

Ny hälsovalshandbok – en problematisk skrivning

Vad är en hälsocentral, vad är primärvård och vilka förutsättningar krävs för att klara uppdraget?

På 60 och 70 talet när jag växte upp kunde man gå till syster Signe på distriktsköterskemottagningen i Hagaström. Blev hon tveksam fick man komma tillbaka en annan dag då hon bokade in tid hos doktorn som var på besök vissa dagar. Var det mer komplicerat kunde man ringa till vårdcentralen i stan, men där var det alltid svårt att få tid. Var det allvarligt fick man åka till akuten på sjukhuset direkt.

Dsk mottagningen var **nära vård**, men inte så avancerad, det var ingen vårdcentral (idag kallad hälsocentral). Hälsocentralen var ofta **god vård** men inte nära utan ganska svårtillgänglig. Den var endast för planerad vård och uppföljande över tid. Akuten var just det, akut **tillgänglig** vård för det allvarligare och mycket brådskande.

Lite så är det fortfarande oavsett hur man beskriver primärvården i handböcker. Det som är riktigt allvarligt och akut är inte primärvård, och primärvården har inte den kapacitet eller resurser att hantera akuta händelser och sjukdomar som inte kan vänta någon eller några dagar. Det är akutvård.

Vid sådana händelser är PV snarast en fördröjning av och onödigt mellansteg innan akutvård kan ges. Tyvärr är belastningen hög även där och man värnar sig genom att på olika sätt hänvisa till remiss från primärvård, vilket oftast bara ökar tidsåtgång, belastning och kostnader.

Att man då förr liksom nu lägger in en skrivning om patientansvar dygnet runt för PV med öppettider dagtid som nu kanske skall minska ytterligare är ju helt verklighetsfrämmande. Jovisst det finns en jourlinje med högst varierande öppethållande i regionen kvällar och helger, men det är inte heller en akutmottagning och den startar inte tidigare eller håller öppet andra tider för att den ena eller andra hälsocentralen väljer andra öppettider. Där hänger inte vården ihop ens på kontorstid.

Den beskrivning som ges av bemanning i den nya hälsovalshandboken skulle kunna vara syster Signes distriktsköterskemottagning 1971, ja även när syster Signe inte var där, utan en vikarie som inte var utbildad distriktsköterska var där, för att Signe var sjukskriven 1 månad. Vikarien hade ju en lista med telefonnummer till vårdcentralen och en sjukgymnast, och en arbetsterapeut.

Men om vi ger vikarien en digital uppkoppling via plattform 24, då kan vi kalla mottagningen för hälsocentral med ansvar för patienten dygnet runt och med personcentrerad och tillitsbaserad vård, eller...?

Här är brett införande av **plattform 24 ett krav**, det är obeprövat, saknar konsekvensanalys vilket är en svaghet. Flera privata enheter har beprövat alternativ som vi då inte kan använda dessutom. Digitala lösningar måste komma och det kan säkert hantera en rad tillfälliga, väldefinierade besvär som söker idag, men hur mycket är det i primärvård? Det finns uppskattningar på 20-30%. Då är 70-80% inte lämpat för digitala lösningar. De ger inte någon personlig kontakt, **kontinuitet med namngiven vårdgivare**, eller personkännedom vilket skattas mycket högt när det gäller kvalitetsupplevelse, främst av långvarigt sjuka och äldre. Jag hoppas verkligen att den kan ge tillgången till rätt vårdnivå direkt för dessa ca 20-30 % av besöken.

Primärvården skall vara basen i svensk sjukvård, avlasta slutenvården, bedriva grundläggande utredning, och i ett stort flöde av oro och symtom urskilja det som faktiskt är sjukdom och kunna ge råd och vård till alla dessa. PV följer och behandlar även flertalet av våra stora folksjukdomar som hypertoni, icke akut hjärtsjukdom, diabetes typ 2, olika smärttillstånd både övergående och kroniska,

ångest och depressioner etc. Majoriteten av dessa hanterar primärvården helt utan kontakt med sjukhusvården. För att det skall göras så effektivt som möjligt krävs både bred och stor erfarenhet. Ju mindre erfarenhet desto fler undersökningar, prover och remisser kommer det att behövas.

I det läget väljer man att sänka kravet på kompetensnivå för en hälsocentral. Patientcentrerad och tillitsbaserad vård- för vem? För patienten? För personalen i PV som får en uppgift den inte är utbildad för? För personal under utbildning som inte har handledning och back-up lokalt. Blir nästa steg kirurgmottagning utan kirurger osv?

Så har vi kvar det otäcka förbjudna ämnet **ekonomi**.

Regionen redovisade för 2019 ett underskott på flera hundra miljoner, 2020 kommer inte att bli ett år av påfyllnad i ladorna med Coronapandemi, och ett förväntat ökat vårdbehov ligger framför både PV och slutenvård med uppskjutna besök och åtgärder.

PV har under årtal gått med tiotals miljoner i underskott, där den offentliga delen tillåtits detta år efter år utan några tydliga konsekvenser. Den privata andelen av PV verkar ju envist fortsätta ge vård som tycks uppskattas av befolkningen. Ansvariga borde reflektera över detta.

Är det fel på uppdraget? Är det fel på ersättningen? Vad gör vi åt det nu när vi skall ändra Handboken?

Svaret i handboken -? Ingenting!!! Ingen skillnad om man har bra öppettider eller dåliga, hög kompetens på bemanning eller låg, man skall "tillhandahålla vård som täcker befolkningens behov" utan att ange utifrån vilka premisser. "Jag vill ha – behovet" eller medicinskt prioriterat behov efter första kontakt?

DÄR kan vi tala om tillitsbaserad, för nuvarande förslag säger INGENTING. Det är en övergripande politisk formulering som anger en viljeinriktning, och som inte hör hemma i en handbok som skall utgöra en uppdragsbeskrivning.

Vem stakar ut vad som är befolkningens behov? Utföraren kan bara göra det den har resurser till och då måste varje enskild utförare bedöma vad behovet är. Någon har specialister och någon annan har inte det och stängt 1 dag i veckan. Så mycket för jämlik vård. De vårdtunga tvingas söka på de välbemannade som får det tyngsta ekonomiska åtagandet, vilket inte kommer att fungera över tid utan ekonomiska justeringar.

I en värld med behov av prioriteringar lämnas nu fältet från politiken helt öppet för olika tolkningar på varje enskild arbetsplats.

Hälsovalshandboken behöver förtydligas, och man behöver **anpassa ersättningsystemet** efter vilket uppdrag man klara att hantera. Jag anser **inte** att man bör **degradera begreppet hälsocentral** genom att dra ned på kompetenskravet av specialistläkare och specialistsköterska. Det bör också vara ett krav för att ha personal under utbildning.

Gör man det har man en filial, och då bör ersättningsnivån anpassas till det. Dispenser kan ges tidsbegränsat för öppethållande

Man bör också inse begränsningarna i en hälsocentrals förmåga och kapacitet att hantera akuta ärenden, kanske **anpassa uppdraget** som det är skrivet.

Det finns inte heller några tankar kring skillnaden mellan hanteringen av en äldre dataomogen patientgrupp och en yngre mer snabbfotad datavan patientgrupp visavi nätläkarverksamheten och

inte heller behovet av skilda patientflöden för infekterade patienter från riskgrupper som vi lärt oss av Covid-19 pandemin. Kanske skall man ha **två linjer av primärvård fysiskt helt åtskilda?**