

Sjukvården.

”Vi behöver läkare som har helhetsansvar för patienter”

Sveriges vårdssystem blir alltmer specialiserat och fragmenterat. Det leder till att enskilda patienter – som ofta har flera samtidigt hälsoproblem – sällan får en koordinerad vård över tid. Därför måste frågan om medicinskt ansvarig läkare lagregleras som en av sjukvårdens viktigaste funktioner, skriver **Gunnar Akner, läkare och professor.**

DN.
DEBATT
180723

Det svenska vårdssystemet kännetecknas av tilltagande specialisering och fragmentering (*disruptive care*). Detta gäller alltifrån

lagstiftning, finansiering, vårdorganisationen i öppen vård och sjukhusvård, till sammansättningen av personalkompetenser i vårdteam, personalens arbets sätt, journalsystemens utformning och utbildningen av läkare och vårdpersonal, samt inte minst hur sjukvården styrs och leds.

Vårdens utformning och ledning är sedan decennier kraftfullt inriktad på att skapa just det fragmenterade vårdssystem ingen vill ha. Orsaken till detta är att sjukvården utvecklats successivt från inriktning på patienter med akuta problem med krigsskador och infektioner till dagens sjukvård som domineras av patienter med kroniska degenerativa sjukdomar. Detta innebär att det föreligger en omfattande dålig matchning mellan vårdens innehåll (handläggning av de enskilda patienterna över tid) och vårdens form (förutsättningarna för att kunna handlägga patienterna).

De enskilda patienterna – som ofta har flera samtidigt hälsoproblem och behandlings-/vårdåtgärder – får därför sällan en sammanhängande integrerad och koordinerad vård och omsorg över tid, trots att a) de flesta patienter har stort behov av det, b) de flesta patienter och anhöriga troligen efterfrågar det och c) ett stort antal utredningar i Sverige och en omfattande internationell vetenskaplig litteratur betonar betydelsen av det.

För att kunna lösa detta mångåriga och tilltagande problem är det nödvändigt att utgå från de enskilda patienternas hälsosituation och reglera de juridiska förutsättningarna för ett integrerat medicinskt ansvar över tid. I patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras 21 olika vårdyrkesgrupper med legitimation. I samma lag anges: ”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.” Detta innebär att när olika personer med legitimation är involverade i handläggningen av en person med flera samtidigt hälsoproblem är de bara ansvariga för vad de själva gör inom ramen för sin vårdyrkesgrupp.

Trots att lagen avser ”patientsäkerhet” har den således ett rent vårdgivarperspektiv och definierar inte det medicinska ansvaret för patienterna



Trots att patientsäkerhetslagen avser patientsäkerhet definierar den inte det medicinska ansvaret för patienterna över tid. Denna paradox är en central orsak till den fragmenterade sjukvården, skriver Gunnar Akner. Foto: Isabell Højman/TT

över tid. Denna paradox är en central orsak till den fragmenterade sjukvården.

Eftersom kroppen är ett sammanhängande system är det givetvis nödvändigt att olika hälsoproblem och behandlings-/vårdåtgärder bedöms och handläggs integrerat och koordinerat över tid.

Att ta ett integrerat medicinskt ansvar för patienter över tid är en av de mest komplicerade arbetsuppgifterna inom sjukvården. Det ansvaret kan bara tas av läkare med bred medicinsk utbildning och erfarenhet inom en generalistorierad specialitet, till exempel allmänmedicin, internmedicin och geriatrik. Dessa generalistläkare (G-läkare) måste ha som uppdrag att regelbundet kontrahera den samlade DBU-processen (diagnostik, behandling, uppföljning) över tid, där olika specialiserade läkare och olika vårdyrkesgrupper regelmässigt är inblandade. Kontraheringen innebär att G-läkaren regelbundet tar ställning till:

- att den samlade diagnostiken och behandlingen/vården är rimligt underbyggd.
- att alla aktuella behandlings-/vårdåtgärder är koordinerade och kopplade till tydligt definierade mål som följs upp regelbundet och systematiskt över tid.
- att patienten är välinformerad om målen med handläggningen och att den är anpassad till patientens önskemål och unika förutsättningar.

Sammantaget är det nödvändigt att

Eftersom kroppen är ett sammanhängande system är det givetvis nödvändigt att olika hälsoproblem och vårdåtgärder bedöms och handläggs integrerat och koordinerat över tid.

juridiskt reglera frågan om medicinskt ansvarig läkare och koppla läkarens uppdrag att ta ett integrerat medicinskt ansvar till motsvarande befogenheter.

Frågan om patients ansvar har diskuterats under många år. Mellan åren 1991–2010 användes begreppet ”patientansvarig läkare” (PAL) i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utvärderingar av Socialstyrelsen 1995 och 2000 visade att PAL-funktionen inte hade fått åsyftad effekt. I HSL 2010 fick i stället verksamhetschefen (som inte behöver vara läkare) ansvar att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Vid behov kan verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten, och denne kan – men behöver inte – vara läkare, inte ens sjukvårdsutbildad.

Inte heller denna reform har fungerat. Enligt myndigheten Vårdanalys uppgav bara 17 procent av 9 600

tillfrågade personer under 2016 att de har en fast vårdkontakt. I förarbetena till HSL anges att en fast vårdkontakt ska vara en tydligt utpekad person som ska bistå patienten i kontakter med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Ovanstående visar att lagstiftningen i första hand betonat samordning av vårdkontakter, men inte integrerat medicinskt ansvar för handläggning av patientens hälsoproblem över tid.

För att undvika de negativa erfarenheterna kring PAL, verksamhetschef och fast vårdkontakt och få till stånd en långsiktig och positiv utveckling är det uppenbart att frågan om medicinskt ansvarig läkare måste lagregleras som en av sjukvårdens viktigaste funktioner.

Som komplement krävs en experimentell ansats för att utforma hur det ska fungera i praktisk sjukvård, där tre aspekter framstår som särskilt viktiga:

● **Utbildning.** Regelbunden fortbildning och träning av G-läkare i integrerat medicinskt ansvar över tid.

● **Journalen.** Utveckling av den medicinska journalen så att den samlade diagnostiken och behandlings-/vårdplanen med alla olika åtgärder (till exempel läkemedel, mat/näring, fysisk aktivitet/träning, tekniska hjälpmedel etc) är sammanställd och grafiskt visualiserad, så att det blir möjligt att ta ett samlat medicinskt ansvar över tid.

● **Organisationen.** Frågan om integrerat medicinskt ansvar över tid är nära sammankopplad med hur sjukvården organiseras. I en artikel i Läkartidningen 2017 med rubriken ”Rapport från framtidens geriatrik och äldreomsorg” har jag föreslagit en experimentell modell för hur sjukvård för äldre personer (men tillämpbar för alla slags patienter) kan utformas som ett ändamålsenligt system genom integrerade Hälsovårdsorganisationer (HVO), där den onödiga och ofta farliga uppdelningen på landstingens primärvård och sjukhusvård samt kommunernas omsorg tagits bort. HVO med sina medicinskt ansvariga G-läkare bedriver integrerad sjukvård i samtränade vårdteam, som sköter de äldre patienterna i alla avseenden (primärvård, sjukhusvård, rehabilitering, hemsjukvård, hemtjänst etc), förutom för vissa typer av akutsjukvård och högspecialiserad vård.

Gunnar Akner, professor i geriatrik och läkare vid Sophiahemmet i Stockholm

DN.se/debatt

På DN.se/debatt finns tillsammans med den senaste månadens debattartiklar:

Repliker

Vi håller öppet för repliker i cirka en vecka. Vi publicerar repliker som tillför intressanta argument eller fakta i den aktuella debatten. Textlängden för en replik bör ligga på maximalt cirka 3000 tecken inklusive mellanslag. Mejla replikförslag till debatt@dn.se.

Kommentarer

Om du vill kan du skriva en kommentar till artikeln på DN.se. Längst ned i artiklarna finns en ruta där du kan skriva in din kommentar. Du behöver först skapa ett konto hos Ifrågasätt som DN samarbetar med.

Mer om DN Debatt

En omfattande artikel med frågor och svar om DN Debatt finns på dn.se/omdndebatt.