

# Reformagenda i tio punkter för en förbättrad styrning av hälso- och sjukvården

## Inledning

Styrningen av hälso- och sjukvården behöver förbättras. Med decennier av dålig tillgänglighet, långa väntetider, bristande kontinuitet mellan läkare och patient i primärvården och en vård som varierar med postadressen samt alla de problem som pandemin blottlagt, finns det nu all anledning att tänka nytt och göra rätt kring den svenska modellen för ansvarsfördelning.

Lösningarna på många av de utmaningar som vården står inför kan inte begränsas av regiongränserna utan måste ses ur ett riksperspektiv. En likvärdig vård oavsett var du bor, fördelning av vårdplatser, stora och omfattande sjukhusinvesteringar, nationell IT-struktur är några framträdande exempel där vi behöver anlägga ett nationellt riksintresse. Modellen med många små regioner och en svag statlig styrning är olämplig för att utveckla den svenska hälso- och sjukvården. Bristerna, problemen och utmaningarna kan bäst lösas med ett ökat nationellt ansvar.

I våra nordiska grannländer har det redan skett (Norge, Danmark) eller planeras för (Finland) en ökad statlig styrning för att möta de utmaningar och problem som vården hade före pandemin och som nu tydliggjorts av den. Både Danmark och Norge har bättre tillgänglighet och kortare väntetider än Sverige. Nu behöver även Sverige sådana reformer som politiskt tar oss i den riktningen.

Läkarförbundet föreslår en reformagenda i tio punkter för en förbättrad styrning av hälso- och sjukvården.

## 1. Nationell primärvårdsreform

Primärvården utgör basen i svensk sjukvård. En av primärvårdens stora brister är en dålig tillgänglighet och en dålig kontinuitet mellan läkare och patient. De allra flesta har i dag ingen fast läkare utan får oftast träffa olika läkare vid varje besök. Det riskerar att försämra vården för patienten. Dessutom skapar ett tydligt uppdrag med ett rimligt antal patienter förutsättningar för en god arbetsmiljö för läkaren.

Sedan lång tid tillbaka har staten sagt sig vilja öka andelen med fast läkare men ansvaret ligger på regionerna. Inget eller väldigt lite har hänt. Nu går dessutom utvecklingen i stället åt fel håll, visar Myndigheten för vårdanalys. 2016 hade omkring 40 procent av befolkningen i Sverige en fast läkare i primärvården. I år är den siffran nere på 26 procent. I flera europeiska länder är det närmare 100 procent.

Läkarförbundet vill ha en lagstiftning där hela befolkningen i hela landet listar sig på en egen vald fast läkare i primärvården.

## 2. Patientens rätt till en fungerande vårdgaranti

Vårdgarantin krackelerar. Därför behövs det en nationell väntelista. Patienter som väntar på operation eller behandling måste efter viss stipulerad tid erbjudas behandling vid andra regioner eller av privata utförare. Socialstyrelsen kan vara huvudman för en sådan väntelista.

Det behövs också ekonomiska incitament för regionerna att uppfylla vårdgarantin. I exempelvis Danmark finns sådana starka incitament för regionerna att uppfylla vårdgarantin. Om regionerna inte kan uppfylla garantin (30 dagar) för väntetider erbjuds nämligen vidareremittering till privat klinik (s.k. utvidet frit sygehusvalg).

I Sverige infördes den första vårdgarantin 1992. Sedan dess har den förstärkts i olika omgångar och nya krav och regleringar har införts för att stärka patienternas möjligheter att få vård inom rimlig tid.

Förstärkningarna har dock inte fått önskad effekt. Svenska patienter får idag vänta betydligt längre än t.ex. danska patienter. Sedan januari 2012 har andelen patienter som fått vård inom vårdgarantins 90 dagar dessutom sjunkit från ca 90% till ca 80% januari 2020. Detta samtidigt som patienterna upplever en sämre tillgång till vård jämfört med flertalet liknande länder.

Problemen med vårdköer beror delvis på att vården är differentierad och ojämlig mellan Sveriges 21 regioner. Försök till lösningar har därför ofta handlat om "mer samordning" mellan regioner, stat och SKR. Erfarenheterna har dock visat att detta inte räckt, utan ett mer tydligt ansvarstagande behövs från statens sida.

## 3. Nationellt ansvar för vårdens kompetensförsörjning

I dag ansvarar staten för grundutbildningen för läkare och regionerna för AT, BT och ST.

Regionernas kapacitet och förmåga att själva säkra sin kompetensförsörjning av specialistläkare varierar stort. 19 av 21 regioner anger brist på specialistläkare. Regionerna ser endast till sitt eget behov vid tillsättningen av AT-, BT- och ST-tjänster, vilket lett till långa väntetider till AT och en kraftigt skiftande tillgång på specialistläkare nationellt. Utgångspunkten för dimensioneringen av AT- och BT-tjänsterna måste vara hur många specialister som behövs. Dimensioneringen behöver också ta höjd för att vissa läkarutbildade väljer andra karriärvägar än den kliniska.

Läkarförbundet anser att staten, genom Nationella vårdkompetensrådet, ska ta över dimensioneringen och samordningen av samtliga delar i läkares utbildning för att på så sätt säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare inom samtliga specialiteter i hela landet. Regeringens nya rekommendation om hur många ST-läkare i allmänmedicin det ska finnas i varje region, är ett stort steg i rätt riktning.

För att säkra att det kommer att finnas tillräckligt med fasta läkare i landet de närmaste åren anser vi att vissa regioner ska axla ett särskilt utbildningsuppdrag inom specialiteter där det finns eller riskerar att uppstå en bristsituation. En utredning behöver tillsättas för att undersöka hur staten kan ge incitament till regioner att ta ett sådant utökat ansvar och utöka utbildningsvolymerna inom

---

bristspecialiteter. Kvaliteten på läkares specialiseringstjänstgöring ska granskas externt. Detta gäller även vårdenheter som vill upphandlas av eller ingå vårdavtal med regionerna.

En översyn behöver också göras av innehållet i grundutbildningen. Läkarförbundet anser att grundutbildningen ska erbjuda en mer fördjupad utbildning i farmakologi och läkemedelshantering. Goda kunskaper inom farmakologi borgar för ett bättre terapival både ur patientsäkerhets- och kostnadseffektivitetsperspektiv.

#### **4. Reglerad fortbildning för läkare**

Läkares fortbildning är en säkerhet för patienterna och en förutsättning för en god arbetsmiljö. Enligt arbetsmiljölagen ska det eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till yrkesmässig utveckling.

Fortbildningen för läkare släpar dock kraftigt efter behoven. Antalet fortbildningsdagar per år har minskat från 9,1 2005 till 5,3 2019. De regionala skillnaderna är stora och antalet varierar mellan 1,8 och 7 dagar per år. I exempelvis Jämtland har mindre än en av fem läkare fått fortbildning om de nya kunskapsstöden, i andra regioner är det strax under 60 procent. Utöver Läkarförbundets fortbildningsenkät saknas uppföljning och kartläggning av situationen.

Fortbildningen behöver bli mer likvärdig. Läkarförbundet har i sin fortbildningspolicy slagit fast att det, behövs en nationellt reglerad fortbildning genom tydliga föreskrifter om extern uppföljning, budget för fortbildning, redovisning av fortbildning vid upphandling och individuella fortbildningsplaner.

#### **5. Nationell vårdinfrastruktur**

De nationella behoven i sjukvården behöver säkras. Sverige är ett stort land geografiskt men ett litet vårdområde. Geografin och regionernas självbestämmande sätter hinder i vägen för en effektiv vårdplanering på vissa områden. Det kan handla om de ovan nämnda vårdköerna, gemensamma standarder för digital kommunikation, kapacitet för att ta emot studenter i vårdverksamheten eller större investeringar i sjukhus.

Kommuner och regioner ska enligt Läkarförbundet bli skyldiga att beakta de intressen som staten preciserar vid beslut som påverkar vårdinfrastrukturen. Företrädare för patienter och professioner behöver också vara med i processen för de nationella intressena. Att vårdinfrastrukturen är ändamålsenlig är en viktig arbetsmiljöfråga för läkare och annan personal inom hälso- och sjukvården.

Regeringen måste ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram riktlinjer och preciseringar för de nationella intressena i hälso- och sjukvården, inklusive sjukhusstrukturen. Förslaget innebär att möjligheten att säkerställa en likvärdig vård ökar och att de nationella behoven tillgodoses.

---

## 6. Läkemedelsförsörjning med ett utökat nationellt ansvar

Alla patienter ska ha samma tillgång till läkemedel, oavsett var i landet man är bosatt. En jämlik tillgång till läkemedelsbehandling är en viktig förutsättning för att uppnå målet om en jämlik vård. De prioriteringar som görs lokalt och regionalt av vårdens huvudmän, i synnerhet när det gäller införande av nya dyra läkemedelsbehandlingar, bidrar till att principerna om allas rätt till jämlik tillgång till läkemedelsbehandling sätts på undantag. Detta gäller även säräkemedel.

Många regioner är för små för att klara av att finansiera nya dyra läkemedel. Patienter kan av kostnadsskäl förvägras viss farmakologisk terapi i en del regioner, medan andra erbjuder behandlingen.

Myndigheter har idag inte så stort inflytande över vilka läkemedel som ska introduceras. Beslut fattas i stället i Rådet för nya terapier och Medicintekniska produktrådet, som SKR förvaltar. Den ordningen bör finnas kvar men för nya, dyra läkemedel ska finansieringen samordnas nationellt. Det ska finnas en nationell, enhetlig bedömningsgrund som regionerna har att utgå från vid beslut om behandling. De kan inte säga nej till att erbjuda en behandling som tillstyrks i den nationella bedömningen. Läkarförbundet efterlyser ett nationellt prioriteringsarbete.

Även när det gäller medicinteknik är det viktigt att den nationella nivån tar ett samordnat ansvar. Regelverk och standarder behöver förbättras. Som exempel kan nämnas att det tydligt måste anges om implantat är magnetiska, eftersom patienter annars kan skadas svårt vid magnetröntgen.

## 7. Helhetsansvar för krisberedskapen

Staten behöver ta ett helhetsansvar för krisberedskapen.

Under de senaste åren har vi sett hur försörjningsberedskapen i regioner och kommuner brustit både i material och tillgång till personal/kompetens. De senaste årens brister har visat på att personalen inom hälso- och sjukvården annars ställs inför svåra etiska problem samt allvarliga hälsorisker. Medborgare får vänta allt längre på vård och inte minst riskerar samhället svagaste, bland annat de äldsta och sköraste, att drabbas av hälsorisker eller för tidig död.

Det är av oerhört stor vikt att staten tar ett helhetsgrepp via sina myndigheter och tillser att regioner och kommuner säkerställer den försörjning som krävs av läkemedel, sjukvårdsmateriel och kompetens i vardagen. Detta är grunden för att kunna ha en god tillgång vid allvarliga händelser i fredstid, höjd beredskap eller krig.

För att uppnå en bättre krisberedskap behöver Socialstyrelsen ha ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen ska utöka sin lagerhållning av sjukvårdsprodukter som används till vardags och regeringen ska bestämma vad och hur mycket som ska lagerhållas.

---

## 8. Enhetlig standard för digital kommunikation

Det behövs en tydlig styrning på nationell nivå för att uppnå en enhetlig standard för digital kommunikation och överföring av data.

Det är mycket ineffektivt att den digitala utvecklingen ska hanteras så olika i olika regioner. Den fragmentiserade digitala strukturen skapar hinder för vårdens utveckling. Det saknas gemensamma standarder för den digitala strukturer i regionerna och det får till följd att det t.ex. är svårt att kommunicera över regiongränserna. Det är en risk för patientsäkerheten och också för läkarnas arbetsmiljö.

En enhetlig användning av begrepp, termer, kodverk, klassifikationer, informationsstruktur, modeller och standarder inom hälso- och sjukvården är en förutsättning för att informationen ska kunna återanvändas i olika syften, utan att förlora sitt sammanhang eller sin betydelse. Det är också en förutsättning för att uppgifter ska kunna föras över mellan system och tolkas på samma sätt oavsett i vilket system de hamnar. Tekniken finns men infrastrukturen för vårdinformationen behöver styras upp.

Det ska enligt Läkarförbundet vara nationellt styrt hur informationsmängderna presenteras i journalsystemen. Beslutsstöd kopplat till patientens data i en viss vårdsituation, ska föras in i journalsystemen. Journalsystemen måste svara upp mot de olika specialiteternas behov.

Den nationella läkemedelslistan ska vara direktintegrerad i alla journalsystem. Vissa digitala strukturer, som Svenska informationstjänster för läkemedel, måste alla journalsystem kunna kommunicera med. Avvikelsehantering och biverkningar ska föras in i ett gemensamt, nationellt system.

Kvalitetsregistren är mycket viktiga för att följa upp och utveckla svensk hälso- och sjukvård. De innehåller uppgifter om diagnoser, insatta åtgärder och resultat inom omsorg och hälso- och sjukvård. Registren bidrar till forskning och förbättrad vård och måste därför vara ett statligt ansvar.

## 9. Förbättrade möjligheter till chefsutbildning

Fler läkare ska kunna bli chefer. Bra ledarskap är en förutsättning för en god arbetsmiljö. Läkarchefer verksamma på sjukhus kan bidra till positiva utfall vad gäller vårdkvalitet, resurshantering, samhällsansvar, personaltillfredsställelse, tillämpning av IT och förändringsbenägenhet.<sup>1</sup>

Trots det har andelen allmänläkare som har en läkare som verksamhetschef minskat. År 2015 var andelen 36 procent och år 2020 var andelen 28 procent. Om man tittar på andelen läkare som vill bli chef i vården är andelen 35 procent, men endast 21 procent av allmänläkarna kan tänka sig att söka tjänst som verksamhetschef på vårdcentral.

---

<sup>1</sup> M Savage, P Mazzocato, C Savage och M Brommels: *Physicians Role in the Management and Leadership of Health Care*, Karolinska institutet 2017.

Ledarskapsutbildning måste ingå i grundutbildningen och i AT-, BT och ST-tjänstgöringen. Dessutom ska ledarskapsutbildning ingå i alla specialisters fortbildning under yrkeslivet. Chefsutbildning ska enligt Läkarförbundet erbjudas alla läkare som antingen är chefer eller har personliga förutsättningar för och intresse av att åta sig ett chefskap.

Läkarförbundet har tagit fram en nationell modell för ledarskaps-ST och anser att det är viktigt att läkare i större utsträckning ska kunna inneha roller som kombinerar chefskap med kliniskt arbete. En mångfald av vårdgivare och goda möjligheter att starta eget innebär också att fler läkare blir chefer. Regelverken för vårdgivare måste utformas så att små, medelstora och stora vårdgivare får lika goda möjligheter att etablera sig på marknaden.

## 10. Mindre inflytande för SKR

Staten måste upphöra att styra vården via Sveriges kommuner och regioner, SKR. Både Riksrevisionen och Statskontoret har i granskningar visat på hur SKR tillskansat sig rollen som tongivande aktör, trots att SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation – ingen myndighet. SKR är heller inte transparent. Det är arbetsgivarrepresentant, lobbyorganisation och samverkansorganisation i ett. En stor del av exempelvis Riksrevisionens kritik är att SKR behandlas som om de vore en myndighet, men omfattas inte av den öppenhet som myndigheter är verksamma under.

Riksrevisionen var tydlig i sin kritik. I granskningen av överenskommelserna skriver de: *”Det är Riksrevisionens bedömning att regeringen inte i tillräcklig utsträckning har tagit hänsyn till konsekvenserna av att använda en intresseorganisation som en del av förvaltningen.”*

I sig visar regeringarnas ambitioner att med uppgörelser med SKR förbättra sjukvården, att verksamheten de facto ses som en nationell och inte som en regional angelägenhet. Problemen i systemet kommer sig till stor del av denna diskrepans: medborgarna och landets riksdags- och regeringspolitiker ser sjukvården som en angelägenhet för hela Sverige men ansvaret för att genomföra verksamheten har man inte. Den är decentraliserad till landets 21 regioner.

Staten måste börja styra mer genom sina myndigheter och inte genom överenskommelser med SKR.

---