

PRIMÄRVÅRD I FÖRÄNDRING

Som vi erfarit av föregående avsnitt sker en ständig förändring/utveckling av primärvården. Trots detta söker man vägar att göra den öppna vården effektivare mot mål som samverkan, kontinuitet och tillgänglighet. Närsjukvården är en utveckling av primärvården i samverkan med närsjukhusets specialister och primärkommunens verksamheter.

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 denna utveckling. Vi har fått hans tillåtelse att citera viktiga avsnitt i hans böcker.

Olika modeller för primärvårdens organisation

Hämtat ur boken *"Primärvård i förändring"* av Anders Anell, Studentlitteratur, 2005.

I svensk sjukvård har den allmänna diskussionen ofta handlat om hur sjukhusen ska styras och organiseras och i vilken utsträckning privat ägande ska accepteras. Betydligt mindre uppmärksamhet har ägnats åt hur den öppna vården utanför sjukhusen ska organiseras och styras. Anell vill rikta ljuset mot primärvårdens organisation. Han visar på olika primärvårdsmodeller med dess för och nackdelar. Ett centralt tema i boken och i förslagen är vilken relation den framtida primärvården bör ha gentemot befolkning och patienter.

"Oavsett synen på vilken primärvårdsmodell som är mest lämplig för framtiden borde det vara förhållandevis enkelt att bli överens om att kraven på primärvården kommer att öka. Antalet äldre med ibland flera kroniska sjukdomar ökar. Allt mer av sjukvårdens insatser kommer att kunna göras i öppna vårdformer i takt med att den medicinska teknologiska utvecklingen fortskrider. Även informationsteknologiska landvinningar innebär ökade möjligheter att decentralisera vården ut till primärvården. Akutsjukhusens resurser kommer i allt större utsträckning att användas för de svårast sjuka där en mängd insatser ska genomföras under allt kortare vårdtider. Behovet av att koordinera och följa upp olika vårdgivares insatser kommer att öka. Behoven är redan påtagliga för de multisjuka äldre.

Parallellt med att utvecklingen i hälso- och sjukvården ställer ökade krav på primärvården finns en samhällelig utveckling som leder till större påfrestningar på primärvården. En ökad förekomst av oro, ångslan, värk och allmänt nedsatt psykiskt välbefinnande innebär en ökad andel patienter som söker sig till sjukvården för olika former av vaga symtom. Det finns risk för att de dolda behoven bland särskilt utsatta befolkningsgrupper ökar. Samtidigt finns en allmän trend mot ökade krav och minskad tilltro till auktoriteter, som kan leda till högre förväntningar på primärvårdens tillgänglighet och service bland andra grupper.

Sett till de resurser och den kompetens som ska svara upp mot de framtida kraven kan flera viktiga förändringar noteras. Av stor betydelse är att framtida allmänläkare i stor utsträckning tycks vilja arbeta deltid. Det förefaller inte finnas någon utpräglad vilja att arbeta i egen privat verksamhet. Dessa preferenser försvårar i praktiken möjligheterna att införa ett traditionellt listningssystem. Ett sådant system baseras på att varje invånare ska välja en egen allmänläkare, som ansvarar för att primärvården finns tillgänglig 24 timmar om dygnet. Sett till de länder som redan har sådana familjeläkarsystem - exempelvis Storbritannien, Nederländerna och Danmark - sker en utveckling mot större läkargrupper för att hantera kraven på tillgänglighet och erbjuda allmänläkarna en rimligare arbetsmiljö.

En annan viktig faktor att ta hänsyn till vid utveckling av framtida primärvårdsmodeller är olika intressenters inställning till krav på remiss för besök hos specialist. Till skillnad från flertalet andra länder finns ingen tradition av remisskrav i svensk hälso- och sjukvård, även om många landsting i ökad utsträckning infört sådana krav under senare tid (Welander 2004). Bland styrande politiker finns således en ökad acceptans för remisskrav för besök hos specialist. Som påtalats tidigare i denna bok kan det emellertid vara riskabelt att utveckla primärvården som första vårdnivå enbart genom politiska beslut som begränsar individens vårdsökande. En sådan strategi leder inte med automatik till att primärvården och allmänläkarna uppfattas som legitima i rollen som befolkningens förstahandskontakt med hälso- och sjukvården. Makt kan tilldelas genom politiska beslut, men legitimitet måste primärvården själv förtjäna genom att skapa mervärde för befolkningen i denna roll.

Det är värt att notera att flertalet av de länder som har strikta krav på remiss för besök hos specialist diskuterar om denna princip är långsiktigt hållbar och ändamålsenlig. För i synnerhet kroniskt sjuka patienter som utnyttjar både specialist- och primärvård uppfattas sådana krav som alltför rigida. Flertalet länder med strikta krav på remiss försöker i praktiken införa mera flexibilitet, medan länder utan remisskrav i första hand försöker uppnå ökad acceptans för primärvården som första vårdnivå på frivillig väg (Boerma 2003).”

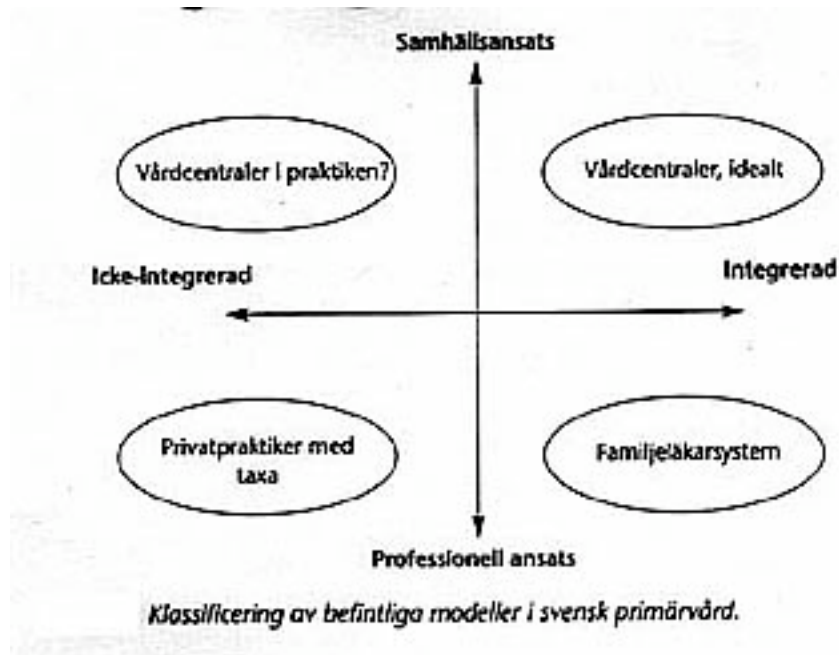
Anell visar på och diskuterar några tänkbara modeller för svensk primärvård.

”Utifrån den kanadensiska genomgången av fyra olika primärvårdsmodeller (se kapitel 2) kan två nyckelfrågor formuleras. Svaren på dessa frågor leder i sin tur till att flera tänkbara modeller för den framtida svenska primärvården kan formuleras.

- Ska befolkningen ha möjlighet att välja sin allmänläkare/primärvård där pengarna följer individens val, eller ska allmänläkare/primärvård ha ett geografiskt befolkningsansvar?*
- Ska primärvården fokusera allmänläkarnas insatser, eller ska primärvården kännetecknas av arbete i team mellan flera olika professioner?*

De svenska primärvårdstraditionerna vilar som redovisats i huvudsak på en samhällsorienterad ansats. Samverkan med andra, arbete i team och geografiskt ansvar för befolkningens hälsa har betonats. Implicit har således de traditionella svaren på ovanstående frågor varit att primärvården ska ha ett geografiskt befolkningsansvar samt arbeta i team med olika kompetenser. Resurserna ska prioriteras efter behov snarare än efter individers vårdökande. Det kan dock diskuteras i vilken utsträckning primärvården i praktiken överensstämmer med de ideal som formulerats. Som tidigare redovisats har primärvården inte fått det breda kompetensinhåll som skisserades i början av 1970-talet. Brister i samverkan med kommuner och sjukhus är ett ständigt återkommande tema i sjukvårdsdebatten. Primärvården och vårdcentralerna har även en begränsad tillgänglighet gentemot befolkningen och är långt ifrån tillgänglig 24 timar om dygnet. Utifrån den klassificering som används i den kanadensiska studien uppvisar svensk primärvård i praktiken egenskaper som ligger närmast en icke-integrerad samhällsmodell. De problem som bristen på tillgänglighet och integrationen leder till är också en viktig utgångspunkt för den pågående utvecklingen av s.k. närsjukvård hos många sjukvårdshuvudmän. I flera närsjukvårdsprojekt finns en högre ambitionsnivå avseende bred kompetens, tillgänglighet och integration mellan vårdresurser på lokal nivå (Anell 2004).

Vårdcentraler med geografiskt ansvar är dock inte den enda lösningen som praktiseras i svensk primärvård. I några landsting finns familjeläkarsystem med listning från befolkningens sida, och i flera landsting finns enskilda läkare eller läkargrupper med ersättning enligt nationell åtgärdsbaserad taxa. Det kan diskuteras om de senare läkarna är en del av primärvården eller inte. Flertalet privatpraktiker är t.ex. specialister i annat än allmänmedicin. Oavsett om privatpraktiker betraktas som en del av primärvården eller inte svarar många privatpraktiker förmodligen på vårdbehov bland befolkningen som till stor del skulle kunna vara en del av primärvårdens ansvar. En samlad bild över befintliga modeller i svensk primärvård, baserat på de dimensioner som identifierades i den tidigare refererade kanadensiska studien, redovisas i figur.



För diskussion om framtida primärvårdsmodeller är den kanadensiska indelningen alltför begränsande. Som tidigare redovisats baseras indelningen på en bedömning av primärvårdsmodeller som redan finns. Utgångspunkten är alltså inte de modeller som det finns ett behov av i framtiden. Ett mera fritt utnyttjande av de parametrar som användes i den kanadensiska studien ger dock möjligheter att konstruera nya tänkbara alternativ för framtiden. En viktig fråga inför denna uppgift är om det finns möjligheter att lösa den integrerade samhällsmodellens brister ifråga om tillgänglighet och lyhörddhet gentemot patienterna genom att ändra dess incitament. På så sätt skulle ju teoretiskt sett den integrerade samhällsmodellen dominera även primärvårdsmodeller med en professionell ansats, som enligt den kanadensiska studien får ett bättre betyg för just tillgänglighet och lyhörddhet gentemot patienterna.

Principiellt sett kan man tänka sig att det är befolkningens möjligheter till egna val, där pengarna följer individerna, som ger de professionella ansatserna en bättre tillgänglighet och lyhörddhet gentemot patienterna, jämfört med samhällsansatserna som baseras på ett geografiskt befolkningsansvar. En förändring i incitamenten för samhällsmodellerna skulle då kunna genomföras genom att införa sådana möjligheter till egna val för individerna. Konkret sett skulle en sådan lösning innebära att individer själva väljer att lista sig hos en valfri primärvårdsorganisation med brett kompetensinnehåll, snarare än hos en enskild allmänläkare. Konsekvensen blir naturligtvis att det geografiska befolkningsansvaret övergår i ett ansvar för listade individer. Med begränsningar i möjligheterna att välja, t.ex. att man enbart får lista sig hos de primärvårdsenheter som verkar inom ett visst geografiskt område, behöver dock skillnaden jämfört med en renodlad samhällsmodell inte bli så stor. En annan variant är att utgå från det geografiska befolkningsansvaret för samtliga invånare men införa en möjlighet för individen att välja bort den geografiskt baserade lösningen till förmån för ett annat alternativ. Möjligheten att välja i primärvården blir på detta sätt frivillig snarare än obligatorisk som i ett system med aktiv listning. Sådana "exit"-möjligheter skapar ett hot om konkurrens mellan olika primärvårdsenheter, där pengarna följer individens val.

Det är ett annat sätt att skapa incitament som främjar tillgänglighet och lyhörddhet, även om det till sist är få individer som utnyttjar sina utökade valmöjligheter (von Otter 1996).

Ett ytterligare alternativ är att fortsätta med det geografiska befolkningsansvaret utan möjligheter för individer att välja, men att primärvårdens ersättning till större del baseras på antalet besök och andra prestationer istället för fasta anslag. Pengarna följer i så fall inte individerna men väl den volym vård som produceras av varje primärvårdsenhet. Som framgått av bokens tidigare kapitel har empiriska studier visat att mera rörliga ersättningar kan skapa bättre tillgänglighet genom att antalet producerade besök ökar. Det är dock mera oklart om en sådan lösning också har betydelse för lyhörddheten gentemot patienters behov och önskemål. Eftersom enskilda patienter inte kan välja vid vilken enhet

man ska få sitt vårdbehov tillgodosett finns risk för att ökningen av verksamhetens volym sker på vårdgivarnas villkor, snarare än på patienternas. Troligen kan tillgängligheten förbättras genom en mera rörlig ersättning. Det är mer osannolikt att lyhördheten gentemot patienternas önskemål kan påverkas med enbart ändrade ersättningsprinciper.

Även om man kan "lura" den integrerade samhällsmodellen att uppnå bättre betyg på tillgänglighet och lyhördhet genom att låta befolkningen välja lösning och/eller genom att införa ersättning per besök, är det inte säkert att sådana incitament är helt förenliga med den vision som kännetecknar den samhällsmodellen. Det är möjligt att införandet av sådana principer leder till en implicit förändring av primärvårdens vision, såtillvida att lyhördheten gentemot enskilda patienters vårdsökande prioriteras framför en resursfördelning efter behov. Studier av svenska vårdcentraler har visat att balanseringen mellan dessa båda mål redan idag är besvärlig (Socialstyrelsen 2004). Det är dock inte självklart att en ökad betoning på tillgänglighet och lyhördhet gentemot patienternas egna önskemål i primärvården är felaktigt. Med en allmän produktivitetsökning till följd av konkurrens mellan vårdgivare behövs en sådan förändring inte heller ske på bekostnad av möjligheterna att nå andra mål.

Tänkbara alternativ för den framtida svenska primärvården baserat på ovanstående resonemang och svar på de nyckelfrågor som identifierats redovisas i tabell.

Tabell Alternativa modeller för svensk primärvård.

Val för befolkningen?	Ansats	
	Allmänläkare	Team
Ja	<p>Princip: Listningssystem till familjeläkare.</p> <p>Exempel: Befintliga familjeläkarsystem med individuella val för befolkningen; PROTOS och tidigare husläkarlag.</p>	<p>Princip: Listning till primärvårdsenhet med bred kompetens.</p> <p>Exempel: Befintliga system med individuella val av vårdcentral med bred kompetens.</p>
Nej	<p>Princip: Befolkningsansvar för utsedd allmänläkare.</p> <p>Exempel: Tidigare provinsialläkarsystem och allmänläkartjänster i glesbygd.</p>	<p>Princip: Befolkningsansvar för vårdcentral med bred kompetens och brett ansvar.</p> <p>Exempel: Det ursprungliga idealet för svenska vårdcentraler. Utvecklingen mot närsjukvård följer i huvudsak denna princip.</p>

Hälso- och sjukvårdens reformer

En internationell jämförelse av Bruno Palier, samhällsforskare vid Centre National de la Recherche Scientifique.

Han redogör i kapitel fem för "Fallet Sverige":

"Ur ett internationellt och jämförande perspektiv är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ganska motsägelsefullt. Det är faktiskt ett av världens bästa hälso- och sjukvårdssystem i fråga om social täckning och jämlikhet, hälsoresultat och ekonomisk hållbarhet. Systemet är mycket ifrågasatt inom Sverige och medborgarna är ganska missnöjda med hur systemet fungerar och bekymrar sig för framtiden. Då systemet varit föremål för ständiga omfördelningar av ansvar på de olika förvaltningsnivåerna; riks-, landstings- och kommunnivå och då de lokala myndigheterna har fått ett allt större politiskt manöverutrymme, går det inte att säga att det svenska systemet är så entydigt. I slutet av 1980-talet kunde vissa tendenser skönjas. Det gällde en växande decentralisering, en drastisk kontroll av budget och kostnader, införande av marknadsmekanismer i en modell av managed competition, ersättning efter verksamhet och resultat och betydande överföring av sjukhusens vårdutbud till primärvårdsmottagningar. Inget av detta har medfört några kvalitativt försämrade hälsoresultat, tvärtom. En viss ojämlikhet har dock spridit sig, som

på den sista tiden har gett upphov till en koncentration av kontroll och beslut. När det gäller de svårigheter som förekommer i andra länder har det svenska systemets förmåga att anpassa sig till dem, samtidigt som systemets fördelar har bevarats, varit anmärkningsvärd. Förändringarna har dock väckt en stor oro hos befolkningen, som är ganska missnöjd med sitt hälso- och sjukvårdssystem. De nya reformerna måste väcka både tillförsikt och tillfredsställelse hos befolkningen och försöka bibehålla de krav på kvalitet, jämlikhet och ekonomisk styrning som gör det svenska systemet så överlägset i förhållande till andra industriländers hälso- och sjukvårdssystem.”

Hans slutsats:

”Under senare år har alla hälso- och sjukvårdssystem i industriländerna varit föremål för mer eller mindre genomgripande reformer. Dessa reformer har alla sträva efter att minska eller åtminstone kontrollera de offentliga kostnaderna. Reformerna har inneburit regleringsmekanismer baserade på konkurrens mellan aktörer (försäkringsgivare och vårdgivare), i hopp om att deras effektivitet skulle öka. Införandet av konkurrens ger dock upphov till ojämlikhet och ofta ökade sjukvårdskostnader. Med en sådan politik handlar det inte om att stävja de totala sjukvårdskostnaderna utan att överföra en del av vårdansvaret till den privata sektorn.

Det kan verka konstigt att man väljer lösningar som man vet ökar ojämlikheten och kanske de totala sjukvårdskostnaderna då man vill kontrollera sjukvårdskostnaderna. Det är annat som tynger dessa reformer. Först och främst en önskan att anpassa hälso- och sjukvårdssystemen till nya ekonomiska förhållanden som tvingar fram sänkta sociala avgifter och minskade offentliga utgifter och som i stigande grad lovordar marknadsmekanismer som allmängiltiga reglerare. Större frihet och konkurrens i hälso- och sjukvården tycks för övrigt också motsvara användarnas höga förväntningar, otåliga på grund av de offentliga hälso- och sjukvårdssystemens långa väntetider och angelägna om att genast kunna utnyttja alla medicinska framsteg.

Reformerna av hälso- och sjukvårdssystemen är liksom utspridda på fyra ofta motsägelsefulla mål: Säkerställa systemens ekonomiska hållbarhet; men också en jämlik tillgång till vård; vårdkvalitet och slutligen; patienternas och vårdpersonalens frihet och bekvämlighet.

Alla reformer försöker förena dessa sociala mål (samma vård åt alla), folkhälsomål (bästa vårdresultat), ekonomiska mål (ekonomisk hållbarhet och konkurrenskraft) och politiska mål (nöjda användare och vårdgivare, d. v. s. respekt för deras valfrihet och handlingsfrihet och inga väntetider...). Om inte det går att skapa en reform som kan förbättra dessa dimensioner på en gång, är det dock viktigt att redogöra för alla medborgare klart och tydligt vilka konsekvenser de olika alternativen får. Särskilt valet av frihet och bekvämlighet på bekostnad av jämlikheten.”

PROTOS

Distriktsläkarföreningen lade fram en modell ”Protos”, som innebar en familjeläkarmodell med privatläkarfinansieringen som en förutsättning. Den stöddes av Läkarförbundet.

PROTOS är de svenska allmänläkarnas förslag till ett nationellt familjeläkarsystem. Syftet är att trygga befolkningens rätt till en fast familjeläkarkontakt. Alla invånare ska ha samma förutsättningar att ha en lättillgänglig, kontinuerlig och förtrolig kontakt med sin doktor. Samtidigt innehåller förslaget anvisningar om hur familjeläkarmottagningarnas verksamhet kan organiseras så att det blir enhetligt i hela Sverige.

En egen familjeläkare, specialist i allmänmedicin, ger invånarna trygghet i vården och är kostnadseffektivt för samhällsekonomin. I länder med ett väl utvecklat familjeläkarsystem är vården effektiv, invånarna litar på sina familjeläkare och kvaliteten på sjukvården är hög.

Följande kriterier skall enligt PROTOS vara utmärkande för en familjeläkares verksamhet:

- 1. Tillgänglighet*
- 2. Helhetssyn och vård efter behov*
- 3. Kontinuitet*
- 4. Engagerat och respektfullt bemötande*
- 5. Kunskap, kvalitet och kompetens*

Utgångspunkten är att det skall finnas en specialist i allmänmedicin tillgänglig per 1 500 invånare.

Tanken är att alla invånare listas. Befolkningen har rätt till fritt val av fast läkarkontakt och att ingen upphandling sätter sig över detta val. De som inte själva väljer aktivt tilldelas en tillgänglig familjeläkare i det fall man inte aktivt väljer att stå utanför systemet.

Etableringsrätten ska vara reglerad. För etablering krävs att en tillräcklig mängd invånare saknar familjeläkare. Befolkningsunderlaget avgör var läkaren kan arbeta - där det finns tillräckligt med invånare som saknar familjeläkare ska inget hindra en familjeläkare att etablera sig. Om däremot alla invånare är listade kan inte någon ytterligare etablering ske.

När antalet invånare utgör den yttre gränsen för hur många familjeläkare det kan finnas blir kostnaden för samhället förutsägbar – i detta förslag beräknad till ca 1 700 kronor/invånare och år.

Uppdrag och ersättning skall vara lika, oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi. Med enhetliga regler för uppdrag och ersättning krävs inte upphandling enligt LOU.

Grunduppdraget för familjeläkaren skall vara väl definierat, och den ekonomiska ersättningen skall ha tydlig koppling till uppdraget.

Ersättningen skall bestå av två delar - dels en grundersättning (kapitation) per listad invånare, dels en ersättning per prestation i form av läkarbesök, telefonkonsultation eller dylikt. Därutöver kan läkaren ha tilläggsuppdrag som till exempel skol- eller mödrahälsovård, utbildning och handledning. Det individinriktade folkhälsoarbetet skall ingå i grunduppdraget medan samhällsinriktat folkhälsoarbete skall utgöra tilläggsuppdrag.

Kostnader för provtagning, röntgen m.m. (medicinsk service) samt för läkemedel bör inte belasta enskild familjeläkare då detta skulle kunna vara till nackdel för patienten. Ekonomiska skäl får inte påverka läkaren att avstå från utredning och behandling. Familjeläkarna som grupp kan däremot svara för dessa kostnader och gemensamt med huvudmannen följa upp och kvalitetsgranska för optimal användning av medicinsk service och läkemedel.

Förslaget förordar att familjeläkare i normalfallet arbetar tillsammans i form av gruppomtagningar, men utrymme måste finnas för olika lösningar, t.ex. på mindre orter. Familjeläkarens uppdrag gäller för alla listade personer under årets alla dagar. Genom samverkan löser man tillgängligheten under jourtid.

PROTOS innefattar team som, förutom allmänläkare, består av sjuksköterska och läkarsekreterare samt undersköterska/laboratorieassistent. Ett sådant team kan självständigt färdigbehandla 90 % av alla som söker.

I primärvården finns också andra viktiga yrkesgrupper såsom distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, m.fl. Deras uppdrag beskrivs inte i PROTOS, men skall och kan utan svårigheter integreras i det funktionella teamarbetet kring patienten anpassat efter lokala förutsättningar och tradition. Det är viktigt att det som fungerar bra idag bevaras.

Förutsättningarna att sköta även mer komplicerade fall inom primärvården varierar, beroende på bl.a. geografiska förhållanden. Familjeläkarna skall därför samverka med andra specialister i såväl öppen som sluten vård.

Likaså skall man samarbeta med kommunal sjukvård - vården av de äldre på särskilda boenden.

PROTOS är ett förslag på hur familjeläkarvården kan organiseras. Förslaget beskriver familjeläkarens uppdrag och finansiering samt att detta kan och bör regleras i lag.

Sammantaget visar PROTOS en framkomlig väg till hur man på nationell grund kan skapa ett familjeläkarsystem som på lika villkor är tillgängligt för alla invånare och som också kan tillfredsställa Hälso- och Sjukvårdslagens krav på en fast allmänläkarkontakt för alla.

SLF (Sveriges läkarförbund), DLF (Svenska Distriktsläkarförbundet), SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin), SPLF (Svenska Privatläkarförbundet), SYLF (Sveriges Yngre Läkares Förening)

Närsjukvård enligt Läkarförbundet

Läkarförbundet satte dock in Protosmodellen i ett större perspektiv och anvisade en närsjukvårdsmodell i skriften "Framtidens närsjukvård", 2006.

Sammanfattningen:

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Den demografiska och medicinska utvecklingen gör att efterfrågan på vård ökar i snabbare takt än både skatteunderlag och produktivitet. Sjukvården har redan idag storbrist på resurser. Det måste lösas med en kombination av effektiviseringar, tillskott av nya resurser och bättre prioriteringar samt en omfördelning från andra samhällssektorer. Sammantaget kan dock inte alla resursbehov lösas utan en samtidig omstrukturering av sjukvården. De framtida behoven måste mötas med en kraftig utbyggnad av primärvården och den öppna specialistvården. De stora förändringarna som skedde under 1990-talet, bl. a. ÅDEL-, psykiatri- och handikappreformerna i kombination med finansieringsproblemen, som påskyndade den omfattande omstruktureringen från slutet till öppenvård, har inneburit problem särskilt för äldre och andra patientgrupper med omfattande vårdbehov.

Många länsdelssjukhus – där man naturligt utvecklade en allmän internmedicinsk kompetens för patienter med omfattande vårdbehov – har lagts ned varvid även fungerande nätverk för samverkan med kommunens och primärvårdens medarbetare brutits upp.

Sveriges läkarförbund föreslår här en närsjukvårdsmodell som uppfyller målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård baserad på hög professionell kompetens.

- *Närsjukvården definieras som vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.*
- *Närsjukvården består av tre delar: Primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.*

Primär närsjukvård

- Den primära närsjukvården består av familjeläkarvården och vård i boendet.
- Alla invånare ges möjlighet att välja en egen familjeläkare med specialistkompetens i allmänmedicin.
- Ersättningen till familjeläkarna skall regleras nationellt.
- Den person som efter biståndsbedömning har rätt till särskilt boende skall med en vård- och omsorgsavgift kunna välja sitt boende.

Specialiserad närsjukvård

- Den specialiserade närsjukvården omfattar dels vård av dem som uppsöker specialistvård och som inte behöver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser, dels vård av dem som remitterats dit från sjukhus eller från primär närsjukvård. Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även vård vid närsjukhus.
- Den specialiserade närsjukvården bygger på regional beställning där en mångfald av vårdgivare får konkurrera om rätten att få sköta specialistläkarvården inom ramen för den totala volym som efterfrågas. Även driften av närsjukhusens vårdplatser upphandlas i konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare.
- Specialistläkarens ersättningar regleras nationellt, motsvarande dagens nationella taxa (lagen om läkarvårdsersättning). Taxan kan vidareutvecklas i regionala tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden.
- Det skall vara möjligt för läkare att kombinera arbete i den fullt utrustade sjukhusvården och närsjukvården liksom arbete hos olika huvudmän. Denna möjlighet är viktig för att garantera och främja ömsesidig kunskapsspridning, kvalitetsutveckling och patientnära klinisk forskning.

Samverkansvård

- Samverkansvård omfattar de personer som behöver hälso- och sjukvård i boendet och som dessutom har ett varaktigt behov av läkarinsatser.

- Betalningsansvaret för samverkansvården överförs till kommunerna som får kompensation via statsbidragssystemet.
- Kommunerna (eller de företag som driver gruppboendet) ges möjlighet att anställa eller sluta avtal med läkare.

Kritik mot PROTOS och Läkarförbundets framtida närsjukvård

Citat ur DLF:s i Jönköping debattartikel i Allmänmedicin nr 3 2006

Man sammanfattar sina synpunkter på närsjukvårdsprogrammet att det inte är till hjälp för primärvårdsutbyggnaden och allmänmedicinen och att det marginaliserar Läkarförbundet i samhällsdebatten. Som grund för det senare påståendet hänvisar man till Dagens Medicin 3/06 som bedömer Protosförslaget som "stendött", inget landsting vill pröva det och inget av regeringsalternativen för nästa mandatperiod tänker driva det framgent. Man anser istället att Läkarförbundet på alla sätt borde stödja svaga områden som allmänmedicin och psykiatri. Man tycker att Läkarförbundets förslag försöker föra in den specialiserade öppenvården i närsjukvårdskomplexet, att göra subspecialiserad vård till första linjens sjukvård parallellt med s. k. primär närsjukvård. Man anser att istället skulle förbundet glasklart ha lyft fram distriktsläkarens/familjeläkarens roll och resonerat om samverkan med distriktsköterskan och vad hennes områdesansvar i förening med allmänläkaren betyder för människors grundläggande behov av bassjukvård. Vad tappar man, frågar sig debattörerna, genom en utveckling där subspecialisten kan väljas fritt i första linjens sjukvård. Förslaget vill lösa ett splittrat vårdutbud men förslagen snarast ökar det splittrade vårdutbudet med nya gränser professionellt – t. ex. mellan sjukhusläkare och familjeläkarorganisationen och mellan läkarinsatser i kommun respektive vårdcentraler man föreslår ju bl.a. att kommunerna ska kunna inrätta deltidsanställda läkare i äldrevården på servicehusen. Men vad händer utanför de köpta timmarna när äldre behöver tillsyn och akuta vårdinsatser? Integrationen med vårdcentralens allmänläkare och jourssystem är fundamentalt.

Man pekar på att remisstiden inom förbundet är så kort att medlemmarna inte hinner ta ställning till förslagen. Trots den dåliga förankringen i beslutsprocessen är det anmärkningsvärt att Läkarförbundet driver opinionsbildning för det offensivt, som i Almedalen sommaren 2006 inför valet av ny riksdag och regering hösten 2006.

Ny modell för primärvård föreslås av åtta Saco-förbund

Primärvården måste byggas ut och ges ökade resurser om den ska kunna utgöra basen i svensk hälso- och sjukvård. Dessutom behöver både arbetssätt och organisation förnyas.

Det skriver de åtta förbund som ingår i Saco Vård när de nu tillsammans presenterar en ny primärvårdsmodell.

Dessa förbund representerar sjukgymnaster, farmaceuter, allmänläkare, dietister, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter och logopedier, vilka alla ska finnas tillgängliga vid varje primärvårdsenhet. Vårdförbundet som representerar sjuksköterskorna var inte beredda att i en första omgång vara med.

Patienten kan lista sig hos vilken enhet som helst, inklusive den läkare som då blir patientens fasta läkarkontakt. Patienten ska själv kunna välja vilken kompetens inom enheten som vederbörande vill ta i anspråk utan remissförfarande.

På så sätt skulle enligt förslaget söktrycket minska på allmänläkarna. Om patienten har behov av flera professioner sätts team samman utifrån den specifika situationen. Enligt Saco Vård är det antagligen personer som lider av psykisk ohälsa och äldre med flera diagnoser som kommer att kunna dra störst nytta av den möjligheten.

Saco Vård har i sitt program också formulerat vad primärvårdens uppdrag bör gå ut på:

»... att ta emot alla patienter som söker vård och slutbehandla 90 procent av de hälsoproblem som inte kräver den specialiserade vårdens resurser. I grunduppdraget ingår också förebyggande vård och rehabilitering.«

I den nuvarande lagstiftningen är primärvårdens uppdrag vagt formulerat, och det är upp till varje sjukvårdshuvudman att precisera det.

Saco Vård anser att varje primärvårdsenhet ska ha samma tydliga, välavgränsade grunduppdrag. Ersättningen till primärvårdsenheterna ska vara lika för alla, någon upphandling

med priskonkurrens ska inte ske, men den som uppfyller kraven på utbud och kvalitet ska ha full frihet att etablera sig. Saco Vård anser att den årliga fasta ersättningen bör uppgå till minst 50 procent av tjänsternas normala kostnader.

Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Läkarförbundet, tror att man nu ska kunna få större gehör för den nu föreslagna primärvårdsmodellen än vad Läkarförbundet fått för Protos, som av många upplevts som för läkarfokuserat.

Jag ser egentligen inga svagheter med förslaget, bara möjligheter. Vi ser fortfarande läkare som basen i primärvården, men det finns plats i huset för fler.

Anna-Karin Eklund, ordförande i Vårdförbundet, har inte närmare granskat förslaget men är skeptiskt till att det är alltför inriktat på strukturen och för lite på individen. Hon anser visserligen att det är positivt med tanken att det ska finnas tillgång till många olika kompetenser i primärvården, men är kritisk till att distriktssköterskor överhuvudtaget inte nämns i förslaget, de utgör enligt Vårdförbundet drygt två tredjedelar av personalen i primärvården.

Saco Vård hoppas nu att något landsting vill pröva den föreslagna modellen, men påpekar att det krävs ett försök på ett par tre år för att verkligen kunna se några effekter.

– Man måste ha is i magen för att se hur insatser i primärvården kan ha effekt på andra nivåer. Det är otroligt mycket billigare med en öppen primärvård än med nattjourer, sa Örjan Salling, förbundsdirektör i Sveriges psykologförbund.

Läs förslaget i sin helhet på <<http://www.slf.se>>.

Hallandsmodellen

Intervju av Elisabet Ohlin. Läkartidningen nr 7, 2006. av Mats Eriksson (M) ordförande i landstingsstyrelsen i Halland.

En ny primärvårdsmodell planeras i Halland. En vårdpeng följer hallänningarna, som ska lista sig hos en »vårdenhet« – inte hos en läkare.

Halland är först i landet med den här typen av listning, som man tror bättre ska nå målen: en god hälsa, nöjda invånare, god vård, stark ekonomi och engagerade medarbetare.

– Vi vill rigga något inför morgondagen. Vi tror att vi är lite pionjärer, säger landstingsstyrelsens ordförande Mats Eriksson (m).

Förslaget som har bred politisk förankring har »bara positiva tillrop från vården«, enligt Mats Eriksson.

– Vi vill understödja en utveckling mot mer öppenvård och bättre tillvarata olika kompetenser som arbetsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Man listar sig inte hos en läkare, utan hos en vårdenhet, för att inte få den stora läkarfixering som vi kanske haft. Systemet ska införas den 1 januari 2007 under förutsättning att beslut fattas i landstinget i april.

Modellen bygger på konkurrens, fritt val av vårdenhet och en vårdpeng som följer varje invånare. Den som inte aktivt listar sig blir passivt listad. Pengen, som viktas för invånarens ålder, ska täcka all vård som rör invånaren utanför sjukhusen, oavsett hur många eller få besök patienten gör eller vem han/hon träffar. Vårdenheten får själv forma sin arbetsstyrkas storlek och sammansättning av kompetenser. Det kan se olika ut. Vårdenheten kan också välja att köpa tjänster.

Om invånarna besöker en annan primärvårdsenhet, en privat specialist eller får primärvård i annat landsting, så betalar den vårdenhet där personen är listad för besöket. Och om vårdenhetens listade invånare i högre grad besöker sjukhuset med sina öppenvårdsproblem minskas vårdenhetens ersättning.

– Vi vill att 80 procent av öppenvårdsbesöken sker i öppenvården, säger Mats Eriksson.

Den bästa »affären« gör vårdenheten alltså på friska invånare som inte alls besöker vårdenheten och inte heller går någon annanstans.

En vårdenhet ska därför inte kunna välja bort invånare som vill lista sig. Listorna har inget tak. Blir listan för stor får enheten istället expandera.

Alla vårdenheter, privata som landstingsdrivna, ska ersättas likadant. Det blir ett sätt att komma ifrån de ekonomiska skillnader mellan vårdcentraler, hoppas landstinget, vars primärvård idag rymmer minst sex olika ersättningssystem. Dessutom har vissa tidigare upphandlingar stört kontinuiteten och skapat »dålig stämning«, enligt Mats Eriksson. Med modellen ska det inte gå att konkurrera med lågt pris i en upphandling.

Mats Eriksson hoppas att formella krav på upphandlingar enligt Lagen om offentlig upphandling ska kunna undvikas.

– Jag tror inte vi ska bli skyldiga att upphandla, men skulle någon överklaga får vi se det då. Istället för att konkurrera med pris ska vårdenheterna konkurrera om invånarna med kvalitet.

För att få ersättning måste vårdenheten först ackrediteras av landstinget enligt vissa grundläggande krav. Verksamheten ska sedan utvärderas efter mål som rör tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedelsförskrivning och hälsofrämjande arbete. Om målen inte uppfylls ska ersättningen minskas. Kvalitetsmålen ska följas upp flera gånger om året, enligt förslaget. Men till att börja med är det endast täckningsgraden, det vill säga i vilken grad invånarnas besök sker i öppenvården, som ska kunna påverka ersättningen.

Uppföljningsmått till exempel för »medicinsk kvalitet« finns ännu inte.

– Vi saknar uppföljningsparametrar men det jobbar vi på. Vi ska lägga mer fokus på kvalitetsuppföljning än vi gjort tidigare, istället för att i detalj tala om hur vården ska utföras.

Enligt Mats Eriksson kan sådana parametrar till exempel vara att vårdenheten följer vårdprogram eller att hälsofrämjande insatser görs.

Finns det en risk för sneda prioriteringar, till exempel att vårdenheterna av ekonomiska skäl prioriterar resursstarka invånare i kön och prioriterar ner eller säger nej till resurssvaga patienter med större medicinska behov?

– Nej, det tror jag inte. Det har varit ett större bekymmer idag att man säger nej än att man säger ja.

I Hallands primärvård är tillgängligheten dock inget stort problem, enligt Mats Eriksson.

En reaktion från en läkare i Halland på primärvårdsmodellen

Lars Larsson, tills nyligen chef för Håstens vårdcentral i Varberg, har sagt upp sig som en protest mot den planerade primärvårdsmodellen.

– Det är ett experiment som kommer att falla dåligt ut. Det är risk för att man slår sönder en fungerande organisation. Jag vill inte ta ansvar för detta, säger Lars Larsson.

Risken är stor att svaga grupper missgynnas genom att den vårdenhet som inte prioriterar den patient som skriker högst förlorar pengar; hävdar han. Det lagliga kravet på prioriteringar efter behov riskerar att komma i skymundan.

– Det blir mer efterfrågestyrt än behovsstyrt. Prioriteringsfunktionen förändras när det blir penningstyrt.

Att skapa en konkurrenssituation mellan vårdcentraler har tidigare visat sig leda till problem, anser han och hänvisar till problem i primärvården i Västmanland och Göteborg.

Man ska inte föra in managementidéer där de inte hör hemma, anser han och hänvisar bland annat till företagsekonomen Gudbjörg Erlingsdottir. I sin avhandling från 1999 varnar hon för managementtänkandet och för att värdera vården utifrån dokument och siffror som inte förmår spegla komplexiteten, se LT nr 8/ 2000.

– I förslaget ligger underförstått en tanke om att vi inte jobbar maximalt. Men det är stor skillnad mellan att producera manicker och att jobba med människor. Man kan inte göra ett läkarbesök hur kort som helst, säger Lars Larsson.

Hans förklaring till att förslaget tagits fram är att politiker och tjänstemän »inte förstår vårdens själ och hjärta«.

Han säger att han har talat med ett 30-tal distriktsläkare och inte träffat på en enda som tycker förslaget är bra.

– Men många orkar inte protestera. De har tappat illusionerna. Jag har fortfarande en passion och accepterar inte vilka tokidéer som helst. Då får man ta sin Mats ur skolan, om man inte kan påverka.

Norges fastlegeordning

År 2001 infördes i Norge ett system kallat fastlegeordningen (FLO), som bl. a. innebär att patienterna väljer sin allmänläkare.

FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland har granskat Fastelegeordningen i rapporten ”*Vad kan Sverige lära av fastlegeordningen i Norge. Ur rapporten hämtas.*

”I Norge fanns före reformen liksom i Sverige stora svårigheter att rekrytera allmänläkare. År 1997 var 28% av kommunelegetjänsterna i nordnorge vakanta, i småkommunerna (under 4000 invånare) var 37% vakanta.....Tillgängligheten liksom kontinuiteten var låg på många håll. Effektiviteten var ifrågasatt.Under dagtid behandlades ett mindre antal patienter med ett stort antal hänvisades till legevakten på jourtid då arbetet var prestationsersatt.

Fastelegeordningen innebär att alla invånare efter eget val får lista sig hos en allmänpraktiserande läkare benämnd fastlege. Detta är fastställt i en nationell lag. Fastelegene arbetar som egna företagare (frånsett cirka 5% som är löneanställda) med individuella avtal med respektive kommun och ersätts enligt en nationell taxa. Allmänläkaren har en avgränsad uppgift med ett bestämt antal invånare på listan (högst 2500 och i genomsnitt 1200). I de lokala avtalen mellan kommun och fastlege regleras öppettider, telefontillgänglighet, lokaler, redovisningsrutiner och ekonomiska ersättningar samt offentligt folkhälsoarbete och deltagande i jourverksamhet. Det finns ett starkt ekonomiskt incitament till aktivitet med 70% av inkomsten i form av prestationsbaserad ersättning”.

Se också http://www.forskning.no/eval_rapport eller referat i Allmänmedicin nr 2 2006, Anders Lundqvist .

Läkartäckningen i Norge har förbättrats avsevärt. Det inrättades 300 nya allmänläkartjänster. Från att före reformen 67% av befolkningen hade en fast allmänläkarkontakt och var fyra år efter genomförandet siffran 98,5%. En läkares lista har i genomsnitt 1200 invånare och hälften av listorna är öppna. De listade har rätt att byta fastlege två gånger per år. Endast 5,5% av avtalen sägs upp varje år. Omkring 10% av fastlegene finns på arbetsplatser med gemensamma listor, vilket verkar bidra till ökad stabilitet. Kommunerna har rätt att kräva 7,5 timmars arbete per vecka och heltidsanställd fastlege för arbete med exempelvis särskilda boende och skolhälsovård.

Tillgängligheten är ett kvalitetsmått och det finns drivkraft hos fastlegene att erbjuda god sådan. Trots detta är det vad befolkningen är minst nöjd med. I synnerhet gäller det telefontillgängligheten. De flesta patienter upplever stor tillfredsställelse med sina läkare. Störst var den hos de som fått sitt förstaval av läkare tillgodosett. Läkarna upplever att patienterna fått fler möjligheter att ställa krav, samtidigt som de själva blivit mer ödmjuka inför det förtroende patienterna visat dem genom valet.

Kontinuitet var god även i de större städerna men både före och efter reformen föredrog 10% av befolkningen att ha möjlighet att gå till olika allmänläkare. Varje kvartal byter 2,5% av befolkningen fastlege varav cirka 40% gör det p.g.a. bristande tillfredsställelse med tidigare val.

Parallellt med fastlegeordningen infördes en strängare remitteringsordning. Remiss var nödvändig för att patienten skall få reducerad avgift.. fastlegerne är mindre aktiva som grindvakter. De upplever stark konkurrens och anstränger sig för att erbjuda god service till patienterna vilka upplevs mer krävande än tidigare. Det gäller också sjukskrivningar och särskilda recept för beroendeframkallande medel.

En studie visade att patienter med dålig hälsa och kronisk sjukdom oftare kontaktade andra fastlege och specialister och oftare sökte på jourtid. Antalet patienter som söker på jourtid ändrades inte i någon högre grad men det fanns ett visst missnöje med hur den så kallade legevakten fungerar.

Mer ur FoU-rapporten från Östergötland:

"Trots stora likheter i kultur och geografi finns det på avgörande punkter stora skillnader mellan Norges och Sveriges hälso- och sjukvård, särskilt i fråga om primärvård. Norge har genom FLO ett nationelltstyrt system, medan primärvården i Sverige styrs av självständiga regionala/lokala landsting. Följaktligen blir styrning och uppföljning av sjukvården mera enhetlig i Norge. I Norge finns genom FLO ett personligt avtal mellan patienten och fastelegen, medan Sverige domineras av gruppraktik samt lagarbete vid vårdcentralerna med ansvar gentemot ett geografiskt område. Fastelegen riskerar inte, som de privat drivna vårdcentralerna i Sverige att förlora nästa upphandling och därmed mista underlaget för sin verksamhet.

I Sverige finns större befogenheter för annan personal såsom distriktssköterskor och mottagningsköterskor, vilka fullgör många uppgifter som i Norge normalt utförs av läkare. I Norge arbetar allmänläkaren i privat eget bolag och med en kraftig prestationsersättning (70%) medan den svenske allmänläkaren är offentligt anställd och huvudsakligen ersätts med lön. I högre grad arbetar också den norske allmänläkaren ensam medan i Sverige dominerar gruppraktik med andra kolleger. I Norge gäller ett grindvaktssystem, där allmänläkaren ser alla patienter innan de får träffa en specialistläkare på sjukhus. I Sverige är det i princip fritt att söka direkt till andra specialister. I Norge var redan före FLO flertalet (80%) allmänläkare verksamma som privatpraktiker....

De ingredienser i det norska fastelegesystemet som kan vara tilltalande för Sverige är den nationella styrningen med enhetliga taxor över landet samt införande av listor som tydliggör ansvar och även begränsar åtagandet.....Även grindvaktssystemet med allmänläkare som personlig lots in i övrig hälso- och sjukvård är tilltalande i FLO. Utrymme för forsknings- och utvecklingsarbete liksom förebyggande arbete är dåligt tillgodosett i såväl FLO som i Sverige. I Norge ges signaler om kraftiga satsningar på forskning inom allmänmedicin från det norska hälsedepartementet.

I den svenska hälso- och sjukvården kläms allmänmedicin och primärvård mellan en expanderande öppen specialistvård med anknytning till sjukhus (ibland kallad närsjukvård) och en uttalad satsning på kommunal vård och omsorg med tonvikt på andra professionella grupper. I detta gränsland kämpar en åldrande allmänläkargeneration som på grund av kronisk underbemanning ej kan vara den bas i sjukvården som befolkningen behöver. Att något behöver göras både för befolkningen och allmänmedicinen är tydligt och här kan FLO vara en inspirationskälla!"

En primärvårdsutredning våren 1997 – ett diskussionsinlägg

Bengt Dahlin presenterade en omfattande utredning med förslag till primärvårdsorganisation 1996-1997 på beställning av centralförvaltningen. Den skulle användas som diskussionsunderlag vid kommande organisatoriska förändringar inom primärvården. organisationsförändring. Den kan i många stycken fortfarande gälla som diskussionsunderlag för att effektivisera primärvården.

De problem som diskuteras i utredningen/ promemorian är att:

- primärvårdens uppgifter motsvaras inte av tilldelade resurser.
- grindvaktssystemet ökar resursbehovet och kan ge problem i kontakten patient/läkare och primärvårdsläkare/sjukhusläkare.
- effektivitet inte belönas utan enbart produktivitet, vilken bl. a. kan ge ökade patientadministrativa kostnader.
- vårdefterfrågan är inte relaterade till vårdbehov. Patienterna låter sig inte styras av resursbrist.
- primärvårdsläkaren har svårt att tillämpa LEON-principen, då det inte finns någon annan vårdinstans att hänvisa/remittera till. Alternativen måste byggas in i vårdcentralens arbetsformer.
- öppethållandetider ej är anpassade till befolkningens ändrade levnads- och konsumtionsvanor.
- jourverksamheten tar resurser från dagverksamheten. Jourverksamheten är den sämsta produktivitetsfaktorn i vården.
- jourverksamheten har alltid varit och är ett problem med många aspekter

- hemsjukvården kräver speciella jourlösningar.
- öppna mottagningar är produktiva men sällan effektiva och har inbyggda målkonflikter (bl. a. kan väntetiden i väntrum inte hållas).
- specialistutbildningen av allmänläkare är inte tillräcklig för att täcka det framtida behovet av primärvårdsläkare.
- arbetsmiljön för allmänläkare är inte god. Läkarna mår bl. a. psykiskt illa och många är på väg att brännas ut.
- ständiga organisationsförändringar är frustrerande.
- lokalkostnaderna utgör en relativt stor del av vårdkostnaden, näst efter personalkostnaderna.
- IT är inte optimalt utbyggd eller utnyttjad. Tillräckliga medel avsätts inte för IT-förnyelse.

Ur sammanfattningen:

” Primärvårdens största problem har alltid varit att förväntningarna på den aldrig följts upp med realistisk resurstilldelning. Mål och resurser har inte varit anpassade till varandra. Promemorians syfte är att försöka fokusera på faktorer som kan göra primärvården effektivare i en framtida organisation. Det kan innebära att resurser, framför allt läkare och sjuksköterskor, behöver tillföras primärvården för att nå högsta effektivitet, dvs att kunna uppfylla de uppgifter/mål som primärvården har förelagts av olika beslutsfattare i samhället.

Hur man med lämpliga ekonomiska system kan öka effektiviteten och produktiviteten i primärvården diskuteras inte i denna promemoria. Ekonomiska faktorer är dock de potentaste medlen att påverka en verksamhet på gott och ont. Att bygga in ”morötter” i verksamheten är bättre än att försöka påverka med ekonomiska sanktioner. Ett exempel på detta är beslutet att, oavsett orsaken till mer än en halv timmas väntan i väntrummet, nödgas återlämna patientavgiften. Om akutfall eller tunga patientproblem förskjuter mottagningen (vilket är en vanlig orsak till väntan i väntrummet) kan det innebära att personalen känner sig orättvist drabbad, vilket i sin tur är demoraliserande för hela verksamheten. Ett annat exempel är att ”vinst” som utlovats att kunna nyttjas för personalens utveckling dras in till den centrala förvaltningens sparbetning.

Denna promemorias funderingar kring en effektiv primärvård bygger på en mening i HSU 2000

”Med förbättrade samarbetsrutiner, gemensamma vårdprogram, utbildning och telemedicin bör en betydande del av sjukhusens öppna vård kunna föras över till primärvården”.

Men det är inte hela sanningen. En effektiv organisation av hela primärvården måste skapas från den centrala ledningen till basverksamheten i primärkommunen och på vårdcentralen. Effektivitet innebär att med optimala resurser och bästa möjliga kvalitet nå de mål man har satt för verksamheten. Primärvårdens övergripande mål, primärvårdens karaktär: ”närhet, lättillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och helhetssyn” måste bibehållas och uppnås i en framtida primärvårdsorganisation. Det är dessa mål ”primärvårdsarbetaren” utbildats att arbeta mot, att ständigt ha för ögonen. Man bör även snegla på de primärvårdsuppgifter som beslutats av Landstingsförbund, vilka tas upp under 3.6 och Riksdag, som att kunna välja egen familje-, husläkare. Till dessa mål måste av landstinget egna delmål läggas (3.9). Målen bör fortlöpande ses över så att målkonflikter undviks.

Problembeskrivning

”Att ta över vad länssjukvården avlastas innebär en 6 - 12 %-ig ökning av verksamheten (beroende på hur man räknar) om primärvården i Älvsborg nu kostar 1,800:- per invånare. Ökningen av arbetsuppgifter kommer i första hand att drabba läkare och sjuksköterskor eftersom sjukhusen kommer att ”avvisa” de patienter och patientproblem som man tidigare påtagit sig men som man enligt LEON-principen bedömer hör till primärvårdens ansvarsområde. I praktiken är konsekvensen av detta det remisstväng man beslutat att införa för att patienten skall få anlita sjukhusens resurser. Det innebär också att uppföljning efter sjukhusinsatsen oftare överlämnas till primärvården, vilket ger många läkaråterbesök i primärvården och troligen ökat behov av tid för kontakter mellan sjukhus-

och primärvårdsläkare. Primärvårdsläkaren kommer i praktiken att bli "grindvakt - gatekeeper" mot sjukhusvården (remisstvänet) och dessutom "städgumma" efter sjukhusinsatserna.

Primärvårdsläkaren är pressad mellan två sköldar. Han/hon har inte möjlighet att hänvisa till annan vårdinstans och har dessutom de politiska servicebesluten att rätta sig efter, vilket ger befattningshavarna en mycket trängd situation vid en oförändrad läkar- och sjuksköterskebemanning av vårdcentralerna. Vårdgarantin innebär dessutom att köer "är förbjudna". Tillgänglighet till vårdcentralen skall per telefon eller sjuksköterskebesök vara samma dag och för läkarbesök inom en vecka.

Köer löser inga problem (och har aldrig gjort det) varken för primärvårdspersonal eller befolkning. Hotande köer måste förebyggas genom en god organisation och att inte åta sig mer än vad resurserna medger. Jämför Spri-projektet "Löpande vårdplanering" - bilaga 7. Primärvården i Lerum befann sig då, i mitten av 1970-talet, i kraftigt underläge vad gällde resurser men hade samma servicemål som nu med lättillgänglighet. LEON-principen gällde d v s sjuksköterskan, som primärvårdens lägsta effektiva omhändertagandenivå, var den viktigaste resursen.

De primära problemen finns och kommer att uppstå på basenheten. Det är därför viktigt att satsa på vårdcentralens arbetsformer och personalens utveckling, inte minst ledningens."

Förslag till problemlösningar

"De viktigaste förslagen till förändring mot nuläget kan sammanfattas enligt nedan.

Effektivitet kan inte åstadkommas med orealistiska resurser, vilket hittills varit primärvårdens dilemma. Den första åtgärden borde varar att tillföra de resurser (framför allt allmänläkare) som många anser vara nödvändiga för att ge primärvården en chans till måluppfyllelse. Det innebär att närma sig en läkartäthet på en specialistkompetent allmänläkare per 1.500 innevånare.

En ökad läkartäthet i primärvården kommer att ge en "normalare" fördelning mellan sjukhusläkare och primärvårdsläkare jämfört med övriga Europa. Ökad läkartäthet kan ge en effektivare primärvård."

En effektivare primärvård innebär bl. a. att

- satsa på att motivera personalen till engagemang i vårdcentralens service till befolkningen. Kan göras genom att ge "morötter" för vad ledningen tycker är viktigt. Exempel på viktiga uppgifter kan vara ökat antal hembesök, nya former för arbetet på vårdcentralen som ökat teamarbete, ökad gruppbehandling.
- låt befolkningen få närservice på kvällar och lördagar.
- bygga upp en sjukvårdsupplysnings-/rådgivningsfunktion på vårdcentralen dagtid och vid centrallasarettet nattetid. Telefontillgänglighet och rådgivning per telefon ger god och effektiv service till befolkningen. Detta innebär att vårdcentralens primära omhändertagande av vårdsökande måste ses över.
- låta sjukhusspecialister bli konsulter på vårdcentralerna, personligt och genom telemedicinsk teknik.
- en optimal fördelning av tid på olika uppgifter kommer att öka effektiviteten och minska utbrändheten av personalen.
- ledning och politiker måste efterfråga kvalitet i vården och inte bara kvantitet.
- personalen måste kunna redovisa måluppfyllelse och informationssystemen hjälpa dem att mäta detta.
- vårdprogramarbetet måste intensifieras på vårdcentralerna. Vårdprogram ökar effektiviteten i vården.
- tid måste ges för dessa kvalitetsuppgifter liksom för kompetenshöjande utbildningsinsatser.
- undvika att bränna ut personalen. Utbränd personal ger dålig vårdkvalitet.
- IT måste införas som stöder vårdprogram och kvalitetsuppföljning, lika väl som vårdkedjesamverkan.
- primärvård och primärkommunal vård måste samordnas bättre. Detta innebär inte att primärvården måste övergå i primärkommunal regi.

- satsa på ST-läkare. De är en bra resurs nu och för framtiden.
- ge morötter till de läkare som deltar som utbildare på olika nivåer.
- skapa bättre läkararbetsmiljö bl. a. genom att ge möjlighet att arbeta med hela rollens varierande innehåll d. v. s. ges tid till detta.
- satsa på efterutbildningsaktiviteter, Det ger bättre vårdkvalitet och "bättre" allmänläkare och distriktssköterskor.
- organisera primärvården "botten upp d. v. s. låt basenheten få stort egenansvar. Inför lednings- och samordningsansvar för övergripande uppgifter där samverkan behövs med andra vårdenheter.
- lokalerna utnyttjas bättre med fler läkarteam - längre tid (på kvällar och lördagar). Detta ger relativt lägre lokalkostnader per vårdinsats. Det ger också bättre patientservice och minskad jourproblematik.
- satsa på IT-utveckling. Det kan ge många positiva effekter t ex minska (i stället för att öka) patientadministrativa arbetet, öka utvärderingsmöjligheterna, ge bättre kommunikation mellan befattningshavare (vårdkedjor, telemedicin)

Organisationsförändringar

diskuterades i utredningen men tas inte upp här.

Primärkommunalt huvudmannaskap?

Skulle man välja att låta primärvården, trots motstånd mot det, övergå i primärkommunal regi måste samordningsfunktioner skapas. Dessutom måste det finnas någon instans som kontrollerar att primärvården kan ge lika vård på lika villkor i regionen. Det senare måste vara mycket svårt att få tillstånd med primärkommunens självbestämmanderätt. Spåren av Ädelreformen är hotande och illavarslande i sammanhanget. Vårdkulturen är helt annorlunda primärkommunen mot den primärvården är vand vid, vilket kan bli ett problem. Vad som ovan angetts som positivt för att vara kvar under landstingskommunalt huvudmannaskap är negativa faktorer vid ett primärkommunalt övertagande. Dock är vårdkedjesamverkan ett undantag i sammanhanget. Likaså skulle den kommunala hemsjukvården få ett naturligt stöd av primärvården.

Ur Lokal utvecklingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården i Mittens Älvsborg

Antagen av Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mittens-Älvsborg 2001-08-30.

Utveckling av primärvården till en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet

En utbyggd och tillgänglig primärvård är avgörande för om vi ska 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.

Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring

Kompetensutveckling, personalförsörjning och kompetensöverföring är grundläggande för att klara primärvårdens åtagande under de kommande åren. Viktiga strategiska åtgärder föreslås för att klara framtida detta uppdrag

Primärvården har att utveckla ett program för att säkra en god läkartillgång med definierat åtagande med långsiktig målsättningen ett 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. Det föreslagna nya läkarvals- och ersättningssystem 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 disputera. Skapa möjlighet för kliniska lektorat.

Satsning på handledning och handledarutbildningar

Förbättrad 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.

Genom att utveckla en modern IT struktur kan hälso- och sjukvården bättre hantera egna processer och ansvarsgränser. Den vårdsökande bli mer delaktig i sin behandling och kan ta ansvar för sin egen vård. Informationsöverföring och samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning för en fungerande vårdkedja.

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. (Se separat uppdrag).

Utveckling av tekniska lösningar såsom Tele Q vilket innebär att den vårdsökande efter samtal till vårdcentralen blir uppringd av mottagningssköterskan och slipper vänta i telefonkö.

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.

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.

Hälsofrämjande sjukvård och närsjukvård

I allt arbete krävs ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv. Arbetet måste också präglas av hållbarhet och långsiktighet. Nationella folkhälsokommittens mål 15 definierar hälsofrämjande sjukvård som omfattar både patient och personal.

Närsjukvårdens uppgift är att skapa förutsättningar för en bättre hälsa hos befolkningen genom ökad fokusering på samband i vårdprocesser och på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom samtliga ingående verksamheter. Närsjukvården skall kunna tillgodose huvuddelen av befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Vården tillhandahålls utifrån ett individfokus och i nära samverkan mellan kommun, primärvård och den specialiserade vården. Traditionella indelningar i och bundenhet till olika vårdformer är inte längre viktiga. Kompetensen samlas kring patienten, antingen fysiskt eller genom användning av ny teknik.

Utveckling av hälso- sjukvården för äldre människor

Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för de äldres vård och omsorg. En av de största utmaningarna är att på ett bra sätt tillgodose behov av läkarinsatser för de äldre i kommunens särskilda boenden och hemsjukvården. De som vårdas i hemsjukvården eller på särskilt boende skall vid behov av läkare få en medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål. Det ska även gälla kvällar, helger och nätter. De äldre i behov av palliativ vård är en grupp som vi bör uppmärksamma med specifika insatser.

Genom överenskommelser mellan primärvård och kommun ska läkarinsatserna regleras och arbetet med att teckna sådana avtal är till stora delar genomfört. Med ökad läkartäthet ökar förutsättningen att tillgodose detta behov. Uppföljning av hur dessa avtal följs är viktigt att genomföra för att se resultatet av vidtagna åtgärder.

Överföring av information mellan regionens och kommunens hälso- och sjukvård bör i större utsträckning kunna ske med hjälp av IT. En gemensam satsning på fungerande IT system är ett viktigt utvecklingsområde. Detta bör vara föremål för ett gemensamt projektarbete.

Med ett ”resursteam” bestående av allmänmedicin, geriatrisk, psykiatrisk kompetens som är riktade till äldre med specifika behov skulle kompetens samlas kring en patient för att på ett bättre sätt tillgodose behov och utveckla ett effektivt arbetssätt. Genom att samla medicinsk kompetens möjliggör det också konkret kunskapsöverföring till personal i kommunen. Detta skulle också vara en möjlighet för utvecklingen av demensvården.

Riktade insatser till äldre invandrare; med fokus på kunskapsuppbyggnad över vårdgivargränserna och anpassning av vård och behandlingsutbud

Utveckling av den palliativa vården av genom att tillskapa ett resursteam bestående av personal i kommunen som har som uppgift att utveckla den palliativa vården och stödja personal inom kommunens hälso – och sjukvård som arbetar med dessa människor. Samverkan med

palliativa resursteam, sjukhus och primärvård fördjupas genom att arbeta fram gemensamma lokala vårdprogram.

Ökade insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa. Ökat stöd till personer med psykiska funktionshinder.

Det är viktigt att den ökande psykiska ohälsa i befolkningen bildar utgångspunkt för ett förebyggande arbete som syftar till att förhindra att sådan ohälsa fördjupas och leder till utvecklandet av allvarlig psykisk ohälsa och sjukdom.

Barn- och ungdomar med psykisk ohälsa

I barnpsykiatrikommittens slutbetänkande ”Det gäller livet – stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem” identifieras ett stort behov av att arbeta förebyggande med inriktning på barn och ungdomar som riskerar att utveckla och fördjupa psykisk ohälsa. Man lyfter också fram barns och ungdomars behov av information och stöd när en förälder har psykiska och/eller missbruksproblem, är kroppsligt sjuk eller dör. Tidiga insatser här är av avgörande betydelse.

För att möta det ökande behovet av psykosocialt stöd för unga människor krävs ett omfattande riktat arbete mot just denna grupp vid ungdomsmottagningarna. Arbete pågår med att ta fram en uppdragshandling för alla ungdomsmottagningar där detta behov uppmärksammas med förslag till förbättringar i form av beteendevetarkompetens.

Vissa grupper av barn och ungdomar kräver samarbete mellan barn och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) och socialtjänsten. Till de barn som har svårt att få hjälp hör de starkt utåtagerande och aggressiva barnen och ungdomarna. Även ungdomar med sammansatt problematik, dvs där de sociala problemen hänger ihop med den unges psykiska problem.

I Lerum finns idéer på utvecklingsarbeten kring dessa frågor, bl.a. utveckling av en funktionell familjeterapi i samverkan. Behov finns således av ett strukturerat samverkansarbete genom en samverkansmodell rörande beskrivna problemställningar mellan respektive Socialtjänst inom varje kommun och med BUP.

Utveckling av kompetenscentrum för barn- och ungdomar där olika vårdgivare och huvudmän samverkar. Syftet är att på ett tidigt stadie möta barn/ungdomar och familjer för att ge råd, stödja och tidigt sätta in åtgärder för att undvika senare psykosocial problematik. Det ökar möjligheterna till samarbete mellan olika aktörer som är inriktade på barn och ungdomars behov av hälsa och välbefinnande samt stärker sociala nätverk. Dessa centra överbryggar organisatoriska gränser inom kommun, primärvård och länssjukvård. Barnpsykiatriska kompetensen behöver förstärkas i detta arbete.

Behovet av råd och utbildning inom skolan och skolhälsovården vad gäller bedömning av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar och stöd till skolans personal är omfattande och ökande. Det efterfrågas olika former av konsultfunktion till skolsköterskor eller motsvarande från både BUP och vuxenpsykiatri.

Utveckling och förstärkning av psykologverksamheten inom mödra- och barnhälsovården i syfte att tidigt upptäcka och förebygga ohälsa.

Utveckling av familjecentral inom ett par geografiska områden. Syftet är att stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar, erbjuda stöd, erbjuda en nära mötesplats, finna arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga, vara ett kunskaps och informationscentrum samt utveckla en god service. Detta utgör en bas för främjande och förebyggande insatser för alla familjer. Verksamheter som kan ingå är öppen förskola, MVC, BVC och socialtjänst. Planeringsarbete pågår i Herrljunga och Alingsås.

I syfte att förtydliga ansvarsgränser och förbättra samverkan mellan kommunerna och regionen avseende barn och ungdomar med psykiska / psykiatriska problem kommer regionstyrelsen i Västra Götaland och Västkom att delta i ett gemensamt arbete som ska resultera i ett avtal som tydliggör ansvarsgränser. Arbetet startar under hösten 2001 och beräknas vara klart 2003.

Äldre med psykisk ohälsa

I utvecklingen av hälso- och sjukvården utifrån de äldres behov av insatser bör arbetet inriktas mot mer direkta och riktade insatser för att identifiera vårdbehov. Det är då viktigt att utveckla samverkan över vårdgivargränser för att åstadkomma en tidig upptäckt av vårdbehov och därmed kunna ge adekvat vård och behandling. Psykisk ohälsa hos äldre är i stor utsträckning ett dolt vårdbehov. Äldres symptombild vid depressiva tillstånd skiljer sig från yngres. Mycket handlar om behov av ökade kunskaper hos den personal av alla kategorier som möter äldre människor om hur psykisk ohälsa hos äldre yttrar sig.

Utvecklingsområden.

Behov finns att tillskapa ett Äldrepsykiatriskt centrum där samverkan sker över vårdgivare- och huvudmannagränser med uppgifter kring kunskapsuppbyggnad, utrednings- och utvecklingsarbete.

Det föreligger också ett behov av ett Äldrepsykiatriskt team som arbetar tillsammans med primärvård, kommun och psykiatri. Demensutredning; med fokus på tidig utredningsinsats med tidig insatt behandling.

Den öppna vården utgör basen för den psykiatriska verksamheten när det gäller vården för psykiskt funktionshindrade och de som av olika orsaker reagerar med psykiska symptom. Det är därför angeläget att utveckla och förbättra samverkan mellan sjukhuset, primärvården och kommunen. Samverkan här är av stor betydelse så att både fysiska behov, rehabilitering och psykiska behov hos dessa människor blir tillgodosedda på ett bra sätt. Utveckling av närsjukvården är ett bra sätt att tillgodose behov och insatserna för denna grupp.

Mycket av problematiken kring dessa människor är otydligheten kring tillämpningen av olika huvudmans ansvar. Arbeta på regional nivå pågår mellan regionen och Västkom med uppdrag som syftar till en enhetligare tillämpning av ansvarsgränserna och en förbättrad samverkan mellan vårdgivarna. Detta arbete beräknas vara klart under hösten 2001. Utifrån dessa riktlinjer kommer gemensamma lokala riktlinjer att tas fram. Detta gemensamma lokala arbete bör kunna starta år 2002.

Stor enighet råder mellan kommunen, länssjukvården och primärvården att det behövs överenskommelser mellan vårdgivarna och lokala riktlinjer som ska garantera patienter trygghet i både fysiska och psykiska omhändertagandet..

Mångfalden av vårdgivare ökar inom vården och omsorgen

I Regeringens 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.

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.