
Förbättrad tillgänglighet: Till nytta för sjukvården och till glädje för patienterna

MATS BROMMELS

Statsrådets principbeslut 11.4.2002 om tryggheten av hälso- och sjukvårdens framtid innehöll som ett av sex ställningstaganden att medborgarna skall garanteras tillgång till hälso- och sjukvård i enlighet med vårdbehov oberoende av bopingsort och ekonomiska tillgångar, om så krävs genom lagstiftningsåtgärder. I juni 2004 godkände riksdagen de förändringar i folkhälsolagen, i lagen om specialiserad sjukvård och patienträttighetslagen som preciserar de nya krav som ställs på vårdgivarna för att garantera bättre tillgänglighet. De nya lagarna träder i kraft den 1 mars 2005. Regelverket gäller medicinskt konstaterat behov av vård som definieras i nationella riktlinjer eller god medicinsk praxis.

Reformen är baserad på två övergripande principer. Den första är den medborgerliga rätt till "tillräcklig social- och hälsovård" som är stadfäst i grundlagen och som nu förstärks genom den precisering av den offentliga hälso- och sjukvårdens ansvar som lagändringarna innebär. Den andra principen är att behovet av sjukvård bedöms, och beslut om tillträde till sjukvårdsenhet fattas av hälso- och sjukvårdens yrkesutövare utifrån professionella – inte kommunalekonomiska – kriterier. Den principen har förvisso också gällt tidigare, vilket visas av de entydiga prejudicerande beslut som de senaste åren fattats av högsta förvaltningsdomstolen. Att förvaltningsdomstolarna engagerats i mål som avser tillgodo-

seende av vårdbehov är dock en dyster påminnelse om att principen har glömts bort. Detta har dessvärre också gällt en del administrativt verksamma läkare.

I offentligheten har man ändå mest uppmärksammat den s.k. vårdgarantin, d.v.s. de nya reglerna om maximala väntetider för professionell behovsbedömning och medicinskt motiverad behandling. Under år 2004 har diskussionen inriktats på de nationella riktlinjer för gemensamma behandlingsindikationer som i huvudsak avser förplanerad specialiserad sjukvård. Ambitionen har dock varit att förbättra vårdens tillgänglighet inom både primärvården och den specialiserade sjukvården, samt framför allt att tillgodose behoven hos det stora flertal patienter som lider av en kronisk sjukdom och funktionsnedsättning. För dessa patientgrupper är det viktigare med vårdkontinuitet och fungerande vårdkedjor än korta väntetider till enskilda mottagningsbesök. Den arbetsgrupp som var tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet för att förbereda lagstiftningsreformen, ägnade därför stor uppmärksamhet åt primärvården, den psykiatriska sjukvården, gränsområdena mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten (1).

FÖRFATTAREN

Mats Brommels är professor vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet samt vid Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, Stockholm

Tillägget i patienträttighetslagen med krav på uppgörandet av en individuell vårdplan i särskilda fall är ett blygsamt uttryck för den ambitionen, och dess viktigaste uppgift är att säkerställa ett fungerande samarbete mellan dem som i Sverige kallas vårdgrannar.

Betydelsen av gemensamma nationella behandlingsindikationer för att säkerställa jämlik tillgång till specialiserad vård i hela landet och för att minska de högst betydande variationer i praxis som kunnat ses mellan sjukvårdsdistriktet bör inte underskattas. Det är viktigt att benägenheten att följa riktlinjerna följs upp och att dessa uppdateras kontinuerligt – ett ansvar som enligt också tidigare lagstiftning åligger sjukhusdistriktens chefläkare. Att svara mot vårdgarantin (att ordna vård på basis av medicinsk behovsbedömning inom 3-6 månader) ställer sjukvårdsdistriktets och sjukhusklinikernas chefs organisationsförmåga på prov. Min uppfattning är dock att reformen är en större utmaning – och möjlighet! – för primärvården. Det är därför på sin plats att frågan ges utrymme i detta specialnummer om allmänmedicin, och artikeln kommer att i fortsättningen fokusera på hälsovårdscentralernas nya uppgifter.

Primärvårdens övergripande ansvar accentueras paradoxalt nog av förändringarna i sjukvårdsdistriktets ansvar i lagen om specialiserad sjukvård. Från den 1 mars 2005 ansvarar sjukvårdsdistriktets samkommuner för att den specialiserade sjukvården inom distriktet ordnas enligt enahanda medicinska grunder. Ytterligare gäller att vårdbehovet bedöms och beslut om vård fattas likaså på likadana medicinska grunder. Detta innebär att sjukvårdsdistriktet inte längre kan upprätthålla vårdköer kommunvis. Sjukvårdsdistriktets ansvar är att med hjälp av andra vårdgivare ordna de tjänster man inte själv klarar av inom den av lagen fastställda maximala väntetiden. Detta kan självklart inte innebära att räkningarna automatiskt slussas vidare till kommunerna. En bättre översikt över kommuninvånarnas vårdbehov och en bättre fungerande samverkan mellan hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistriktet måste komma till stånd för att ge tillräcklig stabilitet åt kommunernas planering och möjliggöra tydligare krav på sjukvårdsdistriktet. Att hela befolkningens vårdbehov samt hur behovet skall mötas professionellt – och inte upphandling av enskilda behandlingar – därmed står i fokus är en viktig indirekt konsekvens av reformen.

Hälsovårdscentralernas största utmaning är att garantera att medborgarna i enlighet med de nya kraven i folkhälsolagen kan få omedelbar kontakt med sin central under tjänstetid. Det kan ses som en ”skärpning” av statsrådets principbeslut av den 11 april 2002. Å andra sidan har principbeslutet på en viktig punkt omformulerats för att vara bättre anpassat till primärvårdens verklighet. Den professionella bedömningen av en patients vårdbehov, som skall ske inom tre arbetsdagar sedan han har tagit kontakt, skall utföras av en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Ett besök hos läkare bör ordnas om patienten så kräver, och beslut om medicinsk diagnos och behandling fattas alltid av läkare. ”Tredagarsregeln” gäller dock uttryckligen bara den första bedömningen av vårdbehovet. Detta är mer förenligt med vårdens verklighet än en bokstavstrogen regel om rätt till läkarbesök inom tre dagar. Det ligger också väl i linje med den nya arbetsfördelning mellan hälsovårdare, sjukskötare och läkare som redan vuxit fram på väl organiserade hälsovårdscentraler.

Att tillgängligheten till primärvården per telefon har varit dålig, och att t.ex. telefonerna till tidsbeställningen i många fall har varit bemannade bara under några tidiga morgontimmar en gång i veckan, är en olägenhet som reformen nu kan rätta till. Därmed kan också den viktigaste orsaken till ett berättigat missnöje med de lokala sjukvårdstjänsterna undanröjas.

Den åtgärd som alla hälsovårdscentraler måste vidta – gärna i samverkan – är att etablera professionell telefonrådgivning, som också har tillgång till hälsovårdscentralens journal- och bokningssystem. Den bör självklart bemannas med sjukskötare som är utbildade för ändamålet och förtrogna med de lokala omständigheterna.

De juridiska och administrativa aspekterna på telefonrådgivning utreddes våren 2004 av social- och hälsovårdsministeriet. Utredningen skiljer mellan allmän hälsorådgivning och individuell vårdrådgivning. I det senare fallet görs en bedömning av den kontaktsökandes hälsotillstånd, och han eller hon ges individuella råd om vård och omhändertagande. Då etableras en professionell vårdrelation och kontakten bör dokumenteras i journalhandlingen i enlighet med patienträttighetslagen. Det är självklart att kontakten då handläggs av en yrkesutövare inom hälso- och sjukvår-

den. Utifrån patientens uppgifter bedömer denna person kontaktorsaken, symtomens natur och svårighetsgrad, hur akut tillståndet bör betecknas samt slutligen vårdbehovet. Bedömningen är professionell under det individuella yrkesansvar som lagen om yrkesutövare i hälso- och sjukvården föreskriver, och med iakttagande av de yrkesetiska principerna i lagen (bl.a. tillämpandet av allmänt vedertagen vårdpraxis). Kravet blir – enligt utredningen – sannolikt att yrkesutövaren då bör ha tillgång till hälsovårdscentralens patientjournaler (-system) och ”ändamålsenlig kontakt” till hälsovårdscentralen.

Hälsovårdscentralerna åligger att anordna vårdtjänster som bedöms vara medicinskt motiverade – och som faller inom hälsovårdscentralens lagstadgade uppdrag – inom tre månader. För denna vård bestäms inte nationella riktlinjer, vilket däremot är fallet inom den specialiserade sjukvården. Hälsovårdscentralernas chefläkare bör därför omedelbart inleda planeringen för att tillgodose efterfrågan på dessa tjänster och diskutera principerna för den medicinska behovsbedömningen med sina kolleger. I första hand bör planeringen fokusera på de tjänster där de råder brist på behöriga utövare, t.ex. när det gäller olika slag av terapi, inklusive fysioterapi. En samverkan mellan hälsovårdscentralerna kan trygga tillgången på specialpersonal – något som redan praktiseras i många regioner.

För den kommunala tandvården tillämpas en sexmånaders regel. Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp gjorde upp en nationell verksamhetsmodell för tandvården som med fördel kunde tillämpas vid hälsovårdscentralerna. Hälsovårdscentralernas tandvård uppvisar stora olikheter i fråga om resurser och tillgång till underleverantörer inom den privata sektorn. Många hälsovårdscentraler klarar redan idag av att tillgodose hela befolkningens tandvårdsbehov. Andra har fortsatt stora svårigheter att fylla folkhälsolagens krav på den punkten.

Den nya lagstiftningen ställer primärvården inför stora utmaningar. Samtidigt är det ingen tvekan om att bättre tillgänglighet står högt på befolkningens önskelista. En snabbare, flexiblare och professionell service ligger definitivt i patienternas intresse. Bättre tillgänglighet är också till fördel för hälsovårdscentralernas anställda samt hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Försök med ”open access”, d.v.s. ”öppen mottagning” – mottagning samma dag som kontakt tas, i Sverige kallad ”Bra mottagning” – i USA, England och vårt västra grannland visar att man kan uppnå större framförhållning (!), mindre arbetsbelastning och högre personaltillfredsställelse genom att låta patienternas önskemål styra i avsevärt högre grad än ”normalt” (2-4). Konsten ligger i att analysera variationerna i efterfrågan och anpassa mottagningskapaciteten efter efterfrågan. Erfarenheterna visar att (ett ”steady state”) stabilt tillstånd kan uppnås efter en period då man genom resursförstärkningar klarat av toppar i efterfrågan utan att köer tillåtits uppstå (5). Detta kräver ett förändringsarbete vars utmaningar inte skall underskattas. Men det visar att ambitiösa mål inte är omöjliga. Och det visar också på ett konstruktivt sätt att utnyttja inhyrda läkare, stafettläkare.

PROFESSOR MATS BROMMELS
INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP
PB 41
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
mats.brommels@helsinki.fi

MEDICAL MANAGEMENT CENTRUM
KAROLINSKA INSTITUTET
SE-171 77 STOCKHOLM, SVERIGE
mats.brommels@mmc.ki.se

REFERENSER

1. Social- och hälsovårdsministeriet. Vårdens tillgänglighet och hanteringen av köer. Publicerad på finska. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2004.
2. Murray M, Berwick DM. Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003;289:1035-40.
3. National Primary Care Development Team. www.npdt.org (läst i december 2003).
4. Strindhäll M., Pettersson A., Andreasson S., Henriks G. När tiden räcker till. En handbok i tillgänglighet. Kulturum. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län, 2003.
5. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care. Case studies of advanced access model. JAMA 2003;289:1042-6.