

GER OFFENTLIG DRIFT EFFEKTIVARE PRIMÄRVÅRD?

När Husläkarreformen genomfördes genomgick även den offentliga primärvården en rad förändringar. Göran Sjönell har inte lyckats visa att den privata verksamheten har bättre effektivitet, kontinuitet eller tillgänglighet.

I Läkartidningen 32–33/1996 spekulerar Göran Sjönell över om viktiga mål för en effektiv primärvård lättare kan nås med enskild drift än med offentlig. Sjönelles spekulationer kräver vissa kommentarer.

I sitt försök till analys bortser Sjönell från en fundamental grundförutsättning: Även den offentliga primärvården har utvecklats mellan åren 1993 och 1995. I och med Husläkarreformen genomgick den offentliga primärvården en rad förändringar. Sjönelles redovisning 1992–1993 och 1994–1995 är något oklar och inte enligt gängse redovisning, dvs per år.

Kostnadseffektiv sjukvård?

Att beskriva sjukvården som effektiv utan resultatanalys är lika meningslöst som att hävda att många läkarbesök är kostnadseffektivt för samhället. Innan vi diskuterar effektivitet i primärvården måste begreppet definieras och accepteras av både politiker, administratörer och profession.

För sjukvården måste ett syfte vara att minska den totala sjukvårds konsumtionen hos befolkningen. Att enbart se på sin egen statistik och hävda att den är kostnadseffektiv även för samhället utan att beakta övrig sjukvårds konsumtion är klart vilseledande.

Idag finns inga belägg för att patienterna hos just Sjönell och hans medarbetare på grund av deras s k effektivitet

kostar samhället mindre än övriga patienter.

Olika förutsättningar

För att jämföra graden av kontinuitet vid två skilda tillfällen måste man ju också klargöra de skilda förutsättningar som förelåg vid de olika mättillfällena. Om ett stort antal läkare i gruppen arbetade deltid under den offentliga tiden och numer heltid (alla?) privat så är det ju inte så anmärkningsvärt om kontinuiteten på grund av mer tillgänglig läkartid har blivit bättre.

Den enda som kan avgöra om kontinuiteten är bra eller inte är ju den enskilde patienten. Kontinuitetens betydelse för den totala sjukvårds konsumtionen i storstad behöver bättre analyseras.

I den patientundersökning Inregia AB gjort för Stockholms läns landsting (Vad tycker du om sjukvården?) framkommer bl a att egen husläkare inte var viktigt för yngre personer. Tillgång till röntgen och laboratorium var dubbelt så viktigt som att man fick träffa den egna husläkaren.

Meningslöst att mäta

Med det fria val av husläkare som finns och utan ytterligare analys av vad gott kontinuiteten för med sig har vi inom landstingsintraprenaden ansett det vara meningslöst att mäta kontinuiteten procentuellt. Det finns ju inte heller en klar målsättning för hur hög pro-

DEBATT

”Med det fria val av husläkare som finns och utan ytterligare analys av vad gott kontinuiteten för med sig har vi inom landstingsintraprenaden ansett det vara meningslöst att mäta kontinuiteten procentuellt. Det finns ju inte heller en klar målsättning för hur hög procentsatsen skall vara för att anses vara effektiv och optimal.”

centsatsen skall vara för att anses vara effektiv och optimal.

Patienterna har hos oss en god kontinuitet på sina villkor, och vi vet att flera patienter är nöjda med att ha två olika husläkare på mottagningen och att mottagningen och dess tillgänglighet i sig skapar trygghet. Läkarens engagemang och empati betyder kanske mer än absolut kontinuitet.

Brett åtagande

Om sjukgymnastik skall gälla som tilläggsåtagande för den enskilde husläkaren kan väl diskuteras, eftersom husläkaren inte gör några behandlingsinsatser själv. I så fall kan ju även mödrhälsovård, kurator, dietist och arbetsterapeut räknas som tilläggsåtagande.

Det är ju ett utbud som den offentliga primärvården har men inte de privata inom centrala Stockholms sjukvårdsområde (CSSO). Således har den offentliga primärvården i CSSO ett bredare åtagande än den enskilt drivna.

Den offentliga primärvården har dessutom utbildningsplatser för alla personalkategorier och deltar i en rad projekt och samverkansgrupper med akutsjukvård, geriatrik och socialtjänst.

Remissansvar och krav på närvaro

Sjönell spekulerar över att krav på remisstväng ökar kravet på daglig när-



Författare

ULF HALLUM

chefsöverläkare för de landstingsdrivna kvartersakuterna inom centrala Stockholms sjukvårdsområde.

FAKTARUTA

Offentligt och privat i centrala Stockholm

Inom centrala Stockholms sjukvårdsområde (CSSO) arbetar 50 husläkare i grupp-mottagningar enligt kvartersakutmodellen. Detta har man gjort sedan 1987 (Vasastan) och 1991 (Kungsholmen-Essingen).

Trettioåtta husläkare är offentligt anställda, och tolv är privata inom Praktikertjänst, grupperade i två 6-läkarmottagningar. Före 1993 var dessa tolv offentligt anställda. Sjönell var då chefsöverläkare för dessa.

De offentliga och de privata husläkarna arbetar på likartat sätt, och det finns marginella skillnader i arbetssätt och personalsammansättning på mottagningarna.

Både den privata och den landstingsdrivna primärvården finansieras med skattemedel och därutöver patientavgifterna.

De offentligt anställda husläkarna är organiserade inom en så kallad intraprenad, och ersättning till denna enhet är till 100 procent sk konkurrensneutral i förhållande till de privata. Det ges således samma ersättning per listad individ och samma ersättning när det gäller sjukgymnastik och hemjukvård etc.

Läkarna i den offentliga primärvården har en månadslön och en individuell lönesättning som baseras på följande kriterier: antal patientbesök, antal listade, engagemang i verksamheten, antal tjänsteår, samarbetsförmåga, grad av måluppfyllelse, speciellt ansvar, sjukhemsåtagande etc.

Lönesättningen baseras således inte enbart på antalet besök utan påverkas även av andra faktorer som är av stor vikt för arbetsgivaren för att uppnå uppsatta mål och för att styra rätt.

var och att det inte alltid skulle vara prioriterat i den offentliga primärvården. Jag vet inte om Sjönell insinuerar att de offentliganställda husläkarna har mindre ansvarskänsla för sina patienter och sin verksamhet.

Hur ser det ut om man gör en jämförelse mellan antalet för patienter tillgängliga läkartimmar inom Sjönelles grupp och en lämplig husläkargrupping inom den offentliga husläkarverksamheten? Det kan möjligtvis vara så att det finns mottagningar som har högre läkarnärvaro än Sjönell och medarbetare.

Osäkert om tillgänglighet

Att antalet timmar för öppen mottagning och tid för personlig telefoni skulle säga något om tillgängligheten är

mycket tveksamt. På öppen mottagning kan patienterna variera från 0 till 20, och olika läkare styr sina patienter på olika sätt.

En del hänvisar sina patienter till mottagningen medan andra i stället ger patienten en förbokad akuttid under dagen. Sk öppen mottagning betraktas av vissa läkare som ineffektiv.

Telefontiden kan blockeras med några få långa patientsamtal så att många andra patienter inte kan nå läkaren. Därför spelar knappast telefontidens längd in på tillgängligheten, utan doktors arbets sätt.

Telefonen på våra mottagningar är dock öppen *hela* dagen. Någon av personalen skall alltid svara, och läkaren ringer upp patienten vid behov.

Antalet läkarbesök

Redovisning för 1992–1993 är i detta fall relativt ointressant, då alla husläkare var offentligt anställda inom CSSO. Under 1994 var antalet läkarbesök per husläkare inom primärvårdsintraprenaden 2 739 och 1995 2 852.

Enligt Sjönell var motsvarande siffra för 1994–1995 inom hans grupp 2 600. Således hade husläkarna inom intraprenaden fler besök än Sjönell och medarbetare.

Det vore även intressant att se täckningsgraden, dvs hur många *individer* som har gjort läkarbesöken. Antalet läkarbesök kan ju lätt dölja att det är ett fåtal patienter som gör upprepade besök, vilket betyder att tillgängligheten är bra och god för vissa men inte för andra. Att skapa en mängd omotiverade läkarbesök är lätt, som vi alla vet.

Sammanfattning

Om man resonerar som Sjönell förefaller det som om offentligt driven primärvård är mer effektiv än enskilt driven.

Det finns idag inga belegg för att enskild drift av primärvården är mer kostnadseffektiv, mer tillgänglig, har bredare uppdrag eller är mer patientuppskattad än den offentliga. Det finns inga belegg för att enskild drift av primärvården skulle ge bättre sjukvårdsmässiga resultat av samhällsekonomiskt värde än offentlig drift.

De privata husläkarentreprenörerna har kunnat och kan välja sin personal, och en eventuell vinst går till den privata verksamheten, medan ett ekonomiskt överskott i den offentliga primärvårdsintraprenaden går tillbaka till landstinget och därmed skattebetalarna.

Slutligen är det arbetsgivaren som genom en individuell lönesättning av husläkare och annan personal kan styra mot uppsatta mål. Där finns det inte något hinder för att lönemässigt prioritera t ex hög besöksstatistik. •



Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribentens personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red