Remissvar på Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupps projektrapport ”En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum”.

Gemensam Välfärd (GV) lämnar följande synpunkter på Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupps projektrapport ”En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum.”

Styrningen av svensk sjukvård under de senaste decennierna:

Redan i början av 1980-talet kritiserades den svenska välfärdsstaten för att sluka alltför stora resurser och för att vara svår att anpassa till människors önskemål. Därför föreslogs i en bilaga till 1991 års statsbudget av den dåvarande socialdemokratiska regeringen, att offentlig verksamhet skulle avregleras, decentraliseras och bli mer målstyrd samt öppnas för privata initiativ och mot något som kommit att benämnas **New Public Management (NPM).**

Det som inom svensk sjukvård främst kommit att utmärka NPM är det fria vårdvalet, den fria etableringsrätten för vårdcentraler och mottagningar, upphandling av tjänster och därmed konkurrens mellan vårdgivare, både privata och landstingskommunalt drivna.

Mål- eller prestationsbaserad ersättning har gjort att yrkesetik samt vetenskap och beprövad erfarenhet har fått ”backa” för företagsekonomiska tankegångar om effektivitet och produktivitet. Ersättningssystemen har fokuserat på kvantitet i resultatredovisningarna vilket enligt rapporten i sämsta fall kunnat leda till sämre patientsäkerhet och arbetsmiljö trots att avsikten varit den motsatta.

En övertro på mätning påverkar vårdens resultat. Mätningar kan leda till överdiagnostik, medikalisering och onödiga insatser, vilket dessutom kan bli kostnadsdrivande. Det man mäter är produktivitet i form av kvantitet och inte kvalitet.

Kvalitet mäts idag ibland i begrepp som ”kundnöjdhet”. Professionella bedömningar av kvalitet utgår från en helt annan förståelse av komplexiteten, som en patient vanligtvis har svårt att bedöma, eftersom det kräver kunskap, lång erfarenhet och mångårig träning.

Projektet En Värdefull Vård har främst uppstått ur ett missnöje med rådande ersättningssystem, vilka har inverkat menligt på möjligheten att bedriva en hälso- och sjukvård i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, hälso- och sjukvårdslagen och yrkesetiken.

Några fakta rörande svensk sjukvård av idag.

Svensk sjukvård befinner sig idag i en krissituation vilket flera fakta talar för:

1) Sverige har sedan flera år en oacceptabel brist på disponibla vårdplatser. Vårdplatsbristen har förvärrats år från år och redan 2012 hade Sverige lägst antal vårdplatser per tusen invånare bland EU:s 28 medlemsländer. Vårdplatssituationen skördar varje år ett antal liv vilket visats i flera artiklar i tidningen Sjukhusläkaren. Förutom att det finns för få inrättade vårdplatser spelar också sjuksköterskebristen in. I december 2014 saknades det i Sverige 2000 sjuksköterskor och 870 vårdplatser var stängda p.g.a. personalbrist.

2) I OECD-rapporten,"Health at a glance 2013. OECD indicators", visas att Sverige hör till de OECD-länder som har högst andel praktiserande läkare per tusen invånare medan vi däremot intar bottenplatsen när det gäller antalet årliga patientbesök per invånare. I rapporten redovisas också patienterfarenheter i fyra olika avseenden i kontakter med ordinarie läkare i den öppna vården; om läkaren avsätter tillräcklig tid med patienten, lämnar lättförståeliga förklaringar, ger möjligheter för patienten att ställa frågor och involverar patienten i beslut om vård och behandling. Sverige intar bottenplatsen på alla fyra variablerna.

3) När det gäller andelen kliniskt verksamma läkare, som arbetar som generalister, har Sverige den lägsta andelen, 16 procent (tillsammans med Island) bland aktuella OECD-länder.

4) Förutom några verksamheter som verkar för de hemlösa finns idag för första gången i modern tid inga läkare som bevakar och bedriver sjukvård för samhällets mest utsatta som missbrukare, psykiskt sjuka, invandrare m.fl. grupper. Tidigare från 1940-talet och framåt fanns i en del större städer och förortskommuner socialläkare som verkade bland utsatta grupper. När hälso- och sjukvårdslagen 1982 trädde i kraft var det meningen att primärvården skulle ta hand om detta och socialläkarna försvann successivt, den siste slutade i Stockholms stad 2007.

   Primärvården har i praktiken aldrig tagit över denna verksamhet och har än mindre förutsättningar idag att göra detta.

5) I Nationella planeringstödet 2013 från Socialstyrelsen visar en prognos fram till 2025 att antalet specialiserade läkare per 100 000 invånare kommer att öka med 18 % fram till 2025, men att utvecklingen ser olika ut för olika specialiteter. Det djupt allvarliga är att specialister i allmänmedicin bedöms minska med 32 procent och psykiatrer med 28 procent.

GV:s bedömning är att ovan nämnda fakta som entydigt talar förr allvarliga brister inom svensk sjukvård till stor del har sin grund i den ensidiga marknadsekonomiska styrningen av vård och omsorg enligt New Public Management (NPM)under de senaste decennierna.

GV anser därför att det behövs en annan styrning som bygger på helt andra principer än NPM. Projektrapporten ”En Värdefull Vård” innehåller många förslag som kan bidra till en nödvändig förändring av sjukvårdens lednings- och incitamentsstrukturer.

Den etiska plattformen

I slutet av 1990-talet fastslog riksdagen den etiska plattform (i Läkaresällskapets rapport benämnd prioriteringsplattformen), som utgör grunden för planering och prioritering inom hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 1996).

Att ersättningssystem utformas så att de inte kommer i konflikt med vare sig med hälso- och sjukvårdslagen eller den etiska plattformen är grundläggande.

Den etiska plattformen bygger på tre principer 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen samt 3) kostnadseffektivitetsprincipen i nämnd ordning

Den tredje principen handlar om att hälso- och sjukvård skall bedrivas kostnadseffektivt men att kostnadsöverväganden i det enskilda fallet inte bör göras förrän de två första principerna använts.

Att följa den etiska plattformen och dess tre prioriteringsprinciper måste vara utgångspunkten i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

Några synpunkter på arbetsgruppens förslag och detaljerade åtgärder

Arbetsgruppen lägger fram åtta övergripande förslag till förändringar samt sex mer detaljerade åtgärder. GV har på några av förslagen och åtgärderna följande kommentarer:

Förslag:

1) GV anser liksom arbetsgruppen att det är nödvändigt att alla invånare erbjuds och får **en fast kontakt med en läkare med allmänmedicinsk komptetens.** Först därigenom kan vården bli mer jämlik. För att nå detta mäl måste antalet fasta allmänläkare i Sverige fördubblas inom tio år. Detta skall enligt arbetsgruppen uppnås genom en nationell reglering av antalet ST-tjänster, återrekrytering av allmänläkare inom andra verksamheter och en satsning på läkare med annan specialitet som vill fortbilda sig till specialister i allmänmedicin. Men räcker denna satsning nu när antalet allmänläkare bedöms minska med 32 procent till 2025?

   GV tvivlar. GV tror att det behövs en helt annan satsning på primärvård och praktik tidigt i läkarutbilningen. Vi anser att det är viktigt att blivande läkare tidigt utbildningen kommer i kontakt med och får möta

utsatta grupper och områden också i deras bostadsområden (se nedan under åtgärd 10). Detta kräver med nödvändighet en stark styrning av primärvårdens resurser och inriktning. Det nuvarande vårdvalssystemet förhindrar en sådan styrning.

2) Arbetsgruppen föreslår att hälso- och sjukvård, medicinsk utbildning och forskning drivs i **universitetssjukvårdsområden, USO.**

GV anser att det är viktigt att hälso- och sjukvården får en tydlig politisk styrning och att man tryggar en likvärdig standard över hela landet. Samtidigt är det viktigt att det finns ett lokalt ansvar för verksamheten och att sjukvården samordnas med kommunernas insatser för äldre. En indelning i universitetssjukvårdsområden kan sannolikt samordnas med den regionala indelning som föreslogs av Ansvarskommittén och skulle därigenom ge möjlighet till ett regionalt demokratiskt inflytande över sjukvården.

Det står i rapportens sammanfattning (sid 4) under punkt 2 att hälso- och sjukvården föreslås organiseras i **statliga universitetssjukvårdsområden** med regionalt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård och viss omsorg. Vidare står: ”USO föreslås omfatta primärvård, all övrig öppen- och sluten vård samt en del kommunala verksamheter som t.ex. äldreomsorg.” Att kommunernas (regionernas) ansvar rörande äldreomsorgen föreslås upphöra dock med ett kvarstående kommunalt (regionalt) ansvar att tillhandahålla vissa tjänster är ett genomgripande förslag som bör utvecklas och diskuteras ingående, inte minst med pensionärsorganisationerna. Det är viktigt att ha ett lokalt inflytande över de verksamheter som idag är ett kommunalt ansvar. Också primärvården bör ha en lokal förankring. En väg att gå kan vara att bygga på erfarenheterna från Danmark och Finland där man har ett kommunalt ansvar för basala sjukvårdsinsatser.

3) GV stöder förslaget att gå tillbaka till **ramanslag.** Att ha ekonomidska ersättningssystem som i Vårdval eller som föreslagits även i Värdebaserad Vård har visat sig kunna ge allvarliga konsekvenser för vårdetiken och läkarrollen samt för vårdpersonals efterföljelse av hälso- och sjukvårdslagen.

4) GV anser att **professionell granskning och klinisk revision** är både viktiga och riktiga åtgärder för att utveckla kvaliteten inom vården.. De kvalitetsförbättringar som ekonomiska incitament skulle ha resulterat i har uteblivit. Det är nödvändigt att nu stärka det professionella ansvaret och utgå från professionella värderingar.

Detaljerade åtgärder:

9) **Preventionsaspekten.**

Sjukvårdens förebyggande ansvar bör tydliggöras också på befolkningsnivå. Ett tydligt områdesansvar för primärvården skulle vara en bra grund både för epidemiologisk bevakning och samarbete med sociala verksamheter, En primärvård med ett tydligare förebyggande ansvar och med tillgång till forsknings- och utvecklingsresurser skull sannolikt vara en attraktivare arbetsplats.

10) **Socialmedicinens roll och uppdrag utreds.**

Det talas om att rikta insatser mot utsatta grupper. Om socialmedicinska team tillskapas ersätter inte dessa andra verksamheters uppdrag att verka för att vård ges utifrån behov. Däremot kan en av teamets främsta uppgifter bli att tillgodose vårdbehov hos de som inte annars tar kontakt med hälso- och sjukvården.

Socialmedicinska team skulle förslagsvis inrättas i inrättas i utsatta områden som vissa stadsdelar och förortskommuner till Stockholm och andra storstäder. Teamens främsta uppgift bör vara att bevaka de mest utsatta gruppernas situation. Teamen bör för forskning och utveckling kopplas till en socialmedicinsk enhet eller institution.

Sammanfattningsvis anser Gemensam Välfärd (GV) att rapporten En Värdefull Vård för fram många viktiga förslag och åtgärder för att få en annan inriktning på och förbättring av dagens svenska hälso- och sjukvårdssystem som befinner sig i en krissituation. GV anser därför att arbetsrapporten bör seriöst diskuteras av bland andra sjukvårdspolitiker, vårdansvariga och vårdanställda. Inte minst bör rapporten få läkare, sjuksköterskor m.fl. att bryta den tystnad som under alltför lång tid funnits i sjukvårdsdebatten

För Gemensam Välfärds Vårdnätverk

Gunnar Ågren Per Anders Flordal Jan Halldin