

Cairns konsensusförklaring om glesbygdsmedicin

Förbättrad hälsa i glesbygd genom tillgänglig
hälso- och sjukvård av hög kvalitet



Cairns konsensusförklaring om glesbygdsmedicin

Hälsa i glesbygd och glesbygdsmedicin

1. Vi föresätter oss att stärka hälso- och sjukvårdssystem i glesbygdsområden genom att verka för glesbygdsmedicin. Vår målsättning är att förbättra hälsan för befolkningen i glesbygd med hjälp av ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.
2. Människor i glesbygd lider vanligtvis av sämre hälsa än deras motsvarigheter i större tätorter. Trots detta är tillgängligheten till hälso- och sjukvård i glesbygd sämre. Individer och familjer i glesbygd har ofta orimligt långa avstånd till grundläggande hälso- och sjukvård, inklusive akutvård, samt mödra- och barnvård. De riskerar att endast få osammanhängande vård eller vård med ett smalare fokus via periodvis återkommande mottagningar. Denna ojämlikhet är ännu större för människor som tillhör olika ursprungsbefolkningar.
3. Nästan hälften av världens befolkning bor i glesbygd och en ännu större andel lever i låginkomstländer. Samhällen i glesbygd står för större delen av världens matproduktion, samt naturresurser, och har rätt till en säker, ändamålsenlig och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård så nära hemmet som möjligt.
4. Tillgängligheten till lokal hälso- och sjukvård av god kvalitet, där glesbygdsmedicin är en viktig del, gynnar en bred social och ekonomisk samhällsutveckling i glesbygd.
5. Vi hävdar att samhällen i glesbygd behöver ha ett tydligt fokus på generalister när det gäller all hälso- och sjukvård, och framförallt skickliga läkare som, tillsammans med annan hälso- och sjukvårdspersonal, kan erbjuda ett brett spektrum av klinisk vård. Den traditionen, traditionen av glesbygdsmedicin, hotas nu den ökade medicinska specialiseringen inom vården i städerna vilket får till följd att allmänläkarnas roll försvagas.

Vad menar vi med begreppet "glesbygdsmedicin"?

6. Vi definierar "glesbygdsmedicin" som tillhandahållandet av ett brett utbud av medicinsk vård av läkare i ett glesbygdssammanhang och som inbegriper följande:
 - Omfattande primärvård för individer, familjer och samhällen;
 - Sluten vård och/eller annan specialistvård vid vårdinrättning, i hemmet eller i öppen vård;
 - Akutvård;
 - Utökade och utvecklade tjänster inom ett eller flera områden med fokus på kognitivt och/eller procedurmässigt förfarande som krävs för att upprätthålla nödvändig hälso- och sjukvård lokalt bland ett nätverk av kollegor;
 - En strategi för befolkningshälsa som är anpassad till lokalsamhället;
 - Arbete i multidisciplinära och tvärvetenskapliga team av kollegor, både lokalt och på distans, för att erbjuda tjänster inom ett "vårdsystem" som ligger i linje med, och är lyhört för, samhällets behov.
7. Praktiserandet av glesbygdsmedicin är unikt i det avseende att det kombinerar de förmågor och den skicklighet som krävs av en läkare för ett synnerligen brett spektrum av vård i ett glesbygdssammanhang. Glesbygdsmedicin är ett koncept som utgår ifrån de behov som finns i glesbygdssamhällen, inte ifrån den professionella arenan eller professionella yrkesgruppers identitet eller ambition.

8. Vi erkänner och respekterar det faktum att vissa aspekter av glesbygdsmedicin delas av ett antal yrken och medicinska yrkesgrupper, inklusive den vård som tillhandahålls av allmänläkare som främst har utbildats för samhällsbaserad primärvård, sjukhusläkare, akutläkare, allmänläkare med specialintressen såväl som en rad andra medicinska specialister. Alla dessa grupper behöver bidra. Likaledes erkänner vi att det fortfarande finns läkare världen över som arbetar med ett jämförelsevis brett spektrum även i större tätorter och detta ska stödjas.
9. Vi hävdar att de läkare som utbildas och legitimeras för att praktisera glesbygdsmedicin har varit, är och alltid kommer att vara oundgängliga för hälso- och sjukvård i glesbygd. Efterfrågan på deras tjänster kommer troligen att öka även i större tätorter.

Varför är det viktigt med glesbygdsmedicin?

10. Vi anser att glesbygdsmedicin är en betydande del av hälso- och sjukvården om samhällen i glesbygd ska kunna garanteras omfattande primärvård som är integrerad med specialistvård och högspecialiserad vård. Styrkan hos glesbygdsmedicin ligger i dess förmåga att leverera en kvalitativ, individuell och kontextuell vård över hela vårdspektrumet och från vaggan till gravan.
11. Ur ett patient- och samhällsperspektiv har glesbygdsmedicin många specifika fördelar. Dessa omfattar: god tillgång till skickliga, kulturellt kompetenta praktiserande läkare med lokalkännedom; förbättrad kontinuitet och uppföljning i vården; en bättre patientupplevelse med förtroget, tillit, personliga relationer och en patientcentrerad vård; starkare integration av besökande specialistkonsulter och telemedicin; minskade vårdkostnader; och mindre inverkan på vardagsliv och ekonomi i samband med vårdresor.
12. Glesbygdsmedicin kan skräddarsys efter tillgängliga resurser och lokala vårdprioriteringar i samhället. För ursprungsbefolkningar och marginaliserade grupper erbjuder skickliga lokala läkare som praktiserar glesbygdsmedicin som en del i ett team, de bästa möjligheterna för att säkerställa effektiv medicinsk vård som är kulturellt kompetent och lyhörd för lokalsamhällets behov.
13. Ur ett vårdssystemsperspektiv innebär glesbygdsmedicin att läkare använder en bred och ständigt utvecklande kunskapsbas, vilket därmed ökar yrkesglädjen, produktiviteten och viljan att arbeta kvar i glesbygd. Stabila modeller för teambaserad vård främjas och beroendet av läkarvikarier minskar. Detta gynnar i sin tur etablerandet av högkvalitativa lärmiljöer i glesbygd för studenter, läkarkandidater och andra. Medicinsk-juridiska risker, och kostnader relaterade till detta, reduceras.
14. Även om vissa länder har en tillräcklig tillgång till läkare, är arbetsstyrkan ojämnt fördelad, alltför specialiserad och koncentrerad till storstadsområden. På andra platser, och speciellt i låginkomstländer, förvärrar dessa faktorer den allmänna bristen på vårdpersonal och situationen försämras ytterligare av att personal flyttar.
15. Vi hävdar att det är en misslyckad strategi att utbilda läkare enligt konventionella modeller med hopp om att läkarna kanske ska leta sig ut till samhällen i glesbygd. Paradoxalt nog kan denna strategi istället leda till ytterligare fragmentering och specialisering inom vården, slöseri med begränsade vårdresurser, underminering av praktiserandet av glesbygdsmedicin och teambaserade vårdmodeller, vilket därmed ökar ojämlikheten i vården för samhällen i glesbygd.
16. Över hela världen är vårdssystem pressade på grund av ohållbara utgiftsökningar, en åldrande befolkning, en ökad andel kroniska icke smittsamma sjukdomar, en obefogad fragmentering och specialisering inom vården, bestående av ojämlikheter i hälsa och, i många länder, stor brist på läkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Glesbygdsmedicin – och generalism i ett bredare perspektiv – bidrar till att på ett positivt sätt möta dessa utmaningar.

Vilka åtgärder krävs för att ytterligare stärka glesbygdsmedicin?

17. Vi identifierar följande punkter som nyckelåtgärder i de globala insatserna för att möta vårdbehov i glesbygd genom att stärka glesbygdsmedicin:

A. Erkännande av glesbygdsmedicin som ett eget specialitömråde

18. I hälso- och sjukvårdssystem måste glesbygdsmedicin erkännas som ett eget specialitömråde som är nödvändigt för en effektiv hälso- och sjukvård i glesbygd. Läkare som utbildas och uppmuntras att praktisera glesbygdsmedicin utgör en nyckelkomponent inom personalen när vårdbehoven i glesbygd ska mötas med ett modernt, teknikbejakande och team-baserat arbetssätt.
19. Utöver ett erkännande, skulle följande åtgärder underlätta för glesbygdsmedicin: lämpliga system för klinisk styrning (inklusive klinisk bedömning av kunskaper och kontroller); lämpliga ersättningar (modeller och nivåer); karriärmöjligheter; utbildningsmodeller; relevant och tillgänglig kontinuerlig fortbildning; investeringar i lokala vårdinrättningar och infrastruktur; tillgång till stöd för familjen och goda levnadsförhållanden; investeringar i ledarskap för hälso- och sjukvård och vårdssystem, samt i planering för vårdpersonal.

B. Utbildningsvägar inom glesbygdsmedicin

20. Det behövs en aktiv rekryteringsväg och utbildning för en tydlig karriär inom glesbygdsmedicin. Utbildningsvägen måste leda till generalistinriktade läkare som är certifierade att praktisera glesbygdsmedicinens hela spektrum. Vägen till glesbygdsmedicin är en "råd tråd" som börjar före läkarutbildningen och sträcker sig genom påbyggnadsutbildningen och in i ett livslångt lärande.
21. Utbildningsmodellen måste locka och uppmuntra människor till en karriär inom glesbygdsmedicin, i synnerhet unga människor från såväl glesbygdsområden som städer, läkarstudenter och läkare i början av sina karriärer. Utbildningsmodellerna bör bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet som har visat sig producera en generalistinriktad arbetsstyrka i glesbygd som dessutom stannar kvar. Detta inkluderar basutbildning i glesbygdsmedicin i glesbygdsområden, med placeringar i städer endast i de fall utbildningen så kräver.
22. Kursplanerna i den grundläggande läkarutbildningen måste ha ett tydligt inslag av generalism och fler läkare som praktiserar glesbygdsmedicin måste vara engagerade som lärare och handledare.
23. Kursplaner för påbyggnadsutbildning som reflekterar glesbygdsmedicinens hela spektrum har utvecklats på några håll och kan anses fungera som utgångspunkt vid utvecklandet av påbyggnadsutbildningar på andra ställen.
24. Utbildningsvägarna inom glesbygdsmedicin bör vara tydliga och finnas tillgängliga tidigt under läkarutbildningen, samtidigt som ingångar ska kunna erbjudas även vid senare tillfällen. I utbildningsstrukturerna bör det vara möjligt med flexibla ingångar och utbildningsvägar, samtidigt som de garanterar jämförbara kunskapsnivåer vid fullföljandet av utbildningen. Kandidater behöver stöd längs vägen och hänsyn måste tas om någon vill avsluta utbildningen i förtid.

C. En forskningsagenda som ytterligare stärker glesbygdsmedicin

Effektiv användning av vårdresurser och glesbygdsmedicin

25. Det finns goda bevis på att hälso- och sjukvården ger bättre resultat till en lägre kostnad på platser där befolkningen har tillgång till primärvård och generalistinriktade läkare, än där specialiserad vård dominerar. Det presenteras även allt fler bevis för att kostnadseffektiviteten ökar när generalistinriktade modeller

inkorporeras i sjukhusbaserad vård – inklusive högspecialiserad vård och i synnerhet för patienter med kroniska och komplexa sjukdomstillstånd.

26. För att bygga upp en erfarenhetsbas i syfte att stödja rationella beslut gällande vårdinvesteringar behövs ytterligare forskning inom områden såsom: kostnadsanalys och kostnadsnyttoanalys för alternativa vårdmodeller i glesbygd som är giltiga i många geografiska sammanhang, samhällen och vårdmiljöer; åtgärder för att behålla läkare i glesbygdspraktik.

Kvalitet och säkerhet och glesbygdsmedicin

27. Det finns goda bevis på att vård som ges av generalistinriktade läkare i glesbygdsteam ger likvärdiga eller bättre resultat inom ett flertal områden, inklusive mödravård och vissa kirurgiska ingrepp.
28. Trots antaganden om motsatsen, finns det faktiskt få bevis på att vård som ges av specialistläkare ger bättre resultat jämfört med allmänläkare för många vanliga medicinska behandlingar. Det finns även brister i den vetenskapliga metoden i många publicerade studier. Ändå återopas oro för kvaliteten och säkerheten i vården ofta när beslut tas för att inskränka verksamhetsområdet eller begränsa lokaliseringen för generalistinriktade läkare. På liknande sätt tenderar farhågor om risker att öka den medicinsk-juridiska faran.
29. Godtyckliga beslut i städer för att minska allmänpraktiken leder alltför ofta till minskad tillgång till hälso- och sjukvård för samhällen i glesbygd, sämre hälsa och ökade kostnader för individer och vårdleverantörer.
30. För att bygga upp en erfarenhetsbas i syfte att stärka hälso- och sjukvård i glesbygd behövs ytterligare forskning inom områden såsom: jämförande studier av vårdutfall för olika vårdmodeller i glesbygd som tar hänsyn till ett bredare perspektiv när det gäller tillgång till lokalsamhället och vårdsammanhang; jämförande studier av effektiva vårdmodeller inom specifika områden (t.ex. cancervård i glesbygd); metodik som går bortom förenklad granskning av resultat för specifika behandlingar av individer till resultat för "vårdssystem" med team; utveckling av metodik lämplig för utvärdering av komplexa system; utvärdering av olika förhållningssätt till klinisk bedömning av kunskaper och kontroller; samt fler kritiska studier av mängden behandlingar och resultat i komplexa system.

Effektiva utbildningsmodeller och glesbygdsmedicin

31. Delar av läkarutbildningar och utbildningsmodeller som genererar och behåller en generalistinriktad arbetsstyrka i glesbygd börjar bli allt bättre identifierade. Dessa omfattar: ett fokus på studenter med glesbygdsbakgrund vid antagning till läkarutbildningar; utplacering av regionala läkarutbildningar, campusområden och specialist- och utbildningsprogram på påbyggnadsnivå; stipendium med motkrav; samt stöd för utökade verksamhetsområden i glesbygd.
32. För att bygga upp en erfarenhetsbas i syfte att förbättra utbildningen i glesbygdsmedicin behövs ytterligare forskning inom områden såsom: effektiviteten av en reformering av läkarutbildningen på grundnivå (inklusive en läkarutbildning som tar socialt ansvar); effektiva modeller för fjärrundervisning och handledning; strategier vid urval av läkarkandidater som tar hänsyn till de kvaliteter och egenskaper som kännetecknar goda allmänläkare i glesbygd; utbildningsfaktorer som möjliggör, upprätthåller, stödjer och förnyar praktiserandet av glesbygdsmedicin.