

Lämplig styrning av vården

Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården har utformat fem grundläggande principer som reformationen av sjukvården måste baseras på. Arbetet bör inledas omgående.

Sverige avsätter större resurser till sjukvården och har fler färdigutbildade läkare och sjuksköterskor än någonsin tidigare. Ändå råder ett kris-tillstånd inom stora delar av vården med brist på personal och vårdplatser. Personalen är hårt pressad både i primär-

och sjukhusvården och patienterna får onödigt låg vårdkvalitet och höga säkerhetsrisker till onödigt höga kostnader.

Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården anser att krisen är en onödig artefakt.

Vi har nyligen publicerat två tio-i-topp-listor [1] med exempel på särskilt olämplig styrning i landstingen och i staten. Varje exempel försvårar ett från början svårt kliniskt arbete. Tillsammans skapar de ett vårdssystem som ofta motverkar och direkt förhindrar vårdkvalitet för enskilda personer.

Dagens omfattande problem är dock bara en föraning av vad som väntar de närmaste 20-30 åren sett till befolkningsprognoser. För att vända den negativa utvecklingen är det nödvändigt att tydligt betona vårdens kärnvården.

Nätverket har därför utformat fem grundläggande principer som reformationen av sjukvården måste baseras på. Arbetet bör inledas omgående.

Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården

● **Individuering.** Sjukvårdens huvuduppgift är att i samråd med varje enskild

66 läkare i Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården, hela listan med namn finns på webben; Läkartidningen. 2017;115:EYXZ
● akner.gunnar@gmail.com

patient hjälpa denne till en så god hälsa som möjligt över tid.

- **DBU-modellen.** All praktisk sjukvård består av tre grundläggande delar: **Diagnostik:** Består av en kombination av a) subjektivitet = patientens upplevelse av sina hälsoproblem (symtom, besvär) i sitt sammanhang och b) objektivitet = bedömning av aktuella diagnoser och patofysiologiska processer. Här ingår även en analys av risk- och friskfaktorer (prevention). **Behandling:** Alla aktuella medicinska behandlings-/vårdåtgärder samt patientens eventuella egenbehandling.

Uppföljning: Fortlöpande analys av huruvida avsedda behandlings-/vårdeffekter uppkommer samt att negativa effekter (biverkningar) minimeras.

Bästa tillgängliga evidens ska integreras med klinisk erfarenhet och omdöme, samt patientens önskemål. Effekter av en viss typ av behandling/vård varierar ofta mycket för de enskilda patienterna, och det är i regel inte möjligt att före behandlingsstart förutse vilken effekt den kommer att få. Varje patient måste därför följas förutsättningslöst. Detta gäller i särskilt hög grad vid kroniska sjukdomar.

- **Etik.** Riksdagens (1997) etiska prioriteringsplattform för sjukvården baserad på tre principer i hierarkisk ordning; a) människovärdesprincipen, b) behovs- och solidaritetsprincipen och c) kostnadseffektivitetsprincipen.
- **Medicinskt ansvar.** Alla pa-

tienter bör ha rätt att fritt välja en läkare som har det övergripande medicinska ansvaret att integrera och koordinera all diagnostik och behandling (inklusive vård och omsorg) som ges av olika huvudmän eller vårdenheter och olika vårdyrkesgrupper i nära samarbete med dessa. Som grundprincip bör alla patienter ha en patientansvarig läkare (PAL) inom primärvården. När vårdbehovet så motiverar bör patienten även ha en PAL inom sjukhusspecialistvården. Ansvaret innebär en skyldighet kopplad till befogenheter.

- **Politiskt ansvar.** Den politiska styrningen av sjukvården handlar om att fördela skattemedel baserat på transparent, horisontell prioritering mellan olika verksamhetsområden grundat på den etiska plattformen, följa upp att prioriteringarna följts och att beslutad budget hållits. Även vårdens organisation och styrsystem ska baseras på evidens och den etiska plattformen samt hänsyn till socioekonomi. Alla aspekter som avser den praktiska vårdverksamheten bör skötas av den medicinska professionen med minimalt inslag av politik, administration och byråkrati.

Dessa fem principer bör ligga till grund för utformning av utbildning av läkare/vårdpersonal, vårdsystemets organisation och ledning och de medicinska journalerna samt för hur det praktiska kliniska arbetet läggs upp. Kvalitet i sjukvården på gruppnivå förutsätter kvalitet på individnivå. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna

Referens: Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården. Olämpliga styråtgärder har skapat dagens vårdkris. Sjukhusläkaren. Debatt. 21 sep 2017.



Ur kommentarerna till:

»**MEN DU FÅR INTE TITTA I HANS JOURNAL ...**«

► Läkartidningen. 2018;115:EXPZ

»**Man behöver inte beivra brott – anmäla överträdelse – där straffsatsen är beskedlig.**«

»**Vad var grunden till att man hotade med anmälan? Har något medicinskt fel begåtts eller var det en principalsak?**«

»**Det är uppenbarligen så att lagen är tvetydig.**«

»**Det är väl bara att inhämta samtycke från patienten och dokumentera det i journalen. Eller har jag missat nåt?**«

»**Jag ser fram emot en juridisk kommentar från centralt håll: skulle doktorn i artikeln blivit fälld eller inte?**«

»**Tragikomiskt att anklaga någon för sekretessbrott samtidigt som man själv förmodligen gör sig skyldig till ett sekretessbrott.**«

»**Tolka lagstiftningen ur patientens intresse och använd inte lagen i repressivt syfte, såsom artikeln beskriver. Det borde om något vara straffbart!**«

»**... om läkaren går in i anhörigs journal utan att ha behandlingsansvar för denne så rör det sig alltså om dataintrång, vilket den anhöriga inte kan ge godkännande för.**«



Foto: Shutterstock/IBL