

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. Organisatoriskt 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 näm-

da 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 internmedicin? 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 kollegor, 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 omgäende införa sjukhushusläkare, dvs att bara en enda läkare på sjukhuset har ansvaret för varje patient. Vid behov kan ju den ansvariga doktorn konsultera sina kollegor. 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 omgäende! •

## 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*