

## Vårdavtal i Örebro län

Med anledning av Göran Falcks inlägg i Läkartidningen 1-2/96 »Utsvultna, uttrötta, utfrysda ...» vill jag anföra följande.

Göran Falcks inlägg vänder sig främst mot Distriktsläkarföreningen och egna distriktsläkarkollegor, men några kommentarer kan dock ges ur landstingets perspektiv:

Sakläget när det gäller vårdavtal i Örebro län är följande:

I december 1995 var elva privata husläkare verksamma i vårt landsting. Vårdavtal har nu tecknats med fem av dessa. Bland de övriga sex finns bl a några som enligt egen önskan vill fortsätta sin verksamhet enligt lagen om läkarvårdersättning.

*Peter Bäckström*  
hälso- och sjukvårdsdirektör, leg läkare, specialist i allmänmedicin, Örebro

Replik:

## Privata husläkare har hållits utanför

Peter Bäckströms uppfattning är att mitt inlägg ej berör Örebro läns landsting (ÖLL). För kännedom vill jag därför meddela följande.

Peter Bäckström var fram till den 1 januari 1994 primärvårdsdirektör, därefter hälso- och sjukvårdsdirektör vid ÖLL. I den egenskapen var och är han ansvarig för den passiva listningen av invånarna i Örebro län 1993 (utsvältning); dekretet från 1993 »Ingen anställd vid ÖLLs primärvård får ha något samröre med privata husläkare-konkurrenter» (uttröttning); utvecklingsenhetsens policy (utfrysning).

Som privat husläkare har jag hållits utanför all samverkan kring kvalitetsssäkring trots att jag var med och initierade bildandet av SFAMs kvalitets-säkringsgrupp och trots att jag som medlem av Seqlas expertgrupp för primärvårdens laboratoriemedicin varit med och initierat bildandet av laboratoriemedicinska råd.

Som privata husläkare i ÖLL har vi inte fått del av det särskilda statliga bidraget till hälso- och sjukvård budgetåret 1994/95, som ÖLL fått med 5,7

miljoner, trots att detta skulle användas för bl a kvalitetsssäkring och fördelas konkurrensneutralt.

Peter Bäckström har rätt i att fem privata husläkare fått vårdavtal, men det är fem läkare vid Vasapraktiken i Örebro som redan flera år före husläkarreformen hade ett entreprenadavtal med ÖLL. Dessa läkare har till skillnad från övriga privata husläkare åtnjutit samma behandling som landstingets distriktsläkare.

*Göran Falck*  
allmänläkare, Apoteksgårdens Vårdcentrum, Kopparberg

## Patientens ställning förvagas åter!

I dag arbetar 17 procent av allmänläkarkåren i privat regi med ett husläkaråtagande av olika utseende, beroende på vilket landsting man är verksam i. Det råder i dag brist på allmänläkare i Sverige, vare sig man räknar med primärvårdspropositionens mått en allmänläkare per 2 000 invånare eller med internationella och Svenska distriktsläkarföreningens, DLFs, mått en allmänläkare per 1 500 invånare.

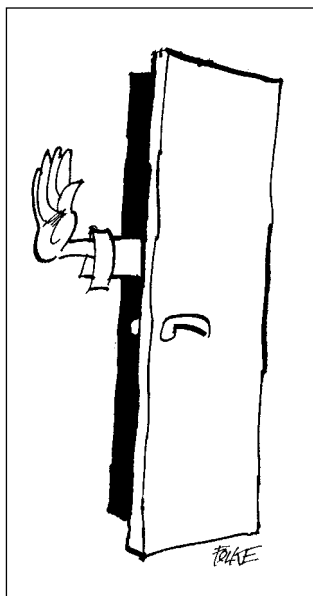


ILLUSTRATION: FOLKE NORLINDER

»Att efter 25 år som distriktsläkare inte få arbeta med ett brett husläkaråtagande kan kännas som att byta yrkesidentitet.»

## KORRESPONDENS

Det är därför mycket viktigt att behålla alla allmänläkare som tjänstgör i dag, såväl i offentlig som i privat regi. I primärvårdspropositionen betonas att det är verksamhetens innehåll som är avgörande, inte driftformen. Hur kommer det nu att se ut i enskilda landsting?

Vissa landsting har inga privata husläkare att göra avtal med. Till största delen beror detta på att man erbjudit så låg per capita-ersättning att det omöjliggjort privat etablering. Några andra landsting har en mer realistisk per capita-ersättning, vilket gjort att 30-45 procent av allmänläkarna valt privat driftform.

## Landstingens frihet prioriteras idag

I politiska diskussioner betonas de enskilda landstingens frihet att själva bestämma över hälso- och sjukvårdsstrukturen. I ett landsting kan alltså nästan 45 procent av allmänläkarkåren arbeta i privat regi, både under Husläkarlagen och med vårdavtal, och i ett annat landsting känner sig de enstaka privatetablerade allmänläkarna motarbetade och tvingas att efter den 1 januari 1996 arbeta efter taxan.

Göran Falcks insändare i Läkartidningen 1-2/96 belyser detta. Att efter 25 år som distriktsläkare inte få arbeta med ett brett husläkaråtagande kan kännas som att byta yrkesidentitet. Göran var den förste allmänläkaren som startade öppen mottagning. Många av oss gjorde studiebesök till hans vårdcentral. Att fortsätta med forsknings- och utvecklingsarbete inom specialiteten för att ge patienterna en bättre kvalitet i vården omöjliggörs praktiskt taget vid arbete enligt taxan.

## Nygammal verbal satsning?

De patienter som själva valt sin husläkare och listat sig har alltså inget att säga till om, utan landstingsadministratörerna bestämmer enväldigt. Är detta att stärka patientens ställning i sjukvården? Är primärvårdspropositionen återigen en verbal - icke reell - satsning på primärvård? Skall enskilda landsting få minska antalet allmänläkare, som vill arbeta med ett brett husläkaråtagande och teamarbete enligt primärvårdspropositionens intentioner och i olika driftformer?

Sveriges invånare har visat att man vill ha en husläkare - 70 procent har listat sig. När man skär ner inom sjukhussektorn och begär att redan överbelastade allmänläkarmottagningar skall klara av sjukhusens patientbesök utan resursförstärkning, känns det som en kränkning både mot patientens rätt till god vård och allmänläkarens redan i dag stora arbetsbelastning.

Patienten har rätt att få, och vi allmänläkare vill ge en god primärvård. Vissa landstingsadministratörer har uppenbarligen andra syften med sitt agerande?

*Christina Fabian*  
ordförande,  
Svenska  
distriktsläkarföreningen

## Nationellt diabetesregister kvalitets- utvecklande

Det är beklagligt att Leif Persson och Björn Ölsson tar i som de gör när det gäller det nationella diabetesregistret (Läkartidningen 4/96). Särskilt Leif Persson torde känna till att de kvalitetsregister som sedan 1980-talet har bedrivits med hjälp av Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, men där professionen varit ansvarig, har haft precis den funktion man efterfrågar i insändaren, nämligen kvalitetsutvecklande.

Ett exempel är nationalregistret för höftledsplastiker som genom en god täckningsgrad har kunnat fungera som ett diskussionsunderlag. Företrädare för dem som tar hand om patienter med höftplastik möts och diskuterar åtgärder och resultat.

Syftet med kvalitetsregistren är inte att bedriva någon som helst tillsyn utan istället vara det underlag kring vilket professionen på faktabas kan diskutera olika behandlingsprinciper, olika vårdprogram och olika modeller för att sköta sina patienter. Det är först när man tar reda på hur det verkliga utfallet är som man kan föra den här diskussionen. Utan mått av den typ som de fåtaliga måtten som efterfrågas i diabetesregistret kan ingen ha någon egen uppfattning om hur ens verksamhet bedrivs. Registererfarenheter från flera olika specialiteter har visat att kunskapen om egna resultat och