

Förord

Den medicinska professionen vill självklart vara med och påverka utformningen av den svenska hälso- och sjukvården. Läkarförbundet publicerade sitt sjukvårdspolitiska program år 2004. Det har bjudit in till många initierade diskussioner kring ett flertal lösningsförslag för den framtida vården. Det har nu gått drygt tio år och mycket har hänt. Därför presenterar vi nu vårt nya sjukvårdspolitiska program *Bot och bättring – recept för hälso- och sjukvården*.

Programmet tar avstamp i Läkarförbundets uttalade politik under de senaste åren. För vissa områden finns nyligen publicerade rapporter med omfattande kunskapsunderlag och analys – inom andra områden bygger vi politiken på remissvar, debattinlägg eller andra uttalanden från förbundet. Utifrån detta har vi formulerat förbundets syn på hur framtidens hälso- och sjukvård ska finansieras, styras och organiseras. Politiken och förslagen har under hand diskuterats i olika grupperingar inom förbundet. Förslag till program har remissbehandlats i delföreningar, råd och delegationer och har legat öppet för synpunkter på förbundets hemsida.

För att möta hälso- och sjukvårdens stora utmaningar behövs förändringar. Det är vad Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program i grunden försöker att belysa. Programmet ska fungera som en plattform för hela förbundet att utgå ifrån när sjukvårdspolitiska frågor diskuteras. Målgruppen är förtroendevalda och medlemmar i Läkarförbundet samt beslutsfattare på olika nivåer och en intresserad allmänhet. Vår förhoppning är att programmet ska bidra konstruktivt i den sjukvårdspolitiska debatten och vara en inspirationskälla till idéer för framtida utformning av svensk hälso- och sjukvård.

Inledning

Om vi blickar in i framtiden ser vi flera utvecklingstendenser som kommer att förändra sjukvårdsektorn inom några år. Den medicinska och tekniska utvecklingen innebär att vi kan göra allt mer för många patienter och allt högre upp i åldrarna. Tillsammans med den demografiska utvecklingen medför detta att efterfrågan och kraven på sjukvården fortsätter att stiga. Mellan åren 2020 och 2030 beräknas antalet personer som är 80 år eller äldre att öka med cirka 300 000. Globalisering och ökad rörlighet förändrar också den demografiska kartan. Detta är positivt för hela samhället, men innebär också att stora resurser tas i anspråk. Beräkningar visar att sjukvårdssektorn kommer att behöva betydande resursförstärkningar om inga andra åtgärder vidtas.

Individualisering och digitalisering är två andra rörelser i samhället som kommer att ha betydelse för sjukvårdens och professionernas förutsättningar att erbjuda en god vård framöver. Som patienter vill vi vara autonoma och i allt högre utsträckning ges möjlighet att påverka. Samtidigt står sjukvården inför en teknologisk revolution inte minst när det gäller digitaliseringen. Patienter kommer exempelvis att kunna utföra allt mer avancerade undersökningar och behandlingar i hemmet.

Att erbjuda jämlik vård kommer fortsatt att vara en utmaning för den svenska hälso- sjukvården. De prioriteringar som görs lokalt och regionalt av vårdens huvudmän bidrar till att principen om allas rätt till likvärdig vård ofta sätts på undantag. Men även det vardagliga vårdarbetet kan medföra diskriminering. Den svenska sjukvården har därutöver svårt att lösa problem som kräver samordning mellan huvudmännen. Nationella reformer som var för sig är väl motiverade kan också komma i konflikt med varandra och utmana ambitionen om en jämlik vård. Genus, lika rättigheter och möjligheter och ett intersektionellt perspektiv, dvs. hur olika former av diskriminerande maktordningar samverkar i ett samhälle, behöver finnas med och belysas i besluten.

Dessa utvecklingstendenser och utmaningar måste mötas på flera sätt. En viktig väg är ökad samverkan och dialog med professionerna kring beslut på lokal och nationell nivå om sjukvårdens organisation. Goda förutsättningar för läkare i den kliniska vardagen och god arbetsmiljö för all sjukvårdspersonal går hand i hand med en god vård för patienterna. Vi ser också stora möjligheter i digitaliseringen för att minska den administrativa bördan för läkare och förbättra arbetsmiljön i vården. Digitaliseringen öppnar även för arbetssätt som är mer anpassade till patienters behov, önskemål och värderingar – vilket ger nya möjligheter för patienten att vara mer delaktig och ta större ansvar för den egna behandlingen. Det kan avlasta vården och frigöra tid för mindre autonoma patienter med stora vårdbehov.

På sikt kommer beslutsfattare att behöva ta ställning till vilken sjukvård och omsorg som ska finansieras via skatter och tydligare avgränsa det offentliga åtagandet. Befintliga resurser måste också användas mer kostnadseffektivt. Det handlar om att utveckla bättre metoder och arbetsformer, stärka kontinuiteten i relationen mellan patient och läkare, inrätta tillräckligt antal vårdplatser på rätt vårdnivå, balansera läkarförsörjningen i relation till befolkningens behov samt förbättra användningen av vårdens samlade kompetenser. Ändamålsenliga beslutsstöd, som stödjer både individuellt beslutsfattande och utveckling av vården, är också självklara delar i en professionell och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Det måste även ske en fortsatt utveckling av öppna vårdformer för patienter som inte är i behov av sjukhusens specialiserade vård.

Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program är läkarnas syn på hur framtidens hälso- och sjukvård bör finansieras, styras och struktureras. Vi beskriver här den vård som vi menar har bäst förutsättningar att möta samhällsförändringarna – och som är vägen framåt för att kunna erbjuda en mer jämlik vård med hög kvalitet, god tillgänglighet och god effektivitet.

Grundläggande principer som ska styra vården

Jämlik vård

En god vård på lika villkor för hela befolkningen är grunden för hälso- och sjukvården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Patientens behov av hälso- och sjukvård är avgörande, den som har störst behov får mest och går först.

Att upprätthålla och vidareutveckla en god hälso- och sjukvård utifrån principen om rätten till likvärdig vård är grundläggande. Denna princip påverkar prioriteringar och fördelningen av resurser. Bemötande, vård och behandling ska erbjudas till alla på lika villkor. Samtidigt är patienter olika. De har olika behov och förutsättningar, och ska bemötas därefter. Genus, lika rättigheter och möjligheter och ett intersektionellt perspektiv bör lyftas för att synliggöra omotiverade skillnader som bemötande, behandling och prioriteringar inom sjukvården och bör ingå i vårdprofessionernas utbildning. Det är viktigt att läkaren i patientmötet lyfter fram den enskilde patientens autonomi. En patient som kan ta stort eget ansvar, vara delaktig sin behandling bidrar till följsamhet till ordination och ger högre vårdkvalitet. Det skapar även utrymme för den som har större behov. Prioriteringar ska baseras på den etiska plattform som riksdagen ställde sig bakom år 1997. Ambitionen att ge en jämlik vård utmanas ständigt av förändringar – både positiva och negativa – som sker i samhället och i hälso- och sjukvården.

Patienten och patientens hälsa i fokus

Den framtida hälso- och sjukvården ska organiseras och bedrivs på ett sätt som utgår från patientens förutsättningar, behov, värderingar och önskemål.

Många patienter vill och bör vara delaktiga och medskapare i sin egen vård. Många patienter är välinformerade och pålästa om sina sjukdomar och olika behandlingsalternativ. Läkaren får här en viktig pedagogisk funktion att informera patienten, och samhället i stort. Digitaliseringen öppnar för inflytande och nya möten med vården utifrån patienternas behov och förutsättningar. Den framtida läkarrollen kommer till större del bygga på rådgivning och upplysning om olika behandlingsalternativ i samråd med patienten.

Alla patienter kan dock inte, eller vill inte, ta ett stort eget ansvar för sin vård och hälsa. En patient ska aldrig känna sig utelämnad att ta viktiga, kanske livsavgörande och medicinska beslut på egen hand. Vården och läkaren ska på ett professionellt sätt möta varje enskild individ och anpassa information, rådgivning och behandling efter patientens livssituation. De patienter som inte kan eller vill ta ett stort eget ansvar, som patienter med nedsatt autonomi och funktionsnedsättning eller sköra äldre, ska tillförsäkras god vård på lika villkor. Sköra äldre med stora medicinska behov är också en patientgrupp som till följd av den demografiska utvecklingen kommer att öka. De har särskilt stora behov av att träffa vården regelbundet och att få samordning och kontinuitet med en fast läkarkontakt och patientansvarig läkare.

Professionalism

God vård är kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Hälso- och sjukvården ska vara både kunskapsstyrd och kunskapsskapande, utgå från patientens behov samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Etik, integritet och ansvar är ledord som genomsyrar läkarprofessionen. Det är viktigt att samhället känner tillit till professionen och att detaljstyrning undviks.

Det är i en evidensbaserad vård som kunskap kan spridas, nya metoder implementeras och äldre uttrangeras. I detta ständigt pågående arbete med att förbättra och utveckla vården är läkarprofessionen drivande. En profession med hög kompetens, förmåga att göra kvalificerade bedömningar och som formar vården efter den enskilde patientens behov, är en förutsättning för en god vård. I läkarrollen ingår att agera efter etiska förhållningssätt och att ta ansvar för patientens behandling och uppföljning. Detta utgör den faktiska utgångspunkten till autonomi i professionen. Läkarprofessionen har en unik roll genom sin ledande funktion i teambaserade arbetsformer.

Autonomi i läkarrollen innebär att leda, dels vården av den enskilda patienten, dels utveckling av verksamheter. I läkarens profession ligger att kunna anta ett helhetsperspektiv och att vara delaktig i vårdens förändring och utveckling.

Förutsättningar för att läkare ska kunna styra sin vardag är ett gott ledarskap, med professionell kunskap och kännedom om verksamheten. Vårdens chefer måste kunna bedöma de medicinska konsekvenserna av beslut som fattas. Ledarskapet ska stödja det medicinska beslutsfattandet och vara en del av den kliniska vardagen. Läkare har med sin medicinska kompetens en naturlig fördel som chefer i sjukvården. Det ska vara möjligt att kunna kombinera chefskap med en klinisk vardag för en gynnsam karriärutveckling.

Läkaryrket kräver ett livslångt lärande för att hålla takten med och driva den medicinska utvecklingen framåt. Kontinuerlig utbildning är en förutsättning för kvalitetssäkring och en patientsäker vård. Arbetsgivaren har ansvar för att skapa goda förutsättningar för utbildning under hela yrkeskarriären och läkaren har ett eget ansvar för att utbildas.

Ökad specialisering, kunskap och kvalitet i en komplex verksamhet ställer krav på ett gemensamt agerande. Ett multidisciplinärt och interdisciplinärt teambaserat arbete är en viktig framgångsfaktor. I teamet bidrar varje profession med sin kompetens utifrån varje patients unika behov.

God resursanvändning

Prioritera rätt

Hela den svenska hälso- och sjukvården ska genomsyras av god resursanvändning. Vårdens resurser ska användas och fördelas utifrån läkaretiken och prioriteringsprinciperna i den etiska plattformen som riksdagen har beslutat, det vill säga *människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.*

Den etiska plattformen för prioriteringar säger att alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Den innebär att stora och svåra

vårdbehov ska gå före lindrigare, även om vården av sjukare patienter kostar betydligt mer. Av demokratiska skäl bör prioriteringsbesluten ske så öppet och transparent som möjligt. Vad som är ett hälso- och sjukvårdsbehov och vad som ska finansieras av skatter ska definieras likadant över hela landet. Det ska vara tydligt för alla var gränserna för det offentliga åtagandet inom sjukvården går.

Arbeta effektivt

Med utgångspunkt från kostnadseffektivitetsprincipen i den etiska plattformen för prioriteringar måste man väga kostnaden mot nytta för en insats, mot kostnad och nytta om resurserna används på annat sätt.

Sjukvården måste vidare arbeta så smart och effektivt som möjligt. En viktig pusselbit här är självständighet för läkare och patient att individualisera diagnostik och behandling i den kliniska situationen. Patient och läkare gemensamt är de mest kompetenta i att hitta bästa möjliga åtgärd utifrån patientens situation, åtgärder som bedöms vara kostnadseffektiva ur både individ- och samhällsperspektiv.

Sjukvården behöver använda sina olika kompetenser på bästa sätt och erbjuda patienten vård och insatser på rätt vårdnivå med hög kontinuitet. Detta kräver att sjukvården, med undantag för högspecialiserad vård, organiseras nära invånarna. Sjukvårdshuvudmännen måste kontinuerligt investera i informationsteknik, personalens kompetens, forskning och nya behandlingsmetoder. Det är naturligt att de professionella rollerna förändras när medicinen utvecklas. Uppgiftsväxling ska ske på medicinska grunder, när det gynnar kvaliteten och utvecklar verksamheten. Det måste också finnas stöd för patienten att i så hög utsträckning som möjligt ta eget ansvar för sin vård och behandling.

Att samtidigt kunna attrahera nya medarbetare och premiera erfarenhet, och se till att rutinerad och efterfrågad personal inom alla yrkesgrupper stannar kvar, är ytterligare en pusselbit. Detta kräver ett systematiskt arbete kring arbetsmiljö, handledning och arbetstider.

Bidra till samhällsekonomisk utveckling

Hälso- och sjukvården ska bidra till en positiv samhällsekonomisk utveckling både avseende kompetens och växande skattebas, som långsiktig garant för välfärdens finansiering. Vården är också en viktig aktör när det gäller att förebygga ohälsa i befolkningen och förhindra att sjukdom uppstår. Sjukvården har en viktig roll gentemot socialförsäkringssystemet och sjukskrivna patienter. Med rätt verktyg och förutsättningar kan vården göra mycket för att underlätta patientens återgång i arbete. Detta bör ses som en naturlig del av vårdens uppdrag, vilket ofta påtalas från statsmakterna då sjukfrånvaron ökar. Förutsättningar för arbetet med en högkvalitativ och rättssäker sjukskrivningsprocess måste vara goda och stabila. Det handlar till exempel om tid, stöd, kunskap och att samverka med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen fungerar väl, inte minst med arbetsgivare och Försäkringskassan. Grundläggande är tillräckligt många läkare i primärvården som står för en stor del av sjukskrivningarna. Men även flera sjukhuspecialiteter behöver förstärkas, bland annat psykiatri inte minst mot bakgrund av den ökade psykiska ohälsan. Självklart måste alla insatser ske med utgångspunkt i den etiska plattformen för prioriteringar och utan att göra avkall på allas lika rätt till vård efter behov.

Som komplement till sjukvården spelar företagshälsovården en viktig roll. Arbetsmedicinsk kunskap behövs för att på ett klokt och uthålligt sätt verka i den viktiga kontaktytan mellan patient/arbetstagare, arbetsgivare, sjukvård och sjukförsäkringssystem, som möjliggör en effektiv rehabilitering. Tillgången på företagsläkare måste säkras så att företagshälsovården kan fungera som arbetsplatsnära stöd.

Hållbart arbetsliv för läkare

Hållbart arbetsliv för läkare ska ge möjlighet till olika karriärvägar under olika delar av yrkeslivet. I en god arbetsmiljö för läkare måste det finnas en tydlig koppling mellan förutsättningar och uppdrag. Arbetsuppgifter ska vara i paritet med den professionella kompetensen och arbetsmängden väl avvägd med möjlighet till påverkan av innehåll och utveckling. En dialog om detta ska ske mellan läkare och chef, vara vedertagen och etablerad i den kliniska vardagen.

Personalpolitiken ska vara långsiktigt planerad utifrån aktuella och framtida behov. Den ska också se till att bemanningssituationen är balanserad och att olika personalkategorier tas i anspråk på ett ändamålsenligt och utvecklande sätt. Professionell utarmning och oskäliga arbetsuppgifter måste motverkas av alla parter. Mötet mellan patient och läkare ska vara grunden. Ledarskapet ska beakta att det finns en tydlig koppling mellan den kliniska vardagen och övergripande utvecklingsbehov. Erfarenhet och kompetens ska löna sig. Konkurrenskraftiga löner är en viktig del av personalpolitiken.

Läkarnas inflytande ska identifieras. Läkare ska vara en självklar och drivande part i arbetets utformning och i utvecklingsarbete. Styr- och ledningssystem ska stimulera till en evidensbaserad vård som bygger på medicinska prioriteringar.

Organisationers förmåga att utveckla läkare som vidareutbildning och fortbildning, möjligheter till kollegialt samråd och forskning behöver lyftas fram. Läkares professionella utveckling omfattar även välbefinnande och trygghet i arbetet. Det kollegiala ledarskapet och stödet behöver utvecklas för att hantera och lösa problematiska situationer både ifråga om läkares professionella utveckling och brister i vård. Seniora läkare ska i större utsträckning beredas möjlighet att arbeta kvar efter pension hel- eller deltid. Det borgar både för ökad kompetensöverföring och ökad handledning.

De sociala trygghetssystemen är en del av ett hållbart arbetsliv. Ett arbetsliv fritt från diskriminering är en självklarhet.

En hälso- och sjukvård för framtiden

A. En solidarisk och hållbar sjukvård

I Läkarförbundets vision för hälso- och sjukvården renodlar staten sin styrning mot de områden som kräver nationell samordning. Ansvar för vården åvilar fortsatt självstyrande huvudmän som särskiljer sina roller beställare och utförare. Med tydlig åtskillnad mellan finansiering och produktion läggs grunden till valfrihet, mångfald och utvecklingskraft i vården. En ändamålsenlig nivåstrukturerad talar också för färre och mer jämnstora sjukvårdshuvudmän.

Ta utgångspunkt i mötet mellan patient och läkare

Det är i mötet mellan patient och läkare och annan vårdpersonal som vårdens värde skapas. Det är också i mötet som vårdens kostnader genereras. Därför måste sjukvårdens organisation, ledning och styrning ta sin utgångspunkt i det mötet och ge det så goda förutsättningar som möjligt.

Solidarisk finansiering

Den huvudsakliga finansieringen av hälso- och sjukvården ska även i framtiden ske via skatt. En förutsättning för jämlik sjukvård är att den finansieras solidariskt av landets invånare. På så sätt kan patientavgifter hållas på en rimlig nivå, även för ekonomiskt svaga hushåll.

Statlig styrning och nationell samordning

Staten ska även fortsättningsvis ha det övergripande hälsopolitiska ansvaret för att främja och säkerställa en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att staten ansvarar för lagstiftning, utbildning, övergripande uppföljning av resultat och sammanställning av kunskapsunderlag. Staten har också ett ansvar att följa upp hur sjukvården fungerar och presterar i olika avseenden liksom att utöva direkt tillsyn av vårdverksamhet. Samverkan med läkarprofessionen är viktig i den statliga styrningen av vården.

En grundförutsättning för jämlik sjukvård är att de ekonomiska resurserna för vården är likvärdiga över landet. Därför finns även fortsättningsvis behov av att staten utjämnar förutsättningarna via ett kommunalekonomiskt utjämningsystem.

Staten behöver renodla sin styrning mot de områden som kräver nationell samordning. Angelägna frågor som Läkarförbundet identifierat är:

- Fortbildning
- Gränser för det offentliga åtagandet
- Införande och utfasning av läkemedel och medicintekniska produkter
- IT-infrastrukturen
- Koncentration av den högspecialiserade vården
- Nationellt grunduppdrag för primärvårdens vårdval
- Strategier och långsiktiga lösningar för etablering i öppen vård
- Vårdens personalförsörjning

Staten ska eftersträva en så rak och enkel styrning som möjligt och undvika att ge styrsignaler som griper in i vårdens innehåll i detalj.

Beroende på fråga kan staten behöva använda lagstiftning i kombination med myndighetsutövning som styrmedel, eller med lag tvinga fram en nationell samordning mellan huvudmännen. Det kan även vara motiverat att staten använder ekonomiska styrmedel, antingen som tillfälliga stimulansmedel eller mer permanent finansiering. Dyra läkemedel och den högspecialiserade vården är exempel på när statlig finansiering bör övervägas. Särskilda läkemedel ska staten finansiera.

Sjukvårdshuvudmännens roll

Förutsättningarna att bedriva en god vård skiljer sig stort mellan olika landsting och regioner, bland annat beroende på deras varierande storlek. Vissa små landsting har svårt att klara de investeringar i medicinteknik och läkemedel som är nödvändiga för att bedriva en effektiv sjukvård. Forskning och högspecialiserad vård kräver ofta stora patientvolym. En ändamålsenlig nivåstrukturerad vård talar för färre och mer jämnstora sjukvårdshuvudmän. Alternativet är en betydligt mer effektiv samordning såväl regionalt som nationellt.

Människors rörelsemönster över större bostads- och arbetsmarknader gör att allt fler viktiga samhällsfrågor måste hanteras på mellankommunal och/eller regional nivå. Tillväxt, infrastruktur, kollektivtrafik, arbetsmarknadspolitik och klimatanpassning är några sådana exempel. Det finns stora fördelar med att sjukvården och övriga samhället organiseras i en mer enhetlig geografisk indelning.

Sjukvårdshuvudmännen ska tydligt skilja på sina roller som beställare och vårdproducenter. Som beställare företräder de medborgarnas intresse av en sjukvård med jämlik fördelning, kostnadseffektiv resursanvändning, stort utbud och hög kvalitet, samt ansvarar för samordningen med andra aktörer, exempelvis kommuner och Försäkringskassan. I beställarfunktionen måste det finnas adekvat medicinsk kompetens.

Det ska finnas klar åtskillnad mellan finansiering och produktion. Detta är grunden för valfrihet, mångfald och konkurrens i den offentligt finansierade sjukvården, och bidrar till en dynamik och drivkrafter att utveckla vårdtjänsterna. Med mer fristående beställare och utförare ökar möjligheten att anpassa vårdstrukturen efter nya förhållanden. Verksamheter ska ha samma villkor oavsett regi och driftsform. Upphandlingar måste ske på ett sätt som innebär att även små professionsstyrda verksamheter kan delta.

Sjukvårdshuvudmännen ska fortsatt ha ett grundläggande ansvar att tillhandahålla sjukvård till dem som är bosatta inom landstinget eller regionen och kunna bedriva vård i egen regi. Den offentligt utförda vården ska präglas av decentralisering och så liten overheadorganisation som möjligt.

Styrningen genom ersättningssystem bör vara generell och bygga på tillit till professionerna samt premiera kontinuitet och kvalitet i vården. Så kallade interndebiteringar ska undvikas.

Rollfördelning mellan profession och politik

Politikens roll ska vara att fatta beslut om ”vad”, det vill säga inriktning, kvalitetskrav, mål och budget för verksamheten och följa upp att den önskvärda utvecklingen sker. Samverkan med

läkarprofessionen är grundläggande. Beslut om ”hur”, det vill säga innehållet i vården, ska överlämnas till professionen tillsammans med patienterna. I läkarprofessionens ansvar ligger att utforma verksamheten och dess mål på ett ändamålsenligt sätt.

Prioriteringen av resurser till sjukvården i relation till andra samhällssektorer eller mellan områden inom sjukvården, ska vara ett politiskt beslut som tas i dialog med profession och invånare. Fördelning av resurser på övriga nivåer – till exempel mellan patienter inom en sektor eller specialitet, mellan patienter med samma sjukdom eller mellan olika diagnos- och behandlingsmetoder för samma patient – ska vara konsekvenser av professionella beslut i samråd med patienterna. Ett undantag är om en viss behandling eller patientgrupp ska lyftas ur det offentligt finansierade vårdutbudet. Principen om vård på lika villkor för hela befolkningen kräver att dessa beslut tas på politisk och nationell nivå, i samråd med professionen.

B. En hälso- och sjukvård med patientinflytande, valfrihet och mångfald

Digitaliseringen öppnar nya vägar att stärka patientens ställning och ge inflytande över vården. En annan viktig väg är ökad valfrihet för patienten. Det ställer krav på etablering av verksamheter med hög kvalitet som är anpassade efter patienternas behov, värderingar och önskemål.

Att kunna välja fritt är lika viktig i primärvården som i den öppna specialistvården och slutenvården. Det är enbart till den högspecialiserade vården som det ska behövas remiss, eftersom den är särskilt reglerad. Det fria vårdvalet ska gälla både lokalt och i hela landet. Den gränsöverskridande vården omfattar självklart även fortsatt möjlighet att söka vård i andra EU/EES-länder.

Det fria vårdvalet gör också att det behövs en mångfald av vårdgivare. Detta främjar patientfokus, stärker patienternas valmöjlighet och ökar tillgängligheten. I vården skapar det innovationskraft för nya arbetssätt och organisering, fler arbetsgivare med olika inriktning och arbetssätt, samt möjligheter för bland andra läkare att driva verksamhet i egen, mer småskalig regi.

Framtidens sjukvård, dess finansiering, styrning och organisation, syftar till en god och säker vård som per definition omfattar god tillgänglighet. Tillgängligheten är ett fundament för att primärvården ska kunna bli den bas som vården behöver. Ändå kommer köer, trots alla ambitioner, sannolikt alltid att uppstå och behöva hanteras. De åtgärder som brukar vidtas är olika typer av vårdgarantier. Sådana lösningar fungerar om utformningen stödjer den grundläggande principen om allas lika värde och lika rätt till sjukvård, samt att den som har störst behov ska ges företräde. Tidigare problem med vårdgarantier, bland annat undanträngningseffekter, har berott på att lösningarna inte har varit heltäckande utan premierat vissa patientgrupper och diagnoser, samt att effekterna förstärks med belöningsystem för landstingen, vilket lett till snedvridningar i de medicinska prioriteringarna.

Vårdgarantilösningar i framtiden måste kännetecknas av flexibilitet snarare än statiska tidsfrister som riskerar undanträngningseffekter. Det ger förutsättningar för att upprätthålla en korrekt och rättvis prioritering, och att anpassa åtgärder och behandlingsfrister till förhållanden i enskilda fall. Det är en fråga om patientmakt.

Patienterna behöver också bättre information om väntetider. Det finns ett behov av en nationell väntelista, som ger patienter information om väntetider – men även möjlighet till nationella jämförelser av medicinsk kvalitet och service.

C. En hälso- och sjukvård som ges på rätt vårdnivå

En hälso- och sjukvård nära invånarna

I en hälso- och sjukvård där avståndet mellan patient och vårdgivare är kort och tillgängligheten hög, är primärvården den självklara basen. Den specialiserade öppenvården, inklusive mellanvårdsformer som närsjukhus och rehabiliteringskliniker, är en del av en utbyggd hälso- och sjukvård nära patienten som avlastar de fullt utrustade sjukhusen. Denna struktur är kostnadseffektiv och ökar förutsättningarna för att klara en jämlik vård.

Vård på rätt nivå handlar om att patienterna ska få den vård som behövs på den vårdnivå som krävs. Det förutsätter en ändamålsenlig resursfördelning mellan olika vårdnivåer

Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser måste öka. Denna tanke har legat till grund för det sjukvårdspolitiska förändringsarbetet i årtionden, men utbyggnaden har varit långsam och ojämn över landet. Bristande kapacitet i primärvården leder till att även andra delar av vården får problem. Patienter tvingas söka vård på fel vårdnivå och inskrivningar och utskrivningsprocessen från slutenvården påverkas. För att kunna nyttja resurserna effektivt måste hela vårdkedjan hänga samman. Då är sjukhusens beläggningsgrad på vårdplatserna, kommunens kapacitet vad gäller vårdplatser i särskilda boendeformer, hemsjukvård och en väl fungerande primärvård avgörande. Digitaliseringen av hälso- och sjukvården har potential att förbättra tillgängligheten. En ökad informationstillgång stärker patientens delaktighet och autonomi, vilket i sin tur frigör tid för patienter med större kontaktbehov.

En tillgänglig vård av hög kvalitet på rätt vårdnivå förutsätter också att huvudmännen, i de fall ansvaret är uppdelat på olika huvudmän, tar stort gemensamt ansvar för samverkan. Det gäller patienter med sammansatta behov som behöver insatser från flera olika verksamheter och huvudmän, till exempel inom sjukhusvården och äldreården. För missbruksvården gäller att den måste ansvaras för av en huvudman, landstinget/regionen.

Primärvård

Förtroendet för primärvården måste öka hos allmänheten för att den på allvar ska kunna fylla sin roll som hälso- och sjukvårdens bas, där alla ges möjlighet att välja en fungerande fast läkarkontakt. Förtroende skapas genom god tillgänglighet, hög kontinuitet med patientansvarig läkare och hög kompetens. Det i sin tur kräver en tillräcklig läkarbemanning.

Det råder obalans mellan resurser och uppdrag. Primärvårdens andel av resurserna har legat på samma nivå de senaste decennierna medan antalet läkarbesök ökat. Läkarförbundet konstaterar att fler läkare i primärvården är en viktig förutsättning för att kunna ge en god vård på lika villkor och en tillfredsställande kontinuitet i läkarkontakterna. Eftersom det saknas specialister i allmänmedicin kan inte riksdagens mål om en specialist på i genomsnitt 1 500 invånare uppfyllas. För att lösa detta behövs samordning på nationell och regional nivå kring ST i allmänmedicin och övrig kompetensförsörjning till primärvården.

Valfriheten för patienten är viktig. Listningen ska ske på läkare snarare än på vårdcentral, eftersom det stödjer patientens möjlighet att få en fungerande fast läkarkontakt. Läkarförbundet ser stora fördelar med en sjukvård som rymmer en mångfald av vårdgivare och som drivs med olika inriktning. Småskaliga verksamheter som ägs eller leds av läkare sticker ut positivt när det gäller förutsättningarna att erbjuda god vård och service till sina patienter – trots att kostnaderna på dessa vårdcentraler inte är högre. Regelverk för etablering av primärvårdsverksamhet med offentlig finansiering måste vara anpassade till den småskaliga professionsstyrda vårdens förutsättningar. För samma typ av verksamhet ska etableringsvillkor och system för ersättningar vara enhetliga. De ska vara neutrala mellan offentliga och privata, stora och små vårdgivare. Enskilda läkare ska ha goda möjligheter att på skäliga villkor starta egen verksamhet.

Vårdvalsystemen behöver utvecklas i riktning mot jämlikare förutsättningar över landet och mellan olika patientgrupper. En bra vårdvalsmodell kan bidra till att lösa många av problemen i primärvården. Förutsättningarna påverkas främst av vilka spelregler och villkor huvudmännen ger inom ramen för ett vårdval. Styrande faktorer är pengar och personal, uppdragens utformning, incitament i ersättningssystem och ledarskap.

Ersättningssystemen måste stödja medicinska prioriteringar och gå i takt med läkaretiken. Viktiga värden som kontinuitet, samordning och helhetssyn måste stödjas. Lösningarna måste vara långsiktiga och inte äventyras av kortsiktiga politiska beslut. Grunduppdraget ska vara nationellt, men med möjligheter till tilläggsuppdrag anpassade efter lokala förutsättningar. Det viktiga är att uppdragets yttre gränser definieras och att uppdrag och resurser följs åt. Ett nationellt perspektiv är att föredra när det gäller styr- och ersättningssystem. För Läkarförbundet är det självklart att läkarprofessionen måste delta i utvecklingsarbetet och att det lokalt behöver finnas former för påverkan och överläggningar om villkor. Förutsättningar för utbildning, fortbildning och forskning måste bevaras och utvecklas.

Anpassad äldresjukvård

Den demografiska utvecklingen, färre vårdplatser, kortare vårdtider och snabbare patientflöden – tillsammans med strukturomvandling även i kommunerna, från särskilda boenden till insatser i ordinärt boende, ställer höga krav på förmåga till helhetssyn, samverkan, kontinuitet och samordning. Då fler med omfattande behov vårdas utanför sjukhus ökar kraven på såväl läkarinsatser från primärvården, sjukhusspecialister i öppen vård som kommunens vård och omsorg. Fler sjukhusspecialister, inte minst geriatriker och psykiatriker, bör ingå i team runt den äldre.

En mer anpassad äldresjukvård bör införas, som innebär ett samlat åtagande, ett ”program”, med systematisk samordning, överblick och uppföljning av den sköra äldre patientens situation, sjukdomsbild och läkemedelsanvändning. Det är primärvården, med fast läkarkontakt, som i en central och samordnande roll ska ansvara för den anpassade äldresjukvården. Patienterna ska erbjudas anpassad äldresjukvård efter en individuell bedömning av skörhet.

En ökad läkarnärvaro i de äldres sjukvård är nödvändig. Regler som säkerställer en tillräcklig läkarmedverkan måste gälla lika – eller mer lika – över landet, vilket skulle vara möjligt med ett mer enhetligt uppdrag i primärvården. Ansvar för läkarinsatser ska fortsatt vara landstingets/regionens, men det bör vara möjlighet för de kommuner som så önskar, att anställa läkare. Antalet vårdplatser inom slutenvården och i särskilda boenden, inklusive korttidsboende, måste öka och planeras i dialog mellan kommun och landsting.

Beroendevård

En huvudman, landstinget/regionen, bör ha ansvaret för behandling av missbruk och beroende. Med hälso- och sjukvården som ansvarig får vi en samlad behandlingsorganisation som har större förutsättningar att nå de som behöver insatserna och som på ett bättre sätt kan ta tillvara och implementera ny kunskap. Modern beroendevård integrerar i hög grad farmakologisk och psykologisk behandling och psykosociala insatser. Hälso- och sjukvården har bäst förutsättningar att utveckla detta område med kompetens baserad på neurobiologisk, psykologisk och folkhälsovetenskaplig forskning. Socialtjänsten ska ha ansvar för sociala stödinsatser.

Öppen specialistvård

En utbyggd och förstärkt öppen specialistvård utanför sjukhusen förbättrar effektiviteten i sjukvårdssystemet. Den öppna specialistvården är en länk mellan primärvården och sjukhusvården. En väl utvecklad samverkan mellan vårdnivåerna är en förutsättning för vård på rätt vårdnivå. Valfrihet för patienten ska gälla. En mångfald av vårdgivare och småskaliga läkarledda verksamheter främjar patientfokus och stärker möjligheterna att välja.

Läkarförbundet efterlyser nationella strategier och långsiktiga lösningar för hur privata vårdgivare ska kunna etablera sig i öppen specialistvård. Vi ser ett antal grundläggande krav som bör ställas:

- Regelverk för etablering av privat öppen specialistvård med offentlig finansiering måste vara anpassade till den småskaliga professionsstyrda vårdens förutsättningar.
- Det ska råda klara spelregler och långa avtalsrelationer för att vårdgivare ska våga investera i verksamheten. Långa avtal krävs för vårdverksamhet som en självklar förutsättning för kontinuitet.
- För samma typ av verksamhet ska etableringsvillkor och system för ersättningar vara enhetliga. De ska vara neutrala mellan offentliga och privata, stora och små vårdgivare. Enskilda läkare inom olika specialiteter ska ha goda möjligheter att på skäliga villkor starta egen verksamhet.
- Förutsättningar för utbildning, fortbildning och forskning måste beaktas och utvecklas.
- Läkarprofessionen måste delta i utvecklingsarbetet och lokalt behöver det finnas former för påverkan och överläggningar om villkor.
- För att främja kvalitetsutveckling och kunskapsspridning är det viktigt att sjukhusläkare har möjlighet att kombinera tjänstgöring på sjukhus och i öppen vård, i offentlig och privat drift, utan negativa konsekvenser för pension och andra sociala trygghetssystem. Inadekvata regler för bisyssla ska inte förekomma.

Slutenvård

Sjukhusvården kräver en stabil och säker sjukhusläkarbemannning. Förutsättningar för utbildning, utveckling och långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning. Då patienten behöver sjukhusvård är det en självklarhet att erbjuda en ordinarie vårdplats. Vårdplatserna ska bemannas med personal med rätt kompetens och adekvat utrustning. Stabila och tillräckligt dimensionerade personalgrupper inom alla personalkategorier är en förutsättning. Under lång tid har det rått brist på till exempel undersköterskor, medicinska sekreterare och sjuksköterskor. Kontinuitet och specialistkompetens ska premieras.

Antalet vårdplatser har minskat under många år. Den medicinska och tekniska utvecklingen och kompetensutvecklingen är en delorsak, men minskningen är också en följd av besparingar och brist på personal. När minskningen av vårdplatser går för långt riskeras patientsäkerheten och vårdpersonalens arbetsmiljö försämras med dagliga överbeläggningar och utlokaliseringar. Det faktum att Sverige har en av världens äldsta befolkningar medför att vårdplatserna inte kan fortsätta att minska. Dessutom ses en betydande inflyttning till tätorter, vilket inte avspeglats i planering av behovet. Brist på högintensiva vårdplatser som IVA och intermediärvårdplatser innebär också stora risker för skador och även dödsfall. Tillräcklig bemanning, kompetens och rätt antal vårdplatser måste tillgodoses. För vården ses en beläggningsgrad på 85-90 % vara det mest effektiva och som tillgodoser en större säkerhet.

Utnyttjandet av vårdplatserna på sjukhus kan förbättras genom effektiviseringar som bättre samverkan med den öppna specialistvården, primärvården och den kommunala vården och omsorgen. Det handlar även om att antalet vårdplatser i särskilda boendeformer bör öka. Mellanvårdformer och rehabiliteringsplatser, inom exempelvis neurologi, ortopedi och stroke, behöver också byggas ut och förstärkas. Tillräckligt många vårdplatser avlastar akutmottagningarna, jourarbetet och möjliggör också direktinläggningar från primärvården.

Antalet besök på akutmottagningarna ökar stadigt. Det är en stor verksamhet med stora flöden och osorterade patienter, varav många har akuta livshotande åkommor. Det är viktigt att akutmottagningarna bemannas med läkare med rätt kompetens för det akuta omhändertagandet. Det måste finnas tillräckligt många vårdplatser i anslutning till akutmottagningen och god förutsättningar för undersökning och diagnostik. Ett ökande inslag av telemedicin samt utbyggt transportsystem, bör ingå i den framtida akutsjukvården.

Högspecialiserad vård

Högspecialiserad vård kallas vård som har hela landet som upptagningsområde och som koncentreras till ett begränsat antal sjukhus. Bedömningen av den högspecialiserade vården grundar sig på antagandet att vissa volymer behövs för att uppnå god kvalitet och låga behandlingskostnader. Volymer kan värderas efter skattade riktmärken för enskilda tillstånd, antingen per verksamhet eller per läkare. Högspecialiserad vård är definitionsmässigt ovanliga tillstånd eller där åtgärden är avancerad och/eller kostnadsintensiv. Utöver nationell högspecialiserad vård behövs också en regional högspecialiserad vård. Vad som definieras som högspecialiserad vård kan förändras med tiden. Nationell högspecialiserad vård ska vara nationellt finansierad och de som beviljats tillstånd som utförare ska följas upp kontinuerligt utifrån den kravspecifikation som tillståndet vilar på.

Den högspecialiserade vården måste ha goda förutsättningar för forskning och är beroende av en god kompetensförsörjning. Det måste säkerställas att all sjukvårdens personal kan tillgodogöra sig och bevara klinisk bredd under samtliga utbildningssteg även under de nya förhållanden som en nivåstrukturerad och koncentrerad vård innebär.

Nivåstrukturerad vård påverkar förutsättningarna för att bedriva utbildning och kompetensutveckling, det är därför avgörande att ändamålsenliga utbildningsförutsättningar skapas vid strukturförändringar. För enskilda läkare innebär det bl. a att ST-tjänstgöringen kan komma att förläggas till flera olika enheter varför förutsättningarna för anställnings- och ersättningsmöjligheter måste vara goda.

Samtidigt som man behöver se vilka miniminivåer som behövs för att upprätthålla akutsjukvården på sjukhusen. Det som behöver diskuteras är inte hur stort antal akutsjukhus som ska tillåtas, utan vilken kompetens – och i vilken omfattning – som ska finnas där.

Välfungerande vårdkedjor och ett gott samarbete mellan högspecialiserade sjukvårdsenheter och hemmalandstinget/regionerna är avgörande för en effektiv nivåstrukturering.

Med ökad koncentration av viss specialistkompetens och erfarenhet i den högspecialiserade vården kommer den övriga sjukvården behöva bra system för kunskapsspridning och fortbildning. Nivåstrukturering och kompetenskoncentration kan påverka förutsättningarna att bedriva utbildning och kompetensutveckling. Därför måste alla beslut om koncentration ha konsekvensbeskrivningar och åtgärdsplaner så att det finns ändamålsenliga och goda utbildningsförutsättningar.

D. En hälso- och sjukvård för trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning

Vården måste i framtiden än mer organiseras så att bästa förutsättningar finns för kontinuitet, samordning och helhetssyn.

Kontinuitet är av stor betydelse för såväl patienter som vårdpersonal. Särskilt för dem som ofta behöver kontakt med vården är det viktigt att möta samma läkare. För läkarens del handlar det om god vård, men också om arbetsmiljön. Att känna sin patient och kunna följa denne spar tid, både vad gäller inläsning och under patientmötet. Det handlar också om att kunna avkrävas och ta ett tydligt ansvar, om motivation och om relationen till patienten. Kontinuitet ger också förutsättningar för individuellt lärande och kvalitetsutveckling, då behandlingsåtgärderna kan följas upp på ett naturligt sätt. Kontinuitet är effektivitet. Det som behövs är bättre förutsättningar för arbetssättet.

Patientansvarig läkare

För oss är det högprioriterat, oavsett lagstiftning, att patienter ges rätt till en namngiven patientansvarig läkare (PAL) som fast vårdkontakt för att skapa bättre läkarkontinuitet. PAL ska tillsammans med övrig personal i teamet säkerställa patientens behov av kontinuitet och samordning. Att patienten får möjlighet att träffa samma läkare ger ökad trygghet framför allt för de med kroniska sjukdomar. PAL förbättrar även patientsäkerheten och ger ett effektivare resursutnyttjande. Rätten till en PAL kan inte begränsas till patienter med livshotande tillstånd.

Den läkare som utses till fast vårdkontakt ska konsekvent benämnas PAL. Då blir det tydligt för patienten och annan vårdpersonal vad som ingår i ansvaret.

Synen på kontinuitet måste nyanseras. Från att fokus under en period legat på samordning och att hålla ihop vårdkedjan måste den innefatta läkarkontinuitet inom slutenvården, öppna specialistvården och primärvården. Hela teamet är viktigt för trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning, men kan inte ersätta läkarkontinuiteten och den viktiga relationen mellan patient och läkare.

I primärvården ska den fasta läkarkontakten betraktas som PAL. Den fasta läkarkontakten i primärvården, som är lagreglerad, ska finnas som grund för alla patienter som önskar det. Med

god tillgänglighet och hög kontinuitet ger en fast läkarkontakt bättre kvalitet och en ökad patientcentrering genom den personliga relationen mellan läkare och patient.

Patienter som behöver vård från flera olika håll kan ha flera PAL. Till exempel kan patienten ha sin fasta läkarkontakt i primärvården parallellt med en eller flera PAL i sjukhusvården, beroende på sjukdomsbild. PAL-funktionen är naturligt mer långsiktig i primärvården medan PAL-funktionen inom sjukhusvård eller öppen specialistvård kan vara både långsiktig eller avgränsad i tid och till ett vårdtillfälle. Vårdgivaren ansvarar för fungerande PAL-samverkan mellan verksamheter. Sjukvårdens huvudmän måste på en övergripande nivå organisera hälso- och sjukvården så att samordning mellan olika PAL möjliggörs. Framtagandet av rutiner och samverkansmodeller ska involvera läkarprofessionen.

System som stödjer

Ersättningssystem och organisation ska stödja ett brett ansvar för samordning och kontinuitet. Patientens väg genom vården handlar om helhetssyn, samordnad planering och om att stödja samarbete i team och processer. Det kräver god informationsöverföring och väl fungerande och användarvänliga verksamhetsstöd. Det ställer höga krav på ledarskapet på alla nivåer, från strategisk ledningsnivå till det lokala ledarskapet. Det kräver samverkan på alla nivåer – mellan huvudmän, vårdnivåer, verksamheter och inom verksamheter.

Vårdens styr- och ersättningssystem måste vara mer generella och övergripande, bygga på tillit till det professionella ansvaret och fortlöpande uppföljning. Det handlar också om långsiktighet. Kortsiktiga satsningar ska inte skapa onödiga målkonflikter i vården, som när satsningar på tillgänglighet riskerar sätta prioriteringsprinciper ur spel och skapa undanträngningseffekter av patienter som har behov av kontinuitet och samordning.

En viktig förutsättning för att läkare ska kunna ge en god och säker vård är tillgång till korrekt och relevant information om patientens hälsotillstånd och de bedömningar och åtgärder som gjorts inom hälso- och sjukvården.

Vårdens IT-system är ett kontinuerligt verksamhetsutvecklingsprojekt. IT-systemen ska vara användarvänliga och stödja verksamheten. De IT-lösningar som väljs måste möjliggöra kontinuerlig utveckling och stimulera innovation. För detta krävs standardisering, struktur och att systemen är kompatibla så att informationen bara behöver dokumenteras en gång och kan göras tillgänglig vid rätt tillfälle och för rätt person.

Ändamålsenligt IT-stöd är en viktig förutsättning inte minst för god och säker läkemedelsbehandling. En nationell läkemedelslista är ett grundfundament för att möjliggöra detta, möjligheten till generisk ordination ett annat. Det behöver också finnas tillgång till säkra kunskapsstöd som kontinuerligt uppdateras och stödjer individuellt beslutsfattande och en fortsatt utveckling av vården.

Digital kommunikation med externa aktörer som apotek och Försäkringskassan ska vara fullt integrerad och enkel att använda. Detsamma gäller beslutsstöd kopplade till patientinformationen.

Användarvänliga IT-system som stödjer det kliniska arbetet och främjar utveckling och innovation kräver resurser både genom ekonomiska och personella satsningar. Det krävs nationell teknisk standardisering och en gemensam informationsstruktur för att hälso- och sjukvårdens IT-system ska kunna prata med varandra och utbyta information. Informationen behöver följa patienten och

inte hindras vid fiktiva gränser mellan olika huvudmän och vårdgivare. Lagstiftningen måste utvecklas så att utbyte av informationen kan ske med hög säkerhet och bibehållet integritetsskydd för patienten. Detta är en viktig förtroendefråga. Standardisering och lagstiftning är statens ansvar och kräver ett tydligt agerande. Hälso- och sjukvårdens professioner måste vara delaktiga i arbetet med att ta fram standarder och informationsstruktur.

För att digitala lösningarna ska stödja verksamheten och kliniskt arbete måste slutanvändarna – läkare, annan vårdpersonal och patienter – både på central och lokal nivå medverka från början till slut i utvecklingen och implementeringen av nya system och applikationer. Hög patientsäkerhet, utveckling av verksamheten och förbättrad arbetsmiljö, med stöd av ny teknik, är i fokus.

E. En hälso- och sjukvård i framkant

Hälso- och sjukvården måste kontinuerligt investera i fortbildning, forskning och förbättrings- och utvecklingsarbete. Det behövs långsiktighet och ökat samarbete på lokal, regional och nationell nivå för att hälso- och sjukvården ska kvalitetssäkras.

För att erbjuda en patientsäker och effektiv hälso- och sjukvård som kan möta morgondagens behov, behövs långsiktiga satsningar på klinisk forskning och utveckling. Läkarpreditionen driver den utvecklingen genom att ständigt söka ny kunskap. Detta förutsätter ett gott ledarskap.

Chefskap och ledarskap

Läkare behövs som chefer på alla nivåer i hälso- och sjukvården, från högsta ledningen till det verksamhetsnära ledarskapet. Verksamheten är komplicerad till sin natur och karaktäriseras av många etiskt svåra avvägningar där individuellt professionellt yrkesansvar är centralt. Beslut som fattas i organisationen måste inkludera en bedömning av de medicinska konsekvenserna och ha som mål att skapa goda förutsättningar för mötet mellan patienterna och vården. Läkare har med sin medicinska kompetens en stor fördel att åstadkomma detta i chefskapet.

För att kunna utveckla verksamheten måste chefer ha goda förutsättningar. Ansvaret som kommer med chefskapet måste kopplas till mandat och befogenheter. Stödet till chefer måste vara gott för att skapa utrymme för verksamhetsutveckling. Framtidens ledare kommer att behöva kompetens i att leda komplexa organisationer med snabb utvecklingstakt, baserat på egen erfarenhet, förändrings- och organisationskunskap, hälso- och sjukvårdsekonomi samt juridik. Läkare måste få möjlighet att utveckla dessa förmågor tidigt i karriären. Verksamhetsnära chefskap ska gå att kombinera med klinisk tjänstgöring.

Dagens och framtidens vård skapas ofta i team med flera olika professioner och med patienten som en viktig aktör. Läkare bör vara de som leder vårdteamen och måste ges den utbildning och fortbildning som krävs för detta. Ledarskapsträning bör i större utsträckning vara ett inslag genom hela karriären, från läkarstudent till erfaren specialistläkare.

Forskning som naturlig del i vården

Utvecklingen inom *life science*-sektorn är snabb och för att Sverige ska klara den internationella konkurrensen måste resurser och gemensamma krafter tas tillvara.

Detta kräver en nationell samling där vårdens professioner, forskare, vårdgivare, företag och patienter får möjlighet att bidra till att samla och använda data på ett etiskt, säkert och strukturerat sätt. Patientmedverkan kan stärkas ytterligare, men det behövs välutvecklade och säkra etikprövningsförfaranden.

Klinisk forskning är en förutsättning för hög kvalitet i hälso- och sjukvården. Detta kräver bättre möjligheter till kombinationstjänster för fler personalkategorier – både inom akademien, näringslivet och sjukvården. Ömsesidig samverkan mellan dessa tre områden kräver öppenhet och transparens och att arbetsgivaren skapar förutsättningar för detta genom att se det som kompetens- och verksamhetsutveckling, och genom att acceptera bisysslor. Vi ser också ett behov av att förstärka finansieringen av den patientnära forskningen och en ökning av de direkta anslagen till universiteten. Sjukvårdens ansvar för den kliniska forskningen måste tydliggöras så att inte forskning, utbildning och utveckling trängs undan till förmån för sjukvårdsproduktion. Företagens möjligheter att investera i vårdens forskning och utveckling måste uppmuntras och stärkas. Klinisk forskning finansieras från många olika källor och det är viktigt med uppföljning, samordning och kvalitetssäkring av de olika finansieringsformerna.

Kompetensförsörjning

En av sjukvårdens mest strategiska framtidsfrågor är hur man säkrar tillräckligt med specialister i alla delar av landet. Beslutsfattare på alla nivåer måste arbeta för att få en fungerande arbetsmarknad, med en god tillgång på och dimensionering av specialistläkare. Läkarförbundet vill se bättre planeringsstöd på både nationell och lokal nivå, en etablerad nationell arena för samarbete och samsyn mellan huvudmännen, kortare ledtider mellan de olika momenten i läkares utbildning från examen till färdig specialist, samt stärkta positiva incitament för läkare att både utbilda sig och stanna kvar inom bristspecialiteter och i geografiska områden med brist på läkare.

Sjukvårdshuvudmännen har också ett samhällsansvar som arbetsgivare när det gäller att ta tillvara den resurs medarbetare med utländsk vårdutbildning utgör. När det gäller läkare som utbildats utanför EU/EES och som behöver genomgå viss komplettering för att få svensk legitimation har huvudmännen och staten ett delat ansvar för att processen är säker och utan onödiga hinder och flaskhalsar. Läkare kan ta stort ansvar för att stödja, introducera och handleda kollegor från andra länder.

Utbildningsuppdraget

Den medicinska grundutbildningen behöver vidareutvecklas och bli legitimationsgrundande. Detta leder till en harmonisering till internationella förhållanden och i förlängningen till ökad patientsäkerhet och rörlighet. För att utbildningen ska hålla hög kvalitet krävs det goda förutsättningar att bedriva utbildning - det behöver finnas tid avsatt för utbildningsaktiviteter och handledning för studenter, utbildningsläkare, handledare och utbildningsansvariga. Detta är viktigt att beakta när vårdval utformas och i en hälso-och sjukvård med en ökad mångfald av aktörer.

Statlig styrning av specialiseringstjänstgöringen har inte fungerat, huvudsakligen eftersom det inte går att styra personers val av tjänstgöringsort eller inriktning på det sätt som tidigare prövats. Intresse och fallenhet måste få avgöra den enskilde läkares val, men det går att öppna för incitament och möjligheter att prova på.

Det livslånga lärandet och fortbildningen är en mycket central fråga för läkarprofessionen. Läkares tid för fortbildning minskar och det råder stora skillnader mellan olika specialiteter och arbetsgivare. Kompetensutveckling ska vara en naturlig del av vården och en garant för en trygg och patientsäker vård. Goda förutsättningar är en självklarhet och det är arbetsgivaren som bär ansvaret när det gäller tid, resurser och innehåll. Den enskilde läkaren har ansvar för att planera och dokumentera sin fortbildning. Det finns en reglering som tydliggör de olika parternas ansvar och som regelbundet följs upp.

Strukturer för kunskapsbaserad och kunskapsskapande vård

Professionen ska ha en ledande roll i kunskapsstyrningen. Det professionsdrivna arbetet med behandlingsrekommendationer måste öka. Det är professionerna i vård och omsorg som bedriver forskning och utvecklingsarbete kring nya metoder som all kunskapsstyrning vilar på. Det är även professionerna som identifierar kunskapsluckor och var behovet av rekommendationer och beslutsstöd är särskilt stort. Läkare är både en nyckelgrupp i framtagandet av de statliga kunskapsunderlagen och som huvudsakliga användare/mottagare i implementeringen och spridningen av dessa i verksamheten. Här har specialitetsföreningarna en självklar roll.

Det finns stora kunskapsluckor och behov av nationella kunskapsstöd inom olika områden i vården. Socialstyrelsens arbete med Nationella riktlinjer har många fördelar, till exempel en väl utvecklad metod i framtagandet och struktur för uppföljning. Men det finns också tydliga nackdelar som att de är få, tar lång tid att arbeta fram och att de inte implementeras i tillräcklig utsträckning. Därför måste andra kompletterande arbetsformer för att förse vården med efterfrågade nationella kunskapsstöd övervägas. Det är viktigt att riktlinjer arbetas med kontinuerligt och uppdateras. Staten har ett stort ansvar för detta.

De medicinska professionerna och särskilt specialitetsföreningarna måste få ett större ansvar i framtagandet av nationella vårdprogram och behandlingsriktlinjer inom olika områden. Statens roll ska vara att stödja med ekonomiska resurser och bidra med förvaltning, administration och spridning av kunskapsstöden. Även patientorganisationerna har en viktig roll att fylla i framtagandet av riktlinjer och rekommendationer.

Den kunskap som journaler, register och annan dokumentation samlar in ska kontinuerligt och systematiskt följas upp och utvärderas i syfte att generera ny kunskap som kan tillföras vården. Det blir ett kunskapsdjul som med hjälp av smart teknik hela tiden utvecklar och förfinar ny kunskap.

För att implementeringen ska lyckas måste det finnas tid och resurser avsatta för att ta in och omsätta ny kunskap inom den verksamhet man verkar inom. Läkares och andra professioners fortbildning är en viktig komponent i kunskapsstyrningen. Genom att satsa på fortbildning ökar spridningsmöjligheterna av Nationella riktlinjer och andra typer av kunskapsstöd.

Värdet av kvalitetsregister

Kvalitetsregistren är alltsedan starten ett potent verktyg för kvalitetsutveckling som genom åren utvecklats vidare till att vara strategiskt viktigt för hela hälso- och sjukvårdens förbättring. Även framgent måste professionen vara en central kraft i deras fortsatta utveckling. Möjliga utvecklingsvägar innefattar sammanhållna journaler med kvalitetsdata, kliniska beslutsstöd och nya former för registerforskning.

Eftersom registren är ett så kraftfullt verktyg måste ett betryggande skydd för den enskildes integritet finnas. Data från register kan till exempel inte få användas för ekonomisk styrning och ersättning. Ansvarsförhållandet mellan myndigheter och sjukvårdshuvudmännen måste även vara tydligt, konkurrensneutralitet säkras och åtskillnad mellan myndighetsutövning, finansiering och produktionsansvar upprätthållas. Avgörande är att intressenterna tar sitt finansieringsansvar samt att nationell samordning och långsiktiga förutsättningar är tydliga.

F. En hälsofrämjande sjukvård

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Alla har ett ansvar i arbetet för en god hälsa. Enskilda individer, samhället och läkare måste verka tillsammans. Läkaren har flera roller. I mötet med patienter är rollen att vägleda till goda val, som stöd i samhället är läkaren en kunskapsförmedlare till beslutsfattare i folkhälsofrågor. Individens roll är att göra kloka hälsoval. Politikernas roll är att fatta beslut som stödjer en positiv hälso-utveckling för alla.

Lagstiftning och ekonomiska styrmedel ska användas i högre grad för att understödja hälsosamma val. Ett hälsosamt leverne ska vara självklart, enkelt och billigt. Dåliga matvanor, fysisk inaktivitet, rökning och alkohol drabbar olika hårt beroende på socio-ekonomiska förhållanden. Lagstiftning, skatter, avgifter och subventioner bör användas mer aktivt för att understödja hälsosamma val.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal i sitt arbete uppmärksammar levnadsvanornas betydelse. Kompetens om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder måste utvecklas och implementeras i vården. Sekundärpreventiva åtgärder efter en behandling såsom ändrade levnadsvanor är viktigt för hälsoutfallet. Även läkemedelsbehandlingar är en viktig del i förebyggandet av sjukdomar.

Läkaren i klimatarbetet

WHO har slagit fast att den globala uppvärmningen och klimatförändringar får konsekvenser för folkhälsan och medför allvarliga hälsorisker. Som exempel ökade dödsfall i värmeböljor och av naturkatastrofer liksom ökad förekomst av vektorburna sjukdomar såsom malaria.

Läkare har med sin kompetens och sitt förtroende en central och viktig roll i arbetet inom klimat- och hälsoområdet. Läkaren kan via egna organisationer och i samarbete med andra, både nationellt och globalt, vidga samhällets kunskap om klimatförändringens effekter på hälsa och sjukvård samt främja tvärvetenskapligt samarbete i dessa frågor.