

En handlingsplan – till gagn för alla!

I Läkartidningen 49/00 debatteras den så kallade nationella handlingsplanen [1] ingående i ett flertal artiklar och inlägg. I synnerhet bör en debattartikel kommenteras, nämligen den av ordföranden i Överläkarföreningen, Gunnar Sandberg [2].

CHRISTIAN PEDERSEN

specialistläkare i allmänmedicin, magister i folkhälsovetenskap, Vårdcentralen Kungshögen och FoU-Centrum Kungshögsgatan, Ljungby.

II Sandberg nämner bland annat följande fyra punkter:

- Vilka blir konsekvenserna för akutsjukhusens del och vilken anpassning är nödvändig inom de närmaste åren om den specialiserade och högspecialiserade vården skall fungera väl tillsammans med en utbyggd primärvård? Vilka resurser måste då satsas på – sjukhusen? (min kursivering).

- Problemen är lika över hela landet: Brist på vårdplatser inom akutsjukvården (min kursivering).

- Dessa förändringar måste bygga på medicinska kunskaper om hur människor med olika sjukdomar bäst tas om hand.

- Den planerade vården däremot får en ökad belastning, då allmänläkarna kommer att behandla större volymer patienter. Det ställer ökade krav på den mera specialiserade vården både i öppen och slutenvård. Fler behöver komma för åtgärder av mera specialiserad natur.

Fakta på bordet först

Låt oss i första hand titta på fakta, och inte förledas tro att ovanstående fyra punkter är den entydiga sanningen. För det första finns det enbart cirka 4 000 specialister i allmänmedicin i hela riket, mot nästan fyra gånger så många specialister inom sekundärvården.

För det andra har nettotillskottet de senaste åren varit drygt 50 specialister i allmänmedicin mot drygt 2 000 till sekundärvården. Slutligen är det så att enbart 2–5 procent av alla konsultationer inom primärvården leder till att sekundärvårdskollega kopplas in, antingen genom remiss för bedömning, åtgärd eller kompletterande undersökning.

Det är lätt att förstå att Sandberg hellre hade sett en handlingsplan med inriktning mot sekundärvårdens upplevda behov, än primärvårdens och befolkningens faktiska behov.

Sandberg påstår i sin artikel att sjukvårdens problem i första hand handlar om brist på sängplatser på akutsjukhusen. Måhända att vissa delar av vissa

storstäder har dessa problem, men lösningen är inte större och flera akutsjukhus, men en kraftig expansion av primärvården i stället.

Detta är rationellt och kostnadseffektivt – »för alla« – inte bara för sjukvården, men för befolkningen och samhällsekonomi [3]. Varför söker sig befolkningen till akutsjukhusen? I flera undersökningar visar det sig inte bero på upplevelse av en högre medicinsk kvalitet, men däremot på att tillgängligheten i primärvården är för dålig.

»Får jag ont i bröstet vill jag idag bli bedömd av en hjärtspecialist direkt, och kanske leder det till en snabb kranskärlsröntgen«, skriver Sandberg. Just detta visar på risken med högspecialiserad sjukvård, som är organ- eller symtomfixerad. Enbart ett fåtal personer med upplevda smärtor i bröstet har en ischemisk hjärtsjukdom som behöver bedömas av kardiolog, och än färre behöver genomgå koronarangiografi. Dessa åtgärder kan vara stigmatiserande för »fel patient«, kan innebära vissa hälsorisker och är inte kostnadsfria för samhället.

Minimeringen ett faktum

Sandberg postulerar det som många felaktigt tror sig veta, nämligen att »ju fler läkare i primärvården, desto fler remisser och högre arbetsbelastning« (läs: upplevt behov av fler kolleger) inom sekundärvården. Inget kan vara mera felaktigt!

Av alla besök i primärvården hanteras 95–98 procent direkt utan kompletteran-

de undersökningar eller remissförfaranden. Selektionsförmågan i primärvården är alltså avsevärd – om primärvården är tillgänglig och välutbyggd. På så sätt får sekundärvården resurser över till att göra det som man skall på ett sjukhus.

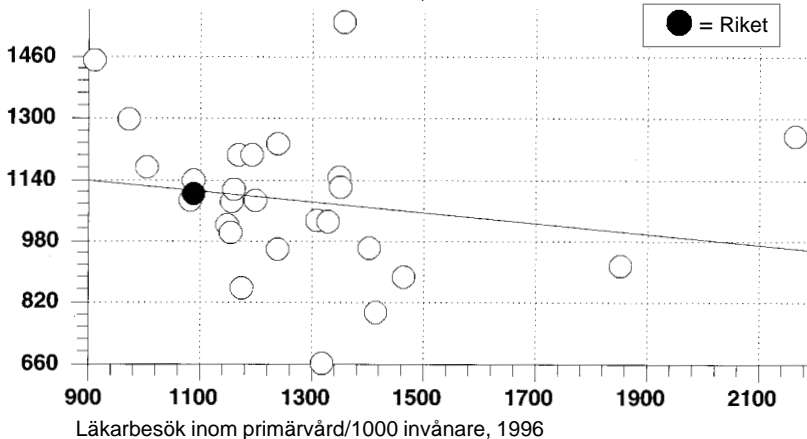
Jag har även via Socialstyrelsens Epidemiologiskt Centrum [4] tagit fram en kurva (Figur 1) över sambandet mellan primär- och sekundärvårdsbesök. Trots en relativt stor spridning ses klart en tendens att ju flera besök i primärvården, desto färre besök i sekundärvården. Som väntat är det storstäderna med universitetssjukhus som »drar« kurvans lutning uppåt (fast man skall väl ändå inte tro att sjukdomspanoramata i Stockholm och Uppsala är så dramatiskt mycket sämre än i mindre städer?).

Jag håller med Sandberg om att vi inom sjukvården »alla har ett gemensamt helhetsansvar också för att resurserna blir tillräckliga och hamnar rätt«, men vi är inte överens om att sekundärvården bör prioriteras. Helhetsansvaret och »medicinska kunskaper om hur människor med olika sjukdomar bäst tas om hand« finns i primärvården.

Referenser

1. Regeringens proposition 1999/2000:149: Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Riksdagen, 2000.
2. Sandberg G. En nationell handlingsplan – för alla! Läkartidningen 2000; 97: 5832.
3. Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. En litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder. SoS-rapport 1999:19. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
4. Hur mår Sverige? (Version 4.3, 1999). EpC – Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. (<http://www.sos.se/epc/>)

Läkarbesök inom slutenvård/1000 invånare, 1996



Figur 1. Sambandet mellan primär- och sekundärvårdsbesök 1996. Källa: EpC, SoS.