

SvD

Debattredaktionen  
debatt@svd.se  
Telefon 08-13 51 49

DEBATT

Redaktör  
Carina Stensson  
Bitr redaktör  
Carl-Johan  
BilkenrothWebb:  
SvD.se/debatt  
Twitter:  
twitter.com/  
SvDDebatt  
Facebook:  
SvD Debatt

Mer debatt →

## Rätt åtgärder krävs för att minska sjukfrånvaron

Prognosen är att den årliga kostnaden för sjukfrånvaron hamnar på 44 miljarder kronor om året. Regeringen måste nu vidta åtgärder som verkligen fungerar för att bryta utvecklingen och följa råden från socialförsäkringsutredningen, skriver **Gunnar Axén**, som var utredningens ordförande.

Näringsliv sidan 2

Mer debatt →

## Det krävs större ansvar för folkhälsan

Målet med effektiva hälsofrämjande insatser såsom skatt på socker är att bidra till bättre hälsa för alla i samhället, även utsatta grupper som idag är särskilt drabbade av ohälsa. Det skriver **forskare och tandvårdschefer** i en slutreplik om sockerskatt.

SvD.se/debatt

# Styrningen har blivit ett hot

**SJUKVÅRDEN** Styrningen inom sjukvården har blivit så omfattande att den försämrar situationen för patienterna. Vetenskap, beprövad erfarenhet och etiska principer trängs undan till förmån för andra drivkrafter. Vi är allvarligt oroad, skriver en rad läkare.

**V**i som skriver detta är alla erfarna kliniskt verksamma läkare. Att få förtroende från och ta medicinskt ansvar för våra patienters hälsa känns som ett privilegium och vi känner stark motivation i vårt arbete.

Sedan lång tid pågår omfattande förändringar inom vårdssystemet som oroar oss mycket och vi känner en skyldighet att bidra till en bred debatt om detta.

Det finns betydande strukturella problem och påtaglig stress i stora delar av vårdssystemet. Antalet vårdplatser per capita på sjukhus i Sverige är lägst i Europa, vilket innebär att många patienter skrivs ut från sjukhus i alltför instabilt skick. Det ökar risken för överdödlighet under den första tiden efter utskrivningen. Inom primärvården, med Europas nästan lägsta läkartäthet, råder en omfattande personalbrist i hela landet och i många landsting hålls verksamheten uppe med hjälp av hyrläkare. Kommunerna har lagt ned de flesta servicehus och antalet platser i särskilt boende har minskat med 33 procent, från 121 000 till 81 000 platser mellan 2000 och 2014. Verksamheten inriktas på ökad hemtjänst under parollen "kvarboendeprincipen". Till detta kommer ett kontinuerligt dyrbart laborerande med olika journalsystem, som inte alls är anpassade till läkarnas och vårdpersonalens arbete med diagnostik, behandling/vård och uppföljning över tid för vårdens vanligaste patienter, det vill säga personer med flera samtidiga kroniska hälsoproblem.

**Hur kan det ha blivit så här?** Vi anser att en avgörande orsak är att sjukvården under ett par decennier har utsatts för tilltagande byråkratisk styrning inspirerad från andra samhällsområden, särskilt tayloristiskt inriktad tillverkningsindustri, med fokus på "styrning" och "flöden". Några exempel är balanserade styrkort, lean production, new public management och nu senast "värdebaserad vård". Dessa har införts i snabb takt och utan vetenskapligt underlag. New public management har införts i många länder, men knappast så snabbt och konsekvent som i Sverige.

Styrningen har med tiden blivit kontraproduktiv, det vill säga utfallet för patienterna riskerar att bli sämre än utan denna styrning. Orsaken är att vetenskap och beprövad erfarenhet samt etiska principer med fokus på vårdbehov trängs undan till förmån för andra drivkrafter.

Den så kallade New Staffordshire-skandalen i England uppdagades för några år sedan. En av efterkrigstidens största utredningar (Berwick-kommissionen) konstaterade att mycket lidande inklusive åtskilliga dödsfall orsakats av att missriktade,



FOTO: EMMA-SOFIA OLSSON

”  
*Verksamheten styrs till stor del av ideologi, partipolitik och förhoppningar.*

industriellt inspirerade, mål tillämpats i delar av den brittiska sjukvården. Såväl sjukvårdsetik som vetenskap och beprövad erfarenhet hade åsidosatts.

Någon liknande skandal har inte avslöjats i Sverige. Den kritik som Riksrevisionen nyligen riktade mot vårdval inom primärvården i Sverige är dock illavarslande nog: "Det är allvarligt att prioriteringarna inom primärvården i dag i större utsträckning görs efter patienternas efterfrågan och inte efter vem som är i störst behov av vård. Detta är inte i enlighet med de etiska principer som ska styra vården".

I Svenska Läkaresällskapets utredning "En värdefull vård" framträder bilden av en allt mer fragmenterad vård, där man på basen av industriinspirerade modeller underskattar komplexiteten i den enskilda patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Den politiska, administrativa och ekonomiska styrningen har ökat successivt och innebär nu orimligt mycket detaljerade kontroller från huvudmännen och staten.

**Det underliggande problemet är skillnaden mellan individnivå och grupp nivå.** Å ena sidan den praktiska vården och omsorgen som sker på *individnivå*, det vill säga personalens arbete med enskilda

patienter. Denna verksamhet regleras av bland annat Patientlagens krav på vetenskap och beprövad erfarenhet samt etiska principer. Personalens agerande och beslut kring patienterna kan beivras genom anmälan till till exempel patientnämnder, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), ansvarsnämnden, Socialstyrelsen och ytterst civil domstol.

Å andra sidan ledning och styrning av sjukvården, som sker på *grupp nivå* via en rad olika politiska organ, till exempel landsting, kommuner, Sveriges kommuner och landsting (SKL) och socialdepartementet. Verksamheten här styrs till stor del av ideologi, partipolitik och förhoppningar med en påtaglig brist på systematiskt lärande genom kritisk analys av resultatet av olika genomförda "satsningar". Mycket av förtroendekrisen i hälso- och sjukvården beror på det bristande sambandet mellan individnivån och grupp nivå. Strax efter sitt tillträdande konstaterade sjukvårdsminister Gabriel Wikström att vi "byggt upp ett system där man glömt den enskilde patienten". Han påpekade att en kulturförändring måste börja med att politikerna markerar att de litat på sjukvårdens professioner.

**Vi frågar oss varför omfattande** styrsystem och organisatoriska förändringar införs, som i mycket hög grad påverkar handläggningen av de enskilda patienterna, utan vetenskapligt underlag, utan förhandsgodkännande av forskningsetiska kommittéer och utan systematisk kritisk uppföljning och lärande? Hur kan åtgärder på grupp nivå hanteras väsensskilt från alla krav som finns på individnivån?

**Vi önskar stimulera till en bred debatt** angående:

- Hur kan vi verka för att även vårdens organisation och styrsystem utformas på evidensbaserad grund och enligt den etiska plattformens principer?
- Hur kan vi återupprätta fokus på kvalificerad hälsoanalys, human vård och kontinuitet i mötet mellan patienten och läkare/andra personalgrupper?

**GUNNAR AKNER**

professor i geriatrik, Linnéuniversitetet, Kalmar

**CHRISTER ANDERSSON**

professor i allmänmedicin, Umeå Universitet

**NIKLAS EKERSTAD**

med dr, överläkare i kardiologi, NU-sjukvården, Trollhättan

**MATS ELIASSON**

professor i medicin, Umeå universitet

**YNGVE GUSTAFSON**

professor i geriatrik, Umeå universitet

**BENGT JÄRHULT**

distriktsläkare, Ryd

**CHRISTER PETERSSON**

med dr, allmänläkare Växjö

**JOHAN TJÄRNSTRÖM**

överläkare i kirurgi, NU-sjukvården, Trollhättan

**BENGT VON ZUR-MÜHLEN**

överläkare i njurmedicin, Uppsala Akademiska Sjukhus

**HANS WINGSTRAND**

professor i ortopedi, Lunds universitet