

SJUKHUS-HUSLÄKARE I KÄRNSJUKVÅRDEN

Vem vågar testa modellen med en läkare per patient?

På senaste tiden har jag funderat på hur jag mitt i husläkarledan på bästa sätt skulle kunna lansera min idé om en sjukhus-husläkare. När jag så fick i min hand »Kärnsjukvård – en vision» av Kerstin Hultér Åsberg och Gösta Tibblin, kände jag att en del av jobbet redan är gjort. Det är kanske så att när utvecklingen nått en viss punkt och tiden börjar bli mogen för förändringar uppstår liknande idéer på många ställen samtidigt.

»Kärnsjukvård – en vision» är en rapport utgiven av Landstingsförbundet, som 1994 tillsatte en särskild programgrupp med uppgift att belysa strukturförändringarna inom svensk hälso- och sjukvård. Rapporten ansluter till uppdraget och skall uppmuntra till debatt.

Genomgripande organisatoriska förändringar av dagens sjukvård föreslås. I stället för att som idag endast resultatet på sjukhuset beaktas i samband med kvalitetssäkring menar man att en verklig utvärdering av sjukvården endast kan göras genom att man ser på hela vårdkedjan. Antalet vård dagar och läkarbesök speglar inte verkligheten, och det viktiga är ju hur det går för patienten efter utskrivningen, patientens välbefinnande och funktionsförmåga i hemmet.

Det är egentligen just detta som fått mig att reagera och fundera på hur organisationen på sjukhuset skulle kunna ändras så att resultatet för patientens vidkommande skulle förbättras även efter sjukhusbesöket/vistelsen. Många gånger kan sådana förändringar ge rationaliseringsvinster på köpet.

Mitt perspektiv på sjukhuset får jag huvudsakligen genom patienters berättelser,

genom epikriser och receptförskrivningar – allt satt i relation till den situation jag ser patienten i.

Många mediciner men liten hjälp

Jag möter i mitt arbete som läkare på ett hospis svårt sjuka människor. Många av dessa kontrolleras på ett flertal sjukhuskliniker. Ofta vet patienten överhuvudtaget inte varför han eller hon kallas för kontroll än på den ena, än på den andra kliniken och de olika läkarna har ofta inte sinsemellan kontakt.

En man med prostatacancer skulle åka hem. Han var ensamboende med vårdbiträdes hjälp. Jag skrev ut recept på det stora antal medikamenter han använde. Hans dotter frågade om det kanske var något han redan hade – och visade mig tre stora plastkassar fulla med läkemedel! Där fanns mer än tusen Dolcontin-tabletter (långverkande morfin) av alla förekommande styrkor, hundratals morfintabletter, hundratals Flunitrazepam, hundratals Sobril, hundratals Dexofen – för att bara nämna de vanliga bildande medicinerna. Alla farmaka jag hade förskrivit fanns där, och många fler sorter, och i stora mängder. De var utskrivna av läkare vid fyra olika kliniker på sjukhuset, olika styrkor, med olika doseringsanvisningar på förpackningarna. Hur skulle denne gamle man kunna hantera detta på ett ändamålsenligt sätt? Är det god sjukvård, god offentlig ekonomi? Naturligtvis inte. Hans exempel är inte unikt.

En grupp patienter som far illa i dagens sjukvårdsorganisation är de multisymtomatiska patienterna. De går från klinik till klinik, utredda nästan överallt, skickade runt inte bara för sina mer övergripande symptom utan även för små krämpor. Jag har mött patienter som varit på snart sagt alla kliniker utan att egentligen ha fått någon hjälp men fått utskrivet en mängd mediciner, några här och några där, i ett förtvivlat försök av varje doktor att åtminstone låta patienten få prova något. Sedan har mediciner bara lagts till, sällan satts ut.

En annan grupp är patienter med flera diagnoser som förr skulle skötts av en enda internmedicinare men som idag tycks behöva flera subspecialisters kun-

DEBATT

» Jag har mött patienter som varit på snart sagt alla kliniker utan att egentligen ha fått någon hjälp men fått utskrivet en mängd mediciner, några här och några där, i ett förtvivlat försök av varje doktor att åtminstone låta patienten få prova något. »

skaper. Dessa patienter förefaller ha fallit mellan flera stolar, och trots att de har komplicerade sjukdomstillstånd och rimligen skulle behöva specialistens alla kunskaper remitteras de ofta till distriktsläkaren, kanske därför att det helt enkelt inte går att ta hand om dem på ett bra sätt inom nuvarande sjukhusorganisation.

Hur skulle en kvalitetsvärdering enligt rapportens modell utfalla om den applicerades på de beskrivna patientgrupperna?

I »Kärnsjukvård – en vision» redogör författarna för utvecklingen av sjukvården i Sverige samt gör en nulägesbeskrivning. De pekar på de problem som den medicinska teknologin och den kraftiga specialiseringen fört med sig. Sjukvårdens produktivitet har ökat vilket har medfört ökade kostnader för sjukvården medan inkomsterna – vinsterna – har tillfallit andra sektorer av samhället. Sjukvårdens resurser motsvarar idag inte vårdbehoven hos äldre och vårdefterfrågan från yngre människor. Vad skall prioriteras?

Den högspecialiserade vården är kostnadseffektiv bara om den når de patienter som verkligen har nytta av den. Författarna menar att någon måste bedöma varje patient med avseende på detta. För att göra denna bedömning behövs överblick och det kräver ett särskilt förhållningssätt med större ansvar för helheten med intensiv samverkan mellan olika vårdformer, mellan sjukvård och hemtjänst, mellan sjukvård och försäkringskassa. Denna överblick

Författare

ULLA SÖDERSTRÖM

överläkare, Axlagården, Umeå.

över patientens hela sjukdomsbild och hela allmänna situation bör, menar man, finnas hos läkare inom allmänmedicin, allmän kirurgi, allmän internmedicin och allmän psykiatri.

Förlegad organisation

Författarna finner nuvarande organisation med uppdelning i primärvård, länsdelssjukvård, länssjukvård och regionsjukvård förlegad. Man presenterar istället sin vision »kärnsjukvård» som skall hjälpa oss att tänka i nya banor, att ta vara på det som är bra i den svenska sjukvårdsmodellen som byggde på ett befolkningsansvar, men också ta vara på den utveckling som har skett mot en mer individualiserad och human vård med möjlighet till en egen läkare.

Vanliga åkommor på dygnet runt-akut

Med kärnsjukvård avser man den kärna i svensk sjukvård som möter de vanligast förekommande vårdbehoven och därmed står för en större del av sjukvårdskostnaderna. Här avses också ett förhållningssätt till den lidande patienten som innebär överblick över de medicinska möjligheterna att hjälpa men också över de sociala och psykologiska problem som kan vara knutna till sjukdomen eller skadan. Organisationsrisken avses den sjukvård som kan tillgodoses vid vårdcentral och vid länsdelssjukhus, länssjukhus och dessas akutmottagningar. Geografiskt handlar det om den sjukvård befolkningen behöver på rimligt avstånd från bostad och arbete. I den inkluderas en väl utbyggd akutvård – väl att observera att man måste utgå från den bedömning patienten gör av det akuta vårdbehovet accepterande att denna kan skilja sig från den rent medicinska bedömningen.

Den ena delen av kärnsjukvården kan alltså tillgodoses på vårdcentralerna ungefär så som dessa ser ut idag. Den andra delen skulle utformas som ett medicinskt centrum med de breda specialiteterna allmän internmedicin, allmän kirurgi och allmän psykiatri som kärna.

Kärnsjukvården planeras för ett geografiskt och befolkningsmässigt avgränsat område. Den har akutmottagning som är öppen dygnet runt, ett antal övervakningsplatser samt ett begränsat antal slutenvårdsplatser för diagnostik och behandling samt för vård i livets slutskede.

Två läkare per patient

Grundpelaren i den tänkta kärnsjukvården är den fasta förankringen i patient-läkarrelationen. Varje invånare har sin egen allmänläkare. När patienten behandlas på kärnsjukhuset knyts han/hon till den läkare som är aktuell – någon av specialisterna inom de nämnda

specialiteterna – och patienten får all sjukhushjälp via denne läkare. Det betyder att det bara är två ansvariga läkare inkopplade för varje patient, allmänläkaren och kärnsjukhusläkaren. När sjukhusvården upphör, återgår patienten till allmänläkaren för uppföljning.

Skriften beskriver en vision och är ett utkast utan detaljer. På några punkter förstår jag inte hur författarna menar, till exempel vilka läkare/specialister man har tänkt skall vara en del av kärnsjukvården. Är det fråga om alla subspecialister inom exempelvis internmedicinen? Är det i så fall inte risk att dessa på samma sätt som idag kommer att remittera patienten till ett flertal av sina andra internmedicinska subspecialiserade kolleger, eller skulle man återgå till en bredare utbildning för dessa kärnsjukhusläkare? Man menar att geriatriska vårdplatser inte skulle behövas, utan att geriatriken helt skulle skötas i form av öppenvård och sedan ute i det egna boendet; är det inte en önskedröm?

När jag ser på visionen av kärnsjukvården med utgångspunkt från det behov av förändring som jag visat på i mina exempel, tycker jag att den är intressant och leder in på rätt väg. Problemen för de patientgrupper jag talat om bör kunna lösas i den föreslagna organisationen.

Vem börjar?

Den stora svårigheten kommer man till när det gäller att testa förslaget i praktiken. Vem skulle våga? Hur lång tid skulle det ta? Skulle allt inte bara drunkna i administration och ekonomisk oro? Idéerna är bra, och det vore trist om de bara smusslades undan i byråkratins bokhylla. Det är bråttom att något görs!

Jag skulle vilja börja med att omgående införa sjukhushusläkare, dvs att bara en enda läkare på sjukhuset har ansvaret för varje patient. Vid behov kan ju den ansvariga doktorn konsultera sina kolleger. PAL – patientansvarig läkare – var en god tanke, men det handlar ju om en läkare vid varje klinik, och det slog aldrig igenom konsekvent. Det kan låta tidskrävande att ta ett större ansvar för patienterna, men jag tror att tid automatiskt kommer att frigöras eftersom en mängd dubbelkontrollerande faller bort – oftast handlar det om patienter som tar lång tid och mycket arbete vid varje läkarbesök på varje klinik de besöker.

Visionen om kärnsjukvården är så tilltalande att jag helst skulle se att man någonstans ville testa den omgående! •

Meningokockutbrottet breddas i Västafrika

Utbrottet av meningokocksjukdomar i västra Afrika omfattar nu Nigeria och flera grannländer. Den 15 mars 1996 hade WHO fått rapport om 17 668 fall varav 2 550 döda i Nigeria (folkmängd 108,5 miljoner). Från Niger (folkmängd 8,8 miljoner) norr om Nigeria har rapporterats 4 808 fall varav 722 döda, från Burkino Faso (folkmängd 10,0 miljoner) väster om Niger, 8 252 fall varav 722 döda, och från Tchad (folkmängd 6,2 miljoner) öster om Niger och Nigeria har 244 fall varav 19 döda rapporterats sedan januari 1996. Hittills har således ca 31 000 fall och 3 700 dödsfall rapporterats i de fyra länderna. Det är osäkert om ökningen speglar en reell utvidgning av epidemin eller endast motsvarar en intensifierad rapportering i samband med insatta åtgärder. I de två mest drabbade länderna, Nigeria och Burkino Faso har stora vaccinationskampanjer lanserats med vaccin mot meningokock a och c. I båda länderna har främst meningokocker serogrupp a påvisats i enstaka prov från kliniskt sjuka. Ytterligare internationella hjälpinsatser behövs.

Meningokocker av serogrupp a och c förekommer endemiskt i dessa delar av Afrika särskilt under årets första månader. 1996 års epidemi förefaller dock vara ovanligt omfattande. Epidemin illustrerar också vilka oerhörda proportioner ett sjukdomsutbrott får i tropiska länder med svåra sociala villkor och bristfälliga hälsovårdsresurser. Som kontrast kan nämnas att meningokockutbrottet i Skåne kring nyår 1996 inte har lett till ytterligare insjuknade utöver de 9 som först rapporterades (Läkartidningen 3/96 och 4/96).

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*