

**Anteckningar från NHS- mötet den 30 oktober 2014**  
(NHS:s ordförande Bibbi Carlsson leder mötet; 15 medlemmar deltar)

## 1. Forskningens villkor

Vid NHS-mötet den 11 september avslutar Kent Lundholm sin intressanta presentation med 6 frågor, nämligen

- Hur skall den medicinska etiken implementeras i sjukvården?
- Är det oetiskt att behandla komplexa sjukdomstillstånd om endast ”beprövad erfarenhet” föreligger?
- Hur långt kan man kräva att medicinska vetenskapligt grundade krav styr utformningen av sjukvårdens struktur och tillgänglighet?
- Vad är bästa indikatorer på kvalitet i vården?
- Skall kvalitetsindikatorer redovisas för: sjukhus, enheter, avdelningar, enskilda operatörer (med namn?)?
- Hur löser man problemet med ”erforderligt patientunderlag” om VGR inte uppfyller vetenskapliga kriterier för statistiskt underbyggd kvalitetssäkring på löpande basis vid t.ex. operation av rectalcancer?

Kent tar sikte på den sista frågan om ”erforderligt patientunderlag” och menar att det ”medicinska resultatet” måste bestämma var och hur vissa typer av operationer bör utföras. Som exempel använder han resultaten av operation av rectalcancer. Istället för att denna operation utförs vid 5 sjukhus i regionen bör, menar Kent, denna operation utföras vid endast ett sjukhus i regionen. Som motivering hänvisar Kent till sambandet mellan volym och resultat. För landet skulle denna operation koncentreras till 6-10 sjukhus. Kent understryker också att politikerna har ett ansvar för att dessa förhållanden får genomslag i organisation och vårdstruktur.

Den alltid uppdaterade Henric Hultin påminner sekreteraren (i efterhand) om SBU:s utredning ”Volym och resultat” från 2011. Utredningen ger stöd åt Kents slutsatser att viss verksamhet bör koncentreras till färre utbudspunkter, dock att frågan är komplex, vilket framgår av utredningens argumentation.

I sin sammanfattning konstaterar utredningen sålunda: ”Generellt är antalet volym-resultat-studier inom varje givet medicinskt område mycket begränsat. Majoriteten av studierna utgår från länder med en sjukvårdsorganisation som skiljer sig avsevärt från den svenska. Det är en allvarlig invändning om resultaten ska kunna överföras till situationen i Sverige. Generellt kan man påvisa bättre resultat - oftast lägre postoperativ mortalitet – på enheter som har större volym. I så gott som alla studier finner man dock att även en del enheter med liten volym uppvisar mycket goda resultat. Statistiskt signifikanta skillnader är inte sällan kliniskt sett små.”

Under den efterföljande diskussionen understryks angelägenheten att frågor av denna karaktär blir föremål för analys och eftertanke och att samband mellan volym och

resultat blir föremål för överväganden i samband med beslut om sjukhusens uppgifter, kompetens och resurser och i sin förlängning vårdens struktur. Här har den medicinska professionen, inte minst genom de s.k. sektorsråden, ett ansvar att se till att beslutsfattare får erforderligt beslutsunderlag. Men politikerna har, menar flera i debatten, ett sistahandsansvar för hur vården utformas. Till detta ansvar hör också att organisationen, även den ledande tjänstemannaorganisationen, har den kompetens och mod, som erfordras för att få fram erforderligt beslutsstöd.

Under denna diskussion konstateras också att politikerna är beroende av att få professionens stöd inför kontroversiella ställningstaganden. En enig medicinsk profession förutsätts underlätta politiska ställningstaganden. Detta är dock, med tanke på vad som framkommer av SBU:s utredning, inte så lätt att åstadkomma. I detta sammanhang skall också, som påpekas under diskussionen, allmänhetens inställning beaktas inför kontroversiella politiska ställningstaganden; på vilket sätt denna inställning kan komma till uttryck (eller påverkas) ligger dock utanför denna diskussion.

## **2. Effektiviteten i svensk sjukvård med utgångspunkt från presentationen av Lars Rydberg den 11 september, Stefan Fölsters debattartikel i GP den 9 oktober 2014 ”Vården behöver inte höjda skatter” och utkast till artikel från tillgänglighetsgruppen.**

Jan Bengtsson inleder med att konstatera att VGR har ett strukturellt underskott på 0,5 miljarder kronor. Han menar att man inte kan reducera verksamheten för att balansera ekonomin och underförstått finns inte heller erforderliga möjligheter för effektivisering. Men är det sjukvårdens fel, undrar han retoriskt, att skatten måste höjas och pekar på den ekonomiska förstärkning som skett inom sektorer, t.ex. kommunikationerna.

Han antyder också, som ett styrproblem, förekomsten av en mångfald statliga styr- och ersättningssystem:

- Kömiljarden
- Rehabiliteringsgarantin
- Sjukskrivningsmiljarden
- Patientsäkerhetssatsningen 2013
- Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre
- Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa
- Ersättningar till vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården (tidigare Dagmaröverenskommelsen)
- Nationella kvalitetsregister

Axel Bergh och Christer Wettervik, företrädare för tillgänglighetsgruppen, konstaterar att VGR ”rasar utför” i tillgänglighet efter att under ett antal år ha nått en bra position i landet och pekar på behovet av åtgärder:

- Utveckla en tydlig vårdstruktur
- Tillgänglighetsfrågan måste prioriteras
- Indikationsglidningar måste undvikas
- Skapa verktyg för produktions- och kapacitetsplanering

- Jämförelsetal bör användas
- Regiongemensam tidbok bör införas
- SMS-påminnelser om bokade besök bör införas på samtliga specialistmottagningar

(När detta läses kanske vi kan studera gruppens artikel i sin helhet i GP)

Under den efterföljande diskussionen framkommer synpunkter som sammanfattas i punktform:

- Med hänvisning till Fölsters artikel i GP, vars innebörd bör tas på allvar, menar flera att man kan göra mera i sjukvården; jämför med länder i OECD
- Öka patienttiden för läkare och annan personal
- Effektivt IT-system
- Flexibel resurs bör tillskapas vid kompetensbrist
- Bristen på sjuksköterskor kan vara ett hinder för ett bra omhändertagande och effektiv vårdprocess
- Förhindra uteblivna besök
- Remissflödet till sjukhusen bör reduceras
- Har primärvården rätt kompetens?
- Vem gör vad i vården? Översyn av kompetens, organisation, arbetstider och jourssystem
- ”Lägg ner beställarnämnderna” är ett utrop som återkommer (med känd förebild)

### 3. NHS arbetsgrupper

Kort genomgång av arbetsläget inom respektive grupper, varvid framkommer sammanfattningsvis följande:

- Framtidens vårdutbildningar (samverkan med regionen; kontakter avseende akademien och högskolorna i regionen)
- Tillgänglighet (artikelutkast klart)
- Kostnader, effektivitet etc (rapport avlämnad; fusion med modellgrupp)
- Modeller i vården (artikel publicerad; förbereder uppföljande artikel)
- Managementfrågor (efterfrågar hjälp/synpunkter kring följande):
  1. Skall gruppen söka efter relevanta kunskaper som finns kring ledarskap, produktionslinjer etc?
  2. Söka kunskaper om ledarskap som finns inom andra verksamheter, tex. näringslivet?
  3. Jämföra ledarskapet mellan olika verksamheter?
  4. Erfarenheter från andra länder?
  5. Fördjupa kunskaperna om Enhachers teorier om att hamna på rätt kompetensnivå
- Medicinsk kunskapsbildning (förberedande diskussioner har inletts)

### 4. Mötet avslutas

med påminnelse om kommande möten

11 december

5 februari (önskemål har framkommit att mötet senareläggs en vecka)

16 april

4 juni

Samtliga dagar kl 16 och lokal Lars Öberg på Academicum

Vid anteckningarna: Per-Olof Brogren