

## 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 anestesiologi 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 anestesiologi 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 anestesiologi 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 företagshälsovård, Stockholm, **Christian Schmitt**, specialist i allmänmedicin, med dr, Sätilla, **Martin Serrander**, specialist i internmedicin, Nyköping, **Jonas Sjögren**, specialist i allmänmedicin, Västerås, **Claes-Göran Stanke**, specialist i radiologi, med dr, Trollhättan, **Johan Styrod**, 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 smärtt lindring, 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 vårddyrkesgrupper 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.

#### **CITERAS SOM:**

Läkartidningen. 2018;115:EYXZ

Läkartidningen 03/2018

Lakartidningen.se 2018-01-12

## **REFERENSER**

**VISA**



1. Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården. Olämpliga styråtgärder har skapat dagens vårdkris. Sjukhusläkaren. Debatt. 21 sep 2017.

## **10 KOMMENTARER**

**DÖLJ**

### **Meningen med Livet inom Sjukvården**

2018-01-12 17:04

Äntligen en grupp jag helhjärtat stöttar. Åter till sjukvårdens kärna och bort från den anonymiserade genombyråkratiserade processindustri som inte längre uppfyller lågt ställda krav på vårdkvalitet eller arbetsmiljö

Börje Haraldsson, Professor, Boende utomlands - fd professor i njurmedicin i Göteborg (2001-2015)

**Excellent!**

2018-01-12 17:57

Mycket bra! Instämmer fullt ut. Och går gärna med i detta nätverk, om det är möjligt.

Sven Román, Barn och ungdomspsykiater, Frilans i eget företag, sedan 2015 huvudsakligen på Bup i Mora

**Så rätt!!**

2018-01-12 19:35

Som kliniker sedan dryga 30 år välkomnar jag detta manifest som väl sammanfattar grundprinciper för god sjukvård. Läkekunst är inte ekonomiskt konstruerade styrmedel som lamslår Sveriges sjukvård.

Håkan Fermhede, Specialist i allmänmedicin, Kristinehamn

**Borde vara självklart**

2018-01-13 13:35

Det är oerhört nedslående att detta nätverk behövs. Egentligen borde detta vara självklart. MEN nyckelfirmuleringen är " vården bör skötas av den medicinska professionen med minimalt inslag av politik, Administratörer och byråkrati ". Så sant och så viktigt!

Jesper Persson, Överläkare, Lasarettet i Trelleborg

**Lätt att hålla med om.**

2018-01-13 14:03

Patienten , sjukdomen och den medicinska professionen ska komma först . Administration och budget kommer sedan .

Ingmar Fagerlund, allm läk, pens

**Jättebra, men ...**

2018-01-13 15:52

Jättebra. Instämmer i det mesta.

Till skillnad från Fermhede menar jag emellertid att det är just ekonomiska styrmedel som snedvridit vården de senaste två decennierna. För att få ekonomin att gå ihop sätter inte sällan primärvårdskollegor upp patienten på nytt besök för att inte förstöra statistiken. Det innebär för alla yrkesarbetande och föräldrar att man måste ta ledigt på nytt, förlora arbetsinkomst kosta på ny resa till VC eller lasarett osv. Samhällsekonomiskt vanvett. En öronkollega illustrerade detta i

söndagens granskning av den svenska sjukvården elegant genom att jämföra omedelbar borttagande av vaxpropp respektive bearbetning under flera korta besök. Det senare ger pga den ekonomiska styrningen pluspoäng och klirr i kassan.

Min andra kommentar gäller sammansättningen av gruppen. Det finns två barnkirurger med men ingen barnmedicinare. Gruppen har tydligen "kompisrekryterats" och bör kompletteras med både sjukhusbundna subspecialister och öppenvårdsläkare inom Barn- och Ungdomsmedicin och Barnpsykiatri. Det ger ett felaktigt intryck att det gäller antingen allmänmedicin eller sjukhusbunden specialistvård, utan hänsynstagande till barnmedicinens olika subspecialiteter där egentligen bara neonatologin är strikt sjukhusbunden (även om för tidigt födda inte sällan kan vårdas i hemmet under Skype-övervakning med mellanrum). Den stora massan av besök görs hos barnspecialister i öppen vård. Det kompletteras av uppföljning av patienter i behov av rehabilitering och kroniska sjukdomar. En del som måttlig astma kan ske hos barndistriktsläkare, andra tillstånd som CF, svår astma tumörsjukdomar, ärftliga metabola sjukdomar etc. sker hos subspecialister. Ibland är vården t.o.m. koncentrerat till något eller några enheter i landet. Mot den bakgrunden bör följande sats förändras. "När vårdbehovet så motiverar bör patienten även ha en PAL inom sjukhusspecialistvården. Ansvar innebär en skyldighet kopplad till befogenheter."

Jag skulle gärna delta i gruppens diskussioner men förordar också att gruppen aktivt rekryterar bland nu aktiva Barn- och Ungdomsmedicinare.

Dessutom är det en ojämn könsfördelning, vilken säkert beror på kompisskapet, jag fick det till 53 män och 13 kvinnor (20%). Bättre upp.

Sten Dreborg, Prof. emeritus, Kvinnors o Barns Hälsa, Uppsala Universitet

## Begreppsförvirring och centrala frågor

2018-01-14 12:48

Jag har en reflektion angående det Sten Dreborg säger i inledningen av sin kommentar. Jag undrar vilka primärvårdskollegorna, som han hänvisar till, är. Han nämner ju även barnspecialister i öppen vård. Det är inte helt glasklart om vi här diskuterar allmän- eller barnläkare eller både/och. Denna oklarhet speglar kanske en del av sjukvårdens problem och utmaningar. Sverige har i dagsläget ett 20-tal olika organisationer (landsting/regioner) med olika uppbyggnad/sammansättning, regelverk, förutsättningar, ekonomiska ramar. (Samtidigt ska vården vara likvärdig för alla medborgare.) Som kliniskt verksam allmänläkare i norra regionen, kan jag garantera Sten Dreborg att jag aldrig bokar ett läkarbesök som är onödigt. För att vara helt ärlig, känner jag emellanåt vanmakt över svårigheter (finna tid och resurs) att boka de läkarbesök, som jag bedömer vara nödvändiga. Begreppsförvirring, som beror på att det finns flera vitt skilda sjukvårdsorganisationer i landet, leder till att till och med vi läkare/kollegor har svårt att förstå och kommunicera med varandra. Jag tycker därför att manifestet, som bygger på erfarenheter, insikt och reflektion, inger hopp. Det fokuserar de centrala frågorna, som berör oss alla (oavsett vilken organisation vi arbetar inom). Jag tilltalas framför allt av punkt 5. De medicinska frågorna bör handhas av expertisen inom medicinska områden och inte av politiker, administratörer och byråkrater, som har utbildning och kompetens inom andra områden än de medicinska. Det är patientens hälsa och klok användning av våra gemensamma skattemedel som är de centrala frågorna. Dessa frågor är alltför viktiga för att överlämnas till personer utan medicinsk kompetens (i cirka 20 olika experimentmiljöer).

## Välkomna som deltagare i Nätverket

2018-01-14 14:50

Alla läkare som är intresserade att delta i "Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården" är välkomna att kontakta mig per e-postadress: akner.gunnar@gmail.com.

Gunnar Akner, Professor, Stockholm

## samma kritik som före privatiseringen

2018-01-15 06:47

före privatiseringen av vården, var det sk monopol, Men trots "styrningen " och big brother hade vi enligt OECD den bästa och mest kostnadseffektiva vården. Nu klagar återigen läkarna på styrningen. Den marknadsmässiga vården är som den är. Överallt. Men inte i SV före privatiseringen. Information: Skattepengarna fördelas av politiskt valda representanter . Vi väljer och därefter har beslut fattats om att en stor del av budgeten, vinsten, ska kunna plockas ut ur systemet. Och det gör den. Känner ni till beloppen?

bo sevastik, leg läk, stockholm

## Fungerande bas...

2018-01-15 14:38

Norsk primärvård fungerar. Den är läkarcentrerad, har enkla robusta styr och incitament liksom utvärderingssystem och ett obligatoriskt och tydligt krav på recertifiering som är finansierad. Att införa något liknande i Sverige och återupprätta primärvården vore en bra början!

Johan Mattsson, Allmänläkare, Länshälsan Sundsvall

---

# Läkartidningen

ADRESS: Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm TELEFON: 08-790 33 00 E-POST:  
webmaster@lakartidningen.se CHEFREDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE: Pär  
Gunnarsson FAKTURAADRESS: Läkartidningen Förlag AB, FE515, PLF1020, 105 69 Stockholm

---

---

