

IBSENS PRINCIP BÖR STYRA VÅRDSEKTORN

Stora delar av hälso- och sjukvården har länge präglas av ständiga omorganisatio- ner, nedskärningar och hög stressnivå. Man kan undra hur det kunnat bli så när vi aldrig tidigare haft så många läkare och sjuksköterskor och aldrig satsat så stora ekonomiska resurser på vården.

Om vi på allvar vill ändra detta måste vi åtgärda den grundläggande problematiken att den praktiska sjukvården sker på *individnivå* och utförs av personal med olika typ och grad av medicinsk utbildning, medan vården styrs på *gruppnivå* av framför allt politiker, administratörer och ekonomer, som ofta har begränsad eller ingen medicinsk bakgrund.

På båda nivåerna finns en utbredd brist på utbildning och förståelse för hälso- och sjukvårdens vanligaste problem = analys och handläggning av komplex ohälsa, vilket tillsammans med svaga patientorganisationer bidrar till det svaga förändringstrycket i vården.

Ändlös flod av rapporter

En lång rad offentliga organ publicerar sedan många år en närmast ändlös flod av rapporter om olika delar av vård och omsorg, inte minst om äldreården. Ett genomgående tema i dessa rapporter är kritik mot att hälso/sjukvården är fragmenterad och att det är svårt för både vårdtagare och vårdgivare att få överblick och sammanhang över de enskilda patienternas hälsoproblem och hälsoutveckling över tid.

Det är dock ingen slump att vården är fragmenterad. Tvärtom; en lång rad faktorer styr kraftfullt och systematiskt mot just fragmenterad och osammanhängande vård. Här är några exempel:

- **Lagstiftning** med uppdelning av sjukvård och omsorg på två lagstiftningar (Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen) och olika huvudmän (landsting och kommuner) med olika finansie-



GUNNAR AKNER

Läkare och professor i geriatrik vid Örebro universitet

ella system, olika journalsystem och olika synsätt (medicinskt och socialt fokus).

- **Vårdorganisation:** Landstingens verksamhet är uppdelad på sjukhus och vårdcentraler med ett stort antal specialiserade kliniker/vårdenheter och dito vårdyrkesgrupper. Inget landsting har någon strategi för att åstadkomma en integrerad, målstyrd och koordinerad vård över tid för personer med komplexa hälsoproblem.

- **Elektroniska journaler** är inte utformade för överblick och sammanhang, utan fungerar som retroaktiva dagböcker med kronologiska anteckningar skrivna av olika vårdyrkesgrupper.

- **Ekonomistyrning** genom t.ex. diagnoser (DRG-systemet), definierade prestationer (pay-for-performance) och ekonomiskt utfall för ett stort antal självständiga resultatenheter.

- **Nationella riktlinjer** är utformade som detaljerade handlägningsprogram för enskilda sjukdomar. Dessa riktlinjer utgör farliga riskfaktorer om de tillämpas okritiskt på personer med komplexa hälsoproblem.

Sedan många år har det genomförts ett mycket stort antal utvecklingsprojekt i alla landsting och kommuner för att försöka motverka de negativa effekterna av den fragmenterade vården.

Dessa projekt har mestadels finansierats via offentliga anslag, bedrivits i projektform med svagt eller inget vetenskapligt stöd och ofta redovisats som pdf-filer på olika hemsidor.

Parallellt med dessa många projekt har olika modetrender införts, t.ex. QUL, lean production, new public management, värdebaserad vård, patientcentrerad vård och många andra.

Gemensamt för dessa "satsningar" är att de genomförts trots osäkert vetenskapligt underlag och nästan alltid utan kritisk utvärdering med fokus på lärande över tid.

Problematiken illustreras av Riksrevisionen färsk rapport "Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att säga nej" (RiR 2014:20).

Under 2014 föreligger 14 tidsbegränsade "överenskommelser" motsvarande totalt 5,8 miljarder kr. Rapporten framhåller att "Det finns väldigt lite forskning om överenskommelser som styrmedel inom hälso- och sjukvården". Man konstaterar även (sid 61) att det inte finns några empiriska belegg för att satsningarna på sjukskrivningsmiljarden (2007), rehabiliteringsgarantin (2008) och kömiljarden (2009) haft avsedda effekter på landstingens "prestationer".

Man kan undra varför den långa raden av styråtgärder och utvecklingsprojekt inte betraktas som interventioner på gruppnivå, med krav på godkännande av forskningsetisk kommitté innan de genomförs, analogt med interventionsprojekt på individnivå?

Frågan är även hur de ansvariga hanterar frågan om kritisk analys och systematiskt lärande baserat på erfarenheterna av alla vidtagna styråtgärder och satsningar?

Sammantaget skulle man önska att hela vårdssystemet var utformat och arbetade enligt Henrik Ibsens princip: "Vad du gör, gör det fullt och helt – icke styckevis och delat".