

jag att frågan är relevant i denna diskussion.

Fyra specifika frågor

Mot bakgrund av ovanstående, har jag ytterligare fyra specifika frågor till HSAN:

1. Exakt hur kvalitetssäkras HSANs verksamhet konkret?
2. Som ett led i kvalitetssäkringen – har ni någon kontroll över huruvida enskilda handläggare/läkare/föredragande avviker åt någotdera hållet från genomsnittet vad gäller av länsrätten ändrade beslut? Om ja, vad får detta för konsekvenser? Om nej, varför inte?
3. Finns det någon övre åldersgräns för de läkare/föredragande nämnden anlitar (75, 85, 100 år)? Avgår de självmant, eller efter »uppmaning«?
4. Flera tunga instanser önskar se att HSANs arbete reformeras och verklighetsanpassas. Har ni några planer på att tillgodose att föredragande/kansliläkare är yrkesverksamma, för att undvika den potentiella problematik som diskuteras ovan och som kan få stora konsekvenser för den som drabbas? •

Slutreplik:

Inget att tillföra

■ Jag beklagar att Åke Sjöholm inte anser sig ha fått tillfredsställande svar på sina frågor främst angående kvalitetssäkringen. Jag har inget ytterligare att tillföra som kan tillfredsställa honom.

Annika Marcus
generaldirektör, HSAN

Ny organisation föreslås:

Professionella bör sköta hälso- och sjukvården

Trots att både landstingspolitiker och tjänstemän i förvaltningen och de som arbetar inom sjukvården är djupt engagerade i sina respektive verksamheter föreligger ständiga och återkommande problem inom sjukvården. Författaren presenterar ingående ett förslag till en professionsstyrd organisation under statlig översyn.

BJÖRN-ERIK THALÉN
överläkare, fil dr, Stockholm
bjorn-erik.thalen@spo.sll.se

■ Den organisation som föreslås har inget övergripande egenvärde utan administrerar, servar och integrerar de olika delarna av vården. Den har en lednings- och samarbetsfunktion, huvudsakligen baserad på problemorientering, fakta, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hur en sådan organisation skulle kunna utformas rent konkret beskrivs i det följande.

Sjukvårdsområdet

Ett sjukvårdsområde bör vara så stort att det omfattar ett, ibland flera, sjukhus, ett antal öppenvårdsenheter och andra privat behandlingsverksamma, t ex läkare, psykoterapeuter och sjukgymnaster. Det bör också omfatta försäkringskassa och möjligheter till samarbete med arbetsrehabilitering, företagshälsovård, den del av socialtjänsten som sysslar med vård och behandling samt konsultativt samarbete med arbetslivstjänster inom ramen för hälso- och sjukvårdens behov.

Bakgrunden till dessa konsultationer är att analysera problem på arbetsplatser som kan vara orsak till frekvent egen eller av läkare ordinerad sjukskrivning. En lämplig storlek på ett sjukvårdsområde torde ligga omkring 350 000–450 000 invånare.

Ledning och samordning

Ledning och samordning av verksamheterna sker via en övergripande nationell ledning samt, inom respektive sjukvårdsområde, via tre ledningsnivåer och två utvecklingsgrupper (för forskning respektive organisationsutveckling).

Nationellt sjukvårdsråd

På riksdagsnivå föreslås ett nationellt sjukvårdsråd som består av 20–25 ämbetsmän anställda av staten. Detta

sjukvårdsråd har, i samarbete med eller som del av Socialdepartementet, det övergripande ansvaret för landets hälso- och sjukvård. Varje ämbetsman är i sin tur ordförande för högsta ledningsorganet inom respektive sjukvårdsområde (se nedan).

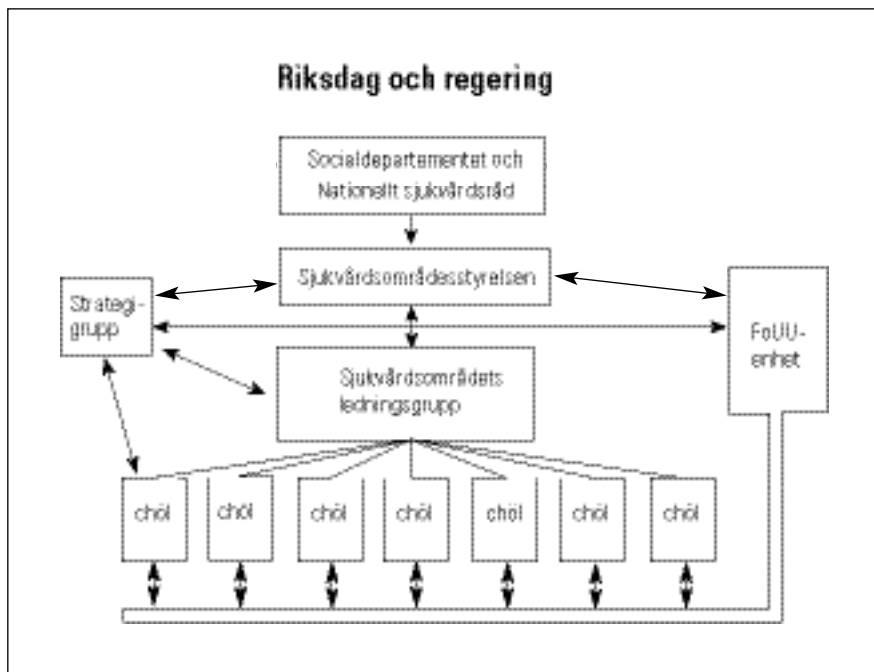
Samtliga sjukvårdsråd bör ha hög utbildning (disputerade) och lång yrkesmässig erfarenhet av sjukvård och forskning.

Sjukvårdsområdesstyrelsen

Varje sjukvårdsområde leds av sjukvårdsområdesstyrelsen. Denna är sammansatt av erfarna läkarrepresentanter för de stora klinikerna, den öppna vården och utvecklingsgrupperna (nedan). Den skall också omfatta representanter från försäkringskassa, socialförvaltningen och patientföreningar. Chefläkaren (från sjukvårdsområdets ledningsgrupp, se nedan) sitter med som föredragande, men är ej röstberättigad.

Styrelsen bör av praktiska skäl inte vara alltför stor och är den som ytterst har det Integrerade Totalansvaret för sitt sjukvårdsområde (i ekonomi, hälso- och

” Förslaget bör kunna skapa nya förutsättningar för ledning, integrerat samarbete samt utvecklingstänkande utifrån ett kunskapsbaserat och problemorienterat perspektiv.



Ett sjukvårdsområdes ledningsstruktur enligt det förslag som presenteras. Under den övergripande riksdags- och regeringsnivån finns en styrelse bestående av specialister samt representanter från försäkringskassa, socialförvaltning och patientföreningar. Under styrelsen finns två ledningsnivåer. Den första, som leds av chefläkaren, ansvarar för samordning och effektivering mellan klinikerna och den andra, som leds av chölar, ansvarar för de enskilda klinikernas bidrag till totalansvaret. De två utvecklingsgrupperna ansvarar för FoUU-verksamhet samt organisationsutveckling (strategigruppen).

sjukvård samt i FoUU- och utveckling) utifrån Helhetstänkandets biologiska och psykosociala perspektiv (ITH-modellen). Styrelsen arbetar utifrån de övergripande mål och riktlinjer som beslutats av riksdagen.

Styrelsens ansvar skall också bygga på kontinuerligt uppdaterade kunskaper om befolkningens biologiska och psykosociala ohälsosituation samt utifrån dessa genomföra förändringar inom sjukvårdens resursfördelning. Till styrelsens hjälp finns en central administration och en beredningsgrupp.

Sjukvårdsområdets ledningsgrupp

Sjukvårdsområdets ledningsgrupp består av representanter från de olika klinikernas/öppenvårdsenheternas medicinskt ansvariga chefsöverläkare. Gruppen leds av chefläkaren, och dess huvuduppgift är att utifrån ITH-modellen ta ansvar för samordning och effektivering av det löpande arbetet i enlighet med de riktlinjer som beslutats av riksdag och sjukvårdsområdesstyrelse. Chefläkaren skall representera ledningsgruppen i sjukvårdsområdesstyrelsen.

Klinikernas ledningsgrupper

De olika klinikernas och öppenvårdens ledningsgrupper leds av respektive chefsöverläkare (chöl) som ansvarar för sin verksamhet samtidigt som han/hon

också ser på den övergripande helheten och totalansvaret.

FoUU-gruppen

FoUU-gruppens huvudansvar är forskning, utveckling och utbildning. Forskningen skall vara inriktad dels på kontinuerliga socialmedicinska studier av befolkningen med avseende på de parametrar som är centrala för den underliggande planeringen för hälso- och sjukvården, dels på i första hand klinikrelaterad, men även tvärvetenskaplig och grundläggande, forskning.

FoUU-gruppen skall vidare ansvara för utveckling och utbildning på olika nivåer, vid behov i samarbete med andra FoUU-enheter.

Strategigruppen

Strategigruppen diskuterar och bearbetar kontinuerligt resultaten av sjukvårdens verksamhet och dess betydelse för och anpassning till den framtida hälso- och sjukvårdens inriktning. Den har kontinuerlig dialog med övriga grupper.

Strategigruppen bör ha en yrkesmässigt heterogen sammansättning av professionella med mångårig yrkeserfarenhet och djup och bred kunskap.

Verksamhetsformen

Sjukvårdsområdesstyrelsernas uppgift är att på bästa sätt tillgodose det allmännas

behov samt att förvalta det allmännas medel. Den rimligaste verksamhetsformen för dessa och sjukvården är inom ramen för statligt ägande i nära samarbete med olika privatpraktiserande läkare, psykoterapeuter, sjukgymnaster och andra verksamheter som kan vara av värde för utredning, behandling, rehabilitering och utbildning. Professionella verksamheter med statlig styrning finns redan i form av försvaret och polisen.

Sammanfattning

I den föreslagna organisationen ersätts landstingets förvaltning och politiker av ett integrerat totalansvars- och helhetstänkande, en statligt styrd övergripande ledningsnivå (nationella sjukvårdsrådet) och på lokala nivåer av sjukvårdsområdesstyrelser, två ledningsgrupper samt två utvecklingsgrupper. Sjukvårdens egen administration utvecklas, och utrymmet för professionell ledning, samarbete och ansvar utifrån fakta, vetenskap och beprövad erfarenhet utökas markant.

Skapar nya förutsättningar

Förslaget bör kunna skapa nya förutsättningar för ledning, integrerat samarbete samt utvecklingstänkande utifrån ett kunskapsbaserat och problemorienterat perspektiv. De lokala sjukvårdsområdesstyrelserna bör genom sin sammansättning av givare (professionella från olika specialiteter och områden) samt mottagare av sjukvård (representanter för patientföreningar) ge en god grund för ett integrerat totalansvar och ett helhetstänkande.

Genom att förslaget omfattar både en vertikal (ledning) och horisontell (samarbete) aspekt och de två utvecklingsgrupperna ger kontinuerliga faktabaserade feed-back på organisationen och dess utveckling bör ovanstående förhållningssätt kunna genomsyra alla nivåer.

De dynamiska effekter och ekonomiska besparingar som rimligen bör följa av de organisatoriska förändringar som föreslås skulle kunna skapa ett helt nytt utrymme för ansvar, samarbete och utveckling mellan och på alla nivåer. Det bör ge bättre insyn i och kontroll över det allmännas medel, ge möjlighet till snabba förbättringar och förändringar samt skapa en stabilare sjukvård, som fortlöpande anpassas till patienternas behov, den medicinska kunskapsutvecklingen och kontinuerligt befinner sig i forskningsfronten. •