

blir en bruttokostnad på 1,9 miljarder i minskade patientavgifter för sjukvård, 4 miljarder i minskade patientavgifter för läkemedel eller 6 miljarder kronor totalt. Kostnadsbesparingarna genom att slippa administrera patientavgifterna torde uppgå till omkring 6–10 miljarder. Det blir en nettovinst för samhället på 0–4 miljarder genom att ta bort patientavgifterna.

Ännu större blir vinsten på läkemedel genom att doktor och patienter kan samarbeta bättre och därmed spara läkemedel. Patienterna slipper tvingas att hamstra tre månaders läkemedel dagen innan frikortet går ut.

De friska slipper undan

I Reform på recept uttrycktes på sidan 137 följande klarsynta tanke:

»En relativt stor grupp, nämligen de knappt 40 procent av befolkningen som inte köper något läkemedel under ett år, lämnar överhuvud taget inga bidrag till finansieringen genom avgifter. Det är endast genom den del av finansieringen som sker via skatter som den gruppen medverkar till förmånssystemets finansiering. Det betyder således att de ökade egenavgifterna för förmånen – med de ekonomiska förutsättningar som gäller för kommitténs arbete – måste fördelas mellan de omkring 60 procent av befolkningen som svarar för läkemedelsutköpen.»

23 procent (3,2 miljarder kronor) av receptläkemedelskostnaderna om totalt 13,9 miljarder kronor finansierades 1995 via patientavgifter. 77 procent (10,7 miljarder kronor) finansierades solidariskt genom egenavgifter och arbetsgivaravgifter (inga skatter!) via sjukförsäkringen (källa: Fakta 97, LIF). Till detta skall läggas att 44 miljarder kronor av våra sjukförsäkringspengar gick raka vägen ned i Göran Perssons »svarta hål» år 1995.

Genom att ta bort patientavgiften inkluderades även de knappt 40 procent av befolkningen som inte köper något läkemedel under ett år som solidariska läkemedelskostnadsbidragare, i likhet med de omkring 60 procent av befolkningen som svarar för läkemedelsköpen.

Till detta kommer då också en sammanlagt lägre total kostnad för läkemedel, genom att både förskrivare och läkemedelsbrukare kommer att använda receptblanketterna på ett intelligentare sätt. (Svårigheten att få patienten att äta nödvändig medicin ger frågan: Vem äter medicin i onödan?) Ytterligare besparingar i miljardklassen görs genom den minskade administrationen runt läkemedelshanteringen.

Slutsatsen blir att det är för samhället och individen ekonomiskt klart lönsamt att *ta bort de orättfärdiga patientavgifterna!* •

Föreنا folkets, politikernas och personalens förväntningar!

Pengar som följer patienten, ökade läkarresurser, integration med den övriga sjukvården och satsning på fortbildning och forskning är några av de hörnstenar som den framtida primärvården bör vila på. Därtill krävs en bred kompetens med olika personalkategorier som en förutsättning för teamarbete.



Visioner i primärvården

DEBATT

»Primärvården kan inte med dagens resurser ta på sig fler uppgifter. Varje liten eller stor uppgift tar tid, tid som inte finns och är uppbunden på annat. En mycket tydlig målformulering från politiker och en resursfördelning som står i paritet med detta behövs.»

är annorlunda än de mål som sattes upp för 20 år sedan. Den ekonomiska verkligheten är mycket förändrad, det politiska budskapet har blivit tydligare, och patienterna har blivit fler med ett annat sjukdomspanorama, och de ställer idag annorlunda krav.

Välkända nyckelord

Både politiker och befolkning som tillfrågats är ganska eniga om den förväntan som finns på primärvårdens innehåll, och välkända nyckelord kommer fram med stor tydlighet:

Hög medicinsk kompetens, god tillgänglighet, geografisk närhet, kontinuitet med god tid för en konsultation, en fast läkarkontakt.

Hur kan då primärvården i framtiden leva upp till denna förväntan?

Inom svensk primärvård finns mycket välutbildade läkare – de svenska allmänmedicinarnas kompetens är bland den bästa i Europa och världen: fem års specialistutbildning grundad på nationell målbeskrivning och tjänstgörings-

Primärvårdspropositionen har tydliggjort primärvårdens roll som bas i den svenska hälso- och sjukvården, detta efter år av olika reformer och mängder av organisationsförändringar. Svensk primärvård och allmänmedicin har i samband med dessa yttre faktorer fått pröva nya arbetsmetoder och nya organisationer, och vi har idag en mångfald av lösningar inom landet.

I stort sett har inte några av dessa omvälvande förändringar hunnit utvärderas innan nya beslutats, vilket man måste beklaga. Trots att det nu inte planeras förändringar i dignitet med Ädel- och Husläkarreformerna kan lokala förändringar och omstruktureringar som planeras vara nog så omtumlande för verksamheten.

I perspektiv av vad som hänt sedan svensk primärvård började formas för cirka 20–25 år sedan finns det mycket att glädjas åt. När jag som nybliven specialist 1978 kom till min första fasta distriktsläkartjänst var vi fem läkare som i en medelstor svensk stad hade ett områdesansvar med en befolkning på 42 000. Vid den tidpunkten var det närmast utopiskt att tänka sig en distriktsläkare på 2 000 invånare, vilket i dag har fått en allmän acceptans.

Stora förbättringar

Primärvården har blivit en synlig och viktig del i sjukvårdssystemet och vårdkedjan. Utbildningsnivån på alla som arbetar inom primärvården har genomgått en enorm höjning, teamarbete har fått utvecklas, förankringen lokalt hos befolkningen har utvecklats, och vårdcentralen är en viktig del av samhällsservicen på orten.

Vårdcentralerna står för trygghet och kontinuitet för de flesta som har kontakt med sjukvården. MVC, BVC och skolhälsovård bidrar till att sprida kunskap och förtroende för den lokala primärvården.

De utmaningar vi står inför år 2000

Författare

CHRISTINA NERBRAND
chefsöverläkare,
Universitetssjukhuset,
Lund.

ANNONS

ANNONS

program. Dagens distriktsläkare har dessutom lång klinisk erfarenhet.

Den förändrade grundutbildningen av läkare har gjort att unga medicinare tidigt får kontakt med allmänmedicin, vilket starkt främjar rekrytering, förståelse och anseende. Detta har också bidragit till en ökande självkänsla, och vi har idag en mycket positiv rekrytering av nya ST-läkare.

Kräver mera tid

Förändringarna i sjukvårdsstrukturen har medfört att patienterna har en alltmer komplicerad sjukdomsbild som kräver dels en hög medicinsk kompetens, dels mera tid och resurser. Patienterna är idag upplysta, frågvisa och delaktiga i beslut om åtgärder.

Denna positiva utveckling leder dock till ökad tidsåtgång – även vid ett besök för en till synes banal åkomma skall det finnas utrymme för information och läggas en grund för att patienten tar ett fortsatt aktivt ansvar för sin hälsa. En stor del av hälsoproblemen har en psykosocial bakgrund, varför sådan kompetens är mycket viktig inom primärvården.

Viktiga personalresurser

Distriktsköterskorna har en unik kompetens och stort ansvarsområde. Arbetet är självständigt och kräver bred kompetens. I stort sett alla sjuksköterskor inom primärvården har idag specialistutbildning i öppen hälso- och sjukvård.

Genom BVC och MVC har den svenska primärvården en unik kontaktyta med befolkningen – distriktsköterskor och barnmorska samt distriktsläkare möter familjen tidigt under upprepade kontakter och etablerar ett förtroendefullt samarbete. Ur folkhälso-synpunkt är denna kunskap om familjer och riskbeteende av synnerlig vikt för samhället.

Sjukgymnaster, kuratorer och arbetsterapeuter har en specialisering för verksamhet inom öppen vård med stark inriktning på rehabilitering.

En stor del av styrkan i vårt arbete är erfarenheten av teamarbete, att ge vård på rätt nivå av rätt personalkategori vid rätt tidpunkt. Detta ökar kvaliteten och tillgängligheten.

En gränslös vård

Mot denna bakgrund ser jag som primärvårdens viktigaste uppgift att ge en hög medicinsk kvalitet i samverkan med sjukvården i övrigt. Primärvård som sjukvårdens bas bör integreras i sjukvårdssystemet på ett mycket tydligt sätt.

Redan idag kan det vara svårt att definiera nivåer och klinikgränser. Därför kommer en fortsatt tät samverkan och

integration över dessa gränser att bli nödvändig. Från patientens synpunkt är den gränslösa vården mellan huvudmän, kliniker och vårdnivåer säkert bäst. Det är när vi passerar dessa gränser som det uppstår problem.

Att utveckla samarbetsformer både angående enskilda patienter, vårdprogram, vårdkedjesamverkan, fortbildning och forskning kommer att vara en förutsättning för den framtida sjukvården. Detta kommer att ge en ömsesidig bild av de olika verksamheterna, en ökad förståelse och sannolikt en mer givande arbetssituation.

Med de visioner om patientomhändertagande som finns politiskt kan vi i framtiden se att patienterna kommer att flyttas mellan olika vårdformer och bli allas patient och inte tillhöra kliniker under så långa tider. En ökad kunskap inne på sjukhusen om primärvårdens möjligheter men också begränsningar kommer att vara viktig.

Ökat samarbete behövs

En utveckling av de system som nu finns med kontaktpersoner, allmänläkarkonsulter mellan allmänmedicin och sjukhusspecialister, ser jag som en början på ett bra samarbete. Kanske bör kontaktpersonerna fungera på ett rörligare sätt, t ex att distriktsläkare deltar vid ronder på intagningsavdelning, och att det hålls regelbundna samverkansronder på kliniker eller konferenser på vårdcentraler med sjukhusspecialister.

Detta skulle få stor betydelse för både fortbildning och effektivisering. Samverkan med alla medicinska specialiteter med en hög medicinsk kompetens tar bort revirgränser, till fördel för patienten.

Inom sjukhuset leder subspecialiseringen till ett ökat remissflöde utanför den egna smala specialiteten. Kanske skulle man från kliniken skriva remiss till distriktsläkare för utredning av en enkel anemi i stället för att skicka en remiss till hematologen?

Patientnära forskning

Min lärare och handledare Gösta Tibblin talade alltid varmt om att »forskka om det vanliga», de stora folkhälso-problemen, som ett viktigt komplement till forskning om de stora folksjukdomarna och annan klinisk forskning. Dokumentation av praxis i den tidiga läkarkontakten och uppföljning av dessa fall är en angelägen uppgift.

Denna typ av patientnära forskning som kan göras inom allmänmedicinen kan ge svar och visa vägen för ett effektivt och bra omhändertagande. Detta innebär att forskning inom allmänmedicin har en stor bredd där olika personalkategorier och olika kompetenser är mycket viktiga.

Detta främjar folkhälsan, utvecklar vårdkedjor och tar till vara mycken kunskap som idag den enskilde, erfarna distriktsläkare har med i sin kunskapsbank.

Gemensamma forskningsprojekt mellan olika specialiteter har vi god erfarenhet av. De olika kompetenser i kliniska roller som finns mellan primärvård och sjukhus kan ge viktiga uppslag för forskning och utvecklat samarbete.

Lokalt folkhälsoarbete

En annan viktig uppgift för primärvården är folkhälsoarbete och epidemiologisk bevakning. Primärvården arbetar med kunskap om närsamhället som en mycket viktig bas för det enskilda patientomhändertagandet.

Det finns ingen naturligare utgångspunkt för att diskutera folkhälsa, lokala folkhälsoproblem, än den lokala vårdcentralen. Hälsoproblem kan identifieras och lösningar anpassas lokalt. I de flesta kommuner samverkar idag primärvård och olika andra samhällsfunktioner i lokala hälsoråd.

Ta fram det som inte syns

Som för så många andra verksamheter är en bra verksamhetsuppföljning ett måste för primärvården. Trots många ansträngningar saknar vi detta. Med datajournalens hjälp hoppas jag att ett instrument kan komma fram som visar hela vår verksamhet, inte bara som besök och åtgärd utan allt det andra som tar mycket tid och är kittet i ett bra patientomhändertagande, t ex telefonkontakter med andra instanser, uppföljningar m m.

Vårdplanering, teamarbete, samverkan, hembesök och tillgång till psykosocial kompetens tar tid i anspråk och måste värderas i verksamheten.

På många vårdcentraler har distriktsläkare direkt telefonkontakt med sina patienter, sköter bokning, rådgivning och exempelvis receptförnyelser och provsvar. Detta är ömsesidigt mycket uppskattat och effektivt men syns ej i produktionsstatistiken. Den telefonrådgivning som distriktsköterskor står för är en stor trygghetsfaktor för befolkningen, den kan slussa rätt i sjukvårdssystemet och ge en vårdnivå.

Besvärande kulturskillnad

Vi har upplevt huvudmannagränser särskilt tydligt i samband med Ädelreformen – mycket gick förlorat av samarbetsformer, förståelse och rutiner, och det är allmänt känt att den kulturskillnad som finns mellan sjukvården och kommunens socialtjänst har tagit lång tid att överbrygga. Enskilda patienter har farit illa av detta.

Av denna anledning är vi många inom primärvården som är angelägna

att betona vår roll som del av sjukvården. Vi ser att banden med den är starkare och naturligare och borgar för ett bättre omhändertagande över gränserna.

Samverkan med den övriga sjukvården är både till omfattning och komplexitet vida större än samverkan med primärkommunen. Samarbete med primärkommunerna kommer alla specialiteter och kliniker att utveckla i samband med att hemsjukvården kommer att bli allt mera omfattande.

Att sortera i bruset

Generalistens dilemma att ha en god kunskap om mycket, att sortera i ett brus av symtom, kan kanske vid en första anblick kännas banalt och oviktigt. Erfarenheten visar emellertid att viktiga medicinska insatser skall ske tidigt i vårdkedjan – en välgrundad och adekvat utredning kan spara både pengar och lidande för patienten.

Under de snart 20 år som jag arbetat som distriktsläkare upplever jag i mina kontakter med kolleger på sjukhusen en allt större ödmjukhet inför denna uppgift. Visst görs fel och felbedömningar i denna situation men också åtskilliga kloka och riktiga bedömningar som det inte sprids kunskap om.

För patienten är generalisten den fasta läkarkontakten som genom sin kunskap kan se till att rätt resurser inom sjukvården tas i anspråk, fungerar som rådgivare och står för trygghet. Personkännedom hos den fasta läkarkontakten är grunden för ett optimalt patientomhändertagande inom primärvården. Erfarenheter och förebilder för detta finns i framför allt Danmark, Holland och Storbritannien.

Stimulerande förnyelse

Att arbeta med primärvård nära ett stort universitetssjukhus ger ytterligare perspektiv på generalistens roll. Den uttalade subspecialisering och spjutspeksamhet som präglar universitetssjukhuset medför andra krav även hos oss.

Den ömsesidiga kunskapen om varandras verksamhet är svårare att bibehålla, de personliga kontakterna kolleger emellan försvåras. Den medicinska utvecklingen med nya metoder, remissvägar och behandlingar går mycket snabbt och ställer stora krav på kunskap om detta även ute i primärvården.

Det är dock synnerligen stimulerande förnyelse, och att ha så nära kontakt med den medicinska utvecklingen kan bara ses som positivt.

Denna utveckling ställer också stora krav på fortbildning – det är en enorm kunskapsmängd ur vilken varje distriktsläkare måste sortera ut det mest väsentliga och välja utbildningsvägar.

Det är naturligtvis viktigt för den enskilde distriktsläkaren men också för sjukvården som helhet, om vårdkedjor skall fungera och en utslussning av patienter från sjukhusen skall ske.

Politisk konsekvens krävs

Patientflöden styrda av politiska beslut har fått stora konsekvenser för primärvården. Låga taxor skall styra patienter till vårdcentralen i stället för till akutmottagning och sjukhusmottagningar. Detta är helt i linje med tanken om omhändertagande på rätt vårdnivå som vi har stor sympati för, men hur skall primärvården med samma eller mindre resurser klara av detta?

En prioritering blir nödvändig, men hur? Vad svarar man patienterna – som av sina politiker fått veta att primärvården skall ta hand om alla problem man söker för inom 24 timmar – när resurserna inte räcker till?

Det har blivit allt viktigare i dessa förändringstider att patienterna vet att man kan vända sig till sin lokala vårdcentral och där få råd och hjälp och eventuellt hänvisas vidare. En osäkerhet i denna situation leder till oplanerade besök, ofta kanske på fel vårdnivå.

Detta leder till en ökad kostnad för individen, men också för samhället. Allmänhetens förväntan på närhet och tillgänglighet måste följas upp med politisk konsekvens och handling.

Ansträngd situation

Personalen arbetar idag i en mycket pressad miljö. Kraven ökar från patienter, anhöriga, kliniker, kommun, försäkringskassa, och arbetssituationen är mycket ansträngd.

Skall resurser tas bort från sjukhusen och patienterna tas om hand i primärvården måste resurser följas med. Primärvården har utvecklats och fått en plats i sjukvårdssystemet, nya arbetsuppgifter har kommit och vi vet att i framtiden kommer allt flera.

Primärvården kan inte med dagens resurser ta på sig fler uppgifter. Varje liten eller stor uppgift tar tid, tid som inte finns och är uppbunden på annat. En mycket tydlig målformulering från politiker och en resursfördelning som står i paritet med detta behövs. I det budgetsystem som råder idag tas mycket litet hänsyn till den totala verkligheten.

Organisatoriska former måste anpassas efter de lokala förutsättningarna. Lika lite som det går att direkt överföra rutiner inom sjukvård från ett område till ett annat, lika omöjligt är det att hitta modeller för hela Sverige. Storstad, universitetsstad och glesbygd kräver helt naturligt olika organisationer.

Vår erfarenhet har varit, att med en sammanhållen organisation har primärvårdens roll blivit synligare i sjukvårds-

systemet och därmed en naturlig och integrerad del.

Fem punkter

Sammanfattningsvis bör primärvården i framtiden verka som:

- en vårdnivå anpassad till patientens behov med resurser som följer patienten, dvs flyttas patienterna till primärvård måste resurser följa med. En utökning av läkarresurserna är en förutsättning för en fortsatt utveckling av primärvården.
- en väl integrerad del av sjukvårdssystemet och i samma organisation.
- en vårdnivå med hög medicinsk kompetens med satsning på fortbildning, dvs att den utvecklas som kunskapsföretag.
- en vårdnivå med fortsatt bred kompetens med olika personalkategorier, vilket är en förutsättning för teamarbete.
- en bra grund för forskning och utveckling inom allmänmedicin med syfte att utveckla och förbättra patientomhändertagandet genom ökade kunskaper om stora folkhälsoproblem. •