



Läkarförbundets reformagenda post-covid – 29 förslag för en starkare hälso- och sjukvård

Inledning

Pandemin har tydliggjort brister i den svenska modellen för hälso- och sjukvården: otillräcklig beredskap, en dysfunktionell ansvarsfördelning mellan olika beslutsnivåer, en ojämlik vård och avsaknad av medicinsk kompetens på rätt nivåer. Nu krävs ett omtag för svensk hälso- och sjukvård.

Den har skett flera misstag och felbedömningar under pandemihanteringen. Och fortfarande befinner vi oss i pandemin. Men samtidigt går vaccinering sakta men säkert framåt. Även om vi inte vet vilka nya mutationer som ligger framför oss och vilka effekter de kan få vill vi anta att vi snart kan skönja början på slutet av pandemin.

Pandemin har inneburit och innebär enorma påfrestningar på den svenska vården. Flera av de problem och utmaningar som vi visste om sedan lång tid före pandemin ställs nu på sin spets av viruset.

På område efter område visar det sig att bristerna är många och ibland djupa. Många av problemen går att återföra till bristen på en tydlig statlig styrning. För de regionerna som av olika anledningar inte maktar med sina åtaganden eller inte tar de beslut som krävs för en likvärdig vård behöver staten gå in och stötta upp eller ta över styrningen av verksamheten. Då får vården bättre förutsättningar att bli mer jämlik.

Detta dokument sammanfattar vad Sveriges läkarförbund anser behöver göras nu och på lite längre sikt för att hantera en del av de problem i hälso- och sjukvården som fanns före pandemin och som samma pandemi har tydliggjort.

Stort behov av ökad statlig styrning

Pandemin har synliggjort det dysfunktionella i nuvarande regionindelning. Redan före pandemin maktade många regioner inte med sitt uppdrag. Följden blev att vårdköerna slingrade sig längre i en del regioner än i andra.

Den svenska sjukvården har ännu inte kommit upp i den nivå av behandlingar och operationer som fanns före pandemin. Vårdskulden bara ökar och ökar.

Det kommunala självstyret i form av 21 regioner en våt filt över verksamheten vilket hindrar och bromsar en effektiv sjukvård till patienternas bästa.

Nu behöver regeringen öka den nationella styrningen av vården.

1. Socialstyrelsen bör på kort sikt få ett särskilt samordningsansvar för vårdköerna för att hantera vårdskulden.
2. Det måste till nationella väntelistor till behandlingar som har de allra längsta vårdköerna och där individer riskerar att fara illa av väntetiderna.
3. Staten bör medverka till att det blir möjligt för regionerna att använda den del av sitt överskott som består av oanvända statliga medel under pandemin till att investera i sjukvården nu och inte för att användas till annat.
4. Det behövs en utredning som lika skyndsamt som förutsättningslöst analyserar bristerna i ansvarsfördelning av hälso- och sjukvården och föreslår hur den kan bli tydligare genom ökad statlig styrning för en jämlik vård för hela befolkningen i hela landet.

Så får vi fler vårdplatser och en effektiv vårdplatsplanering

Bristen på vårdplatser runt om i Sverige visar tyvärr också att regionerna inte förmår att leverera. I början av 2000-talet fanns totalt cirka 30 000 disponibla vårdplatser runt om i landet. Till år 2020 har antalet minskat med nästan 10 000 platser, det vill säga en tredjedel. Sverige har sedan många år lägst antal vårdplatser per person i hela EU. Beläggningsgraden har legat på i snitt ca 95% sedan 2015. Det innebär att det finns få disponibla vårdplatser att fördela.

Det är givetvis en god målsättning att patienter inte ska ligga på sjukhus i onödan, men siffrorna är ändå en indikator på att vi har för få vårdplatser sett till behoven.

5. Antalet vårdplatser behöver bli fler. Samtliga regioner bör ha krav på sig att inte understiga en beläggningsgrad på 85–90 procent. Staten bör stärka regelverket kring vårdplatser och ge Socialstyrelsen i uppdrag att granska så att detta sker.
6. Vårdplatserna behöver bli mer effektiva. Det bör finnas möjlighet att ta del av riktade statsbidrag för de regioner som lyckas få ner antalet överbeläggningar och utlokaliseringar i förhållande till antalet vårdplatser.
7. Staten måste få till stånd ett särskilt kapitel i hälso- och sjukvårdsförordningen avseende vårdplatser och följa upp att regionerna tar sitt ansvar.
8. Kompletterande system behöver stärkas. Genom att utföra preventiva insatser i folkhälsoavseende samt att stärka upp komplementära system som primärvården bör trycket på slutenvårdens vårdplatser kunna avlastas.

Sveket mot de äldre

Ett av de största misslyckandena i Corona-strategin rör alla de äldre som avlidit och blivit sjuka i pandemin. Det finns ett tydligt behov av ökad medicinsk kompetens i kommunerna för att bättre ta hand om våra mest sjuka äldre. I dag är det inga kommuner som har anställda läkare och den läkarmedverkan som sker i kommunal hälso- och sjukvård regleras i avtal med regionen. Regionerna har i sin tur ett tydligt ansvar för att primärvården har tillräckligt med resurser för att läkarmedverkan enligt reglerna i äldreomsorgen ska fungera. Uppenbarligen har detta inte fungerat.

9. När regionerna inte ser till att primärvården räcker till behöver staten skyndsamt träda in för att i en nationell förordning reglera en rimlig nivå på läkarmedverkan i äldreboendena.
10. Inför funktionen Medicinskt ansvarig läkare i kommunerna, MAL, för att stärka den medicinska kompetensen i äldreboendena.

Primärvården och fast läkare åt alla

Bristerna i primärvården begränsar sig dock inte till bristande läkarmedverkan på äldreboendena. I ett internationellt perspektiv sticker Sverige ut med en låg andel allmänläkare, 15 procent av hela läkarkåren. Det placerar oss bland de fem länder med lägst andel specialister i allmänmedicin i hela OECD. Nu sjunker också den andel av befolkningen som har en fast läkare i primärvården. År 2016 uppgav 42 procent att de hade en fast läkare. 2019 var det endast 26 procent som hade en fast läkarkontakt samt annan fast kontakt. Bland de med många sjukdomar saknar ca 60 procent en fast läkare! Efter flera år av reformarbete går alltså utvecklingen bakåt. Enligt Vårdanalys senaste rapport finns det "inga tecken på förbättringar".

Med tanke på det i höstas fattade beslutet i riksdagen om en primärvårdsreform är det särskilt beklagligt att frågan om statligt ansvar för att få fler specialister i allmänmedicin sänktes i det förslaget. Detta trots att bedömningen i betänkandet "En god och nära vård – en primärvårdsreform" (2018:39) var att antalet specialister i allmänmedicin måste ökas med 1 250 tjänster utöver dagens nivå för att möta behovet 2027 och att staten behöver ta ansvar för finansieringen. För annars händer uppenbarligen ingenting. Regionerna levererar helt enkelt inte.

11. Specialisterna i allmänmedicin måste bli fler och befolkningen i hela landet måste få välja en egen fast namngiven läkare som har det yttersta medicinska ansvaret.
12. För det krävs en lagstiftning som ger alla invånare möjligheten att lista sig på en egen vald fast namngiven läkare i primärvården.
13. För att säkra vårdkvalitén, patientsäkerheten och en rimlig arbetsmiljö för de fasta läkarna behövs det någon form av tak för hur många invånare som kan vara listade på en fast läkare.
14. Staten måste ta ansvaret för fler utbildningstjänster för specialister i allmänmedicin. Det råder idag brist i samtliga regioner. Regionerna klarar inte uppdraget.
15. Mer resurser till primärvården. Det behövs mer resurser för att genomföra satsningarna som möjliggör en fast läkare för alla.

Stärkt kompetensförsörjning, så får vi tillräckligt många specialistläkare

Eftersom regionerna visat att de inte klarar av att utbilda tillräckligt med läkare och specialistläkare för att uppnå målet om en god och jämlik vård i hela landet anser Läkarförbundet att:

- 16 Staten ska ta över huvudansvaret för samordning och dimensionering av läkares utbildningstjänster.
- 17 Ansvarig myndighet ska ta fram årliga prognoser som ligger till grund för beslut om antalet AT-tjänster, BT- och ST-tjänster nationellt.
- 18 Staten ska följa upp att regionerna lever upp till det antal utbildningstjänster som krävs.

Gör läkares fortbildning obligatorisk genom reglering i föreskrift eller lag

Läkares fortbildning har blivit sämre under pandemin. I en undersökning svarade omkring hälften av läkarna att deras fortbildning påverkats negativt av pandemin. Vi har alltså inte endast en vårdskuld utan också en enorm utbildningsskuld.

Tiden för läkares fortbildning var redan innan pandemin nere på oroande låga nivåer. Här har alla regioner inte heller märkat med. För att säkerställa att patienter får träffa läkare som är uppdaterade på de senaste medicinska rönen och behandlingsmetoderna måste staten nu ta ett ansvar för att säkerställa att läkare får sin helt nödvändiga fortbildning.

- 19 Staten måste ta ansvar för fortbildning genom att reglera den i föreskrift eller lag.

Bättre villkor för forskning

Andelen forskarutbildade läkare måste öka:

- 20 Forskningen måste fredas så att inte sjukvårdsproduktionen tränger undan forskningen inom regionerna. Staten måste därför tydliggöra regionernas forskningsansvar i lagstiftningen samt följa upp forskningsansvaret.
- 21 Regeringen bör införa särskilda satsningar på forskningsintresserade läkarstudenter och forskande läkare tidigt i karriären för att säkerställa återväxten av forskande läkare och seniora forskare.
- 22 Vi anser att alla regioner ska erbjuda forskar-ST (och inom alla specialiteter) och att en av fem utbildningstjänster för ST-läkare ska utgöras av tjänster för forskar-ST. Eftersom regeringen ytterst ansvarar för kompetensförsörjningen bör regeringen ställa krav på detta i förhandlingar med regionerna.

Fler läkare i chefspositioner i vården

Hälso- och sjukvården är en mycket komplex verksamhet, där många delar behöver samverka för att en god vård med hög patientsäkerhet ska kunna uppnås. Chefer med stort medicinskt kunnande bidrar positivt till att åstadkomma en högkvalitativ vård. Läkare har den högsta medicinska kompetensen i hälso- och sjukvården, men väljer ändå ofta bort en chefskarriär, vilket är negativt för sjukvårdens utveckling och för patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna.

Incitamenten för läkare att välja att åta sig chefskap i vården behöver därför öka. En viktig del i detta är att säkerställa att chefsuppdrag kopplas till nödvändiga befogenheter för uppdraget, så att läkarens medicinska kompetens och erfarenhet av att leda kan få faktiskt genomslag i arbetet.

- 23 Andelen chefer som läkare ska öka
- 24 Läkare ska vara representerade på samtliga chefsnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet
- 25 Sjukvårdshuvudmännen ska erbjuda Ledarskaps-ST

Arbetsmiljön i hälso- och sjukvården behöver stärkas

Läkare har under pandemin tagit stort ansvar för att i en extraordinär situation säkerställa bästa möjliga omhändertagande såväl för de som insjuknat i covid-19 som för övriga patienter. Detta ansvarstagande har för många inneburit en mycket hög arbetsbelastning och ett högt arbetstidsmått, där registrering av arbetstiden ofta varit ett problem.

Verktygen för enkel och korrekt registrering av arbetstiden behöver förbättras och gärna samordnas. Brist på skyddsutrustning under inledningen av pandemin innebar att arbetstagare (och patienter) utsattes för påtagliga risker att smittas.

Regeringen behöver säkerställa att Sverige lagerhåller tillräckliga volymer av och säkrar leveranskedjor för skyddsutrustning, så att liknande situationer undviks i framtiden.

- 26 Staten måste ta det övergripande ansvaret för beredskapen i vården.

Många läkare och annan vårdpersonal har under pandemin insjuknat i covid-19. Regelverket kring arbetsskada/arbetssjukdom behöver revideras, så att arbetstagare som till följd av arbetet smittas av sjukdom inte riskerar att drabbas ekonomiskt genom alltför strikta kvalifikationsvillkor för ersättning.

- 27 Den som smittats av covid-19 i arbete inom vård och omsorg måste få rätt till ekonomisk kompensation genom arbetsskadeförsäkringen.

Hög kompetens ska löna sig

Läkare har den högsta medicinska kompetensen inom hälso- och sjukvården och deras kunskaper är helt avgörande för en högkvalitativ vård. Hälso- och sjukvården blir därtill alltmer komplex och ställer allt högre krav på såväl bred medicinsk kompetens som spetskunskap.

För att locka de bästa att satsa på den långa och krävande utbildningen till läkare, där det efter universitetsstudierna normalt krävs åtminstone 7 - 8 års arbete innan specialistkompetens uppnås, behöver anställningsvillkoren vara goda. Detta inkluderar lönen.

- 28 Det behövs en fortsatt kompetensstärkning även efter uppnått specialitetsbevis
- 29 Forskning bör premieras, liksom innehav av ledningsuppgifter (som t.ex. medicinskt ledningsansvar).