

Samverkan är professionens uppgift!

HÖGA FÖRVÄNTNINGAR PÅ ALLMÄNLÄKARKONSULT

En ny samverkansmodell för sjukhusspecialister och allmänläkare har under de senaste åren fått stor spridning i Danmark. Den bygger på ett tydligt professionellt ansvar, personliga kontakter över gränserna och förankring i de egna leden och fungerar utan formella ledningssystem.

Modellen införs nu i snabb takt i Sverige. Erfarenheterna är hittills positiva och förväntningarna höga.

Nedskärningarna inom sjukvården i Sverige anses av många ha nått en gräns. Vårdens säkerhet och kvalitet riskerar att försämrats. Primärvården skall framgent vara basen för hälso- och sjukvården, och besparingskraven på sjukhusen kommer att öka och ställa krav på rationalisering.

Detta kommer att innebära förskjutningar av arbetsuppgifter och påverka resursfördelningen mellan sjukhusvård och primärvård, vilka idag fungerar som två separata system med utvecklade samverkansformer. Bättre kommunikation och samverkan är därför nödvändigt för att vårdkvaliteten i framtiden ska bli tryggad och sjukvårdens totala resurser kunna utnyttjas optimalt.

Det finns många exempel på bristande samverkan i dagens hälso- och sjukvård. Patienterna får ofta olika besked från sjukhusläkare och primärvårdens allmänläkare och upplever två skilda sjukvårdssystem. De två systemen hanterar samma patienter men talar inte samma språk.

Värst är det då vårdkedjan brister, och patienten befinner sig i ett otydligt gränsland mellan de båda vårdnivåerna. Då den kommunala hemsjukvården

kommer in i bilden ökar kraven på samsyn och kommunikation ytterligare.

Ömsesidiga missförstånd

Ett problem för sjukhusen är den stora andelen akuta inläggningar, som ofta sker på jourtid. Sjukhuskolleger upplever ofta allmänläkarna som »anonyma», dvs de vet för litet om kunskaperna och möjligheterna att överta och utreda patienter i primärvården, och de uppfattar kompetensen som ojämnt fördelad mellan olika allmänläkare.

Remisserna till sjukhusspecialister är ibland ofullständiga och ger dåligt underlag för prioritering. »Onödiga» remisser från primärvården förekommer och bidrar till ökade väntelister. Sjukhusspecialister tar på vissa håll initiativ till informationsmöten riktade till primärvården, men intresset för denna undervisning hos allmänläkarna är ganska svagt, och endast ett fåtal brukar infinna sig.

Allmänläkarna, å sin sida, har ofta bekymmer med att epikriserna från sjukhuset kommer sent. Har patienten sökt direkt på sjukhuset kan de utebli. Allmänläkaren som ibland behöver ett snabbt råd från en sjukhusspecialist kan ha svårt att nå denne och skriver remiss i stället.

Ett annat problem för allmänläkare är den långa väntetiden för sjukhusremitterade patienter. Ibland hör man allmänläkare ifrågasätta om sjukhusspecialister egentligen förstår hur »verkligheten» ser ut på deras mottagningar.

Orsakerna till gemensamma problem uppfattas ofta olika av allmänläkare och sjukhusspecialister. Det bidrar till att öka klyftorna och det kan uppstå myter och missförstånd, vilket inverkar negativt på både vårdkedjan och patientomhändertagandet.

Mycket att vinna på samverkan

Inom dagens primärvård finns sannolikt en stor, outnyttjad *kunskapsmässig* potential att överta vissa patienter som traditionellt behandlas inom sjukhus. Idag förhindrar dock den sneda fördelningen av läkare mellan sjukhus och primärvård en överföring av dessa patienter.

Även med nuvarande förutsättningar

DEBATT

»Arbetet måste ges fria ramar och ske på professionens villkor – tanken är att problem lättast löses genom personliga kontakter mellan parter som är direkt involverade i vårdarbetet. Det är också väsentligt att verksamheten förankras i de egna leden och att det skapas en känsla av delaktighet hos sjukhus- och allmänläkarkolleger.»

torde dock sjukhus- och allmänläkare ha mycket att vinna på att samverka, kommunicera och vidga förståelsen för varandras arbetsätt. Att samma synsätt tillämpas vid diagnostik, behandling och rådgivning är viktigt för patienten.

Sjukhusets och primärvårdens läkare borde, med sina kompletterande kompetensområden, ta ett gemensamt befolkningsansvar. Förutsatt att det råder resursbalans mellan sjukhus och primärvård kommer en allmänläkare som ser att remissväntetiderna till sjukhuset ökar att remittera med större återhållsamhet och prioritera sina remisser själv i stället för att överlåta ansvaret till sjukhusspecialisten.

Otydlig ansvarsfördelning mellan sjukhusspecialister och allmänläkare är ett vanligt problem som leder till dubbla undersökningar och att patienter omhändertas på fel vårdnivå. Ett exempel är rehabiliteringsinsatserna efter hjärtinfarkt som sker på sjukhus men också i primärvård.

Om kommunikationen och samverkan blev bättre skulle arbetsfördelningen bli tydligare, men framför allt skulle det leda till högre kvalitet och större förtroende för sjukvården hos befolkningen.

Olika arbetsmetoder

Det finns olika sätt att åstadkomma samverkan. Traditionellt har arbets-

Författare

GÖSTA ELIASSON

distriktsläkare, medlem i SFAMs kvalitetsråd, Vårdcentralen Centrum, Falkenberg.

grupper tillsatts för att utarbeta gemensamma arbetsfördelningsavtal och vårdprogram. Många gånger skapar processer och diskussioner som föregår själva överenskommelsen en ökad samsyn mellan deltagarna i arbetsgruppen. Det är dock inte självklart att alla som förväntas använda vårdprogrammen delar denna samverkanssträvan.

Det förekommer att sjukhuskliniker ställer konsultverksamhet till förfogande genom att en specialistläkare arbetar på en vårdcentral. Denna form av samverkan kan innebära kommunikation och kunskapsöverföring mellan specialiteterna.

Allmänläkare som arbetar som konsulter och rådgivare i övergripande sjukvårdsfrågor på specialistkliniker och därmed skapar ömsesidiga kontakter har vi inte varit vana vid i Sverige. I Danmark, däremot, har en sådan modell sedan början av 1990-talet prövats och givit goda erfarenheter.

Den danska »ordningen»

Liksom i Sverige är det i Danmark vanligt med långa väntetider för remitterade patienter, sena och ofullständiga epikriser och undervärdering av allmänläkarna på sjukhusen. Sjukhusläkarna hotas av minskande resurser, upplever långa väntetider, undermåliga remisser och många onödiga akuta inläggningar.

Traditionellt har man sökt lösa problemen i regionala samarbetsorgan och genom lagstiftad, tvärsektorieell planering mellan sjukhus och praktiker. Det har ofta varit en lång väg från ord till handling. Det som saknades i Danmark var alltså en »brobyggarfunktion» mellan praktiker och sjukhusläkare.

Vid Odense universitetssjukhus infördes 1991 den s k praksiskonsulentordningen [1]. En av de direkta orsakerna var problem med extremt långa väntetider till vissa kliniker.

Praksiskonsulentordningen bygger på följande principer:

- överensstämmelse med övergripande politiska målsättningar men oberoende av formella ledningssystem,
- ansvaret för samverkan åvilar professionen,
- förankring i de egna leden, dvs alla kolleger är delaktiga och kan påverka processen,
- representantskap, dvs en utvald person företräder kolleger och framför deras åsikter,
- utnyttjandet av personliga kontakter och nätverk.

Konsulent och koordinator

Praktiskt går »ordningen» ut på att en erfaren allmänläkare, en s k *praksis-*

konsulent, knyts till en sjukhusklinik och tjänstgör där 1/2–1 dag i månaden. Uppgifterna för praksiskonsulenten är att vara synlig och erbjuda kliniken hjälp i primärvårdsfrågor. Tillsammans med specialistkolleger utarbetas riktlinjer för diagnostik, behandling, uppföljning och patientinformation, gemensamma för sjukhuset och allmänläkarna i området.

Vid flera kliniker har undermåliga epikriser och remisser varit de stora utmaningarna. Konsulenten har även en viktig roll när det gäller att initiera gemensamma informations- och utbildningsinsatser för sjukhusspecialister och allmänläkare.

I bakgrunden finns en s k *koordinator*, som ser till att kontakterna mellan kliniker och konsulenter fungerar. En koordinator brukar på halvtid ansvara för upp till 20 konsulenter och är utgivare för ett informationsblad som distribueras till alla specialist- och allmänläkare i området.

Bladet utkommer cirka en gång i månaden, och förmedlar de råd och riktlinjer som konsulenter och sjukhusspecialister gemensamt utarbetar. Informationsbladen, till vilka hör en samlingspärm, uppfattas som viktig lokal referensinformation, av både sjukhusspecialister och allmänläkare.

De första försöken till praksiskonsulentordning i Odense 1991 slog väl ut, och idag har över hälften av sjukhusen i Danmark praksiskonsulenter. Brobyggandet mellan sjukhuskolleger och allmänläkare i Danmark fortsätter, fler kliniker skaffar sig praksiskonsulent, och deras arbetsområden ökar.

Skiftande erfarenheter

Vad har »ordningen» betytt på Fyn? Politiker, tjänstemän och läkare i Odense hävdar samma sak: praksiskonsulentordningen har med låga omkostnader åstadkommit en märkbar förbättring av kommunikationen mellan primär- och sjukhusvården. Enligt en mindre evaluering gjord i Odense 1992 har fördröjningar av epikriser minskat, remisserna fått bättre kvalitet och ett stort antal behandlingsanvisningar för olika sjukdomsgrupper utarbetats [1].

Under professionens eget ansvar och engagemang tycks det gå snabbt att ta fram praktiska lösningar på olika problem. Resursutnyttjandet anses ha blivit bättre genom att dubbla utredningar kunnat undvikas och genom att många patienter som tidigare behandlats på sjukhus numera kan behållas inom primärvården.

Det bör nämnas att man i Danmark varnar för att de fortlöpande kontakterna med allmänläkarkollegerna kan vara dåliga och äventyra verksamheten.

Praksiskonsulenten kan bli »ambasadör» för sjukhuset och få svårt att vara neutral. En faktor som kan bidra till detta är att konsulenter erhåller timarvode från den klinik de arbetar för.

Konsulenter har hävdat att arbetsuppgifter kan överföras från sjukhus till primärvård utan att koppla detta till resursfrågor. Information från konsulenterna till kollegerna är viktig, men kan bli en börda om den blir omfattande. Informationsblad brukar därför inte innehålla mer än två sidor.

Praksiskonsulenten är med sina 4–8 läkartimmar per månad på kliniken inte någon stor utgiftspost. I Danmark betalar klinikerna praksiskonsulenternas arvode ur egen budget och motiverar detta med att vinsterna, både de kvalitetsmässiga och de ekonomiska, vida överstiger kostnaderna. Koordinatorn, som håller ihop verksamheten i ett område, och som för detta arbete förbrukar 15–20 arbetstimmar i veckan, finansieras med centrala medel.

Svensk modell i 18 landsting

I Sverige, liksom i viss mån i Norge, har den danska modellen väckt stort intresse. På Läkaresällskapets riksstämma i november 1996 presenterades praksiskonsulentordningen, som i Sverige benämns allmänläkarkonsultverksamhet, av den praktiker som en gång införde den, Per Grinsted. Redan i januari 1996 infördes modellen i Helsingborg och i april 1997 hade den införts i 18 landstingsområden.

Förväntningarna har varit höga, såväl från administrativt håll som från sjukhus och primärvård. På de flesta håll har det politiska stödet varit stort. Konsultverksamhet har startats i projektform med tydlig avsikt att på sikt integreras i ordinarie verksamhet. Inte minst sjukhusläkarna har varit positiva, eftersom allmänläkaren idag är en viktig samarbetspartner.

I flera landsting, bl a Halland, har distriktssköterskor engagerats som konsulter. De arbetar tillsammans med allmänläkarkonsulten och är inriktade på omvårdnadsfrågor och kontakter med sjukhusets sjuksköterskor.

Ännu få erfarenheter i Sverige

De i Sverige dokumenterade erfarenheterna är hittills få. I en utvärdering gjord i Helsingborg 1996, byggd på enkäter och intervjuer, konstateras att kontakterna mellan primärvårdens allmänläkare och sjukhusspecialisterna hade ökat och samarbetet förbättrats [2].

På många håll har patientrelaterade kvalitetsbrister påvisats. Sålunda har en allmänläkarkonsult studerat akutmot-

tagningen på ett sjukhus och funnit att halvvakuta patienter med svår sjukdom omhändertas på akutmottagningen trots att behovet av akut behandling är litet. Patienten får sedan passera många mellanled och läkarkontakter på vägen till avdelningen.

Det beskrivs också en tendens hos allmänläkare att akut remittera patienter, på vilka utredning påbörjats i primärvården och där patienten långsamt blivit sämre. En akutmottagning är inte lämpad att hantera elektiva utredningar. Dessa fall borde diskuteras direkt med en erfaren sjukhusläkare [3].

För dessa två typfall orsakar bristen på kommunikation med sjukhuset en kvalitetsförsämring. Genom att man använder informationsbladet för att beskriva förhållandet, når budskapet ut till allmänläkarna, som därmed själva kan föreslå lämpliga åtgärder.

Målformuleringen viktig

Är det klokt att satsa läkartimmar, entusiasm och pengar på en metod som i Danmark visserligen rapporteras kunna förbättra vårdens kvalitet och effektivitet, men som vi saknar erfarenhet av?

Svaret är inte givet, men intuitivt borde bättre samverkan och kommunikation inom sjukvården med de blygsamma ekonomiska insatser som det här är fråga om vara positivt, och det kan vara försvarbart att införa modellen.

Det bör framhållas att praksiskonsulentordningen i Danmark inte tillkom som en ren besparingsåtgärd, även om ekonomiska vinster tycks ha åstadkommit. Den utgår från patientperspektivet och strävar efter att förbättra vårdkvalitet.

Arbetet måste ges fria ramar och ske på professionens villkor – tanken är att problem lättast löses genom personliga kontakter mellan parter som är direkt involverade i vårdarbetet. Det är också väsentligt att verksamheten förankras i de egna leden och att det skapas en känsla av delaktighet hos sjukhus- och allmänläkarkolleger.

För förankring i de egna leden har man i Sverige på många håll använt sig av de allmänmedicinska utbildnings- och kvalitetsutvecklingsgrupperna. Gruppledarna har därvid svarat för kontakter med konsulterna.

Behovet av samverkan måste vara tydligt, från både sjukhusspecialisternas och allmänläkarnas sida.

På några håll har verksamheten startats med rekrytering av ett stort antal konsulter samtidigt och har fungerat bra. På andra håll råder tveksamhet hos vissa sjukhuskliniker, eller också föreligger svårigheter att engagera allmän-

läkarkonsulter. Här vinner man troligen på att först införa verksamheten på några få, intresserade kliniker som får skaffa erfarenheter. Blir dessa positiva kommer fler kliniker och allmänläkare att visa intresse.

Behövs utvärdering?

Frågan om utvärdering har varit aktuell på många håll. Innan nya arbetsmetoder införs, brukar brister och problem som finns i den existerande organisationen beskrivas, och med dessa som utgångspunkt formuleras målen. En övergripande »kvalitetsindikator» för hälso- och sjukvård borde vara dess förmåga att uppfylla de politiska målen, bland annat i vilken grad vården är patientcentrerad och primärvårdsbaserad.

I detta sammanhang är det viktigt att bedöma attitydförändringar hos vårdpersonal och effekter på informationsutbyte, utbildning, kommunikationsmönster och vårdkonsumtion. Exempel på enklare, mätbara variabler som kan påverkas av allmänläkarkonsultverksamhet är tillgänglighet, kontinuitet, patienttillfredsställelse, vårdkonsumtion och remissväntetider.

Det har ifrågasatts huruvida en traditionell utvärdering är nödvändig eller ens möjlig då det gäller allmänläkarkonsultverksamhet. På Fyn var alla parter överens om att införa praksiskonsulentordningen i stor skala, och en utvärdering av resultatet ansågs därför inte angelägen. Om meningarna varit delade hade det sannolikt blivit nödvändigt att genomföra en sådan.

I Odense insåg sjukhusledningen att en resultatutvärdering skulle innebära kostnader som vida översteg själva praksiskonsulentordningens. Den valde då i stället att erbjuda klinikerna medel så att de skulle kunna finansiera praksiskonsulterna under ett år. De kliniker som önskade fortsätta fick därefter betala ur egen budget.

SFAM har en viktig roll

Allt talar för att sjukvården i Sverige kommer att engagera fler allmänläkare som konsulter på sjukhus. Eftersom professionellt intresse för samverkan och kollegial förankring är en förutsättning för att bedriva allmänläkarkonsultverksamhet har det varit naturligt att skapa ett nätverk och samla erfarenheter inom rådet för kvalitetsutveckling inom Svensk förening för allmänmedicin (SFAM). De lokala SFAM-föreningarna i landet har en viktig roll och bör aktivt medverka vid rekrytering av konsulter och koordinatörer samt verka för att de principer som nämnts ovan tillämpas.

En detaljerad redogörelse för all-

mänläkarkonsultverksamhetens startkultur, organisation och målsättning på fyra orter i Sverige (Helsingborg, södra Halland, Lund–Orup och nordöstra sjukvårdsområdet i Stockholm) är under tryckning och kommer att ges ut av Spri förlag under 1997.

Referenser

1. Grinsted P. Praksiskonsulter tillknypat sygehusafdelningerne ved Odense og Nyborg sygehuse, Fyns Amt. Evalueringsrapport & Bilagsrapport. Odense: Sygehusforvaltningen, Fyns Amt, 1992.
2. Björgell P, Olsson P. Kommunikation på gång. Värdering av Allmänläkarkonsultprojektet i Helsingborg efter ett halvår. Helsingborg: Allmänmedicinskt Centrum samt Helsingborgs lasarett, 1996.
3. Domeij D. Allmänmedicinskt Tema. Linköping: Allmänmedicinskt Centrum, 1997 april; 1 (3): 1-3.

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras tex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfälskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red