

Att bygga från grunden ...

På senare tid har en rad olika förändringar, mer eller mindre revolutionerande, genomförts på flera håll i primärvården. I enstaka fall har det handlat om större förändringar, omfattande hela primärvården. I andra fall, möjligen det vanligaste, har det handlat om att enskilda vårdcentraler förändrat sitt sätt att bedriva verksamheten. En gemensam nämnare har ofta varit att man förändrat delar av verksamheten. Nya rutiner för patientbokning, mer personal eller ibland helt nya professioner, förändrade öppettider m.fl. förändringar. Ibland har man lyckats, åtminstone initialt, men partiella förändringar har tendens till att snabbt assimileras i tidigare verksamhet och ger därmed inga varaktiga effekter. Att lyckas med att hitta en ny allmänläkare ger till exempel möjligheter till att öka mottagningskapaciteten. Tyvärr noteras det dock snabbt att även den resursen får fullt upp och det saknas på nytt tillräckligt med läkartider. Exempelen kan göras oändligt många. En gemensam nämnare är dock att en varaktig förändring kräver att hela verksamheten nagelfars. Något som man har varit väl medvetna om på den kommersiella marknaden. En marknad där man även är medveten om att en kunds tillfredsställelse med en tjänst eller vara är summan av den samlade upplevelsen av hela kundkontakten. Allt från den första kontakten med företaget, till exempel genom ett annonsinslag eller annan kontaktyta, till dess att tjänsten är utförd (eller varan levererad) och kunden är nöjd och känner sig tillfredsställd. Något som då även medför att kunden blir en positiv ”reklampelare” som talar väl om företaget i sin omgivning.

Med dessa kunskaper från den kommersiella världen i bakhuvudet kan det vara intressant att fundera över – hur skulle vi göra om vi fick i uppdrag att bygga upp en ny vårdcentral från grun-

den? Vi kan snabbt fastna i alla regelverk och politiska intentioner. Men om vi frångår dessa för en gångs skull och låter kreativiteten flöda fritt. Hur skulle vi då göra?

I arbetet med att bygga från grunden finns det några basala utgångspunkter. Dessa skulle kunna sammanfattas under rubrikerna;

- Uppdraget
- Lokaler, medicinteknisk utrustning, personal
- Marknadsföring, öppettider, kontaktytor utåt
- ”Tjänstebud”, målgrupper, tillgänglighet
- Kvalitet, effektivitet, varumärke

Uppdraget är sannolikt det som är enklast att fastställa. Primärvården skall stå för den sjukvård som inte kräver den slutna specialistvårdens resurser och kompetens. Ett intressant observandum i sammanhanget är att andelen sjukvård som kräver slutenvårdens specialistkompetens har minskat över tid. Något som då även medför en något speciell proble-

matik i det att primärvården egentligen har kompetens för att ta hand om allt mer, och avancerad, sjukvård men saknar resurser i form av läkare med allmänmedicinsk specialisering.

Vårdcentralen mitt i byn ...

Enligt en gammal sägen låg kyrkan alltid mitt i byn. Lätt att hitta och med en välkänd funktion. Efterhand med ett sjunkande intresse för kyrkans verksamhet och med byar som växte till sig och blev utbredda samhällen var placeringen inte längre lika tydlig. Frågan är om vårdcentralernas placering rönt samma öde. Är de placerade på det mest centrala stället i samhället?(eller skall den kanske ligga på annan plats i samhället?) Lätt att hitta och tillgängligt för alla? En annan viktig fråga är hur vårdcentralen är lokaliserad, i egen byggnad eller ”inhyst” i större byggnad. Hur lätt är det att hitta lokalen och är inredningen välkomnande och inbjudande? Även om vi kan tycka att vi organiserat verksamheten bra är det inte självklart för alla att man till exempel skall gå upp till andra våningen (om



Foto: Adobe Stock

nu vårdcentralen är belägen där!), ta en nummerlapp och sedan sitta ner i något som verkar vara ett väntrum och vänta på sin tur.

Om teknisk utrustning kan vi ha många divergerande åsikter. Att vårdcentralen skall ha fullgod utrustning för att klara sitt uppdrag är tämligen självklart. Ett observandum i sammanhanget är dock att det tidvis finns utrustning som antingen används ytterst sällan eller som i värsta fall är så avancerad att ingen klarar av att använda den. Tänk efter före – behöver vi detta? Hur mycket kan den förväntas användas och vilka är utbildade för att klara av att använda utrustningen?

Även om landstingspolitiker och administratörer på senare tid verkar ha förälskat sig i begreppet virtuell vårdcentral torde en vårdcentral utan bemanning vara en utopi. Frågan är vilken bemanning vårdcentralen skall ha för att kunna fullfölja sitt uppdrag på bästa sätt. Att det behövs läkare med allmänmedicinsk kompetens är en självklarhet. Mer omdebatterat är hur många som behövs och om antalet läkare per invånare bör anpassas till befolkningen sammansättning (färre listade per läkare om befolkningen har hög medelålder? fler om befolkningen huvudsakligen utgörs av unga friska individer?). Sedan frågan om kringpersonal. Hur många sjuksköterskor och vad skall deras uppdrag vara? Undersköterskor? Lab.personal? psykologer/kuratorer? Över tid har både antal personal och variationer i kompetens ökat, främst i den offentliga primärvården. En ökning som kan vara positiv men som samtidigt kräver en noggrann eftertanke – vem skall göra vad? Hur ska det samlade uppdraget fördelas mellan olika yrkeskategorier?

Det finns annars en uppenbar risk för att primärvårdens uppdrag och åtagande mer anpassas efter vilka resurser som råkar finnas tillgängliga och inte till vad som i grunden är vårt uppdrag.

Tillgängligheten, och med den frågan om öppettider o.s.v. är mer eller ständigt återkommande teman i primärvården. Att en vårdcentral skall vara tillgänglig för befolkningen är väl tämligen

självklart. Mindre klart är dock när och i vilka former. Det har över tid experimenterats med morgon- respektive kvällsmottagningar, öppen infektionsmottagning, äldremottagningar m.fl. modeller och inriktningar. När och med vilken utformning vårdcentralen skall vara tillgänglig är i hög grad en funktion av när personalen är tillgänglig (och vilka professioner). Generellt kan nog konstateras att mottagning under vanlig ”kontorstid” från 8 till 17:00 verkar vara den tid som trots allt passar bäst för merparten av befolkningen. Speciella morgon- eller kvällsmottagningar verkar inte vara långlivade. Om patientunderlaget är tillräckligt stort kan speciella äldremottagningar, diabetesmottagningar, astma/KOL-mottagningar etc. vara en god satsning speciellt om dessa bemannas med specialutbildade sjuksköterskor.

Vad och för vilka?

Vad vårdcentralen skall syssla med definieras i princip av primärvårdens uppdrag. D.v.s. att tillhandahålla den sjukvård som inte kräver slutenvårdens speciella resurser eller kompetens. Målgruppen är i första hand de som listat sig på den aktuella vårdcentralen. I övrigt finns rätt att söka var man vill men inte för vad som helst.

Det som ständigt förorsakar diskussioner är vad som menas med ohälsa av den digniteten att det behövs en vårdkontakt samt hur snabbt ett problem behöver hanteras. En god tanke är att man på vårdcentralen för gemensamma diskussioner och kommer överens om vilka patienter man skall prioritera. Det finns en prioriteringsutredning som genomfördes redan på 1990-talet och som egentligen är mycket välgjord. Problemet är att det över tiden gjorts flera avsteg från denna av olika skäl. Inte minst vårdvalsreformen, med klart uttalade ekonomiska incitament kring vilka som skall prioriteras, har medfört ett betydande avsteg. Det finns en uppenbar risk för att ekonomiska villkor väger tyngre än de mer strikt medicinska.

Efter samma principer som på den

kommersiella marknaden är en vårdcentralens förtroende, och status bland befolkningen, beroende på det man ”producerar”. En vårdcentral som blir känd för att tillhandahålla god vård av hög kvalitet och för att kunna erbjuda tider till de som behöver vård kommer att bygga upp ett starkt varumärke. Något som i sin tur påverkar hur befolkningen kommer att konsumera det vårdutbud som erbjuds.

Att drömma går ju ...

Så vad är nu detta med att få bygga upp en ny vårdcentral – en orealistisk dröm? Av naturliga skäl är det få förunnat att kunna börja från noll och bygga upp en ny vårdcentral. Men även om man inte kommer att få denna möjlighet är det av stort värde att man på en vårdcentral tillsammans funderar över hur man egentligen vill ha det – om man någon gång skulle få möjlighet att bygga från grunden. Många av de förändringar som görs på vårdcentraler som varit i drift under längre tid är förändringar som enbart omfattar begränsad del av verksamheten. Helhetsperspektivet saknas och tidvis får förändringar negativa effekter. Även om det behövs fler läkare med allmänmedicinsk specialisering är det inte alltid fler läkare som är den mest angelägna problemlösningen. Hur fördelas arbetet mellan olika professioner på vårdcentralen? Vilka prioriteringar gör man och hur lyckas man med konststycket att få rätt patient till rätt profession? Hur starkt är vårdcentralens varumärke i lokalsamhället respektive inom den regionala sjukvården som helhet? Hur kan varumärket vid behov stärkas? Det viktigaste är inte att segla iväg i orealistiska drömmar. Det viktigaste är att börja med en dialog som involverar all personal.



CHRISTER OLOFSSON
Distriktsläkare