



KAROLINSKA  
UNIVERSITETSSJUKHUSET  
LÄKARFÖRENING

# Svar på remiss avseende Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården-lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15) Ert diarie: S2020/03569/FS

Remissvar från Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening, sektion i Stockholms läkarförening – en av Läkarförbundets lokalföreningar.

Vår sektion företräder de läkare som har sin arbetsplats vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Solna. Vi är tacksamma för att vi bereds möjlighet att självständigt yttra oss om denna remiss.

Utredningen presenterar en noggrann och ambitiös genomgång av händelseförloppet kring den transformation som sker av sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm. Det är en bra läsning om man vill förstå vad som hänt sedan initiativet till att bygga ett nytt högspecialiserat sjukhus togs fram till dagens läge i Region Stockholm. Tonvikten ligger på processen kring tillkomsten av Nya Karolinska Solna, men berör även hela regionens "Framtidens Hälso- och sjukvård

I genomgången av läget tas flera viktiga punkter upp som inte berörs i förslagen. Vi berör några av dem under övriga synpunkter.

## Läkarföreningens synpunkter:

- Det räcker inte att regionen är ansvarig att tillse att anställningar av utbildningsläkare (AT, BT, ST) inrättas. Inte heller det nyinrättade statliga rådet för kompetensförsörjning har ett uppdrag att påverka vårdstrukturen så att utbildning kan genomföras. Någon instans måste vara ansvarig för att tillräckligt antal tjänster faktiskt inrättas men även för att förutsättningarna för att uppnå målen finns inom ramen för dessa tjänster.
- Att det inte har funnits någon som tagit ett helhetsansvar för AT/ST i regionen vid nivåstrukturerings av vården. Fragmentisering av flera specialiteter har givit stora konsekvenser och medfört att vissa specialiteter nu har stora svårigheter att uppnå kunskapsmålen inom ramen för ST-anställningen.

- För att upprätthålla en akademisk miljö krävs en kritisk massa av specialister, vilket i sin tur kräver ett patientunderlag som ger förutsättningar för rätt bemanning, utbildning och forskning.
- Om uppdraget blir för litet i förhållande till den bemanning som krävs blir kostnaden för verksamheten mycket hög.
- Den initiala visionen med NKS var bra. För att arbeta mer effektivt i byggnaden borde beslut om verksamhetsinnehåll tagits så tidigt att verksamheterna haft möjlighet att påverka byggnadens utformning. Detta motsäger inte att man önskar en flexibel lösning. Huddinge sjukhus ser inte ut som vid nybyggnationen. Ständiga ombyggnationer krävs för att anpassa sjukhuset efter nya rön och för att arbetet ska kunna ske så effektivt och patientsäkert som möjligt.
- Många extrakostnader för huset har tillkommit för att man inte planerat verksamheten i tid. Många förändringar som verksamheten önskat genomförs ej då kostnaden att göra dem i efterhand är för hög, vilket gör arbetet ineffektivt.
- När "den nya verksamhetsmodellen" infördes anförde sjukhusledningen motiveringen att man skulle "motverka silotänk, få ekonomi i balans och motverka skillnader i vården". Läkarna upplevde visserligen också att ekonomin inte var i balans och att det förekom silotänk, framför allt på högre nivå mellan olika delar av sjukhuset. Det läkarna uppfattade som det stora problemet och orsaken till ett ineffektivt arbetssätt var vårdplatsbristen! Det stod mycket klart i en av de enkäter läkarföreningen genomförde. Vårdplatsbristen medförde patientrisker, dålig arbetsmiljö och ett ineffektivt arbete med långa vänte- och vårdtider på akutmottagningen. Vårdplatsbristen adresserades inte alls i den nya verksamhetsmodellen. Problemen som hänförs till vårdplatsbristen kvarstår och har försämrats.
- "Den nya verksamhetsmodellen" medförde en otydlig ledningsstruktur inom sjukhuset.
- Den justerade verksamhetsmodellen har, där man slagit samman flöden, förbättrat läget inom specialiteterna men då man i stället delat på medicin och omvårdnad under olika verksamhetschefer har den oklara ledningsstrukturen kvarstått eller ökat.

## Läkarföreningen övriga synpunkter:

- Det vi saknar i rapporten saknas helt enkelt i underlaget, eftersom frågorna inte diskuterats. Vi kan inte se att man någonstans reflekterat över hur Regionens robusthet i sjukvården ser ut efter de genomförda förändringarna. Det tydliggjordes i samband med pandemin då det var uppenbart att beredskapslager saknades på sjukhusen. Det är mer sårbart med en fragmentiserad vård då antalet kompetenta jourer på plats på akutsjukhuset minskar när vården fördelas på fler och möjligheter att samarbeta upphör om kommunikationer upphör att fungera.
- "Just intime"-förråd kan verka vara en bra idé men innebär i vården ofta långa ledtider och väntan på material som inte finns på rätt plats, vilket tydliggjordes då alla önskade samma skyddsmaterial samtidigt. Detsamma gäller medicinförråden.
- Ett problem med alla politiskt beslutade och finansierade vårdbyggnader är att man initialt inte får ett helhetsgrepp i underlaget för att slutsumman då blir för hög. Om man följt det ursprungliga arkitektförslaget för NKS med ytterligare våning och huskropp hade man haft tillgång till lokaler som nu saknas. Det hade möjliggjort de nära samband och administrativa lokaler som behövs för ett effektivt arbetssätt. Man hade sannolikt ej heller senare behövt lägga till ytterligare huskroppar och behövt avstå att själva bygga det patienthotell som ursprungligen ingick i avtalet för att skapa det antal vårdplatser som behövdes. Genom att skära ner på den ursprungliga beställningen och därefter när verkligheten kommer ikapp tillföra nödlösningar blir helheten mindre bra trots en högre kostnad. Sjukhuset hyr nu delar

av hotellet till administration och jourrum istället för att de - som ursprungligen var tänkt, hade varit del av NKS.

- I den genomgång som utredningen gjort angående landstingens fastighetsinvesteringar anges *”Landstingen har till SKL uppgivit ett ökat behov av enkelrum för patienter främst av hygienskäl. Att bygga om befintliga vårdlokaler till enkelrum uppges ofta ge för få rum för att kunna skapa en effektiv bemanning. Därför byggs nya så kallade vårdblock där antalet enkelrum är tillräckligt stort för att kunna skapa effektiv bemanning.”* Det är otvivelaktigt så att det är bra ur smittskyddssynpunkt om man kan vårdas i enkelrum. Men är det nödvändigt? Enkelrum drar mycket mer personal, det gör att personalen får mer ensamarbete på rummen, vilket minskar antalet handledningsmöjligheter. I ett läge där personal upplever att vårdplatsbristen är den stora utmaningen och personalbristen är den begränsade faktorn för att öppna vårdplatser kan man ifrågasätta hur klokt detta är. När vårdplatsbristen gör att man tvingas vårda patienter på akutsjukhusens akutmottagningar innan de får ett rum, är det vår övertygelse att det hade varit bättre ur smittskyddssynpunkt att ha fler öppna vårdplatser även om det innebär fler patienter per rum. Det vi vill framföra är att man måste se på helheten för att se vad som är bäst för respektive verksamhet.
- OPS-avtal med driftsavtal. Finns någon erfarenhet av avtal som gått ut efter 30 år och vad som hänt sedan? Vad innebär att huset ska överlämnas i rätt skick? Ett fönster har enligt olika källor en teknisk livslängd på 25-40 år. Med reservation för att vi inte är experter på fönster så ser vi en uppenbar risk att NKS strax efter att regionen övertagit byggnaden kommer att ha omfattande renoveringskostnader, beroende på hur det kan genomföras så kan man också anta att delar av huset inte kan användas under en sådan renovering. Vi har inte sett några tankar hur man ska förnya husets material med begränsad livslängd efter övertagandet. Med tanke på att de nu aktuella byggkostnaderna beror på eftersatt underhåll av tidigare hus borde det finnas en sådan plan. Det kan också finnas behov redan under avtalstiden av ventilationsåtgärder om det fortsätter att komma väldigt varma perioder med risk för fukt/kondens. Finns beredskap för det? Sannolikt får regionen då bära hela kostnaden för en förändring då det ej finns med i ursprungsbeställning att avfuktare kan behövas. Om någon plan för sådana extrakostnader inte finns är risken stor att vi senare står i en ny situation där resurser till byggnad måste tas från vårdkontot.

## Förutsättningar för utbildning och forskning

Vi delar utredningens ståndpunkt och önskar särskilt poängtera:

För AT (allmäntjänstgöring för att uppnå legitimation) och ST- specialisttjänstgöring – dvs de två utbildningstjänster om 18 månader respektive 5-8 år (beroende på om man utbildas till en bas eller påbyggnadsspecialitet) har regionen ensamt ansvaret genom en skrivning i hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen har fastslagit målbeskrivning och utfärdar legitimation respektive specialistbevis, men har inget med att göra hur utbildningen ordnas inom regionen förutsatt att målen uppnås.

Vi kan inte i denna utmärkta sammanställning se någonstans att det tydligt framgår vilken tjänsteman som bär det samlade ansvaret för att ST och att ST kan genomföras på ett bra sätt även efter vårdens omstrukturering. Det beror på att det inte finns någon. I samband med att ”ny verksamhetsmodell” skulle sjösättas satt läkarföreningens representanter i samtal med sjukhusets produktionsdirektör och påtalade vad som behövde förändras för att en fullgod AT enligt målbeskrivning skulle kunna genomföras. Trots flera konstruktiva samtal ändrades inte något i verksamhetsmodellens konstruktion. Läkarföreningen fick istället åse att sjukhuset kontrollerade att

det kunde ges godkänt för placeringar som inte uppfyllde målbeskrivningen. Man anpassade kraven för att kunna uppfylla dem i den nya verksamhetsmodellen där de kliniker man krävt tjänstgöring vid tidigare, inte längre existerar. Idag krävs tjänstgöring både i Huddinge och Solna för att uppnå målbeskrivningens krav.

- Att ha undervisning/universitetsstatus på en mängd olika platser inom Regionen för att forskningen skall få tillgång till ett brett patientunderlag är en god tanke. Den garanterar dock inte på något sätt att man kan bevara den minsta mängd kompetens på en plats som behövs för en livaktig och lärande akademi.

På verksamhetsnivå har man historiskt sett både i Sverige och internationellt organiserat vården efter specialitet i olika kliniker. Detta förespråkades i ett reformprogram redan i början av 1900 talet där syftet främst var att höja kvaliteten på läkarutbildningen. Det har förekommit många styrmodeller tidigare men de har inte inverkat på klinikstrukturen som är viktig just för att den innebär ett sammanhållet kompetensområde som oftast motsvarar en specialitet. Den styrmodell som användes fram till år 2014 var Lean. Inom ramen för Lean arbetet påbörjades ett flödesarbete, där man i arbetet genomlyste alla processer längs med vårdkedjan. Syftet med Lean var att skapa värde för patienten. I leanprocessen skulle alla medarbetare vara involverade och delaktiga i arbetet. Personcentrerad vård har parallellt uppstått som koncept. Det uppfattas av många som något nytt, men tillfrågar man erfarna kliniker så får man bäst resultat av ett samarbete med en delaktig patient, oavsett vad arbets sättet kallas. Det som är nytt är den särskilda administrationen/dokumentationen runt arbetssättet. Så kom begreppet värdebaserad vård (VBV). En modell gjord för att jämföra olika likvärdiga vårdflöden som bygger på att man har homogena patientgrupper. Motsatsen till hur patienterna vid ett universitetssjukhus som är ensamutförare för många diagnosgrupper ser ut. Inom regionen, dåvarande SLL, hade man jämfört och fått goda resultat av att införa vårdepisodersättningar med mätning av kvalitetsparametrar inom höftkirurgin. Den typen av vård är lämpad för att använda VBV konceptet, det är inte den vård som ges vid universitetssjukhus som ska ta emot alla komplicerade patienter och inte kan avvisa någon.

Hur kompetens ska kunna upprätthållas? När man delar vården i olika nivåer omöjliggör man för en och samma specialist att vara specialist inom sin specialitet. Även om den medicinska utvecklingen medfört att man blir subspecialiserad inom vissa verksamheter krävs ändå en viss kompetens på övriga områden, vilken kan upprätthållas inom större enheter. När få specialister avskärmas från övriga behövs en helt annan organisation med avsatt tid och resurser för att upprätthålla den bredare kompetensen.

Varför behövs en specialist med kompetens inom hela sitt område? De som är högt specialiserade inom ett smalt område är för få för att tjänstgöra dygnet runt. För att ha en "bakjournskompetens" och kunna ta hand om verksamhetens alla patienter på jourtid behövs den bredare kompetensen. För att diagnostisera, handleda och undervisa krävs en bredare kunskap. Inom ett väl fungerande kunskapsområde är det optimalt att samtliga specialistkompetenta kollegor kan ta hand om alla patienter, men att alla därutöver har sina specialområden som man särskilt bevakar och fortbildar kollegorna i. När man som på NKS separerat delar av specialiteterna både inom sjukhuset och genom utflytt av vård, så tappar man denna synergieffekt. När man gör det utan att planera för fortsatt kompetensutveckling inom specialiteten så riskerar man att kompetens går förlorad för alltid. De högspecialiserade kollegorna på NKS riskerar att inte längre kunna de basala delarna inom sin specialitet. De som arbetar utanför sjukhuset har ofta ett smalare uppdrag. Genom uppdelningen av vården på detta sätt tappas helheten och därmed möjligheten att på ett bra sätt utbilda nya kollegor och sist men inte minst, möjligheten till forskning och vidareutveckling av specialiteten.

Om man slår sönder den tidigare utbildningsstrukturen för både grundutbildning och fortbildning behöver den ersättas. Den uppsjö av digitala möjligheter att inhämta information kan inte fullt ut ersätta det. Man behöver seniora kollegors kompetens för att urskilja vilken information som är rätt och relevant och vad som inte är relevant för den egna verksamheten.

- Det man helt tappat vid översynen av förutsättningarna för att omvandla vården i Region Stockholm är att utbildningen tidigare varit helt integrerad i vården. Nu har man skapat en organisation för att optimera vårdproduktionen enligt modell från andra länder - utan att skapa den struktur för läkares specialistutbildning och -fortbildning som finns i de länder man inspirerats av. Därför har förutsättningarna för utbildning och forskning drastiskt försämrats.
- Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård för att få en jämlik sjukvård och snabbare få ut nya rön riskerar att innebära motsatsen. Sverige är ett avlångt land med olika förutsättningar där lokala anpassningar till de verksamheter som finns kan vara nödvändiga. Genom att ha en programkommitté som föreslår ett standardiserat förfarande motverkar man både en individanpassning av vården och en lokal kunskapsutveckling. Genom att ta tillvara lokalt kunnande kan man via kliniska studier/förstudier driva utveckling framåt. Om allt ska standardiseras med hjälp av gammal kunskap kan vi inte längre ligga i framkant när det gäller medicinsk utveckling, särskilt inte när det gäller sällsynta diagnoser och andra mindre patientgrupper där det är svårt att bedriva studier inom Sverige.

Samverkan mellan KI och K ser vi inte som medarbetare. Andreas Ringman - Uggle som produktionsdirektör och drivande i processen av införandet av den nya verksamhetsmodellen presenterade vid tidpunkten för beslut att KI var på väg att införa motsvarande tematiska organisation som sjukhuset. Det har så vitt vi kan bedöma aldrig varit aktuellt.

- Det är reglerat genom ALF avtalet som tecknades under den här processen att det ska finnas en reciprok representation i de respektive organens beslutsstruktur, vilket ej är konsekvent infört.
- I den målluppfyllelse som man hela tiden återkommer till när det gäller att följa upp resultat av VBV saknas helt uppföljningsmått när det gäller utbildning och klinisk forskning. Det handlar framför allt om vårdproduktion. Av ca 2000 mått som rapporteras in för uppföljning och ekonomisk ersättning av vården kan ca 5 härledas till utbildning och forskning. De mått vi känner till är antal veckor platsförlagd utbildning inom slutenvård samt citeringsindex av forskningspublikationer. Det är inte tillräckligt för att tillse att det finns resurser i den dagliga vården till undervisning av bra kvalitet. När resurser till utbildning varken mäts, värderas eller resurssätts kommer de inte heller att finnas när de initiala entusiasterna går i pension/byter arbetsplats.

## Tillsyn av hälso- och sjukvården

Läkarföreningen ser ett tydligt samband mellan införandet av den nya verksamhetsmodellen, en försämrad arbetsmiljö och en försämrad patientsäkerhet. Patientsäkerheten försämrades ytterligare av den samtida utflytt av vård som skedde inom ramen för Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) och flytten till ett nytt hus med teknik som inte fungerade enligt plan.

Vi ser dock inte att lösningen av tillsynen är att skapa ännu en myndighet (haverikommisionen). Bättre i så fall är att förstärka IVOs roll tillsyn och ge ytterligare befogenheter till åtgärd.

I den nya verksamhetsmodellen delades ansvaret upp på ett sätt som kräver mycket möten för beslutsfattande. En matrismodell kräver samarbete. Det var många frågor där chefer var tvungna att fatta beslut i grupp, då ingen enskild hade tillräckligt mandat. Det skapade en oklarhet i vem som faktiskt hade fattat beslutet – vilket gjorde att när beslut kommunicerades, och farliga konsekvenser upptäcktes kunde det vara svårt att härleda vem som fattat beslut. Vet man inte vem som fattat beslutet är det svårt att veta vem som kan justera beslutet- vem som bör ta emot informationen om konsekvenserna. Det var svårt även för förstalinjechefer att veta vem på sjukhuset som kunde fatta beslut om de behövde ändra på något. Det var något som förutsågs av läkarföreningen när modellen infördes. I en verksamhet med den personalomsättning som finns på ett undervisningssjukhus kommer matrisorganisationen hela tiden att befinna sig i ett instabilt införandeläge.

Vi instämmer med utredningen även när det gäller tanken att arbetsmiljö påverkas av patientsäkerheten. När patientsäkerheten är dålig, då mår läkargruppen dåligt. Det blir en oerhörd etisk stress att inte kunna erbjuda den behandling vi vet är bäst för patienten. Läkarföreningen påvisade redan 2015 att "händelsevis" som är vårt avvikelssystem ej används tillräckligt av läkargruppen. Anledningen är att vi inte uppfattar att det ger något resultat. Därmed rapporterar man inte på obetald övertid, utrymme att rapportera på arbetstid saknas. Det har också förekommit när antalet avvikelser var mycket stort att medarbetare ombetts att inte rapportera. Naturligtvis helt oacceptabelt. Det är angeläget att det finns ett pålitligt system där det går att ta ut relevanta sammanställningar som underlag för fortsatta åtgärder. Det har inte gått ur vårt system, då avvikelser gått till den rapporterade medarbetarens förstalinjechef, sedan har denne vidarebefordrat till verksamhetschef där ärendet inträffade. Det gör att det är svårt att få överblick över vilka ärenden som rapporteras till exempel från en jourlinje där flera verksamhetschefer personal ingår och arbetar på andra verksamhetschefer vårdtytor.

Problematiken med oklara beslutsvägar kring patienterna kvarstår efter den justerade verksamhetsmodellen. I den utredning sjukhusstyrelsen utförde identifierade man att fragmentiseringen i flera flöden skapade en oklarhet. Då slog man samman en del flöden – men delade samtidigt upp många delar i de "två benen" omvårdnad och medicinsk behandling med varsin verksamhetschef. Det skapade splittring på ett nytt sätt och främjar inte tydligheten i var ansvaret för patienten ligger. Omvårdnad är en viktig del i medicinsk sjukvård, inte något som med bibehållen säkerhet helt kan brytas ut. Det kan vara tydligt när chefer sitter i ett mötesrum, men är det definitivt inte på vårdgolvet när platserna inte räcker.

Det finns flera exempel på när frågor fallit mellan stolarna då uppdrag fördelats inom FHS och därefter inom Karolinska. Verksamheter förflyttas med kort varsel utan att någon har ett övergripande ansvar för att föra över patienterna till någon ny vårdgivare. Läkare har ett personligt ansvar i sin yrkesroll att ansvara för patienten tills den är omhändertagen hos nästa vårdgivare, men inga förutsättningar alls att genomföra det när det inte ingår i arbetsdagen, varken tids- eller resursmässigt. Det finns också exempel på när uppdrag "tappats bort" och därmed upphör att utföras trots att patientgruppen finns kvar. (smärtenhet, bakjour för ett område). Där vi som organisation när vi påpekat brister får till svar att "det är inte vårt uppdrag" utan att man kan ange vem som är ansvarig. I en situation utan verksamhetschef eller där verksamhetschefen inte har mandat/inte ser det som sitt uppdrag finns ingen övergripande ansvarig att gå till. Chefläkarna har ett visst tillsynsansvar men inget mandat att fördela uppdrag/resurser.

Den justerade verksamhetsmodellen ger ett ännu otydligare arbetsmiljöansvar för läkargruppen. Vår förstalinjechef/verksamhetschef har sällan mandat över samtliga olika vårdgolv där vårt kliniska arbete sker. Det är mycket tydligare arbetsmiljöansvar för omvårdnadspersonal som både före och efter justeringen av modellen hade sin förstalinjechef och verksamhetschef på samma plats

*”Arbetsmiljön ska vara tillfredställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt förändrings och utvecklingsarbete som rör det egna arbetet.”*

Det fanns initialt en ambition att det skulle skapas en god arbetsmiljö i NKS som kunde attrahera kompetent personal. Bioclinicum utgör en fantastisk möjlighet för forskare, men den tar en orimligt stor andel av forskningsmedel till lokalkostnad, vilket medför att lokalerna varken i Bicoclinicum (K) eller Biomedicum (KI) utnyttjas fullt ut. Både i K och KI skall hyror betalas för stora lounge ytor där verksamhet inte kan bedrivas, emedan de ytor man ska använda, särskilt personalutrymmen ofta är underdimensionerade och delas med fler verksamheter. Vårdnära administrativa ytor för läkares arbete saknas i stor utsträckning vilket gör att våra patientrelaterade administrativa uppgifter inte alltid kan utföras i tid. Det är omöjligt att effektivt utnyttja de korta pauser i övrig verksamhet (operation, mottagning, avdelningsarbete) som vi tidigare använt till sådana uppgifter.

De kontorsytorna som skapats i patienthotellet för administration är dåligt anpassade både för läkare och annan personal som behöver avskildhet för koncentration på patientrelaterat arbete. Vårt arbete medför nästan alltid att vi talar i telefon (bland annat bokade telefontider) och/eller dikterar, handleder via korta frågor och svar i förbifarten under dagen. Tidigare har läkarexpeditioner som ofta delats använts till de uppgifterna. Nu är vi hänvisade till korridorer och gemensamma arbetsytorna som ska vara ”tysta”. Det är omöjligt att arbeta effektivt under sådana förhållanden. Med anledning av Arbetsmiljöverkets inspektion (pågått länge, nämns i utredningen) planeras nu ett skuggningsprojekt där man ska studera läkares arbetsbelastning och vad avsaknad av rätt lokaler/utrustning ger för effekt på läkares arbetsbelastning.

När sjukhuset planerades påpekades att administrativa ytor (och jourrum) behövdes, då upprepades som ett mantra att vi skulle hitta nya arbetssätt och inte behövde admin ytor. Nu tre -fyra år efter inflytt har vi fortfarande direkt patientkontakt, samma datasystem och ännu högre krav på dokumentation för att allt ska hamna rätt i uppföljningssystemen.

Ett favoritord för politisk och verksamhetsledning är ”effektivare arbetssätt”. För att hitta de arbetssätten måste våra IT-redskap anpassas till verksamhetens behov och arbetsplatsen utformas så att vi kan utnyttja arbetsdagen effektivt.

Det största hindret för ett effektivt arbetssätt idag är en generell brist på vårdplatser och brist på IT-stöd som underlättar vårt arbete. De ”förbättringar” i IT som genomförts underlättar uppföljning, inte det patientnära arbetet.

**Då ansvaret för många förändringar är delat mellan flera aktörer blir tillsyn svår. Ansvaret behöver tydliggöras!**

## Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården

Det är oerhört viktigt att man före genomförandet av en förändring kartlägger vilka behov som ska mötas, vilka resurser som behövs både i form av lokaler, teknik och personal.

Det är också viktigt att man har någon form av dokumentation av beslut med underlag för beslut, som går att gå tillbaka till, både under processen inför färdigställande och efteråt.

När beslutet om att gå över till VBV fattades vid Karolinska Universitetssjukhuset baserades detta på en muntlig enkät till de 10 flödesledare som drev de pilotflöden som man refererar till. Den enda frågan som då ställdes var om man trodde att VBV var en väg att fortsätta förbättringsarbetet. Svaret

på den var givetvis ja i det läget. Av de 10 flöden som utvärderades så var de som kunde visa resultat redan initierade som leanflöden. Resultaten härrör från den tidperioden.

Vi upplever nu att Regionledningen fortsätter att genomföra politiska beslut (FHS-planen) utan att revidera den, trots att så många konsekvenser beskrivits på vägen.

Läkarföreningen anser att införandet av närakuterna är ett sådant exempel. Skapandet av närakuterna har ökat tillgängligheten till sjukvård för dem som har en "lätt" åkomma. Om man genomför iden om god och nära vård bör lätta åkommor hanteras på respektive vårdcentral. Det har skapat en stor undanträngningseffekt så tillvida att närakuterna rekryterar samma personalgrupper som vårdcentralerna, men med ett mer avgränsat "attraktivt" uppdrag. Med ännu större utmaningar i bemanningen har vårdcentralen svårare att hålla sitt uppdrag vilket vid krav på tillgänglighet drabbar de kroniskt sjuka. Närakuterna har tillförts de patientgrupper som tidigare var "de lätta" patienterna på akutsjukhusens akutmottagningar, det vill säga den grupp som behövs för att bedriva undervisning i akut sjukvård.

Närakuterna tar mer resurser än vad de skapar medicinskt värde för patientgruppen, särskilt som patienterna hänvisas till sin ordinarie husläkare när någon form av uppföljning är önskvärd.

- Inför att "den nya verksamhetsmodellen" skapades så skedde en stor kartläggning av vår verksamhet där många verksamhetsföreträdare deltog. Det avsattes mycket tid för det. Med dessa resultat så tog konsulter fram modeller av hur vi borde organisera oss för att hitta rätt flöden och sammanbuntning av dem. Om vi istället fått fortsätta att arbeta med de insikter som togs fram vid kartläggningen och skapat flöden enligt lean där det lämpade sig med flöden (tillräckligt stora och homogena patientgrupper) och samlat dem inom befintliga kliniker så hade vi kunnat använda fördelarna med flöden till att effektivisera de delar som går att effektivisera och haft klinikernas kompetensområden kvar att ta hand om de mer komplexa patienterna vars vård måste individanpassas på grund av sällsynt diagnos och eller multisjuklighet. Nu kommer den senare patientgruppen i kläm då det inte finns något flöde som passar dem. Vi håller helt med vad SMER rekommenderade: *"att nya styrmodeller bör utvecklas i samverkan mellan profession och beslutsfattare där värdefrågor och den etiska analysen bör vara utgångspunkt"*.
- Vi håller även med om slutsatsen som citeras från LHCs rapport om värdebaserad vård. "Modellen bygger också på att stora mängder data ska standardiseras, aggregeras och jämföras på en övergripande nivå för att sedan användas i styrningen på lokal nivå. Det innebär risk för administrativ överbyggnad, bieffekter av mätning och tveksam målsuppfyllelse. Fokus på värdeekvationen i modellen kan medföra att andra värden som finns i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen riskerar att åsidosättas."
- Många av de förändringar i hälso- och sjukvården som genomförs med minskad slutenvård och ökad andel dagvård och dagkirurgi är inte drivna av medicinska landvinningar. De drivs helt och hållet av vårdplatsbrist där man måste hitta sätt att ändå behandla patienterna. Självklart är de bra om man kan få vistas mer i hemmet och ändå få tillgång till avancerad sjukvård, men det är inte alltid en fördel för patienten att vistas hemma. För sjukvårdspersonalen kan det innebära MER arbete att få en patientsäker vård genom dagvård och olika distanslösningar än om patienten vistas under uppsikt på en vårdavdelning. Vi kan inte någonstans hitta en genomlysning av detta problem. Det är självklart så att antalet vårdtillfällen går ned när det råder platsbrist och de som vårdas på platserna är sjukare än tidigare. Det säger inget om det verkliga vårdplatsbehovet, vilka patienter som aldrig kom i fråga för inläggning – inte på grund av det medicinska behovet hos individen utan för att andra patienter behövde de tillgängliga platserna bättre. Att tro att detta minskar arbetet för läkarna är fel, det medför något som idag kallas för "administration" när det i själva verket är patientnära arbete med en patient som inte befinner sig på vårdinrättningen.



- Det har fram till nu varit svårt för förstalinje chefer att få data om sin egen verksamhet. Hade man i den tidigare organisationen haft tillgång till de data man kan få nu så hade man haft helt andra möjligheter att arbeta med att få ekonomi i balans. Idag finns data, men inte längre så stor möjlighet att styra sin egen ekonomi, då alltmer av verksamheternas budget är uppbunden av dyra lokalhyror, krav på vilka IT lösningar och centrala servicefunktioner (inklusive Coor avtalets prissättning). Allt mer styrs genom centrala beslut.
- Vi ser en fara i att allt fler beslut både tas och följs upp baserat på insamlade data. Om besluten tas nära verksamheten där de tagits fram kan man se om data är realistiska. När besluten centraliseras tappar man den möjligheten till insikt.

*”Utvecklingen av behandlingsmetoder och arbetssätt innebär dels ökad specialisering och att patientgrupper blir allt smalare, dels skapas möjligheter att erbjuda patienter vård i andra delar av vårdkedjan än på specialistsjukhusen. Detta skapar behov av och ger förutsättningar för nivåstrukturering av vården där framför allt delar av den högspecialiserade vården koncentreras samtidigt primärvårdens roll behöver stärkas.”*

När man delar upp vården i olika nivåer har man inte alls beaktat den sammanhållna vårdkedjan. En kroniskt sjuk patient behöver ofta skifta mellan de olika vårdnivåerna, för att få en sammanhållen vårdkedja behövs ett organisatoriskt samband mellan de olika nivåerna.

## Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar

Det är helt nödvändigt att strukturera införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar.

Konsekvensanalyser bör genomföras kontinuerligt under genomförandefasen. De bör innefatta både patientsäkerhetsrisker, arbetsmiljörisker och risker för undervisning och forskning. **De bör följas upp och föranleda förändringar i den fortsatta planen om riskerna inte kan åtgärdas.** De bör arkiveras tillsammans med övriga underlag för beslut.

Att den planerade verksamheten ska följa lag och avtal bör vara självklart innan beslut tas om organisationsförändring. En analys av det borde vara en del av beslutsunderlaget.

Om någon central myndighet skall ha ett sådant uppdrag att följa upp detta för Sverige så bör Socialdepartementet ge Socialstyrelsen uppdraget. Bra med en myndighet som samlar in kunskap om såväl medicinsk kompetens, vård, styrning av vården och vårdens behov av utrustning. En myndighet som också bör ha kompetens att se till att hälso- och sjukvårdens portalparagraf kan uppfyllas vid olika typer av förändringar. Om man skall kunna dra slutsatser över tid och ha en kontinuitet i sitt arbete är vår uppfattning Socialstyrelsen en bättre instans än SKR.

Vi ser att upphandling genom lag är en styrmodell i denna genomgång. *Den nationella upphandlingsstrategin innehåller sju inriktningsmål.* Vi saknar ett åttonde mål. Offentliga upphandlingar borde sträva mot inköp som ger en god arbetsmiljö och möjlighet till ett effektivt arbetssätt. Vid upphandlingar av vård borde också kontinuitet för vårdtagare/brukare vägas in mer än vad som sker idag samt följas upp.

Om man haft tillgång till historiska beslut och hur de motiverats hade man inte blivit förvånad över att det är kostnadsdrivande med mindre specialiserade enheter och att det medför sämre kontinuitet för multisjuka patienter som nu inte kan slutbehandlas vid ett sjukhus utan ibland behöver skickas vidare till ”rätt” specialistverksamhet. Argumenten när man lade ned Nacka, Sabbatsberg, Löwenströmska m fl var att det var bättre för patienten att kunna åka till ett sjukhus för alla åkommor och att det skulle bli samordningsvinster och därmed billigare. Nu användes samma ekonomiska argument för att det skulle bli billigare att öppna upp små specialiserade enheter....

Initialt i FHS planen pratade man om att dessa specialistcentra skulle drivas i privat regi. Det har försvunnit. De specialistcentra som finns drivs av regionen, vilket är tur för undervisningen som nu måste bedrivas i hela nätverkssjukvården. Det fungerar för platsförlagd utbildning där KI eller annan högskola ansvarar för utbildningens kvalitet. Det som fungerar sämre är möjligheterna att kunna planera och genomföra en ST-utbildning av god kvalitet i alla delar.

Vi ser genomgående att när utbildningsfrågor diskuteras och planeras saknas ett sammanhållet ansvar för AT, kommande BT och SST. Det som finns är en styrning av antalet tjänster och först nu ett embryo att tillse att tjänstgöringsplatser för att uppnå målbeskrivning ska finnas, men fortfarande inget sammanhållet

De många vårdval som införts i Stockholm har påverkat vården. *”Förutsättningar för ett fungerande vårdval är att det finns flera vårdgivare och att patienterna har tillräcklig information.”* Det förutsätter också för att inte bli ytterligare kostnadsdrivande att inte fler söker för enklare åkommor när tillgängligheten ökar, vilket vi ser sker. Det gör att det skapas undanträngningseffekter för dem som behöver vården mest.

*”Vidare bedöms att vårdvalen kan ha haft en viss negativ effekt på jämlikheten i vården. Vad gäller behovsbaserad vård, still exempel ett anpassat utbud i socioekonomiskt utsatt områden eller att vården organiseras för att möta dem med störst behov, visare de fåtal analyser som gjorts att vårdvalen inte gynnar dem med störst behov och har försvårat integrerad vård för dem med stora komplexa behov. Vidare observeras att kontinuiteten i vården är fortsatt lång vilket minskar förutsättningarna för personalen att ta ansvar för sina patienter.”*

De negativa effekterna vi ser av vårdvalen är att vården fragmentiseras, att utbildningsmöjligheterna begränsas och att vården fördelas ojämnt i länet.

**Slutligen önskar vi att ingen förändring vare sig den rör en digitalisering, införande av nya styrmeter, arbetssätt eller en hel organisationsförändring med nivåstrukturering genomförs utan att man analyserat om förändringen verkligen har potential att åtgärda ett problem eller förändra förutsättningarna till det bättre. Många av de förändringar som har skett och fortfarande sker i Stockholm bygger på ideologier, som stöds av framtagna underlag. De bygger tyvärr inte på faktabaserade beslutsunderlag framtagna efter verksamhetens behov. Det innebär stora kostnader för dem – både patienter och personal- som drabbas.**

För Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening  
Yvonne Dellmark  
Ordförande