

Primärvården i centrum för engelsk sjukvårdsreform

Marknaden får inte ta över sjukvården! Det är ett av huvudbudskapen i den vitbok som den engelska labourregeringen lade fram inför parlamentet i slutet av 1997. De marknadsmekanismer som den konservativa regeringen införde för att försöka vitalisera det statliga hälso- och sjukvårdssystemet (National Health Service, NHS) döms ut som krångliga och kostnadsdrivande. Man kan spara en miljard pund på fem år bara på minskad byråkrati och administration, säger vitboken optimistiskt.

Men inte nog med det: marknaden gav också upphov till en skadlig konkurrens mellan vårdenheterna, hävdar vitboken. Det fanns inga incitament att dela med sig av bra idéer, eller att utjämna variationer i praxis. Nu skall det bli samarbete och integration i stället för konkurrens. Patientens behov skall stå i

centrum. Tillgängligheten skall förbättras. Väntelistorna skall kortas. Kvaliteten skall höjas. Ny teknologi skall tas i bruk.

Det är några av de förbättringar som premiärminister Tony Blair ställer i utsikt för engelsmännen (Skottland, Wales och Nordirland behandlas i särskilda förslag).

För en svensk läsare är sådana tongångar inte obekanta. Så ungefär lät det när soci-

aldemokraterna kom till makten vid 1994 års val och rasht genomförde en återställarpolitik. Även i Sverige uttalades en förkastelsedom över marknad och konkurrens, och ett förtroendefullt samarbete förklarades vara modellen för hälso- och sjukvården.

Den engelska regeringen är dock noga med att betona att den inte tänker gå tillbaka till den centralstyrning som tidigare förknippats med NHS. Det är fråga om en tredje väg, där man inom ramen för NHS skall tillvara de goda erfarenheterna av marknadsexperimenten. Självklart är att vården skall finansieras solidariskt genom beskattning.

NHS är bra, och NHS skall få mera pengar, slår regeringen fast, men organisationen måste också använda sina resurser bättre och styra förändringarna, inte låta sig styras av dem. De professionella grupperna, som kan verksamheten bäst, skall få mer att säga till om också i ekonomiska frågor. Ny teknologi, både i medicinsk verksamhet (t ex dagkirurgi) och i informationshantering, kan göra verksamheten billigare. Det demografiska trycket från en åldrande befolkning är inte så stort som det har sagts – det har i själva verket varit betydligt större under de gångna tio åren, menar vitbokens författare.

Vården beställer. Hälso- och sjukvården skall planeras lokalt. Primärvården får en nyckelroll både när det gäller att koordinera hälsovård, sjukvård och social omsorg på basplanet och att beställa sjukhusvård för sina patienter. Här finns sålunda ett arv från experimentet med primärvårdsbudgetering (s k fund-holding), där allmänläkare kunde få en budget som också inefattade sjukhusvård.

Det erkänns också att sjukhusen förbättrade sin service, när de tvingades att tävla om beställningar från allmänläkarna. Skillnaden är att beställarna nu skall bli betydligt färre – ca 500 mot tidigare ca 3 600. Det innebär att allmänläkarna måste gå ihop i "Primary Care Groups", ett slags primärvårdsområden

med genomsnittligt ca 100 000 invånare.

Primärvårdsområdena får alltså rollen som beställare av huvuddelen av all vård. Det är bara högspecialiserad regionsjukvård som skall köpas via statens regionala organ, Health Authorities. Men det betonas att primärvården också måste utveckla sin egen roll i det lokala arbetet. Primärvårdsområdena kan välja hur självständigt de vill agera och gradvis utöka sitt ekonomiska ansvar. Som minimum skall primärvårdsområdet bistå sin Health Authority med att beställa sjukhusvård, men det kan successivt utvecklas till en fristående stiftelse med totalt budgetansvar för all hälso- och sjukvård (inklusive läkemedel och sjukhusvård) inom sitt område.

Mer som i Sverige? En skillnad mellan den engelska och den svenska primärvården har länge varit att den engelska allmänläkaren har arbetat ganska fristående från såväl distriktssköterskevård som socialtjänst. Engelsmännen listar sig ju hos en valfri allmänläkare oberoende av upptagningsområden för distriktssköterska eller socialvård. Allmänläkarens arbete har i första hand varit kurativt, och mer omfattande förebyggande insatser (t ex screening för livmoderhalscancer) har införts som tilläggsuppdrag med särskild finansiering.

Nu verkar det som om de båda ländernas system skulle närma sig varandra i och med att Primary Care Groups åläggs att ta ett större grepp. Primärvården skall t ex utarbeta en lokal plan för hur befolkningens hälsa skall förbättras och samarbeta med distriktssköterska, skolhälsovård, sjukgymnast, tandläkare, apotekare och optiker. Den får också möjlighet att driva lokala sjukhem och små sjukhus.

Det betonas upprepade gånger, att allmänläkaren skall behålla sin traditionella ställning som oberoende entreprenör. Men det nya sättet att arbeta måste rimligen medföra förändringar i läkarens vardag, och det finns också antyd-



Ulf Schöldström
Sveriges läkarförbund

Den engelska labourregeringen vänder ryggen till marknaden inom sjukvården.

ningar om detta i vitboken. Sjuksköterskorna kommer att få en mer framträdande roll, dels som doktors samarbetspartner i både planering och vård, dels som ansvariga för telefonrådgivning 24 timmar om dygnet.

I de nya och större primärvårdsområdena kommer det också att bli nödvändigt att läkarna ägnar mer tid åt planering och samordning, kontrakt med sjukhusen, kvalitetskontroll, professionell utveckling och liknande medicinskt-administrativa uppgifter. Vissa läkare skall kunna sätta av tid för sådana uppgifter, och man anar att de kommer att utvecklas till något slags primärvårdschefer. Varje allmänläkare behöver inte vara en ledare, konstaterar vitboken.

Nya kvalitetsorgan. Mycket sägs i vitboken om kvalitet och effektivitet. Rent konkret tar den engelska regeringen det beprövade greppet att inrätta ett par nya myndigheter. Den ena – National Institute for Clinical Excellence – skall utveckla riktlinjer och standarder för god vård och se till att de får genomslag i alla delar av sjukvårdssystemet. Den andra – Commission for Health Improvement – får en mer övervakande funktion och skall kunna ingripa för att rätta till konkreta fel och missförhållanden.

Lagstiftning skall också införas som ger sjukhusen ett tydligare ansvar för kvaliteten i vården, men samtidigt betonas att det är viktigt att stödja professionernas eget arbete med att upprätthålla en hög standard. Det behövs engagemang på avdelnings- och klinisknivå, om kvaliteten skall kunna förbättras. Sjukhusledningen skall varje månad få en rapport »från golvet» om kvalitetsarbetet, och den blir skyldig att offentliggöra en årlig kvalitetsrapport.

Stora förhoppningar ställs på att pri-

märvården aktivt skall kunna främja kvalitet både i sitt eget arbete och genom att välja goda vårdgivare, när den upphandlar sjukhusvård. Här finns såväl käpp som morot: om ett primärvårdsområde slarvar med kvaliteten kan pengarna dras in, och omvänt kan det bli extra pengar vid bra resultat. I varje primärvårdsområde skall en erfaren läkare vara särskilt ansvarig för kvalitet och utveckling.

Sufflé eller pudding? Hur puddingen smakar, vet man när man äter den, säger ett engelskt ordspråk. Detta är givetvis sant också om den pudding som den engelska regeringen nu har serverat. Som alltid när det gäller politiska dokument är det många vackra ord och energiska formuleringar. Det kan vara fråga om en sufflé, som ganska snart sjunker ihop på tallriken, i stället för en stadig och närande pudding.

Kommentarerna bland läkare och sjukvårdsexperten i England har varit ganska positiva men samtidigt avvaktande. Det brittiska läkarförbundet har, inte överraskande, framhållit att den avgörande faktorn är hur mycket nya resurser som NHS kan få. Man varnar för att decentraliseringen av budgetansvaret till primärvården kan bli en rökridå som döljer den allmänna resursbristen i NHS.

Från svensk horisont finns det all anledning att hålla ögonen på utvecklingen i den engelska sjukvården. Som nog framgår även av denna summariska översikt är det ungefär samma problem med tillgänglighet, kvalitet, effektivitet och kostnader som är aktuella både i England och i Sverige.

I båda fallen skall de också lösas inom ramen för en stor offentlig organisation som i praktiken har monopol på sjukvården och är skeptisk till marknadslösningar. •



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19