

Bra vård nära patienten!

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Den demografiska och medicinska utvecklingen gör att efterfrågan på vård ökar i snabbare takt än både skatteunderlag och produktivitet. Stora omorganisationer med nedläggningar och sammanslagningar av akutsjukhus har hos många medborgare inneburit oro för att få sämre vård vid sjukdom.

Läkarförbundet presenterade 2004 programmet *Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur*. Syftet var att beskriva en sjukvårdsmodell som kan ge god och likvärdig vård för alla. Läkarförbundets centralstyrelse har beslutat att utveckla skrivningarna om den nära hälso- och sjukvården och tillsatte därför en arbetsgrupp förra året. Huvudmotivet är att tillförsäkra medborgarna god tillgänglighet till högkvalitativ vård nära dem. Vi kallar det närsjukvård.

Närsjukvården bör kunna tillgodose huvuddelen av vårdbehovet hos de äldre sjuka med flera diagnoser och de med psykiska problem. Otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika huvudmän och yrkesgrupper har lett till att dessa patientgrupper ofta inte fått en acceptabel vård. Många länsdelssjukhus – där man naturligt utvecklade en allmän internmedicinsk kompetens för patienter med omfattande vårdbehov – har lagts ner. Detta har brutit upp fungerande nätverk för samverkan mellan kommunens och primärvårdens medarbetare. Att finna nya lösningar som höjer både kapaciteten och kvaliteten i den nära sjukvården är därför en angelägen uppgift.

Vi definierar närsjukvård som *vård nära patienten som inte kräver sjukhusvårdens särskilda resurser* och har delat in den i tre delar; primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.

Den *primära närsjukvården* består av vård i boendet och familjeläkarvården. Familjeläkaren svarar för medborgarnas behov av en kontinuerlig fast läkarkontakt. Den *specialiserade närsjukvården* bedriver sjukvård som inte klaras inom den primära närsjukvården, men som inte heller kräver de fullt utrustade sjukhusens resurser.

Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även vård vid sk närsjukhus. *Samverkansvård* är vård av äldre och funktionshindrade i särskilda och ordinära boendeformer och som har ett varaktigt behov av läkarinsatser i boendet.

Kommunen föreslås få ett samlat ansvar för att dessa patienter får hälso- och sjukvård.

I vår modell kan läkare kombinera arbete i sjukhusvård och närsjukvård liksom arbete hos olika huvudmän.

Denna möjlighet garanterar att den snabba kunskapsutvecklingen i sjukhusvården sprids till närsjukvården och främjar den patientnära kliniska forskningen.

Förslaget om en ny närsjukvårdsmodell kommer att skickas på remiss till våra delföreningar, och möjlighet finns dessutom för alla medlemmar att lämna synpunkter via en webbremiss. Vi hoppas på många goda och konstruktiva synpunkter!

Vi tror att vårt förslag kan uppfylla målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård med god kvalitet.

»Närsjukvården bör kunna tillgodose huvuddelen av vårdbehovet hos de äldre sjuka med flera diagnoser och de med psykiska problem.«



THOMAS FLODIN
ledamot i
Läkarförbundets
centralstyrelse

Buggning av läkarmottagningar?

I förra veckan överlämnade regeringen ett kontroversiellt förslag om att ge polisen rätt att bedriva hemlig rumsavlyssning, s k buggning. Huvudregeln är att det inte ska vara tillåtet att avlyssna läkarmottagningar men förslaget öppnar ändå för den möjligheten. Däremot ska advokatkontor och plats för enskild själavård aldrig få avlyssnas.

Justitieminister Tomas Bodström säger till Dagens Nyheter att det är svårare att kontrollera läkare än advokater och präster, eftersom läkare kan vara utbildade utomlands och att utbildningen då kan vara svår att kontrollera.

Det är ett märkligt uttalande, läkaryrket är ett legitimationsyrke där staten utövar tillsyn. Läkare med utländsk utbildning genomgår en rigorös kompetensbedömning, Socialstyrelsen bedömer och utfärdar legitimation oavsett var läkaren har sin utbildning.

Det finns risk att sekretesslagen urholkas. Patienterna litar på att information som ges till läkaren inte förs vidare. Det kan finnas risk att patienter med t ex para-

noida symtom inte vågar lita på sin läkare. Om polisen ska kunna använda buggning för att utreda allvarliga brott är något som samhället måste ta ställning till, men om det kan skada relationen patient-läkare måste läkarkåren reagera. Att Thomas Bodström värnar om undantag för advokater kan bero på att han väl känner till den verksamheten, men uttalanden i DN tyder på stora kunskapsluckor vad gäller läkaryrket.

Justitieministern säger att buggning ska kunna användas om läkaren missbrukar sin läkarlegitimation, litar han inte på Socialstyrelsens tillsyn? Han säger dessutom att det är ett brott att kalla sig advokat, men det är inte heller tillåtet att kalla sig legitimerad läkare! Det finns flera likheter mellan advokater och läkare, och tyvärr kan det finnas brottslingar i alla yrkeskårer. Om riksdagen beslutar att en ny lag om buggning ska införas, bör man bättre bedöma eventuella undantag än vad regeringen gjort.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande Sveriges läkarförbund



Kontaktuppgifter Sveriges läkarförbund:
www.lakarforbundet.se, E-post: info@slf.se
Telefon: 08-790 33 00, Fax: 08-20 57 18
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm
Besök: Villagatan 5, Stockholm