

## MOT NÄRSJUKVÅRDSBEGREPPET

Det finns inte någon helt gemensam syn mellan huvudmännen om hur närsjukvård ska definieras. Vissa likheter finns som att det behövs mer samverkan men också många skillnader. Några kopplar närsjukvård till att ge mindre akutsjukhus en ny roll i vårdkedjan. Andra ser närsjukvård som ett generellt utvecklingsprojekt för att bygga upp en långsiktig hållbar struktur för hälso- och sjukvården i sin helhet. Gemensamma nyckelord finner man som primärvårdens gamla mål : tillgänglighet, samverkan, helhetssyn, kontinuitet, långsiktighet, närhet och trygghet. Ur Beställarverkets handlingsprogram 1999 – 2000 ”Närsjukvård.2001” kan hämtas att närsjukvården ska erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är:

- Vanligt förekommande i befolkningen
- Ofta förekommande för individen
- Samhällsekonomiskt rimligt att tillhandahålla lokalt

I Älvsborg definieras närsjukvård som en funktion, inte bara en organisation, vilket innebär:

Samverkan mellan huvudmän, vårdgivare och professioner betonas, närmare bestämt mellan primärvård, specialistläkare på sjukhus och kommunal äldrevård. Närsjukvårdens karaktär av gränsöverskridande funktion framgår också om man ser till den kompetens som ska ingå. Allmänläkarna och primärvårdens resurser ska vara basen i närsjukvården men även annan öppen specialistvård och vårdplatser ingår. Det innebär att närsjukvården berör många olika vårdbehov och patientgrupper.

Närsjukvården definieras av Läkarförbundet som vård nära patienten som inte kräver sjukhusvårdens särskilda resurser. Denna delas enligt Läkarförbundets förslag in i tre delar; **primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.**

Anders Anells sammanfattning i ”Primärvård i förändring”, Studentlitteratur, 2005, kan användas som underlag för diskussion av den kommande närvården.

### *Slutsatser*

- *Politiska ambitioner som inte infriats. Hopp och förtvivlan bland allmänläkarna.*
- *Revirstrider med andra läkarspecialiteter. Lägre förtroende för allmänläkare gjort att man sökt sjukhusmottagningarna.*
- *Organisation och uppdrag varierat över tiden. Det råder osäkerhet om framtiden. Närsjukvården. Protos*
- *Brytningstid nu för primärvården. Vad kommer att hända?*

### *Nya förutsättningar*

- *Snabb medicinsk utveckling.*
- *Ansvar för vård av kroniskt sjuka till primärvården.*
- *IT-utveckling möjliggör fler insatser decentralt.*
- *Krav på bättre arbetsmiljö. Fler allmänläkare vill arbeta deltid och är kvinnor.*

### *Bättre med primärvård som första kontakt?*

- *Hårda bevis saknas.*

### *Primärvårdsmodeller*

*Två skilda ansatser med flera alternativ för hur primärvård kan bedrivas.*

- *Den professionella ansatsen*
  - *Allmänläkaren ersätts per besök*
  - *Allmänläkare har ansvar för listade patienter med kombinerad fast ersättning och besöksersättning.*
- *Samhällsansatsen. Med ansvar befolkningens hälsa i ett visst geografiskt område. Fast anslag. Vårdteamet den viktigaste resursen snarare än den enskilde allmänläkaren. Beroende av tillgängligheten under dygnet definieras två modeller*
  - *En integrerad modell, samverkan med sjukhuset*
  - *En icke-integrerad modell med tillgänglighet dygnet och veckan runt.*

I en kanadensisk studie konstaterades att ingen av modellerna är optimal i alla avseenden. Om det är effektivitet, låga kostnader, kontinuitet, jämlikhet och kvalitet som prioriteras ska i första hand en integrerad samhällsmodell väljas. Om det istället är tillgänglighet och lyhörddhet som är viktigast utgör någon av de professionella modellerna ett bättre alternativ.

### Primärvårdens ansvar

Teoretiskt ska primärvården och allmänläkare vara befolkningens förstakontakt och det ska finnas begränsningar att söka andra specialister utan remiss (grindvaktsfunktion). Det innebär att försöka leva upp till befolkningens önskemål om bra vård samt att tillgodose finansiärernas krav på begränsningar i resursanvändningen.

Om befolkningen träffar allmänläkaren i större utsträckning kan ett ömsesidigt förtroende byggas upp. Läkarens goda kunskap om olika specialisters positiva eller negativa egenskaper kan utnyttjas av och komma patienten till godo. Det kan alltså vara lämpligt att låta befolkningen välja sin primärvårdsorganisation och allmänläkare.

Om primärvården får kostnadsansvar för specialistvården efter remiss skapas vilja att minimera antalet onödiga remisser. Samtidigt kan kostnadskontrollen tränga ut patientens intresse av så bra vård som möjligt.

### Ersättningsprinciper

- Varje ersättningsprincip har sina konsekvenser. Oavsett utformning ställs krav på en kompletterande styrning och uppföljning från finansiärens sida.
- Den vanligaste rekommendationen är ett blandat inslag av fast ersättning per individ och ersättning per besök. I ökad omfattning föreslår dessutom litteraturen målrelaterade ersättningar för verksamheter som inte direkt efterfrågas av befolkningen, t.ex. förebyggande insatser.
- En nyckelfunktion är att finansiären först definierar ansvaret för primärvården och dess relation till befolkningen och vård sökande patienter. Först därefter kan ersättningsprinciper som ger stöd åt detta ansvar utformas.

### Strategier för framtiden

- Det går att utveckla primärvården mot ett listningssystem men det går också att utveckla primärvården mot ett breddat innehåll med bibehållet geografiskt befolkningsansvar. Man kan tänka sig att det ges möjligheter att lista befolkningen hos en primärvårdsorganisation snarare än hos en enskild läkare. Det är också möjligt att experimentera med olika ersättningsformer.
- Det är inte självklart åt vilket håll primärvården bör utvecklas. Vissa lösningar bör undvikas men kunskap finns inte för att lyfta fram någon enskild primärvårdsmodell som allra bäst. Preferenserna för olika modeller varierar bland intressenterna . även bland allmänläkarna och befolkningen.
- En rimlig strategi kan vara att ”godkänna” flera modeller att existera parallellt. Om olika lösningar tilläts har både vårdpersonal och befolkning bättre möjlighet att välja den lösning som passar dem själva bäst.
- Befolkningens val bör begränsas till modeller som är förenliga med hälso- och sjukvårdens och primärvårdens målsättningar. I princip kan två sådana primärvårdsmodeller identifieras. Den ena modellen är primärvård med bred kompetens, där individen väljer att lista sig hos organisationen eller teamet. Den andra modellen är att individen får lista sig hos enskild allmänläkare. Det finns en mängd varianter på dessa modeller. För båda modellerna bör det ställas krav på 24 timmars tillgänglighet av allmänmedicinsk diagnostik och behandling samt integration med övriga vårdgivare. Det finns skäl att som i dagens hälso- och sjukvård generellt undanta vissa specialiteter från krav på remiss.
- Upphandling av olika modeller bör ske i två steg. I första steget upphandlas ”godkända” alternativ. Ett andra steg utgår från befolkningens val. De som inte aktivt väljer att lista sig kan tilldelas en lösning baserad på geografisk närhet.

- Ett argument mot individuella val är att det ger fördelar för resursstarka individer gentemot de svagare grupperna. Finansiären bör aktivt arbeta med systematisk uppföljning av vårdgivares kvalitet och ge information som stöder individens val. Man kan tänka sig särskilda ombud till hjälp och stöd till individer med särskilda behov. Och stöd i de fall patienterna är missnöjda med vården.
- Ett kontrakt mellan befolkning och hälso- och sjukvården bör kunna utgå från primärvården snarare än från det lokala sjukhuset. Ett sådant kontrakt är angeläget för att stärka motivationen hos dem som ska arbeta i den framtida primärvården.

### **Det historiska perspektivet**

Som beskrivs i del 1 – Provinsiälläkartiden – utvecklades den öppna vården ur provinsiälläkarväsendet, en epok som inleddes redan på 1600-talet. Den verksamheten reglerades av centrala direktiv. 1822 kom en instruktion som fastställde att läkarna skulle erbjuda vård med hänsyn till patienternas behov och inget annat. Provisiälläkarna hade också en viktig uppgift att bekämpa epidemiska sjukdomar och skulle dessutom observera och motarbeta brister i levnadsvanor hos befolkningen, som kosten och barnens uppfostran). En gång om året skulle en rapport om hälsotillståndet i befolkningen i det egna distriktet inlämnas till centrala myndigheter. Den nutida primärvårdens lagstadgade områdesansvar för folkhälsan och att vården ges efter behov vilar således på en mycket gammal tradition.

Lasarettens öppna vård var till en början avgränsad till akut omhändertagande. Efter landstingens övertagande av ansvaret för lasarettsvården 1860 växte denna starkt i volym. I början av 1900-talet inrättades öppna mottagningar vid landstingens lasarett som snabbt blev populära bland befolkningen då de var bättre utrustade än provinsiälläkarnas mottagningar. Allt fler läkare blev knutna till den expanderande sjukhusvården. Läkarna kunde där sköta verksamheten i helt privat regi, vilket gav goda extrainkomster. De öppna mottagningarna föll utanför de bestämmelser som angavs i sjukhuslag och sjukhusstadga (SOU 1948:14). Denna ordning med tre olika system (provisiälläkarväsendet under staten, landstingen ansvariga för den slutna vården och lasarettsläkarna ansvariga för den öppna vården vid lasarett) gällde till början av 1960-talet. De invånare som hade närhet till lasarettens öppna vård utnyttjade denna. Provisiälläkarna blev landsbygdens och glesbygdens öppenvårdsläkare. Fram till 1970-talet hade allmänläkaren/ distriktsläkaren/ provinsiälläkaren och distriktssköterskan tillsammans ett områdesansvar, ett distrikt som från att vara geografiskt och befolkningsmässigt mycket stort till att så småningom minska till en primärkommun eller delar av den. Man hade krav på 24 timmars tillgänglighet. Kontinuiteten var total.

Axel Höjer kom med sin utredning 1948 (SOU 1948:14), som gav förslag till en ny öppenvårdsorganisation. Efter 20 år, på 1970-talet, blev den grunden för primärvårdens utbyggnad. Detta beskrivs också i vår del 1. Resultatet sammanfattades vad gällde den öppna vårdens organisation av Socialstyrelsen 1969 och i en Spri-rapport 1972. Där beskrivs den öppna vården mycket lik den närvård som nu diskuteras med primärvårdens mål och med specialistfunktioner på de stora vårdcentralerna, varav det skulle finnas minst en i varje primärkommun. Detta beskrivs i vår del 2, Primärvården.

Den kraftiga utbyggnaden av den öppna vården under 1970- och 1980-talen ”Primärvårdstiden” innebar fler enheter, vårdcentraler, med många läkare och sjuksköterskor vid varje enhet. Man försökte behålla befolkningsansvaret, tillgängligheten och kontinuiteten genom att indela enheterna i vårdlag vardera med läkare och distriktssköterskor med ansvar för delar av befolkningen. Primärvårdsläkarna hade fortfarande 24-timmars tillgänglighet som grupp genom inrättande av vårdcentraler. Läkarkontinuiteten blev ett stort problem p. g. a. läkarnas många ledigheter bl. a. ”jourkompensationsledighet”. Patienter klagade också på styrningen till viss läkare inom ramen för områdesansvaret. Politikerna valde att försöka lösa problematiken genom att införa ”husläkarmodeller” och ett fritt läkarval utan geografiska gränser men ändå att vårdcentralen skulle ha ett befolkningsansvar enligt sjukvårdslagets intentioner om lika vård till alla. I en underbemannad primärvård blev reaktionen att när läkarna var fullstade avvisa de som ej fått fast läkare. För de som inte fanns med ”i systemet” blev primärvården mycket otillgänglig. Parallellt med landstingets vårdcentraler växte en ”privat” marknad. Dels fanns som förut de enläkarbemannade privata enheter dels etablerades större

vårdcentraler som finansierades av det allmänna men drevs av privata sjukvårdsentreprenörer. Det innebar upphandling av verksamheten enligt de regler som fanns för upphandling i samhället i övrigt. Detta i sin tur kunde innebära att, när avtalsperioden löpte ut, ett annat företag tog över med krav om att anställa ny personal. Det kunde förorsaka en känsla av kaos för patienten när en tidigare vald läkare inte längre fanns tillgänglig och man kanske åter ”stod utanför”. I och för sig var det samma situation under provinsialläkartiden, när läkaren flyttade till ett annat distrikt, även om den tidens befolkning på helt annat sätt fogade sig i systemet.

I Mittenälvsborg har man försökt att balansera på slak lina. En lina som innebar att bemanna vårdcentralerna så gott som möjligt, att ha kvar teamarbetet som en överordnad resurs, att ha hög telefontillgänglighet och att ha kvar ett områdesansvar, att ta hand om de som bor inom kommunen vid ”sin vårdcentral” – även om det i enskilda fall inte lyckats men även ge möjlighet till listning till enskilda läkare.

Befolkningsenkäter visar att man inte till mer än 80 % är helt nöjd med servicen. Så var det redan på 1970-talet fast kanske av olika skäl. Troligen gäller här som oftast 20/80-regel. Befolkningens preferenser brukar fördela sig på detta sätt oavsett vilket problem man undersöker.

### **Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar**

Anders Anell vidareutvecklar sina tankar om Primärvårdens förändring mot närsjukvård i boken ”Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar.

#### **Om drivkrafter för förändring**

I förordet tar han upp en viktig erfarenhet:

*”De flesta politiker och administratörer med erfarenheter av hälso- och sjukvården är väl medvetna om den kollektiva makt som läkare har. Oftast brukar detta beskrivas i termer av att ”man måste ha den medicinska professionen med sig” för att åstadkomma förändring eller att förändring och beslut måste förankras ”hos den medicinska professionen” om de ska lyckas. Vanligtvis är det då läkarna som kollektivt man syftar på. ....Fokuseringen kring läkarkollektivet är i sin tur kopplad till att denna grupp i stort sett har monopol på alla beslut om att påbörja, ändra eller avsluta behandling av patienter.... Läkarna själva tycker inte så sällan att de har ganska lite inflytande över vården och absolut inget inflytande när det gäller stora frågor om sjukvårdens övergripande struktur.....Hälso- och sjukvården i Sverige liksom internationellt är i hög grad organiserad utifrån utvecklingen av medicinsk kompetens och inflödet av ny kunskap och teknologi., vilket också haft mycket stor betydelse för resursernas fördelning och för enskilda sjukdomars kostnadsstruktur. Bland läkarna har det av flera skäl funnits en strävan mot ökad specialisering, vilket under senare tid även kunnat noteras för sjuksköterskor och andra personalkategorier.....De närsjukvårdstankar som formats i flera landsting under senare tid kan delvis ses som uttryck för ett ökat missnöje över hälso- och sjukvårdens oförmåga att integrera alla specialiserade tjänster.”*

#### **Spelet om resurserna**

*”..... Försök från politiker eller andra ledande beslutsfattare att påverka resursfördelningen eller de drivkrafter som format denna har sällan varit särskilt framgångsrika. Det har bidragit till att specialistvården vid sjukhusen premierats. Önskemål från både sjukvårdspolitiker och andra att flytta ut specialisterna från sjukhusen och satsa mer på primärvård är numera en 30 år gammal idé som fortfarande är högaktuell. Professor Stephan Rössner uppmanade i maj 2003 ”till ärlighet och öppenhet inom kåren , att förskjutningen mellan ämnen och specialiteter ingalunda på ett öppet sätt speglar medicinska realiteter utan i stor omfattning utgör resultatet av omfattande revirkamper” Alla värnar om sin egen specialitet och förslag på försämrade förutsättningar för denna möts av kraftiga protester.”*

Det är mot denna bakgrund svårt för politiker och högre tjänstemän att påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Problemen är fler. Hur resurserna används är inte tydligt definierat och hur alternativ kommer att fungera kan inte på förhand beskrivas Den politiska prioriteringen mellan olika system skall spegla vad befolkningen anser, vilket ofta är en osäker grund att stå på.

Man kan också konstatera att alla svåra och obehagliga beslut ger upphov till höga och personliga ”beslutskostnader (Jan S, 2003) De chefer som ansvarar för beslutens genomförande

måste vanligen stå ut med att bli uthängda, utskällda och utpekade, bl. a. i medierna. Samtidigt finns ingen personlig vinning i genomförandet. Sannolikheten att förlora jobbet kan vara hög om man skulle lyckas med genomförandet samtidigt som man blir ovän med dem som är mot förändringarna. De professionella krafterna blir således styrande då den administrativa ledningen följer efter då det kostar för mycket att försöka påverka förhållandena. Stödet från politikerna blir heller sällan särskilt starkt eller uthålligt.

Är resursfördelningen rättvis?

1960-tal och tidigare fördelades efter inkomst och socioekonomisk grupp (Socialstyrelsen 1994). Under 1970- och 80-talet minskade skillnaderna p. g. a. de reformer som genomförts. Dock kvarstör skillnader och ökade troligen under 1990-talet. Man kan samtidigt konstatera att en mindre andel av befolkningen får en allt större andel av de samlade resurserna, vilket speciellt gäller för primärkommunerna.

**Ur Anders Anells sammanfattning:** (endast några punkter refereras här ur)

- *De medicinska professionella drivkrafterna har premierat specialisering och fokusering på avgränsade vårdbehov....Det har resulterat i en allt mer fragmenterad verksamhet som är i otakt med vårdbehovens utveckling mot fler sammansatta problem och multisjuka äldre. Det hindrar också ökat patientinflytande.*
- *Uppdelningen mellan närsjukvård och övrig specialiserad sjukvård kan skapa en bättre plattform för fortsatt utveckling inom verksamheter med olika förutsättningar, men leder inte i sig till några förändringar.....*
- *Det naturliga förhållandet mellan olika professioner är konkurrens snarare än samverkan.... Förändringar mot ökad patientorientering och bättre samverkan i närsjukvården kan åstadkommas genom att befolkningen i större utsträckning får välja sitt närsjukvårdsteam där pengarna följer individens val.*
- *Den viktigaste professionella drivkraften är specialisering...vilket resulterat i fragmentering av verksamheten. De sammansatta problemen har hamnat på undantag. De sjukdomar och besvär som inte tydligt kan avgränsas och definieras och som kräver insatser från olika håll har låg status, liksom den personal som har hand om sådana problem.*
- *Svensk hälso- och sjukvård har tappat resurser jämfört med andra EU-länder....Förhållandvis stora omfördelningar i resurserna har skett mellan landsting och kommuner beroende på politiska beslut, men även hårdare prioriteringar.*
- *Omfördelningarna i vårdens resurser har haft störst konsekvens för de äldre. Inom kommunerna har hårdare prioriteringar inneburit att smärre omsorgsbehov förskjutits till anhöriga.*
- *Hälso- och sjukvårdens resurser är i stor utsträckning koncentrerade till en liten andel av befolkningen....Behoven av en bättre samverkan mellan olika vårdgivare har ökat.*
- *Befolkningens förväntningar på vården skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper beroende på ålder, kön, inkomst, hälsostatus etc....De äldre värdesätter en långsiktig relation som ger kontinuitet i vårdkontaktarna.*
- *Mer information och inflytande för patienterna handlar inte enbart om att stärka befolkningens förtroende för vården. Att tillmötesgå dessa önskemål från patienterna har positiva medicinska effekter genom att patienterna känsla av kontroll ökar, liksom patienternas följsamhet till behandling som beslutats.....*

- *Närsjukvårdens ambitioner är inte helt nya utan har lyfts fram tidigare för att främja primärvårdens utveckling. Närsjukvården kan t. o. m. uppfattas som en nysatsning på en ursprunglig primärvård som aldrig fullföljdes....*

## **Reflexioner kring utvecklingen och tankar om framtiden**

(Hämtat ur Den svenska allmänmedicinens historia, Per Swartling, Läkartidningen nr 25 – 26, 2006. Per Swartling var, som distriktläkare i Tierp och fackligt, starkt engagerad i allmänmedicinens utveckling och blev också dess representant vid Socialstyrelsen som medicinalråd.)

*”Mot bakgrund av att det för omkring 60 år sedan fanns tankar om att avveckla provinsialläkarna (då drygt 700) har det på många sätt skett en imponerande och framgångsrik utveckling till dagens allmänmedicin och primärvård, en utveckling som dåtidens ensamarbetande provinsialläkare knappast kunnat drömma om. Dagens distriktsläkare har en specialistutbildning som är i paritet med övriga specialistutbildningar, och allmänläkares status har gradvis ökat såväl inom läkarkåren som i befolkningen. Primärvården uppfattas nu som en helt nödvändig bas inom hälso- och sjukvården.*

*Under 1960- och 1970-talen påverkades allmänmedicinens innehåll och avgränsning påtagligt av myndigheter och politiker, vilket var frustrerande för allmänläkarna som i likhet med övriga medicinska ämnesområden själva ville utveckla sin profession. Under 1980- och 1990-talen har den allmänmedicinska professionen vuxit sig allt starkare och kunnat ta initiativet till att definiera ämnesområdet och utveckla både undervisning och forskning. Allmänläkarna är utbildningsmässigt väl rustade att i samarbete med övrig personal inom primärvården ta på sig sina uppgifter. Efter en period av revirstrider med andra specialiteter under 1970- och 1980-talen tycks alla parter nu inse behovet av samarbete. Det har blivit vanligt med specialistkonsulter vid vårdcentralerna.*

*För stora grupper av våra vanliga sjukdomar har patienterna behov av vård omväxlande inom primärvård och länssjukvård beroende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och vilka resurser och kompetenser som krävs vid varje vårdtillfälle. Detta kallas ofta »shared care« och visar på nyttan av samarbete och förtroende mellan vårdnivåerna. Dagens distriktsläkare har tillgång till de flesta laboratorie- och specialundersökningarna vid de större sjukhusen, och de har därmed goda möjligheter att utreda och behandla sina patienter med med röntgen och liknande.*

*Detta arbetssätt, med ett mer omfattande omhändertagande av komplicerade medicinska utredningar och uppföljningar, har bidragit till att dagens distriktsläkare träffar betydligt färre patienter personligen på mottagningen – i genomsnitt 10 patienter per dag. För några decennier sedan och särskilt före »sjukronan« hade provinsialläkarna betydligt fler patientbesök, ofta 30–40 per dag. Många besök gällde problem som idag sköts av sjuksköterskor, eller förmedlas av dessa.*

*Även om besökstalen inte går att jämföra hade dåtidens provinsialläkare troligen längre arbetsdagar och större arbetsbörda. De gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens distriktsläkare går miste om då hembesök numera är en sällsynthet. Det minskade antalet besök förklaras även av ett ändrat arbetssätt. Den tidigare höga genomströmningen av patienter var ofta väl organiserad av personal som såg till att patienterna var intagna på undersökningsrum och avklädda, ibland till och med upplagda i gynstol, vid första kontakten med läkaren. I dag är det vanligast att läkaren själv hämtar patienten i väntrummet och visar respekt för patienten genom att samtala med denne påklädd innan det är dags för undersökning. Krav på information om läkemedel och liknande har ökat, och allt detta gör att besöken tar längre tid.*

*Trots en glädjande ökning av antalet yrkesverksamma specialister i allmänmedicin till 4 800 år 2006 (Läkarförbundets statistik) är många av dagens distriktsläkare alltför hårt ansträngda. Med hänsyn till deltid finns det 3 900 heltidsarbetande distriktsläkare. Chefsuppdrag, handledning med mera tar också tid från direkt patientarbete. Långvarig sjukskrivning på grund av utmattningsdepression (»utbrändhet«) har ökat bland distriktsläkare.*

*Önskemål finns att kåren skall växa ytterligare för att minska bördan för den enskilde läkaren. För närvarande ser dock återväxten inte ut att vara större än att den täcker pensionsavgångarna, som förutses bli stora de kommande åren. Det är då angeläget att hela tiden avgränsa distriktsläkarens uppdrag så att han eller hon orkar med arbetet med dagens förutsättningar och att det även ges tid att sköta sin familj.*

*Det är oroande att det blivit svårare att rekrytera distriktsläkare som vårdcentralschefer. Läkarna avhänder sig då möjligheter att mer aktivt kunna påverka primärvårdens utveckling. Nya spännande uppgifter är på gång, då läkarnas grundutbildning i ökad utsträckning kommer att förläggas till vårdcentral. Även om det i början blir en ökad arbetsbörda bör det på längre sikt stärka allmänmedicinens ställning ytterligare och ge möjlighet till professionell utveckling och ökad rekrytering av allmänläkare, klinik och vetenskap.”*

*Djävare än att utforska det okända  
är det att ifrågasätta det kända  
Kaspar*

## Mittenälvsborgs primärvårdsmodell 2005 och framåt

Sett mot Anders Anells olika modeller verkar det som om Mittenälvsborg år 2005 närmast sig den s. k. Samhällsansatsen: Med ansvar befolkningens hälsa i ett visst geografiskt område (vårdcentralens närområde). Att Vårdteamet skall vara den viktigaste resursen snarare än den enskilde allmänläkaren. Det ska vara möjligt att listas till enskild läkare men också passiv listning inom betjäningområdet ska tillämpas. För tillgängligheten under dygnet har man valt en integrerad modell, samverkan med sjukhuset. Samverkan har alltid varit ett honnörsord i Mittenälvsborgs primärvård, vilken är en grund för en tänkt ny närvård, speciellt poängteras samverkan med primärkommunen.

Samma intentioner finns i SACO-modellen med ett primärvårdsenhetens gemensamma ansvar för måluppfyllelse och service till befolkningen.

Det känns ur ett historiskt perspektiv bra att bygga på dessa modeller (Anells samhällsansats och SACOs) som vi anser bäst uppfyller sjukvårdslagets krav på lika vård och primärvårdens mål Tillgänglighet, Kvalitet, och kontinuitet (i vården). Det fordras också en viss storlek på en vårdcentral för att uppfylla de krav man kan ställa på funktionen. Mittenälvsborg har utvecklat detta genom att tillföra ett flertal specialfunktioner i vårdcentralen.

Det vore spännande att få följa en försöksverksamhet av SACO-modellen i Mittenälvsborg, som redan har kommit en bit på väg i utvecklingen av en sådan modell.

Hur man i framtiden kommer att utforma närvården beror på de valda politikerna som inte minst måste ta hänsyn till att behovet av resurser till vården kommer att öka både på "äldreboomen" och till ny kunskap, som ska implementeras i vården. Har man råd? Skatten är redan hög. Finns alternativ finansiering. Kan man effektivisera mera? Vad ställer befolkning och personal upp på? Hur kommer politiker och högre tjänstemän att tackla "professionens" prioriteringar? Sjukhusvården har fortfarande en oerhört stark ställning. Kan man med närsjukvården lösa knutar som gjort att landstingen alltid satsat i första hand på sjukhusen?

Problem , som alla pekar på, är att man hittills inte kunnat lösa tillgänglighets- och kontinuitetsmålen. I del 2 under "lerumsmodellen" beskriver vi dåtidens målsättningar, som skulle kunna genomföras om primärvårdsarbetarna riktade sig ut mot befolkningen. Vårdcentralens resurser skulle finnas i ryggen och man skulle samverka med andra vårdgivare. Utvecklingen verkar ha gått mot en mera "sluten" modell med "murar" ut mot befolkningen. Den som väl kommit innanför muren (tillgänglighetshindret) får dock mycket gott omhändertagande (kvalitet i vården).

Man får hoppas att inriktningen kommer att vara mot att nå målen i en förändrad organisation. I dessa fall rör det sig inte så mycket om resurser utan mer om attityder hos personalen och om hur man organiserar sin verksamhet. Det bör bli en viktig ledningsfråga att jobba med. Först om målen tillgänglighet och kontinuitet kan nås kommer befolkningen att söka sig till primärvårdens närsjukvård (allmänmedicinen). Annars nedprioriteras den till förmån för andra specialiteter inom närvården. På längre sikt en katastrof för allmänmedicinen.