

20020410

Tuij

Skur

fr Skur

ELINNAZ SANDBERG
0740-170102

1) OF?
2) Ningshus?

Ring Gunnar X

- Ref. län. utv.

- Ant. > 75 år 2001

2090

Gravering?

- Antel. skat. sgh + antel VC

- Antal. indb. skat. 60 sk

- Kopia -> Skat. skat.

/ per län
totalt
Rita karta

Antal. år i skat.

8

**Kunskapsstyrd sjukvård
- ökat professionellt inflytande**

Kunskapsstyrd sjukvård

- ökat professionellt inflytande

Plan för landets sjukhusstruktur

Innehåll

Sammanfattning	3
Arbetsgruppens direktiv och arbetssätt	4
Definitioner	5
Sjukvårdens kostnadsutveckling	7
Sjukvårdens finansiering	7
Sjukvårdens omstrukturering	8
Kostnadsneddragningar och produktivitetsökning	8
Stopplagen – förbud att sälja akutsjukhus	10
Regeringens nationella handlingsplan	10
ÖFs uppfattning om nationella handlingsplanen	12
Förbundsskrift om sjukvårdens resursbehov	13
Sjukvårdens situation och resurser	14
Ökat samarbete mellan sjukvården och försäkringskassan	16
Ökad mångfald i sjukvårdsproduktionen	16
Kunskapsstyrning i stället för ekonomistyrning	17
Kunskapsstyrd sjukvård – ett övergripande styrinstrument	17
Tillräckliga resurser – en förutsättning för god sjukvård	18
Precisering av region- och länssjukhusens roll	18
• Högspecialiserad vård	18
• Specialiserad vård	19
Närsjukvård	20
Tänkbara utvecklingslinjer för närsjukvård	22
• Distriktsläkarbaserad	22
• Internmedicin/geriatriker/distriktsläkarbaserad	22
• Region- och länssjukhusbaserad	23
Beställar- och utförarfunktion	23
Kvalitetsuppföljning	24
Behovet av sjukhuspersonal måste preciseras	25
Arbetsmiljön – en viktig faktor för strukturplaneringen	25
Ökad patientnära forskning	26
Patienternas fria vårdval	27
 Referenser	 27

Sammanfattning

Överläkarföreningen anser att det behövs en nationell handlingsplan för landets sjukhus, då den av riksdagen beslutade handlingsplanen för sjukvården inte i tillräcklig grad omfattar sjukhusen. Det är därför tillfredsställande att regeringen nu tillsätter en utredning med syfte att ta fram en sådan handlingsplan.

Situationen för landets sjukhusvård är bekymmersam. Sjukvården saknar idag tillräckliga resurser. Utbudet och kvaliteten på sjukhusvården är ojämlikt fördelad över landet. Sjukhusvårdens planering är inte kunskapsstyrd utan utgår från resursbegränsningar. Sjukhusvården har en dålig arbetsmiljö, särskilt avseende jourarbetet med för få vårdplatser, där den ökande patienttillströmningen under jourtid dramatiskt ökar risken för ohälsa hos personalen. Sjukvården styrs av en otydlig beställar- och utförarfunktion och har en otillräcklig kvalitetsuppföljning. Möjligheterna till patientnära kliniska forskning begränsas alltmer. Sjukvården har för lite samarbete med försäkringskassorna för att kunna medverka till att minska den alarmerande ökningen av sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

Överläkarföreningen anser att

- Sjukhusvården ska vara kunskapsstyrd, evidensbaserad och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Sjukvården skall tillföras tillräckliga resurser - minst 9 procent av BNP senast år 2004.
- Högspecialiserad sjukvård vid regionsjukhus skall vara statligt finansierad och ha statlig beställarorganisation.
- Specialiserad sjukvård skall vara statligt finansierad och ha regional eller statlig beställarorganisation.
- Närsjukvård skall utvecklas nära medborgarna och finansieras och beställas av landsting eller kommun.
- Sjukvårdens utförare kan organiseras i offentlig eller privat regi, i förvaltningsform, bolag, stiftelser eller på entreprenad.
- Sjukvårdens medicinska verksamhet skall utvärderas av läkarprofessionen. Beställar- och utförarorganisationer skall utvecklas och arbeta utifrån tydliga kvalitetskriterier.

- Sjukvården skall organiseras så att arbetsmiljön blir ett föredöme för övriga arbetsplatser i landet.
- Patienternas fria vårdval motiverar att utföra redovisar vårdutbud, kvalitet och tillgänglighet.

Arbetsgruppens direktiv och arbetssätt

Sjukvårdspolitiska arbetsgruppen (SPOLA) tillsattes av ÖFs styrelse den 2 oktober 2000 med uppdrag att utarbeta förslag och policy som stödjer en kunskapsstyrd sjukvårdsstruktur med hänsyn till finansiering, ägande och driftsformer.

I gruppen ingår Anders Dahlqvist (ordförande), Roger Edin, Per Hörnsten, Marie Wedin och Leif Gustafsson (sekreterare). Gruppen antog benämningen *Sjukvårdspolitiska arbetsgruppen (SPOLA)*.

I styrelsens beslut låg också – förutom att utarbeta en rapport som underlag för styrelsens fortsatta ställningstaganden – att etablera kontakter med viktiga externa aktörer inom sjukvården som exempelvis Socialdepartementet, Riksdagen (Socialutskottet), Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket/ Försäkringskassan, patientföreningar, pensionärsföreningar m fl.

SPOLA-arbetsgruppen har utarbetat en delrapport till ÖF:s styrelse som utsänts på internremiss till ÖFs lokalavdelningar. På grundval av remissbehandlingen och ytterligare överväganden i ÖFs styrelse och på ÖFs representantskapsmöte i februari 2002 har en reviderad version av rapporten tagits fram för diskussion på fullmäktigemötet i april 2002.

Definitioner

Evidensbaserad sjukvård (medicin), evidencebased medicine: medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) inom medicinskt arbete.

Evidens något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets *evidentia* = tydlighet). I termen **evidensbaserad sjukvård** betyder evidens den vetenskapliga dokumentation som efter systematisk kvalitetsgranskning samman- tagen anses utgöra "bästa tillgängliga vetenskapliga underlag". Evidens finns ofta allmänt tillgängliga i form av systematiska översikter och metaanalyser vilka enligt vissa vedertagna regler sammanfattar och kommenterar all tillgänglig dokumenta- tion av relevanta vetenskapliga undersökningar. (1)

BNP, Bruttonationalprodukt avser den totala produktionen, dvs summan av alla varor och tjänster som framställs i landet. (2)

Sjukhus: HSLs legaldefinition är att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Begreppet sjukhus är i övrigt inte närmare definierat.

Regionsjukhus avser ett sjukhus med resurser för läns-, region- och i vissa fall rikssjukvård.

Länssjukhus avser ett sjukhus som svarar för sjukvårdsområdets behov av länssjukvård.

Länsdelssjukhus avser ett sjukhus som svarar för en begränsad del av sjukvårds- områdets behov av viss länssjukvård.

Regionsjukvård avser hälso- och sjukvård i samverkan inom sjukvårdsregion för speciellt svårbemästrade och/eller sällan förekommande sjukdomstillstånd som kräver hög specialisering och/eller särskild utrustning.

Länssjukvård avser specialistvård, såväl öppen som slutna vård inom ett sjukvårdsområde som kräver kvalificerat omhändertagande.

Rikssjukvård avser flerregional hälso- och sjukvård i samverkan för den högspecialiserade vård som inte kan eller bör bedrivas inom samtliga sjukvårdsregioner.

Närsjukvård det saknas en vedertagen definition på begreppet närsjukvård.

Olika debattörer menar olika saker utan att närmare definiera vad man avser.

I några landsting (Stockholm och Skåne-regionen) används närsjukvårdsbegreppet för att beskriva en delvis ny inriktning av förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården. Den grundläggande idén är att en så stor del av vården som det är möjligt och lämpligt skall förmedlas i ett sammanhang som patienten upplever vara "nära" eller lokalt. I flera fall innefattar närsjukvården ett utvecklat samarbete med kommunerna, försäkringskassan, apoteken m fl. (4)

Hulter-Åsberg, Tibblin har i en skrift "Kärnsjukvård – en vision" beskrivit kärnsjukvård på ett sätt som närmast för tankarna till vad som i dagens debatt kallas närsjukvård. "Den sjukvård som möter de vanligast förekommande vårdbehoven."

Närsjukvård I denna rapport användes följande definition "Vård av vanliga sjukdomar skall erbjudas vid närsjukhus" (se närmare sid 21-25)

Geografisk

kompetens

inkl. häl

datainsamling

Högspecialiserad sjukvård Vård som kräver omfattande resurser avseende professionell kompetens av flera samarbetande specialiteter och stora materiella resurser med ansvar för utbildning, forskning och metodutveckling. Högspecialiserad vård bedrivs vanligen vid regionsjukhus.

Specialiserad sjukvård Vård som kräver resurser avseende professionell kompetens av flera samarbetande specialiteter och där verksamheternas omfattning är stor eller geografiska skäl talar för att vården även kan bedrivas utanför regionsjukhus. Specialiserad vård kommer även att bedrivas vid länssjukhus och vid vissa länsdelssjukhus.

Sluten vård är hälso- och sjukvård som ges till patient som är inskriven vid vårdenhet. Dagsjukvård hänförs till öppen vård. Patient som vårdas eller observeras på intagningsavdelning hänförs till slutna vård. I HSL definieras slutna vård som hälso- och sjukvård som meddelas genom inläggning på ett sjukhus. (1)

Öppen vård är annan hälso- och sjukvård än slutna vård och hemsjukvård. Till öppen vård hör dagsjukvård. Till öppen vård hör också öppen sjukhusanknuten vård eller kvalificerad medicinsk behandling i vård utanför sjukhus t ex viss dagkirurgi (tidigare kallad poliklinikvård). Kommunernas hälso- och sjukvård enl 18 § HSL är öppen vård. (1)

Primärvård är hälso- och sjukvård som utgör den första vårdnivån och som omfattar basal medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper. Till primärvården hänförs bl a alla insatser av läkare som upprätthåller funktionen som specialist i allmänmedicin inom såväl offentlig som privat verksamhet; vidare distriktssköterskeverksamhet och mödra- och barnhälsovård samt den kommunala hälso- och sjukvården. Av HSL framgår att primärvården är en del av öppen vård. Primärvård anger en vårdnivå, inte en organisatorisk del. (1)

Vårdcentral avser en anläggning för öppen hälso- och sjukvård företrädesvis för grundläggande medicinsk behandling. En sjukvårdshuvudman kan lägga ut själva driften av en vårdcentral på entreprenad till en privat vårdgivare. (1)

Sjukvårdens kostnadsutveckling

Ofta när man diskuterar och jämför sjukvårdskostnaderna i olika länder anges dessa i termer av sjukvårdskostnader per capita (korrigerat för skillnader i köpkraft) *eller* som sjukvårdskostnadernas andel av bruttonationalprodukten (BNP).

År 1980 hade Sverige den högsta BNP-andelen av alla: 9,4 procent mot 9,1 i USA och 8,4 i Tyskland. Sedan dess har BNP-andelen i Sverige sjunkit till strax under genomsnittsnivån.

Sjukvårdens kostnader i andel av BNP var år 1995 enl OECD följande

	Procent
USA	14,5
Frankrike	9,9
Österrike	9,6
Tyskland	9,6
Schweiz	9,6
Nederländerna	8,8
Finland	8,2
Belgien	8,0
Italien	7,7
SVERIGE	7,6
Spanien	7,6
Norge	7,3
Danmark	6,5
OECD Europa	8,2

Sjukvårdens finansiering

Sjukvården kostade 1998 drygt 130 miljarder kr. Den finansierades i huvudsak på följande sätt: obs

• landstingsskatt	70
• statsbidrag	15
• sjukförsäkringsavgifter	15
• patientavgifter	12,5
• läkemedelskostnad (statsbidrag)	<u>17,5</u>
S u m m a	130 miljarder kr (6)

År 2000 hade kostnaderna för hälso- och sjukvården stigit till 157 miljarder kr. (7) Raf.

Sjukvårdens omstrukturering

Svensk hälso- och sjukvård har under 1990-talet genomgått omfattande förändringar. Ädel- och Psykiatrireformerna har genomförts och en stor Läkemedelsreform förbereds. Nya styrformer har införts med beställare-/utföraresystem och ökade valmöjligheter för patienterna. Ett husläkarsystem har införts och redan hunnit avvecklas på flera håll i landet. Ett snarlikt system förespråkas nu av socialministern – familjeläkarsystemet. Sjukhus bolagiseras och vårdcentraler privatiseras eller driften läggs ut på entreprenad. Samtidigt med dessa förändringar har stora besparingar genomförts i sjukhusvården. Under perioden 1993-97 minskade de reala resurserna till landstingen med 8 procent. Antalet anställda minskade med 80 000 personer. I stället har läkemedelskostnaderna ökat på ett oroväckande sätt med 10-12 procent per år. Läkemedlens andel av de totala sjukvårdsutgifterna har på några få år fördubblats.

Kostnadsneddragningar och produktivitetsökning

I början av 1990-talet startade en unik process av kostnadsnedskärningar inom svensk hälso- och sjukvård. Bakgrunden var det svåra samhällsekonomiska läget på grund av bank-, valuta- och fastighetskriser och som bl a medförde att staten tvingades till en extrem upplåning utomlands. Den nödvändiga saneringen av statsfinanserna har bl a skett genom höjda skatter och försämrade sociala förmåner, men också genom kraftigt minskade statsbidrag till landsting och kommuner.

Sjukvården har förändrats mycket under den senaste tioårsperioden. Det har också skett stora omfördelningar mellan olika delar av sjukvården. Den slutna vården har reducerats, främst genom neddragningar av antalet vårdplatser. Under perioden 1985-91 lades 18 procent av samtliga vårdplatser ned. Samtidigt ökade antalet intagningar med drygt tio procent.

Medelvårdtiderna har minskat drastiskt. Medelvårdtiden beräknas som summa vårdtid dividerad med antal vårdtillfällen (2). För internmedicinsk korttidsvård var medelvårdtiden 14,1 dagar år 1970. År 1998 hade den sjunkit till 5,4 dagar. För allmänkirurgisk korttidsvård gällde 11,3 dagar år 1970 och 4,6 dagar år 1998. Dessutom används dagkirurgi i allt större utsträckning. Däremot har den öppna

vården och läkemedelskonsumtionen stigit kraftigt. Besparingarna inom den slutna vården uppfattas också som kraftigare genom att det skett stora personalminskningar främst vad gäller undersköterskor och sjukvårdsbiträden.

Överföringen av sjukhemsvården och ansvaret för de färdigbehandlade (sk klinik-färdiga) patienterna till primärkommunerna har också medfört en ökad belastning på akutsjukvården. Samtidigt har vårdproduktionen ökat kraftigt utan tillskott av resurser.

Strukturåtgärder har hittills ofta handlat om att lägga ned delar av eller hela sjukhus. Det är framförallt länsdelssjukhusens verksamhet och framtid som varit föremål för debatt. Detta har inneburit en betydande minskning och centralisering av antalet sjukhus. År 1980 fanns det 118 sjukhus för somatisk korttidsvård. 1996 hade antalet minskat till 90 st för att 1999 uppgå till 71 st. Minskningarna beror dels på att vissa sjukhus lagts ner som akutsjukhus (t ex Nacka och Löwenströmska) och dels på att flera sjukhus slagits ihop till en enhet (t ex Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som idag omfattar de tidigare sjukhusen Sahlgrenska, Östra och Mölndal). Under samma tid hade antalet vårdcentraler ökat från 730 till 896 st i offentlig regi (1), vartill kommer ett antal privatiserade vårdcentraler eller sådana vars drift lagts ut på entreprenad.

År 1999 fanns det enl Socialstyrelsens statistik totalt 71 sjukhus i landet med följande fördelning: 9 regionsjukhus, 22 länssjukhus och 40 länsdelssjukhus. (2)

De senaste årens avsevärda personalminskningar har i huvudsak avsett övrig sjukvårdspersonal. När det gäller läkare och sjuksköterskor har hittills inte någon minskning ägt rum. År 1970 var antalet läkare 10 000 och sjuksköterskor 35 000. År 1995 hade antalet läkare ökat till 27 000 och sjuksköterskor till 95 000. Övrig vårdpersonal ökade först men har därefter minskat avsevärt (1970: 103 000 personer, 1990: 196 000 och 1995: 150 000). Angivna siffror innefattar all sjukvårdspersonal inkl de i primärkommunal äldreomsorg och privat vård. (5)

Stora och viktiga vårdreformer skulle vinna på att prövas vetenskapligt i mindre skala och jämföras med andra alternativ när de genomförs. Nya arbetsformer bör

införas på ett sätt som medger en systematisk utvärdering hävdar Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Innan ett nytt läkemedel får användas måste det testas med vetenskapliga metoder. Men när en ny vårdform ska införas – sammanslagning av sjukhus eller kliniker, allvårdsavdelningar, akut geriatrik – ställs sällan motsvarande krav trots att den nya organisationen kan påverka både patienternas hälsa och vårdens ekonomi. Drivfjädern för omorganisationen är ofta besparingar och en önskan om att effektivisera verksamheten. Samtidigt saknas kunskaper om de ekonomiska och medicinska följder som förändringarna får i praktiken. Nu påtalar allt fler bristen på faktaunderlag inför beslut som berör vårdorganisationen. Man efterlyser bättre uppföljning och önskar en mer långsiktig vårdpolitik.

Stopplagen – förbud att sälja ut akutsjukhus

Mot bakgrund av dessa stora organisatoriska förändringar som sjukvården genomgår framförallt i Stockholm, Skåne och Västra Götaland har regeringen och miljöpartiet träffat en överenskommelse om en sk stopplag och att tillsätta en utredning ”med uppgift att analysera möjligheten och behovet av att stärka det demokratiska inflytandet i hälso- och sjukvården.” Stopplagen, som därefter antagits av riksdagen, innebär att landstingen under en tvåårsperiod med början den 1 januari 2001 förhindras att sälja eller överlåta driften på annat sätt av akutsjukhus till företag som drivs i syfte att skapa vinst till sina ägare. Av direktiven framgår också följande

Ett alternativ som bör studeras är krav på två beslut med mellanliggande val eller beslut med kvalificerad majoritet i den beslutande församlingen. De avtal som upprättas mellan huvudmannen och olika entreprenörer får inte hindra medborgarna att i val utöva sitt inflytande. Det bör således utredas om långa avtalstider som sträcker sig över mandatperioderna kan sägas utgöra ett hinder för medborgarnas inflytande. En viktig fråga för utredaren att studera är de nedläggningar av sjukhus som skett under de senaste 15 åren.

Utredningen skall lämna ett delbetänkande om möjligheterna av att införa särskilda regler för beslut om överlåtelse av driftsformerna som ersätter förbudet. Detta betänkande skall lämnas i så god tid att riksdagen ska kunna besluta om att ersätta den tillfälliga lagstiftningen med ett nytt regelverk under vårriksdagen 2002 med syfte att få ett ikraftträdande den 1 juli 2002. Utredningen skall lämna sitt slutbetänkande den 1 december 2002.

Regeringens nationella handlingsplan

Regeringens nationella handlingsplan för sjukvården (Prop 1999/2000:149), som efter separata partiöverläggningar med folkpartiet, centern och miljöpartiet antagits av riksdagen, innefattar inriktning och åtgärder för att utveckla hälso- och sjukvården enl följande

- Landstingens primärvård utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet.

- Hälso- och sjukvårdsinsatserna för äldre förbättras genom ökad läkarmedverkan, förbättrad samverkan och i övrigt utvecklad kvalitet av medicinska insatser i den kommunala primärvården.
- Insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa förbättras och stödet till personer med psykiska funktionshinder stärks.
- Mångfalden av vårdgivare inom vården och omsorgen ökar genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

Regeringen har gjort bedömningen att den önskvärda inriktningen bör kunna nås genom att ett resurstillskott på sammanlagt nio miljarder kr fördelas till landsting och kommuner samt till uppföljning och nationellt stöd under åren 2001-2004. $9 \times 10^9 - 14 \times 10^9$

Inriktningen för hur medlen får användas styrs genom avtal om utvecklingsinsatser med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

I handlingsplanen uttalar regeringen också

- att alla invånare som så önskar bör få tillgång till och kunna välja en egen läkare, en familjeläkare;
- att avtalet bör ge förutsättningar för invånarna att oavsett tidpunkt på dygnet få tillgång till adekvat kompetens och adekvata insatser i första hand inom primärvården;
- att antalet specialister i allmänmedicin i primärvården bör genomsnittligt öka med 170 per år fram till år 2008;

I riksdagsbehandlingen höjdes ambitionen ytterligare så att antalet specialister i allmänmedicin skall öka med 220 per år fram till år 2005 och därefter 200 nya per år t o m år 2008.

Därefter har regeringen presenterat ytterligare ett åtgärdsprogram där staten satsar 3,75 miljarder kr under tre år för att minska väntetiderna och ta bort köerna inom sjukvården. Målsättningen är att alla ska erbjudas behandling inom tre månader. Pengarna utgör ett riktat stöd till landstingen och ska användas för åtgärder som ökar tillgängligheten. Departementet och Landstingsförbundet har inlett ett gemensamt arbete för att utforma de förutsättningar som ska gälla för att de enskilda landstingen ska få stöd.

Åtgärdsprogrammet tillsammans med nationella handlingsplanen avses utgöra ett heltäckande program för hälso- och sjukvårdens långsiktiga utveckling. I handlingsplanen avsätts nio miljarder kr under en fyraårsperiod för att bygga ut primärvården, öka de medicinska insatserna i äldreomsorgen och förstärka psykiatrin.

Det innebär att staten under detta och de kommande tre åren satsar närmare 13 miljarder kr på att utveckla sjukvården.

Staten och landstingen delar även i fortsättningen ansvaret för läkemedelsförmånen. I ett treårigt avtal fr o m 2002 mellan staten och Landstingsförbundet garanteras att läkemedelskostnaderna inte tränger ut annan sjukvård. För att underlätta övergången lyfts läkemedel mot impotens och fetma ut ur läkemedelsförmånen. För att finansiera förmånen kommer landstingen att få ett statsbidrag under de kommande tre åren på totalt 56,1 miljarder kr (17,8 + 18,7 + 19,6 miljarder kr).

Vid socialdemokraternas partikongress november 2001 utlovade finansministern att ytterligare 2 miljarder ska tillföras landsting och kommuner, som anställer fler personer under 2002. Tillskottet ska ske genom att arbetsgivaravgifterna sänks tillfälligt. Vid samma tillfälle gjorde socialministern bedömningen att sjukvården kommer att behöva 20 miljarder i nya tillskott under de närmaste tio åren, vilket motsvarar ca 10 procent av BNP.

ÖFs uppfattning om nationella handlingsplanen

ÖFs uppfattning om regeringens Nationella Handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (NHP) har framförts på en rad olika sätt dels i en uppvaktning för riksdagens socialutskott den 26 oktober 2000, dels i ett pressmeddelande och dels i debattartiklar i Läkartidningen och Tidskriften Överläkaren.

Sammanfattningsvis har framhållits

- att regeringens nationella handlingsplan inte räcker för att komma tillrätta med problemen i sjukvården – det behövs en nationell handlingsplan även för sjukhusen;
- att det behövs mer resurser till sjukvården – sjukvårdens andel av BNP måste öka till minst nio procent inom tre år, dvs tre gånger mer än vad NHP föreslår;
- att gapet mellan medicinska möjligheter och tilldelade resurser blir allt större och att medborgarna måste få kännedom om detta;
- att sjukhusen i arbetsmiljöhänseende borde vara ett föredöme för landets arbetsplatser istället för att vara bland de sämsta; långtidssjukskrivningar och

förtidspensioner ökar och det sker en flykt av kvalificerade läkare från sjukhusen;

- att NHPs prioritering av äldrevården med fler sjukhemsplatser och kompetent läkarbemanning bör genomföras inom två år – inte fyra år som NHP föreslår.

ors

Förbundsskrift om sjukvårdens resursbehov

Läkarförbundet har i maj 2001 publicerat en skrift om hälso- och sjukvårdens resursbehov år 2001-2003. På förslag av Överläkarföreningen uttalade förra årets förbundsfullmäktige att kostnaden för hälso- och sjukvård som andel av BNP borde uppgå till lägst nio procent av BNP inom tre år och att läkarna måste få mer tid med patienterna.

Skriften belyser de svenska sjukvårdsutgifterna i ett internationellt perspektiv och utgifternas utveckling över tiden. Vidare lämnas en bedömning av vilka ekonomiska förstärkningar som krävs för att uppnå målen om hög tillgänglighet och god kvalitet för alla. Översiktligt redovisas hur denna resursförstärkning bör fördelas på olika personalkategorier, läkemedel samt investeringar i fortbildning och forskning.

ors

Enligt förbundets beräkningar skulle statsbidragen till landsting och kommuner behöva höjas med 30 miljarder kr årligen, vilket motsvarar 9 procent av BNP. En väsentlig utgångspunkt för förbundets syn på vårdens resursbehov har varit att frigöra mer läkartid för patienten. Av Landstingsförbundets årliga enkätundersökningar framgår också med stor tydlighet att medborgarna önskar mer personal och kortare väntetider. Även andra attitydundersökningar har visat att en allt större majoritet av befolkningen vill att en större andel offentliga medel tillförs hälso- och sjukvården.

Under senare år har landsting och kommuner haft stora svårigheter att behålla sina medarbetare. Lönerna måste därför höjas radikalt för att rekryteringen skall klaras. Läkarförbundet räknar med att detta, bara för den landstingsfinansierade sjukvården, kommer att kosta 16 miljarder kr. Det motsvarar en reallöneförbättring med 20 procent. Resterande 14 miljarder kr behöver – tillsammans med inkomstökningarna

från ett växande skatteunderlag – användas till att öka antalet anställda i både kommuner och landsting, till stigande läkemedelskostnader samt till investeringar i forskning, utveckling, fortbildning och ny teknik.

Sjukvårdens situation och resurser

Svensk sjukvård kännetecknas idag av fortsatta besparingar trots överbeläggningar på avdelningarna. En alltmer pressad personal har en oacceptabel arbetssituation, dålig arbetsmiljö med stress och kontinuerlig övertid samt dålig löneutveckling. ÖF anser att sjukvården behöver fastare spelregler för beställare och utförare, som kan gälla en längre tid än bara den för politikerna aktuella mandatperioden.

Det är nu hög tid för sjukvårdspolitikerna att inse problemen med och att på allvar göra något om dåliga arbetsvillkor, dålig löneutveckling och dålig arbetsmiljö. I annat fall fortsätter personalflykten från sjukvården och rekryteringen av personal försvåras. Läkarkåren måste återta inflytandet över den egna arbetssituationen. Läkarna måste åter få möjlighet att styra sin vardag och få tid över för nödvändig fortbildning/kompetensutveckling, eftertanke och reflektion.

Frågan om kortare vårdtider och minskat antal vårdplatser har drivits för långt som en följd av alltför hårda besparingskrav och effektiviseringssträvanden. Patienter får inte alltid den vård och det omhändertagande de har rätt till. På överfulla avdelningar placeras akut sjuka patienter i korridorer etc. Icke färdigbehandlade patienter skrivs ut för tidigt. Läkare tvingas ägna tid åt att leta upp ev lediga vårdplatser på andra avdelningar och kliniker i stället för att diagnostisera och behandla. Sverige har fn Europas kortaste medelvårdtider. Dessutom har antalet vårdplatser på sjukhus halverats under den senaste 10-årsperioden. Under perioden 1993-99 minskade antalet vårdplatser från 57 800 till 32 800. (Ädelreformen år 1992 medförde dessutom att 31 000 sjukhemsplatser för somatisk långtidssjukvård överfördes till primärkommunalt huvudmannaskap). Samtidigt har patienttrycket på hela sjukvården ökat, vilket lett till sämre tillgänglighet och längre väntetider för många patienter. Det behövs nu fler vårdplatser på sjukhus och sjukhem. Internmedicinen, psykiatri och äldreomsorgen är särskilt utsatta och måste få bättre resurser.

OBS

Vårdplatser

Samarbetet mellan den landstingskommunala och den primärkommunala sjukvården måste förbättras. Åldringar i kommunalt boende skall ha tillgång till läkarresurser. Den sk Samverkansutredningen har nyligen i sitt slutbetänkande (SOU 2000: 114) föreslagit att kommunerna själva skall anställa läkare till den kommunala vården fristående från landstingens huvudansvar. Samverkansutredningens huvudförslag är att ge landsting och kommuner rätt att bilda gemensamma nämnder för att lösa gemensamma uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. Det kan lösa problemet med att framförallt äldre människor, men även patienter inom psykiatrin, ibland faller mellan stolarna när vårdkedjan brister eller ingen huvudman vill ta det ekonomiska ansvaret. ÖF
psykiatri
SCM

ÖF anser att samhällets resurser till och finansieringen av sjukvården måste få en mera långsiktig lösning. Resurserna tillförs idag i ett politiskt spel om väljarnas gunst och på ett för sjukvårdens planering förödande ryckigt och osäkert sätt. Sjukvårdens spelregler måste bli fastare och mera hållbara och inte så beroende av utgången av nästa politiska val. Sjukvården är för viktig för att utgöra en bricka i de politiska partiernas spel och vara en experimentverkstad för nya politiker. ÖF

ÖF anser att debatten måste handla om hur kunskaper och kvalitet bäst utvecklas i sjukvården för patienternas bästa utan geografiska skillnader i vården. Befogenheter och ansvar måste ligga långt ute i organisationen nära patienten. Sjukhusspecialister skall vara teamansvariga och ha ett tydligt medicinskt och ekonomiskt ansvar. Organisationen måste bygga på mångfald och alternativa vårdgivare.

Den närmaste tidens utveckling vid landets sjukhus kommer också att medföra ökade kostnader för läkemedel och för medicinsk utveckling. ÖF arbetar för att sjukvården tillförs resurser som svarar mot dagens och morgondagens behov. Det måste i den allmänna debatten i massmedia klargöras att sjukvården, för att motsvara internationell standard och för att kunna tillgodogöra sig och utveckla kunskapsbaserad diagnos och behandling, inom den närmaste tre-årsperioden måste tillföras ca 30 miljarder kr. Merparten av dessa måste användas till flera anställda med konkurrenskraftiga löner och till flera vårdplatser. Vidare måste resurser avsättas för föreslagna omstruktureringar samt kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning. Erforderligt resurstillskott skall i första hand inte finansieras

genom ytterligare skattehöjningar utan genom en omfördelning av befintliga samhällsresurser.

Ökat samarbete mellan sjukvården och försäkringskassan

Särskilt angeläget är att Försäkringskassans passiva kostnader för sjukskrivningar bör bytas mot aktiva åtgärder. Det sk Finsam-projektet bör genomföras i stor skala. Ett ökat samarbete mellan sjukvården och försäkringskassorna kan förkorta väntetider för diagnostik, behandling och rehabilitering. Här finns stora resurser att överföra från minskad utslagning från arbetsmarknaden.

Ökad mångfald i sjukvårdsproduktionen

Privata vårdgivare har alltid förordats av ÖF som ett möjligt alternativ och komplement till den offentligt drivna sjukvården. En ökad mångfald inom sjukvårdsproduktionen kan också åstadkommas såväl inom som utom den landstingsdrivna sjukvården genom entreprenader, personalkollektiv, bolag eller stiftelser etc.

Utvecklingen mot en ökad mångfald med fler alternativa sjukvårdsproducenter pågår nu framförallt i Stockholm och Skåne. Det är först med fler arbetsgivare att välja emellan som medlemmarna med kraft kan ställa berättigade krav på ökat inflytande över den egna arbetssituationen och sjukvårdens utveckling. ÖF avser att nära följa utvecklingen mot en ökad mångfald i sjukvårdsproduktionen och hur detta påverkar medlemmarnas arbetsförhållanden.

Kunskapsstyrning i stället för ekonomistyrning

Kunskapsstyrd sjukvård - ett övergripande styrinstrument för sjukhusvårdens innehåll och utveckling

Kunskapsstyrd sjukvård utgår från aktuell evidens inom sjukvårdens olika områden men tar också hänsyn till att det krävs ett tillräckligt patientunderlag för att kunna upprätthålla hög kompetens och kvalitet. Många sjukdomar har liten omfattning och bör centraliseras till region- resp länssjukhus. Ekonomistyrning handlar däremot om att hålla budget och klara besparingskrav.

Den kunskapsstyrda sjukhusvården kräver att bättre kvalitetsinstrument utvecklas. Bättre system för planering, utförande, uppföljning och fortlöpande utveckling av verksamheten måste införas. Socialstyrelsen har nyligen i en rapport föreslagit ett 60-tal övergripande kvalitetsindikatorer för kvalitetsuppföljning av centrala verksamheter i hälso- och sjukvården. Behandlings- och handlingsprogram ska följas upp regelbundet. Genomslaget av nyvunna medicinska kunskaper varierar i olika delar av landet och har tagit alltför lång tid. Detta försvårar möjligheterna att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) mål om en vård på lika villkor för hela befolkningen.

På motsvarande sätt måste kunskapsstyrning krävas även när det gäller organisationsförändringar och införande av nya arbetsformer. Den administrativa strukturen skall vara ett stöd för den medicinska verksamheten.

Landstingen är för närvarande både beställare, utförare och kontrollanter. Detta måste ändras. Om landstingen finns kvar som övergripande organisation, bör de vara finansiärer och kompetenta beställare, men ej utförare. Socialstyrelsen skall ha en viktig roll som kvalitetsbedömare och i den professionella utvärderingen av sjukhusvården.

Varje specialitets framtida resursbehov måste analyseras i förhållande till den medicinska utvecklingen liksom åldersstruktur och sjuklighet hos befolkningen.

Tillräckliga resurser - en förutsättning för god sjukvård

ÖF anser att Läkarförbundets mål att vårdresurserna skall motsvara minst nio procent av BNP bör uppnås senast under år 2004. Detta bör i första hand åstadkommas utan skattehöjningar. Genom utökad och bättre samordning mellan sjukvården och försäkringskassan, kan väntetider för diagnostik, behandling och rehabilitering begränsas. Kostnaden för långtidssjuka och förtidspensionerade har de senaste åren ökat kraftigt. Det finns ett klart samband mellan sjukskrivningstidens längd och risken för förtidspensionering. Överskrider sjukskrivningstiden två månader, är det bara ett fåtal som återgår i arbete. Väntetiderna för diagnostik och behandling är i nuläget ofta mer än två månader.

ÖBS

Svenska sjukhus borde också kunna konkurrera på den internationella sjukvårdsmarknaden, vilket skulle kunna tillföra ytterligare intäkter.

Men nioprocent-målet kräver också omfördelningar av de totala samhällsresurserna till förmån för hälso- och sjukvård, vilket många medborgare prioriterar enl flera opinionsmätningar.

Precisering av region- och länssjukhusens roll

Sverige kan i framtiden vara för litet för att ha sex självständiga sjukvårdsregioner där samtliga bedriver all högspecialiserad vård. Det är redan idag fallet med barnthoraxkirurgi. I nuläget finansieras regionsjukhusens kostnader av de i resp region ingående landstingen.

Högspecialiserad vård

ÖF anser att finansiering och beställarfunktion för högspecialiserad vård vid regionsjukhusen skall övertas av staten. Staten som beställarorganisation bör knyta till sig professionell kompetens som kan värdera de olika utförarnas kvalitet. Därmed kan en bättre resursanvändning uppnås och vård beställas vid regionsjukhus med tillräckligt patientunderlag och medicinsk kvalitet. Sannolikt skulle ett statligt övertagande av regionvården kunna medföra att lågfrekvent och komplicerad verksamhet av kvalitetsskäl måste koncentreras till vissa region-sjukhus. Patienterna kan därmed i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen

tillförsäkras en vård på lika villkor. Tillgången till högspecialiserad vård bör styras genom remisstvång.

Specialiserad vård

Specialiserad vård bedrivs vid region-, läns- och till viss del även länsdelssjukhus. Gränsdragningen mellan högspecialiserad och specialiserad vård är i många fall flytande. ÖFs uppfattning är att tillräcklig kvalitet och kompetens liksom verksamhetens omfattning bör vara styrande. Lokala beställarorganisationer kan inte uppnå tillräcklig kompetens för att beställa specialiserad vård. Lokala beställare värnar dessutom mer om arbetstillfällen än om medicinsk kvalitet.

ÖF anser att specialiserad vård skall beställas av statliga eller regionala beställarorganisationer. Därmed kan en bättre resursanvändning uppnås och nyvunnen medicinsk kunskap lättare föras ut i landet. Den snabba medicinska utvecklingen kan leda till att specialiserad vård koncentreras till färre antal sjukhus.

I Sverige finns idag 71 akutsjukhus (2). Antalet akutsjukhus kommer att minska om sjukvården ska kunna leva upp till en kunskapsstyrd vård med ett tillräckligt patientunderlag och en god arbetsmiljö. Därmed ges möjlighet att begränsa jourarbetet för specialiserad vård, vilket i sin tur leder till en förbättrad arbetsmiljö för sjukhusläkarna. Vi måste komma bort från det faktum att enstaka sjukhusläkare nödgas bemanna informella jourlinjer för att upprätthålla exempelvis kärlkirurgi.

Att hittills gjorda sjukhussammanslagningar ej varit lyckosamma beror till stor del på att man fortsatt att arbeta på samma sätt som före sammanslagningarna. Om akutverksamheten koncentreras till färre sjukhus, kan utrustning, lokaler och personal utnyttjas mer rationellt. Detta kan uppnås genom bättre individanpassade dagscheman med kortare arbetspass, men där planerad verksamhet bedrivs längre än nuvarande kontorstid.

Närsjukvård = Bas sjukvård ?

I den av riksdagen antagna nationella handlingsplanen (NHP) anges att utbyggnad av närsjukvård ska avlasta akutsjukhusen. ÖF anser att närsjukvård ska utvecklas även vid landets sjukhus. Anledningarna är flera, där bl a befolkningsutvecklingen enl Långtidsutredningen visar en kraftig minskning i glesbygd, vilket leder till sviktande patientunderlag. Exempelvis förespås att invånarantalet norr om Dalälven kommer att halveras inom 20-30 år. Dessutom minskar antalet underläkare. AT-läkarna tjänstgör kort tid vid medicin- och kirurgkliniker och blivande allmänmedicinare tjänstgör endast ca 6 månader vid medicinklinik. Jourarbetet bör begränsas. För att förbättra arbetsmiljön bör jourarbetet begränsas i synnerhet vad gäller arbete nattetid.

I NHP förutsättes en ytterligare utbyggnad av primärvården. Detta bör ge möjlighet för primärvården att ensamt ta huvudansvaret för närsjukvård på mindre orter.

I flera landsting/regioner pågår redan en översyn av sjukhusstrukturen t ex i Skåne, Gävleborg och Värmland, där närsjukvård föreslås som en avgörande vårdform nära medborgarna.

Det blir nödvändigt att ändra ett antal akutsjukhus till närsjukhus. Närsjukhusen inriktas mot ett omhändertagande av de vanliga sjukdomarna och kan därmed tillgodose allmänhetens krav om en nära och trygg vård.

Närsjukvården finansieras och beställes av landsting eller kommun

Huvudinriktningen för närsjukhus föreslås vara akutverksamhet med tillräckligt antal vårdplatser för observation, diagnostik och behandling inom i första hand internmedicin och geriatrik. Dessutom kommer specialistmottagningar att finnas för de vanligast förekommande sjukdomarna, exempelvis diabetes, kranskärslsjukdom eller urologiska sjukdomar.

Vidare föreslås närsjukhusen få en viktig slussningsfunktion för de patienter som kräver akutsjukhusets resurser som t ex intensivvård och operationsinsatser, då närsjukhusen ej föreslås ha intensivvård eller operationsverksamhet. Transport-

medicinen är idag så utbyggd att den klarar transporter av svårt sjuka till akutsjukhusen, som t ex traumafall och hjärtinfarkter. Med diagnostiska hjälpmedel som ekg-övervakning kan numera patienterna sändas till rätt sjukhus, ibland direkt förbi akutmottagning till hjärtintensivvårdsavdelning.

Anestesiverksamhet kan begränsas till dagkirurgi, men vid större närsjukhus kan anestesiläkarkompetens behövas för elektiv kirurgisk vård och hjärtsjukvård.

Vårdavdelningar vid närsjukhusen kan ha telemetri/ischemiövervakning och tillgång till specialiserad diagnostik som exempelvis röntgen, CT (datortomografi) och ultraljud. Telemedicin ger numera goda diagnostiska möjligheter.

Ytterligare en slussningsfunktion vid närsjukhusen, som blir utomordentligt viktig, är att finna rätt vårdnivå för de äldre patienterna. Ett stort antal patienter som huvudsakligen har omvårdnadsbehov, s k klinikfärdiga eller utskrivningsklara patienter, vårdas f n på landets akutsjukhus. Nära samarbete med kommunerna är nödvändigt.

De kroniska sjukdomarna, som t ex hjärtsvikt och respiratorisk svikt, utgör en stor andel av de sökande, ca 30 procent av alla vårdtillfällen vid landets sjukhus. Om dessa patienter omhändertas bättre, behöver de ej söka akut utan omhändertas i polikliniska vårdformer, som också kan innebära vård i hemmet. Om ändå dessa patienter söker vid närsjukhuset, kan man snabbare slussa ut dem till hemmet eller till sjukhem, om bättre rutiner för uppföljning etableras.

Idag används vårdplatserna på landets akutsjukhus för snabbutredningar, då allvarliga sjukdomar misstänkes. Om bättre rutiner för prioritering och planering av utredningsresurserna införes, borde dessa utredningar och behandlingar inledas vid närsjukhusens avdelningar och mottagningar.

Närsjukvård föreslås finnas även vid region- och länssjukhus, då det är en fördel att närsjukvården separeras från den elektiva specialiserade vården.

0/35 3 bal-
s/m

Läkarbemanningen vid närsjukhus kan huvudsakligen rekryteras från internmedicin, geriatrik och allmänmedicin. För att tillförsäkra rekrytering och kunskapsutveckling för de läkare som tjänstgör inom närsjukvårdens olika tänkbara modeller, är det viktigt att samarbeta och kanske också tjänstgöra vid ett närliggande akutsjukhus. Geriatriker, som tjänstgör inom den distriktsläkarbaserade närsjukvården, måste ha utbildningssamverkan med närliggande geriatrisk enhet. På motsvarande sätt bör internmedicinare och geriatriker inom närsjukvård, som har större antal vårdplatser, ha samverkan med annan närliggande akutklinik för att tillförsäkra fortbildning och kunskapsutveckling. För närsjukvård vid region- och länssjukhus kan det tänkas att man på sikt knyter särskilda akutläkare till sig. Ur arbetsmiljösynpunkt är det viktigt att även dessa specialister inte enbart arbetar med närsjukvård och akutsjukvård under hela året utan även tjänstgör inom elektiv annan vård. Särskilda akutläkare kan kanske vara värdefullt, men bör i så fall ha även annan specialinriktning. Rekryteringen av läkare till närsjukvården kommer i första hand att ske bland befintliga läkare inom såväl primärvård som sjukhusvård.

Förläggs dagkirurgi eller elektiv operativ verksamhet inom närsjukhusen, måste givetvis även dessa tjänstgöra och ha samverkan med närliggande akutsjukhus. Detta underlättar sannolikt rekryteringen av läkare.

Tänkbara utvecklingslinjer för närsjukvård

Distriktsläkarbaserad närsjukvård på mindre orter med egna närvårdsplatser 10-15 vpl. Distriktsläkaren ansvarar för vården, men sjukhusläkarkompetens med konsultinsatser från geriatriker för vård av de äldre och också från internmedicin, kirurg/ortoped rekommenderas.

Internmedicin/geriatriker/distriktsläkarbaserad närsjukvård

Egna vårdplatser för internmedicin med telemetri/ischemiövervakning för hjärtsjukvård, strokevård och geriatriska vårdplatser ca 20-60 vpl. Därmed kan merparten av dagens internmedicin och geriatrik omhändertas nära patienten. Verksamheten kompletteras med specialistläkarmottagningar för ex vis diabetes, hjärtsjukdom, urologi, ortopedi. Redan idag finns exempel på föreslagen

närsjukvårdsmodell, men där verksamheten även innefattar dagkirurgi och också planerad operativ verksamhet för ex vis höft- och knäoperationer.

Region- och länssjukhusbaserad närsjukvård

Närsjukvård föreslås utvecklas även vid region- och länssjukhus, då det finns fördelar att separera närsjukvård från övrig specialiserad akut och planerad vård. Speciella närvårdsavdelningar föreslås utvecklas nära akutmottagningen.

Närsjukvårdens viktigaste uppgift blir att slussa patienterna till rätt vårdnivå. När det krävs intensivvård slussas patienten direkt dit. Lika viktigt blir det att utnyttja geratrikernas kompetens för att slussa ut de färdigbehandlade (utskrivningsklara) patienterna och också använda deras kompetens för att minska antalet våldsökande från sjukhusboende.

Möjligheten att ytterligare öka polikliniska utredningar av de akutsökande kan också vara en del av närsjukvården. Några timmars observation kan ibland vara tillräckligt för att hitta rätt vårdnivå. Man slussar patienterna rätt och det leder till att resurserna används på effektivaste sätt.

Övriga vårdavdelningar för akut och planerad vård vid region- och länssjukhus får därigenom en bättre arbetsrytm, som kan leda till bättre arbetsmiljö och möjlighet att erbjuda en effektiv och specialiserad vård.

Sammantaget medför föreslagen sjukhusstruktur en viss centralisering, men också en decentralisering genom etablering av närsjukvård och inrättande av medicinska team med avgränsade ansvarsområden.

Beställar- och utförarfunktion

En klar majoritet av medborgarna i landet förespråkar en solidarisk, offentligt finansierad sjukvård, varför detta antas bli fallet under överskådlig tid. På längre sikt kan dock försäkringslösningar bli aktuella.

Det är viktigt att utveckla beställar- resp utförarfunktionerna. Landstingen är f n både beställare, utförare och kontrollanter av dagens sjukvård.

Beställarfunktionen för regionsjukhusens högspecialiserade vård skall vara statlig med professionell läkarkompetens, som kan bedöma var den högspecialiserade vården ska köpas.

Regions- och länssjukvårdens specialiserade vård skall beställas av statliga eller regionala beställarorganisationer.

Finansieringen rekommenderas vara statlig både för högspecialiserad och specialiserad vård och i första hand komma från de medel som staten tillskjuter.

Beställare av närsjukvården kan även i fortsättningen vara landsting eller regioner. Dock ansvarar f n kommunerna för stora delar av äldreomsorgen och kanske kan fler kommuner eller kommunförbund på sikt överta beställarfunktionen för föreslagen närsjukvård.

Detta kan leda till ett för kommunerna decentraliserat ansvar för trygg vård nära medborgarna. Landstingen skulle därmed kunna avvecklas, vilket kan leda till minskad byråkrati i synnerhet när det gäller vården av de äldre, där det nuvarande karensvårdssystemet leder till gränsdragningsproblem.

Utförarfunktionen vid landets sjukhus, såväl vid region-, läns- som närsjukhus kan drivas i offentlig eller privat regi som fristående produktionsenheter, bolag, stiftelser eller entreprenader.

Kvalitetsuppföljning

Målsättningen bör vara att professionellt utvärdera de olika medicinska verksamheterna inom ett sjukhus för att därigenom tillförsäkra god kvalitet. Det handlar om klinikens samlade medicinska kompetens vid omhändertagande av olika sjukdomar.

I föreslagen beställare/utförarmodell uppnås högre kompetens och man kommer bort från den decentraliserade beställarfunktionen. Det kommer att ställas större krav på utförarna att presentera tillräckliga underlag till beställaren avseende handlingsprogram och nyvunnen medicinsk kunskap. Därmed kan evidensbaserad

medicinsk kunskap snabbare komma hela befolkningen till del. Läkarkåren måste medverka till att ta fram tydliga kvalitetsinstrument som underlag till Socialstyrelsen, som i fortsättningen måste garantera den medicinska kvaliteten.

Behovet av sjukhuspersonal måste preciseras

Akutvården vid region- och länssjukhus kommer att i huvudsak bemannas av läkare och sjuksköterskor. Närsjukhus och närsjukvård kommer också att vara i stort behov av läkare och sjuksköterskor, men också undersköterskor. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer kommer att arbeta på samtliga nivåer, men särskilt i närsjukvården.

Verksamheten vid akut- och närsjukhus måste precisera sitt behov av administrativa resurser. Dokumentationsrutinerna är i nuläget ålderdomliga med mycket dubbelarbete. Fortsatt datorisering är nödvändig för att möjliggöra en bättre dokumentation och kommunikation.

Bedömning av utbildningsbehovet av läkare blir mycket angeläget i synnerhet då stora pensionsavgångar förväntas under det närmaste årtiondet. Dessutom var och hur utbildningen ska se ut och där handledning och mentorskap sätts i förgrunden.

Arbetskraftsbristen blir stor när 40-talisterna går i pension. Den förvärras av att många överväger att gå i förtida pension. Man måste finna sätt så att dessa läkare kvarstannar i aktivt arbete åtminstone till 65-årsdagen och gärna längre genom att erbjuda intressanta och stimulerande arbetsuppgifter som exempelvis mentorskap för yngre läkare eller som erfarna läkare inom närsjukvården.

Arbetsmiljön - en viktig faktor för planering av sjukhusstrukturen

Arbetsmiljön på sjukhusen har de senaste åren försämrats mer än på den övriga arbetsmarknaden, vilket avspeglas i ökad sjukfrånvaro, långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar.

Sjukhusens arbetsmiljö ska vara ett föredöme för övriga arbetsplatser i landet. Detta är en förutsättning för att kunna bedriva god vård.

För läkarkåren är det av största vikt att jourarbetet organiseras på ett bättre sätt som tillgodoser modern arbetsmiljö. Sjukhusstrukturen måste baseras på tillräckligt stora patientunderlag så att nuvarande förhållande med enstaka läkares jourlinjeansvar avskaffas för att undvika täta och långa arbetspass. Målsättningen för en god arbetsmiljö bör vara att jourpassens längd inte blir för långa och för de jourtyngda specialiteterna att nattjourpassen begränsas till högst två per vecka.

Vidare ses en negativ utveckling för sjukhusläkarna i och med AT-läkarna blir allt mer auskultanter och ST-läkare i allmän medicin tjänstgör allt kortare tid på sjukhus, vilket särskilt drabbar medicinklinikerna. NHP för sjukhusvård måste lösa detta förhållande.

Inrättande av läkarledda vårdteam med preciserade uppdrag och tillräckliga resurser är viktigt för att öka arbetstillfredsställelsen. Vårdteamen bör drivas som fristående enheter. Specialister bör ges möjlighet att exempelvis driva polikliniska mottagningar, diagnostiska undersökningar, operationer och behandlingar. Det har visats att vårdcentraler drivna i denna form ger högre effektivitet och högre arbetstillfredsställelse. De viktigaste skälen till en högre grad av arbetstillfredsställelse var ett tydligt uppdrag och tillräckliga resurser. Detta saknas till stor del i nuvarande sjukhusorganisation.

Arbetstakten har drivits upp och detta har lett till att patienterna inte får tillräcklig tid. Tiden för det viktiga patient-läkarmötet har blivit för knapp. Vår uppfattning är att om tillräcklig tid avsättes för detta måste arbetsförhållandena ändras.

Ökad patientnära forskning

Den patientnära kliniska forskningen har minskat påtagligt det senaste årtiondet. I föreslagen sjukhusstruktur ska utrymme avsättas för ökad patientnära forskning i synnerhet vid region- och länssjukhusen, men också vid närsjukhusen. Detta kan medföra klart bättre kvalitet i diagnos och behandling och leder till bättre underlag

för vårdprogram. Tillförda resurser kan bättre utvärderas både ur kvalitets- och ekonomisk synvinkel. Beställarorganisationen får säkrare underlag vid val av vårdproducent. Ökade resurser för patientnära forskning kan klart underlätta den framtida personalrekryteringen.

Patienternas fria vårdval

Inom en nära framtid kommer patienterna att kräva kvalitetsmått för sitt vårdval. Vårdkvalitet och skillnader i vårdkvalitet måste redovisas öppet. Om kvalitetsindikatorerna skall redovisas på landstingsnivå eller per sjukhus är en öppen fråga. Med hänvisning bl a till att stora och små sjukhus har olika patientsammansättningar menar Socialstyrelsen att redovisningen bör ske per landsting. Detta kommer säkert inte patienterna att nöja sig med utan kvalitetsuppföljningen bör inriktas mot avgränsade medicinska områden, där bedömning görs av det professionella innehållet och kvaliteten. Det handlar ofta om flera sjukhusspecialisters sammantagna kompetens i diagnostik och behandling av sjukdomar.

Konsekvenserna av landstingsförbundets rekommendation till landstingen om patienternas fria val av sjukvård fr o m 1 juli 2001 kan förutses få betydande konsekvenser för sjukhusen och måste noga analyseras.

Referenser

- (1) SBU Vetenskap & praxis 1/2001, Miniordlista sid 7-10
- (2) Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000
- (3) ÖFs Årsberättelse 2000 med Verksamhetsplan sid 20-27
- (4) Sjönellska utredningen, Tillskapande av ett familjemedicinskt institut, SOU 2001:49 sid 140
- (5) K Hulter-Åsberg/G Tibblin: Kärnsjukvård – en vision sid 26
- (6) ÖFs PM 1998 ang Kostnadsneddragningar i svensk sjukvård sid 3-6
- (7) Hälso- och sjukvårdens resursbehov 2001-2003, Sveriges läkarförbund 2001