

Kan vårdresurser omfördelas?

Primärvårdssynpunkter

Ulla Söderström

Sjukvårdens högsta strävan måste vara att förebygga sjukdom och ohälsa. I nedanstående artikel framhålls några områden där förändringar kan spara resurser som sedan satsas på preventiv i stället för kurativ medicin. Viktigt är dock att hålla i minnet att det är svårt att omfördela resurser i praktiken. Den avlastning som kan ske genom en ny vårdcentral blir så liten på varje klinik och så smygande att det ökade utrymmet omärkligen ersätts av annan verksamhet.

Ulla Söderström är distriktsläkare vid Umeå vårdcentral och verksam vid allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet.

Innan man frågar om resurser *kan* omfördelas är det viktigt att ställa frågan om det finns *anledning* och *vilja* att omfördela resurserna. Hur befintliga resurser skall fördelas beror på våra värderingar beträffande sjukvårdens uppgift.

För mig måste *sjukvårdens grundideologi* vara att arbeta på att göra sig själv överflödig. Sjukdom är ett ont och sjukvårdens målsättning måste vara att i möjligaste mån förhindra sjukdom. Arbetar vi inom sjukvården med denna ideologi som grund? Nej, sjukvården har varit en ganska isolerad värld där vi ägnat oss åt intressanta fall med speciella sjukdomar och varit stolta över alla framsteg vi gjort när det gällt att ta hand om dessa. Detta ger också störst omedelbar tillfredsställelse i arbetet. Sjukdomar som försvunnit har oftast inte gjort det tack vara sjukvårdens insatser utan på grund av strukturella

och kulturella förändringar i samhället.

Min åsikt beträffande akutsjukvården är att det är bra att den finns, men synd att den skall behövas. Vårt första mål måste vara att förebygga sjukdom. Resurserna har hittills satsats på kurativ medicin. Jag anser att det är nödvändigt att ändra inriktning.

Läkarkåren har varit skeptisk till förebyggande verksamhet. Man har hänvisat till att det inte finns vetenskapliga bevis för att det skulle gå att förebygga mer än några enstaka tillstånd, såsom följsjukdomar av alkohol och tobaksrökning. Jag tycker att det är ett sätt att gömma sig, att inte vilja ta ansvar. Vi har hittills nonchalerat sk mjukdata, sådant människor faktiskt känner till sedan lång tid tillbaka trots att det inte är belagt med siffror. Är det inte att göra oss dummare än vi är? Visst vet vi alla att man mår bättre av att inte vara för fet, att hålla sig i rörelse, att det är bättre med omväxlande arbete än ensidiga rörelser, att vi får ont i magen eller ont i huvudet när vi är olyckliga. Skall detta behövas bevisas med siffror innan vi kan använda vår medicinska auktoritet till att påverka människors sätt att leva. Eller är det kanske känsligt för oss eftersom vi känner att vi i så fall själva borde leva som vi lär?

Vilken är då primärvårdens uppgift?

Primärvården är den del av sjukvården som bör stå för kontakten mellan befolkningen och den specialiserade medicinen. Primärvården har också den bästa positionen för förebyggande verksamhet.

.....
Primärvården har den bästa positionen för förebyggande verksamhet.
.....

.....
Vårdprogram är ett sätt att hjälpa oss att använda sjukvårdsresurserna bättre.
.....

Primärvårdens uppgift uppfattas oftast vara att avlasta den slutna vården. Ur kortsiktigt perspektiv innebär ju detta ett slags självändamål. Långsiktigt arbete med förebyggande verksamhet måste på sikt innebära en avlastning av den specialiserade medicinen.

Vi borde långt tidigare använt resurser på ett annat sätt än vi gjort! Det har inte heller förrän de senaste åren över huvud taget skett någon styrning, utan marknadskrafterna har fått råda.

Vad kan man egentligen göra för att omfördela resurser? Jag tror att det finns mycket men jag kommer nu bara att visa på några exempel. Jag kommer också att i siffror försöka belysa i vad mån man kan vänta sig att en utbyggd primärvård omedelbart kan avlasta sjukhusets öppna vård.

Vårdprogram

I dag sker mycket dubbelarbete inom sjukvården. Vårdprogram är ett sätt att hjälpa oss att använda sjukvårdsresurserna bättre. Genom vårdprogram kan vi komma överens om hur och var sjukdomar skall utredas och behandlas. Många patienter går både på sjukhus, på en eller flera kliniker, och hos distriktsläkare. När fler läkare blir inblandade, blir fler läkarbesök nödvändiga, fler mediciner utskrivna och medicinbyten vanligare. Detta är inte till patientens bästa och det är resurskrävande.

Flera undersökningar (Örebro, Malmö, Sundsvall) har visat att fler patienter remitteras till en specialistklinik (Örebro – öronkliniken, Malmö – medicin + kirurgi + ortopedi) från andra specialistkliniker på sjukhuset än från distriktsläkarna. Av dessa remisser har man bedömt dem så att de flesta problem hade kunnat handläggas av distriktsläkare. Det är alltså viktigt att vårdprogrammen blir kända av läkare och sjukvårdspersonal vid alla specialistkliniker. Detta skulle kunna minska dubbelarbetet och spara resurser.

Behandlingsrutiner och vårdtider vid samma

sjukdomstillstånd skiljer mycket mellan olika delar av landet och genom att studera varandras arbets-sätt skulle säkert också en hel del gå att vinna.

Utbildningen

Jag tror att resurser skulle kunna frigöras om man lade tonvikten i utbildningen på ett annat sätt än hittills. I läkarutbildningen lägger man stor vikt vid kunskap om sjukdomarna och den bästa behandlingen av dessa. Vi ägnar mindre tid åt att lära ut *hur* kunskaperna skall användas. Sjukdomarna finns alltid hos en individ med alldeles speciella förutsättningar i livet, och ibland är det så att det är den *näst* bästa behandlingen som passar en viss patient bäst. Om vi inte tar denna hänsyn till den individuella patienten blir vården meningslös och resurserna kastas bort. Här ger HSL en styrka!

Utbildningen i dag är huvudsakligen inriktad på somatik, kroppsliga sjukdomar. Vi lär oss mycket litet om de psykosomatiska sjukdomarna, de sjukdomar som har sin grund i psykosocial problematik men yttrar sig som kroppsliga symtom. Dagligen ser vi hur människor blir föremål för omfattande utredningar för kroppsliga symtom som är ett uttryck för deras livssituation. Vi har lärt oss att inte ge morfin till en patient med akuta buksmärter. På samma sätt måste vi lära oss att inte utreda varje kroppsligt besvär som tecken på en kroppslig sjukdom. En sådan utredning kan lika väl som morfinet både för oss och patienten förvirra sjukdomsbilden och störa läkningsprocessen. En god kunskap i psykosomatik sparar resurser!

Hur mycket avlastas sjukhuset när man bygger ny vårdcentral?

Låt oss tänka oss att man bygger en ny vårdcentral i ett område med 10000 invånare med genomsnittlig åldersfördelning. I området fanns tidigare en enda distriktsläkare. Han var ej ålagd några uppgifter utom mottagningsarbetet. På den nya vårdcentralen

.....
Ibland är den näst bästa behandlingen den som passar en viss patient bäst.
.....

kommer det att finnas tre distriktsläkare och en läkare under utbildning. Området har alltså fått ett tillskott på nästan tre distriktsläkare. Dessa skall förutom patientmottagningen ta hand om förebyggande barnavård, mödravård, skolhälsovård samt ålderdomshem, sjukhem och hemsjukvård.

Jag har räknat ut den tid som kommer att gå åt för dessa nya uppgifter. Jag har använt mig av standardmässiga tidsberäkningar men räknat med relativt låga siffror beträffande utbildning och administration. När denna tid räknas bort från den tillgängliga läkartiden finns kvar ett visst antal timmar för patientmottagning. När man bygger en ny vårdcentral och sjukvården kommer närmare befolkningen måste man räkna med att det finns tidigare otillfredsställda vårdbehov (Bygrens undersökning Stockholm 1969–1971, 27 % av befolkningen, Ulf 1977 6 %) som i viss mån kommer att kunna tillfredsställas. I min beräkning antar jag att 8 % av befolkningen upplever ett dylikt behov och hälften av dessa nu får vård på vårdcentralen. Nyttillskottet läkartimmar på mottagningen som därefter är tillgängliga för behandling av patienter som tidigare gått på sjukhuset blir 700 timmar per år (14 timmar per vecka).

Vad händer då på sjukhuskliniker? Dessa patienter gick förut troligen på ett flertal olika kliniker. Om man tänker sig att hälften gick på medicinkliniken, får denna klinik en avlastning på 350 timmar per år, dvs 7 timmar per vecka eller 1,3 timmar per dag måndag–fredag. Alla patienter kommer inte omedelbart att hänvisas till vårdcentralen utan kommer successivt att föras över dit, kanske under 2–3 års tid. Vad kommer att hända? Kommer resurserna att minskas på medicinkliniken? Eller kommer väntetiden på mottagningen att förkortas? Eller kommer de patienter som går kvar där att få lite bättre tid hos doktorn?

På övriga kliniker går färre patienter på var och en. Om resten 350 timmar fördelas på 5–7 kliniker innebär detta ca 60 timmar per år och klinik, dvs drygt 1 timma per vecka. Kommer detta över huvud taget att märkas på de olika klinikerna?

Detta exempel visar oss att när den nya vårdcen-

Politikerna har inte tillräcklig kunskap för att kunna göra egna bedömningar och våga ta ansvar.

tralen öppnar kommer den att avlasta barnkliniken genom BVC, gyn via MVC, långvården genom hemsjukvården, de flesta kliniker på lasarettet genom öppenvårdsbesöken. Det blir dock så litet på varje klinik och så smygande att om man vill dra in resurser på dessa kliniker måste beräkningarna göras innan vårdcentralen öppnar så att inte det ökade utrymmet på klinikerna kommer så omärkligt att det omedelbart ersätts av annan verksamhet.

Sammanfattning

Det finns många hinder för att ändra ett etablerat system: vi läkare har genom vårt monopol på medicinsk kunskap haft en utomordentlig makt att styra utvecklingen. Varje klinikchef har blivit satt att vaka över sitt område och gjort det så gott han eller hon har kunnat. Ingen annan har ju bevakat just den specialitetens intressen! Det har inte funnits plats för ett övergripande ansvar utan kampen mellan reviren har kunnat fortgå ganska ohämmat.

Jag anser att politikerna som representanter för befolkningen och inte vi inom sjukvården bör styra utvecklingen. Men politikerna har inte tillräcklig kunskap för att kunna göra egna bedömningar och våga ta ansvar. Jag anser att vi måste kunna kräva detta.

Sammanfattningsvis anser jag alltså att sjukdom är ett ont, sjukvården en nödvändighet men vars högsta strävan måste vara att förebygga sjukdom och ohälsa. Jag har valt ut några områden där jag tror att en förändring kan spara resurser som sedan kan satsas på preventiv i stället för kurativ medicin. Jag har också visat på ett exempel hur svårt det är att omfördela resurser i praktiken. Jag slutar med en förhoppning om att politikerna skall kunna skaffa sig större medicinsk kunskap och göra sitt inflytande mer gällande.