

Svar till Vårdansvarskommittén

Från Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården, där alla är läkare.

Vilka problem/utmaningar inom hälso- och sjukvårdsområdet ser du/ni att kommittén bör fokusera på i arbetet?

Innan organisatoriska förändringar påkallas är det viktigt att klargöra vilka problem som skall lösas. Att överföra ledningen av sjukvården från regionerna till staten, kan säkert lösa en del problem men kan samtidigt skapa andra.

Viktigt alltså att hitta den väg som ger fördelarna med minimerande av nackdelarna.

Så vilka är problemen som skall lösas med ett förstatligande?

Icke jämlik vård

Trots HSL:s portalparagraf finns skillnader i vårdens tillgänglighet och oskäligen brister i fråga om prioriteringar av behov. Detta drabbar framför allt multisjuka och äldre, för vilka vården inte är ändamålsenligt och individuellt anpassad. Informationsproblem mellan regionvård och kommunal vård är också ett ständigt hot mot patienters hälsa och välbefinnande.

Ekonomi

Sjukvårdsregionerna klarar inte budgetkontroll. Nationellt tillförs statliga resurser för riktade eller mer generella satsningar. Då regionerna har egen beskattningsrätt borde detta inte behövas i den omfattning som skett det senaste decenniet. Den långsiktiga effekten blir att regionerna inte utvecklar en sund ekonomisk kultur och struktur (Riksrevisionen).

En finansiering av sjukvården utan kryphål och som stimulerar till god hushållning och effektiviseringar är önskvärd.

Särskilt problematiskt är att effektiviteten sjunker, vilket ses i både färre vårdplatser och sämre tillgänglighet till både primärvård och specialiserad vård. Kontinuiteten i sjukvårdskontakterna är också på en orimligt låg nivå.

Demokratiska inflytandet

Regionerna (tidigare landstingen) utser egna fullmäktige vars representationer följer av allmänna val alltsedan landstingsförordningen 1862. Efter representationsreformen 1866 fick vi tvåkammarsdag där landstingen hade en viktig uppgift att utse representanter till den första kammaren; en uppgift som försvann med enkammarsdagens införande 1973. Under senare delen av 1900-talet blev sjukvården landstingens stora uppgift.

Att bedriva sjukvård i samhällets regi har sällan eller aldrig varit en politiskt partiskiljande fråga. Kontroverser har egentligen bara funnits vad gäller privat sjukvårds vara eller icke vara, men orsakar idag ingen splittring.

Så frågan måste ställas: Behöver regionerna ha egna folkförsamlingar?

Mycket talar ju för att regionernas representationssystem och beskattningsrätt har spelat ut sin roll. Tydligt blir detta enligt ovan när man från regionerna ständigt påkallar statens uppmärksamhet och kräver ytterligare pengar därifrån.

Regionerna saknar också av andra skäl legitimitet. Konformismen vad gäller regionernas verksamheter är påtaglig. Där saknas experimentlusta och att prova nya vägar, dvs det sker ingen utveckling. Medborgarnas kännedom om regionernas politiker och verksamhet är dålig och valen väcker ringa intresse. Skolan eller polisen har inte egna parlament. Varför skall sjukvården ha det?

Snarast har regionernas organisation försvårat nödvändiga reformer. Att lägga ner små sjukhus t ex är "politiskt" omöjligt. Försök i den riktningen leder ofta till bildning av lokala enfrågepartier.

SKR

Sveriges Kommuner och Regioner är en arbetsgivarorganisation som successivt skaffat sig och fått alltmer makt. Detta är djupt problematiskt vilket påtalats ofta, bl a av Riksrevisionen, därför att organisationen står utanför offentlig insyn/kontroll. Att åtgärda denna organisatoriska anomali är en viktig uppgift.

Personal

Regioner är monopolarbetsgivare i många delar av vårt land. Det har utnyttjats till lönekarteller och medfört att arbetsförhållanden inte har förbättrats avseende stress, motivation och autonomi. Det har lett till arbetskraftsbrist, slitage av personal och kompetensbrist inom många områden.

Vidareutbildning av personal har i stor utsträckning ignorerats av regionerna. Det stämmer inte med påståendet att man är ett kunskapsföretag.

Primärvården

Under 50 års tid har landsting/regioner uttryckt vilja att satsa på en utbyggd primärvård i hela landet. Det har aldrig blivit fallet utan pengarna har slutligen hamnat någon annanstans. Vi har därför en primärvård som i alldeles för stor utsträckning saknar patient-läkarkontinuitet, och där patienter inte har en fast läkarkontakt, trots att man vet att detta är en grundförutsättning för att vården skall fungera bra och kostnadseffektivt.

Privatiseringar

Med införandet av resultatstyrning med NPM (New Public Management) fästes stora förhoppningar till att privat ägande och drift av sjukvårdsenheter skulle leda till kvalitets- och arbetsmiljöförbättringar, och i slutändan bättre vård för patienterna. En del av detta har uppnåtts, men nu ser vi hur ägandet av sjukvård främst blivit en fråga för stora, kapitalstarka och ofta globala aktörer. Detta leder till anonyma ägare, vilket inte kan vara i sjukvårdens bästa intresse: Det bör istället vara en uppgift att reglera ägandet av sjukvårdsenheter så att det främjar småskalig drift, där ledningen också besitter kunskap om den miljö man verkar i.

Byråkratiseringen

Sjukvården har måst utstå en osannolik framväxt av ett administrativt skikt i framför allt regionledning och vid de större sjukhusen. Det är en utveckling som följer Parkinsons lag (Parkinsons lag 1955), och som accelererats av NPM-filosofin. Motkrafter saknas nästan helt. Byråkratin suger energi och resurser från sin omgivning och för sjukvårdens del har det inneburit en kolossal ökning av administrativa uppgifter av olika slag. Uppgifter som i slutändan tar tid från patientvård och patientkontakt med sämre sjukvård som följd.

Vad nyttan har varit av att ha denna administrativa tillbyggnad är outrett och inte omedelbart synligt.

Administrativa förändringar bör ske först när en analys av förväntad nytta gentemot kostnaden kan påvisa en viktig nytta till ett rimligt pris.

Integritet/Sekretess/Digitalisering

Sekretessfrågorna i vården har varit ett ämne för debatt under de senaste decennierna. Det borde inte behövas eftersom patient/journalsekretessen är en av de grundpelare på vilken vårdapparaten vilar. Den är förutsättning för förtroende och för att få fram riktiga uppgifter kring sjukdomstillstånd. Ett fastare grepp behövs, för att minska risken att marknadskrafter (med SKR) driver på för en exploatering av sjukvårdsdata, där man ser sekretessen som ett hinder.

Digitalisering har i sjukvården inneburit enorma framsteg och förbättringar. I flera fall har emellertid regioner inte respekterat eller inte förstått hur viktig sekretessen är utan har i samarbeten med journalprogrambolag släppt uppgifter om tusentals patienter till obehöriga på ett okontrollerbart sätt. Opåverkat av detta fortsätter förespråkare för digitalisering att kräva uppluckring av patientdatalagen för att det skall passa i de affärsmodeller som erbjuds. Denna utveckling bör ställas under kompetent och oberoende tillsyn/ledning.

Nuvarande ordning där regioner agerat självständigt har varit dyr och dålig. Flera skandaler finns på den resan.

Tror du/ni att ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra med bättre förutsättningar att hantera de utmaningar/problem som du/ni lyft i fråga 1? Förklara gärna hur du/ni resonerat.

Vi tror inte att statligt huvudmannaskap innebär någon mirakelkur, men på följande punkter bedömer vi att det skulle vara steg i rätt riktning:

Vi utgår här från att man förstärker universitetssjukvården, och styr mot sex storregioner, som får ansvar för all sjukvård inom sin region dvs tidigare kommunal vård (äldreomsorg), öppenvård och all sjukhusvård. Utan regionreform blir statlig styrning ytterligare försämrad.

Kortsiktigheten i regionpolitiken skulle försvinna med regionparlamenten, och ge bättre möjlighet till att skapa långsiktig utveckling. För närvarande inriktas alldeles för mycket intresse på frågor som ger kortsiktigt väljarstöd. Majoriteten av väljare är friska och relativt unga personer, men sjukvården sysslar med sjuka och äldre och deras behov och önsningar är helt annorlunda än väljarnas som via politiken har prioriterat tillgänglighet för enklare symptom och åkommor. Alla innevånare skall ha en fast och namngiven läkare i primärvården. Utan den förutsättningen kommer vården aldrig bli mer jämlik än nu. Kontinuitet är värdefullt för alla inklusive för allmänläkaren. Exempelvis måste personer som plötsligt blir sjuka och inlagda på sjukhus kunna utremitteras till en ansvarig läkare i primärvården. Bara inom loppet av ett år har 50% av invånarna besökt en allmänläkare och efter 3 år upp mot 90 %. Självklart är det av största betydelse att kontinuiteten upprätthålls

för alla dessa. Som allmänläkare är det av största betydelse att ha en definierad begränsad patientlista.

Vårdansvaret i primärvården måste knytas till ett personligt ansvar.

Statens institutioner kan vara och är mindre känsliga för lokala opinioner än kommunala församlingar. En statlig ledning kan, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen, besluta om rättvisa och transparenta prioriteringar, där vård efter behov, inte efterfrågan, sätts i första rummet.

Staten kan också kräva att störst vårdbehov går först och att utsatta individers vårdbehov lyfts fram. Också det enligt prioritetsordningen i HSL.

Därtill kan staten kräva att alla aktiviteter inom hälso- och sjukvården, inkl. ledningsfrågor och omorganisationer, ska vila på vetenskaplig grund.

Staten bör också garantera att de professioner som leder sjukvården har rätt utbildning och erfarenhet av sjukvård

Byråkratisering är ett gissel för alla stora organisationer. En nyordning kan leda till genomlysning och sanering av byråkratiska avarter och genom kontrollinstanser stävja en fortsatt byråkratisering. Regionernas egna revisioner uppvisar härvidlag stora brister.

Möjligheten att skapa ett gemensamt journalsystem för all vård borde underlättas med ett övergripande statligt ansvar för denna fråga. Framgent måste man komma ifrån beroendet av stora företag med enbart ekonomiska intressen för journalsystemen. Vi tror att en statligt styrd sjukvård på sikt kan skapa system som också lyckas bättre i att beakta sekretessens krav. Till detta skall även den kommunala vården efterhand kunna anslutas som en effektiv åtgärd för att minska glappet mellan kommunal och regional sjukvård.

Det demokratiska inflytandet förverkligas via de organ staten tillhandahåller och kan också ske via kommunal representation i de sex regionstyrelserna och i sjukhusstyrelserna.

SKRs roll bör renodlas till en arbetsgivarorganisation med främst förhandlingsuppgifter.

En ny personalpolitik som återger arbetsglädje och som stimulerar kunskapsutveckling kan skapas i en ny organisation fri från gamla bindningar och synsätt.

Privatiseringar som leder till anonymt ägande av sjukvårdsenheter måste motverkas genom ny lagstiftning. En lyckad förändring i sjukvården kan även tillämpas i andra välfärdssystem också där olämpligt ägande gjort sig gällande, ex utbildningsväsende och omsorg.

Finns det särskilda alternativ/scenarier som kommittén bör analysera närmare när det gäller en förändrad ansvarsfördelning mellan staten och regionerna i hälso- och sjukvården?

Vi tänker oss en statligt styrd sjukvård organiserad med 6 regioner i stället för som nu 21. Varje region har en styrelse och varje sjukhus har en styrelse. De som deltar i styrelsearbetet skall vara personer med goda professionella kunskaper och med god organisatorisk förmåga, gärna med erfarenhet av att leda andra stora företag. I dessa styrelser kan också representanter från den lokala politiken delta.

Föreslagna regioner är Skåne (med Blekinge) 1,4 milj inv, Östra Götaland 1,3, Västra Götaland 2,1, Stockholm 2,4, Svealand 1,9, Norrland 1,2. Dvs rimligt stora enheter för att ge förutsättningar för självständigt agerande samt underlätta tillsyn.

Strävan bör vara att samla tillsyn, utbildning och annan central styrning till ett fåtal myndigheter. Staten fastställer regler för samverkan mellan stat och regioner med Socialstyrelsen som statens organ.

Kontrollfunktioner avseende vårdens kvalitet och tillgänglighet fortsätter att ske via IVO.

Ekonomi/finansiering. Skatt till regionerna försvinner och finansiering av sjukvården sker genom skatteväxling från regionerna till staten. Anslagen till regionerna fördelas via viktade system.

Regionernas andra uppgifter avser trafik och regional utveckling och kan fortsätta att ledas från de nya storregionerna via separata styrelser skilda från sjukvårdsledningen.

Primärvårdens reformering måste komma högt på dagordningen. Patientansvarig läkare (PAL) skall finnas för alla patienter. PAL kan även synkronisera vård som ges från specialistsjukvården. Glappet mellan regional och kommunal sjukvård försvinner med gemensam huvudman.

Vilka konsekvenser ser du/ni att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna få ur olika perspektiv?

Förutsättningarna för att bedriva vården i enlighet med HSLs portalparagraf kan säkerställas. Det innebär att behovsprioritering av vården kan ske enligt den etiska plattformen som ligger till grund för HSL. Grunden för ledning och styrning av sjukvården är den kunskap och erfarenhet som finns i de medicinska professionerna. Läkarna är den högst utbildade yrkeskategorin i vården och har därför bäst förutsättningar att leda och styra vården i samverkan med andra aktörer. Förutsättningar för att kunna ha ledande funktion och att vara kliniskt verksam läkare bör återskapas.

Det blir lättare att anpassa sjukvårdsstrukturen, såsom antal sjukhus och deras inriktning.

Det ges tillfälle att skapa ett entydigt regelverk för samverkan mellan stat och region och som inte ger utrymme för andra vägar till finansiering än via skatten.

En uppenbar vinst av omläggningen är att femton regionorganisationer försvinner. Det kommer att innebära betydande besparingar med flera positiva andra effekter.

Staten som huvudman skall ge ramarna för sjukvården, dvs finansieringen, men lämna utförandet och detaljstyrningen till de bäst lämpade professionellt kunniga.

En nystart för regionerna som arbetsgivare, som tar ansvar för att all personal får en anpassad löneutveckling och kontinuerlig fortbildning.

Vilka övriga medskick eller perspektiv vill du/ni lyfta till kommitténs arbete?

Jämför med norska fastlegesystemet som har 20 år på nacken och som har primärvårdsläkare som är egenföretagare. Mest goda effekter redovisas, men även nackdelar i form av lång veckoarbetstid. Det förstatligande vi förespråkar har likheter med den norska modellen.

Studera och lär även av andra sjukvårdssystem i välfärdsländer. Man måste inte uppfinna allt själv.

Den 22 december 2023

Bengt Hjelmqvist
Specialist i kirurgi och allmän
medicin

Gunnar Akner
Docent
Specialist i internmedicin och
geriatrik

Stella Cizinsky
Specialist i kardiologi
Klinikchef

Robert Svartholm
Specialist i allmänmedicin

Rurik Löfmark
Specialist i kardiologi
Docent i medicinsk etik
Gävle

Helena Erlandson
Specialist i obstetrik och
gynekologi

Hans Wingstrand
Leg läk
Professor em ortopedi

Gudmar Lundqvist
Leg läkare
Fd sjukhusdirektör

Christer Petersson
Allmänläkare

Anders Sundberg
Specialist i geriatrik

Eva Öhrner
Leg läk. Specialist i allmän
psykiatri
Leg psykoterapeut,
psykoanalytiker

Jan Fornander
Distrikts- och företagsläkare

Magnus G. Lind

Gunilla Dored
Specialist i allmän psykiatri

Bo Widman

Jan Fridén
Specialist i klinisk kemi
Tid överläkare klinisk kemi

Maria Truedsson
Specialist i allmänmedicin

Jonas Sjögren
Specialist i allmänmedicin

Oskar Knutsson
Specialistläkare i palliativ
medicin
Östersund

Bengt Hansson
Specialist i allmänmedicin

Dan Lundblad
Docent
Specialist i kardiologi
Tid överläkare

Anna Spencer
Specialist i anestesi och
intensivvård
Chefläkare för mobila team och
specialiserad palliativ vård

Johan Styrud

Christer Andersson
Distriktsläkare
Professor em

Herman Holm
Specialist i psykiatri

Andreas Nyström
Med dr, Verksamhetschef
Specialist i ortopedi

Bertil Hagström
Med dr
Specialist i allmänmedicin

Carina Blomström-Lundqvist
Överläkare, professor
Specialist i kardiologi och
invärtes medicin

Christian Schmitt
Dr med
Specialist i allmänmedicin
MHA, FAA, DL

Ann-Sofi Eriksson

Lena Nylander
Med dr
Överläkare
Specialist i allmän psykiatri

Gunnar Nyberg

Per Magnusson
Specialist i
ortopedi/handkirurgi
Töres Teorell
Professor em

Magnus Högström
Överläkare Med Dr

Kurt Boman
Professor em
Specialist i kardiologi och
invärtes medicin

Meta Wiborgh
Specialist i allmänmedicin

Anna Källkvist
Specialist i allmänmedicin

Jörgen Rutegård
Docent
Specialist i allmän kirurgi

Sven Engström
Med dr
Specialist i allmänmedicin

Elisabeth Fernell
Barnneurolog
Professor i barn- och
ungdomspsykiatri

Catarina Canivet
Med dr
Specialist i allmänmedicin

Marie Sundquist
Specialist i kirurgi

Johan Löfqvist
Specialist i allmänkirurgi,
urologi och allmänmedicin

Jerzy Leppert
Specialist i allmänmedicin

Ola Brodin
Docent överläkare Tema cancer

Gunnar Rimbäck
Specialist i kirurgi

Monica Christiansson
Specialist i allmänmedicin

Lars Korsnes
Specialist i ortopedi

Annika Wassberg-Strindberg
Specialist i allmänmedicin

Kjell Johansson
Distriktsläkare
Specialist i allmänmedicin

Marcus Persson
Specialist i psykiatri

Johan Ljungberg
Specialist i allmänmedicin

Mats Eliasson
Professor emeritus, överläkare
Specialist i invärtes medicin

Elizabeth Lichtenstein
Specialist i anestesi och
intensivvård

Lars-Erik Holmgren

Gunnar Klein
Allmänläkare
Seniorprofessor i
informatik/eHälsa.

Claes Brodin
Specialist i kirurgi