

## En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum

### Remissvar från Svensk förening för allmänmedicin

Rapporten har initialt behandlats i styrelsen och ett utkast till remissvar togs då fram. Detta skickades tillsammans med rapporten ut på intern remissrunda till samtliga SFAMs råd och lokalföreningar. Inkomna synpunkter har därefter sammanställts varefter remissvaret från SFAM färdigställts.

### Sammanfattande bedömning

Behovet av att olika aktörer i svensk hälso- och sjukvård deltar i debatten kring styrning och organisation är stort. Vi välkomnar därför Svenska Läkaresällskapets initiativ En värdefull vård som ett viktigt inlägg i debatten. Syftet med rapporten är gott och SFAM ställer sig bakom många av de värderingar som lyfts fram och vi hoppas att arbetet med EVV bidrar till att läkarkåren blir än mer delaktig och konstruktiv i den breda samhällsdiskussionen kring sjukvårdens framtida organisation.

Problembeskrivningen av dagens hälso- och sjukvård är till stora delar lätt att känna igen sig i för våra medlemmar. När det gäller de konkreta förslagen i rapporten och särskilt de bitvis mycket långtgående reformer som föreslås är åsikterna inom vår förening mer spridda.

SFAM vill särskilt framhålla att vi gläds åt rapportens fokus på en välutbyggd primärvårds avgörande betydelse för framtidens sjukvård. Möjligheten till en fast allmänmedicinsk läkarkontakt för alla, ett stärkt professionellt inflytande, stärkt forskning och fortbildning samt utformning av ersättningssystem som främjar god etik är mycket viktigt för en välfungerande och kostnadseffektiv sjukvård.

Rapporten är dock svårläst och bitvis motsägelsefull, såväl huvuddokumentet på 135 sidor som den 25 sidor långa sammanfattningen. Det är tydligt att de olika avsnitten har skrivits av olika personer, ibland med olika agendor. Textmassan är stor, ibland svår att förstå och tydlig röd tråd saknas ofta. Dokumentet hade vunnit på en omfattande redigering innan det skickades ut på remiss.

Svenska Läkaresällskapet ska stå för vetenskap och det är därför olyckligt att man inte samarbetat med experter på områden utanför det medicinska och att så många bedömningar och förslag bygger på subjektivt tyckande. Vi tycker också att man tydligare i rapporten borde ange vad i förslagen som är åsikter och vad som är mer förankrat vetenskapligt.

Genomgående är att läkarprofessionen lyfts fram medan övriga professioner inom hälso- och sjukvården knappt nämns. Även patientens roll är oklar och nämns oftast som någon som är i underläge i förhållande till läkarprofessionen och inte som en egen aktör med egen kunskap, vilja och förmåga att fatta beslut avseende den egna hälsan.

Läser man bara första sidan i sammanfattningen och de åtta förslagen är det mesta lätt att hålla med om men när man fördjupar sig i texten är det många förslag som blir problematiska. SFAM har valt att nedan huvudsakligen kommentera förslagen i rapporten och inte bakgrundsbeskrivning och analys då remissvaret då skulle bli alltför omfattande.

Slutligen vill vi framhålla att rapporten rätt använd sannolikt kan bidra positivt genom att föra fram läkarprofessionens unika kompetens i det breda samtal om svensk hälso- och sjukvårdsutveckling som måste till mellan en mångfald av aktörer.

SFAMs kommentarer kopplade till text i huvuddokumentet (*citerad text är kursiverad*):

### **Förord**

*Till exempel behandlas inte den teknikomvandling hälso- och sjukvården, liksom samhället i stort, genomgår. Rapporten behandlar inte heller hur ett lokalt ledarskap kan utvecklas för att hälso- och sjukvården ska kunna förändras i enighet med de målsättningar som presenteras.*

**SFAM:** Ledarskapet och i synnerhet det lokala ledarskapet är en nyckelfråga i utvecklingen av vården så att professioner får ett större utrymme i utformningen av det dagliga patientarbetet. IT-frågan är en annan nyckelfråga då dåligt fungerande och icke-kompatibla system idag stjälar mycken tid och energi. Att i rapporten välja att avstå från att belysa båda dessa områden är därför beklagligt.

### **Inledning**

#### *Sid 12*

*Att tänka i termer av slutgiltiga lösningar är naivt och i vissa avseenden till skada för det man arbetar med. Det gäller även det som presenteras i denna skrift och i det policydokument som kommer att bygga på den.*

**SFAM:** Formuleringen "slutgiltiga lösningar" ger fel associationer. Det är också märkligt att det står så här i inledningen och sedan följer väldigt konkreta och färdiga lösningsförslag i rapporten.

#### *Sid 29*

*Föreställningen att marknadsinspirerade principer resulterar i att vårdbehov och ett tillgodoseende av dessa sammanfaller är inte underbyggd i forskning. Det finns tvärtom skäl att anta att marknadsmekanismer inte passar så väl på hälso- och sjukvårdens område. Bland annat föreligger en påtaglig svårighet för patienter och medborgare att avgöra kvalitet på den "produkt" de efterfrågar eftersom det finns en kunskapsasymmetri mellan den som tillhandahåller vården och de som efterfrågar den. Detta är ett förhållande som sätter marknadskrafterna ur spel enligt gängse ekonomisk teori.*

**SFAM:** Det är oklart vad rapporten vill i detta avsnitt. En problembeskrivning görs, men förslag på alternativt system saknas.

### **Kapitel 3 Allmänmedicinens roll och betydelse**

Sid 38

#### **Inledning**

*För att bäst tillgodose patientens, medborgarens och samhällets behov av hälso- och sjukvården krävs en välfungerande primärvård. Genom kontinuitet och ett patientcentrerat arbetssätt kan hög patienttillfredsställelse och positiva effekter på folkhälsan med god kostnadseffektivitet uppnås.*

**SFAM:** Bra! Här är vi helt eniga.

Sid 42

*Det är patienten själv som utan hinder ska bestämma behovet av kontakt med allmänläkaren. Det är patienten som ger allmänläkaren uppdraget och läkaren får lösa det själv eller med hjälp av den övriga vården. Allmänmedicinen är den specialitet som vanligen bäst kan ta ansvar för kontinuiteten i vården av kroniska sjukdomar, särskilt som många patienter samtidigt har flera sjukdomar som hör till olika specialiteter. Det är patienten och läkaren som tillsammans kan avgöra hur behovet av vårdinsatser ska beskrivas och tillgodoses.*

**SFAM:** Bra! Här är vi helt eniga.

Sid 43

*I primärvården utgörs det viktigaste teamet av distriktssköterskan och allmänläkaren. Det finns starka skäl att återupprätta teamet allmänläkare och distriktssköterska i ett nära samarbete i hemsjukvården. Kvalitet och tillit i hemsjukvården förutsätter kontinuitet och kompetens för teamet allmänläkare och distriktssköterska. Det är även för övrig patientvård nödvändigt med ett dagligt samarbete och informations- och kunskapsutbyte dem emellan. Kring en mindre andel av patienterna är ett väl utarbetat samarbete med övriga kompetenser i primärvården, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer angeläget och finns redan i dag på många håll. Samverkansformerna behöver utvecklas med ökat erfarenhetsutbyte och smidigare kontaktvägar. Kontakterna med kommunen och andra organisationer i lokalsamhället behöver också utvecklas.*

**SFAM:** Bra! Här är vi eniga. Dock är det här är enda gången andra professioner utöver sjuksköterskan nämns. Teamarbete idag behöver involvera även andra kompetenser oavsett om de arbetar i kommun- eller landstingsfinansierad verksamhet.

Sid 47

*För att kunna förverkliga hälso- och sjukvårdens mål måste antalet fast verksamma allmänläkare fördubblas från dagens antal (3 888). Detta kan uppnås genom att inrätta fler ST-tjänster i allmänmedicin, genom att värva allmänläkare från andra delar i sjukvården till fasta befattningar i primärvården och genom att locka ett tillräckligt antal läkare med annan specialitet att skola om sig*

*till allmänläkare. En sådan stor förändring kan endast ske genom ett nationellt initiativ, eftersom erfarenheten entydigt visar att de enskilda landstingen inte klarar en sådan omställning.*

**SFAM:** Vi instämmer i behovet av en mer strategisk utbyggnad av ST-tjänster i allmänmedicin så att allmänläkarna blir en större andel av läkarkåren, även insatser för att locka färdiga specialister att vidareutbilda sig till allmänläkare är lovvärda.

För att bättre kunna följa utvecklingen vore en bättre registrering av aktuella tjänster önskvärd. En analys rörande bemanning i glesbygd vore behövlig.

*Sid 48*

*Styrningen har i många fall drivits så långt att den satt avtryck ända in i patientmötet och varit bestämmande för inte bara vilket samtalsämne läkaren ska initiera utan också hur samtalet ska föras. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens riktlinjer om levnadsvanor som enligt landstingens regelböcker ger ekonomisk belöning för att ange patientens alkoholkonsumtion i patientjournalen och att ange åtgärds-koden 'samtal om alkohol'. Ambitionen är att dessa uppgifter automatiskt ska överföras till ett hälsodataregister och utgöra en grund inte bara för ersättning utan också för öppna jämförelser. Här uppstår ett etiskt dilemma mellan att följa riktlinjerna och att kränka patientens integritet å ena sidan och å andra sidan att följa sin etiska övertygelse i förhållande till patienten.*

**SFAM:** Här är vi eniga. I SFAMs policydokument "Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet i primärvården" konstateras att det finns bra vetenskapligt underlag för att ersättning för medicinska utfallsmått samt för registreringar i journalen helt bör undvikas. Samtidigt är detta en ledningsfråga men också ett ansvar för den enskilde läkaren. Man måste inte göra något man tycker styr fel bara för att man får en särskild, ofta rätt liten, ersättning för det. Man kan också göra saker man tycker är bra även om man inte får en särskild ersättning för det. För att det ska gå snett krävs att det blir fel på alla tre nivåerna – finansieringssystem, ledning och den enskilde.

*Sid 49*

*Ersättningssystemet i primärvården måste därför kopplas samman med ett personligt kontrakt för varje enskild läkare.*

**SFAM:** SFAM ställer sig oreserverat positiv till idén att listning sker på en enskild läkare och inte på en vårdenheter. Detta kan praktiskt genomföras på olika sätt. Rapportens förslag väcker en del frågor: Hur skulle ett sådant kontrakt kopplas till anställning? Hur förhåller man sig till allmänläkare som egenföretagare? Hur ska eventuellt egenföretagande kopplas till dagens vårdcentraler? Ska den enskilde ha ett kontrakt direkt med ett USO? Om man är anställd - vem är läkarens chef? Hur sker samordning med övriga aktörer i närområdet?

*Uppdraget ska grunda sig på ett listningssystem där läkaren har ett personligt ansvar för de listade patienterna med 1–2 namngivna ersättare. Listtak med maximalt 1500 patienter per läkare bör införas men genomsnittet i landet bör ligga omkring 1/1300 för att säkerställa tillgänglighet, kvalitet*

*och patientsäkerhet. Läkaren ska vara specialistkompetent i allmänmedicin och fullgöra en kontinuerlig fortbildning enligt fastställda regler. Vid varje vårdcentral ska minst tre läkare vara verksamma.*

**SFAM:** Här saknar vi ett resonemang kring ST-läkarna? Hur tänker man sig möjligheten att lista på ST-läkare, en viktig fråga för ST-utbildningen i allmänmedicin? Skulle även andra specialiteter kunna bli listningsbara, t ex geriatriker och barnläkare? Vad händer om en vårdcentral inte har tre specialister i allmänmedicin? Hur löser man tillgången på primärvård till patienter vid en vakanssituation?

*Varje mottagning ska ta ett tydligt ansvar för en god resurshushållning. Ersättningen ska utformas som kapitationsersättning som viktas efter ålder och CNI (Care need index). Kompensation av höga respektive låga tal för ålder/CNI ska regleras med liststorlek eftersom patienter med stort vårdbehov kräver mer läkartid och tid av övrig personal. Vårdkrävande patienter är inte säkert hjälpta av att mottagningen/läkaren får mer pengar. Prestationsersättning och pekuniära belöningar för "kvalitetsmål" ska inte förekomma. Regler och ersättningar ska stimulera till klinisk forskning.*

*Ett delat ansvar mellan läkaren/mottagningen och finansören för kostnader för läkemedel, laboratorieprover, röntgenundersökningar etcetera bör införas med noggrann utvärdering.*

**SFAM:** Vi instämmer i att det är viktigt med ett sammanhållet ansvar för god resurshushållning och att kapitationsersättning sannolikt är den bästa grundmodellen för ersättning. Vi ser dock inte att det finns stöd för att just den viktningmodell som föreslås här är överlägsen andra viktningmodeller.

### **Forskning och kvalitetsutveckling**

*Det är nödvändigt att genom ökad allmänmedicinsk klinisk forskning stärka kunskapsunderlaget för att förbättra möjligheterna till god behandling och sjukdomsförebyggande åtgärder till alla dem som omfattas av primärvården. Även adekvat utbildning och fortbildning är beroende av forskning.*

**SFAM:** Bra! Här är vi helt eniga.

*Sid 54*

*Det krävs också ett handlingsutrymme att utifrån professionell kunskap och värderingar närma sig de problem som faller inom professionens ansvarsfär. Det omfattar tolkningsföreträde i definierandet av kvalitet men också utformande av arbetsmetoder och strukturer för att uppnå kvalitet så definierad.*

**SFAM:** Argumentet om tolkningsföreträde för professionen blir problematiskt i relation till antagandet att vårt etiska förhållningssätt per automatik synliggör patientens önskemål och värderingar. Menar man tolkningsföreträde gentemot beslutsfattare eller patienter?

*Sid 58*

*Läkarens yrkeskod omfattar ett ansvarstagande för utveckling av verksamheten genom forskning och klokt hushållande med resurser. Att ge människor bättre hälsa, ökad livskvalitet, fler friska levnadsår till en lägre kostnad stimulerar till och fordrar medicinsk forskning.*

*Forskningsresultaten från grundläggande och klinisk forskning kommer via kliniska studier och innovationer till hälso- och sjukvården. Forskning i hälso- och sjukvården bedrivs av läkare och i växande grad även av andra professioner. Dessa forskare utgör sannolikt den enskilt viktigaste förutsättningen för implementering av nya metoder och utveckling av hälso- och sjukvården.*

*Den medicinska forskningen är inte längre ämnesbaserad och ett projekt kan omfatta allt från grundläggande experiment i cellkultur till kliniska provningar. För att skapa ett framgångsrikt och kreativt forskningsklimat som genererar resultat av hög kvalitet krävs ett ökat samarbete mellan forskare från olika forskningsområden. För att identifiera och hantera de stora utmaningarna inom området behövs också stöd från myndigheter och beslutsfattare på nationell nivå.*

**SFAM:** Bra! Här är vi helt eniga.

*I nuläget framstår ibland bilden av de olika forskningsråden som splittrad och grundad på traditionell indelning i ämnesområden. Istället bör man försöka forma en tydligare samverkansbild. Här kan till exempel en ökad gemensam ämnessyn lyftas fram. Detta kan ske genom att olika forskningsråden, i ökad omfattning, har gemensamma utlysningar.*

**SFAM:** En tydligare samverkansbild är bra och viktigt. Dock är det i ovanstående stycke svårt att förstå vad rapporten i praktiken menar. Möjligen kan det bli tydligare om exempel på sådana gemensamma ämnesområden lyfts fram. Det är också oklart vilka de olika forskningsråden är. Vi har ju redan nu några stora forskningsråd som jobbar på uppdrag från regeringen i större ämnesområden såsom t ex FORTE (Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd) och Vinnova som har en avdelning för hälsa. Därutöver ges bidrag från vetenskapsrådet, landsting och ämnesspecifika fonder (t ex hjärtlungfonden och cancerfonden) som man söker på enskilda forskningsprojekt. Menar man att dessa sistnämnda forskningsråd i ökad omfattning ska ha gemensamma utlysningar?

*Sid 62*

*Modern hälso- och sjukvård bygger på samarbeten och samarbeten måste ledas vilket ställer stora krav på välutvecklade förmågor därvid lag. Läkaren är inte sällan en del i ett interprofessionellt team och ibland också ledaren för sådana team i klinisk verksamhet. Även chefspositioner i verksamheter kräver goda ledaregenskaper. Att vara en god ledare följer inte naturligt av medicinsk kompetens, eller excellens, men det underlättar, inte minst då den professionella självkänslan och tryggheten är beroende av att "kunna sitt jobb" vilket återspeglas i goda ledaregenskaper. Att vara en god ledare fordrar även integritet och ställer krav på ett handlingsutrymme, autonomi. I samtliga positioner, oavsett om de innebär ledarskap eller inte, ställs krav på samarbetsförmåga.*

*Läkaren har själv huvudansvaret att bevara och utveckla dessa egenskaper men sjukvårdsorganisationen måste tillhandahålla resurser och infrastruktur.*

*Att lämna offentlig verksamhet oreglerad är förstås inte ett alternativ men att hitta en balans som inte hotar professionernas möjlighet att fullgöra sina uppdrag utifrån vetenskap och beprövad*

*erfarenhet samt etiska principer, med bibehållet tolkningsföretråde i frågor kring bland annat kvalitet i hälso- och sjukvården, är nödvändigt.*

**SFAM:** Bra, förutom sista meningen om tolkningsföretråde, se tidigare kommentar.

*Sid 64*

*När det gäller vidareutbildningen till specialistläkare ordnar de olika specialiteterna, endast i undantagsfall, specialistexaminering för att säkerställa kompetens. Dessa examinationer är vanligen frivilliga. En del specialiteter utgör emellertid goda förebilder då krav på genomgången internationell examination ställs för att uppnådd specialistkompetens ska tillstyrkas. Läkare under vidareutbildning tar stort eget ansvar för sin utveckling. Den kravställande och kontrollerande funktion som arbetsgivaren, handledaren och slutligen Socialstyrelsen har är sammantaget för svag vilket är ett problem för att uppnå medicinsk excellens och därför också ett patientsäkerhetsproblem. För närvarande saknas ett system för att ange lägsta nivå för fortbildningen efter uppnådd specialistkompetens. Kontroller som garanterar att specialistläkare bedriver ett lärande och uppdaterar sina kompetenser är otillfredsställande.*

**SFAM:** Vi är eniga med resonemanget samtidigt som det egentligen är motstridigt att man motsäger sig extern detaljerad myndighetskontroll i andra sammanhang men inte inom detta område.

Vi saknar i rapporten ett resonemang kring ST-tjänstgöringens behov att kunna ge en successiv kompetensprogression. Progressionen bör utvärderas i ett 360 graders perspektiv regelbundet under hela utbildningen, inte bara som en specialistexamen i slutet då man ej har möjlighet att rätta till eventuella brister. Nationella utvärderings- och feedbackmetoder behöver utvecklas för att motverka ojämlikhet och för att stärka patientsäkerheten. Utbildningsstrukturen i landstingen behöver stärkas med fokus på pedagogik och kompetensprogression.

*Sid 66*

### ***Samarbete och ledarskap***

**SFAM:** Vi ställer oss kritiska till att behovet av ett moderniserat ledarskap på alla nivåer inte belyses mer än kort i detta avsnitt.

*Dagens sjukvård präglas ofta av stress- och tidsbrist vilket inverkar negativt på samarbete såväl intra- som interprofessionellt. Teamarbete försvåras mellan yrkeskategorier och specialistområden som identifierats som särskilt viktiga för att utveckla inte minst vården av multisjuka patienter med stora behov.*

*Ledning och styrning inspirerad av modeller utformade för storskalig varuproduktion har införts på bred front i hälso- och sjukvården. Det är mycket olyckligt, inte minst då i princip all sjukvård är småskalig. Styrmodellernas negativa inverkan har blivit än större då ledningen av den medicinska verksamheten alltmer har övertagits av personalkategorier, som ibland inte har medicinsk utbildning.*

*Läkarprofessionen har i stor utsträckning retirerat från ledningsuppdrag kanske för att kunna fortsätta att bekänna sig till de professionella värderingar som en gång motiverade yrkesvalet.*

**SFAM:** Rapporten ger en märklig syn på ledarskap där man tror att man som chef måste ge upp sina grundläggande värderingar och att det skulle finnas ett motsatsförhållande mellan professionens och chefernas värderingar.

*Sid 68*

**SFAM:** Etik är viktigt och en ökad dialog kring etiska principer såväl på övergripande plan som i det dagliga arbetet är nödvändigt. Vi anser dock att rapporten möjligen lägger väl stort fokus på detta.

*Kraven för legitimation till läkaryrket ankommer på läkarprofessionen att definiera och så är i praktiken fallet idag. Det formella godkännandet för legitimation bör även fortsättningsvis ligga på Socialstyrelsen.*

*Vi föreslår att professionen (längre ner i stycket Läkaresällskapet/sektionerna) ska ansvara för utformande av målbeskrivning, examination och informellt godkännande av specialistläkarkompetens.*

**SFAM:** Vi tycker detta är ett bra förslag förutsatt att tillräckliga medel tillförs SLS/sektionerna så att det nya uppdraget kan skötas på ett tillfredsställande sätt.

### **3. Alla specialistläkare ska genomgå årlig fortbildning utifrån en individuell fortbildningsplan.**

**SFAM:** Här är vi eniga och detta förslag överensstämmer i allt väsentligt med SFAMs fortbildningspolicy och vår pågående fortbildningsåtgärder.

*Sid 69*

*Fortbildningen av läkare (den utbildning som tar vid efter specialistexamen) är idag oreglerad. Sverige är i det närmaste unikt därvid lag och ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det inte någon acceptabel ordning. Internationellt är så kallade recertifieringssystem vanligt förekommande. Att professionen själv tar ansvaret i denna fråga är tänkbart då samhällets företrädare annars kommer se sig nödda att reglera det åt professionen. Hitintills har professionen inte tagit entydig ställning i frågan.*

*Svenska Läkaresällskapet har redan tidigare föreslagit att individuella fortbildningsplaner utformas i samråd mellan läkare och företrädare för arbetsgivare (2014). Svenska Läkaresällskapet anger i dokumentet att det förslag som där förs fram kan ligga till grund för ett recertifieringssystem.*

*Fortbildningsplaner för specialistläkare ska utformas utifrån verksamhetens behov och professionella bedömningar av relevanta och nödvändiga fortbildningsinslag. Dessa bör granskas och godkännas av Svenska Läkaresällskapets sektioner. När den dokumenterade planens mål har uppnåtts erhåller specialisten "fit-to-practice"-status.*



*Systemet kan med stöd av en struktur antagen av den aktuella sektionen och godkänd av Svenska Läkaresällskapet möta ett eventuellt krav på recertifiering och därigenom skapa legitimitet och säkerställa en hög kompetensnivå för läkare efter specialistexamen.*

*Oförmåga att i fortbildning möta medicinska behov och professionellt vedertagna kunskapskrav bör ha konsekvenser för verksamhet och individ. För allmänläkare bör fortbildning kunna vara ett villkor för fortsatt allmänläkarkontrakt. För samtliga specialiteter bör kontinuerlig fortbildning vara ett krav för vidmakthållandet av specialistbeviset.*

**SFAM:** SFAM instämmer helt i att tillgång till god fortbildning är av yttersta vikt och en prioriterad patientsäkerhetsfråga. Rapporten tar dock tydligt ställning för en obligatorisk recertifiering kopplat till specialitetsbevis. Vår bild är att det saknas underlag för om detta är rätt väg att gå. SFAMs pilottest med CPD-poäng under hösten/vintern 2015 kommer förhoppningsvis att ge ett bättre underlag för ett ställningstagande.

*Sid 87*

*Tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och respekt för självbestämmande kräver en kultur där varje professionsutövare tar ansvar, eftersom dessa aspekter är intimt förknippade med personliga relationer. Ansvar för att bedöma medicinska behov, ställa korrekt diagnos, erbjuda adekvat behandling, vara tillgänglig och ansvara för uppföljning, samordning och samverkan bör i utgångsläget åligga den patientansvariga läkaren. Konkretionsgraden i beskrivningen av vad det individuella ansvaret bör omfatta måste övervägas noga. Specialister i allmänmedicin med en "lista", enligt vad som anges i kapitlet om allmänmedicinens roll och betydelse, bör ha andra skyldigheter beträffande till exempel tillgänglighet än en läkare inom slutenvården med mycket jourtjänstgöring. Andra yrkeskategorier som till exempel barnmorskor och distriktssköterskor skulle också kunna komma i fråga för analoga överväganden beträffande ansvarsfördelning mellan vårdgivare och individ.*

**SFAM:** Vi håller med om att en kultur som uppmuntrar till ökat personligt ansvar är av stort värde. Vi måste dock fråga oss om vi vill ha en detaljstyrning över vilket ansvarsområde vi har? Vår bild är att ansvarsområden måste utvecklas dynamiskt och anpassas utifrån lokala förutsättningar.

*Sid 102*

*Vi kan konstatera att det inte finns ett ersättningssystem som tillfredsställer alla verksamheter. Därför måste varje verksamhets ersättningssystem anpassas utifrån dess uppdrag att tillgodose medicinska, eller andra, behov, och dess uppdragsgivare, dess patienter.*

**SFAM:** Här förespråkar rapporten variation i ersättningsmodeller, så som det låter med mycket stor grad av decentralisering. Samtidigt föreslår man i nästa stycke en nationell ersättningsmodell.

1. *Ersättning av hälso- och sjukvård bör baseras på ramanslag. Vi menar att den sammantagna bedömningen talar för att ersättningssystem i hälso- och sjukvården bör ske i form av*

*ramanslag baserade på demografiska, geografiska och socioekonomiska faktorer samt förväntade behov av hälso- och sjukvård.*

**SFAM:** Hur ska det förväntade behovet av hälso- och sjukvård beräknas?

*Att ge en organisatorisk enhet samlat finansieringsansvar för hela hälso- och sjukvården inom en region sporrar professionernas strävan mot samordning och kontinuitet eftersom det är förutsättning för god kostnadskontroll. Prevention kan på sikt också stimuleras eftersom det är kostandaseffektivt. Överdiagnostik och -behandling som uppstår i en fragmentiserad hälso- och sjukvård kan undvikas.*

**SFAM:** Bra! Här är vi helt eniga.

*En fråga den här rapporten inte analyserar närmare är hur respektive USO bör fördela resurserna för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål.*

**SFAM:** Här tycker vi att rapporten duckar för en av de största framtida utmaningarna.

*Att avstå från mål- och prestationsersättning bör vara en utgångspunkt och avsteg välmotiverade.*

**SFAM:** Bra! Här är vi helt eniga.

*Sid 105*

*Det fordras ett övergripande ledarskap i svensk hälso- och sjukvård för att komma till rätta med regionala ojämlikheter, brister i samordning och samverkan samt för att möjliggöra helhetssyn, samlat ansvar och utveckling.*

**SFAM:** Här finns en tro att en centraliserad organisation leder till minskad ojämlikhet. Ojämlikheter råder dock även inom mindre organisationer, t ex mellan olika vårdcentraler i en primärvårdsförvaltning.

*Sid 106*

*Enligt Tyrstrup fordras det ett grepp om hela hälso- och sjukvårdsystemet som utgörs av mycket mer än vårdgivare, verksamhetschefer och personal. En sådan utvidgad förståelse rymmer allt från politik, myndigheter, vårdgivare, professioner till patienter och det är denna totalitet av aktörer vars sammantagna output är just den svenska vården*

**SFAM:** Här är vi helt eniga. Vi hoppas att SLS och vår kår framöver ännu tydligare kommer att anamma en sådan utökad förståelse och därmed bli en mer aktiv part i detta breda samtal mellan olika aktörer.

*Sid 108*

*Nuvarande Socialministern Ardalan Shekarabi har nyligen uttalat ambitionen att se över fördelningen mellan regioner och landsting för att bilda färre men större enheter.*

**SFAM:** Korrekt titel är civilminister. I rapporten saknar vi ett mer utförligt resonemang kring ministrarnas initiativ som just innefattar en dialog med en mångfald av vårdens aktörer.

*Sid 114*

*Arbetsgruppen föreslår därför att:*

*1. Hälso- och sjukvården organiseras utifrån statliga universitetssjukvårdsområden (USO). Dessa ansvarar för att tillhandahålla, genom att själva driva eller upphandla, hälso- och sjukvård för alla boende inom regionen samt för dem som vistats där och insjuknar akut. Med hälso- och sjukvård förstås primärvård, öppenvård, slutenvård och äldreomsorg.*

**SFAM:** Vi har svårt att förstå hur man kan ta fram ett så pass konkret och detaljerat förslag utan föregående utredning. Rapporten pratar mycket om hälso- och sjukvårdens småskalighet men vill lösa det med en ytterligare centralisering av beslutsmakten till sju styrelser som samarbetar i ett nationellt råd. USO ska driva eller upphandla men vem ska besluta om vilken typ av vård som ska bedrivas? Ska USO vara både "beställare" och "utförare" – något man ju i dag kritiserar landstingen för att vara? Vi saknar i definitionen av hälso- och sjukvård barnhälsovård, mödrahälsovård och skolhälsovård samt delar av den hälso- och sjukvård som idag bedrivs i kommunernas regi såsom hemsjukvård för andra grupper än äldre, kommunal psykiatri och missbruksvård.

*Utöver hälso- och sjukvård ansvarar USO för forskning och utbildning i regionen. USO fungerar som lokala nav för dessa tre verksamheter. Den medicinska forskningen och utbildningen samordnas och leds således i samma organisation som hälso- och sjukvården. USO finansieras genom statlig skatt och ramanslag som baseras på invånarantal, socioekonomiska faktorer, geografiska faktorer, demografi och regionala merkostnader.*

**SFAM:** Vi är mycket positiva till ett utökat samarbete mellan universitet och sjukvårdshuvudmän. Vi saknar dock en problematisering kring förslaget som vad vi förstår organisatoriskt skulle frikoppla de medicinska fakulteternas ledning från resten av universiteten.

*Sid 115*

*Genom samlad finansiering alla hälso- och sjukvårdskostnader uppmuntras resurshushållning och klok resursanvändning eftersom det inte går att skjuta kostnaden till någon annan enhet med en annan budget. Varje USO tar ett helhetsansvar för finansiering av all hälso- och sjukvård, inklusive äldreomsorg, prevention och läkemedelskostnader. Att inkludera sjukskrivningskostnader i finansieringen är en fråga som kräver närmare utredning.*

**SFAM:** Vi tycker det är attraktivt med samlat ansvar men svårt på en så pass central nivå. Det är också naivt att tro att inte resurser ändå på något sätt måste fördelas i mindre

enheter. Olika ledningsnivåer nämns inte alls. Det verkar som att man tänker sig att med ansvarstagande läkare och ett samlat ekonomiskt ansvar ska inga chefer eller administratörer längre behövas?

*Ledningen av USO tillsätts av regeringen i samråd med professionernas vetenskapliga företrädare och bör bestå av företrädare för dessa två sfärer samt övrig erforderlig kompetens.*

**SFAM:** Här tycker vi att det blir riktigt problematiskt att demokratin delvis sätts ur spel när intresseorganisationer som Läkaresällskapet ska utse ansvariga chefer.

*USO representeras i ett nationellt råd som tillsammans med politiker och tjänstemän för berörda myndigheter samt professionernas vetenskapliga företrädare, ansvarar för hälso- och sjukvårdens planering och styrning. Detta möjliggör ett helhetsperspektiv vid planering av landets hälso- och sjukvård, medicinska utbildning och forskning. Det kan även utgöra grund för ansvarsutkrävande.*

**SFAM:** Vi uppfattar att rapporten menar att ett enskilt råd ska ha ansvar för ALL hälso- och sjukvård i landet och att man vill blanda politisk styrning med tjänstemannastyrning (=professionsstyrning) i samma råd. Politiken ansvarsutkrävs i praktiken i allmänna val vart fjärde år. På vilket sätt tänker man sig att professionsföreträdarna ska utkrävas ansvar och vem ska göra det? Hur ska det nationella rådet få tillräcklig kunskap om delarna för att kunna fatta välgrundade beslut? Det är svårt nog i dagens landsting, åtminstone de större regionerna.

*Sid 116*

*Den externa granskningen bör bestå i myndighetsgranskning som ska inkludera inte bara hälso- och sjukvård utan även utbildning och forskning.*

**SFAM:** Vi undrar vad rapporten menar ska granskas? Man har i tidigare kapitel ondgjort sig över att extern granskning styr fel. Vad skiljer förslaget från det system vi har idag?

*Ett förslag i linje med den här presenterade mycket översiktliga skiss innebär omfattande förändringar och behöver utredas noga.*

**SFAM:** Vi är eniga med detta påstående och undrar hur man då kunnat ta fram detta förslag som det enda förslaget och i sammanfattningen (sid 17) tillägga "... men vi anser att svensk hälso- och sjukvård har mycket att vinna på att organiseras i universitetssjukvårdområden i stället för att som idag bedrivs i en organisatorisk struktur skapad långt före modern sjukvård blev en realitet". Vi undrar också vad som är modernt i detta förslag som mer andas "Det var bättre förr"?

*Professioner skulle tvingas anlägga ett specialitetsövergripande perspektiv, vilket idag ofta brister.*

**SFAM:** Detta är huvudsakligen en ledningsfråga och löses knappast genom den föreslagna omorganisationen.

*Genom att de regionala organisationerna ges uppdrag att ansvara för såväl forskning som utbildning (universitetsuppdraget) och hälso- och sjukvård förbättras möjligheterna till att koordinera och resurssätta uppdragen i relation till varandra med möjlighet till samordningsvinster. Kliniska behov kan styra forskning och ny forskning kan snabbare överföras från akademi till "produktion" genom gemensamt huvudmannaskap. Planeringen av utbildningsresurser och dimensionering av utbildning kan anpassas efter verksamhetens behov.*

**SFAM:** Vi ser mycket positivt på en utökad samordning mellan universitetsuppdrag och hälso- och sjukvårdsuppdrag inom universitetssjukvården. Vi tror dock att en sådan utveckling är möjlig utan en radikal omorganisation enligt rapportförslaget. Risken är stor att man under många år i stället lägger fokus på omorganisationen som sådan i stället för att redan nu utveckla samverkansformer inom befintlig struktur.

*Sid 117*

*De regionala skillnaderna, det demokratiska underskottet och den otydliga ansvarsfördelning som råder mellan landsting/regioner och stat är i mångt och mycket betydande även på kommunal nivå.*

**SFAM:** Hur blir det demokratiska underskottet mindre när man bara har en politisk nivå i styrningen av hälso- och sjukvården?

*Sid 120*

*En liknande modell har använts i Sverige vid bedömning av läkares specialistutbildning (SPUR).*

**SFAM:** SPUR är en utmärkt modell för bedömning av läkares specialistutbildning och vi ser gärna en fortsättning där ökade möjligheter till och incitament för användning i primärvården ges.

*Sid 122*

*Den interna granskningen är den vilken framförallt kan förväntas tjäna syftet att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen En Värdefull Vård föreslår att ett system med professionell granskning och klinisk revision utarbetas, implementeras och drivs av vårdens professioner. Svenska Läkaresällskapet kan ta en övergripande och ledande roll i detta arbete. Lämplig samarbetspartner kan i delar vara Svensk sjuksköterskeförening.*

**SFAM:** Här tycker vi att rapporten skulle vinna på att vara mindre läkarcentrerad.

2. *Professionell granskning bör införas för att säkra kvalitetsutveckling. Enheter som handlägger likadana tillstånd bör regelbundet jämföra sina resultat för att lära av de bästa*

*och stödja de sämsta. Klinikledningarna inom respektive specialitet, eller vårdcentralledningarna, kommer överens om vilka data de vill jämföra vid respektive tillfälle.*

**SFAM:** Om jämförelser ska kunna göras måste man välja samma indikatorer. På annan plats i rapporten förespråkas nationella indikatorer. Ska det vara valfritt för den enskilda kliniken att välja vilka man vill följa upp och jämföra? Hur blir det då med den ökade jämlikheten och ett bättre underlag för patientens val (om nu valfriheten ska finnas kvar)? Man utgår också från en traditionell specialitets- och klinikindelning trots att man på annan plats förespråkar ett större samarbete mellan specialiteter vilket också måste inkludera allmänläkare och vårdcentraler.

*Det är sannolikt inte meningsfullt för granskningen att ta sig an mer än delar av verksamheten vid varje tillfälle och klinikerna gör således upp en flerårig plan för vilka områden de vill lyfta vid respektive tillfälle.*

**SFAM:** Om man mäter olika saker olika år – hur ska man då kunna följa en trend och resultat av förbättringsinsatser?

*Inför varje tillfälle bör en kunskapssammanställning över det aktuella evidensläget för den berörda verksamheten utarbetas och vid mötet diskuteras i relation till nuvarande förhållanden och planerade förbättringsåtgärder inklusive forsknings- och utbildningsbehov. SBU eller professionernas egna, nationella eller internationella, vetenskapliga sammanslutningar ansvarar lämpligen för dessa.*

**SFAM:** Detta skulle kräva stora resurser och stark nationell samordning/styrning. Vi tycker inte att förslaget är förenligt med tidigare förslag att kliniken själv ska få bestämma område för granskning.

*I någon form bör resultaten av granskningarna göras tillgängliga för politiker och allmänhet för att öka legitimiteten och förtroendet för hälso- och sjukvården. Detta tjänar även som ytterligare incitament för förbättring.*

**SFAM:** Detta görs redan via SKL:s Öppna jämförelser – ett arbete som kan och bör utvecklas framöver.

Sid 123

*Den professionella granskningen organiseras lämpligen via Svenska Läkaresällskapets sektioner. Svenska Läkaresällskapet, som obunden vetenskaplig organisation med verksamhet inom kärnområdena etik, vetenskap, utbildning och kvalitet, tar lämpligen på sig rollen av samordnande och övergripande organisatör för denna verksamhet. Sällskapets roll som oberoende professionell organisation bestående bland annat av 68 sektioner representerande de medicinska specialiteterna, gör det till en naturlig hemvist för sådan verksamhet.*

**SFAM:** Återigen bortser rapporten helt från övriga professioner och här utelämnar man även sjuksköterskorna.

3. *Klinisk revision införs. Den professionella granskningen bör även bestå av klinisk revision. Grupper som utsetts av professionerna utsedda granskar regelbundet verksamheter runt om i landet på plats. Granskningarna bör ske årligen och beakta följsamhet till evidens och andra normerande faktorer samt resultat i kvalitetsregister.*

**SFAM:** På vilken nivå tänker rapporten att årlig granskning ska ske? Vad skiljer klinisk revision från professionell granskning? Vi brukar ondöra oss över mätning av följsamhet till evidens med tanke på behov av individualiserade åtgärder. Hur rimmar det med förslaget?

*Granskningarna ska eftersträva "rättsäkerhet", konsekvens och jämlikhet över landet. De ska dock inte enbart vara inriktade på att jämföra medicinska resultat utan även inbegripa efterlevnaden av etiska principer och professionella värden. Även aspekter som forskning, utbildning och fortbildning liksom prevention ska inkluderas i utvärderingarna. Journalgenomgångar, patientintervjuer, intervjuer med personal, stickprov etcetera ska göras.*

*Målsättningen är att utveckla kvaliteten samt eftersträva jämlik hälso- och sjukvård över landet. Granskningen ska också tjäna ett legitimerande syfte och ligga till grund för förbättringsarbete.*

*De ansvariga grupperna ska utses av professionerna och inte vara större än ett halvt dussin personer. Grupperna bör bestå av kollegor med stor erfarenhet även inom forskning och utbildning, men också inkludera minst en yngre kollega som själv är under utbildning inom det aktuella området. Möjlighet att bedöma teamarbetsaspekter ska också finnas. Professionernas vetenskapliga organisationer (Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening) bör ha det övergripande ansvaret för denna verksamhet av de skäl som angivits i förslaget om professionell granskning.*

**SFAM:** Här får sjuksköterskorna vara med igen men återigen utelämnas övriga professionsföreningar/förbund. Rapporten föreslår ett oerhört resurskrävande förslag där professionsföreträdare ska genomföra årlig granskning av denna omfattning i alla verksamheter. Vi tycker att förslaget är orealistiskt och uppfattar att man vill att de professionella organisationerna helt ska ta över den roll som landstings/-regionadministration idag har?

*Trots den genomgripande förändring av granskningen av hälso- och sjukvården som vi här föreslår menar vi att det inte är nog. En övergripande granskning fordras också.*

### **3. En myndighetsfunktion för att utvärdera övergripande förändringar i hälso- och sjukvården inrättas.**

*Den interna och externa granskningen av hälso- och sjukvården behöver kompletteras med en utvärderande funktion som inbegriper hela systemet vars resultat är hälso- och sjukvård. Denna utvärdering bör ske på myndighetsnivå.*

**SFAM:** Rapporten vill i förslaget ta bort den externa granskning vi har idag och i stället ersätta den med en ännu mycket mer omfattande granskning och kontroll. Vi delar uppfattningen att mycket i dagens uppföljning och granskning kan förbättras men tror inte att detta är rätt lösning på det problemet.