

Motion

till Svenska Läkaresällskapets Fullmäktigemöte 180515

Vi hemställer

att Läkaresällskapet ställer sig bakom ”*Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården*” och att manifestet ska genomsyra Läkaresällskapets fortsatta arbete.

Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården (”Nätverket”) bildades 2016. De flesta deltagare har lång klinisk erfarenhet, många har innehaft ledande positioner i sjukvården och många har gedigen akademisk meritering. Nätverket har bland annat skrivit en rad artiklar (se www.aknerblog.wordpress.com) samt arrangerat två Tisdagsdebatter på Läkaresällskapet i Stockholm, 161108 och 180213 (se Läkaresällskapets YouTube-kanal).

Sedan flera decennier har sjukvården styrts på ett olämpligt sätt, vilket skapat många problem i vårdsektorn. Läkaresällskapet har i rapporten ”En värdefull vård” också noterat detta. Nätverket anser att vårdkrisen kan betraktas som en onödig artefakt, orsakad av olämplig styrning. Inte bara det kliniska arbetet utan även utbildning och forskning har påverkats negativt, liksom medicinsk kvalitet och arbetsmiljö. Olämplig styrning är inte hållbar på kort eller lång sikt och dessutom kostnadsdrivande.

Erfarenheten visar att problemen inte kan lösas genom riktade politiska ”satsningar” på t.ex. vårdplatser, personalbrist, olämpligt utformade journaler, samarbete primärvård-slutenvård-kommunal omsorg, ökande administration, nya styrmodeller etc.

Bakom dessa delproblem ligger en principiellt olämplig styrning av sjukvården; ett synsätt präglad av managerialism med politiska, administrativa och ekonomiska utgångspunkter på bekostnad av medicinsk vetenskap och etiska fundament. För att kunna lösa vårdens många problem måste vårdens organisation och styrning baseras på medicinsk logik och grundläggande kärnvärden (back-to-basics).

Nätverket publicerade i januari 2018 i Läkartidningen artikeln ”*Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården*” (bilaga). Där sammanfattas fem grundläggande principer som bör ligga till grund för en reformation av vårdssystemet: Individualisering, DBU-modellen, etik, medicinskt ansvar och politiskt ansvar. Varje punkt i manifestet får konsekvenser för det praktiska sjukvårdsarbetet, för undervisning av vårdpersonal och studerande, för FoU-arbete och för organisation/styrningen av vården.

Nätverket tror att en stor majoritet av läkarkåren kan ställa sig bakom detta manifest, och att om så sker har första steget tagits mot förändring. Om Läkaresällskapet ställer sig bakom manifestet skulle det innebära en viktig markering i ett påverkningsarbete syftande till att återintroducera den medicinska logiken i hälso- och sjukvårdens ledning och övriga verksamheter.

Sannolikt finns starkt stöd för manifestet även utanför läkarkåren, t.ex. bland andra vårdyrkesgrupper, personer i ledningen av sjukvården, patient- och närstående-organisationer samt medborgarna generellt.

180315

Gunnar Akner
läkare, Stockholm

Niklas Ekerstad
läkare, Trollhättan

Bengt Järhult
läkare, Ryd

Bilaga:

Artikel: Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården. Läkartidningen 2018;115:EYXZ (2 sid.)

Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården

66 läkare i Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården:

Gunnar Akner, specialist i internmedicin och geriatrik, med dr, Stockholm, **Christer Andersson**, specialist i allmänmedicin, med dr, Umeå, **Lars Berggren**, specialist i antestesiologi och intensivvård, med dr, Örebro, **Bo Bergstad**, specialist i allmänmedicin och internmedicin, Gävle, **Eric Bertholds**, specialist i internmedicin, Tibro, **Catarina Bitkover**, specialist i allmänkirurgi, toraxkirurgi och barnkirurgi, med dr, Stockholm, **Per Björgell**, specialist i allmänmedicin och i akutsjukvård, med dr, Råå, **Annette Bruchfeld**, specialist i njurmedicin, med dr, Stockholm, **Judith Bruchfeld**, specialist i infektionssjukdomar, med dr, Stockholm, **Jörg Carlsson**, specialist i kardiologi och medicinsk etik, med dr, Kalmar, **Stella Cizinsky**, specialist i kardiologi, Örebro, **Yvonne Dellmark**, specialist i internmedicin och reumatologi, Stockholm, **Niklas Ekerstad**, specialist i internmedicin och kardiologi, med dr, Trollhättan, **Mats Eliasson**, specialist i internmedicin, med dr, Umeå, **Sven Engström**, specialist i allmänmedicin, med dr, Jönköping, **Cecilia Ervander**, specialist i allmänmedicin, Lund, **Jan Fridén**, specialist i klinisk kemi, Göteborg, **Yngve Gustafson**, specialist i internmedicin och geriatrik, med dr, Umeå, **Bertil Hagström**, specialist i allmänmedicin, med dr, Horred, **Ola Hallén**, specialist i internmedicin och kardiologi, Karlstad, **Herman Holm**, specialist i psykiatri, Malmö, **Magnus Högström**, specialist i kirurgi och ortopedi, med dr, Umeå, **Johannes Jacks**, specialist i anesthesiologi och intensivvård, Stockholm, **Lars Jacobsson**, specialist i psykiatri, med dr, Umeå, **Kjell Johansson**, specialist i allmänmedicin, Torsås, **Bengt Järhult**, specialist i allmänmedicin, Ryd, **Johannes Järhult**, specialist i kirurgi, med dr, Jönköping, **Thomas Kellerth**, specialist i kardiologi, Örebro, **Göran Kurlberg**, specialist i kirurgi, med dr, Göteborg, **Sonja Kvint**, specialist i obstetrik och gynekologi, Skövde, **Jerzy Leppert**, specialist i allmänmedicin, med dr, Uppsala, **Magnus Lichtenstein**, specialist i barnsjukdomar, **Anne Liljedahl**, ST-läkare akutsjukvård, Piteå, **Helena Lind**, specialist i onkologi och palliativ medicin, med dr, Järfälla, **Magnus Lind**, specialist i öron-, näs- och halssjukdomar, med dr, Stockholm, **Peter Lindell**, specialist i internmedicin och kardiologi, Örebro, **Nils Littorin**, ST-läkare i psykiatri, Malmö, **Dan Lundblad**, specialist i kardiologi, med dr, Umeå, **Gudmar Lundqvist**, specialist i klinisk kemi, med dr, Uppsala, **Freja Lundström**, ST-läkare i internmedicin, Piteå, **Catharina Lysell Bergström**, specialist i internmedicin och kardiologi, Piteå, **Rurik Löfmark**, specialist i kardiologi, med dr, Gävle, **Anders Nilsson**, specialist i anesthesiologi och intensivvård, med dr, Uppsala, **Andreas Nyström**, specialist i ortopedi, Uppsala, **Louise Olsson**, specialist i kirurgi, med dr, Örebro, **Christer Petersson**, specialist i allmänmedicin, med dr, Växjö, **Lars Rocksén**, specialist i anestesi och intensivvård, Örnsköldsvik, **Mårten Rosenqvist**, specialist i kardiologi, med dr, Stockholm, **Jörgen Rutegård**, specialist i kirurgi, med dr, Umeå, **C G Sandberg**, specialist i psykiatri och företagshälsövård, Stockholm, **Christian Schmitt**, specialist i allmänmedicin, med dr, Sätilla, **Martin Serrander**, specialist i internmedicin, Nyköping, **Jonas Sjögreen**, specialist i allmänmedicin, Västerås, **Claes-Göran Stanke**, specialist i radiologi, med dr, Trollhättan, **Johan Styruud**, specialist i kirurgi, med dr, Stockholm, **Robert Svartholm**, specialist i allmänmedicin, Gammelstad, **Torgny Svenberg**, specialist i kirurgi, med dr, Stockholm, **Jan-Olof Svärd**, specialist i kirurgi, Värnamo, **Tore Södermark**, specialist i internmedicin och kardiologi, Stocksund, **Minette Söderström**, specialist i kirurgi och ortopedi, Lycksele, **Leila Tamaddon**, specialist i allmänmedicin, Stockholm, **Johan Tjärnström**, specialist i kirurgi, med dr, Trollhättan, **Ylva Vladic Stjernholm**, specialist i obstetrik och gynekologi, med dr, Stockholm, **Bengt von Zur-Mühlen**, specialist i njursjukdomar, med dr, Uppsala, **Hans Westergren**, specialist i neurokirurgi, rehabiliteringsmedicin och smärtlindring, med dr, Lund, **Hans Wingstrand**, specialist i ortopedi, med dr, Lund

Kontakt: akner.gunnar@gmail.com

Sverige avsätter större resurser till sjukvården och har fler färdigutbildade läkare och sjuksköterskor än någonsin tidigare. Ändå råder ett kristillstånd inom stora delar av vården med brist på personal och vårdplatser. Personalen är hårt pressad både i primär- och sjukhusvården och patienterna får onödigt låg vårdkvalitet och höga säkerhetsrisker till onödigt höga kostnader.

Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården anser att krisen är en onödig artefakt. Vi har nyligen publicerat två tio-i-topp-listor [1] med exempel på särskilt olämplig styrning i landstingen och i staten. Varje exempel försvårar ett från början svårt kliniskt arbete. Tillsammans skapar de ett vårdssystem som ofta motverkar och direkt förhindrar vårdkvalitet för enskilda personer. Dagens omfattande problem är dock bara en föraning av vad som väntar de närmaste 20–30 åren sett till befolkningsprognoser.

För att vända den negativa utvecklingen är det nödvändigt att tydligt betona vårdens kärnvärden. Nätverket har därför utformat fem grundläggande principer som reformationen av sjukvården måste baseras på. Arbetet bör inledas omgående.

Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården

1. Individualisering. Sjukvårdens huvuduppgift är att i samråd med varje enskild patient hjälpa denne till en så god hälsa som möjligt över tid.

2. DBU-modellen. All praktisk sjukvård består av tre grundläggande delar:

Diagnostik: Består av en kombination av a) subjektivitet = patientens upplevelse av sina hälsoproblem (symtom, besvär) i sitt sammanhang och b) objektivitet = bedömning av aktuella diagnoser och patofysiologiska processer. Här ingår även en analys av risk- och friskfaktorer (prevention).

Behandling: Alla aktuella medicinska behandlings-/vårdåtgärder samt patientens eventuella egenbehandling.

Uppföljning: Fortlöpande analys om huruvida avsedda behandlings-/vårdeffekter uppkommer samt att negativa effekter (biverkningar) minimeras.

Bästa tillgängliga evidens ska integreras med klinikerns erfarenhet och omdöme, samt patientens önskemål. Effekter av en viss typ av behandling/vård varierar ofta mycket för de enskilda patienterna, och det är i regel inte möjligt att före behandlingsstart förutse vilken effekt den kommer att få. Varje patient måste därför följas förutsättningslöst. Detta gäller i särskilt hög grad vid kroniska sjukdomar.

3. Etik. Riksdagens (1997) etiska prioriteringsplattform för sjukvården baserad på tre principer i hierarkisk ordning; a) människovärdesprincipen, b) behovs- och solidaritetsprincipen och c) kostnadseffektivitetsprincipen.

4. Medicinskt ansvar. Alla patienter bör ha rätt att fritt välja en läkare som har det övergripande medicinska ansvaret att integrera och koordinera all diagnostik och behandling (inklusive vård och omsorg) som ges av olika huvudmän eller vårdenheter och olika vårdyrkesgrupper i nära samarbete med dessa. Som grundprincip bör alla patienter ha en patientansvarig läkare (PAL) inom primärvården. När vårdbehovet så motiverar bör patienten även ha en PAL inom sjukhusspecialistvården. Ansvaret innebär en skyldighet kopplad till befogenheter.

5. Politiskt ansvar. Den politiska styrningen av sjukvården handlar om att fördela skattemedel baserat på transparent, horisontell prioritering mellan olika verksamhetsområden grundat på den etiska plattformen, följa upp att prioriteringarna följts och att beslutad budget hållits. Även vårdens organisation och styrsystem ska baseras på evidens och den etiska plattformen samt hänsyn till socioekonomi. Alla aspekter som avser den praktiska vårdverksamheten bör skötas av den medicinska professionen med minimalt inslag av politik, administration och byråkrati.

Dessa fem principer bör ligga till grund för utformning av utbildning av läkare/vårdpersonal, vårdsystemets organisation och ledning och de medicinska journalerna samt för hur det praktiska kliniska arbetet läggs upp. Kvalitet i sjukvården på gruppnivå förutsätter kvalitet på individnivå.

○ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.