

## Recept mot sjukvårdskrisen

Nätverket för hälso- och sjukvård har skrivit ut sitt recept för en hälsosam utveckling för svensk sjukvård. I det korta perspektivet ordinerar vi visserligen mer resurser, men i det längre vill man se en lång rad åtgärder.

**Kurt Roos, Henric Hultin, Jan Bengtsson, Hans Johanson, Olle Stenström, Per-Olof Brogren**

po.brogren@goteborg.mail.telia.com

Artikelförfattarna är verksamma i Nätverket för hälso- och sjukvård (NHS)

<http://www.NHS11.se>

God hälso- och sjukvård är en grundbult i välfärdspolitiken. Ändå har debatten präglats av klagomål över platsbrist, överbelastad personal, brister i kontinuitet och långa väntetider även för beslutad brådskande vård, och över att tillgången till god vård är ojämlik beroende på i vilket landsting/region man bor. Varken jämförelser över tid eller med andra västländer tyder på att detta beror på ren resursbrist. Sverige sticker visserligen ut i färsk OECD-rapporter med extremt låg vårdplatstillgång (2,0 akutvårdplatser per 1 000 invånare) och lågt antal årliga läkarbesök i öppen vård, men tillgången på läkare och sjuksköterskor är dock relativt hög, och satsningen i ekonomiska mått är ungefär som genomsnittet i norra Europa. Bakgrunden till otillfredsställande tillgänglighet och arbetsmiljö är därför mångfacetterad och bör angripas på bred front.

**Nya metoder är ofta skonsammare**, mindre kostsamma och ger bättre resultat, och den tekniska/vetenskapliga utvecklingen bidrar stort till effektivare vård. Utrymme måste finnas för introduktion av nya diagnos- och behandlingsmetoder samtidigt som gamla rutiner omprövas och mönstras ut när detta är motiverat. Utvecklingen innebär ofta möjlighet att erbjuda ny diagnostik och behandling till nya stora grupper av individer (indikationsglidning). Trots lägre styckekostnad blir vårdens totalkostnad därför ofta högre och den ökade efterfrågan leder till ökad köbildning. Sjukvården blir »ett offer för sin egen framgång«.

Brister i kvalitet och säkerhet leder inte bara till lidande för patienter och närstående utan också till ineffektivitet och ökade kostnader. En nationell studie om vårdskador [1] visar att nästan 9 procent av patienter som vårdades på somatiska sjukhus hade drabbats av vårdskador som borde ha kunnat undvikas. Skadorna ledde till i genomsnitt 6 extra vårddygn, motsvarande cirka 10 procent av samtliga vårddygn. Härtill kommer att kostnaderna för felaktig läkemedelsanvändning, biverkningar och bristande följsamhet enligt vissa undersökningar uppgår till miljardbelopp varje år [2].

**Ersättningsmodellerna baseras både i** privat och i offentligt driven sjukvård som regel på hur mycket resurser som går åt för att vidta de åtgärder man gör, och inte på värdet av den nytta man åstadkommer. De bör ses i skenet av redovisningstekniska förändringar och introduktion av nya strategier, till exempel beställare/utförare och konkurrens inom det offentliga systemet, valfrihet för patienterna och fri etablering [3], reformer för vilka New public management (NPM) kan anses vara ett samlingsnamn.

Utvecklingen av vårdens IT-stöd har i hög grad skett lokalt med dålig samordning både inom och mellan landsting/regioner. Många upplever datoriseringen som en belastning och resursslukare i det dagliga arbetet. Omfattande dokumentationskrav har också minskat utrymmet för direkt patientarbete.

**Politiska åtgärder bör genomföras** såväl nationellt som regionalt. Från flera håll har framförts, bland annat av socialminister Göran Hägglund, att ett förstatligande av vården borde övervägas. Detta är en väg som vi inte vill föreslå trots uppenbar brist på central styrning, dvs nationell samordning, ofta förklarad av övergång till ramlagar. Ett förstatligande av universitetssjukhusen rekommenderas inte heller, då det skulle leda till ett delat huvudmannaskap för sjukhusvården och nya komplicerade samarbetsstrukturer. Internationella studier stödjer inte heller förslag om ändrat huvudmannaskap. Vi har inte hittat någon systematisk utvärdering som ger svar på om förändringarna av huvudmannaskapet i Norge har lett till det som avsetts.

En starkare nationell styrning (samordning) bör åstadkommas mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting (SKL), bland annat för att få fram tydliga indikationsgränser för viss vård och för införande av ny dyrbar läkemedelsbehandling. Antalet landsting/regioner bör minskas till mellan 6 och 9, som den så kallade Ansvarskommittén under ledning av Mats Svegfors föreslog 2007. Dagens landsting är inte tillräckligt stora för att utveckla spetskompetens och kompetensförsörjning. Ett mindre antal jämnstarka regioner kan lättare samarbeta i fördelningen av nationella åtaganden.

**Många av dagens regionala politiska och** administrativa organisationer utformades för de förutsättningar som gällde under senare delen av 1900-talet. I dag gäller delvis nya förutsättningar. Den enskilde individens/patientens ställning har stärkts bland annat genom den valfrihetsreform som genomförts. Samtidigt har mångfalden av vårdgivare och driftsformer ökat. Ett exempel är lagen om valfrihet (LOV) som är obligatorisk för primärvården. Ytterligare lagstiftning i samma riktning har aviserats. Vi anser därför att de politiska och administrativa organisationerna bör anpassas till dagens förutsättningar, vilket kan innebära att antalet partipolitiskt sammansatta organ måste minskas.

**Det krävs även en rad** andra åtgärder; från anpassning av arbetsscheman till ändring av organisatoriska strukturer och finansieringssystem. På många håll i landet finns goda exempel på hur innovativt tänkande lett till stora förbättringar. Ett sådant är att man på kirurgkliniken i Skövde anpassat läkarnas arbetsscheman till operationspersonalens. Väntetiderna i kön för planerad vård minskade därmed från 120 till 30 dagar. För att ta vara på och sprida lokala förbättringsinitiativ behövs en central instans, rimligen SKL.

För vanliga sjukdomar behövs väl genomarbetade vårdprocesser/flöden. Radikala åtgärder krävs för att höja kapaciteten för planerade ingrepp. Nuvarande kösituation kan inte accepteras. En väg är tydligare arbetsfördelning mellan sjukhus med enheter inriktade mot planerad vård, vilket skulle kunna kombineras med en profilering så att antalet handlagda patienter eller utförda ingrepp av ett visst slag på varje

sjukhusenhet blev tillräckligt stort för att säkra hög kvalitet.

**Ett särskilt problem är patienter med en** komplicerad eller mindre vanlig sjukdomsbild. I dag krävs ofta omfattande remitterande till olika specialister och serviceavdelningar, vilket gör att det tar lång tid innan det finns en diagnos och behandling kan inledas. Vårdprocessen blir ineffektiv samtidigt som patienten utsätts för lidande och risk för försämrat behandlingsresultat. Dessa patienter borde kunna remitteras direkt till multidisciplinära team för att snabbt och effektivt bli utredda och behandlade. Så sker till exempel vid bröstcancer, men i alldeles för liten omfattning. Mayokliniken i USA är fortfarande en förebild för sådan handläggning.

**Stora delar av patientströmmarna** till akutmottagningarna måste styras bort. Ett sätt kan vara att delar av primärvårdens jourverksamhet samlokaliseras med akutsjukhusen, dels för att ha tillgång till nödvändig röntgen- och laboratorieservice, dels för att uppnå en reell och varaktig avlastning för sjukhusen.

Vårdens IT-stöd behöver utvecklas och effektiviseras genom en tvingande nationell samordning. Via telemedicin kan remissförfarande och konsultationer ske på distans. Specialistkapacitet utnyttjas därmed på ett bättre sätt. Många kontakter mellan patient och vårdgivare bör kunna ske via e-post eller sms, exempelvis bokning, svar på undersökningar och kallelser till ytterligare åtgärder. Det borde också vara självklart att den som har en etablerad vårdkontakt ska kunna inleda en dialog om sitt problem via e-post eller sms. Satsning på vidareutbildning, bland annat specialistutbildning för sjuksköterskor, är angeläget som ett led i arbetet att höja vårdens kvalitet och säkerhet.

**Vårdens organisation och** administration är utbudsorienterad. Ju fler prestationer, desto bättre. Detta gäller i princip oavsett hur vårdens kvalitet och väntetider utvecklas. Lite tillspetsat kan man säga att systemet belönar ineffektivitet. I längden är detta synsätt förödande och kan inte ingå i en strategi som ska lösa dagens och morgondagens problem. I stället måste de för patienten värdeskapande aktiviteterna vara i fokus. Ersättningssystemen måste uppmuntra till att genomarbetade processer utvecklas och införs för olika sjukdomar/sjukdomsgrupper. Den organisatoriska strukturen bör underlätta sammanhållna processer. Fragmentiseringen av sjukhus, kliniker etc måste kunna diskuteras, och former för upphandling, incitament etc bör konstrueras om steg för steg [4].

**Ofta beskrivs sjukvårdskriser** som en kamp eller ett ställningskrig mellan olika grupper (vårdproffs, administratörer och politiker) med olika synsätt och mål. Vi menar att ett nytt, gemensamt synsätt måste till. Bästa möjliga behandling av varje enskild patient är alltid mest eftersträvanvärt för alla parter oberoende av inom vilket budgetområde patienten råkar befinna sig. All erfarenhet och alla vetenskapliga studier vi känner till talar för att »genast det bästa möjliga« är det överlägsna alternativet såväl humanitärt som samhällsekonomiskt och folkhälsopolitiskt. Med nuvarande organisatoriska och budgettekniska modeller har vi lyckats resa många hinder.

**Behövs mera resurser? Svaret är »ja«** i det korta perspektivet. Under en övergångstid krävs tillskott av resurser för investeringar i vårdplatser och IT-system, samt för att minska kostnaderna för kvalitetsbrist och komma åt en betydande rationaliseringspotential. Sjukvården står dessutom inför stora utmaningar till följd av en snabbt växande befolkning, särskilt de äldre.

- o Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

---

## o FAKTA NHS

Nätverket för hälso- och sjukvård (NHS) är en ideell, icke vinstdrivande organisation som bildades 2011 för att som oberoende aktör och tankesmedja bidra i samtal för att främja vårdens utveckling. NHS består i dag av 25 personer, alla med yrkesmässig bakgrund inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen och inom forskning och utbildning vid Göteborgs universitet. NHS tankar och idéer formas genom möten och i dialog med experter och politiker. På hemsidan [www.NHS11.se](http://www.NHS11.se) finns protokoll från möten, seminarier och rapporter.

## CITERAS SOM:

Läkartidningen. 2014;111:CUZE  
Läkartidningen 18-19/2014  
Läkartidningen.se 2014-04-29

---

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Artikelnr 2008-109-16.
2. Melander A, Nilsson JLG (red). Läkemedelsanvändning och patientnytta. Lund: Studentlitteratur; 2009.
3. Altman RB, von Otter C. Planned markets and public competition: strategic reform in northern European health systems. Buckingham: Open University Press; 1992.
4. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harv Bus Rev. 2013;91(10).

VISA 

---

## 3 KOMMENTARER

DÖLJ

### Några ifrågasättanden

2014-05-02 11:22

Artikeln är mycket intressant. Men det finns några saker jag måste ifrågasätta.

1. SKL föreslås få rollen att ta till vara förbättringsinitiativ. Det är väl högst olämpligt att en politiskt styrd organisation står för det! Bättre med oberoende professionella institutioner med uppdrag att stödja, utvärdera och sprida lokala initiativ. Både SPRI och Fammi var sådana, båda är nerlagda. Hade inte reformering varit bättre än nerläggning? Kanske var de obekväma för politiken?



idag kallar vårdcentraler. Veterinärer gör idag hembesök och röntgar husdjuren på plats hemma. Varför går det inte att få samma goda service som människa? Tekniken finns uppenbarligen.

Om Hälsovården sid 22

De två största förändringarna som har skett i sjukvården är att ny teknik gjort det möjligt att tidigare angripa obalanser i kroppen som leder till sjukdomar, och helhetssynen på hälsovård som innebär en mer aktiv roll för att få riskgrupper att leva ett sundare liv.

Istället för att vårdcentralen blir individens första kontakt med sjukvården gör personen en del tester hemma och få en diagnos via sin dator i hemmet. Om diagnosen är tvekydig eller kräver vidare analys kan personen kontakta sin hälsovårdskontakt som oftast är de nyinrättade mentorerna från hemmet och gå igenom olika möjligheter till behandling.

Den hälsovård som sköter kontakten via teleuppkoppling befinner sig i många fall i glesbygden. Då kontakten upprättas görs ett försök till matchning mellan vårdtagare och hälsovårdskontakt.

Matchningen tar hänsyn till personlighetstyper och sjukdomsbild. En betoning görs på att den sociala interaktionen fungerar. Vårdtagaren får kontinuerligt utvärdera hur relationen med hälsovårdskontakten fungerar och har möjlighet att byta om matchningen inte fungerar.

De patienter som har åkommor som inte går att lösa virtuellt i hemmet får ett besök av sjuvårdspersonal eller vid allvarigare situationer åker till akuten på närsjukhusen.

Sidan 29 ...

Den större tillgången till data gör det möjligt att räkna ut sannolikheterna och riskerna för olika sjukdomar baserat på andra patienter med snarlik DNA, exempelvis inom den egna släkten, istället för genomsnitt av patienter. Med några få undantag ger inte DNA-analyserna precisa prognoser för en persons hälsa utan procentvis för ökade risker. Dessa resultat används för att bygga upp en virtuell modell av patientens kropp. I kombination med andra vitala värden blir diagnoser och långa och korta hälso- prognoser mycket precisare jämfört med tidigare.

Läkare och vårdpersonal

En stor del av läkarnas traditionella arbetsuppgifter har mer eller mindre försvunnit år 2050. Diagnosticering av mindre åkommor, administration och samtal om hur åldrande och livsval påverkar hälsan har minskat dramatiskt. De flesta diagnoser ställs av expertsystem i hemmet. Initial kontakt med vården sker i de flesta fall med mentorer.

Om vårdpersonalen anser att expertsystemets diagnos är felaktig finns möjlighet att gå emot expertsystemen. Detta kan bara göras i undantagsfall och med en motivering. Eventuella fel i expertsystemen åtgärdas snabbt. De datorbaserade diagnoserna ger precisare diagnoser än vårdpersonalen kan ge eftersom de inte har mänskliga svagheter. De skriver inte ut lite extra läkemedel för att de tycker synd om patienten. Och de står emot patientens önskemål om mediciner istället för nödvändiga ändringar i livsstil.

MINA KOMMENTARER till artikelförför ovan

Det finns massor av fina ideer om framtidens sjukvård i denna utredning som artikelförfattarna helt avstått från att kommentera. Bl.a. skall en ny tablett EUFORIA FÅ OSS ALLA ATT MÅ BRA.

Bara att missa en sådan sak ?!?!#□%

och

Varför inte kommentera Socialdep. förslag om 150.000 sk mentorer?

Varför inte påtala behovet om finansieringen av dessa 150.000 (=1/50 svenskar)?

Ni har inte heller kommenterat Socialdepartementet upptäckt av en ny sjukdomsgrupp: VIRTUELLA SJUKDOMAR - lämnas dessa i sticket i Er framtidsmodell?

Ni har inga förslag på vad vi doktorer skall syssla med i framtiden men det har ju inte departementet heller.

:))

REFERENS - Socialdepartementets utredning

"EMPATI OCH HIGHTECH.

Hela utredningen: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/20/40/43/08a34c17.pdf>

Euforia: Sidan 37 i utredningen MENTORN bl.a. Sid: 17, 18, 22, 25, 29 (Utbildade mentorer tar över läkarrollen med hjälp av datorer), 32, 33 "Då det inte finns någon mentor som kan agera "gatekeeper" till transfereringssystemen som kan motivera och kontrollera arbetsutbudet blir ersättningarna 30 procent lägre.", 40 = beslut om behandling,

Innehållsförteckning EMPATI och HIGHTECH sid 6-7 för snabb översikt.

produktion i hemmet och hembesök – färre vårdcentraler sidan 17

Nanorobotar (Bluffmedicin) sidan 34

hjälpmedlen blir husdjur sidan 49

Watson sätter diagnoser sidan 12

Exempel på hemdiagnostik sidan 23

Kall Fusion, tvångsvård av barn sidan 52

PDF filen är sökbar på valfria söksträngar: Ex Vård evidens mentor primärvård etc

Vänstern firar 1 Maj. Tyvärr firar inte Alliansen första April men detta är inget aprilskämt

Göran Svensson, Allmänläkare, vc

---

---

# Läkartidningen

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

---

---

