Dags formulera vision om primärvårdens framtid

– För två år sedan var förändringströttheten stor i primärvården. Så är det inte längre.

Det konstaterade Läkarförbundets ordförande Robert Leth vid Distrisktsläkarföreningens fullmäktigemöte i Malmö i slutet av april. Han uppmanade DLF att formulera sin vision om hur primärvården ska vara i framtiden.

I vintras presenterade Läkarförbundets Prima-grupp en summering av de senaste årens erfarenheter inom primärvården. Arbetsgruppen presenterade också förslag hur man ska åstadkomma bibehållen läkartäthet inom primärvården. I rapporten konstateras att det råder stor osäkerhet om hur landstingen kommer att utforma primärvården de närmaste åren.

Det man vet är att landstingen minskat på rekryteringen genom att inte anställa lika många ST-läkare som tidigare. Antalet ST-läkare i allmänmedicin är idag så lågt att de inte räcker för att täcka de kommande pensionsavgångarna.

– En av mina visioner, och som Läkarförbundets centralstyrelse ställt sig bakom, är att målet ska vara 6 000 allmänläkare, sade Christina Fabian, Läkarförbundets andre vice ordförande som varit ordförande i Prima-gruppen.

För att nå målet 6 000 allmänläkare borde 240 nya ST-läkare i allmänmedicin anställas varje år. Men så sker alltså inte. För att nå dit skulle varje vårdcentral behöva anställa en ny ST-läkare vart fjärde år.

– Det kommer inga lösningar uppifrån, vi måste själva se till att det blir gjort, sade Christina Fabian.

Central fråga

– En av de viktigaste faktorerna är att vi tar på oss uppgiften att leda primärvården, påpekade Carl-Eric Thors, DLFs ordförande.

Björn Olsson, ordförande i SFAM, Svensk förening för allmänmedicin, höll med om att bemanningen är helt central för primärvårdens förmåga att utföra ålagda uppgifter. Han tyckte det är bra att Läkarförbundet ställt sig bakom målet 6 000 allmänmedicinare.

– Men jag är orolig för tidsperspektivet. Jag tycker det är för långt. Jag skulle vilja uppleva det under min aktiva tid, sade Björn Olsson.

Staffan Skobe, Kalmar, påpekade att primärvården står inför nya stora arbetsuppgifter med bl a hemsjukvård, palliativ vård och överföring av patienter från slutenvården.

– Hur ska vi klara det med en dimensionering enligt Prima-gruppen? Det är ingen vision utan en resignation, tyckte Staffan Skobe.

Ingvar Norén, ledamot i DLFs styrelse, menade att distriktsläkarna varit för passiva.

– Vi har tagit på oss arbetsuppgifter ingen annan velat ha. I stället borde vi som andra specialiteter definiera vårt arbete, menade Ingvar Norén.

En del av diskussionen ägnades den gamla frågan om listning kontra områdesansvar.

– Vi ska ta fasta på talet om fast läkarkontakt. Lista eller område spelar ingen roll så länge vi har namnen och känner våra patienter, sade Per Mjörnheim, Södertälje.

Han tyckte också att det finns gott om visioner, men att det saknas strategier för att genomföra dem. Han menade att DLF borde arbeta ihop med SFAM om detta, vilket styrelsen tog till sig.

Robert Leth knöt ihop debatten och konstaterade att frågorna om bemanning och arbetsuppgifter är intimt kopplade med visioner om primärvården.

– Vi har en schizofren situation med arbetslöshet och specialistbrist. Det är effekten av ett totalt sammanbrott av landstingens planeringsansvar, sade Robert Leth.

Kristina Johnson

Donald M Berwick:

Förmåga till förändring en strategi för överlevnad

– Idag spelar det ingen roll hur bra man är – det som betyder något är hur snabbt man kan bli bättre.

Det sade Donald M Berwick, MD och VD för Institute for Healthcare Improvement, Boston, USA, som talade vid Chefsföreningens temadag i slutet av april.

Donald M Berwick konstaterade att den ekonomiska pressen på sjukvården är stor idag i USA. Därför fungerar det inte att hålla fast vid det gamla. När det gäller att utveckla sjukvården i fråga om kvalitet eller system är han inte främmande för att hämta idéer och inspiration från vitt skilda delar av näringslivet. Och det är från näringslivet han lärt sig att i dagens snabbt föränderliga värld är förmåga till förändring en fråga om överlevnad.

Sina första, negativa, erfarenheter av kvalitetsutveckling fick han som anställd av en HMO med uppdrag att utveckla mätsystem för kontroll av vårdkvaliteten.

– Jag mötte motstånd bland kollegerna när jag mätte patienternas tillfredsställelse. Rapporterna ledde inte till någon förbättring av kvaliteten, sade Donald M Berwick.

– Inom sjukvården förstår vi vad kvalitet är, men vi vet inte hur den ska utvecklas. Problemet är bristen på förståelse för systemet.

Han hävdade att ur systemets synvinkel producerar läkarna fragment och inte system. För att förklara vad han menade jämförde han med en bil. Den som samlar ihop de bästa bildelarna i världen från olika bilfabrikanter kan inte sätta ihop världens bästa bil. Delarna bildar inte ett enhetligt system.

– Varje system är perfekt utformat för att producera exakt de resultat man får, menade Donald M Berwick.

Det menade han gäller i allra högsta grad sjukhusen. Och det var anledningen till att kvaliteten inte förbättrades trots hans mätningar. Utförandet ändrades inte därför att systemet inte ändrades.

Han påpekade också att perfektion i en del kan påverka hela systemet negativt. För att illustrera detta berättade han om chefen för en traumaenhet vid ett sjukhus i USA som drivit igenom att röntgenläkaren skulle finnas på plats när ett traumafall kom in oavsett om denne behövdes eller inte. Det innebar att alla andra patienter fick vänta.

Donald M Berwick underströk att förbättringar för patienterna är helt beroende av systemförändringar och att det är ledaren som måste initiera dessa. Han menade att det första och viktigaste steget är att sätta upp ambitiösa mål som t ex helt felfri läkemedelsdistribution eller sjukvård helt utan väntetider.

Kristina Johnson