



Referat från mötet ”Framtidens sjukvård” i Västerås den 10 november 2004.

- Vad är troligt/Våra kunskaper?
- Vad är önskvärt/Våra visioner?

Svensk Förening för Administrativ Medicin höll den 10/11 ett interaktivt möte med fokus på sjukvården år 2015, och en förutsättningslös diskussion. Förhoppningsvis undviker vi att fastna i dagens problem och vedermödor och i stället ser till framtida möjligheter och visioner. Ett mål var att kunna bidra med stimulerande uppslag till Ansvarskommittén som har att utreda sjukvårdens framtida styrning, landsting, kommuner mm. Ansvarskommitténs ordförande Mats Svegfors deltog i avrapporteringen.

Nedan följer dels föredragshållarnas framtidsvision och också vad deltagarna i mötet trodde sig kunna hålla med om, alternativt såga.

Jonas Sjögren, allmänläkare.

År 2015 är mötet patient-läkare centralt. Bildtelefon med biosensor underlättar mycket, men kan inte ersätta det personliga mötet och hembesöken ökar. Det finns välfungerande information, IT-baserad och avvägd till behovet att underlätta dialogen med patienten. Den medicinska forskningen och skolmedicinen har efter en förtroendekris tappat mark till alternativmedicinen. Alkoholkonsumtionen har fördubblats och är det största folkhälsoproblemet och hotar välfärdssystemet, varför drastiska åtgärder vidtas.

1. *Praktiskt verksamma läkare och sjuksköterskor har reellt ansvar och incitament för resurshushållning. Därmed har minskat slöseri inom sjukvården till större delen löst vårdens ekonomiska kris.*
2. *Det Info-Traumatiske stress-syndromet, ”IT-sjukan” är den vanligaste orsaken till ohälsa och nedsatt arbetsförmåga. Det multi-disciplinära forskningsområdet Tempobalans-harmoni prioriteras högt och 5 nya professorer har nyligen inrättats*
3. *Riksdagen har beslutat om ett brett åtgärds paket med prisökningar och olika tekniska åtgärder för att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen.*

Irène Bävman-Fjäll, MAS, kommunens äldreomsorg.

I dag lever gamla tankar kvar såsom sjukhem, sjukhemsplatser, patienter. Utvecklingen går mot att äldre lever kvar allt längre och stöds i sitt eget hem och därefter under en kortare period övergår till särskilt boende.

4. *För äldre som bor på kommunens särskilt boende 2015 gäller inriktningen;*
 - *Ge vardagsliv till åren och inte år till livet.*
 - *Tillgodose individuella behov och önskemål*
 - *Geriatrisk kompetens i team finns och ger kvalificerad vård i boendet och inte på akutmottagning och IVA.*

Lennart Persson, läkare och professor neurokirurgi.

Det pågår en utveckling som separerar universitetens behov av fri forskning från sjukvårdens behov av styrd forskning. När patienten får allt mer makt att välja och får information om varierande kvalitet i den kirurgiska verksamheten kommer kliniker med ett litet antal av en viss operation, att slås ut i den delen och utförandet av en rad specifika operationer koncentreras till ett fåtal ställen. Dessutom måste patienten mötas alltmer i primärvård, hemsjukvård.

6. *År 2015 finns inte universitetssjukhusen kvar och universitets forskning och sjukvårdens FoU är helt separerade.*
7. *Svensk sjukhusvård har koncentrerats och består av två stora och åtta mindre sjukhuskonglomerat.*

Bo Lindblom, läkare och avdelningschef Socialstyrelsen.

Det finns en vilshenhet om framtiden och det saknas en långsiktighet i sjukvårdspolitiken. I vården gör fel personalkategorier fel saker och det behövs en mer förändringsbenägen kultur. Fel mått tillämpas för att mäta effektiviteten även om arbete pågår för att ta fram mer relevanta process- och resultatmått. Det finns positiva tecken såsom en ökad hälsoorientering som kan avlasta sjukvården, onödiga skador och komplikationer åtgärdas bättre och en enhetlig IT-infrastruktur är på gång.

8. *Patienten är mer medveten om sina rättigheter och ställer högre krav, är mer kunnig pga högre utbildning och ökad öppenhet samt är beredd att medverka i vården och att ta större ansvar för sin livsstil och hälsa.*
9. *Patienten finansierar vården både via skatten och genom högre avgifter än idag*
10. *Vården har "ny personal". Det gäller läkare, sjuksköterskor och andra personalkategorier. Personal har bättre vetenskaplig skolning och kunskap om förändringsprocesser och en avsevärt större andel har utländsk bakgrund och/eller examen.*

Nyamko Sabuni, riksdagsledamot.

2015 finns en vårdreform samordnad av EU som ställer patienten i centrum, som ger valfrihet inom Europa, fokuserar mötet mellan läkaren och patienten och är anpassad till patienten språkligt och kulturellt.

11. *Valfriheten inom vården gäller i hela EU. Precis som man kan få akutvård var helst man befinner sig, finns möjligt att boka läkartid i ett annat EU-land. Stora invandrargrupper i Sverige kommer från ett annat EU-land. Många andra invandrare har ett annat EU-språk som sitt första språk, t ex afrikanska grupper. (Flyget är så billigt att det inte är en kostnadsfråga.)*
12. *Det finns utvecklat husläkarsystem där läkare specialisera sig på språk-, kulturgrupp, religion eller geografiskt område.*
13. *Systematisk rekrytering av läkare med invandrarbakgrund sker. Alla som invandrar till Sverige och har en läkarutbildning sätts in på vidareutbildning på en gång och slussas vidare in i sjukvårdsapparaten. Ingen kommer undan om de inte har bett om det själva.*

David Andersson Astra Zeneca

I dag är Europa långt efter USA, 8/10 nya läkemedel tas fram i USA och svensk sjukvård tycks vara vid vägs ende. Till 2015 finns många små steg mot att biotekniken ersätter kemin, mediciner tas fram mot sjukdomar i centrala nervsystemet, mediciner för att förhindra spridningen av cancer, åtgärda blodpropp och blodfetsrubbingar. Detta kan ske genom att staten ökar betydligt satsningen på grundforskning, förbättrar forskningsmiljön, förbättrar miljön för klinisk prövning och motverkar bristande förtroende mellan läkemedelsindustri och sjukvård samt genomför G 10 i Europa.

14. *År 2015 finns läkemedel för att bota sjukdomarna MS och Alzheimers.*

Eva Nilsson Bågenholm, läkare ordförande Sveriges Läkarförbund.

Läkarförbundet har i maj tagit fram en skrift; Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur. Med krav på att sjukvårdssystemet måste reformeras genom att maktbalansen mellan politik, marknad och profession förändras, liksom ansvarsfördelningen stat - landsting. Tillsammans med att sjukvården tillförs mer resurser kan åtagandet att ge vård på lika villkor säkras för hela befolkningen.

16. *År 2015 finns en väl utbyggd primärvård och alla medborgare har en familjeläkare med specialistkompetens i allmänmedicin, som de själva valt. Familjeläkarna har listade patienter som de ansvarar för, antal personer på listan får vara högst 1500.*
17. *Landstingens finansieringsansvar har övertagits av staten och alla invånare betalar samma skattesats. Mottagare av den statliga finansieringen är regionala statliga beställarstyrelser som inte själva producerar sjukvård.*
18. *För att åstadkomma en kostnadseffektiv vård finns en central statlig nämnd, behandlingsförmånsnämnden, som prövar vilka behandlingar och behandlingsmetoder som ska subventioneras eller lyftas ur det offentliga systemet.*

Anna Karin Eklund, sjuksköterska vice ordförande i Vårdförbundet.

År 2015 är vården ”gäst i individens liv” som ser till hela människan och det finns en tillförlitlighet som uppnåtts genom en förändring av vården i många små steg. Fokus är på att förebygga ohälsa och diagnoser har ersatts av individens behov. I vården finns ett teamarbete som samlar kompetens och säkrar kontinuitet. En gemensam IT-infrastruktur finns.

19. *Vårdens kvalitet håller världsklass, även för de med stora behov.*
20. *”Min vårdberättelse” - en nationell journal finns för varje individ varvid relevant information är tillgänglig.*
21. *Servicecentrum har en bred kompetens och är en portal in i vården. Här görs en första bedömning enligt standardiserade checklistor och individen styrs in i den fortsatta vården så att individens behov möts av rätt kompetens.*

Patrik Engellau, Den Nya Valfärden.

För tio år sedan utarbetades ett heltäckande alternativ i ”Patientmakt, kvalitet och kostnadseffektivitet i en ny sjukvårdstruktur” Grunderna är samma som i dag – offentlig finansiering och vård på lika villkor. Sjukvårdens statliga medel föreslås fördelas över landet och innefattar även läkemedel och sjukskrivning. Landstingens monopol bryts och ersätts av konkurrerande hälso- och sjukvårdsföretag som har att konkurrera med kvalitet om kunderna, medborgarna som har att välja och kan byta företag. Det finns problem såsom risken att plocka russin, men systemet kan successivt införas och problemen hanteras.

22. *År 2015 finns Patientmakt. Alla medborgare har rätt att själva välja (av staten auktoriserad) sjukvårdsleverantör. Landstinget konkurrerar med privata aktörer. Leverantörerna konkurrerar med kvalitet, inte med priset, för den enskilde medborgaren betalar med hälsopeng (analogt skolpeng).*
23. *Kostnadseffektivitet. Alla sjukdomsrelaterade kostnader - vård, sjukskrivning, läkemedel mm. - tas ur samma hälsopeng. Ingen sjukskrivs för att sjukvården saknar resurser.*
24. *Solidaritet. Ingen hamnar utanför, alla får samma vård oavsett hur det egna landstingets ekonomi ser ut.*

Deltagarna i seminariet diskuterade och i en del höll man med föredragshållarna medan man avfärdade andra framtidsvisioner.

Huruvida man bör ha en nationell journal rådde oenighet.

Argument för: Patienterna förväntar sig att sjukvården vet. Landstingsdirektörerna har överenskommit om att satsa på Carelink och reserverat resurser för att skapa ett nationellt IT-baserat journal/informationssystem.

Argument emot: Finns redan för mycket storebror och för många hyenor. Patientens integritet hotas. Fel att tro att total information ger bättre kunskap. Utveckla istället kommunikationen i

läkar-patient mötet och fråga patienten, anhöriga, hemtjänsten. Nuvarande lagstiftning lägger hinder i vägen.

Sjukhuskoncentration – övervägande önskvärt men inte troligt;

Motkrafter är läkarna och personalen som slår vakt om professionella intressen och arbetstillfällen. Opinionsstormar leder till omöjliga situationer för lokalpolitiker.

Det som talar för är kostnadseffektivitet, patientmakten som söker kvalitet, ny läkar-generation och ett alltmer behov av ”förändringsförlösning” och en mer generell sjukvård inom EU.

I Norrbotten och Värmland har man lyckats.

Ökad egenbetalning – troligt trodde alla men oenighet rådde om det var önskvärt.

Understryker patientens ansvar för sin egen hälsa. Det går inte att stoppa utvecklingen av den privata tjänstesektorn. Viktigt med ett tydligt principbeslut och inte den glidning som nu sker. Det kan bidra till bättre styrning, men inte till att lösa finansieringsproblemet.

Mats Svegfors avrundade med att konstaterar att diskussionen är full av lösningar, men vad är de egentliga problemen? Han tror att sjukvårdens resurser måste öka till 13-14 % av BNP, men detta vill inte det politiska beslutsfattandet ta i eftersom det skulle få stora konsekvenser. Skattetaket tycks inte kunna höjas mer i Sverige och har legat kring 50-52 % under en längre tid oavsett politisk viljeinriktning. Tror inte på statligt ägande av sjukvården och det är en utgångspunkt för utredningen, staten ska inte driva verksamhet, staten ska styra.

Avslutningsvis kan sägas att det finns många idéer och visioner för framtiden och har vi tur kan några av visionerna slå in.

Helena Z-Ö