

arenaidé
April 2022

Sjukvårdskrisen i Region Stockholm – professionens förslag och krav på förbättringar

Thomas Lindh

Sjukvårdskrisen i Region Stockholm
– professionens förslag och krav på förbättringar
© Författaren och Arena Idé, Stockholm, april 2022
Omslagsfoto: Foto av [Ozan Öztaskiran](#) på [Unsplash](#)
Rapporten kan laddas ner från www.arenaide.se/rapporter



Thomas Lindh (teknologie doktor) har varit lärare och forskare på Kungliga Tekniska högskolan (KTH) under närmare 30 år. Han har arbetat med tekniska tillämpningar inom hälso- och sjukvård, särskilt trådlösa sensorsystem. Han är aktiv i sjukvårdsfrågor i Vendelsö Socialdemokratiska förening.

INLEDNING	6
SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNEKIN I STOCKHOLM: UNDERFINANSIERING, LÄKARBRIST OCH HÖG BELASTNING I PRIMÄRVÅRDEN – ETT SYSTEMFEL	7
PRIMÄRVÅRDEN HAR VARIT UNDERFINANSIERAD UNDER LÅNG TID	7
NÄTLÄKARBOLAGEN ÄTER UPP PRIMÄRVÅRDENS BUDGET	7
UTVECKLA DEN DIGITALA VÅRDEN PÅ VÅRDCENTRALERNA	8
UNDERBEMANNING, HÖG BELASTNING OCH LÄKARBRIST.....	8
NYA KAROLINSKA SLUKAR FORTFARANDE RESURSER	8
LISTNING PÅ NAMNGIVEN LÄKARE OCH ETT TAK FÖR ANTAL PATIENTER PER LÄKARE....	8
VART TAR PENGARNA TILL VÅRDEN EGTENLIGEN VÄGEN.....	9
ETABLERINGSKONTROLL KAN BEHÖVAS.....	9
SATSA PÅ ALLMÄNNEKINSK FORSKNING.....	9
UNDER MÅNGA ÅR HAR MAN INTE LYSSNAT PÅ PROFESSIONEN	10
DISTRIKTSLÄKARFÖRENINGEN I STOCKHOLM: UNDERFINANSIERING OCH LÄKARBRIST ÄR HUVUDPROBLEMEN I PRIMÄRVÅRDEN	11
PRIMÄRVÅRDEN ÄR UNDERFINANSIERAD	11
LISTNING PÅ NAMNGIVEN LÄKARE MED ETT TAK PÅ HÖGST 1 500 PATIENTER.....	11
UTOMLÄNSTAXAN FÖR NÄTLÄKARNA ÄR ABSURD	12
INTEGRERA FYSISK OCH DIGITAL VÅRD PÅ VÅRDCENTRALERNA.....	12
LÄKARBRISTEN OCH ARBETSVILLKOREN HÄNGER IHOP.....	13
DECENTRALISERING OCH DIALOG MED DE SOM ARBETAR KLINISKT I VÅRDEN	14
KAN VARA SVÅRT FÖR MINDRE VÅRDGIVARE ATT STARTA EN VÅRDCESTRAL	14
VÅRDFÖRBUNDET I STOCKHOLM: BÄTTRE BEMANNING, ARBETSVILLKOR OCH KOMPETENS	15
BEMANNING OCH KOMPETENS ÄR VÅRA VIKTIGASTE FRÅGOR.....	15
ARBETSVILLKOREN ÄR AVGÖRANDE FÖR ATT ÖKA BEMANNINGEN.....	15
HÖG OMSÄTTNING OCH URHOLKAD KOMPETENS I KOMMUNERNA.....	16
REGIONEN TUMMAR PÅ KOMPETENSKRAVEN	16
VILL MAN LOCKA UNGA TILL SJUKVÅRDEN KRÄVS BÄTTRE ARBETSVILLKOR	16
ANDRA KVALITETSMÅTT BEHÖVS I VÅRDVALEN	17
KOMMUNAL I STOCKHOLM: UNDERBEMANNING, BRIST PÅ UNDERSKÖTERS KOR OCH OHÄLSOSAMMA ARBETSSCHEMAN	18
UNDERBEMANNING OCH BRIST PÅ UNDERSKÖTERS KOR.....	18
BEMANNA EFTER VÅRDENS BEHOV – SCHEMALÄGG INTE EFTER BEMANNINGEN	18
REGIONEN BORDE DRIVA UTBILDNING I EGEN REGI.....	19
BRIST PÅ KOMPETENT PERSONAL OCH OHÄLSOSCHEMAN.....	19
VÅRDVALET ÄR OFTA EN CHIMÄR.....	19
SVENONIUS AVSKAFFADE PERSONALREGIONRÅDET	19
KOMMUNAL PÅ SÖDERSJUKHUSET: MÅNGA PROBLEM I SJUKVÅRDEN I REGION STOCKHOLM ÄR I GRUNDEN POLITISKA.....	20
SÖDERSJUKHUSET SKA SPARA NÄRMARE 300 MILJONER I ÅR.....	20
VI HADE EN GIGANTISK PERSONALKRIS REDAN INNAN PANDEMIN	20
PRIVAT VÅRD TRÅNGER UT OFFENTLIG VÅRD SOM DRÄNERAS PÅ KOMPETENS	21
I GRUNDEN ÄR MÅNGA PROBLEM POLITISKA.....	21
DE STORA DRAKARNA OCH RISKKAPITALBOLAG TAR ÖVER	21
DEN FRIA ETABLERINGSRÄTTEN HAR MISSGYNNAT DE SVÅRAST SJUKA OCH YTTEROMRÅDEN	22
FÖRR HADE BEMANNINGEN I VÅRDEN EN SÖMSMÅN	22
SJUKHUSLÄKARNA I STOCKHOLM: OBEROENDE CHEFSLÄKARE MED MANDAT ATT GARANTERA PATIENTSÄKERHETEN	23
VI BEHÖVER OBEROENDE CHEFSLÄKARE.....	23
BESPARINGSKRAV PÅ 1,5 MILJARDER UNDER EN PANDEMI	24

FLER VÅRDPLATSER OCH RIMLIG BELÄGGNING – VI HAR LÄGST ANTAL VÅRDPLATSER I EUROPA.....	24
LÖS SAMORDNINGEN AV REGIONENS OCH KOMMUNENS SJUKVÅRD – NORRTÄLJEMODELLEN	24
FORTBILDNING OCH KOMPETENSUTVECKLING ÄR KRAFTIGT EFTERSATT.....	25
SJUKHUSEN FÖRLORAR KOMPETENS.....	25
FACKLIGT FÖRTROENDEVALDA UTSÄTTS FÖR KRÄNKANDE SÄRBEHANDLING	26
PRIVATLÄKARFÖRENINGEN I STOCKHOLM: SMÅSKALIG PRIVAT VÅRD ÄR OMTYCKT MEN MOTARBETAS AV REGION STOCKHOLM	27
ANTALET PRIVATLÄKARE HAR HALVERATS DE SENASTE TIO ÅREN.....	27
REGIONEN MOTARBETAR SMÅSKALIG PRIVAT VÅRD.....	27
DE STORA VÅRDKONCERNERNA OCH RISKKAPITALBOLAG GYNNAS.....	28
SMÅSKALIG PRIVAT VÅRD GYNNAR PATIENTERNA.....	28
SJUKHUSEN DRÄNERAS PÅ KOMPETENS.....	28
SMÅSKALIG PRIVAT VÅRD GÖR INTE OSKÄLIGA VINSTER.....	29
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET: VÅRDEN FÖRTJÄNAR STÖRRE PLATS I VALDEBATTEN.....	30
OMSTÄLLNING TILL NÄRA VÅRD	30
VÅRDPLATSBRISTEN	30
VÅRD EFTER BEHOV	30
KOMPETENSUTVECKLINGEN	31
TILLITSBASERAD STYRNING.....	31
FOLKHÄLSA	31
INSÄNDARE FRÅN STOCKHOLMS SJUKVÅRDSUPPROP I DAGENS NYHETER 23 NOVEMBER 2021: SJUKVÅRDEN MÅSTE PRIORITERAS I NÄSTA ÅRS VAL.....	32
NÅGRA REFLEKTIONER.....	35
PRIMÄRVÅRDEN ÄR UNDERPRIORITERAD – ETT SYSTEMFEL	35
UNDERBEMANNING OCH VÅRDPLATSBRIST PÅ SJUKHUSEN	35
PRIVATISERINGAR OCH VÅRD I REGIONENS REGI.....	36

Inledning

Sjukvården är en av de frågor som väljarna anser vara mest angelägna inför valrörelsen hösten 2022.

Jag är medlem i styrelsen för Vendelsö Socialdemokratiska förening som har arrangerat seminarier och en studiecirkel om god och jämlik vård. Vi har bland annat använt oss av skriften *Jämlik vård – en handlingsplan* av Göran Dahlgren och Lisa Pelling (Arena Idé 2020).

Att lyssna till erfarenheter och förslag från de som dagligen arbetar i vården är nödvändigt för att partiernas politik ska vara förankrad i verkligheten. Dialogen med professionen blir ännu viktigare efter valdagen när politiken ska genomföras och fortsätta att utvecklas.

Jag har intervjuat företrädare för olika personalkategorier om vilka frågor de anser mest angelägna inför valet till regionfullmäktige i Region Stockholm 2022. Intervjuerna genomfördes mellan den 25 januari och 4 februari. Texterna har granskats och godkänts av de jag samtalat med.

Syftet är att bidra till ett ökat intresse för sjukvården och regionvalet i höst.

Haninge den 12 februari 2022

Thomas Lindh

Svensk förening för allmänmedicin i Stockholm: Underfinansiering, läkarbrist och hög belastning i primärvården – ett systemfel

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) är allmänläkarnas vetenskapliga och professionella förening och arbetar för att främja utbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin. SFAM är en sektion i Svenska Läkaresällskapet och en så kallad specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

Maria Wolf är distriktsläkare och ordförande i SFAM:s lokalförening i Stockholm. Hon ger sin syn på vilka frågor i primärvården i Region Stockholm som är angelägna för allmänläkarna.

Primärvården har varit underfinansierad under lång tid

– Grundproblemet är att primärvården är väldigt underfinansierad och underdimensionerad jämfört med våra grannländer. I Sverige läggs 16–17 procent av sjukvårdsresurserna på primärvården medan det är 30–40 procent i grannländerna. Så har det varit i många år och det har snarast försämrats under senare år. Politiker i regionen säger att de satsat mer på primärvården. Men tar man hänsyn till prisutveckling, inflyttning och annat handlar det om minskade anslag till primärvården.

– Primärvården har samtidigt fått nya stora uppdrag. Nu senast gällde det barnhälsovården, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) och fler uppdrag inom psykiatrin. Vi har fått utvidgade uppdrag medan budgeten i realiteten skurits ner.

Nätläkarbolagen åter upp primärvårdens budget

– På senare år har ett nytt akut problem tillkommit. Nätläkarna åter upp primärvårdens budget på olika sätt, vilket vårdcentralerna vittnar om. Utomlänsersättningen har varit en katastrof. Stora belopp, som skulle kunna gå till vanlig primärvård, rinner i väg till nätläkarbolagen.

– Systemet med nätläkare borde inte tillåtas att ta så stor andel av skattemedlen. Det är resursslöseri, drabbar vårdcentralerna och får undanträngningseffekter som drabbar kroniskt sjuka och äldre. Nätläkarna hanterar ofta lindrigare åkommor och enklare

rådgivning, men drar stora resurser från primärvården. Det blir även dubbelbesök när patienter återremitteras till vårdcentralen.

Utveckla den digitala vården på vårdcentralerna

– Det finns digitala alternativ på vårdcentralerna i dag. Varför inte satsa på att utveckla dessa? Om den digitala vården är knuten till den ordinarie läkaren och vårdcentralen i stället för en okänd nätläkare blir kontinuiteten bättre.

Underbemanning, hög belastning och läkarbrist

– Underbemanningen och den höga belastningen är kärnproblemet. En statlig utredning har kommit fram till att det behövs omprioriteringar och stora satsningar på primärvården. Men hittills finns inga skarpa förslag för att komma till rätta med systemfelet.

– Läkarbrist är ett stort problem i primärvården. Samtidigt finns det många läkare i primärvårdssystemet som är verksamma som hyr- eller konsultläkare. Mer attraktiva arbetsförhållanden skulle säkert leda till fler fasta tjänster och bidra till att lösa bemanningsproblemen.

– Många allmänläkare slutar. En del går till barnhälsovården, till ASIH, blir nätläkare eller hyrläkare eller flyttar till andra regioner. Det är arbetsbelastningen och känslan att inte kunna göra ett bra arbete som gör att man slutar. Så skulle det inte vara om arbetsvillkoren och bemanningen var bättre.

Nya Karolinska slukar fortfarande resurser

– Nya Karolinska sjukhuset (NKS) är vårdens stora slukhål i Stockholm. Det var jättedyrt från början och verkar fortfarande kosta betydligt mer än beräknat. Vi befärar att resurser tas från vårdcentralerna. Det borde utredas vilka undanträngningseffekter som NKS leder till. Jag får intrycket att många även på central nivå är oroliga över primärvårdens situation och framtid.

Listning på namngiven läkare och ett tak för antal patienter per läkare

– En orsak till att många inte väljer att bli allmänläkare eller slutar är att uppdraget är obegränsat. Som allmänläkare har man ansvar för alldeles för många patienter. Jämfört med Norge har vi i Sverige ansvar för ungefär dubbelt så många patienter per allmänläkare.

– Vi behöver ett listningstak. Det har provats i bland annat Borgholm på Öland. En begränsning av antalet listade ledde till en

mer attraktiv arbetsplats och lockade till sig fler läkare. Som läkare vill man känna att det går att göra ett bra arbete. Det handlar om människor och deras liv. Har läkaren för många på sin lista finns det inte tider att följa upp och boka in patienterna i rimlig tid. Det känns oetiskt. Ytterst är det en fråga om kvalitet för patienterna. Det gäller inte bara för läkarna utan även för distriktssköterskorna.

- Listning på namngiven läkare, ett listningstak och kraftig ekonomisk förstärkning av vårdcentralerna är de viktigaste frågorna för arbetsvillkoren. De låga anslagen är anledningen till att listningstak inte har införts. En vårdcentral har i dagens läge inte råd att anställa läkare med ett listningstak på till exempel 1 500 patienter per allmänläkare. Budgeten tillåter inte det.

Vart tar pengarna till vården egentligen vägen

- Det märkliga är att Sverige lägger mycket pengar på sjukvården. Det borde undersökas varför vi ändå inte har en mer välfungerande sjukvård och vart pengarna tar vägen.

- Satsningen på närakuter har varit kostsam och tagit resurser och personal från vårdcentralerna. Närakuter behövs inte dagtid. Det är bättre att förstärka vårdcentralerna så att de kan ta emot fler akutbesök.

Etableringskontroll kan behövas

- I dag är tendensen att det startas fler vårdcentraler i innerstaden med rikare och friskare patienter. Det är mer sällan som vårdcentraler etableras i socioekonomiskt svagare områden. Det blir ett slags svartepetterspel där kroniker och sjuka patienter inte är lika lönsamma. Etableringskontroll kan behövas.

Satsa på allmänmedicinsk forskning

- Vi behöver en stor satsning på allmänmedicinsk forskning i Region Stockholm. Cirka en procent av alla medicinska forskningsmedel går till detta i dag. Andra regioner har särskilda satsningar med öronmärkta pengar till primärvårdsforskning för att vända trenden. Vi behöver detta för att starta nya forskargrupper i primärvården. Etablerade grupper kan sedan lättare söka nya forskningsmedel.

Under många år har man inte lyssnat på professionen

– Vi har möten och dialog med regionledningen, men att påverka tycks vara väldigt svårt. Vi får ofta höra att vi talar i egen sak. Det skulle behövas fler politiker som är insatta i vården och även arbetar i vården. Under många år har man inte lyssnat på professionen, de som arbetar i vården. Det borde inte krävas att en massa barnmorskor säger upp sig för att det ska hända något.

Distriktsläkarföreningen i Stockholm: Underfinansiering och läkarbrist är huvudproblemen i primärvården

Distriktsläkarföreningen (DLF) i Stockholm är en yrkesförening som representerar distriktsläkare i Stockholmsområdet. DLF Stockholm har totalt 1 206 medlemmar varav 1 088 yrkesverksamma. Föreningen organiserar uppskattningsvis 90 procent av Region Stockholms distriktsläkare.

Ylva Kristoferson Sandström är distriktsläkare och ordförande i Distriktsläkarföreningen i Stockholm. Hon berättar vilka frågor i primärvården i Region Stockholm som är viktiga för distriktsläkarna.

Primärvården är underfinansierad

– Absolut viktigast är att vårdcentralerna får en större andel av sjukvårdsanslagen. En rad utredningar har konstaterat att primärvården är underfinansierad. Uppdraget matchas inte av ersättningen. Det måste förändras. Ersättningen måste öka, men utan att nya uppdrag samtidigt läggs på primärvården.

– Till en början krävs ökade anslag till sjukvården totalt sett. En omfördelning av resurserna inom sjukvården kan ske på lite längre sikt. Sjukhusens patienter kan behöva tas om hand i primärvården, som därmed indirekt får nya arbetsuppgifter. Vi är då fast i samma läge som i dag – för mycket att göra med för lite resurser. Det är också viktigt att politiker börjar fundera över vad som ska ingå i det offentliga åtagandet, då vi ser en ökad medikalisering i samhället, dvs. att man alltmer söker medicinska svar på allmänmänskliga eller sociala problem. Vi ser också en övertro på vad man kan åstadkomma med "tidig diagnostik" och "förebyggande insatser inom sjukvården". Ofta är det helt andra samhällsinstitutioner som ska engageras då.

Listning på namngiven läkare med ett tak på högst 1 500 patienter

– Alla innevånare ska vara listade på en läkare verksam på en vårdcentral inom vårdvalet. Listningen ska göras på läkare, som är navet i vårdteamet, inte bara på ett hus. Det innebär inte att läkaren måste göra allt, men läkaren är den som har helhetsansvaret.

Samtidigt behövs ett tak för antal patienter per läkare, ett listningstak. I dag är det ungefär 3 000 patienter per heltidsarbetande läkare. Det varierar mycket mellan vårdcentralerna. Vissa har under 2 000 patienter och andra uppemot 8 000 patienter per allmänläkare om det finns vakanser. Listningstaket liksom ersättningarna ska bestämmas utifrån den sammanlagda vårdtyngden i ett område.

Vi förordar ett enkelt system som inte är manipuleringsbart, där ålder och CNI (system för att kompensera för socio-ekonomiska faktorer) bör väga tyngst.

ACG, som kompenserar för patientens vårdtyngd utifrån registrering av diagnoser, går att manipulera och skapar mycket byråkrati med registreringar, bör ha en mindre andel.

— För ett område med "normalsjuk" befolkning anser vi att taket ska vara 1500 patienter per allmänläkare. I socioekonomiskt tunga områden eller områden med många gamla bör taket vara lägre. Vill man höja taket ska det motiveras. Rekryteringen av läkare till vårdcentralen ska göras utifrån detta mål, vilket exempelvis Region Sörmland gör.

— Det är också viktigt att vårdcentralerna inte får nya tilläggsuppdrag. Vårdcentralen ska inte bli ett litet minisjukhus. Då tappar man lite poängen med vårdcentralerna, som ska stå för helhet och kontinuitet.

Utomlänstaxan för nätläkarna är absurd

– Den så kallade utomlänstaxan för nätläkare är absurd och måste tas bort. Majoriteten i Region Stockholms politiska ledning har tyckt lite olika men tycks nu vilja avskaffa utomlänstaxan. Det verkar dock inte gå eftersom det är SKR som bestämmer. Alla regioner måste vara överens, men Sörmland, som tjänar på utomlänstaxan, har motsatt sig detta.

Integrera fysisk och digital vård på vårdcentralerna

– Vår vision är att digital vård ska vara integrerad med fysisk vård på vårdcentralen, som kan ha en egen plattform eller köpa den tjänsten. På samma sätt som kuvert och telefoner inte är en egen vårdform.

– Kontinuiteten är viktig i primärvården. Det är bättre att patienten kontaktar sin allmänläkare på vårdcentralen digitalt i stället för en för patienten okänd nätläkare. Vi bör ha ett integrerat system där digitala tjänster finns på vårdcentralen. Annars blir sjukvården väldigt fragmenterad och det leder ofta till

dubbeltarbete och merarbete, vilket inte är gratis. I värsta fall blir det felaktiga bedömningar, när viktiga pusselbitar saknas.

– Region Stockholm har högre ersättning för ett digitalt besök för en patient som är listad på en annan vårdcentral. Det innebär att utomlänserättningen flyttats in i regionen. I princip är det bara Kry och Doktor.se som tjänar pengar på detta. Systemet gynnar specifika vårdgivare och måste bort. Digitala besök borde egentligen inte ersättas, utan ingå i kapiteringen (betalning per listad patient, åldersrelaterad med kompensation för vårdtyngd med ACG och CNI) på samma sätt som brev och telefonsamtal gör.

Läkarbristen och arbetsvillkoren hänger ihop

– Ett grundproblem på vårdcentralerna är läkarbristen. Den leder till en stressig arbetsmiljö som i sin tur innebär att det blir svårt att rekrytera. Det blir en ond cirkel. Lösningen är att utbilda fler läkare inom allmänmedicin och att införa ett listningstak med ett rimligt antal patienter per läkare. Bristen skapar också ett missnöje hos befolkningen, som upplever att det inte går att få tid hos sin överbelastade läkare.

– Medan vi utbildar nya läkare måste vi se till att de som jobbar i dag inte går in i väggen eller slutar. Då kommer vi aldrig i kapp. Därför är det viktigt att ha någon form av ”övergångslösning” under de närmaste fem till tio åren, medan vi utbildar fler. Listningstak ska införas redan nu, och för de patienter som då blir utan läkare måste man hitta andra lösningar, t.ex.:

1. Lista patienterna på andra specialiteter (geriatriker, barnläkare, internmedicinare) med handledning.
2. Upprätta vakanta listor som tas om hand av hyrläkare, men det är ändå viktigt att patienten står på en lista.
3. Inför anpassade anställningar för läkare i pensionsålder som exempelvis handledare.
4. Inrätta återbesöksmottagningar på sjukhusen – låt sjukhusen följa upp patienterna längre efter sjukhusvård eller efter att de träffat en specialist. (Detta genomfördes framgångsrikt i Dalarna för några år sedan.)
5. Se över och begränsa primärvårdens uppdrag – våga ta bort i stället för att lägga till!

– Vi behöver även goda möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling. Läkarförbundet centralt har sagt att två veckors fortbildning per år är en miniminivå. Man borde ha 10–20 procent av arbetstiden avsatt för fortbildning, och det bör även införas som ett krav i vårdvalet. Gotland och Region Skåne har en modell där fortbildningen är schemalagd, vilket är en förebild.

Okunniga läkare är farliga. Detta är en patientsäkerhetsfråga. I en pressad verksamhet är det detta som försvinner först.

– Möjligheter till forskning och utvecklingsarbete är viktigt. Det finns en tendens i Region Stockholm att vårdutvecklingen centraliseras. Jag tror att den ska ligga ute i verksamheterna i stället för på vårdutvecklare som inte har klinisk förankring.

Decentralisering och dialog med de som arbetar kliniskt i vården

– Hälso- och sjukvårdsförvaltningen saknar ofta direkt erfarenhet av vården, vilket märks i en del förslag som kommer därifrån. Det finns behov av decentralisering. Man behöver inte bestämma allt på minsta detaljnivå centralt. Det saknas naturliga forum för dialog och medverkan. Fler samarbetsarenor behövs. En kontinuerlig dialog med de som arbetar kliniskt är viktig, men ännu viktigare är att våga släppa lite på kontrollen och lita på att professionerna löser sin uppgift.

Kan vara svårt för mindre vårdgivare att starta en vårdcentral

– Vi är för valfrihet för patienten och etableringsfrihet. Men vi har även sett problemen med ojämna etablering, som inte alltid sker i områden där behoven är störst. Det krävs en geografisk komponent för ersättningen om man vill att vårdcentralerna ska finnas överallt.

– Alla vårdcentraler kan ju inte ligga på Östermalm. Det kan lösas med olika ersättning i olika områden, till exempel högre ersättning i Tensta än på Östermalm, så att det blir ekonomiskt intressant att starta vårdcentraler även i socioekonomiskt utsatta områden eller områden med hög sjuklighet.

– Ett annat problem med vårdvalet är att kraven för att etablera en vårdcentral är väldigt omfattande. Det fordras stora resurser för att öppna en vårdcentral. Mindre vårdgivare får svårt att etablera sig – det är bara de stora bolagen som har tillräckligt med resurser. Man bör fundera på att smälta av vårdcentralernas uppdrag, och framför allt ska man se upp med att utöka det med fotvård, rehab med mera som är på gång nu.

Vårdförbundet i Stockholm: Bättre bemanning, arbetsvillkor och kompetens

Vårdförbundet har cirka 12 000 medlemmar i Stockholm och organiserar barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor. **Emma Jonsson** är barnmorska och ordförande i Vårdförbundets avdelning i Stockholm. Hon berättar vilka frågor Vårdförbundet anser vara viktiga i sjukvården.

Bemanning och kompetens är våra viktigaste frågor

– Bemanning och kompetens är de viktigaste frågorna för oss. Det saknas bemanning inte bara på akutsjukhusen och IVA utan lika mycket inom primärvården, slutenvården, geriatriken, psykiatri, i kommunerna och i hela hälso- och sjukvården. Det handlar inte bara om att vi är för få, utan också om att det saknas rätt kompetens gällande till exempel specialistutbildning eller erfarenhet. På laboratorierna som sköter diagnostiken saknas biomedicinska analytiker och arbetsuppgifterna utförs av andra yrkeskategorier som saknar helhetsbilden och förståelsen från provtagning till levererat svar och betydelsen av svaret.

– Vi behöver luft i systemet som har blivit alldeles för slimmat. Det räcker med en kraftigare influensa eller semestertider för att man måste beordra övertid, locka med extrapassersättning eller sälja sin semester för att få personal på plats.

– Sjukvården är en hel kedja som hänger ihop. Förflyttningen till en nära vård ska göras och är viktig för att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas och vara jämlik och personcentrerad, det vill säga utgå från den vårdbehövandes behov och förutsättningar. Stora satsningar behövs absolut inom primärvården, men man kan inte samtidigt avstå från satsningar på andra delar av vården till dess att primärvården är utbyggd. Mer samarbete mellan kommun, region och privata vårdgivare, möjligheter för personal att arbeta i de olika sektorerna samtidigt.

Arbetsvillkoren är avgörande för att öka bemanningen

– För att få bättre bemanning måste arbetsvillkoren ses över. Det handlar om hälsosam schemaläggning och ett arbetstidsmått som motsvarar belastningen så att man orkar arbeta hela sitt

yrkesverksamma liv. Det ska inte krävas att gå ner i tid eller vara sjukskriven för att orka jobba fram till pension.

– Vi har exempel på chefer som vågat anställa "lite för många" så att det blir luft i systemet. De har ändå lyckats hålla budgeten. Om någon blir sjuk, måste vabba eller tar ut semester ska vikarier inte alltid behöva tas in, utan det finns utrymmen för "mindre störningar".

Hög omsättning och urholkad kompetens i kommunerna

– Vi ser att kommunerna har svårt att rekrytera den kompetens som behövs. Ofta använder man bemanningsföretag eller lägger delar av verksamheten på entreprenad, till exempel kvälls- och nattpatrull. Många nya sjuksköterskor söker sig till kommunerna eftersom löneläget är något högre. Samtidigt krävs kompetens och inskolning från mer erfarna kollegor för att självständigt ta hand om äldre, sköra och multisjuka brukare. Det saknas ofta. Man lyckas inte vara en attraktiv arbetsgivare och behålla kompetent personal.

– Hög omsättning och urholkad kompetens är stora bekymmer. Kommunerna är inte benägna att satsa på specialistutbildning av sjuksköterskor. Det borde vara ett krav att betydligt många fler av sjuksköterskorna i äldreomsorgen ska vara specialistutbildade inom geriatrik eller distriktssjuksköterskor.

Regionen tummar på kompetenskraven

– Våra medlemmar upplever att regionen inte upprätthåller kompetensen för de specifika arbetsuppgifterna. Till exempel sätts grundutbildade sjuksköterskor på IVA eller IMA (mellan intensivvård och slutenvård), i förlossningsvård och på andra uppgifter som kräver högre kompetens än "bara" en legitimation och grundkompetens. Politiker och beslutsfattare borde i så fall vara ärliga gentemot personalen och befolkningen och öppet förklara att kompetens- och kvalitetskraven sänks genom de lösningarna.

Vill man locka unga till sjukvården krävs bättre arbetsvillkor

– Sjukvården behöver locka ungdomar att arbeta i vården. Då behöver arbetsschema och veckoarbetstider ses över och kanske ändras. Löner ska sättas utifrån kompetens och erfarenhet, vilket inte syns i lönekuvertet i dag, och pensionen ska vara bra. Det ska finnas en tydlig löne- och kompetensutveckling. Allt detta är viktigt

för att både rekrytera och behålla personal. Bra arbetsvillkor kostar. Det känns inte som att någon är beredd att ta det steget.

- Fler behöver utbildas. Men det saknas handledare för våra yrkesgrupper. Våra studenter, till exempel blivande sjuksköterskor och barnmorskor, har därför svårt att komma ut på verksamhetsförlagd praktik eller få en bra verksamhetsförlagd utbildning med erfarna handledare med tid för uppdraget och tid för reflektion, vilket i förlängningen ger svårigheter att ta sin examen.

Andra kvalitetsmått behövs i vårdvalen

- Det är väldigt svårt att påverka vårdvalen. Vi har försökt att få in andra kvalitetsmått som till exempel krav på kollektivavtal och att följa upp arbetsmiljö. Men det har varit helt omöjligt.

- Vi är inte emot vårdval som princip eller vård i annan regi, men man behöver fundera på hur mycket administrationen kostar och vilken kontroll man har. Det är också viktigt att fundera på om och hur det gör vården mer jämlik, och om vård ges efter behov.

- Att det finns fler arbetsgivare att välja mellan är en fördel för sjuksköterskorna. Samtidigt finns risken att regionen förlorar kompetens och att regionens sjukhus försörjer andra vårdgivare med erfaren personal.

- Vi vill ha en jämlik vård där alla har tillgång till god och nära vård oavsett var man bor och oavsett vilka ekonomiska förutsättningar man har.

Kommunal i Stockholm: Underbemanning, brist på undersköterskor och ohälsosamma arbetsscheman

Kommunal organiserar bland annat undersköterskor, barnsköterskor och skötare på sjukhusen, i psykiatri, i primärvården och i andra vårdformer i Region Stockholm.

Catharina Häggbom är undersköterska, sektionsordförande och samordnare för Kommunal i Region Stockholm. Hon ger sin syn på vilka frågor som är viktiga i sjukvården för Kommunal.

Underbemanning och brist på undersköterskor

– Bristande bemanning är den enskilt viktigaste faktorn som påverkar arbetsvillkoren, arbetsmiljön och arbetstiderna. Vi är för få undersköterskor (barnsköterskor/skötare) i vården. Det finns inte tillräckligt många utbildade med rätt kompetens. Det finns beräkningar på hur många som behöver utbilda sig för att täcka behoven.

– Problemet kommer att accelerera när den sedan länge efterlängtda skyddade yrkestiteln undersköterska införs. Då får bara utbildade undersköterskor anställas som undersköterska. I hela regionen räknar man med att ungefär 15 procent av de anställda måste validera sin kompetens som undersköterska.

Bemanna efter vårdens behov – schemalägg inte efter bemanningen

– Nedskärningarna av personal leder till att scheman med justa arbetstider försvåras eftersom bemanningen är minimal. Man går tillbaka till scheman som på 1980-talet med arbete varannan helg och tre till fyra kvällar per vecka och att blanda dag- och nattpass, trots att det inte är hälsosamt.

– Våra medlemmar på akutsjukhusen, i psykiatri och i andra vårdformer berättar att det saknas personal. Men arbetsgivarna hävdar att det är rätt bemanning och hänvisar till sina siffror och kraven på effektivisering.

– De villkor som erbjuds gör att unga personer inte är så sugna på att söka till utbildningar inom vård och omsorg.

Regionen borde driva utbildning i egen regi

– På 1980- och 1990-talen var landstinget huvudman för många skolor med vårdutbildning. Vi har ett önskemål att Region Stockholm startar någon form av skola och utbildning i egen regi. Tidigare har kommunerna köpt undersköterske- och omsorgsutbildningar som ofta inte uppfyller kompetenskraven. Ibland undrar vi också hur det står till med elevernas språkkunskaper.

Brist på kompetent personal och ohälsoscheman

– Inom psykiatrin, där vi har många medlemmar, har det under många år inte funnits skötarutbildning. Dessutom har skötare med lång erfarenhet ofta ersatts av helt nyutbildade sjuksköterskor. Den trenden var även väldigt stark inom akutvården, men där tycks man ha kommit till vägs ände och tänkt om.

– Inom psykiatrin har vi stora problem med arbetstider och underbemanning. Det handlar bland annat om så kallade hälsoscheman, som vi kallar ohälsoscheman. Det innebär att man arbetar kortare tid men får fler arbetspass, kanske upp till tio extra arbetspass på ett år. Arbetsgivaren vill på så vis täcka arbetstiden med färre anställda. Det finns ingen som uppskattar det.

Vårdvalet är ofta en chimär

– Kommunal är emot vårdvalet, i vart fall som det nu är utformat. Det splittrar upp vården och gynnar inte de som är riktigt sjuka. Det är inte alltid patienten som får välja, utan ofta vårdgivaren som väljer patienter. Till exempel är vårdvalet en bidragande orsak till att förlossningsvården fungerar som den gör. I verkligheten går det inte att välja, utan man får den förlossningsplats som är ledig.

– Man skapar en chimär om ett val som ändå inte finns. Vårdvalet bygger på att den som väljer är aktiv och kan göra pålästa val. Det är inte alltid möjligt inom till exempel psykiatri och geriatrik.

Svenonius avskaffade personalregionrådet

– Det finns avtal om samverkan med personalen men hur det fungerar i praktiken är en annan sak. Många gånger presenteras färdiga förslag som vi förväntas acceptera. Vi vet att högsta hönset i regionen inte tar ansvar för någonting. Hon avskaffade personalregionrådet och skulle själv ta hand om dessa frågor. Hon har inte haft någon dialog med Kommunal över huvud taget.

Kommunal på Södersjukhuset: Många problem i sjukvården i Region Stockholm är i grunden politiska

Ann-Christine Nilsson är undersköterska anställd på Södersjukhuset och förhandlingsansvarig på Team Södersjukhuset i sektion Sjukvård syd Keolistrafiken. Hon berättar vilka frågor som Kommunal anser viktiga i sjukvården. Kommunal i sektion Sjukvård syd Keolistrafiken har 5 600 medlemmar. Kommunal Team Södersjukhuset består av cirka 840 medlemmar.

Södersjukhuset ska spara närmare 300 miljoner i år

– En hel del problem i sjukvården hänger samman med den politiska majoritet vi har i Region Stockholm. Därför säger jag: Byt majoritet! Jag ska förklara vad jag menar.

– Södersjukhuset har ett sparbeting på runt 300 miljoner. Sjukhusen har fått en budgetuppräkning på endast 1,5 procent. Det innebär i praktiken att för att uppnå sparbetinget och ha en budget i balans så behöver man minska antalet anställda. Vi är mycket bekymrade och förstår inte hur det ska gå.

Vi hade en gigantisk personalkris redan innan pandemin

– Redan innan pandemin lades varsel om stora personaluppsägningar på sjukhusen. Vi hade en gigantisk personalkris redan då. Det fattades massor av personal, framför allt sjuksköterskor.

– Situationen i vården liknar historien med grodan i kastrullen. Om du släpper ner en groda i en kastrull med kokande vatten vill den genast hoppa ur kastrullen. Om temperaturen däremot höjs långsamt kommer grodan inte att märka något utan den anpassar sig, tills man når kokpunkten och grodan dör. Ungefär så är det i sjukvården. Under tjugo års tid har man effektiviserat och dragit ner i olika omgångar. Vi har anpassat oss och strax innan pandemin nådde vi kokpunkten.

Privat vård tränger ut offentlig vård som dräneras på kompetens

– Samtidigt har den politiska majoriteten tillåtit högre budgetuppräkning för de privata vårdgivarna än för de offentliga vårdgivarna. Mer pengar har hamnat hos de privata vårdgivarna på bekostnad av den offentliga sidan. Vårdvalen utökas och nya har tillkommit.

– För ungefär femton år sedan genomfördes en rad avknoppningar där läkare kunde köpa en verksamhet av landstinget. Ett belysande exempel är Serafimerlasarettet som några läkare köpte av landstinget för några miljoner. Tio år senare såldes det för ett antal hundra miljoner till någon av de stora drakarna. Det var våra skattepengar som försvann.

– Argumentet har varit att marknaden vet bäst, men det tror jag inte passar den här typen av verksamhet. Det krävs en styrning så att alla får möjlighet till samma vårdnivå oavsett var man bor eller hur rik eller fattig man är.

I grunden är många problem politiska

– Många av problemen är i grunden politiska. Just nu har vi en kris på hudkliniken på Södersjukhuset. Chefer och andra läkare har sagt upp sig och har kanske gått till andra kliniker inom vårdvalet för hud. Det innebär att hudkliniken på Södersjukhuset försvinner. I grunden beror det på hela vårdvalshanteringen.

– Jag sitter som facklig representant i beställarsamverkan för hälso- och sjukvårdsnämnden och kan se de stora mängder avtal som tecknas med privata vårdgivare om vårdval och andra upphandlingar. Det är en enorm administration som krävs för att sätta upp avtalen men också för att granska att vårdgivarna gör det som står i avtalen. Det kostar många miljoner som i stället kunde läggas på löner till barnmorskor, undersköterskor och läkare. Pengarna gör bättre nytta i verksamheterna.

De stora drakarna och riskkapitalbolag tar över

– Till en början fanns det flera mindre privata vårdgivare och kooperativ. I dag har alla blivit uppköpta av stora drakar som Aleris, Capio och Praktikertjänst och några till. Det är mängder av skattededel som hamnar hos riskkapitalbolag och skatteparadis. Riskkapitalbolagen kräver en viss avkastning av sina verksamheter, annars läggs de ner.

– Ett exempel är Dalens sjukhus som bytt arbetsgivare fyra gånger under en tioårsperiod om jag minns rätt. Från början

tillhörde det landstinget men upphandlades sedan av Capio. Några år senare tog Praktikertjänst över efter en upphandling. Efter några år såldes det till Aleris, innan avtalet hade löpt ut. Det är väl snart upphandling igen. Vi får se om de anställda får byta arbetsgivare en femte gång.

Den fria etableringsrätten har missgynnat de svårast sjuka och ytterområdena

– I vårdvalsavtalen ingår en viss typ av undersökningar och operationer. De svårast sjuka patienterna ingår inte vårdvalen och hänvisas till akutsjukhusen. En följd av vårdvalet är att många människor med lindriga åkommor får mycket hjälp medan de svårast sjuka hamnar i kläm. I dag tar till exempel hudkliniken i Södersjukhuset emot de svårast sjuka. Vart ska de ta vägen om den stänger och vårdvalen inte tar emot de mest sjuka?

– Den fria etableringsrätten har lett till att vi har åtskilliga läkarmottagningar och vårdcentraler i centrala Stockholm. Det finns till exempel en rad gynmottagningar i innerstaden. Men hur många finns det i ytterområdena som Hallunda och Alby? Ett annat exempel är nätläkarbolagen som behandlar lindrigare åkommor. Jag tror att etableringen behöver styras utifrån befolkningsunderlaget i ett område.

Förr hade bemanningen i vården en sömsmån

– Förr i tiden fanns en sömsmån för bemanningen i vården. Om den lägsta bemanningen i en verksamhet exempelvis var åtta personer så anställdes tio personer för att ha en marginal. Blev någon sjuk var det ingen katastrof. Med de neddragningar och besparingar som pågått är vi nu nere på en skelettbemanning i vården. Så fort någon blir sjuk drar man antingen ner på antalet vårdplatser eller så förmås någon att arbeta extra.

Sjukhusläkarna i Stockholm: Oberoende chefsläkare med mandat att garantera patientsäkerheten

Sjukhusläkarna är en yrkesförening inom Sveriges läkarförbund och med sina cirka 20 500 medlemmar dess största delförening. Föreningens medlemmar är specialistkompetenta sjukhusläkare i både öppen- och slutenvård samt läkare med jämförbar ställning verksamma som lärare eller forskare vid universiteten.

Föreningens uppgifter enligt stadgarna är att främja hälso- och sjukvårdens utveckling, att främja den medicinska undervisningen och forskningen, att bland sina medlemmar upprätthålla en god och värdig anda samt att tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen.

Den största delföreningen är Sjukhusläkarna Stockholm med cirka 5 000 medlemmar. Andreas Fischer är läkare på Södersjukhuset och ordförande i Sjukhusläkarnas lokalavdelning i Stockholm. Han berättar vilka frågor som Sjukhusläkarna anser angelägna i sjukvården.

Vi behöver oberoende chefsläkare

– Vi behöver chefsläkare som är oberoende. Deras uppgift är att garantera patientsäkerheten, vilket är det mest centrala i hela vården. I dag har vi ingen övergripande funktion som kontrollerar patientsäkerheten. Vi behöver chefsläkare som inte sitter i knäet på sjukhusets verkställande direktör. När vi på golvet säger ifrån och protesterar så filtreras det bort av ett repressivt system med tystnadskultur.

– I dag har chefsläkaren inte mandat att utföra sitt uppdrag. Den dag en chefsläkare säger att patientsäkerheten är hotad får han eller hon omedelbart avgå. En oberoende chefsläkare skulle ha mandat att säga ifrån när det är överbeläggning och göra något åt det!

– Oberoende chefsläkare med oberoende anställning, antingen direkt hos IVO (Inspektionen för vård och omsorg) eller eventuellt hos länsstyrelsen, skulle medföra mer oberoende.

Besparingskrav på 1,5 miljarder under en pandemi

– Sjukhusen i Region Stockholm har sparkrav på ungefär 1,5 miljarder kronor. Alla konstaterar att det inte är möjligt. Men ingen i ledande ställning kan säga ifrån utan att få lämna sitt uppdrag. Vi fackliga representanter har opponerat oss och sagt att besparingar på 1,5 miljarder är helt omöjligt med bibehållen patientsäkerhet. Södersjukhuset skall till exempel spara 300–400 miljoner, vilket är omöjligt med bibehållet uppdrag. Någon verksamhet måste tas bort för att klara det.

– Att Region Stockholm nu tvingas att spara och skära ner under en pandemi är helt ofattbart. Kompetensutvecklingen för läkare har varit eftersatt under lång tid. Vi har otroligt mycket inarbetad tid. De flesta av våra medlemmar behöver utökad ledighet men ska nu i stället arbeta av vårdskulden. Det är som gjort för att gå in i väggen. Vi har en otroligt okänslig arbetsgivare.

Fler vårdplatser och rimlig beläggning – vi har lägst antal vårdplatser i Europa

– En oberoende chefsläkare kan sätta ner foten och markera att nedskärningarna inte är acceptabla och oförenliga med patientsäkerheten. Oberoende chefsläkaren skulle även kunna kräva att inte ha högre än 85 procents beläggning i genomsnitt på sjukhusen för att klara större helger och oförutsedda händelser. Siffran är väl förankrad i flera studier och fastslagen av Socialstyrelsen, som högsta möjliga beläggning för att bevara patientsäkerheten. I dag ligger vi regelbundet på 107 procent.

– Vi har lägst antal vård- och IVA-platser i hela Europa i förhållande till befolkningen. Flera studier har visat att det är patientfarligt. Men en chefsläkare som påtalar detta i dag får avgå. Med oberoende chefsläkare skulle vi kunna få fler vårdplatser. Det handlar inte om antalet sängar utan om bättre bemanning.

Lös samordningen av regionens och kommunens sjukvård – Norrtäljemodellen

– Vårdplatsbristen hänger också samman med ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna. Exempelvis kan det dröja fem arbetsdagar innan en färdigbehandlad äldre patient kan flyttas till geriatriken i kommunen. Frågan är vem som ska garantera patientsäkerheten i kommunen. Det bör finnas oberoende chefsläkare även i kommunal vård för att garantera patientsäkerheten.

– Dessutom bör glappet mellan regionens och kommunernas vård överbryggas. Det görs exempelvis i Norrtäljemodellen där kommunen och vårdbolaget Tiohundra samverkar. Det leder till bättre patientflöde och bättre utnyttjande av vårdplatser och resurser i regionen.

– Vi anser att en bättre koordination av sjukvården i ett litet land som Sverige vore bra. Förutom att sudda ut gränserna mellan de 21 regionerna och 290 kommunerna, borde staten ta ett större övergripande ansvar och vara beställare, medan regionerna kanske snarare borde vara utförare.

Fortbildning och kompetensutveckling är kraftigt eftersatt

– En viktig fråga för bemanningen är att göra det mer attraktivt för läkare att arbeta på sjukhusen. Fortbildning och kompetensutveckling är centralt för att kunna göra ett bra arbete, vilket är den viktigaste drivkraften för en läkare. Att garantera bra fortbildning är därför ett sätt att öka rekryteringen och säkra bemanningen.

– I vårdvalen är handledning av specialister och forskning i praktiken omöjliga eftersom de inte ersätts. Det försvårar fortbildning och ger smalare kompetens.

Sjukhusen förlorar kompetens

– Ersättningarna i vårdvalen är ofta ganska skrala. Då gäller det att välja ut de enkla, snabba och friska fallen. Det leder till undanträngningseffekter genom att vårdvalet inte tar emot sjukare patienter. Dessa patienter hamnar på sjukhusen och får vänta längre. Eftersom sjukhusen har ett utbildningsuppdrag och tar emot mer komplicerade fall och sjukare patienter genomför ett läkarteam på ett sjukhus ungefär hälften så många operationer per dag som på en klinik med vårdval.

– Sjukhusen dräneras på kompetens genom att läkare söker sig därifrån på grund av arbetsbelastningen, arbetsmiljön och även att lönerna är betydligt högre i privat vård. Samtidigt utarmas bredden i kompetensen på de privata klinikerna eftersom de inte har utbildning och forskning. Det blir en ond cirkel.

– Möjlighet till delad anställning mellan sjukhus och privata kliniker, som bland annat finns i Tyskland, skulle på ett bättre sätt ta till vara kompetensen från läkarutbildningen, som ju trots allt är skattefinansierad. Man skulle exempelvis kunna arbeta tre dagar på

regionens sjukhus och två dagar i ett privat vårdval. I dag är det inte tillåtet.

Fackligt förtroendevalda utsätts för kränkande särbehandling

– Att i större utsträckning involvera de fackligt aktiva är ett sätt att utveckla dialogen med professionen. Tyvärr är de fackligt förtroendevalda i regionen utsatta för kränkande särbehandling. De förtroendevalda har sämre kompetensutveckling, sämre karriärutveckling och lägre löner än övriga kollegor. I regionen finns nästan inga politiker som är läkare. Det är beklagligt eftersom läkare ofta har en bred kunskap om sjukvårdssystemet i sin helhet.

Privatläkarföreningen i Stockholm: Småskalig privat vård är omtyckt men motarbetas av Region Stockholm

Privatläkarföreningen arbetar för bättre villkor och större inflytande för de privat verksamma specialistläkarna i Stockholm och bättre vård för patienterna. Storstockholms Privatläkarförening är en lokalförening i Svenska Privatläkarföreningen, som är en av yrkesföreningarna inom Läkarförbundet. Stockholmsföreningen organiserar uppemot 300 läkare varav cirka 50 är psykiatrer.

Den nationella taxan eller lagen om läkarvårdsersättning (LOL) har funnits sedan 1994. Den beslutades av riksdagen för att ersätta systemet som kallades "ansluten till Försäkringskassan". LOL innebär att vårdgivaren har en etablering knuten till egen fysisk person även om själva verksamheten sedan bedrivs i bolagsform.

Hannu Määttä är verksam ortoped och ordförande i Storstockholms Privatläkarförening. Han ger sin syn på vilka frågor som är angelägna i sjukvården i Region Stockholm.

Antalet privatläkare har halverats de senaste tio åren

– Regelverket för småskalig vård som är offentligt finansierad och privat producerad behöver förnyas. Det pågår diskussioner mellan Privatläkarföreningen, Läkarförbundet och SKR om nationell småskalig sjukvård (NSS). Det har dock inte hänt så mycket än.

– Regionen har möjlighet att öppna nya småskaliga verksamheter men vill inte. De senaste tio åren har antalet privatläkare halverats, troligen mer än så i Stockholm. Regionen är inte intresserad av att verksamheterna lever vidare. De vill ha fullständig kontroll.

Regionen motarbetar småskalig privat vård

– Regionen behandlar den privata småskaliga vården med stor ovilja och gör sitt yttersta för att försvåra verksamheten. Detta trots att de småskaliga verksamheterna är effektiva och har hundra procentig kontinuitet, eftersom vården bedrivs av samma namngivna läkare.

– Den nationella taxan är en lag som regionen inte tycker om, eftersom de inte har total kontroll och den kommunala självbestämmanderätten utmanas. Det är en nationell lag som

innebär att vården är likvärdig i hela landet. Inom den nationella taxan har Region Stockholm total kontroll på kostnader eftersom det finns tak för hur mycket vård som får utföras.

De stora vårdkoncernerna och riskkapitalbolag gynnas

– Regionen föredrar vårdval enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) där de kan kontrollera prissättning och vårdområden och bestämma över verksamheten. Villkoren för att ingå i vårdvalet har skärpts på ett sätt som missgynnar småskaliga vårdgivare. I vårdvalet inom ortopedi kunde tidigare en eller två läkare öppna en klinik. Efter de nya bestämmelserna 2021 krävs det minst sex läkare med olika specialiteter samt en viss volym av operationer. Det är inte många småföretagare som klarar dessa villkor. De är som gjorda för större läkarbolag.

– Vinsten i stora vårdbolag går ofta till riskkapitalföretag med utländska ägare. Med småskaliga vårdföretag stannar överskotten i landet och används för att förbättra verksamheten. De så kallade skall-kraven i ansökningar till vårdvalet är utformade så att större vårdbolag gynnas.

– Ett exempel är vårdval inom barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM). Om jag inte minns fel fanns det tidigare 75 sådana mottagningar. Regionen har ändrat skall-kraven med målsättningen att hälften av dessa ska bort. De stora företagen ska ta över och man tar död på den småskaliga verksamheten.

– Det positiva med vårdvalet är trots allt att Region Stockholm får mycket mer sjukvård gjort till betydligt lägre pris än vad man tidigare kunde få i landstingets regi. Således blir sjukvård mer tillgängligt för Stockholms befolkning. Kostnaden för vårdval kan ändå bli hög eftersom det inte finns någon övre gräns för hur mycket vård varje enhet får producera.

Småskalig privat vård gynnar patienterna

– Småskalig privat vård innebär att det finns ett alternativ för läkare som vill driva en egen mindre mottagning. Patienterna vet att de alltid kommer till samma doktor. Kontinuiteten och tillgängligheten är god och verksamheterna är uppskattade.

Sjukhusen dräneras på kompetens

– De stora privata vårdgivarna har möjlighet att leverera effektiv vård. Det sker dock på bekostnad av att de stora sjukhusen, som utbildat specialisterna, töms på kunnande och kompetens. Vi har hamnat i ett krisläge där de stora vårdbolagen lockat över många

duktiga specialister, vilket leder till att regionens sjukhus har svårt att klara av sin utbildningsplikt.

- Följden har blivit att de stora sjukhusen har svårt att hantera jourverksamheten (akutsjukvården). De stora sjukhusen tappar kompetens för mer komplicerade operationer, som exempelvis revisionsplastik när man måste byta en tidigare opererad höftplastik. För ett par år sedan uppstod en kris där undervisningssjukhusen saknade tillräcklig verksamhet för att kunna examinera specialister inom öron-näsa-hals.

- I vårdvalsavtalen står att patienterna ska vara förhållandevis friska innan operation. De svårast sjuka behandlas därför inte på vårdvalsenheterna utan hänvisas till de stora sjukhusen. Där riskerar de att bli utan vård eftersom akutsjukvården tar så stor del av sjukhusens verksamhet.

- De stora vårdkoncernerna lockar med högre lön, högre pension och bättre arbetstider. Resultatet blir att den offentliga vården dräneras på kompetens och att kompetensen fragmenteras. Vårdbolagen utför operationer på löpande band men sjukhusen förlorar kompetens för de komplicerade fallen. Denna utveckling uppmärksammas alltför lite.

Småskalig privat vård gör inte oskäliga vinster

- De småskaliga vårdgivarna måste göra en viss vinst eftersom löner tas från överskottet. De läkare vi organiserar lägger ner mycket tid och engagemang i verksamheten och har ofta inte möjlighet att ta ut full ersättning. De flesta kan bara drömma om den lön och de förmåner som en erfaren kirurg på en vårdkoncern har. De småskaliga vårdgivarna kan inte göra övervinster.

- De stora läkarbolagen har helt andra villkor. Förutom vårdvalsavtal har de även speciella uppdrag via lagen om offentlig upphandling (LOU) med högre vinst. Alternativt kan de som har råd gå med förlust några år tills de dränerat vårdmarknaden och kan sätta en helt annan prislapp när de är ensamma på marknaden.

Svenska Läkaresällskapet: Vården förtjänar större plats i valdebatten

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende vetenskapliga organisation. Det är en ideell, politiskt och fackligt obunden förening. SLS har cirka 30 000 medlemmar (föreningsanknutna och individuella medlemmar) och är moderförening till ett stort antal föreningar. Läkaresällskapets syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård i samhället genom att främja medicinsk forskning, utbildning, etik och kvalitet. **Tobias Alfvén** är barnläkare och ordförande i Svenska Läkaresällskapet. Han sammanfattar sin syn på de mest angelägna frågorna inom sjukvården i sex punkter.

Omställning till nära vård

– Under många år har det pratats om en fungerande primärvård, men det har i stället långsamt blivit sämre, även om det naturligtvis även finns bra nära vård på många platser.

– Alla svenskar ska ha god tillgång till sin vårdcentral. För att kunna erbjuda exempelvis sköra äldre kvalificerad vård och kontinuitet måste primärvården stärkas, fast läkarkontakt realiserar och bristen på specialister i allmänmedicin åtgärdas – och det måste finnas ersättningsmodeller som stödjer ett sådant arbetssätt och vård efter behov. Det tror jag är avgörande om vi ska lyckas reformera hälso- och sjukvården i Sverige. När primärvården inte fungerar vänder man sig till nätläkare och andra för att man inte når fram till sin vårdcentral. Nu gäller det att ta politiska beslut som prioriterar att alla har en fast läkarkontakt inom ett antal år.

Vårdplatsbristen

– Vårdplatsbristen är egentligen en brist på nyckelkompetens och personal runt om i Stockholms sjukvård med långa operationsköer och överfulla akutsjukhus och vårdavdelningar på till exempel Södersjukhuset, Astrid Lindgrens barnsjukhus och flera andra. Då kan man inte samtidigt lägga besparingskrav på sjukhusen. Det är omöjligt för personalen att förstå.

Vård efter behov

– Vård efter behov är inskriven i hälso- och sjukvårdslagen. Det är de multisjuka, ofta äldre som ibland har svårt att tala för sig, som drabbas. De hamnar även utanför olika satsningar som kömiljarder

eller vårdgarantier. Patienterna med störst behov ska prioriteras i sjukvården. Vi ser en ökad "marknadisering" och efterfrågestyrning med framväxten av nätläkare som nischat sig mot patienter med okomplicerade vårdbehov och tillväxten av antalet privata sjukförsäkringar.

Kompetensutvecklingen

– Det krävs en satsning på fortbildning för alla personalkategorier i dagens högspecialiserade vård och även en satsning på forskning i hälso- och sjukvården. Fortbildning och forskning ska vara en integrerad del av sjukvården och även ingå i vårdval och annan verksamhet som inte drivs i regionernas regi.

Tillitsbaserad styrning

– Sjukvården måste bli bättre på tillitsbaserad styrning. Politiker ska ange de övergripande riktlinjerna men inte detaljstyra för mycket. Styrningen bör bygga på mötet mellan patient och läkare. Besluten om innehållet i vården ska överlämnas till professionen. I Läkaresällskapet har vi tagit fram en modell, som kallas Hippokratesrevisionen, för professionell granskning och klinisk revision utifrån medicinsk kvalitet, etik och vetenskap. Den bygger på öppen granskning och utvärdering där man inte bara räknar antal patienter.

Folkhälsa

– Den extraordinära situationen inom hälso- och sjukvården med undanträngningseffekter och en uttröttad personalstyrka kan inge en känsla av att vi just nu inte kan prioritera förebyggande och hälsofrämjande insatser. Men dessa insatser optimerar våra medicinska insatser redan här och nu. Det är dags att vrida utvecklingen mot ett hållbart samhälle med goda och hälsofrämjande livsvillkor för alla.

Insändare från Stockholms sjukvårdsupprop i Dagens Nyheter 23 november 2021: Sjukvården måste prioriteras i nästa års val

Svensk sjukvård dras med stora problem. Kraftigt underfinansierade vårdcentraler, långa operationsköer, en stor vårdplatsbrist och en eftersatt äldreomsorg är bara några exempel. En gemensam faktor för många av problemen är brist på personal i sjukvårdens kärnverksamheter eftersom arbetsmiljön och arbetsvillkoren är för dåliga. I slutändan är det patienterna som drabbas.

Trots återkommande larmrapporter och debattinlägg från vårdpersonal och trots att undersökningar upprepat visat att allmänheten rankar sjukvården som en av de viktigaste politiska frågorna är konkreta lösningar på sjukvårdens utmaningar anmärkningsvärt frånvarande i den politiska debatten.

Med mindre än ett år kvar till kommande val måste sjukvården få högre prioritet och politikerna måste komma med mer konkreta lösningar på de problem vi ser. Ospecifika utfästelser som att "vi ska minska väntetiderna" eller "vi kommer att satsa på sjukvården" räcker inte.

Vilken av alla otaliga väntetider syftar man på? Vilken del av sjukvården vill man satsa på? Det finns förstås väntetider och delar av vården som är viktigare än andra, och dessa måste prioriteras med tanke på att det inte finns obegränsat med resurser.

Några av de problem som bör adresseras inför kommande val:

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienter med störst vårdbehov ges företräde till vården. Vi ser med oro hur det håller på att frångås, i synnerhet i storstäderna, där efterfrågan och omedelbar tillgänglighet har fått växa nästan ohämmat.

Ett typexempel är när nätläkarbolag – vars patientbesök är skattefinansierade – med reklam uppmanar allmänheten att söka för åkommor som myggbett, tentaångest och solexem. Det är absurt och ett oerhört slöseri med våra begränsade skattemedel. Det faktum att det inte finns något tak för denna typ av vård, då de ersätts på löpnade räkning, är ett hälsoekonomiskt vansinne.

När mindre sjuka konsumerar mer vård som ofta kan lösas med egenvård kommer det ofrånkomligen ta resurser från dem med störst vårdbehov.

Samtidigt sväller vårdcentralernas uppdrag utan att man tillför motsvarande ekonomiska resurser.

Man pratar om en "god och nära vård" men glömmer att det krävs en bra arbetsmiljö för att flykten av allmänläkare och distriktssköterskor ska upphöra. Det spelar ingen roll om man utbildar fler så länge de man utbildar sen väljer att arbeta med annat. I stället är det mängden centrala administratörer som ökar som ska mäta och granska de få som väljer att stanna kvar på golvet och arbeta med det som är kärnan i sjukvården, nämligen att ta hand om patienter.

Och bilden av att primärvården inte ges förutsättningar att klara sitt uppdrag och att situationen inte har blivit bättre bekräftas av färsk forskning från Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Sverige har lägst antal vårdplatser per invånare i hela EU. Vi tillhör även bottenligan när det kommer till antalet intensivvårdsplatser. Vårdplatsbristen beror först och främst på en utbredd brist på vårdpersonal, inte minst sjuksköterskor. Detta beror i sin tur på många års effektiviseringskrav och besparingar som leder till en ohållbar arbetssituation för personalen på sjukhusen. Den senaste barnmorskekrisen är ett tydligt exempel på detta.

Vårdplatsbristen kostar liv. Bara i Stockholm beräknas överbelastade akutmottagningar leda till 25 undvikbara dödsfall per år, och bakom varje dödsfall gömmer det sig flerfaldigt fler undvikbara vårdskador.

En viktig lärdom från pandemin är att svensk sjukvård har saknat beredskap. Mycket av diskussionen har handlat om brist på respiratorer, skyddsmaterial och läkemedel – saker som är relativt lätta att åtgärda inför framtiden.

Vad som däremot lyst med sin frånvaro är diskussionen om den viktigaste bristen: bristen på vårdpersonal i sjukvårdens kärnverksamheter. Vi behöver mest och bäst personal på de platser inom sjukvården där vi tar hand om de sjukaste och dem med störst behov: vårdcentralerna, de särskilda boendena och sjukhusen. Det måste vara attraktivt att jobba där.

Coronakommissionen kom nyligen fram till att vården saknar marginaler och att det rådde stor brist på vårdpersonal och vårdplatser redan innan pandemin. Att skylla allt på ett annat parti tycks vara en favoritgren för dagens politiker, det kan inte få fortsätta.

Vi måste få till en högre personaltäthet, men det är omöjligt när akutsjukhusen konstant behöver spara. Tyvärr verkar de

styrande i landets regioner inte lärt sig av pandemin, utan nya besparingar tycks vänta för många sjukhus de kommande åren. Det är minst sagt förödande och kommer få negativa konsekvenser för många patienter.

Om vi ska få till en "god och nära vård" där våra invånare i större utsträckning kan vårdas i hemmet, på sitt boende och på sin vårdcentral måste vi först göra stora satsningar på primärvården.

Sedan kan vi fundera på om man kan överföra uppgifter från sjukhusen till vårdcentralerna, men vi kan inte svälta sjukhusen och vårdcentralerna samtidigt, för då kastar vi över patienterna från ett underbemannat och sjunkande skepp till ett annat där få sjömän sitter och öser frenetiskt samtidigt som ett dussin kaptener står på vartdera skeppet och bråkar om riktningen.

Vi kräver därför svar på följande frågor:

- Hur ska hela svenska befolkningen få tillgång till en fast allmänläkare och distriktssköterska på sin vårdcentral? Och hur ska dessa få förutsättningar att faktiskt kunna ta ett helhetsansvar för sina patienter till gagn för hela sjukvårdssystemet?
- Hur ska vårdplatsbristen åtgärdas och hur ska det bli attraktivt att arbeta på sjukhusen?
- Hur ska man se till att hälso- och sjukvårdslagen följs? Och hur ska oetiska företag hindras att driva på för en efterfrågestyrd vård som går ut över dem med störst behov?
- Hur ska man få stopp på käbblet mellan olika nivåer av politiska lager och förvaltningar där det viktigaste verkar vara vems felet är i stället för att lösa problemen genom att lyssna på patienter och profession? Och där det ofta är näst intill omöjligt att få reda på vem som bär ansvaret för olika beslut.

Akil Awad, specialistläkare, initiativtagare till Stockholms sjukvårdsupprop

Magnus Isacson, specialistläkare, ordförande för Svensk förening för allmänmedicin

Laura Björnström, legitimerad läkare, initiativtagare till Stockholms sjukvårdsupprop

Några reflektioner

Primärvården och sjukhusvården i Region Stockholm är underfinansierade och underbemannade. Det har lett till orimliga arbetsvillkor för personalen och stora brister i tillgänglighet, dålig kontinuitet och vårdplatsbrist för patienterna. Det är några av budskapen i samtalen med företrädarna för professionen i hälso- och sjukvården.

Primärvården är underprioriterad – ett systemfel

Primärvården är underfinansierad och lägre prioriterad än i många andra jämförbara länder. Underbemanning och hög arbetsbelastning är stora problem på vårdcentralerna. De växande ersättningarna till nätläkarbolagen har ytterligare förvärrat problemen. Några av förslagen och kraven är:

- Prioritera primärvården och höj anslagen väsentligt.
- Inför en fast läkarkontakt för alla och ett tak på 1 500 patienter per allmänläkare och distriktssköterska.
- Slop utomlänsersättningen för nätläkarna och integrera digital och fysisk vård på vårdcentralerna.
- Satsa på fortbildning, kompetensutveckling och forskning.

Underbemanning och vårdplatsbrist på sjukhusen

Sverige har lägst antal vårdplatser per invånare på sjukhusen och i intensivvården jämfört med de flesta liknande länder. Låg bemanning och dåliga arbetsvillkor är stora problem. Samtidigt har regionen lagt stora besparingskrav på sjukhusen.

Några av förslagen och kraven är:

- Ökade anslag till sjukhusen i stället för nedskärningar.
- Fler vårdplatser och rimlig beläggning (i genomsnitt 85 procent).
- Bemanning efter vårdens behov – inte schemaläggning efter bemanningen.
- Satsning på kompetensutveckling, fortbildning och forskning.
- Oberoende chefsläkare på sjukhusen som kan garantera patientsäkerheten.
- Bättre samordning mellan regionens och kommunernas vård.
- Större övergripande ansvar för sjukvården från statens sida.

Privatiseringar och vård i regionens regi

Vårdval och privatiseringar har pågått under mer än tio år. Det är politiska beslut som de flesta personalorganisationer inte tar ställning för eller emot. Däremot framförs synpunkter på hur vården utvecklats under det senaste decenniet. Några kommentarer som framfördes:

- Regionens sjukhus dräneras på erfaren personal och kompetensen fragmenteras.
- Utbildning och forskning ingår inte i avtalen om vårdval.
- Patienter med störst vårdbehov drabbas. Vård efter behov urholkas.
- Vårdenheter etableras inte främst där behoven är störst.
- Regionen motarbetar de småskaliga privata vårdgivarna.
- Stora vårdbolag och riskkapitalbolag gynnas på bekostnad av mindre vårdgivare.
- Vårdanställda har fått större möjlighet att välja mellan flera olika arbetsgivare.
- Ersättningsnivåerna i vårdvalen ligger ofta på låga nivåer.

Vendelsö den 12 februari 2022

Thomas Lindh

arenaidé