

Trots starka protester

## Remisstvång införs i Jämtland

**Jämtlands läns landsting har nu beslutat att införa remisstvång för specialistsjukvård. Och remisstvånget ska även gälla inom gynekologi, vilket är unikt för svenskt vidkommande.**

**– Jag ser det bara som en politisk maktdemonstration, säger Ove Heide-Jørgensen som är länets enda privata specialist inom gynekologi.**

Beslutet om allmänt remisstvång för specialistsjukvård skulle egentligen tagits av Jämtlands läns landsting redan hösten 1996.

Men kritiken blev hård, inte minst för att tvånget även skulle gälla inom gynekologi. Landstinget sköt på beslutet.

Men den 5 juni togs ändå beslutet: remisstvång för specialistsjukvård gällande allt utom för barn- och ungdomspsykiatri, infektionskliniken och delar av hudkliniken. Landstingsrådet Ingrid Kallberg förklarar:

– Visst har vi lyssnat på protesterna. Men vi har långa köer, inte minst inom gynekologin, och specialisterna måste användas till specialistsjukvård.

– Idag kommer kvinnor till specialister för preventivmedelsrådgivning, graviditetskontroller och annat som kan skötas av primärvården.

Gynekologspecialist Ove Heide-Jørgensen tar emot cirka 5 000 patienter per år (för länets privatvård som helhet ligger antalet patientbesök på omkring 20 000 per år). Ove Heide-Jørgensen menar att remisstvånget kommer att leda till stora kostnadsökningar för landstinget.

– Det är helt rätt tänkt att försöka föra över fler patienter till primärvården. Men då måste det också finnas kompetens inom primärvården att ta hand om dessa patienter.

– Nu kommer många kvinnor att först tvingas till primärvården, för att sedan på remiss få komma till en specialist inom gynekologi. Två läkarbesök i stället för ett blir naturligtvis dyrare för landstinget, säger Ove Heide-Jørgensen.

En del debattörer menar att ett tillstånd för nyetablering av ytterligare en privat specialist inom gynekologi skulle kapa köerna rejält.

Landstingsrådet Ingrid Kallberg är negativ till den lösningen, men medger samtidigt att det inte finns några bra kal-

kyler som jämför landstingets kostnader för privat specialistvård respektive sjukhusbunden.

– Det är oerhört svårt att göra sådana jämförelser. Men vi har ett mycket bra sjukhus och det är viktigt att vi behåller sjukhusets specialistsjukvård och inte lägger ut mer resurser på stan.

Den största negativa effekten med remisstvånget blir det ändå för Jämtlands kvinnor, menar Ove Heide-Jørgensen.

– Många kvinnor arbetar inom vården och vill som patient av naturliga skäl ofta inte träffa en läkare som man annars kanske arbetar tillsammans med. Valfriheten försvinner vilket är allvarligt.

För att möta det ökade trycket på primärvården inom gynekologi planerar landstinget att öppna en speciell kvinnohälsa under 1997 i primärvårdens regi, dock utan gynekologispecialist.

En utvärdering av effekten av remisstvånget för gynekologisk specialistsjukvård är också planerad. En sådan kan bli aktuell tidigast om ett år.

Landstinget ska även inleda samtal med länets privatpraktiker för att få till stånd någon form av vårdavtal.

*Peter Örn*

slagna kvalitetsindikatorerna är avsedda för dels sjukhus med somatisk korttidsvård, dels sådana vårdcentraler/läkarmottagningar som har kompetens och utrustning för att på platsen bedöma och handlägga de flesta akuta tillstånd – även hos spädbarn och större barn – eller förbereda för transport till sjukhus.

Arbetsgruppen påpekar att det är chefsöverläkarens ansvar att kvalitets-säkringsarbetet utförs. Detta underlättas om enhetliga mått- och mätmetoder utvecklas. Registersystem är nödvändiga för uppföljning av resultat kvaliteten.

Målsättningen bör vara att man vid alla akutmottagningar har åtminstone ett akutfallsregister som omfattar alla individer som söker.

Arbetsgruppen skriver i sin rapport att detta register bör innehålla uppgifter om patientens namn, kön, ålder, boende och diagnos respektive symtom som vederbörande söker för.

Dessutom behövs specifika diagnosregister, exempelvis för svåra trauma-fall, hjärtinfarkt, stroke, men dessa behöver inte vara direkt knutna till akutmottagningen. Dock måste de innehålla uppgifter som täcker kvaliteten på akutmottagningen, exempelvis väntetider och andra faktorer som kan påverka

vårdresultat och patienttillfredsställelse.

Resultatuppföljning omfattar förutom de objektiva mått som kan fås ur olika registersystem också patienters och/eller anhörigas uppfattning om kvaliteten i det akuta omhändertagandet. Detta kan ske med hjälp av patientenkäter, antingen riktade till vissa patientgrupper eller till samtliga som söker, periodvis eller mer kontinuerligt.

– Kvalitetsarbete måste förstås pågå kontinuerligt och genomsyra all personal. Kvalitetsutveckling är ingenting som man gör en enda gång och sedan bedömer som avklarad.

– En stor utmaning är vidare att utveckla ett gott konstruktivt samarbete ut mot samhället. Akutmottagningarnas samarbetsrutiner har breddats med åren, bl a i form av utökad samarbete med kommunernas äldrevård och socialförvaltningar, säger Kerstin Hulter-Åsberg.

### Följa upp resultat

– Det handlar även om att etablera ett gemensamt språk kring kvalitetsutveckling inom akutvården. Man kan se vårt initiativ som en bro mellan hur det är idag och i framtiden, även relaterat till det måldokument om akutsjukvår-

dens framtid som Socialstyrelsen har enats om. När varje akutmottagning följer upp sina egna resultat och jämför sig med andra, så kan det bli ett bra incitament för utveckling, avslutar Kerstin Hulter-Åsberg.

Arbetsgruppens förslag kommer nu att skickas ut på remiss till specialitetsföreningarna och de sektioner inom Läkarförbundet och Läkaresällskapet som kan förväntas ha intresse av detta. En praktisk prövning av den föreslagna modellen för kvalitetsarbete vid akutmottagningar planeras till hösten 1996.

Arbetsgruppen för kvalitetsutveckling av akutmottagning inledde sitt arbete 1994 och har bestått av företrädare för sex olika specialitetsinriktningar: Ulf Théen (allmänmedicin), Kerstin Hulter-Åsberg, sammankallande (internmedicin), Christer Wettervik (kardiologi), KG Janunger och Henrik Weibull (kirurgi), Hans Törnquist (ortopedi) och Claes Hollstedt (psykiatri).

*Bo Lennholm*

### Referens:

1. Medicinsk faktadatabas, MARS. Tema: Akut omhändertagande – en konsekvensanalys. Socialstyrelsen, 1995.