

minskade avsevärt. Dagsjukvården lades t ex delvis ner. Vad hände då? Kommunerna har nu upptäckt att allt sjukare patienter skrivs hem, personer som kunde och borde erbjudas rehabilitering.

Med hjälp av extra medel från Socialstyrelsen planeras nu samarbetsprojekt mellan kommunerna och landstinget med dagvård, hemrehab och korttidsrehab. Tre av de »gamla» långvårdssjukhusen återfår nu nästan exakt den verksamhet man tidigare hade i landstingsregi.

Cirkeln är slut. Vi är tillbaka till tiden före Ädel. En enda stor förändring har skett. Läkarna är ej längre chefer för verksamheten och antalet läkartimmar per patient har minskat avsevärt. Var det nödvändigt med denna omväg med oerhört mycket energiförluster för att bli av med doktorn?

*Eva Tornefelt Lantz*  
chefsöverläkare,  
geriatriska kliniken,  
Löwenströmska sjukhuset,  
Upplands Väsby

## Utvidgad vårdgaranti Hur skall vi göra?

Landstingsförbundet och regeringen har kommit överens om en utvidgad vårdgaranti. Patienter med svåra, kroniska sjukdomar ska prioriteras. Det låter ju utmärkt, men samtidigt påbjuder man att *ingen* patient ska behöva vänta mer än åtta dagar på läkartid i primärvården, dvs inte ens för den lindrigaste åkomma!

Dessa två utfästelser står i uppenbar konflikt med varandra! Hur ska vi kunna ge de kroniskt sjuka bättre och snabbare vård om vi inte får prioritera dem på de friskares bekostnad? »Väntetiderna för icke-akuta besök har tenderat att växa», enligt Socialdepartementet, och därför vill man fastslå rätten att få tid för besök inom åtta dagar.

Har man på högre ort möjligen tänkt så långt som att fråga sig *varför* väntetiderna växer? En färsk enkätundersökning visar att 80 procent av primärvårdens läkare arbetar övertid kontinuerligt, eftersom de annars inte hinner med sina arbetsuppgifter.

Hur ska vi göra när den nya

vårdgarantin träder i kraft? Vad ska vi säga till patienterna när tidboken är full? Ska vi jobba *ännu* mera övertid? De löften som Landstingsförbundet avlagt å våra vägnar är som att hålla fem liter vatten i ett treliterskärl och vänta sig att inget ska rinna utanför!

*Rolf Löf*  
*Roland Larsson*  
*Bengt Jorming*  
*Ulla Nordström*  
*Torbjörg Hagström*  
husläkare Tappströms  
hälsocentral, Ekerö

### Replik 1:

## Ansvar ligger på landstingen

Vårdgarantins uppgift är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården genom att definiera rättigheter som gäller lika över hela landet. Den vårdgaranti som funnits sedan 1992 ger vissa patientgrupper rätt till operation eller behandling inom tre månader. Den gäller bl a höftleds- och grästarrsoperationer. Övergångsvis finns den garantin kvar även under 1996, men inriktningen är att prioritera de svårt kroniskt sjuka. Som ett första steg ska diabetikerna garanteras ett vårdkontrakt som klart definierar den vård de har rätt till.

### Max fyra veckors väntan

Ett annat inslag i 1996 års vårdgaranti är att garantera alla en god tillgänglighet till vård. Framför allt är tillgängligheten viktig inom primärvården, som ska vara basen i hälso- och sjukvården enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Rätt till kontakt med personal inom primärvården samma dag samt högst åtta dagars väntetid för läkarbesök ingår i vårdgarantin. Dessutom ska de patienter som får remiss till specialistvård inte behöva vänta mer än fyra veckor på att få träffa specialisten.

Ansvar ligger på landstingen. Det är sjukvårdshuvudmannens uppgift att fördela resurser och organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att vårdgarantin kan uppfyllas. Är situatio-

nen sådan på en vårdcentral/husläkarmottagning att garantin inte kan klaras får detta lösas mellan enheten i fråga och de politiskt ansvariga.

*Ingela Thalén*  
socialminister,  
Socialdepartementet,  
Stockholm

### Replik 2:

## Stora skillnader i tillgänglighet till primärvård

I den överenskommelse som Landstingsförbundet träffat med staten om vissa ekonomiska ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1996 framgår att parterna ser den »nya» vårdgarantin som början på en process som så småningom skall kunna leda till att den »gamla» vårdgarantin blir inaktuell och ersätts av en garanti som tillgodoser alla patientgruppers angelägna vårdbehov inom en rimlig tidsram samtidigt som den enskildes ställning som patient stärks.

### Utgör basen i hälso- och sjukvården

I över 20 år har det funnits politiska ambitioner att utveckla primärvården så att den skall utgöra basen i hälso- och sjukvården och vara det naturliga och självklara förstahandsvalet för personer som behöver uppsöka sjukvården. Skall detta mål nås är god tillgänglighet en absolut förutsättning. Vi vet ju alla att alltför många människor på sjukhusorterna fortfarande uppsöker sjukhusens akutmottagningar utan att egentligen ha medicinska behov som motiverar sjukhusvård.

### Slå in öppna dörrar

Jämfört med den nu upphävda husläkarlagens krav på tillgänglighet, tycker jag att en tid för läkarbesök inom 8 dagar inte är någon skärpning över huvud taget. Vi har faktiskt också fått kommentaren att vi slår in öppna dörrar just med den delen av överenskommelsen, vilket onekligen tyder på att det råder stora skillnader i tillgänglighet till primärvården

i riket, vilket i sig är otillfredsställande sett ur ett medborgarperspektiv.

Jag tycker inte heller att kravet på tillgänglighet i primärvården står i konflikt med kravet på att patienter med svåra kroniska sjukdomar (enligt Prioriteringsutredningen grupp I) skall garanteras en viss nationell vårdstandard. Den patientgrupp som är aktuell i ett första skede när det gäller detta åtagande är diabetikerna och det är väl en patientgrupp som i stor utsträckning redan nu tas om hand i primärvården. Det som är nytt är att Socialstyrelsen senast den 15 mars skall presentera ett förslag till ett nationellt vårdprogram inom diabetesvården, vilket i sin tur syftar till att stärka diabetikerpatientens ställning bl a genom att vårdprogrammet informerar om vilken vård de har rätt att förvänta.

Jag är inte omedveten om de problem vi har framför oss när det gäller att klara hälso- och sjukvårdens resursbehov de närmaste åren. Jag tror inte att lösningen ligger i att kräva mer och mer arbete till mindre och mindre resurser. Det är ett pedagogiskt problem att för allmänheten, vårdpersonal och de presumtiva patienterna förklara att vi faktiskt bara har ett treliterskärl. Diskussionen bör handla om vad vi skall fylla det med och i den diskussionen bör så många som möjligt delta.

*Bengt Holgersson*  
ordförande i Landstingsförbundets styrelse

## Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otydligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.