

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.

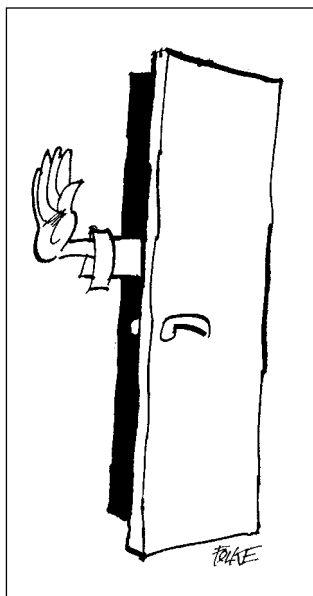


ILLUSTRATION: FOLKE NORLINDER

»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

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

möjligheten att jämföra dessa med riksgenomsnittet har bidragit både till ökat samarbete och kunskapsspridning mellan berörda och till ökat intresse och tydliggörande av kvalitetsfrågorna. Idag finns ett 30-tal kvalitetsregister.

Brist på samarbetsvilja

Det är olyckligt att SFAMs företrädare tar så starka ord i sin mun som att man tar avstånd från diabetesregistret. Det andas snarast brist på samarbetsvilja med andra specialiteter och en viss ovilja att föra den här diskussionen på ett nationellt plan och delta i diskussioner med samtliga som sköter diabetespatienter.

Det kan nämnas att andra specialiteter har reagerat på samma sätt med ett kritiskt ifrågasättande eller avståndstagande, så fast för ungefär tio år sedan. När man väl har gått in i arbetet har erfarenheten varit att man har vunnit så pass mycket och fått så god feedback av registerhållarna att det har varit mycket meningsfullt att delta.

Det är min förhoppning att SFAM kan bibringas denna insikt och att vi kan fortsätta dialogen och att den stängda dörren trots allt är lämnad på glänt.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen

Stå inför döden kräver mognad och mod

Jag vill instämma i Barbro Beck-Friis formulering »Sanning och hopp utesluter inte varandra» och ta fasta på vikten av »att omgivningen vågar vara delaktig i sanningen» när hon i Läkartidningen 48/95 kommenterar Johanna Nordengrens artikel »Att inge hopp och samtidigt vara ärlig».

Både som läkare och som anhörig har jag konfronterats med problemet. Jag har hört en lungläkare säga om en 50-åring med bara en halv lunga kvar, med en lufthunger som gjorde att han inte kunde ligga ned och inte kunde sova utan morfin och som försökte slänga sig ut från 9:e våningen: »Jaja, det är mest oro och ångslan, dom heter så lätt upp sig och hyperventilerar», varpå läkaren ordinerade blodgasanalys, satte ut morfinet och satte in neuroleptika, skrev ny röntgenremiss för bilder i liggande sidoläge

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sånds normalt inget korrektur till författaren.

och försökte tappa pleura och hjärtsäck. Ett och ett halvt dygn senare var patienten död i ett utdraget kvävningssvår. Likafullt stod det i journalen, skrivet av en jourläkare som inte varit närvarande: »Insomnar lugnt och stilla.» Cancern växte massivt i lungor, lungsäcker, hjärta, hjärtsäck, lever, binjurar, vena cava, venae jugulares och diafragma.

Jag har också hört en läkare säga till en 40-årig kvinna med långt framskriden rektalcancer, som i sin förtvivlan klagade över att man abrupt tagit bort henne morfinet med motiveringen att hon måste vara »addicted»: »Du kan trösta dig med att av smärta har ingen dött».

Rädda sitt eget hopp

Kan sådant förklaras på annat sätt än att läkaren varit rädd, kanske till och med skräckslagen inför den döende patienten? Det verkar som om läkarna i mina exempel inte kunnat släppa hoppet att patienten skulle klara sig. Och för att rädda sitt eget hopp har han då, i stället för att »våga vara delaktig i sanningen» och ge patienten den smärtlindring/palliativa behandling som både patienten och jag som anhörig önskat, fortsatt in absurdum med plågsam, invasiv och meningslös utredning, experimenterat med medicineringen och försvarat sig med obetänksamma, uppmuntrande uttryck.

Jag påstår inte att det är lätt detta med »Facing death», men att det kräver mognad och mod hos läkaren för att döendet skall bli så gott som möjligt, för patienten och för de anhöriga. Att läkares arbetsmiljö lämnar

mycket i övrigt att önska vad gäller möjligheter till personlig utveckling och tid till reflektion det visar inte minst den belysande artikeln i samma nummer av Läkartidningen av Milos Kesec om jourens rörliga verklighet. Personligen vore jag nöjd med mindre lön om bara arbetstiden förbättrades och utrymme för tankeutbyte gavs i större utsträckning. Är det en tillfällighet att det främst är kvinnor som tar upp dessa frågor?

Gunilla Bring
leg läkare, Umeå

PS. Jag vill beklaga att ett av referensnamnen i Barbro Beck-Friis kommentar, Margareta Andræ, blivit felstavat både i texten och i referenslistan. Som forskare inser man vikten av att ens namn är rättstvat, då citeringssystemet blivit en tungt vägande meriteringsfaktor. Nu är misstaget i detta fall delvis förklarligt, då namnet på framsidan av den aktuella avhandlingen »Facing death» faktiskt är skrivet med ett hopskrivet æ.

Försäkringskassan bör betala mer för intygen

I insändaren »Svara snabbt när Försäkringskassan frågar!» (47/95) efterlyser Lars Lindkvist att läkarkåren skall återinsända intyg till Försäkringskassan fortare än vad som sker

i dag. Det antyds även att läkarkåren medvetet försenar insändandet av intygen.

Verkligheten i dagens resursbantade sjukvård är att de flesta kolleger har en mycket hög arbetsbelastning och att en stor del av arbetet, framför allt administrativa uppgifter, utförs utanför ordinarie arbetstid. I en situation där man hela tiden måste prioritera mellan arbetsuppgifterna är det inte förvånande att skrivandet av diverse intyg får stå tillbaka för andra, mer prioriterade, uppgifter. Till detta kommer, som Lars Lindkvist även påpekar, att ersättningsnivåerna (om de överhuvudtaget utgår, författarens anmärkning) är för låga.

I stället för att jaga läkare med påminnelsebrev och telefonsamtal bör Försäkringskassan utgå från att alla intyg i praktiken skrivs på icke arbetstid och bör följaktligen rutinmässigt ersätta alla adekvat ifyllda intyg med ett ordentligt arvode. Med ett sådant förfarande torde sannolikt de flesta intyg komma snabbt i retur och därmed underlättas Försäkringskassans arbete. Den marginella kostnaden som intygsarvodet utgör av ärendets totala kostnad kommer sannolikt mer än väl att täckas av den förkortade handläggningstiden.

Michael Breimer
docent, kirurgiska kliniken,
Sahlgrenska sjukhuset,
Göteborg

Det skall vara "standarder"!

Frågan om man skall använda »standarder» eller »normer» i kvalitetssäkringen (Läkartidningen 47/96) vill vi kommentera enligt följande.

Vi som sysslar med standardisering hyser den kanske en aning överdrivna uppfattningen att världen skulle vara väsentligt sämre än vad den är utan vårt arbete. Säkert är att vi ofta – men ändå inte så ofta vi skulle önska – lyckas förmå stridiga intressen att enas om en av flera likvärdiga lösningar på problem inom tekniska och andra mänskliga aktiviteter, tex den nu så populära kvalitetssäkringen. Den enkla innebörden av detta är att man *kommit överens*, ett begrepp med hög positiv värdeaddition.

Egendomligt nog har dessa duktiga människor haft svårt att själva enas om vad resultatet av deras arbete, det skrivna