

Sjukvårdens oförmåga att följa vårdbehoven

Sedan Sveriges ekonomiska kris drabbade sjukvården i början av 1990-talet har primärvården fått stryka på foten efter en långsam men positiv utveckling under 1980-talet. Tredubblingen av antalet läkare sedan 1970-talet har främst kommit specialistsjukvården till godo, trots löften om primärvårdssatsningar. Svenska primärvårdsläkare har idag i genomsnitt 13 patientbesök per dag, sjukhusläkare har två, vilket knappast är en rimlig proportion. Dessa siffror borde stämma till eftertanke hos såväl politiker, tjänstemän som inom Läkarförbundet.

KJELL NYMAN
allmänläkare, Lisebergs vårdcentral,
Älvsjö, Stockholm
kjell.nyman@slpo.sll.se

■ Läste med intresse Lars Werkös inlägg i *Läkartidningen* 1–2/2004 (sidorna 128–30) om likheter mellan läkemedelsindustrin och bilindustrin. Förtjänstfullt nog påpekar han (trots att han är internist!) att primärvården missgynnas i de sjukvårdspolitiska prioriteringarna. Det är verkligen överraskande och sällsynt att en icke-allmänmedicinare tar upp detta stora problem. Ända sedan Sveriges ekonomiska kris drabbade sjukvården i början av 1990-talet har det varit revirstrider om de krympande resurserna.

Tillbakagång för primärvården

Min 25-åriga erfarenhet från universitetsdominerad storstad är att primärvården ständigt fått stryka på foten efter en långsam men positiv utveckling under 1980-talet. Det är stor skada för en utomordentligt intressant, mångfasetterad och bred vårdform som med rätt förutsättningar kan ge oanade möjligheter till en god, trygg och kostnadseffektiv vård baserad på etablerade relationer mellan patient och vårdgivare.

Dessvärre har primärvården, förhoppningsvis främst av ekonomiska revirskäl, ofta förtalats i ett läge där alltför få allmänläkare har fått alltför många patienter att ta hand om.

Det stora flertalet bassjukvårdspatienter med de vårdkrävande folksjukdomarna, såsom diabetes, hypertoni, hjärtsvikt, förmaksflimmer, astma, KOL, depressioner m m har flyttats från sjukhuspoliklinikerna till primärvården sedan 1980-talet. Det är ingen slump att det skett parallellt med den allmänna internmedicinens uttunning (vilket ventilerats i LT nyligen).

Universitetssjukhusen har numera en högklassig behandling av ett begränsat antal svåra och vårdkrävande sjukdomar, medan t ex svårinställda hypertoniker eller diabetiker ofta faller mellan stolarna då de högspecialiserade universitetsklinikerna inte längre har den internmedicinska bredd som krävs. Ofta fordras flera internremitteringar som medför onödiga kostnader och oroliga patienter.

Detta har resulterat i en överbelastning i primärvården som gjort det allt svårare att rekrytera allmänläkare, och många tjänster är fortfarande vakanta även i storstädernas närhet. Detta fenomen har lättast kunnat iaktas i LTs platsannonser där det sedan många år är glest mellan sjukhusspecialisttjänster medan det alltid finns ett stort antal allmänläkartjänster lediga.

Forskning och utbildning i primärvården borde ha ett mycket större utrymme än idag då just den medicinska bredden är betydande. Läkarbristen i primärvården gör dock att detta kommer på undantag.

Antalet läkare tredubblat på 30 år

Sverige har trots påståenden om en generell läkarbrist i själva verket tredubblat läkarantalet från ca 10 000 på 1970-talet till idag närmare 30 000 inklusive läkare under utbildning. Det innebär ca 1 läkare/320 invånare. Internationellt är detta mycket höga tal. Merparten av denna ökning har tillförts specialistsjukvården trots löften om primärvårdssatsningar. Detta har flera orsaker.

1. Någon aktiv styrning av antalet ST-block har inte förekommit i praktiken. Gråblock och »inlasning« av vikarier på sjukhus har förekommit i stor omfattning. Dessa fenomen är inte möjliga i primärvårdssystemen där tjänster hårdbevakats av administrationen. Sjukhusen har haft frihet att själva agera inom

ramen för den ekonomi man åstadkommer med hjälp av tämligen fingerade och konkurrensbefriade DRG-priser.

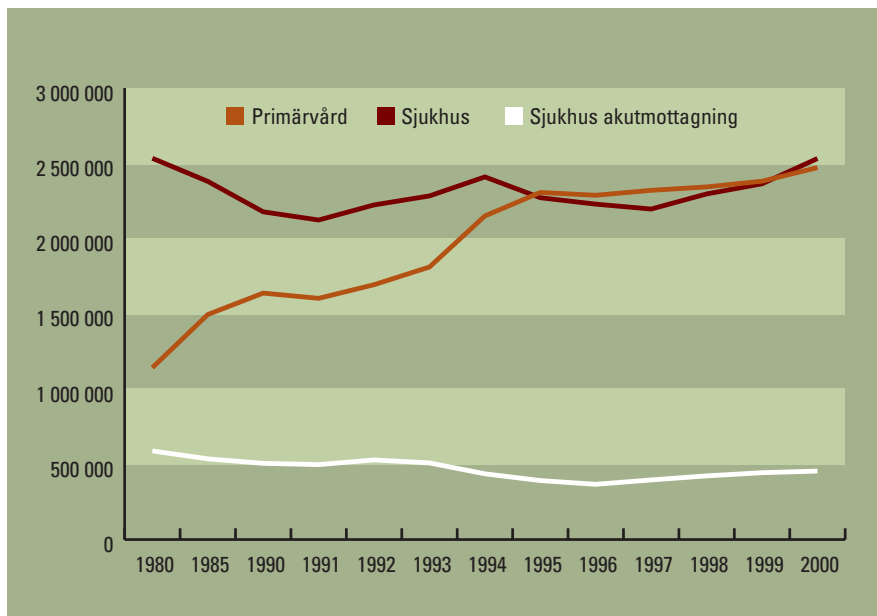
2. Arbetsmiljön har av ovan nämnda skäl blivit omvittnat sämre inom primärvården, vilket påverkar en del av de blivande läkarna att »rösta med fötterna«, utan några styrande eller behovsprövande hinder, och välja de lättsammare sjukhusbundna specialiteterna.

3. Förändring av ersättningsystemen i primärvården, t ex i samband med husläkarreformen, fick i alla fall i Stockholm som följd att man passade på att minska primärvårdens kostnadsandel trots alla löften om motsatsen. Inte ens Nationella handlingsplanen har kunnat ändra det faktum att Stockholms läns primärvård efter en internationellt sett unikt låg budgetandel på ca 18 procent på 1980-talet nu sjunkit till 15 procent! Landstinget har alltså använt NHP-pengarna till annat än avsett ändamål, och dessutom avlövade primärvården ytterligare.

4. Investeringar i primärvården var enligt Spri-statistik för hela riket 1995, mitt i »husläkarsatsningen«, försumbara jämfört med övrig vård. Regionsjukvården fick 63 procent detta år, primärvården fick 4,9 procent! Till och med kulturen fick mer, 5,5 procent.

5. Primärvårdens låga status som är svårbegriplig, frånsett dagens arbetsmiljö. Det är ett mycket utvecklande och stimulerande arbete när man lär känna sina patienter. Det är också ofta ett spännan-

Förändring av ersättnings-systemen i primärvården, t ex i samband med Husläkarreformen, fick i alla fall i Stockholm som följd att man passade på att minska primärvårdens kostnadsandel trots alla löften om motsatsen.



Figur 1. Läkarbesök i öppenvård i Stockholms läns landsting (exklusive privata organspecialister) 1980–2000. Källa: Hälsa- och sjukvårdsstatistik, Hälsa- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting.

de medicinskt detektivarbete som är beroende av att man använder sin empati, intuition och ett brett medicinskt intresse. Man skulle kunna fler läkare att göra samma erfarenhet. Påståenden om att det inte går att omfatta dagens medicinska spektrum är felaktigt från bas-sjukvårdssynpunkt. Erfarna allmänläkare remitterar i snitt mindre än 10 procent av sina patienter.

Läkarflöde och patientflöden

Ser man till hur patientflöden kontra »läkarflöden« fördelat sig framträder en egendomlig bild. Den stora ökningen av läkarbesök (inklusive jourbesök) i Stockholmsregionen ligger i primärvården, som alltså har ca 15 procent av både budget och läkarantal (Figur 1). En avplaning har skett under de senaste åren troligen på grund av kapacitetsbrist och ökande vakanser i primärvården. Efter år 2000 har Stockholms läns landsting ingen samlad statistik för både primärvård och slutenvård.

Den stora expansionen av antalet läkare i Sverige har däremot skett nästan uteslutande i specialistsjukvården (Figur 2). Idag görs över hela riket cirka hälften av alla läkarbesök i primärvård, akutbesök inräknade.

När man i Stockholm talar om ökad press på akutmottagningarna så är det fråga om mindre variationer och omfördelningar som totalt sett märks föga i statistiken. Antalet inlagda patienter har heller inte förändrats under 1990-talet; den stora förändringen utgörs av att antalet sjukhusplatser drastiskt skurits ned. Däremot har antalet läkare (framför allt

överläkare) och sjuksköterskor ökat kraftigt. Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Solna har idag betydligt fler läkare än vårdplatser, vilket också är unikt internationellt.

Andra får betala när budgeten överskrids

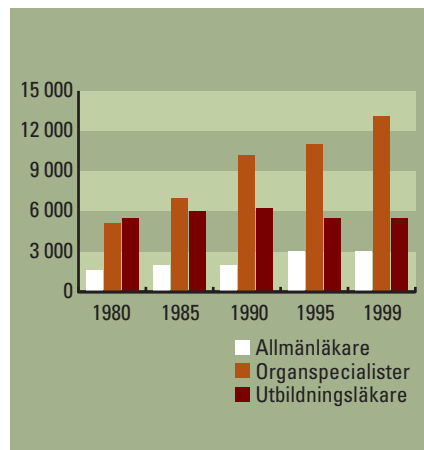
Trots detta är situationen ibland pressad, vilket delvis säkert kan hänföras till alltför kraftig nedskärning av vårdplatser, något som sjukhusen själva beslutat om. Till det kommer att betydande delar av de anställda läkarna forskar i första hand och inte syns mycket i vården. Klart är att denna verksamhet medfört ständiga budgetöverskridanden som andra vårdgrenar fått betala, t ex primärvård och psykiatri. Även de mindre sjukhusen i SLL har hotats.

Denna bild är speciell för universitetsstäderna och verkar vara ett mindre problem på mindre orter där fördelningen och samarbetet mellan slutet och öppenvård ofta är bättre.

Bristande resursstyrning

Internationella jämförelser med besökstal i primärvård, där Sverige ligger lågt, tas ibland till intäkt för att kritisera primärvården. Problemet är att man jämför med sjukvårdssystem där det inte finns självständiga sköterskemottagningar. Där gör läkarna en stor andel lätta och snabba besök som påverkar besöksstatistiken. Den med rätta kritiserade tillgängligheten i svensk primärvård är främst en effekt av det enkla faktum att efterfrågan överstiger tillgången.

Stefan Fölster och medförfattare visar i sin debattbok »Den sjuka vården«



Figur 2. Antal helårsarbetande offentliganställda läkare i Sverige. Källa: Riksdagsrevisorerna 1997, uppdaterat 1999.

att svenska primärvårdsläkare i genomsnitt har 13 patientbesök per dag. Motsvarande siffra för sjukhusläkare är drygt 2! Detta är knappast en rimlig proportion om man dessutom beaktar att antalet inlagda patienter inte stigit sedan 1975 då sjukhusläkarna hade 7,3 öppenvårdsbesök per dag. De ökade behandlingsmöjligheterna finns både i primärvård och slutenvård och kan inte rättfärdiga denna skillnad.

Dessa fakta borde stämma till eftertanke både hos politiker, tjänstemän och i Läkarförbundet. Med tanke på att både utbildning och vård är skattefinansierade borde styrningen av resurserna vara tydligare och mer verklighetsförankrade.

För en allmänläkare framstår Läkarförbundet ofta som en tillskyndare av i första hand sjukhus- och specialistvård trots de problem som finns.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Kommentar

Inlägget kommenteras i nästa veckas nummer av Distriktsläkarföreningens ordförande Benny Ståhlberg och Läkarförbundets ordförande Bernhard Grewin.