ansvar på vårdgivaren jämfört med tidigare, men det är tveksamt om denna ansvarsöverföring givit eller kommer ge avtryck i vårdgivarens reella ansvarstagande. Av vad som framkommit i åtskilliga granskningar och som redovisats i inledningen av dokumentet, brister vårdgivarnas ansvarstagande i flera avseenden.

Det råder enighet kring att professionerna bör ha större inflytande över, och ansvar för, hälso- och sjukvårdens styrning och organisation. Det framhålls gång på gång även från vårdgivare inte minst för att medicinska och etiska värderingar på så vis kan få större genomslag i ledningen av hälso- och sjukvården.

Att ledningen i större utsträckning behöver återspegla dessa utgångspunkter är uppenbart liksom att ansvarstagandet från professionen brustit i detta avseende. Det kan möjligen vara så att viljan att vara läkare är starkare än att vara chef, och inte utan grund. Att träda in i ett chefskap innebär i många fall att man lämnar sitt yrke både rent faktiskt och även att man kan tvingas göra avkall på de värderingar läkaretiken föreskriver. Motståndet att övergå i en chefsroll är då förstäeligt men

konsekvenserna inte acceptabla i synnerhet inte ur ett läkaretiskt perspektiv. Att företräda patienten innefattar att göra det närhelst det behövs, och chefspositioner är inte undantagna, tvärtom. Professionerna måste, utifrån sin yrkeskunskap och sina professionella värden, ta ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvården.

En målsättning är att den USO-organisation och den kvalitetsutvecklingsorganisation vi föreslår ska stärka professionernas intresse att bidra i hälso- och sjukvårdens ledning genom att föra fram professionella utgångspunkter. Även införandet av fortbildningsplaner kan stimulera till chefsuppdrag: när kompetensnivån höjs kan individen, också uppleva den egna utgångspunkten som viktigare och därmed värd att föra fram. Men det personliga ansvarstagandet, i relation till patienten, behöver också stimuleras. Då kan professionellt ansvar i hälso- och sjukvården förstärkas till gagn för såväl patienterna som samhället. Vi föreslår därför att **allmänläkarkontrakt bör reglera kraven på specialister i allmänmedicin** som har "en lista", vilket enligt vårt förslag skulle innefatta alla kliniskt verksamma specialister i allmänmedicin. Kontraktet ska bland annat reglera krav på tillgänglighet. Genom vikariatsregler skulle också stafettläkarverksamhet så småningom kunna fasas ut. Inte bara inom allmänmedicin är det personliga ansvaret nödvändigt att återupprätta. Också en specialistläkartjänst bör medföra ett personligt ansvar som överstiger dagens.

Den förskjutning av ansvar från individ till vårdgivare som motiverats av att misstag i hälso- och sjukvården ofta beror av en kedja av händelser där det är svårt att identifiera vem som bär ansvaret, och där någon enskild därför inte kan hållas ansvarig, är problematisk. Den är problematisk eftersom det personliga ansvaret inte fullt ut kan axlas av ett system och vem eller vad som ska hållas ansvarig/t för misstag inte bör blandas ihop med vem som ska ha personligt ansvar. Även om ett personligt ansvar föreligger behöver det inte betyda att en person bär skuld till att en vårdskada uppkommit, även om det kan vara så. Det är fullt möjligt att kombinera felsökning på systemnivå med personligt ansvar.

Den främsta anledningen till att systemansvar är olyckligt är att det inte förmår tillgodose individuella behov i hälso- och sjukvården. Det beror på att hälso- och sjukvård är en verksamhet som inbegriper människor med unika behov, preferenser och förmågor. Varje beslut som fattas och åtgärd som företas måste beakta denna komplexitet och anpassas efter den, i varje enskilt fall. För det krävs anpassning efter de unika förutsättningarna och just denna anpassning fordrar personligt ansvar.

Vi föreslår att **en utredning ges i uppdrag att se över ansvarsfördelningen mellan vårdgivare och individ**. Specifika skrivningar och konkretionsgrader måste balanseras mot att införa detaljreglering med önskade effekter. ●



Slutord.

Insikten om att mänskliga möten är hälso- och sjukvårdens enskilt viktigaste komponent återspeglas inte i dess ledning, styrning och organisation. Patientens preferenser och värderingar förblir hos henne och ger inte avtryck i den vård hon får. Mänskliga möten, personligt ansvar och kontinuitet i vårdrelationer är förutsättningar på vilka vi måste bygga vår hälso- och sjukvård.

O rganisationsstrukturen i hälso- och sjukvården är ett arv sedan lång tid tillbaka och i grunden utformad för andra syften. Den otydliga ansvarsfördelningen är olycklig. Organisationen motverkar också möjligheten att tillgodose behov hos individ och samhälle. Den resulterar i onödiga kostnader och förhindrar nödvändig utveckling.

Dagens styrning och granskning av hälso- och sjukvården har tillkommit utan bred analys, debatt eller förankring. Konsekvenserna för verksamheternas kvalitet är sparsamt utredda medan dess följder för maktfördelningen i hälso- och sjukvården är tydlig. Makten har förskjutits från professioner till ekonomer, chefer och vårdgivare. Kraven på extern granskning har resulterat i kontraproduktiv styrning som leder till att organisationens behov, i stället för patienternas och medborgarnas, hamnar i fokus. Professionernas tolkningsföreträde i fråga om kvalitet och hur man bäst uppnår den respekteras inte. Olyckliga förskjutningar i hälso- och sjukvårdens värden, mål och innehåll är en realitet.

För att den svenska hälso- och sjukvården ska återfå sin utvecklingspotential fordras genomgripande förändringar. Vi tror att medicinska behov och etiska värderingar behöver beredas mer utrymme. Vi tror också att personligt ansvar och individuella möten är outnyttjade resurser. Det samma gäller för kontinuitet i vårdrelationer. Starka professioner i välfungerande organisationer präglade av småskalighet, i kombination med helhetsansvar och intern professionell kvalitets-

utveckling, ska vara målsättningen. Förändringen av hälso- och sjukvårdens organisation och styrning har redan tagit sin början från NPM mot NPG. En modern organisation bygger på nätverk, relationer, och förtroende snarare än hierarkier, regler och marknad. Kvalitativ utvärdering utifrån fakta och värden behöver komplettera kvantitativa mätningar. Central ledning men stora lokala befogenheter är nödvändigt. Ett globalt och preventivt angreppssätt är ofrånkomligt i närmandet till morgondagens medicinska frågeställningar. Forskning och utbildning behöver förhålla sig till allt detta.

En stor del av ansvaret för denna utveckling vilar på professionerna. De behöver beredas möjlighet till större inflytande i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen En Värdefull Vård är inte ensamma om att föreslå förändringar av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det ser vi som ett tecken på att behovet är stort. Men motståndet kan också bli stort när olika intressen kommer i konflikt med varandra. Det kommer krävas ett planeringsarbete i samförstånd mellan olika intressenter och aktörer. Inriktningen bör vara att forma en hälso- och sjukvård för tjänandet av människor i det samhälle som nu tar form där förutsättningarna kommer vara annorlunda än vad vi hittills erfarit. I slutändan tror vi människor, friska som sjuka, kommer få en bättre hälsa och en bättre vård om våra förslag blir verklighet. **Nu vill vi veta vad du tycker.** I huvuddokumentet utvecklar och motiverar vi ytterligare de förslag som här redogjorts för. ●



Referenser.

- 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.
- Friberg, P., Engström, I., & Nyberg, F. (2013). "Läkekonst har ersatts av sjukvårdsproduktion". Dagens Nyheter, 7 april.
- Hartman, L. (2011). Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med Svensk Välfärd? (L. Hartman, Red.) Stockholm: SNS Förlag.
- Makdessi, L., & Halmin, M. (2013). Läkarupprop för en bättre sjukvård. Läkartidningen, 2013;110:CD31.
- Marmottkommissionen. (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. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: 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.
- OECD. (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (Hämtad 2015-06-22)
- Socialdepartementet. (1996). Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Regeringens proposition 1996/97:60). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen. (2012). Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starfield, B., Shi, L., & Macink, J. (september 2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/> Hämtad 2015-06-22)
- Tyrstrup, M. (2014). I välfärdsproduktionens gränsland – Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg. Leading Health Care.
- 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.
- Zaremba, M. (2013). Den olönsamma patienten. Dagens Nyheter, februari/mars .

Fördjupande litteratur:

- Ahlbäck Öberg, S. (2010). Framväxten av granskningssamhället - en fråga i författningspolitisk skugga. Statsvetenskaplig tidskrift, ss. Vol 112, Nr 5, s 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.
- Zaremba, M. (2013). Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weyler Förlag.
- Wohlin, J., Aspelin, P., Rehnqvist, N., Dahlström, T., & Brommels, M. (2015). Värdebaserad vård flyttar fokus från vårdproduktion till hälsa. Läkartidningen. 2015;112:C96H .
- Arbetsmiljöstatistik. (2012). Arbetsorsakade besvär. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2012:5.
- Ahrnell, B.-M. (den 19 juni 2013). Dagens Samhälle .
- Bejerot E.A. G. (2011). Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande - Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. Läkartidningen, 108:2652-2656.
- Brante, T. e. (2014). Professionerna i kunskapsamhället. En jämförande studie av svenska professioner 1996 och 2010. Hämtat från Profland: www.profland.net
- By, U. (den 17 maj 2015). Åke har fått 30 mediciner men ingen ansvarig läkare. Dagens Nyheter .
- Calltorp, J. (2013). Multisjuka patienter i vården: Policy Brief. Forum for Health Policy.

- Childress, B. a. (2008). Principles of Biomedical Ethics, 6th edition. OUP.
- 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.
- 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. (den 25 december 2013). Styrsystemet riskerar öka ojämlikheten i vården. *Svenska Dagbladet*
- Engström, S., Foldevi, M., & Lars, B. (2001). Is general practice effective? A systematic literature review. *En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum Scandinavian Journal of Primary Health Care* , June vol. 19, nr. 2.
- Fulford, K.W. (2008). *Mens Sana Monog* 2008 Jan-Dec; 6(1) , 10–21.
- Haynes RB, A. E. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* , Apr 16;(2).
- Järhult, B., Secher, E., & Akner, G. (2014). Värdebaserad vård lika illa som NPM. *Läkartidningen* , s. 111:C77E.
- Karlsson, Y. (1999). Penicillinet och DNA-strukturen 1900-talets viktigaste upptäckter. *Läkartidningen*, volym 96, nr 51-52 .
- Kim SS, K. S. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* , Sep;27(3):237-51.
- Konkurrensverket. (2014). Hämtat från http://www.kkv.se/globalassets/publikationer/rapporter/rapport_2014-2.pdf
- Lindgren, S. (2013). För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning SOU 2013:15.
- Lindvall, S. (2006). Resursmodeller och ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården. ...eller... Pengar, en del av ledning och styrning! . Stockholm: SKL.
- Mack JW, B. S. (2009). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale. *Cancer* , 115:3302-3311.
- Odell, M. (den 21 december 2006). En effektivare statlig förvaltning. Kommentar Finansdepartementet
- Pettersson, S. (2012). Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval. Rapport april 2014. Sveriges läkarförbund
- Pettersson, S., & Jaktlund, Å. (2013). Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning Rapport mars 2013.
- Power, M. (1999). The audit Society. *Rituals of Verification*. OUP.
- Ramböll. (2012). IHP International Survey of Sicker Adults: Resultat för Sverige. Stockholm: Ramböll.
- Sallin, K., Engström, I., & Friberg, P. (den 15 september 2014). Patientens behov sätts på undandtag. *GöteborgsPosten*.
- Sallin, K., Makdessi, L., & Sjögren, J. (Läkartidningen. 2015;112:C96L 2015). Värdebaserad vård är laddad med problem men också möjligheter. *Läkartidningen*. 2015;112:C96L .
- SKL. (2013). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013.
- Socialstyrelsen. (2013). Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18961/2013-1-18.pdf>
- Starfield, B. (1998). *Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* , 322:444-445.
- Sundström, G. (2003). Stat på villovägar. Resultatstyrningens framväxt i ett historisk-institutionellt perspektiv. Stockholm: Statsvetenskapliga Institutionen, Stockholms Universitet.
- Svalander, P.A. (2004). Om primärvårdens domän och strategier. Socialstyrelsen.
- Svalander, P.A. (2001). *Primärvårdens bidrag till hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet*. ISBN: 91-7201-604-3 Artikelnr: 2001-123-80.
- Tucker P, B. E. 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. (2012). Styrning med förhinder. *Leading Health Care*.