

SAMMANFATTNING DEL 3

Del tre i vår historiekavalkad har vi kallat Närvården. Vi vill genom namnet peka på de tendenser som finns i tiden att förändra Primärvården mot en funktionell organisation med nära samverkan mellan närsjukhusets specialister och kommunens vårdverksamhet. Mittenälvsborgs primärvård ingående i södra Älvsborgs får en inriktning mot detta från 2007 då en ny central ledningsorganisation träder i kraft.

Som i de två andra delarna görs utblickar i omvärlden. Det första kapitlet som Jan Kuuse helt ansvarat för avhandlar ”Ekonomi och kultur i förändring”. Där visar vi på globaliseringens och skattesystemets effekter men också hur sjukvården industrialiserats. Vi avhandlar välfärden och befolkningsutvecklingen och sambandet mellan social position, hälsa och livslängd.

Nästa kapitel ger en tillbakablick ”Skeenden från provinsialläkartiden till och under primärvårdstiden. Mycket har hänt med läkarrollen. Patienten och den enskildes krav har allt mer kommit i fokus från att tidigare ha haft en auktoritär läkarfokuserad vård. Sjukvårdspolitikerna påverkar starkt utvecklingen på gott och ont. Ofta blir det kraftig turbulens vid regeringsskiftet. Arbetsmiljön för primärvårdsarbetarna har förbättrats men ändå ökar ”utbrändheten”. Informationssamhället påverkar vården i stor utsträckning – på gott och ont. Förebyggande insatser, som tidigare varit en viktig funktion i den öppna vården har reducerats eller kanske rättare koncentrerats till andra enheter än basenheten. Ökad press på sjukvårdsinsatser har som alltid gjort att vårdcentralerna fått prioritera bort denna viktiga del av verksamheten.

Kapitel tre ”Primärvården vid millenieskiftet” beskriver i tre perspektiv olika verksamheter fem år före till fem år efter år 2000. De tre perspektiven är: Rikets, Västar Götalands och Mittenälvsborgs. Vi diskuterar patientperspektivet, ledningsperspektivet bemanningen och allmänläkarna, jourverksamheten, distriktsvården, sjukgymnastik och arbetsterapi, medicinsk teknik, Informationsutbytet, IT i vården, prevention och folkhälsoarbete, kvalitetsarbete inkluderande FoU, primärvårdens effektivitet. Vi avslutar kapitlet med en sammanfattning ur Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården. Familjeläkarkonceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Man konstaterar man (som också vi erfart i södra Älvsborg) bland annat att den listningssystemet inte slagit igenom och att majoriteten av landstingen i praktiken tillämpar områdesansvar. Till viss del kan utvecklingen bero på att det saknas allmänläkare. Antalet läkare har ökat de senaste åren men det saknades 2004 200 allmänläkare i riket för att nå målen. Landstingen arbetar på olika sätt för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Man anser att telefontillgängligheten ökat inte minst för att man infört nya telefonpassningssystem och internet. Sjukvårdsrådgivningen har också byggts ut kraftigt men räcker ändå inte till. Den nya tekniken kan vara problematisk för en del äldre och funktionshindrade. Man anser att det är svårt att få en överblick över FoU-verksamheterna i primärvården. Verksamheten ser olika ut i landstingen, uppbyggnad, omfattning och inriktning varierar. Man konstaterar också att den utveckling av privata vårdgivare som skedde under 1990-talet har avstannat. År 2003 gjordes ungefär en fjärdedel av läkarbesöken inom primärvård hos privata vårdgivare. Landstingen har överlag visat liten aktivitet för att stimulera mångfald av driftsformer. Avslutningsvis konstateras i handlingsplanen att: ”Eftersom närsjukvårdsutvecklingen är i sin linda är det svårt att uttala sig om i vilken utsträckning man kommer att lyckas med ambitionerna. Som konstateras i rapporten önskar befolkningen en fast läkarkontakt. Även i närsjukvården måste man således lösa frågor kring läkartäthet, kontinuitet och samverkan.”

Kapitlet ”Primärvård i förändring” citerar vi olika nuvarande modeller som diskuteras och också genomförts för primärvårdens organisation. En modell som föreslås av samtliga Saco-förbund tycker vi verkar intressant för södra Älvsborg. Vi refererar också den lokala utvecklingsplanen som politikerna i Mittenälvsborg lagt fram. Vi lyfter också fram en primärvårdsutredning som gjordes av Bengt Dahlin 1997 och som i många stycken fortfarande är relevant för primärvårdens utveckling.

Avslutningsvis begrunder vi Närsjukvården som begrepp. Anders Anell, chef för Institutet för hälsoekonomi, IHE, i Lund och ledamot av SBU:s råd (Statens beredning för medicinsk utvärdering), har på ett briljant sätt beskrivit och analyserat primärvårdens framtida utveckling

med olika modeller. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker, vilket vi också gör. Avslutningsvis kommenterar vi en primärvårdsmodell för Mittenälvborg där vi pekar på att primärvårdens mål med tillgänglighet och kontinuitet knappast har kommit närmare sin uppfyllelse sedan början av 1970-talet. Man får hoppas att inriktningen kommer att vara mot att nå målen i en förändrad organisation. I dessa fall rör det sig inte så mycket om resurser utan mer om attityder hos personalen och om hur man organiserar sin verksamhet. Det bör bli en viktig ledningsfråga att jobba med. Först om målen tillgänglighet och kontinuitet kan nås kommer befolkningen att söka sig till primärvårdens närsjukvård (allmänmedicinen). Annars nedprioriteras den till förmån för andra specialiteter inom närvården. På längre sikt en katastrof för allmänmedicinen.

I epilogen tar vi upp politikerkiftet år 2006 och åter att tillgänglighetsproblematiken upplevs som det stora problemet i nutid. Det problem som löstes med "lerumsmodellen" 1975.

Med en avslutande fundering:

Det verkar som om varje generation måste göra sina egna misstag!

Men man hejdar sig till slut och finner nya utmaningar och spännande lösningar på problemen som dock sällan är nya.

Det enda vi lär oss av historien

Är att vi ingenting lär oss.