

## **Några tankar om läget inom hälso- och sjukvården idag mot bakgrund av utvecklingen under de senaste 50-åren.**

Syftet med denna PM är i första hand att lämna ett kunskaps- och diskussionsbidrag till nätverkets fortsatta arbete. Först berör jag några utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården under de senaste 50 åren som bakgrund till en översikt om nuläget. Många av oss i nätverket har ju varit med och påverkat utvecklingen under denna tidrymd.

Vad hände på 60-talet?

Denna tid präglades av ett allmänt ekonomiskt uppsving som gav stort utrymme för utbyggnad av den sociala välfärden och då inte minst sjukhusvården. Medicinalstyrelsens tillstånd krävdes för inrättande av läkartjänster vid sjukhusen. Tillsättningen av överläkarna handlades också av styrelsen med en kunglig fullmakt som final. Dessa var med automatik klinikchefer och helt beslutssuveräna när det gäller vårdens innehåll. Under direktionen bestod ledningen vid sjukhusen oftast av en styresman (en av överläkarna), intendent och husmor kompletterad med en med dagens mått blygsamt bemannad administration.

Genom överföringen av provinsialläkarväsendet (1963) och mentalvården (1967) från staten till landstingen/motsvarande skapades förutsättningar för en sammanhållen planering för sjukvårdens utbyggnad. Vidare lade Artur Engels regionsjukvårdsutredning en viktig grund för vårdens framtida struktur. Många huvudmän startade ambitiösa planeringsprojekt som bas för den fortsatta utbyggnaden. Ett exempel är den plan som antogs av Skaraborgs läns landsting 1965, vilken innebar såväl en radikal omstrukturering av sjukhusen som en storsatsning på den öppna vården utanför sjukhusen.

Den 1 juli 1968 bildades nya Socialstyrelsen genom hopslagning av Medicinalstyrelsen och "gamla Socialstyrelsen" som ett uttryck för statsmakternas ambition att socialtjänst och hälso- och sjukvård skulle integreras bättre. Att fullgöra detta uppdrag kom att prägla mycket av arbetet inom den nya myndigheten. På sommaren 1969 presenterade Socialstyrelsen sitt principprogram för utbyggnad av den öppna vården med riktlinjer för en kraftig satsning på öppenvård utanför sjukhusen. I detta förordade man bl.a. stora öppenvårdsenheter med både allmänläkare och ett urval specialister med tillgång till lokal laboratorie- och röntgenservice. Tanken var att fler patienter skulle kunna utredas och behandlas lokalt utan krångliga remissrutiner. Begreppet vårdcentral lanserades här för första gången. Vid samma tid infördes särskilda utbildningskrav för allmänpraktik eller allmänläkarkompetens omfattande tre års tjänstgöring vid olika sjukhuskliniker. Den första vårdcentralen med forskningsanknytning startade i Dalby utanför Lund i slutet av 60-talet.

Den statliga styrningen ökar.

1970 genomfördes den s.k. sjukvårdsreformen, vilken bl.a. innebar att läkarnas arbetstid för första gången blev reglerad. På sikt medförde reformen stora förändringar inte bara beträffande patienttillgänglighet utan också för akutsjukvårdens struktur även om ett system för kompensation av jourarbete infördes redan i mitten av 60-talet. Expansionen fortsatte i stark takt under 70-talet. Tron på planeringsinstrumentet som grund för åtgärder på 5 – 15 års sikt var mycket stor, vilket Socialstyrelsen bidrog till inte minst genom sin särskilda planeringsavdelning. Huvudmännens hälso- och sjukvårdplaner granskades och kommenterades av Socialstyrelsen. För den somatiska korttidsvården rekommenderade styrelsen en utbyggnad till ca 4,5 vårdplatser/1000 invånare men huvudmännen planerade för och genomförde i många fall en högre ambitionsnivå.

Vårdens struktur lades fast – primärvård, länsdels-, läns- och regionsjukhus. Minimikravet för ett akutsjukhus var tillgång dygnet runt till specialister i internmedicin, kirurgi, anestesi och röntgen, vilket ledde till en relativt snabb om än på vissa håll smärtsam avveckling av de odelade lasarett. I en internationell jämförelse innebar utvecklingen att den svenska sjukhusstrukturen domineras av relativt stora eller mycket stora sjukhus.

Genom beslut av statsmakterna infördes dels ett detaljerat utbildningsprogram för läkarna i kombination med en ransonering av nya tjänster för specialister, dels särskilda investeringsramar för ny- och ombyggnation inom hälso- och sjukvården. Varje ny specialistläkartjänst krävde Socialstyrelsens godkännande liksom byggobjekt med beräknad kostnad över 0,5 miljoner kronor. Byggprojekt inom primärvård, långvård och psykiatri var särskilt prioriterade. Samma prioriteringar fanns för läkarnas utbildningstjänster. Båda dessa mycket verkningsfulla styrinstrument hanterades praktiskt av Socialstyrelsen. För undervisnings-sjukhusens utbyggnad fanns en särskild nämnd, NUU, som beslöt om statens bidrag (25 %) till såväl byggprojekt som tyngre medicinsk utrustning. Som en följd av den starka statliga styrningen blev utvecklingen av såväl läns- som regionsjukvård under 70-talet tämligen väl balanserad i hela landet. En viktig lagändring av betydelse för vårdens organisation var dels att fler överläkartjänster fick inrättas vid en befintlig klinik vilket underlättade subspecialiseringen, dels att huvudmännen själva fick besluta om tillsättningen av dessa tjänster.

Socialstyrelsen bedrev under 70-talet ett eget stort utvecklingsprojekt under rubriken HS-80, Hälso- och Sjukvård inför 80-talet, som stöd och underlag för huvudmännens planeringsprocesser. Styrelsen tog också initiativ till att införa nationella rådgivande/normerande vårdprogram, vilket inte mottogs med någon större entusiasm av läkarkåren. En andra regionsjukvårdsutredning genomfördes 1975 – 1978 i vilken ett stort antal medicinska experter medverkade i särskilda underlagsstudier. Vårdplatstillgången i Sverige var som störst i mitten av 70-talet med ca 35000

vårdplatser inom såväl korttidsvården som psykiatrin. Långvårdssektorn och sjukhemmen hade nästan lika många.

Sjukvårdshuvudmännen får större frihet att utveckla hälso- och sjukvården.

I slutet av 70-talet avskaffades såväl investeringsramarna som ransoneringen av nya specialistläkartjänster. Styrningen av tillgången på specialister skulle huvudsakligen göras genom reglering av antalet utbildningsblock. NUU lades ner ca 10 år senare. Den fortsatta utvecklingen under 80-talet innebar att tron på planeringsinstrumentet urholkades samtidigt som den tidigare lagstiftningen omformades till nationella ramlagar. Intressant att notera är att statsmakterna successivt utvidgade huvudmännens uppdrag genom förändring av lagstiftningen, sjukhuslagen blev så småningom en hälso- och sjukvårdslag. Ansvaret för att planera, utforma och driva hälso- och sjukvården lades tydligt på huvudmännen.

Omdaning av den psykiatriska vården startade på allvar under andra halvan av 80-talet med utbyggnad av en sektoriserad öppen vård i samverkan med kommunerna samtidigt som en avveckling av de många och stora mentalsjukhusen påbörjades. Genom "Ädelreformen" 1992 överfördes ansvaret för äldre med stort omvårdnadsbehov från landstingen till kommunerna. Praktiskt innebar detta dels att sjukhemmen övertogs av kommunerna eller i många fall lades ner, dels att hemsjukvården i form av dag-, kvälls- och nattpatruller likaså överfördes till kommunerna. Ett ännu olöst problem är hur försörjningen med läkarinsatser i den kommunala äldreomsorgen praktiskt skall bli löst på ett tillfredsställande sätt.

Utbyggnaden av primärvården har varit omfattande sedan 70-talet varför vi idag har ett relativt tätt nät av oftast stora vårdcentraler. Antalet allmänläkare är nu ca 6 000 vilket motsvarar 1580 invånare per allmänläkare men fördelningen över landet varierar och en del läkare arbetar deltid. Huvudmännen har trots detta fått utstå mycken kritik från delar av primärvården för att denna inte prioriterats ännu mer. Denna kritiska linje driver vissa företrädare för primärvården alltjämt. Endast i några fall har försök gjorts att skapa enheter med integration av allmänläkare och ett urval av organspecialister enligt Socialstyrelsens principprogram för den öppna vårdens utbyggnad (Hagfors, Växjö), dock utan större framgång. En förklaring till det klena resultatet kan vara den kamp som allmänläkarspecialiteten under många år har fört för att både avgränsa och identifiera sitt eget kompetensområde. Man har också aktivt motarbetat placering av organspecialister i primärvården. Intresset från sjukhusläkarna för att flytta ut till den öppna vården har också varit lågt.

Under 80-talet introducerades nya ekonomiska modeller enligt beställar- och utförarkonceptet. Från USA hämtades DRG-modellen för att relatera resursåtgången till patient- och diagnosmixen vilket i sin tur blev styrande för fördelningen av budgetmedel. En trend var att man började lägga ut ett direkt ansvar för hanteringen av tilldelade medel på klinik- och vårdcentralchefer. Som en följd av utvecklingen genomfördes i slutet

av 80-talet chefsöverläkarreformen, vilken efter några år ändrades genom införandet av verksamhetschefer. I och med detta förlorade läkarna monopolet på att vara klinik- eller vårdcentralchefer.

Regeringen beslöt 1987 att reorganisera den nationella hälso- och sjukvårdsberedningen som fungerat som ett samrådsorgan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Den nya beredningen fick statsministern som ordförande och utöver representanter för huvudmännen och i vården verksamma fackförbund ingick vetenskapliga företrädare för folkhälsovetenskapen samt socialministern och dennes statssekreterare. Under beredningen organiserades en nationell folkhälsogrupp. I beredningen behandlades strategiska frågor av gemensamt intresse. Mycket intresse ägnades åt hälsofrågor men beredningen utnyttjades inte för att öka den statliga styrningen. Efter att Ingvar Karlsson 1990 lämnade över ordförandeskapet till socialministern gick beredningen in i ett inaktivt skede.

Effekten av hälsoförändringar och vetenskaplig utveckling.

Parallellt med den administrativa, organisatoriska och politiska omdaning av hälso- och sjukvården har den tekniskt vetenskapliga utvecklingen och förändringar i hälsoläget och sjukdomspanoramata varit ännu större drivkrafter för de förändringar vi sett. Den stora utbyggnaden av vården med tillhörande utbildningsinsatser på 60- och 70-talen motiverades framförallt av allt bättre möjligheter för framgångsrik diagnostik och behandling. Parallellt bidrog den snabba materiella utvecklingen i form av bättre bostäder och hygien, höjd allmän utbildningsnivå, arbetsmiljöåtgärder mm till förbättrat hälsoläge. Nya läkemedel och vacciner spelade en helt avgörande roll för att tidigare stora sjukdomsgrupper skulle försvinna eller radikalt minska (exempel polio, tbc, ulcus). Utvecklingen av anesthesi- och intensivvård, nya bild- och operationstekniker mm har medfört att den reparativa kirurgin successivt kunnat åtgärda allt fler oftast åldersberoende defekter hos en allt äldre befolkning (exempel ledproteskirurgi, linsbyte vid grå starr och bypassingrepp).

Fortsatta positiva förändringar i hälsoläget har kunnat noteras som t.ex. den minskande incidensen av hjärt- och kärlsjukdomar. HS-70 studierna i Göteborg har visat en förvånansvärd snabb förbättring av hälsoläget för gruppen 70 år och äldre under de snart 40 år som dessa pågått. Utan tvekan har den reparativa kirurgin och effektivare vård och läkemedel betytt mycket för denna grupps möjligheter till ett aktivt och oberoende liv.

Några reflexioner i ett halvsekel långt perspektiv.

Några saker är slående i ett sådant tidsperspektiv. En är att möjligheterna att se vad som kommer att hända i ett så relativt kort perspektiv som 5 – 15 år och planera för detta i hög grad överskattades av såväl huvudmän och Socialstyrelse som engagerade experter.

Detta gäller för både den fysiska utvecklingen av hälso- och sjukvården och vad de vetenskapliga och tekniska framstegen resulterar i. Även den bästa expertis underskattar oftast dynamiken och snabbheten i vetenskapens och teknikens påverkan på diagnostik, behandling och vård. Denna typ av framsteg innebär också direkt eller indirekt förändringar av hälsoläge, sjukdomspanorama och individuellt välbefinnande oftast av positiv valör.

Domedagsprofetiorna om att vården inte skulle klara av den kraftiga åldersförskjutningen i populationen som vi sett de senaste decennierna har hittills kommit på skam främst genom kombinationen förbättrat hälsoläge och effekten av vetenskapliga och tekniska framsteg. En annan överraskande iakttagelse är att de stora planeringsinsatserna, som gjordes på framförallt 60- och 70-talen, inte har fått efterföljare under de senaste decennierna. Tron på planeringsfilosofin har falnat mycket. Möjligen kan man se nerläggningen av SPRI på 90-talet som ett uttryck för detta. Jämfört med 60-talet har den politiska och administrativa överbyggnaden vuxit enormt vilket bl.a. medfört långa och komplexa beslutsvägar.

*Den tekniskt vetenskapliga utvecklingens stora effektiviseringspotential, som blivit så tydlig särskilt under de senaste 30 åren, är kanske det mest slående.* Som en konsekvens av allt kortare medelvårdtider och en betydande överflyttning av diagnostik och vård från slutna till öppna vårdformer med komplement som vård i hemmet har antalet vårdplatser reducerats radikalt, för somatisk korttidsvård till 21 300 och för psykiatrisk korttidsvård till 4 400, totalt ca 2,6 vårdplatser/1000 invånare (gäller för 2010). Denna nivå är bland de lägsta eller kanske den lägsta i Europa f.n. Inom vården finns idag på många håll en stor frustration över vad man upplever som en reell platsbrist. Den ekonomiska krisen i början av 90-talet och att marginalerna för skattehöjningar efterhand har blivit mycket små torde ha bidragit till denna omorientering. Mitt intryck är att huvudmännen i stället för långsiktig planering flyttat fokus mot att kortsiktigt klara av ekonomin genom att bl.a. ta tillvara utvecklingens effektiviseringspotential.

Vårdens tillgänglighet.

Denna fråga har ännu inte fått en tillfredsställande lösning trots den massiva utbyggnaden av hälso- och sjukvården. Redan i mitten av 80-talet uppmärksammades problemet med köer till olika operativa åtgärder. Särskilda medel kunde sökas centralt vilket dock utnyttjades dåligt av huvudmännen. Ett särskilt utvecklingsprojekt startade 1989 med stöd av Spru och 50 miljoner ur de centralt förhandlade statliga "Dagmarpengarna" inom sex operativa discipliner, det s.k. Dagmar-50-projektet. Expertgrupper från berörda specialiteter fick uppgiften att kartlägga och analysera nuläget och föreslå åtgärder. Lokala utvecklingsprojekt kunde söka medel ur nämnda 50-påse. Den första vårdgarantin infördes 1992. Efterhand har ytterligare åtgärder genomförts som t.ex. rätt att söka vård hos annan huvudman vid långa köer i det egna landstinget. Sittande regering har infört fritt vårdval inom primärvården och olika former av stimulansbidrag till huvudmännen kopplade till hur man lyckas hantera

kösituationen. För närvarande pågår förberedelser för att införa fritt vårdval även inom den öppna specialistvården. (här bör något om fri etablering in!)

Inom läkarkåren och delvis även inom sjuksköterskekåren har synen på tillgänglighet i vården sedan länge varit delad. Inom primärvården har man på många håll haft attityden att man bäst förstår vilka patienter som skall beredas tid och i så fall när. Införandet av oftast stelbenta tidsbeställningssystem har bidragit till att försämma tillgängligheten ytterligare. Många primärvårdsföreträdare hävdar att beslutet om fritt vårdval missgynnar de som har störst vårdbehov varför den tidigare ransoneringsmodellen var mer rättvis. Delar av den offentligt drivna primärvården har haft stora svårigheter att ändra sitt sätt att arbeta när det fria vårdvalet infördes med dess krav också på en väsentligt förbättrad tillgänglighet.

En annan och gammal variant av problemet tillgänglighet är de långa väntetiderna på sjukhusens akutmottagningar. Särskilt för äldre och multisjuka är dessa plågsamma. Här pågår försök på olika håll i landet med särskilda hembesöksteam, direktinläggning på aktuell organklinik eller särskilt anpassade avdelningar för multisjuka äldre. Inom ett landsting har den geriatriska kliniken organiserat egna akutmottagningar för denna patientgrupp. Senast rapporterat nytänkande kom från Östra sjukhuset i Göteborg i samarbete med ambulanssjukvården. Efter samråd med läkare på sjukhuset kan ambulanspersonalen i vissa klara inläggningsfall transportera patienten direkt till en vårdavdelning.

Vårdens innehåll och kvalitet.

Här har mycket positivt hänt inte minst beträffande lokaler, utrustning och personalförsörjning/utbildning. Jämfört med 1970 är läkartillgången i nuläget fyrdubblad och räknat på antalet invånare per läkare i ett internationellt perspektiv relativt högt. Trots detta finns betydande problem med dels brist på läkare inom vissa specialiteter (t.ex. klinisk patologi), dels betydande vakanser hos många huvudmän. Ett system med hyrläkare har etablerats som en dellösning, vilket dock medför försämrad patient-läkarkontinuitet och ökad risk för kvalitetsbrister. Statsmakterna har därför nyligen beslutat att öka läkarutbildningen bl.a. genom satsning på en ny läkarutbildning i Örebro.

På professionens initiativ startades redan på 70-talet inom bl.a. ortopedin kvalitetsregister för att följa upp vårdens resultat. Efterhand har flertalet medicinska specialiteter etablerat olika former av kvalitetsregister vilka i många fall haft avgörande betydelse för att förbättra vårdens resultat. Ett undantag är primärvården där en del framträdande allmänläkare bestämt motsatt sig även ett begränsat införande av sådan registrering. Genom två större cancerfondprojekt under åren 2001–2006 utvecklades ett IT-baserat registrerings- och uppföljningssystem benämnt INCA som används av

samtliga onkologiska centra i landet. Redan nu gör INCA det möjligt att följa och redovisa vårdens resultat vid en lång rad cancerformer. Det är också tydligt att här har skapats ett mycket effektivt verktyg för att förbättra cancervårdens kvalitet och resultat. Vidare finns numera nationella och regionala vårdprogram med riktlinjer för vården vid en lång rad sjukdomstillstånd.

Socialstyrelsen har under senare år genomfört studier som visat på betydande problem med patientsäkerheten. Man bedömer att ca 3 000 patienter årligen avlider till följd av vårdskador och olika typer av misstag och att sådana leder till ca 600 000 extra vård dagar per år förutom individuellt lidande. Polyfarmacin bland äldre och särskilt då multisjuka är en bidragande orsak till vårdskadorna. Denna och andra aspekter på patientsäkerheten har dessbättre blivit starkt uppmärksammas under senare år av centrala myndigheter, huvudmän, vårdens professionella företrädare och Läkarsällskapet. Här bör vi kunna förvänta oss betydande framsteg under den kommande 10-årsperioden synliga dels i Landstings- och Kommunförbundets årliga inventeringar, dels i antalet anmälda skador till patientförsäkringen. Förhoppningsvis medför den nya lagstiftningen om påföljder vid misstag i vården att dessa bättre synliggörs av vårdens olika professioner som grund för säkrare vårdrutiner.

Som påpekades ovan ligger ansvaret för vårdens innehåll och kvalitet på sjukvårdshuvudmännen. Statsmakternas styrning omfattar i huvudsak ramlagar i kombination med riktade, prestationsrelaterade statsbidrag och en kommande förstärkt tillsyn. Med alltfler utförare blir huvudmännens förmåga att göra effektiva upphandlingar alltmer betydelsefulla även för vårdens innehåll och kvalitet.

Erfarenheterna hittills talar för att vetenskapliga och tekniska framsteg kommer att tas tillvara på ett tillfredsställande sätt. Dock finns ett aktuellt orosmoln i vården när det gäller de ekonomiska förutsättningarna för att ta i bruk nya och oftast mycket dyra läkemedel med dokumenterad god effekt vid vissa svåra sjukdomar. Genom huvudmännens beslutssuveränitet har vi under senare år kunnat notera en framväxande ojämlig tillgång till viss läkemedelsbehandling beroende på var individen bor. Detta är olyckligt och borde kunna hanteras på nationell nivå genom skapande av en särskild central läkemedelspott för nya läkemedel av denna typ antingen genom huvudmännen själva eller genom ett riktat statsbidrag. Genom bidrag till användningen av ett sådant läkemedel under initialfasen på marknaden borde man relativt snabbt kunna värdera ett nytt preparats värde för ställningstagande till om det skall in i den reguljära behandlingsarsenalen.

Ny medicinsk teknik är inte sällan dyr både i inköp och drift. Ett sätt att få kontroll över kostnaderna är att om möjligt investera när det finns erfarenhet från andra nyttjare och att utmönstra föråldrade tekniker eller rutiner som inte fyller dagens krav. SBU:s uppgifter på området är viktiga och deras utredningar och publikationer håller en hög klass. Jag har dock en känsla av att SBU:s slutsatser och rekommendationer inte fått särskilt stort genomslag i vårdens vardag. Det är tunga och mödosamma projekt som

SBU genomför vilka ofta tar lång tid. En väg att snabba upp den här typen av utredningar skulle kunna vara ett internationellt samarbete efter den modell som gäller för prövning och godkännande av nya läkemedel inom EU. En EU-gemensam registreringsmyndighet i Paris delar ut det praktiska provningsarbetet av nya läkemedel på olika nationella myndigheter motsvarande vårt Läkemedelsverk. Uppgiften är att ta fram underlag för beslut i registreringsfrågan centralt med giltighet i samtliga 27 EU-länder. Något motsvarande för prövning av ny teknik och nya vårdmetoder skulle kunna vara en väg för att ge huvudmännen och vårdens företrädare ett bredare underlag inför nyinvesteringar av denna typ.

Vilka krav på tillgänglighet till vård kan anses rimliga?

Vid jämförelser med vården i andra väl utvecklade europeiska länder bedöms den svenska vården ha hög kvalitet medan tillgänglighet och rådande kösituation behöver förbättras avsevärt. Går vi 50 år tillbaka med provinsialläkarna ansvariga för en stor del av den öppna vården fanns en generell möjlighet att bli bedömd av läkare samma dag. Priset var en oftast tämligen lång tid i väntrummet, som blev grogrund för kraven på tidsbeställda besök även i primärvården. Systemet med fixa tider/besök och otillräckligt utrymme för att möta växlingar i efterfrågan skapade snabbt svåra problem med tillgängligheten vilket i sin tur belastade sjukhusens akutmottagningar drastiskt. Det bekymmersamma idag är att trycket på akutmottagningarna fortfarande är stort trots att primärvårdens tillgänglighet under de senaste åren på många håll har förbättrats avsevärt vilket också gäller för kvällar och helger.

*Sett till utvecklingen av servicen generellt i samhället är ett rimligt krav att få tillgång till en läkarbedömning så snart som möjligt vid upplevda hälsoproblem. Det duger inte att säga att Du får vänta en vecka eller två även i situationer som vårdföreträdare bedömer som icke akuta eller bagatellartade. Med dagens IT-teknik och IT-mognad hos stora delar av befolkningen borde en hel del av detta kontaktbehov i varje fall initialt kunna klaras av utan det fysiska mötet mellan patienten och läkaren. Detta förutsätter att första linjens sjukvård organiseras för att även arbeta "on-line" med sina listade patienter och att ersättningssystemen anpassas till ett sådant inslag i vården. Samtidigt måste ambitionen vara att minska inflödet till akutmottagningarna och reservera den slutna vårdens resurser för dem som verkligen behöver dem.*

För att första linjens sjukvård skall uppfattas som attraktiv och säker måste den förutom god tillgänglighet också ha ett gott stöd från den specialiserade vården. Här har mycket gjorts under de senaste decennierna samtidigt som den traditionella remisshanteringen har effektiviserats genom IT-utvecklingen. Sedan länge är framförallt den klinisk kemiska laboratorieservicen väl tillgänglig och med svarsrutiner on line. Allt fler röntgenavdelningar har "öppet hus" för remitterade patienter för en betydande del av rutinundersökningarna med on line svar inklusive bilder till remitterande läkare. När det gäller konsultation hos organspecialister är dock läget ofta annorlunda med långa väntetider innan patienten blir bedömd. För patienter med oklara besvär/symtom och



särskilt om remisser till flera instanser behövs är handläggning med stöd av den traditionella remissrutinen ofta både ineffektiv och förenad med säkerhetsrisker. Utredningarna riskerar att bli långdragna genom rådande väntetider och bristande koordination mellan vårdgivarna. För patientens del medför detta ökad oro, risk för onödigt lång sjukskrivning och att behövlig behandling inte kommer till stånd i rätt tid. Detta leder i sin tur till ineffektivt resursutnyttjande, stress hos patienten med nya vårdkontakter som följd och inte sällan besök på sjukhusets akutmottagning.

Med dagens IT-stöd borde det vara möjligt att organisera specialiststödet till primärvården på ett smartare och mer effektivt sätt. Ett alternativ hade jag tillfälle att studera på plats vid ett besök på Mayo-kliniken i Rochester, USA, sommaren 1986, vilket beskrivs i bilaga 1. Grundtanken i delar av Socialstyrelsens principprogram för den öppna vårdens utbyggnad från 1969 var till stora delar densamma som tillämpades på Mayo-kliniken. Det är kanske dags att denna primärvårdsmodell dammas av och tas upp till förnyad diskussion.

Kan bristerna i tillgänglighet åtgärdas?

Eftersom problemen är mångåriga borde det finnas kunskap och erfarenheter på många håll för hur man kan förbättra tillgängligheten. Om denna i allmän och specialiserad öppen vård generellt blev god borde belastningen på akutmottagningarna kunna minskas. Om direktinläggning av multisyuka och tidigare vårdade äldre, vilket nu görs på vissa sjukhus, tillämpades mer allmänt skulle mycket vara vunnet. För betraktare utifrån synes dock viljan att se om man kan arbeta på ett annat sätt och ta vara på andras positiva insatser vara begränsad. Att ta in personer med erfarenhet från andra miljöer för att medverka till ändrade arbetsprocesser förekommer nästan inte alls. Då är det enklare att säga att man inte klarar av att se över sitt sätt att organisera arbetet mot bakgrund av genomförda besparingar.

En offentlig diskussion eller polemik om resursläget inom vården blir lätt fruktlös om man inte har data om vad som hänt under en rimligt överblickbar tidsperiod. Mitt intryck är att vi aldrig haft så stor tillgång på läkare och sjuksköterskor som i nuläget. Strukturförändringar har genomförts som totalt sett minskat antalet akutsjukhus och akutmottagningar vilka i sin tur bör ha minskat antalet personalkrävande jourlinjer. Jag föreslår därför att vi inom ramen för nätverket gör en sammanställning av befintliga data om såväl resursutveckling som normalt registrerade produktionsdata för hälso- och sjukvården under perioden 1991??–2010 nationellt med en eventuell fördjupning för västra regionen. Genom föreslaget startår bör effekten av psykiatri- och ädelreformerna kunna hanteras. Med en sådan faktabakgrund bör det vara lättare att föra diskussionen vidare för hur våra betydande tillgänglighetsproblem skall kunna åtgärdas.

Det finns dock flera försvårande faktorer i nuläget. Ledarskapet sviktar eller är svagt på många håll med följd att man inte ser sina medarbetare tillräckligt bra och inte tar tillvara deras kompetens på ett effektivt sätt. Arbetsmiljön upplevs av många som

stressad och att man inte räcker till, vilket leder till minskad arbetsglädje. Läkarnas plats och roll i vården upplevs av en del som oklar. En annan aspekt är vårdens ofta komplicerade organisationsstruktur och långa beslutsvägar. Med tanke på läkarnas centrala roll i patientarbetet medför systemet med "hyrläkare" svårigheter att planera och bedriva vårdarbetet effektivt på de vårdcentraler och kliniker som är beroende av dem. Dagens IT-baserade journalsystem, t.ex. Siemens Melior, bidrar till betydande problem när man behöver kommunicera med andra sjukhus/kliniker om en aktuell patient. Om det är den tekniska designen eller gällande sekretessregler eller både och som är grunden för de praktiska svårigheter som finns är okänt för mig. Klart är dock att nämnda problem försämrar effektiviteten och kan bidra till eller t.o.m. öka risken för misstag i vården.

Trots ovanstående komplicerande faktorer borde det ändå vara möjligt att kraftsamla för att råda rimlig bot på problemen med tillgänglighet till olika delar av vården. Dessutom är en avveckling av köerna en effektivitetshöjande åtgärd i sig. En förutsättning är dock att vårdens professioner och särskilt läkarkåren ställer upp på en sådan målsättning och att huvudmännen enar sig om en gemensam strategi och utvecklar en nationell stödresurs för att genomföra detta.

### **Bilaga 1)**

Patienten togs primärt om hand av en allmänläkare/internist som under en första konsultation om en timme på basen av anamnes och status lade upp en utredningsplan med behövliga remisser till laboratorier, röntgen och organspecialister tillgängliga i samma byggnadskomplex. Utgångspunkten var en snabb och samlad handläggning med patienten boende på närbeläget hotell. Den primärt ansvarige läkaren tog emot fyra nya patienter per dag medan resten av arbetsdagen användes för uppföljning av inkomna remissvar och fortsatt handläggning av patienterna med eventuella nya remisser intill att patientens problem var utredda inför en kommande behandling. Även relativt komplicerade utredningar kunde genomföras på ett fåtal dagar genom ett nära samarbete mellan alla berörda utan nämnvärda väntetider. Märkligt nog var de administrativa rutinerna vid denna tid helt pappersbaserade. Mayokliniken hade även en mindre filial i Florida med satellitlänk till Rochester vilken fick specialistservice via länken.

Jag är naturligtvis medveten om att Mayoklinikens koncept är unikt och kräver för att fungera en väl strukturerad organisation och en personalstab som sluter upp bakom målsättningen att ge en effektiv och snabbt genomförd vård av hög kvalitet. En väsentlig förutsättning var vidare att akut och planerad vård var helt separerade. När jag åter var hemma i min dåvarande funktion som chef för Lunds sjukvårdsdistrikt försökte jag få igång en diskussion om hur specialistservicen till primärvården skulle kunna förbättras

genom lämpligt anpassade ”lån” från Mayoklinikens arbetsmodell. Mycket snabbt kunde jag notera att intresset för att gå vidare var mycket svagt.