

En modern hälso- och sjukvård med primärvården som bas

– kommer utredaren att lyckas denna gång?

I decennier har politiker och tjänstemän pratat om primärvården som basen i svensk hälso- och sjukvård. Trots det har Sverige fortfarande ett sjukhusungt system med föråldrade och fragmentiserade organisationer och arbetssätt.

Kommer förslagen från Anna Nergårdhs utredning att lyckas vända på perspektiven och modernisera det svenska systemet?

Det är en kall oktoberdag när Anna Nergårdh tillsammans med huvudsekreterare Louise Andersson möter upp på regeringskansliet på Karlavägen i Stockholm. I ett konferensrum

slår vi oss ned för att prata om utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård”.

Det var i mars som Anna Nergårdh, kardiolog och tjänstledig från uppdragen som chefläkare och biträdande landstingsdirektör i Stockholm, fick uppdraget. Och redan i juni kom ett första delbetänkande: ”God och nära vård”.

– Vår utredning utgår från förslagen i slutbetänkandet Effektiv vård som är en fantastisk sammanställning med många



Louise Andersson, huvudsekreterare, tillsammans med Anna Nergårdh, regeringens utredare.

Foto: Sören Andersson

bra förslag och idéer. Men den var omfattande och konsekvensanalyser kunde inte göras av alla de förslagen, det arbetet pågår just nu i vår utredning.

Delbetänkandet innehåller en målbild och färdplan för omstruktureringen av hälso- och sjukvården: ”med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård”.

Förlegad uppdelning

Det är dock ingen primärvårdsutredning, understryker Anna Nergårdh.

Det handlar om att lägga förslag som leder till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem, utifrån de utmaningar som finns idag.

– Hälso- och sjukvård ska i första hand ges som öppenvård och vi ska lägga förslag på hur vi flyttar och omfördelar resurser från den sjukhustunga vården till primärvården och en stark första linjens vård.

Sedan utredningen startade har kansliet förstärkts med ytterligare fyra utredningssekreterare med olika kompetenser inom allmänmedicin, statsvetenskap, juridik och ekonomi. En av dem är allmänläkaren Karin Träff Nordström, tidigare ordförande för SFAM, verksamhetschef för Brahehälsan i Skåne och divisionschef vid Skånes Universitetssjukhus.



Karin Träff Nordström.

– Vid sidan av utredningssekreterarna som hjälper mig med insamling, sammanställning och analys, har jag även tillgång till expert- och referensgrupper. Det ingår också i uppdraget att utredningen ska arbeta i nära dialog med landsting, kommuner, myndigheter, patient- och brukarorganisationer och vårdens medarbetare, det vill säga i stort sett alla som ingår i systemet, säger Anna Nergårdh.

I oktober fick hon ett tvådelat tilläggsuppdrag. Den första delen handlar om att ”analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppenvård och slutenvård”.

– I dag har vi en struktur som är knuten till begreppen öppen- och slutenvård. Uppdelningen är dock problematisk om vi ska skapa en sömlös och sammanhållen sjukvård som utgår från vårdtagarens behov.

I hälso- och sjukvårdslagen står att slutenvården ska bedrivas på sjukhus. Men dygnet-runt-vård bedrivs idag av vårdgivare även utanför sjukhusen, för att det blir det bästa för vårdtagaren. Det viktiga, menar Anna Nergårdh, är inte att fokusera på vad byggnaderna heter, utan att skapa en struktur och organisation som tillhandahåller den vård och de kompetenser som behövs utifrån individens behov.

STÖRRE ENIGHET OCH TYDLIGHET

I det första delbetänkandet finns en historisk genomgång av olika reformer som sedan 1940-talet och framåt har diskuterat problemen och utmaningarna inom den öppna vården. För snart 60 år sedan användes värdeord som helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan som riktmärken för primärvården. ”Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket” konstaterade 1958 att: *”Den öppna specialistvården vid lasaretten utnyttjas emellertid i stor utsträckning för fall som borde kunna behandlas i öppenvård utanför sjukhus-förutsatt att det finns tillräckligt med läkare, medverkande personal och utrustning inom denna del av den öppna vården.”*

Inte förrän i slutet av 60-talet ägde större förändringar av den öppna vården rum. Socialstyrelsen presenterade sitt principprogram om öppenvård och begreppet vårdcentral lanserades. På 70-talet omvandlades provinsialläkartjänster till distriktsläkartjänster och primärvården delades in i distrikt med fasta upptagningsområden. På 1980-talet utmålades primärvården som basen för svensk hälso- och sjukvård och principprogrammet inför 1990-talet framhölls återigen att huvudmännen i sin planering av hälso- och sjukvården skulle utgå från primärvården. Inför 2000-talet antogs en nationell handlingsplan med syftet att stärka primärvården i såväl landstingen som kommunerna. För snart två år sedan kom betänkandet från utredningen Effektiv vård och nu inväntar alla med spänning vad som ska komma ur den pågående utredningen som ska vara klar i mars 2019.

Det andra tilläggsuppdraget handlar om att utreda samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Det finns en bild i dag, menar Anna Nergårdh, att det i huvudsak är landstingen som bedriver hälso- och sjukvård, men kommunernas del av sjukvården utgör idag 25 procent.

– Ska vi uppnå en sömlös vård krävs bättre och effektivare samverkansformer där såväl primärvård som kommunal vård finns med.

Kommer den här utredningen att lyckas med sitt mål och vad är annorlunda nu?

– Jag uppfattar att det finns en större enighet och tydlighet nu än tidigare. Det finns även en större samsyn på olika nivåer i systemet, inte minst bland huvudmännen och det har visat sig i ett antal initiativ, till exempel när det gäller cancervården och samverkan mellan de olika Regionalt Cancercentrum, RCC. Ett annat exempel är modellen för kunskapsstyrning. →

Det finns en stor medvetenhet om att vi behöver göra saker tillsammans för att nå en större och bättre effekt, och gemensamt arbeta mot det övergripande målet; en jämlik hälsa i befolkningen.

En viktig framgångsfaktor är uthållighet, menar Anna Nergårdh.

– Det är därför vi i första delbetänkandet presenterade en principiell målbild, det behövs för att skapa en bred enighet och förståelse för vart vi är på väg. Det ökar chanserna till uthållighet, inte minst politiskt.

I dag har vi 21 olika landsting med 21 olika primärvårdssystem samt 290 kommuner. Det är ett decentraliserat system där huvudmännen har stor frihet att utifrån lokala förhållanden välja hur man vill organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Kommer nuvarande system, som har svårt att skapa en jämlik och rättvis vård över landet, att överleva framtiden?

– Det ingår inte i mitt uppdrag att utreda frågan om den nuvarande landstingsmodellen. Men det kommer inte att gå att fortsätta göra så olika som man hittills har gjort. Det är svårt att försvara inför medborgarna att vi har 21 olika primärvårdssystem och vi behöver mycket tydligare kunna beskriva vad svensk primärvård erbjuder, baserat på ett gemensamt kunskapsunderlag.

Vägen framåt är att man samordnar sig och skapar ett system med bättre förutsättningar för samverkan och samarbete. De förslag jag lägger måste ta hänsyn till de förutsättningar som finns och jag är övertygad om att vi faktiskt kan åstadkomma hållbara förändringar även med nuvarande landstingssystem.

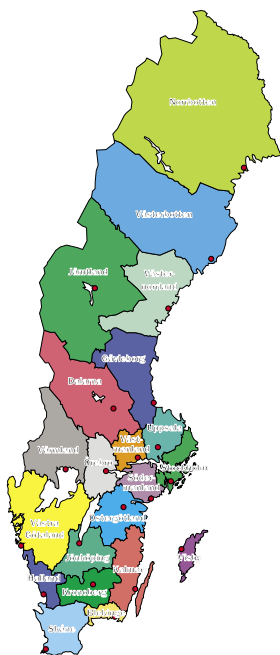
Om primärvården ska bli basen i hälso- och sjukvården krävs krafttag för att lösa kompetensförsörjningen och bemanningsfrågan. Vad krävs anser du?

– Det är en av de verkligt stora utmaningarna. Jag delar uppfattningen att det krävs en mycket större andel läkare med specialistkompetens i allmänmedicin om vi ska lyckas nå den målbild vi beskriver. Sedan handlar det också om att modernisera ett sjukvårdssystem som inte är fullt anpassat vare sig till dagens patienter eller medarbetares behov. Många av de arbetsmiljöproblem vi har idag bottnar i en rigid och föråldrad struktur, där medarbetare i sitt dagliga arbete får försöka lösa problem som vi inte klarat att lösa i strukturen. Ett exempel är när man som medarbetare i primärvården möter patienter

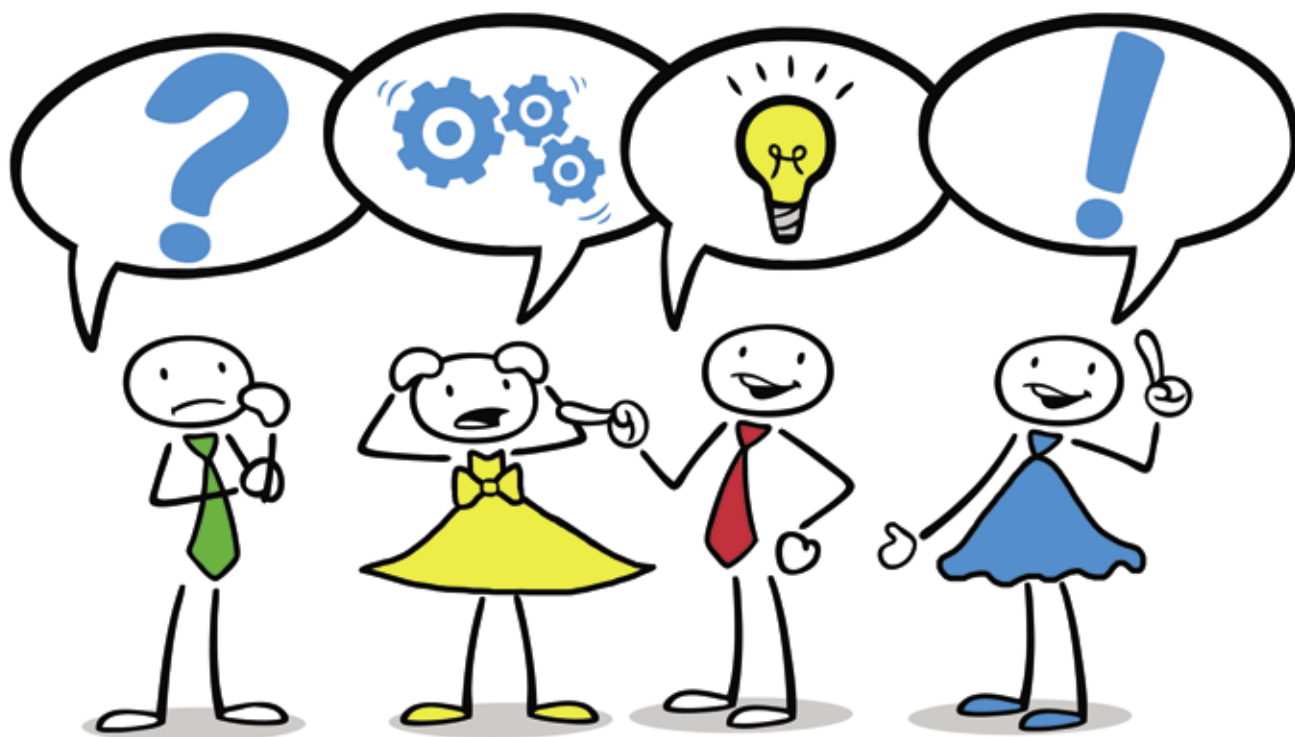
med behov av insatser från flera håll, både landsting och kommun. Det är väldigt frustrerande och påverkar arbetsmiljön negativt när strukturerna för god samverkan inte finns där, och man tvingas se hur patienter faller mellan stolarna utan att riktigt kunna åtgärda problemen. Ett annat exempel är när medarbetare på en akutmottagning får ägna alla tid åt att leta vårdplatser, när det återigen egentligen handlar om hur vi skapat strukturer för samverkan, att använda både vårdplatser på sjukhuset och på andra platser på ett klokt sätt. Så kan vi inte ha det i framtiden, det finns ofta inte förutsättningar för en god arbetsmiljö. En modernisering av systemet är helt nödvändig.

Forskning, utbildning och utveckling (FoUU) anses vara central för att möta framtidens behov. Hur vill ni få in FoUU i primärvården?

– Det är en viktig del i utredningens arbete. FoUU får inte bli eftersatt i primärvården, att det ibland varit det är kanske en delförklaring till att vi har de utmaningar vi har idag. FoUU är viktigt och bidrar till en långsiktighet, både vad gäller kunskapsutveckling och framtidens vård och behandling. Inte minst är frågan om kontinuerlig fortbildning väldigt viktig.



Annons



En het fråga är digitalisering och e-hälsa. Hur arbetar ni med dessa frågor?

– Det är för mig en förutsättning för den framtida utvecklingen och en självklar del av samhällsutvecklingen som vi inte kan bortse ifrån i hälso- och sjukvården. Vi ska i utredningen beskriva möjligheter att bedriva en effektiv verksamhet utifrån patienternas behov och då är e-hälsa och digitalisering viktiga verktyg. Jag reser mycket i landet och ser fantastiska lösningar med digital teknik, som bland annat tillgängliggör kompetens och skapar lärande organisationer. Men vi har en omfattande omställning att göra när det gäller att integrera e-hälsa i verksamheterna på ett bra sätt, i den verksamhetsutveckling som drivs av medarbetarna själva.

Kan ”sjukstugemodellen” vara en modell för framtiden?

– Sjukstugemodellen är ett av flera exempel på hur man har utformat funktionella lösningar utifrån patienters behov. Den innehåller på en del ställen också en fin samverkan mellan huvudmännen. Och som sagt, just för den typen av verksamheter blir vår översyn av definitionerna öppen och slutna viktiga!

Ett viktigt uppdrag för utredningen är att lämna förslag på hur resursöverföringen från sjukhusvård till primärvård ska gå till. Samtidigt har vi en snabb och resurskrävande high tech-utveckling med spetsjukvård inom slutenvården. Finns det konflikter här?

– Vi arbetar med en strukturomvandling för att åstadkomma en modern resurs- och kostnadseffektiv sjukvård där fokus ska vara på primärvården. Jag upplever att det finns en gemensam syn på att en omställning behövs, även från den traditionella

”sjukhusvärlden”. Jag är faktiskt inte så orolig för den typen av polemik mellan olika delar av systemet, jag tror alla ser att det behöver hänga ihop på ett helt annat sätt och utifrån patienternas behov i framtiden.

Distriktsläkarföreningen och SFAM har med utgångspunkt från Effektiv vård lämnat över ett program till dig med omfattande förslag på hur vi kan skapa framtidens primärvård. Hur mycket intryck tar du av det programmet?

– Vi tar in underlag från många, just det programmet är förstås väldigt viktigt för oss att ha med i arbetet. Även framåt och via våra expert- och referensgrupper finns såväl Läkarförbundet som Svenska Läkaresällskapet med, och i sin tur DLE, SFAM och Sjukhusläkarna.

Är det viktigt att kunna välja en egen läkare tycker du?

– Kontinuitet är viktigt, och för många handlar det om personkontinuitet. Brister i kontinuiteten är ett stort problem i dag och här behöver vi bli mycket bättre, det är avgörande för många andra frågor om tillgänglighet och delaktighet. Det står redan idag i hälso- och sjukvårdslagen att den som vill ska få tillgång till och kunna välja en fast läkare i primärvården, men det uppfylls ofta inte. Precis hur vi ska lösa frågan om förbättrad kontinuitet är för tidigt att säga, det vore att föregripa utredningen.

Är 1 allmänläkare per 1500 invånare en viktig siffra som bör slås fast?

– Jag föregår utredningen om jag ska svara på den frågan. Det är en viktig och vedertagen siffra som funnits med länge, men jag vill vänta med att besvara den frågan. →

I en intervju med Christer Andersson, distriktsläkare och verksamhetschef vid Bergsjöns vårdcentral samt utsedd till Årets allmänläkarvän 2017, lyfter han fram vikten av att verksamheten är läkarledd och att den ansvarshierarki som finns, inte minst vad gäller det medicinska ledningsansvaret, även måste avspeglas i organisationen. Är det viktigt att just läkare är chefer i primärvården?

– Vi behöver fler läkare som är chefer. Tyvärr är det svårt att rekrytera läkare till chefsbefattningar idag och det är synd, för det är en karriärväg som skulle kunna passa många.

Det är dock problematiskt för mig att tänka att vi ska bygga chefskap på en enda yrkesgrupp, vi behöver så många chefer och ledare i framtidens sjukvård och ingen grupp skulle räcka till för att täcka behoven. Det är fortfarande vanligt i vården med väldigt många underställda på en chef, det förekommer inte idag i andra branscher och gör det svårt att vara en närvarande chef.

I en mer och mer komplex värld krävs en större systemkunskap om styrning och ledningen av vården, dessa ämnen borde finnas i grundutbildningen på ett tydligare sätt. Så ja, det behövs fler läkare som chefer, men jag tror inte att enbart läkare räcker till.

Vilka är de största utmaningarna i ditt uppdrag?

– Uthålligheten. Det krävs förståelse för att systemförändringar tar tid och att det krävs många och små steg. Många är ivriga och vill att det ska gå snabbare. Vi har en demokratisk, politisk styrd process som måste ha sin gång och här gäller det att skapa förståelse så att medarbetare och andra orkar fortsätta att vara en-

gagerade. Självklart vill vi genomföra förändringar så snart vi kan, behovet är stort, men det måste göras på ett strukturerat och hållbart sätt.

Ett konkret förslag som ni har lagt och som mött både ris och ros handlar om en förändring av vårdgarantin, den så kallade 3-dagarsreformen. Ni vill ändra skrivningen i lagen som idag säger att individer, om vårdpersonalen bedömer att patienten behöver träffa en läkare vid den första

kontakten, ska garanteras att få träffa läkare i primärvården inom sju dagar. I ert förslag ska individen garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården inom tre dagar. Finns det inte risk att reformen leder till pinnstatistik och att tidsaspekten prioriteras framför kvaliteten?

– Det finns en bild i dag att vårdgarantin ger den som vill rätt att träffa läkare inom sju dagar, men riktigt så är det inte. Det som gäller är att om vården bedömer att man behöver träffa läkare inom sju dagar så ska man få göra det. Nu föreslår vi istället att det ska ske inom tre dagar. Och om vården bedömer att individen behöver träffa en annan kompetens än läkare, som exempelvis fysioterapeut, sjuksköterska eller arbetsterapeut så är det den kompetensen individen ska träffa. Förslaget öppnar för att använda samtliga kompetenser på ett klokt sätt och alltid utgående från patientens behov. Men visst, det markerar också att det är viktigt med tillgängligheten i primärvården.

Vad är det roligaste med ditt utredningsuppdrag?

– Det stora engagemanget från medarbetare, landsting, kommuner, olika organisationer och föreningar, men också från medborgare och patienter som hör av sig och delar med sig av sina erfarenheter och tankar.

I mars 2019 ska utredningen vara klar. Vad hoppas du att du ska ha uppnått när du lämnar över slutbetänkandet?

– Jag hoppas att våra förslag ska ligga till grund för en nationell strategi för en strukturomvandling av svensk hälso- och sjukvård, att vi ska stärka primärvår-

den på riktigt den här gången. Målet är en hälso- och sjukvård som tar höjd för medborgarnas behov idag, behov som väldigt ofta är av kronisk och långvarig karaktär. En sömlös vård, där man som individ i god delaktighet med vården får en väl koordinerad och sammanhållen insats. Och förstås en struktur som ger möjlighet till en god arbetsmiljö för medarbetarna.

EVA NORDIN
Journalist

