

PRIMÄRVÅRDEN VID MILLENIESKIFTET 2000

Beskrivningen har hämtats ur ”Primärvårdens utveckling i Sverige”, Per Swartling, SFAM – Supplement nr 1/01, Allmänmedicin nr 4/2002. Den bygger också på Socialstyrelsens slutrapport ”Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet” publicerades 1998. Rapporten är en uppföljning av primärvården under åren närmast efter husläkarreformens införande och snabba avskaffande. Den grundas på ett antal delstudier och ger en bra bild av 90-talets svenska primärvård. Dessutom citeras delar av Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) i Mittenälvsborg planer och direktiv. Genom en intervju av en vårdcentralchef och en distriktsöverläkare belyses primärvårdens status 2006.

Patientperspektivet

Riket

Patientens första val av mottagning vid icke allvarlig sjukdom utgörs av vårdcentral i 60 % i storstäderna och 80% i övriga regioner.

Enligt HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) har alla rätt att välja en egen läkare i primärvården. 63% av invånarna uppgav sig ha en bestämd läkare. I nästan 80 % var det en allmänläkare.

Dålig tillgänglighet är det största problemet inom svensk hälso- och sjukvård idag, en brist som inte är unik för Sverige. Att fler länder tampas med liknande problem är dock ingen tröst för patienten.

Vårdgarantier i vården

Sedan 1992 har Socialdepartementet och Landstingsförbundet årligen tagit gemensamt beslut för att förbättra patienternas tillgång till vård. F. o. m. 1997 gjordes en överenskommelse om en s. k. vårdgaranti (besöksgaranti) i vilken anges en tidsfrist för patienternas väntetid till besök inom primärvården och specialistvården. Se nedan Västra Götalands/ Mittenälvsborgs vårdgaranti. Se också <http://www.vardbarometern.nu>

Västra Götaland

Tillgängligheten är en viktig fråga för patienten. Alla skall ha rätt att få kontakt med sin vårdcentral samma dag och få en läkartid inom en vecka. De flesta allmänläkare har egen telefontid varje vardag. Dessutom är telefon till mottagningen öppen större delen av dagen. Ändå är det inte sällan svårt för patienten att komma fram på telefon. Parallellt med vårdcentralens rådgivningsfunktion har centrala telefonsystem för sjukvårdsupplysning byggts upp. Man tänker sig en central sjukvårdsupplysning i Västra Götaland och på sikt kanske samordning med andra regionala system i riket. För att öka tillgängligheten hade under slutet av 90-talet över hälften av vårdcentralerna infört öppen mottagning som innebär att kunna söka läkare för korta och enkla besök utan att beställa tid. Denna modell upplevde många mottagningar ge problem. Som t.ex. att för många sökte den öppna mottagningen med långa väntetider i väntrum som följd. En återgång till tidsbeställd mottagning blev följd för många.

Vid tidsbeställning ansåg 80 % att de fått tid hos läkare tillräckligt snabbt. 76 % ansåg det viktigt att få träffa samma läkare som vid tidigare kontakter. För uppföljning av tidigare problem steg siffran till 93%.

Ur Vårdgaranti för befolkningen i Västra Götalandsregionen 2006

- Du ska få kontakt med primärvården i telefon eller på plats samma dag. Med primärvård menas till exempel vårdcentral, husläkarmottagning, jourcentral eller sjukvårdsupplysning.
- Bedömer primärvården att du behöver besöka en läkare ska du erbjudas sådant besök inom högst sju dagar.
- Om du, efter medicinsk bedömning, behöver besöka den specialiserade vården, ska du få en tid där så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet om din remiss.
- Om man inom den specialiserade vården bedömer att du behöver behandling, ska du erbjudas den så snart som möjligt men senast 90 dagar efter beslutet.

Valfrihet i vården

Du har rätt att få vård på vilken vårdcentral eller på vilket sjukhus du vill inom regionen, i Halland eller hos privata vårdgivare som har avtal med regionen eller Halland. Du har också rätt att få vård i ett annat landsting i mån av plats.

Mittenälvsborg - HSN

Vårdkonsumtion

Invånarnas vårdkonsumtion har ökat de senaste åren. Ökningen förefaller vara kraftigare vid sjukhusen än inom primärvården. Överlag är det framför allt äldregruppen 60 år och äldre som ökat sin vårdkonsumtion.

76 procent av invånarna i Mittenälvsborg besökte vården som patient eller anhörig 2005.

Mittenälvsborgs befolkning har historiskt haft en relativt ung befolkning och uppvisat en låg vård- samt läkemedelskonsumtion jämfört med övriga Västra Götaland. Under senare år har vårdkonsumtionen ökat och närmar sig övriga regionens konsumtion. Patientströmmarna har också förändrats med ökat antal vårdtillfällen vid Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU).

Tillgänglighet

Förbättrad tillgänglighet i primärvården ska ge möjlighet för befolkningen att få sina behov tillgodosedda, vilket inte alltid innebär besök hos en läkare eller sjuksköterska. Utvecklingen av telefontillgängligheten, teamarbete och samverkan med andra professioner och vårdgivare är viktiga delar för en fungerande primärvård. Genom anknytning till en fast läkare eller annan vårdprofession skapas goda förutsättningar för bra vård och informationsöverföring av patientdata i hälso- och sjukvården

I oktober 2005 fick 61 procent av patienterna tid samma dag vid vårdcentralerna i Mittenälvsborg och 85 procent fick tid inom sju dagar.

Upplevelser av väntetider

Invånarna tillfrågades i en enkät om hur länge man fick vänta efter önskemål om tid vid vårdcentral :

Tid samma dag 40%, Tid inom en vecka 40%. Tid efter mer än en vecka 16%.

Majoriteten av invånarna(80%) uppfattade väntetiderna rimliga.

Hur många instämde i påståendet att man hade tillgång till den vård man behöver?

Enl. Vårdbarometern 2005: Herrljunga 75%; Lerum 71%; Vårgårda 70%; Alingsås 69%.

Besökstillgängligheten – väntetider i vården – v 13, 2006.

Vårdcentral vecka 13	Tid inom sju dagar – Målvärde 85%
Lerum	92 %
Floda	93%
Gråbo	97%
Noltorp	100%
Sörhaga	89%
Ängabo	98%
Sollebrunn	96%
Vårgårda	89%
Herrljunga	90%
Medelvärde	94%

Ur Delrapporten – Uppföljningar enligt överenskommelse - 2006

Förtroendet för vårdgivarna enl. Vårdbarometern 2005, Man känner stort förtroende:

De som ej besökt vården Sjukhusen 82%; Vårdcentral 62%; Privat specialist 74%.

De som besökt vården: Sjukhusen 75%; Vårdcentral 53%; Privat specialiaöst 75%.

Samma enkät ”Känner litet förtroende:

Ej besökt vården: Sjukhusen 4%; Vårdcentral 10%; Privat specialist 3%.

Besökt vården: Sjukhusen 7%; Vårdcentral 16%; Privat specialist 6%.
Förtroende för sjukvården Mittenälvsborg (Ur Hälsa på lika villkor). Andel med ganska eller mycket stort förtroende:

Mittenälvsborg	16 – 29 år	30 – 59 år	60 – 84 år
Män	71%	72%	78%
Kvinnor	66%	72%	76%

Medborgarnas uppfattning om kvalitet

Mätt genom Vårdbarometern anser tio procent av invånarna inte ha tillgång till den vård de behöver. Andel av patienter som ansåg sig bemötta med respekt och fått tillräcklig information från sin läkare eller sjuksköterska låg på nivån 85 – 90%.

Andel patienter som fått den hjälp man förväntat sig låg på samma nivå omkring 80%.

En del känner sig kränkta av sjukvården: Män 2,7% och kvinnor 6,2%.

Ledningsperspektiv

HSN i Mittenälvsborg vill att primärvården utvecklas till en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom:

- Förbättrad tillgänglighet och kontinuitet
- Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring
- Mångfalden av vårdgivare ökas inom vård och omsorg
- Hälsöfrämjande sjukvård och närsjukvård
- Utveckling av hälso- och sjukvård för äldre med psykisk ohälsa
- Ökade insatser för barn, ungdom och äldre med psykisk ohälsa

Verksamhetsmål

Patientperspektivet:

- Nöjda patienter
- Delaktighet i behandlingen
- Lätt att få kontakt
- Bra bemötande
- Korta väntetider (besök inom 7 dagar - vårdgaranti=100%)

Verksamheten

- Förbättring genom FoU
- Välfungerande information och kommunikation
- Samverkan

Medarbetarna

- Tydligt ledarskap och aktivt medarbetarskap
- Tryggad kompetensförsörjning
- Hälsöfrämjande arbetsplatser
- Tydlig lönepolitik

Ekonomi

- Tydliga uppdrag
- Hög produktivitet
- Ekonomi som medger utveckling

Prioriterade mål

- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården ska öka
- Tillgängligheten till primärvården ska öka
- Andelen invånare som har fast läkare ska öka
- Förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar bland unga ska minska

- Drog och alkoholmissbruket ska minska bland unga
- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till vård av psykisk ohälsa och psykiatrisk sjukdom ska öka
- Väntetider till barn- och ungdomspsykiatri ska bli kortare
- Tillgång till beteendevetenskaplig kompetens som rehabiliteringsresurs ska erbjudas genom varje vårdcentral
- Alla patienter ska erbjudas vård inom fastställd garantitid

Bemanning vid vårdcentraler

Riket

År 1998 fanns drygt 1 100 vårdcentraler (motsvarande). Enläkarstationerna var bara 8%. Vårdcentralerna uppvisade en mycket varierande sammansättning och innehöll omkring 100 olika typer av mottagning. Den vanligaste var en vårdcentral i offentlig regi med fyra allmänläkare. Totalt har antalet mottagningar med fem eller flera läkare ökat. Enstaka vårdcentraler hade tio eller fler läkare.

Den vanligaste vårdcentralen (enheten) hade allmänläkare, distriktssköterskor och barnhälsovård. Kuratorer och psykologer hade ökat. De fanns på mer än var tredje vårdcentral och ökade primärvårdens förmåga att ta hand om patienter i kris eller med psykisk insufficiens. Mångfalden av vårdgivare ökar inom vården och omsorgen

I Regeringen proposition om nationella handlingsplanen står följande ”Avtal om utvecklingsinsatser bör skapa förutsättningar för en ökad mångfald av vårdgivare i den öppna vården och omsorgen, genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdhuvudmännen”.

Fortsatt arbete med att stimulera, uppmuntra och möjliggöra alternativa driftsformer.

Mittenälvsborg

Specialisering i vårdteamet fordrar en viss storlek på vårdcentralen. Tendensen har varit att delegera från läkarna/generalisterna till personal med olika specialfunktioner. Exempel på detta är diabetesvården som på många ställen som i Lerum stöds av diabetessjuksköterskor med extra utbildning för detta. Sjuksköterskor är patientmottagare och tar också hand om vanliga infektioner. De flesta sjuksköterskorna på vårdcentral har utbildats för att kunna förskriva enklare läkemedel. På samma sätt delegeras uppgifter kring blodtryckskontroller och uppföljning av hjärtsjukdom.

Nya medarbetare på samtliga vårdcentraler är beteendevetare/en kuratorsfunktion. Även psykologkompetens har vårdcentralen tillgång till. De åtar sig kortare samtalsterapier och utredningar

Patienter och besök hos beteendevetare 1:a kvartalet 2006 i Mittenälvsborg

Antal besök	Därav kvinnor	Därav män
1832	1380	452

Dietist finns på en del barnmottagningar Distriktssköterskor kan gå in med kostrådgivning för vuxna men specialistfunktionen finns på lasarettet i Alingsås.

Ett försök gjordes några år med specialistläkare som konsulter med mottagning på Lerums vårdcentra bl. a. för att ”behålla” patienterna i Mittenälvsborg då många sökte sig till Göteborg. Det gav varierande erfarenheter. Använda ”på rätt sätt” d.v.s. att allmänläkaren hade nära kontakt med specialisten och att vissa konsultationer gjordes tillsammans. Det är viktigt att man samverkar allmänläkare och specialist annars kan patienten bli konfunderad om olika besked ges.

Psykiater finns på särskilda psykiatermottagningar i Lerum och Alingsås (både för barn-och vuxenpsykiatri, se del 2). Psykiater kommer ut regelbundet till vårdcentralerna för konsultationer.

Mödravården har specialiststöd från gynekologer. På BVC verkar både allmänläkare och barnläkare. De senare har särskilda specialistmottagningar där allmänläkare sköter BVC.

Speciella ungdomsmottagningar finns i Lerum, Alingsås och Herrljunga, Vårgårda.

HSN om kontinuitet och tillgänglighet.

En utbyggd och tillgänglig primärvård är avgörande för att kunna tillgodose medborgarnas framtida behov av hälso- och sjukvård.

Den nära lättillgängliga "vardagssjukvården" utgörs av:

"en väl fungerande primärvård med flera yrkeskategorier i ett vårdteam såsom läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, biomedicinska analytiker, sekreterare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, beteendevetare, dietister, som ska svara för en ökad del av vården. En utvecklad hälso- och sjukvårdsupplysning samt en väl utvecklad kommunal hälso- och sjukvård är ytterligare viktiga delar i den nära lättillgängliga vardagssjukvården."

Besökstillgänglighet

– Väntetider i vården i Mittennälvsborg

Vårdcentral	Tid inom sju dagar - Målvärde: 85 %
	Vecka 13/2006
Lerum	92 %
Floda	93 %
Gråbo	97 %
Noltorp	100 %
Sörhaga	89 %
Ängabo	98 %
Sollebrunn	96 %
Vårgårda	89 %
Herrljunga	90 %
Medelvärde	94 %

Allmänläkare

Riket

År 1998 fanns 4 251 allmänläkare – fler än någonsin tidigare. Medelåldern var 49 år. Andelen kvinnor var 40 %. Befolkningen hade ökat till 8,85 miljoner, en ökning under 90-talet med en halv miljon. Antal invånare per allmänläkare, justerat för tjänstgöringsgrad, varierade mellan 2000 och 3000 i landstingen. Genomsnittssiffran var 2 367 invånare per allmänläkare. Det saknades enligt Socialstyrelsens rapport mellan 500 och 700 allmänläkare för att nå upp till en allmänläkare per 2000 invånare. Många distriktsläkare arbetade deltid, hade uppgifter inom ledning, undervisning, forskning etc. vilket minskade tiden för direkt patientarbete. Den verkliga bristen var därför i praktiken ännu större. Mot den bakgrunden angav landstingsförbundet i sin slutrapport 1995 "framtidens primärvård" att det skulle behövas 6000 allmänläkare för att nå målsättningen en heltidsarbetande allmänläkare per 2000 invånare. Den av Svenska Distriktsläkarförbundet och svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) önskvärda bemanningen är för framtiden en allmänläkare per 1 500 invånare. Detta behov uttalades även av socialministern våren år 2000.

Bristen på allmänläkare har hämmat primärvårdens utveckling och problemet kvarstår inför 2000-talets början.

Utöver mottagning och jourarbete har de flesta offentligt anställda allmänläkarna åtaganden inom andra av primärvårdens ansvarsområden. I BVC deltar 85 %, i hemsjukvård 63 % men bara 17 % av distriktsläkarna deltar i MVC. I handledning av läkare under utbildning deltar 40%. Fyra procent har forskningsuppgifter inom tjänsten. Antalet hembesök är få, endast två besök i genomsnitt per vecka. Allmänläkarnas medverkan i hemsjukvård och vård i särskilt boende har ofta varit otillräcklig och medfört en hel del kritik.

Svenska allmänläkare har relativt få mottagningsbesök per dag jämfört med tidigare och jämfört med kollegor i de flesta andra länders. I en studie 1997 i sex områden i Sverige hade varje läkare endast tio registrerade besök per dag. Dock var läkarna inkopplade på 25

patientärende per dag, som krävde läkares ställningstagande. Den svenska primärvårdsmodellen är att klara av så många av patientens problem som möjligt vid ett besök för att undvika ett eller flera täta återbesök. Den är tvärtemot den engelska modellen med många och korta besök hos vårdgivaren.

Besöksutveckling i öppenvården under 1990-talet

Läkarbesöken i öppen vård var under 90-talet omkring 25 miljoner årligen i hela landet. Detta motsvarar 2,8 besök per invånare och år, vilket är en låg siffra internationellt sett. Privata vårdgivare stod för 20 % av besöken. Efter 1994 har andelen besök vid vårdcentraler ökat relaterat till sjukhusens öppna vårds besök – 56 % respektive 44 %. Varje. Invånare gjorde 1,3 besök årligen i primärvården. Omkring 11 % av besöken i primärvården resulterade i remiss till annan läkare, oftast vid sjukhus.

I Mittenälvsborg varierade besökspanoramata en hel del. Läkarbesöken per invånare och år var drygt 1. Antalet besök per läkare och år var ej över 2000. Man upplever att patienterna är ”tyngre”, komplexare än tidigare. Det behövs längre tid för konsultationen. Läkarbesöken tar oftast mer än 1/2 timma. Kontakter (stöd till andra vårdgivare, telefon m.m.) för beslut kring patientproblem är många, ofta fler än 50 per läkare och dag. Allmänläkaren har många andra uppgifter vilket också gör att patientkontakterna varierar i antal olika dagar i veckan. Patientrelaterad administration som journal-, remiss- och intygsskrivning är ofta tidsödande. Datorjournal är i många avseenden ett gott redskap men tar längre tid för läkaren att handskas med än den tidigare pappersjournalen.

Allt detta speglar upplevd tillgänglighet till vården. Många patienter tycker tillgängligheten är god. Har man redan en relation till vårdcentralen är det lätt att återta kontakten. Tröskeln kan vara högre om man inte redan har en fot inne i ”systemet”. Man understryker att tillgängligheten till vårdteamet är god även om läkartillgängligheten kan upplevas mindre god.

Mittenälvsborg

För att öka tillgängligheten är det viktigt att nå upp till den läkartäthet som eftersträvas.

År 2006 fanns i Mittenälvsborg ungefär 1 läkartjänst per 1800 invånare men vakansläget var ungefär 20 %.

I Lerums kommun med 36.000 invånare hade vårdcentralerna följand bemanning 2005.

Lerums vårdcentral	9	allmänläkartjänster (tre team)	för 17.000 invånare
Floda vårdcentral	5,2	-”-	för 10.500 invånare
Gråbo vårdcentral	4,5	-”-	för 8.500 invånare

Dessutom fanns i Lerum en halv tjänst för äldreomsorg. Under 2006 tillkommer en ”Mobil läkare” med ansvar för hemsjukvård och särskilda boenden och för kontakter med kommunal personal. Tjänsten är knuten till Lerums vårdcentral. En motsvarande tjänst kommer att stationeras i Alingsås.

Primärvården i Västra Götaland har att utveckla ett program för att säkra en god läkartillgång med definierat åtagande med långsiktig målsättningen 1 vårdteam / 1 500 invånare fram till 2010 och skapa möjlighet för befolkningen att välja en fast läkarkontakt. Detta är både ett kortsiktigt och långsiktigt arbete. Ett föreslaget nytt läkarvals- och ersättningsystem inom primärvården kommer att stimulera och möjliggöra denna utveckling:

- Samarbete med universiteten i syfte att få fler studerande att välja allmänmedicin. Bl. a. genom aktivt deltagande i TYK (tidig yrkeskontakt) och samverkan med Göteborgs universitet vara delaktig i läkarutbildningens avslutande termin.
- Inrättande av fler AT-tjänster som erbjuder gott stöd och handledning under utbildningstiden.
- Inrättande av fler ST-tjänster inom allmänmedicin som erbjuder bra handledning.
- Förstärkning av hälso- och sjukvården med möjlighet för andra specialister inom slutenvården att ”pröva på” primärvård under kortare tid.

- Goda möjligheter för medarbetare inom primärvård till kompetenshöjning inom FOU. Med väl utbyggt nätverk och insatser öka intresset för forskning bland anställda distriktsläkare att disputerat. Skapa möjlighet för kliniska lektorat.
- Satsning på handledning och handledarutbildningar

Jourverksamheten i Mittenälvsborg

Många turer och fyra utredningar har förekommit för att lösa problemen med organisationen av jourverksamheten i Mittenälvsborg sedan den första jourcentralen öppnades på Sörhaga vårdcentral i Alingsås 1970. I del 2, Primärvårdstiden, beskrivs en av dessa utredningar (1988) med resultat att många alternativ presenterades men inga förändringar gjordes. D.v.s. allmänläkarna hade ansvaret för jouden utanför sjukhuset veckans alla timmar. Från 08 – 17 var ansvaret de enskilda vårdcentralernas, 17 till 23 vardagar förlagd till Jourcentralen och kl. 23 – 08 till lasarettet med en av distriktsläkarna knuten till akutcentralen där. Någon samverkan med lasarettet var det svårt att få tillstånd trots att besöken nattetid kunde räknas på ena handens fingrar.

Eftersom jourverksamheten tog stora resurser i anspråk (i kostnader 1,6 miljoner per år) prövades bl. a. att alltid ha en sjuksköterska som första kontakt före ev. läkarbesök. Detta minskade besöksantalet på kvällarna från 30 till 10 besök. En kort tid hade man också stängt på kvällarna. Kostnaden minskade men servicen också.

Då lasarettet avvecklade oplanerade intagningar och satsade på en öppen akutmottagning kom man till en överenskommelse att lasarettet i Alingsås skulle administrera hela jourverksamheten i Mittenälvsborg. Primärvården satsade nämnda 1,6 miljoner av de 4 miljoner per år som de nya organisationen kostade. Man bemannade akutcentralen med inhyrda läkare med allmänläkarkompetens. De ordinarie distriktsläkarna hade kvar bemanningen under dagtid lördagar och söndagar.

Denna lösning är en försöksverksamhet. Vad som blir den slutliga lösningen får framtiden utvisa.

Distriktssköterskor och barnmorskor

Riket

Före Ädelreformen 1992 hade de flesta distriktssköterskor likartade arbetsuppgifter med mottagning, barnhälsovård och hemsjukvård inom landstinget.

Efter Ädelreformen fanns cirka 7000 distriktssköterskor varav omkring 2000 fick kommunen som huvudman. 4 % hade privata arbetsgivare. Omkring 30 % av kåren arbetade enbart med hälso- och sjukvård på egen mottagning och vid allmänläkarmottagningar samt med äldrevård.

På den egna mottagningen kunde som förut patienter söka direkt eller efter hänvisning av läkare för enklare behandlingar, injektioner, såromläggningar, suturtagningar, blodtryckskontroller, rådgivning m.m. De flesta distriktssköterskor fick efter hand också rätt att skriva ut recept på vissa läkemedel. Mer än hälften av distriktssköterskorna arbetade med barnhälsovård i kombination med mottagningsverksamhet. Vid många vårdcentraler har det länge funnits sjuksköterskor, som efter särskild utbildning, fått ansvar för kontroll av vissa patientgrupper. Sjuksköterskemottagningar har inrättats för diabetes-, astma och hjärtsviktskontroller. Mellan läkarbesöken, som kan göras relativt glesa, har patienten regelbundna kontroller hos specialsjuksköterskan. Med hjälp av dessa specialmottagningar har slutenvården avlastats påtagligt.

I den kommunala hälso- och sjukvården var sjuksköterskans arbete vård av äldre, handikappade och långvarigt sjuka i olika boendeformer. Omkring 20 % arbetade enbart med hemsjukvård av lång- eller korttidskaraktär och med vård i särskilt boende.

Fler sjuka patienter kom att vårdas i hemmen vilket gjorde att distriktssköterskan fick ägna sig åt mer avancerad sjukvård än tidigare, som då ofta var sjukhusanknuten.

Mittenälvsborg

I primärvården har distriktssköterskan många specialfunktioner: Telefonrådgivare, mottagningsarbete, eget eller i nära samverkan med allmänläkaren, tar hand om vanliga infektionssjukdomar, kostrådgivning, diabetessjuksköterska, astmamottagningar m m.

Huvuduppgift är som tidigare BVC. Mödravården sköts av barnmorskor.

MVC/BVC – 2005, Mittenälvsborg

Några exempel

Mödrhälsovård 2005 - Rökare

Antal inskrivna	1061
Rökare 3 mån före graviditet	17,8 %
Rökare vid inskrivningen	8,4 %
Rökare vid efterkontrollen	5,4 %

Barnhälsovård 2005 – Rökare

Antal nyfödda	1.107
Rökande mödrar när barnet är 8 mån.	7,7 %

Stöd i föräldraskapet

Antal i familjeprogram (ROS) MVC	11
Antal i familjeprogram (ROS) BVC	7

Hembesök nyfödda

Andel föräldrar som fått hembesök efter hemkomsten från BB	55 %
--	------

Föräldrautbildning vid MVC

Antal inskrivna gravida	1061
Deltagare vid föräldrautbildning	60 %
Antal förstföderskor MVC	40,3 %

Föräldrautbildning vid BVC

Antal nyfödda	1107
Deltagare vid föräldrautbildning	42 %
Deltagande av 1:abarns föräldrar	90 %

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Riket

Totalt fanns 1998 motsvarande 4 200 heltidsarbetande sjukgymnaster i primärvården. Sjukgymnasterna har en viktig roll att rehabilitera sjukskrivna patienter tillbaka till arbete. Få hembesök görs. De av kommunerna anställda tar mest hand om äldre patienter med ett brett spektrum av funktionsstörningar. Mer än hälften av kontakterna sker i patientens hem.

Vid Ädelreformen 1992 övergick många arbetsterapeuter från landstingen till kommunerna. Kommunerna behövde arbetsterapihjälp för sina patienter med ADL-träning och bostadsanpassning. År 1998 fanns totalt motsvarande 2 800 arbetsterapeuter i primärvården.

Mittenälvsborg

De flesta vårdcentralerna har sjukgymnastmottagningar (inte Gråbo, Floda och Vårgårda). Organisatoriskt har både sjukgymnasters och arbetsterapeuters ledning flyttats till Alingsås, där det finns en chefssjukgymnast och en chefsarbetsterapeut för hela Mittenälvsborg anställda av primärvården i Mittenälvsborg. En fördel med detta är att det blivit ett närmare samarbete mellan lasarett och vårdcentraler. Organisationen benämns Närrehabilitering.

Primärkommunerna har egen organisation för funktionerna med t. ex. en ansvarig distriktsarbetsterapeut i samverkan med den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS).

Medicinteknisk utrustning

Riket

På 50-talet övergav patienterna ofta provinsialläkarmottagningarna p.g.a. att dessa hade för bristfälliga möjligheter till adekvat undersökning. Man sökte direkt till sjukhusklinikernas öppna mottagningar. Efter hand fick vårdcentralerna tillgång till adekvat medicinsk utrustning. Man kunde i princip få samma prover tagna på vårdcentralen som på sjukhuset. Många prover analyserades vid vårdcentralens eget laboratorium, Andra prover sändes för analys vid annat laboratorium, som meddelade vårdcentralen svar på provet.

Vårdcentralernas diagnostiska utrustning ökade i kvalitet. Alla fick tillgång till flerkanaliga EKG-apparater, oftalmoskop, otoskop, peakflowmeter, rektoskop, mikroskop, moderna Hb- och blodglukosmätare samt välutrustade akutvåskor. Vanligt var också att vårdcentralerna fick öron- och ögonmikroskop, audiometer, spirometer, defibrillator m.m. Alla vårdcentraler kan remittera patienter till sjukhusens röntgenavdelning. Allmänläkaren har därför goda möjligheter att utreda de flesta patienter som kommer till vårdcentralen. Patienterna kan sedan vid behov få remiss för behandling hos specialist vid sjukhus eller besked om att utredningen inte visade tecken på någon allvarlig sjukdom.

Mittenälvsborg

Samma utveckling har gällt Mittenälvsborg. En period hade vårdcentralen i Lerum på försök en avancerad laboratorieutrustning för en mängd analyser som annars sändes till Centrallaboratoriet i Borås. Det gav läkarna och patienterna möjlighet att få provsvar omgående vid konsultationstillfället. Då det ekonomiskt blev en belastning avslutades försöket. Prover tagna lokalt kunde kosta 15:-/prov, sända till Borås 3:-/prov.

En del specialapparatur har också inköpts testats som "Bladderscan" (70.000:-), för att kunna få en översikt över urinblåsan t. ex. för att konstatera om det står kvar urin i blåsan, s. k. residualurin vid prostataförstoring.

Avancerade ultraaljudsapparater på mödravårdcentralerna handhas av barnmorskor som fått specialutbildning för denna undersökning. Kostnad cirka 400.000:-.

Informationsutbyte och samverkan

Riket

Allt fler patienter förs över från sjukhusens vård till primärvården. Detta har ökat kraven på samverkan och informationsöverföring mellan vårdnivåerna. För att vårdkedjan ska fungera adekvat har Socialstyrelsen tagit fram vårdprogram för de stora sjukdomsgrupperna som t.ex. diabetes, stroke och hjärtsvikt. Läkemedelskommittéer i landstingen ger rekommendationer om användning av mediciner så att liknande mediciner skrivs ut i primärvården som på sjukhusen. På många sjukhus har en allmänläkare engagerats för kontakt mellan vårdnivåerna och för att sprida kunskap om primärvårdens arbetssätt och resurser. Klinikernas önskemål om remissinnehåll och allmänläkarnas krav på remissvar kan då lättare diskuteras. Lokala överenskommelser kan göras inom olika problemområden.

När det gäller kommunikationen med primärkommunerna är situationen på många håll sämre. Vid uppföljning av Ädelreformen visade det sig att kommunikationen fungerade dåligt vad gällde bl.a. utskrivningsmeddelande. En annan studie före och efter Ädel- och husläkarreformen visade att den organiserade samverkan mellan landstingets primärvård och socialtjänsten minskade vad gällde äldre, långvarigt sjuka och missbrukare. Däremot ökade läkarnas kontakter med försäkringskassan p.g.a. ökade rehabiliteringskrav och bildande av rehab-grupper. Både läkare och sjuksköterskor tycker att Ädelreformen, husläkarreformen och de nya ekonomiska styrsystemen lett till en renodling av arbetsuppgifterna. Därvid har ett av de gamla honnørsorden i primärvården – helhetstänkandet – gått förlorat.

Mittenälvsborg

Samverkan sker runt olika behovsgrupper, kring enskilda patienter men också generellt på olika nivåer. På politisk nivå finns samverkan mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive kommun, där man bl. a. försöker hitta gemensamma målbilder runt olika grupper som t. ex. äldre. De lokala folkhälsoråden är ett annat forum för samverkan mellan nämnden och kommunerna. Den politiska styrgruppen för Närsjukvård i Mittenälvsborg representeras av Primärvården, Alingsås lasarett och Hälso- och sjukvårdsnämnden. Grunden för utförarnas samverkan är KOLA som är ett samverkansorgan mellan kommunerna i Alingsås, Lerum, Herrljunga och Vårgårda, Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS) samt primärvården i Mittenälvsborg och Alingsås lasarett. Vårdsamverkansgruppen är organiserad med en chefsgrupp, vars uppgift är att utarbeta strategier för vårdsamverkan.

Närsjukvård

F. o .m. 2006 har vårdgivarna i området en gemensam överenskommelse för närsjukvård. Samverkan finns också i form av en politisk styrgrupp för närsjukvården: Alingsås lasarett, Primärvården, Södra Älvsborgs lasarett och Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Medborgardialog

Två målgrupper finns för dialog med medborgare.

- Äldre genom lokalt pensionärsråd (LPR)
- Funktionshindrade genom dialog med brukarorganisationer

I dialogen med det lokala pensionärsrådet (LPR) har det framkommit att man anser det vara angeläget att systemet med mobil läkare utvecklas för att tillgodose de äldres behov av läkarinsatser i hemmet. En annan viktig fråga för LPR är att tillgängligheten vid vårdcentralerna förbättras både genom förbättrad telefontillgänglighet men även möjligheten att få läkartid inom ramen för vårdgarantin.

I dialogen med brukarorganisationerna är tillgången till rehabilitering samt rehabbassängerna för egen träning en aktuell fråga. Brukarna har också framhållit bristen på dietister i Mittenälvsborg.

Både LPR och brukarorganisationerna har pekat på vikten av att dialogen fortsätter och utvecklas.

Kommundialog

Syftet med dialogmötena är att utarbeta strategier för samverkan/samarbetet kring frågor som berör vård, behandling, rehabilitering, habilitering och folkhälsa för att främja god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det är angeläget att skapa samsyn kring begreppet närsjukvård

och vad den nära vården ska omfatta samt vilka grupper i befolkningen som ska prioriteras. En annan förutsättning för att samverka mellan vårdgivarna ska utvecklas är att huvudmännen tar fram gemensamma målbilder för de grupper i befolkningen som samverkan omfattar.

Det som hittills har framkommit i dialogerna är att det finns ett behov av att utveckla och strukturera den lokala vårdsamverkan på kommunnivå.

I vården för gruppen äldre med stort vårdbehov framhåller kommunerna att de har behov av att det finns tillgång till läkare som kan göra hembesök tillsammans med kommunsjuksköterskan för att om möjligt minska äldres vårdbehov av akutsjukvård.

Barn och ungdomar är en annan grupp som diskuterats på dessa möten, där bl. a. implementeringen av Väst-BUS varit en viktig fråga.

Allmänläkare på sjukhus

I några år prövades att ha en av distriktsläkarna som kontaktperson till sjukhuset i Alingsås. Gunnar Hedelin, som var en sådan, berättade att han var med på olika möten där läkare träffades och också själv samlade till informationsmöten.

Ledningen på lasarettet fann funktionen bra men eftersom inget intresse fanns för en motpart bland lasarettsläkarna så slutade funktionen i och med att Gunnar Hedelin slutade.

Läkemedelskommitté

Central läkemedelskommitté i södra Älvsborg har funnits sedan slutet av 1980-talet med representanter för ledningen och för vårdcentralerna. I och med att landstingen tog över finansieringen av läkemedlen aktiverades läkemedelskommittén under ledning av distriktsläkare Ingmarie Skoglund, Borås, som också kom att representera primärvården på nationell nivå. Man satte igång utbildningar kring läkemedelsanvändning. Man diskuterade kostnadsaspekter. Läkemedelsbudget lades ut på vårdcentralnivå och man förband sig att följa den lokala läkemedelslistan för att hålla ned kostnaderna. Överskreds beräknade kostnader för en läkemedelsgrupp 85 % av målet utdelades samktioner.

Ett problem uppstod mellan lasarett och primärvård – vem skulle skriva ut mediciner för vad? Lasarettet ville gärna avhända sig utskrift av dyra mediciner för t. ex. prostatabehandling.

Sjukvårdsupplysning

Riket

Ett nationellt projekt planeras med ett telefonnummer att ringa – 1177. Den centrala enheten skall ”sortera” samtalen till lokala sjukvårdsupplysningar ungefär som man löst det i apoteksväsendet med ett centralt kontaktnummer. Det skulle komma att kosta årligen 25 – 30 miljoner kronor. Västra Götaland är berett att ansluta sig till det nationella systemet. Man vill dock närmare studera hur tekniken utvecklas i ett nationellt system med bokning av läkartider på en vårdcentral direkt via sjukvårdsupplysningen. Kanske bör en stor region som Västra Götaland kunna ha ett eget regionalt system – politikerna har inte bestämt sig.

Västra Götaland

Ur Vårdbarometern

40. Har Du under de senaste 12 månaderna ringt till sjukvården för att få information, råd eller hjälp?	Västra Götaland	Riket
Ja (råd och hjälp vid sjukdom)	36 %	36 %
Nej	63 %	63 %
Antal		169 183

År 2006 fanns fyra regionala upplysningscentraler. P. g. a. olika system kan de inte samordnas. Regionen satsar på fler sköterskor och utbyggnad av tekniken framför allt i Göteborg där det fungerar sämst.

Mittenälvsborg

Sjukvårdsupplysningen för södra Älvsborg (en av de fyra i Västra Götaland) är stationerad i Alingsås (i kanslihuset för primärvårdsadministrationen). Den är bemannad med 25 sjuksköterskor. Den är et komplement till vårdcentralernas telefonrådgivningar för att kunna erbjuda rådgivning även på tider då vårdcentralerna har stängt , d. v. s. alla tider på dygnet, veckans alla dagar.

Utveckling av en samordnad hälso- och sjukvårdsupplysning som utgör ett komplement till vårdcentraler och specialistmottagningarnas telefonrådgivning.

Genom att erbjuda tillgänglig rådgivning per telefon vid alla tider på dygnet av personal med särskild kompetens, kan vårdcentraler och sjukhusens mottagningar ägna mer tid åt de patienter som har behov av kontinuitet i sina kontakter med hälso- och sjukvården.

Utveckling av tekniska lösningar såsom TeleQ vilket innebär att den vårdsökande efter samtal till vårdcentralen blir uppringd av mottagningssköterskan och slipper vänta i telefonkö. Alla vårdcentraler kommer att ha detta system. En fördel för vårdenheten är förutom att vården lättare kan planeras att man kan få uppgift om telefonbelastningen.

Telefontillgänglighet i Mittenälvsborg (vecka nr 13 år 2006)

Enhet	Inkommande samtal	Behandlade	Behandlade %	Avvisade fylld kö	% avvisade
Lerums VC VL Blå	161	146	91%	15	9%
Lerums VC VL Gul	244	228	93%	16	7%
Lerums VC VL Röd	260	233	90%	27	10%
Sörhaga VC, Alingsås	491	385	78%	106	22%
Vårgårda VC	510	495	97%	15	3%
Herrljunga VC	529	520	98%	9	2%
Ängabo VC, Alingsås	507	473	93%	34	7%
Floda VC	583	526	90%	57	10%
Noltorps VC, Alingsås	1028	514	50%	514	50%
	4313	3520	82%	793	18%

Källa: Assar Bengtsson Infrastruktur VGR – ansvarig för uppföljning av TeleQ

Tillräcklig nätutbyggnad mellan enheter skapar bättre förutsättningar för snabb och problemfri kommunikation mellan enheter och underlättar informationsöverföringen och samverkan mellan olika vårdgivare.

Sammantaget bidrar detta till ökad tillgänglighet och möjliggör för den vårdsökande att under hela dygnet ha tryggheten att kunna få hjälp och stöd. Dock finns en reservation. Den nya tekniken kan vara ett problem för många äldre, som inte är vana vid denna indirekta form av tillgänglighet.

Andra aktiviteter för att förbättra tillgängligheten genom resurstillskottet är att ge förutsättningar för:

- Utveckling av sjuksköterskebaserade mottagningar för specifika diagnos - eller behovsgrupper i syfte att öka kvaliteten och effektivisera omhändertagandet.
- Utveckling av beteendevetenskaplig kompetens, främst kuratorer och psykologer, inom primärvården i syfte att bättre tillgodose behoven av psykosocialt omhändertagande.
- Utveckling av sjukgymnastik och rehabiliteringsinsatser för prioriterade grupper. Ingå som en tydlig funktion i teamet i primärvården. I vårdavtal med privata vårdgivare även skapa möjligheter till en bättre samverkan kring prioriterade grupper av patienter.

Södra Älvsborgs Sjukvårdsupplysning vecka 13 år 2006

	Antal påringningar	Antal besvarade samtal	Antal besvarade påringningar	Andel som fått svar inom 10 min,
Måndag	653	402	62%	47%
Tisdag	324	249	77%	62%
Onsdag	367	268	73%	57%
Fredag	353	266	75%	67%
Medelvardag	1697	1185	70%	58%
Lördag	729	386	53%	36%
Söndag	945	393	42%	21%

IT – i vården

En under 90-talet viktig informationsteknik - datorisering av vårdinformationen borde ha ökat möjligheterna till informationsutbyte och kvalitetsarbete. I samband med husläkarreformen 1993 gavs statligt stöd för datorisering av primärvården Utvecklingen gick mycket snabbt och vid sekelskiftet hade över 90 % av vårdcentralerna datorjournal. Datorn medför många fördelar, journalen finns alltid på plats (så länge systemet fungerar), laboratoriesvar kan föras in direkt i journalen (på sina håll direkt från externa laboratorier). Recept kan skrivas ut via datorn, vilket ger tydlig skrift och automatisk dokumentation. Stödfunktioner har utvecklats för vårdprogramuppföljning och för diagnosregistrering. Uppföljning av olika patientgrupper vore önskvärt och borde vara enkelt med datorstöd men de valda systemen är inte praktiskt utformade för dessa behov. Datorn borde också kunna användas för bevakning av sända remisser och provsvarshantering. På dessa punkter finns oftast bristande rutiner och tekniska lösningar. Datorerna har tyvärr inte sparat tid för läkarna bland annat p.g.a. journallagens många krav, men ingen skulle vilja återgå till pappersjournalen.

Varför blev det trots allt så många problem med den nya tekniken? Huvudorsaken kan sammanfattas i avsaknad av standardiserade vårdadministrativa system och datorjournalssystem. Det har av kommersiella skäl utvecklats en mängd datorjournalssystem. Sjukhusen och primärvården använder oftast olika tekniska lösningar. Till och med inom ett sjukhus kan en mängd olika lösningar finnas som inte är kompatibla. Stora strävanden görs emellertid både inom landstingen, på nationell nivå och på europainivå att finna standards som möjliggör informationsutbyte över olika nivåer och gränser. När Spri lades ned år 2000 blev det ett vakuum i samordningsarbetet på nationell nivå, som ännu 2005 inte har fyllts ut.

Västra Götalandsregionen tänker satsa på bättre webbinformation och fler webbtjänster för allmänheten.

Vårdbarometern

Sedan Millenieskiftet (1999) finns en nationell databas ”Vårdbarometern” <http://www.vardbarometern.nu> som omfattar uppgifter om väntetider inom den planerade specialistvården som för olika operationer. Uppgifterna om väntetider uppdateras varje månad. Andelen som fått vård inom tre månader och antalet besök eller behandlingar som genomförts redovisas varje kvartal. man redovisar också uppgifter om befolkningens uppfattning och erfarenheter av vårdens tillgänglighet liksom upplysningar om vad befolkningen anser vara rimliga väntetider

Mittenälvsborg

Man ser många fördelar med datorjournalen och IT-stödet för kvalitetsarbete. Tillgängligheten till journalen är en men det tar längre tid att arbeta med hjälp av datorn som att koppla upp sig till systemet och komma in på patientjournalen. När man dikterar en patientjournalanteckning måste man koppla diktatet till den enskilde patientens datorjournal. Men väl inne har man tillgång även till röntgen och provsvar som registrerats direkt in i patientjournalen.

Genom att vidareutveckla IT-strukturen kommer man att än bättre hantera egna processer och ansvarsgränser. Den vårdsökande kommer att bli mer delaktig i sin behandling. Patienten kommer att kunna ta mer ansvar för sin egen vård. Informationsöverföring och samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning för en väl fungerande vårdkedja.

Prevention och folkhälsoarbete

Både Primärvårdsutredningen 1978 och HS 80 förväntade sig att primärvården skulle ta huvudansvaret för det sjukdomsförebyggande arbetet, såväl individinriktade som det befolkningsinriktade. Trots olika lokala försök att nå dit lyckades man inte. Det förebyggande arbetet fick lågprioriteras i brist på allmänläkare. Det fick stå tillbaka för kraven på sjukvårdande insatser och krav på tillgänglighet, kontinuitet och service. I slutet av 90-talet har de senare kraven skärpts ytterligare varför sjukvårdande insatser måste prioriteras än hårdare. Vad distriktsläkare och distriktssköterskor kunnat engagera sig i är insatser som gäller framför allt riskfaktorer inom de s.k. folksjukdomarna och som berör livsstil med rökning, kost, motion samt alkohol och droger. Det förebyggande arbetet inom barn- och mödrahälsovård är också väl etablerat. Distriktssköterskorna har fått en bredare ansats vad gäller olycksfallprofylax och äldres sår- och fotvård. Psykosociala problem och livskriser engagerar också primärvården. Förebyggande arbete i grupp har också ökat inom olika problemområden. En annan viktig plattform är de allt vanligare ungdomsmottagningarna i primärvårdens regi. Ungdomsproblem som kan angripas och förebyggas är veneriska sjukdomar samt alkohol- drogproblem och våld, olycksfall.

Kvalitetsarbete

Riket

Enligt HSL skall kvaliteten inom hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen förtydligade lagen 1996 i en föreskrift. Vårdgivaren har ansvaret för att kvalitetsarbetet görs men all personal har krav på sig att medverka.

I anslutning till husläkarreformen i början av 1990-talet ställde staten medel till förfogande för att stimulera kvalitetsutvecklingen. Olika kvalitetsböcker togs bland annat fram för distriktssköterskor, privatpraktiserande läkare med flera. Olika metoder för kvalitetsarbete presenterades också SFAM (svensk förening för allmänläkare) bildade inom sig nätverk med omkring 1 800 allmänläkare i grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling, s.k. FQ-grupper, med ett centralt sekretariat för fortbildning.

Den nuvarande Hälso- och sjukvårdslagen anger en informationsskyldighet. För att den skall bli meningsfull måste uppgifter om vårdens resultat meddelas. Arbetet med kvalitetssäkring har

dock kommit igång i mycket begränsad omfattning. I flera OECD-länder inklusive våra nordiska grannländer satsade man redan under 1990-talet på att utveckla öppna redovisningssystem för att allmänheten (lekmän) skulle kunna jämföra vårdresultat mellan olika institutioner.

FoU-enheter

Som avhandlats i del 2 har det sedan mitten av 1980-talet byggts upp FoU-enheter i primärvården en eller flera i alla landstingsområden i Sverige. Lerum fick sin enhet 1988. I och med den kärva ekonomin under 1990-talet reducerades antalet. Det skedde en centralisering men också en samverkan över specialitetsgränser och med kommunerna. Under de senaste 10 åren har alltså enheterna i primärvård minskat i antal och i många fall ingår de nu i större enheter. Fördelen med detta är att lättare samverka och lättare få kompetens och resurser. Om FoU enheter se: <http://www.fou.nu/is/sverige>

FoU-enheterna har betytt mycket för kvaliteten i vården. Enskilda befattningshavare har kunnat driva vårdnära projekt för att utveckla vården i olika avseende. Ett flertal projekt har blivit början till doktorandstudier och nära kontakt med universiteten. På så sätt har primärvården börjat få en plats i forskarvärlden efter att i alla tider stått utanför.

Offentlig betygsättning av vården

Sedan lång tid har allmänhetens insyn till sjukvårdens kvalitet varit 0. Massmedia har oftast fått bevaka området. Genom öppna databaser ökar numera allmänhetens möjligheter att direkt få information om olika kvalitetsvariabler. Ett exempel är Vårdbarometern (<http://www.lf.se/vardbarometern>).

Mittenälvsborg

FoU-enheten i Borås

Se <http://www.fou.nu/is/foualvsborg/>

FoU-enheten i Mittenälvsborg startade i Lerum 1988 men flyttade med administrationen till Alingsås redan i början av 1990-talet. Då södra Älvsborgs primärvårds administration flyttade till Borås följde enheten med och utvecklades till en FoU-enhet för hela södra Älvsborgs primärvård och tandvård. År 2006 på våren fick enheten egna ändamålsenliga lokaler i ett plan i "Parkhuset" knappa 100 meter från Centralstation och Resecentrum i Borås, på promenadavstånd till stadskärnan. Adress Sven Eriksonsplatsen 4.

Ett viktigt led i kvalitetsarbetet är kompetensutveckling. Fortlöpande efterutbildning och möjlighet för medarbetarna att kompetenshöja sig inom FoU. Ett medel är FoU-enheten i Borås som leds av den disputerade läkaren Ronny Gunnarsson. Enheten har ett väl utbyggt nätverk, och möjligheter att stödja utvecklingsarbete. Detta har också resulterat i ökat intresse för forskning och möjligheter ges att disputerat. Man vill också skapa möjlighet för kliniks lektorat.

Kvalitetsredovisning

Utvecklingen av redovisning och uppföljning av kvaliteten i vården går mot öppna kvalitetsredovisningar både nationellt och regionalt. Det har under några år tagits fram data för de behovsgrupper HSN önskat fördjupa sina kunskaper om. Behovsgrupperna som särskilt följts är för primärvården: Diabetes, depression, osteoporos, astma/KOL, MVC/BVC, demens och palliativ vård. Resultatet från uppföljningarna visar att utförarna i nämndområdet verkar hålla en hög nivå på den medicinska kvaliteten. Det saknas emellertid till stor del uppgifter om patienternas bedömning av effekterna av den vård man fått.

Mätning av diabetesvariabler hela 2005 i Mittenälvsborg

Vårdcentral	HbA1C<6,6%	Bltr < 140/85	Rapport till NDR	Totalt antal diabetespatienter
Lerum	74%	52%	96%	267
Floda	74%	49%	97%	255
Gråbo	77%	70%		194
Noltorp	63%	56%	92%	282
Sörhaga	69%	58%	83%	189
Ängabo	61%	58%	80%	221
Sollebrunn	72%	36%	98%	122
Vårgårda	66%	41%	95%	203
Herrljunga	68%	48%		139
Medelvärde	69%	52%		
Totalt				1872

Förr togs få prover för diabeteskontroll. Nu följer man ett vårdprogram utarbetat av Peter Forss, Alingsås lasarettens medicinklinik, med 13 variabler som skall kontrolleras på varje diabetiker och registreras. Programmet bevakar individuellt att detta görs vid besökstillfällena.

Genom att utveckla IT- och journalsystemet har man alltså fått möjlighet att registrera och ta ut olika kvalitetsdata. Det som registrerats kan användas för resultatsutvärderingar av olika slag. Administrativa data som olika kontaktformer registreras fortlöpande och kan med sökgeneratorer lätt tas fram.

Satsning på handledning och handledarutbildning ingår i kvalitetsarbetet.

Samarbete med universitetet i syfte att få fler studerande att välja allmänmedicin som vidareutbildning. Detta bland annat genom aktivt deltagande i kursverksamheten som TYK (tidig yrkeskontakt, se Utbildning i del 2), delaktighet i konsultationskunskapskurs och läkarutbildningens avslutande termin. Kontaktperson är distriktsläkare Bernhard von Below, Floda vårdcentral.

Primärvårdens effektivitet

Under primärvårdens utbyggnad de senaste 25 åren har man haft stora förhoppningar på att primärvård skulle bidra till lägre kostnader för hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens rapport "Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården" (1999:19) drar man följande slutsatser om primärvårdens effektivitet vad gäller kostnad och kvalitet:

- En bra primärvård har positiva effekter på folkhälsan som den kan avläsas i olika folkhälsomått och bidrar till en lägre konsumtion av både sluten och öppen vård och därmed till lägre totala sjukvårdskostnader. Ökad tillgång på primärvårdsläkare har medfört bättre värden på total dödlighet, dödlighet i hjärtsjukdom och cancer, förväntad livslängd, spädbarnsdödlighet eller låg födelsevikt.
- En väl fungerande primärvård gör att befolkningen är nöjdare med sitt sjukvårdssystem oberoende av hur stort belopp per invånare som olika länder lägger på sjukvård. Detta kan förklaras av att 80 – 85 % av invånarna kan få sitt vårdbehov helt tillgodosett inom primärvården. Om primärvården fungerar bra innebär det att den absoluta majoriteten av befolkningen upplever att hela sjukvårdssystemet fungerar bra för de upplevda vårdbehoven,
- Organisationen av primärvården har stor betydelse för i vilken grad man når dessa effekter. Exempelvis utnyttjar prestationsersatta läkare slutenvården 50 % mer än kapitationsersatta läkare. Kapitation som ersättningssystem, fritt läkarval, personlig läkarkontinuitet och välutrustade vårdcentraler har visat sig förstärka de positiva effekterna av primärvård.
- Primärvården kan, till lägre kostnad och med ingen eller liten skillnad i kvalitet, hantera de sjukdomar som kan skötas av såväl allmänläkare som organspecialist. Den vård som studerats gäller patienter med hypertoni, diabetes, akuta ryggbesvär, sköldkörtelsjukdom, depression och antikoagulantibehandling.
- Primärvårdsläkare skriver ut billigare läkemedel, som är effektmässigt jämbördiga med dyrare läkemedel, än vad specialistläkare gör och de följer i högre grad riktlinjerna för läkemedelsförskrivning.

Snabba läkare ger nöjda patienter

I Göteborgs-Posten (GP 26 april 2006) refererar Christer Lökvist en studie gjord av chefen för primärvården i Göteborg, Bo Rangmar, som hade analyserat år 2005:s öppenvårdsstatistik. Bakgrunden var väldiga skillnader i produktivitet mellan regionens vårdcentraler. Bo Rangmar hade räknat med att finna ett samband mellan de många vårdcentralernas låga produktivitet och den andel av vårdcentralens patienter som var åldriga eller behövde tolkhjälp. Men han hittade inte något samband. De viktigaste förklaringarna tycktes i stället vara vilka arbetsrutiner man hade på vårdcentralerna och hur ledarskapet ser ut.

"Hög produktivitet innebär många patientkontakter. Inom läkarkollektivet har framförts uppfattningen att att många patientkontakter kan medföra att en och samma patient kan tvingas till många läkarbesök och/eller att "komplicerade" patienter prioriteras bort."

Tvärtom konstaterade Bo Rangmar att patienterna var mest nöjda med de vårdcentraler där doktorerna hann med många patienter, vilket var ett av de få säkra samband som han fann i sin analys.

På några vårdcentraler i Göteborg hade man en typ av ackord, som innebar att om läkarna hinner med fler än 2600 patientbesök årligen så får de en bonuslön på upp till 10000 kronor per månad. Inga läkare hade hittills missat det målet.

"Eftersom ekonomiska incitament ses som kontroversiella så har vi följt dessa vårdcentraler extra noggrant", säger Bo Rangmar. "Vi kan inte se att deras patienter gjorde fler läkarbesök än andra. Patientmixen stämmer också väl med andra vårdcentralers."

När nu de dåliga ursäkternas tid är förbi tycker Bo Rangmar att vårdcentralerna ska lära av varandra, av de goda exemplen. Men för att få fart på läkarna krävs det sannolikt också morötter, tror han.

Ökad satsning på primärvård

Riksdagens revisorer granskade primärvårdens resurser under slutet av 90-talet och redovisade resultatet i en rapport 1997/98:5. Riksdag och regering har sedan lång tid framhållit att primärvården ska vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I regeringens proposition om primärvård med mera (1994/95:195) uttalas att det är nödvändigt att resurser från sjukhusen omfördelas till primärvården så att primärvården får möjlighet att ta emot de omfördelade patientströmmarna. Revisorsrapporten konstaterar att någon överflyttning av resurser inte har skett och att den svenska primärvården fortfarande är underdimensionerad vid en internationell jämförelse. Framför allt är antalet allmänläkare internationellt sett mycket lågt. Revisorerna ifrågasätter hur primärvårdens ökade åligganden med bland andra nya patientgrupper från sjukhusen kan vara möjligt att klara utan resurstillskott.

Under våren 2000 slöts ett avtal mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att tillföra primärvården ytterligare pengar. Socialministern förklarade att om primärvården ska klara de krav den har idag måste det skjutas till resurser. I framtiden ska alla invånare få tillgång till och kunna välja en egen läkarkontakt i primärvården. Tillgänglighet till primärvård ska finnas alla tider på dygnet så att man inte behöver anlita akutsjukvården vid sjukhus för sjukdomar eller skador som primärvården kan klara av. Enligt socialministern krävs många fler läkare inom primärvården. I avtalet talar man om att insatser från andra medicinska specialiteter än den allmänmedicinska kan vara viktiga delar i framtidens primärvård. Framför allt rör det sig om barnsjukvård, gynekologi, psykiatri och geriatrik. Socialministern ansåg att det bör vara möjligt att ha en barnläkare eller geriatriker som fast läkarkontakt.

Regeringen har också beslutat att inrätta ett familjemedicinskt (allmänmedicinskt) institut, som ska svara för utvecklingsarbete, forskning och fortbildning av alla personalkategorier inom primärvården. Detta kommer att bli ett värdefullt stöd för allmänläkarnas fortbildning. Även Sveriges läkarförbund anser att satsningen på primärvården är riktig. Man har funnit att arbetsmiljön för läkarna inom primärvården blivit försämrad med allt för hög arbetsbelastning, ökade krav och för liten möjlighet att själv påverka sin arbetsituation. Läkarförbundet har som målsättning att antalet allmänmedicinska specialister ökar till 6000, det vill säga omkring en allmänläkare per 1 500 invånare.

I slutet av 2000 godkände riksdagen regeringens nationella handlingsplan för att förbättra primärvården, äldrevården och psykiatrin. Målet för primärvården är att utöka allmänläkarkåren med 1 700 läkare inom åtta år. Rekryteringen av specialister i allmänmedicin ska underlättas med olika åtgärder såsom tydligare avgränsat uppdrag, förbättring av arbetsmiljön och ökade möjligheter till fortbildning och forskning. Även andra specialister ska kunna vidareutbildas till specialister i allmänmedicin och rekrytering av läkare från utlandet ska ske.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att svara för uppföljningen av handlingsplanen – se sammanfattning av rapporten nedan. Man har påtalat att omkring 400 specialister i allmänmedicin bör utbildas årligen de närmaste åren. Det blir en uppgift för sjukvårdens ledning på alla nivåer att se till att utvecklingen styrs mot dessa mål.

Politisk enighet om primärvårdens behov – men pengarna kommer inte

Utdrag ur en artikel i Läkartidningen nr 17 2006 volym 103, Sara Gunnarsdotter. En diskussion vid Distriktsläkarförbundets fullmäktigemöte.

”Trots en stor politisk enighet om behovet av en väl fungerande primärvård så styrs landstingens resurser sällan dit. Men varken sittande vårdministern Ylva Johansson eller utmanaren Maria Larsson (kd) vill se en nationell reglering av primärvården.

Maria Larssons recept heter mångfald i form av möjligheter till avknoppning, medan Ylva Johansson gång på gång tryckte på att vad sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet behöver är resurser. Som enligt Ylva Johansson egentligen redan finns.

Vi har ökat resurserna till sjukvården under en tioårsperiod från 8,2 till 9,2 procent av BNP, dessutom har BNP ökat. Just nu gör alla landsting positiva resultat, sa Ylva Johansson.

Men det var flera i auditoriet som inte nöjde sig med det.

– Upp till bevis! sa Göran Fälthammar, ordförande i DLF Bohuslän, som undrade hur och när den verbala satsningen på primärvården också ska bli reell.

Ylva Johanssons förklaring till att inget händer var folkviljan. – Det går nästan inte att lägga ner sjukhus ute i landstingen även om det är ekonomiskt välmotiverat att styra över resurser till primär- och närsjukvård. Det folkliga stödet att behålla sjukhuset är väldigt starkt även om det är främst primärvården man går till – och blir förbannad på när man får vänta i telefonkö hos.

När debatten var över och politikerna lämnat lokalen så vittnade bland annat Moa Vlastós från DLF Västmanland om att där hade det minsann gått att lägga ner sjukhus, men inte hade det styrts över några pengar till primärvården för det. –

Besluten i landstingen går i allmänhet ut på att prioritera primärvården. Men sjukhusvården driver sina egna intressen starkare, primärvården har haft svårare att visa hårda fakta, sa Ylva Johansson. Hon fick medhåll av Maria Larsson som menade att om bara primärvården blev bättre på att göra »kundundersökningar« så skulle kvaliteten i verksamheten höjas till skyarna och det skulle bli lättare att förstå hur viktig primärvården är. Därmed skulle det bli lättare att koppla resurstillskott till primärvården.

– Problemet är att alla redan är överens om att primärvården är bra, ändå händer ingenting, konstaterade Göran Fälthammar, DLF Bohuslän.”

I en ledare i Göteborgsposten 14 juli 2006 skrivs bl. a. :

”Det finns länder där sjuka människor får vård när de behöver den. Det finns länder där sjuka människor inte ens behöver ta sig till vårdcentralen. Länder där doktorn gör hembesök redan samma dag. För en hårdad svensk kan det låta som en utopi. För en fransman eller belgare är det en självklarhet.

Dålig tillgänglighet är det största problemet inom svensk hälso- och sjukvård i dag, en brist som visserligen inte är unik för Sverige, men att fler länder tampas med liknande problem är ingen tröst. I synnerhet inte som det samtidigt även finns lyckade exempel på inte alltför långt håll.....”

.....”Ska primärvården fungera behöver den framför allt mer resurser, inte minst mänt i personal. Vid en europeisk jämförelse har Sverige en betydligt lägre andel av läkarna inom primärvården.

Här finns en av sju läkare inom primärvården jämfört med en av tre i många andra europeiska länder, förklarade Birgitta Rydberg, (fp) sjukvårdslandstingsråd från Stockholm, under en vårddebatt under Almedalsveckan på Gotland. Hon konstaterade också att primärvårdens totala andel av sjukvårdskostnaderna inte ökat, vilket naturligtvis rimmar illa med politikernas löften om att prioritera första linjens sjukvård.

Slopat remisstvång till specialistvård och fler professioner i anslutning till vårdcentralerna är andra förslag som nämns allt oftare för att lösa upp de proppar som hindrar att sjuka människor får hjälp i rimlig tid.

Det skulle kunna förbättra både tillgänglighet och samordning i vården. Men det löser förstås inte problem med sjukvårdspolitik som handlar innan de tänker.”

Några centrala utredningar

Behov och resurser i vården SOU 1996:103

Kommittén har gjort en samlad bedömning av behov och resurser för hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg.

Slutsatsen är att det är mycket svårt att åstadkomma kostnadsminskningar i den takt och omfattning som många landsting och kommuner är i färd med att genomföra för att klara balanskraven utan att det leder till att de nationella målen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen äventyras. Det finns särskilt skäl att varna för att kostnadsneddragningarna kan medföra betydande kvalitetsförluster när det gäller vården av gamla och kroniskt sjuka, ett

område där det redan i dag finns brister när det gäller de medicinska insatserna och där en växande andel av omvårdnaden är beroende av anhörigas och närståendes insatser.

Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation på 2000-talet (HSU 2000, SOU 1999:66)

I den statliga utredningen om hälso- och sjukvården på 2000-talet övervägs hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån.

Staten skall ansvara för kostnader för klinisk grundutbildning. Kostnader för vidareutbildning av läkare finansieras av huvudmännen. Grundforskning, klinik forskning och utvecklingsverksamhet går i varandra och är starkt integrerade i det direkta hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta gör det svårt att dra en tydlig gräns mellan vad som kan anses vara statens finansieringsansvar och vad som är landstingens, särskilt i ”gråzonen” mellan klinisk forskning och utvecklingsarbete. Kostnader för FoU har hittills varit ”dolda” i olika sjukvårdsenheters ramanslag och inte kunnat särskiljas från den egentliga sjukvårdsverksamheten. En gemensam angelägenhet är den patientnära kliniska forskningen medan den rent experimentella kliniska forskningen är ett statligt ansvar. Utredningen föreslog en komplettering av Hälso- och sjukvårdslagen med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för klinisk forsknings- och utvecklingsarbete.

I HSU 2000 beskrivs också primärvårdens innehåll och uppgifter. Primärvårdens patientgrupper definieras som:

- Patienter med ”de vanliga” sjukdomarna.
- De äldres ohälsa.
- Patienter med kroniska s.k. folksjukdomar.
- De svaga och utsatta.
- De oroliga.

HSU 2000 – God vård på lika villkor? SOU 1999:66

Sammanfattning:

”De nationella målen och de etiska grundprinciperna är riktlinjer för en långsiktig och kontinuerlig utveckling av svensk hälso- och sjukvård, och de står för gemensamma värderingar på nationell nivå. Kommittén är medveten om att det aldrig kommer att kunna sägas att målen är helt uppfyllda. Tolkningen av målen förändras i takt med välfärdsutvecklingen i samhället vilket inte minst gäller hur vi i Sverige tar tillvara nya medicinska rön och deltar i den medicinska kunskapsutvecklingen. Statens roll är, förutom att formulera mål och principer, att följa och värdera att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter utvecklas så att de bidrar till en ökad måluppfyllelse och när så behövs ingripa med olika styrmedel.”

Hälso- och sjukvården till 2030

En rapport som framtagits av Sveriges kommuner och landsting.

Man anser i rapporten att behovet av resurser till vården kommer att öka med i genomsnitt 1,6 procent per år fram till 2030. Hälften av ökningen beror på demografi (åldersfördelning i befolkningen) och hälften av andra faktorer. Intäkterna av vården beräknas öka med 0,5 procent per år, om skatten blir oförändrad. För att finansiera gapet skulle sjukvårdens andel av BNP behöva öka från 9 procent till 12 procent och skatten behöva höjas med fem kronor. Därför behövs en fortsatt diskussion om hur finansieringen ska gå till. Höjda avgifter, fler privata vårdförsäkringar och större effektivisering av vården är några vägar enligt rapportförfattarna.

Prognoser i all ära, men de slår sällan in!

Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, slutrapport från Socialstyrelsen 2005

Sammanfattning

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården anges inriktningen för primärvård, vård och omsorg om äldre, psykisk ohälsa samt för mångfald av vårdgivare. För

att stimulera utvecklingen omfattar handlingsplanen tre centrala delar; utvecklingsavtal, ett resurstillskott på närmare nio miljarder kronor under perioden 2001–2004 och uppföljning. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen under åren 2002–2005.

Underlaget för att beskriva utvecklingen i denna slutrapport utgörs av landstingens uppföljningar av sina lokala handlingsplaner, källor som medger jämförelser mellan landstingen samt olika studier som gjorts inom för uppföljningen relevanta områden. Inför slutrapporten har Socialstyrelsen också upprepat några tidigare fördjupningsstudier för att spegla utvecklingen över tid.

Utvecklingen inom primärvården

Ingen förändring har skett på nationell nivå beträffande andelen av befolkningen som har en fast läkare i primärvården. Lika många (drygt 40 procent) har en fast läkare idag som för tre år sedan. På landstingsnivå ser det emellertid annorlunda ut. I åtta landsting har färre invånare fast läkare idag jämfört med år 2002, medan fler invånare har fast läkare bara i två landsting.

Endast ett fåtal landsting har tydligt redogjort för hur patienterna erbjuds att välja fast läkare och hur ersättningssystemet är utformat så att det stödjer valet. Av övriga landstingsredovisningar går det inte att få fram hur valfriheten tillgodoses. Mycket tyder på att en majoritet av landstingen i praktiken tillämpar områdesansvar.

Antalet allmänläkare har ökat de senaste åren men inte i samma takt som målsättningen i den nationella handlingsplanen. Det saknas fortfarande ca 200 allmänläkare för att handlingsplanens mål för år 2004 ska nås. Möjligheten att rekrytera specialister i allmänmedicin och framför allt ST-läkare (läkare för specialistutbildning) tycks ha förbättrats under det senaste året.

Befolkningen upplever att det har blivit lättare att komma fram på telefon till vårdcentralen, även om Socialstyrelsens telefontillgänglighetsmätning visar att ingen egentlig förändring har skett de senaste åren. Att befolkningen ändå upplever att det är lättare att komma fram kan bero på att allt fler vårdcentraler använder sig av s.k. telefonpassningssystem och Internet. Sjukvårdsrådgivningen har också byggts ut kraftigt under senare år. Den nya tekniken kan emellertid vara problematisk för t.ex. äldre och funktionshindrade.

Det blir allt vanligare att vårdcentralerna inrättar sjuksköterskeledda specialmottagningar för patienter med t.ex. kroniska sjukdomar.

Trots fler läkare, utbyggd sjukvårdsrådgivning, sjuksköterskeledda specialmottagningar etc. har väntetiderna till läkarbesök på vårdcentralen varit oförändrade under den tid som handlingsplanen varit verksam. Kontinuiteten i de fasta läkarkontakterna har inte heller förbättrats. Utvecklingen kan inte förklaras av att antalet läkarbesök i primärvården har ökat, de har i stort sett varit oförändrade.

Tre landsting – Kalmar, Blekinge och Gotland – uppvisar enligt Socialstyrelsens befolkningsenkäter bättre resultat än övriga landsting inom flera av de områden som lyfts fram i handlingsplanen. Bland annat är befolkningen i dessa landsting mer nöjd med telefontillgängligheten och väntetidernas längd. De landsting med flest försämringar över tid är Jönköping och Västerbotten. Varken läkartäthet eller kostnader för primärvården tycks ligga bakom skillnaderna i resultat. Landsting med goda eller dåliga resultat kan ha både hög eller låg läkartäthet respektive höga eller låga kostnader för primärvård.

Det är svårt att få överblick över FoU-verksamheterna i primärvården. Verksamheterna ser olika ut i landstingen, uppbyggnaden, omfattningen och inriktningen varierar.

Utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre

Antalet personer som omfattas av den kommunala vården och omsorgen har i stort sett varit oförändrat de senaste åren. En viss ökning av personal har dock skett, bl.a. har fler högskoleutbildade anställts. Andelen anställda med grundläggande vårdutbildning har också ökat något under perioden. Två tredjedelar av kommunerna har erbjudit sjuksköterskor vidareutbildning för att fördjupa den medicinska kompetensen.

Landstingen har i samverkan med kommunerna arbetat för att öka läkarmedverkan i kommunernas vård och omsorg, framför allt inom särskilda boenden. Antalet avtal om läkarmedverkan har ökat och tillgången till läkare har förbättrats sedan år 2001. I

hemsjukvården förekommer emellertid avtal mera sällan och tillgången till läkare tycks också vara sämre än i särskilda boenden. Läkartillgången under jourtid fungerar generellt sämre än under dagtid.

Utvecklingen inom kommunernas vård och omsorg har de senaste åren gått mot allt mer vård i det egna hemmet och kvarboendeprincipen betonas. Särskilda boenden omvandlas till ordinarie boenden i viss utsträckning. Omstruktureringen har emellertid inte följts av en förstärkt hemsjukvård med tillfredsställande läkartillgänglighet.

Rutinerna för utskrivningsklara patienter inom sluten somatisk sjukhusvård har förbättrats och antalet utskrivningsklara har minskat. IT-stöd används i allt större utsträckning för att underlätta informationsöverföringen mellan vårdnivåerna. Trots det utvecklingsarbete som genomförts, saknas emellertid fortfarande vårdplaner för många patienter och bristerna i vårdkedjan kvarstår på många håll. Som ett medel för att utveckla samverkan har landstingen och kommunerna börjat visa visst intresse för gemensamma nämnder. Under det senaste året har några nämnder bildats.

En rad olika former av anhängstöd finns etablerade runt om i landets kommuner. Det är framför allt anhängstöd i form av avlösning i hemmet, via dagvård/dagverksamhet och korttids-/växelvård som utgör basen i stödet. Trots att majoriteten av kommunerna arbetade med att utveckla anhängstödet år 2004 har en minskning skett sedan år 2002. Bredden på utbudet av stödformer har minskat och anhängstödet tycks gå mot att bli en alltmer integrerad insats i stället för att vara en självständig insats vid sidan av övrigt stöd.

I ungefär varannan kommun ökar efterfrågan på anhängstöd. Kommunerna uppger att de har begränsade kunskaper om behoven bland anhöriga som själva eller vars närstående inte har kontakt med kommunen, men minskar ändå informationsansträngningarna riktade mot dessa grupper. Landstingens verksamheter borde också involveras i arbetet med att finna och informera anhöriga om vilka möjligheter till stöd som finns.

Utvecklingen för vissa grupper med psykisk ohälsa

Under åren med handlingsplanen har satsningar i första hand skett på barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Alla landsting har genomfört stora satsningar för att kunna erbjuda tidigt stöd till utsatta barn och ungdomar. Nya målgrupper med delvis annorlunda vårdbehov har också tillkommit. Vårdprogram för ungdomar med psykisk ohälsa och samtidigt missbruk finns emellertid bara i enstaka landsting. Flera landsting redovisar att de planerar att utveckla denna vård. Samordningen av insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har påbörjats i några delar av landet, men är helt genomförd endast på Gotland. Ofta rör det samordnad vård kring specifika målgrupper.

Landstingens särskilda insatser för psykiskt funktionshindrade är otillräckliga. Vilka som definieras som tillhörande gruppen varierar också. Åtgärder för att förbättra den somatiska ohälsan beskrivs endast av några få landsting och primärvårdens roll är ofta oklar. Graden av samverkan med andra vårdgivare varierar likaså.

Trots att den psykiska ohälsan hos äldre kan betraktas som ett folkhälsoproblem är identifiering och behandling av psykisk ohälsa hos äldre fortfarande det mest eftersatta området när det gäller landstingens insatser för människor med psykisk ohälsa.

Utvecklingen av mångfald av vårdgivare

Den utveckling med en relativt stor ökning av privata vårdgivare i landstingen som skedde i slutet på 1990-talet har avstannat. År 2003 gjordes ungefär en fjärdedel av samtliga läkarbesök inom primärvård hos privata vårdgivare. Förekomsten av privat vård varierar liksom tidigare kraftigt mellan landstingen. Landstingen har överlag visat liten aktivitet när det gäller att stimulera mångfald av driftformer. Förklaringarna kan bl.a. vara ointresse för frågan och svårighet att attrahera entreprenader vid upphandlingar. En annan broms i utvecklingen är lagen om offentlig upphandling (LOU).

Under de år som handlingsplanen har verkat har andelen äldre som fått hemtjänst/särskilt boende i privat regi i kommunerna ökat med ett par procent. Andelen privata vårdgivare varierade stort mellan kommunerna. I den kommunala vården och omsorgen är icke vinstdrivande organisationer vanligare än inom landstingets verksamhet.

Erfarenheter från patientnämnderna

Ungefär en fjärdedel av alla anmälningar hos patientnämnderna gäller primärvården, där ärendemängden har fördubblats de senaste fyra åren. Den ökande ärendemängden behöver inte bero på ett ökat missnöje med vården utan kan vara ett uttryck för en ökad anmälningsbenägenhet hos patienterna. Det är framför allt bemötandeärenden i primärvården som har ökat. Vanligast förekommande är synpunkter på bemötande, tillgänglighet och kontinuitet/valfrihet.

Antalet ärenden som rör den kommunala äldreomsorgen är mycket litet. Anmälningarna rör till största delen omvårdnadsfrågor och samverkan mellan landsting och kommuner.

Frågor som rör psykiatrin utgör också de endast en liten del av anmälningarna, men antalet ärenden har ökat med mer än två tredjedelar sedan år 2000. Ärendena handlar bl.a. om bemötande, tillgänglighet, kontinuitet/valfrihet och samverkan mellan psykiatri och primärvård.

Antalet ärenden hos landets patientnämnder är mycket litet i förhållande till den totala mängden läkarbesök och vårdtillfällen och kan inte ses som representativt för hur patienterna upplever hälso- och sjukvården. Man kan dock konstatera att de problem som patienterna vänder sig till nämnderna med, stämmer väl överens med de områden som den nationella handlingsplanen fokuserar på.

Handlingsplanens betydelse för utvecklingen

Landstingen arbetar på olika sätt för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Det handlar t.ex. om utbyggnad av sjukvårdsrådgivning, olika slags telefonpassningssystem och sjuksköterskeledda specialmottagningar. De arbetar också för att öka läkartätheten i primärvården och för att förbättra läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen. Även inom området psykisk ohälsa görs insatser, framför allt när det gäller barn och ungdomar.

Kommunerna arbetar för att öka kompetensen hos personalen och till viss del med att utveckla anhörigstödet. Samverkan mellan kommuner och landsting är också ett område som man försöker förbättra. Arbetet har inte alltid – som framgår av resultatredovisningen – varit framgångsrikt. Det är svårt att få en uppfattning om handlingsplanens betydelse för arbetet, dvs. vad som har skett tack vare handlingsplanen och vad som skulle ha skett om handlingsplanen inte funnits.

En majoritet av landstingen uttrycker att de har fasat in handlingsplanen i ett redan pågående eller planerat utvecklingsarbete. De har valt att arbeta med vissa områden i planen, men tycks egentligen inte ha tagit till sig handlingsplanens helhet och grundläggande idé om hälso- och sjukvårdens utveckling.

Familjeläkarkonceptet är en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Viktiga ingredienser i ett familjeläkarsystem är fast läkarkontakt, valfrihet och mångfald. Just dessa frågor har tonats ner i åtskilliga landsting. Till viss del kan utvecklingen bero på att det saknas allmänläkare, men det tycks också finnas en skillnad mellan den uppfattning som regeringen ger uttryck för i handlingsplanen om hur primärvården ska utvecklas och åtskilliga landstings.

I många landsting finns i stället fokus på fortsatt utveckling mot närsjukvård. Den bärande tanken i närsjukvården är att primärvården inte ensam kan lösa uppdraget att tillgodose det basala hälso- och sjukvårdsbehovet utan att det krävs ett integrerat arbetssätt mellan olika vårdnivåer.

Vid en samlad bedömning tycks handlingsplanen med dess olika komponenter haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. I kommunerna förefaller kännedomen om handlingsplanen varit bristfällig. Landstingen har inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatrin. Utvecklingen går också i många landsting mot närsjukvård i stället för mot införande av ett familjeläkarsystem.

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.