

Aktiv listning

Sämre resursutnyttjande och hot mot läkaretiken

En bärande princip i Husläkarreformen var aktiv listning, dvs att befolkningen uppmanas lista sig hos valfri allmänläkare. Denna princip har i vår fackpress framställts som något positivt. Efter att i två år ha arbetat på vårdcentral med sådan aktiv listning slogs jag dock av att den har uppenbara nackdelar.

Eftersom jag tidigare arbetade i ett landsting utan listning med i huvudsak områdesbaserad organisation kunde jag göra direkta jämförelser. Kritiken, som nedan sammanfattas i några principiella punkter, har delvis även fått vetenskapligt stöd.

I Family Practice [1] redogjordes nyligen för en enkätstudie som jämförde upplevd förändring i arbetsmiljö i två landsting med aktiv listning, jämfört med två landsting med dominerande passiv listning (invånarna i ett område erbjöds en fast läkare och kunde acceptera eller önska en annan). Enkäten, som riktades till såväl distriktsläkare som distriktssköterskor, gällde upplevda förändringar i arbetsmiljö jämfört med före Husläkarreformen.

Försämrad arbetsmiljö

I landstingen med aktiv listning skattade man att arbetsmiljön blivit signifikant sämre än där man hade kvar områdesindelning. I de med aktiv listning upplevde man större press på individen, sämre relationer på arbetsplatsen, sämre inflytande och kontroll, och sämre möjlighet till kompetensutveckling.

Bara i en variabel – stimulans i arbetet – var det ingen skillnad. Enkäten vände sig till över 1 000 läkare och di-

striktssköterskor med svarsfrekvens på över 80 procent.

Detta är märkligt nog den enda vetenskapliga studie som på ett kontrollerat sätt jämfört de två systemen. Av någon anledning tycks den inte ha uppmärksamats i debatten. Till denna vill jag nu lägga min subjektiva upplevelse av bristerna i det aktiva listningssystemet och dess för vården negativa drivkrafter.

Teamarbete försvåras

1. Eftersom distriktssköterskan vanligen har område (på grund av hembesök) medan läkarna genom den aktiva listningen inte har det, uppstår en stor försämring av teamarbetet. Detta drabbar främst de mest vårdbehövande äldre samt handikappade. Möjligheten att följa upp och sköta vården mellan läkarbesöken på ett bra sätt via distriktssköterskan försämras kraftigt.

Sådan teamvård har varit en stor del av primärvården. När denna minskar tenderar vårdkvaliteten bli sämre, samtidigt som behovet av läkarbesök ökar och därmed belastningen. Detta medför också sämre resursutnyttjande.

Ökade krav på läkarkontakt

2. Aktiv listning som styrande princip ökar befolkningens efterfrågan på just läkarens insatser. Patienterna kräver i ökad utsträckning att få träffa sin husläkare i stället för t ex distriktssköterskan, även vid problem som adekvat kan handläggas på sköterskenivå.

Ansvarstagande hos distrikts- och sjuksköterskor minskar – inte för att de själva vill det – utan för att patienternas krav att få kontakt med husläkaren hindrar det. Möjligheten att dela på arbetet utifrån vårdnivåer begränsas. Även detta ökar belastningen på läkarna och ger ett ineffektivt utnyttjande av resurser.

Utsatta grupper drabbas

3. Patienter med både medicinska och psykosociala problem, rehabiliteringsärenden eller missbruk, upplevs av läkarna vanligen som tyngre än andra fall. Eftersom dessa ofta är yngre ger de

”Konkurrensen i systemet uppmuntrar den ena listläkaren till att inte vara mindre tillmötesgående än den andre. Det uppstår en ökad risk att man överskrider gränser för vad som är medicinskt adekvat för att behålla och värva patienter.”

dock inga högre »poäng» (viktning i listningen brukar ske efter ålder). Arbetsmiljömässigt blir det lönsamt att ha så få som möjligt av dessa på sin lista.

Den som är kort och oengagerad i möten med dessa patienter och mest marknadsför sig bland de välanpassade och i övrigt friska, kan faktiskt få en »bättre» lista. Följden blir att vissa svaga patientgrupper kan få än svårare att hitta en intresserad läkare. Det uppstår således en ogynnsam incitamentstruktur.

I Kanada, där ekonomin är starkt bunden till listningen, har man fått anställa särskilda socialläkare för att ta hand om de »olönsamma» som ingen vill ha!

Tveksamma åtgärder uppmuntras

4. Eftersom aktiv listning ökar patientkraven kan det bli psykologiskt svårare att motstå krav på medicinskt tveksamma utredningar och remisser. Detta är kostnadsdrivande.

Konkurrensen i systemet uppmuntrar den ena listläkaren till att inte vara mindre tillmötesgående än den andre. Det uppstår en ökad risk att man överskrider gränser för vad som är medicinskt adekvat för att behålla och värva patienter.

I en del landsting med aktiv listning köper husläkaren en distriktsskötersketjänst för sina patienter. Det sistnämnda var fallet i den nämnda studien. Kvar står då, att döma av studien, att detta var

Författare

GÖRAN DAHL
distriktsläkare, Offerdals Hälso-
central.

förenat med en sämre arbetsmiljö, främst för distriktssköterskor. Det är inte orimligt att detta får konsekvenser även för vårdens innehåll. Punkterna 2–4 torde gälla även med detta system.

Återgång utan protester

I Dalarna har ett växande antal vårdcentraler, för närvarande ett 20-tal, beslutat överge den aktiva listningen som styrande princip. I stället har man återinfört en geografisk indelning på varje vårdcentral med samma område för läkare och distriktssköterska.

Intressant är därvid att efter information om skälen till ändringen var det bara ca 5 procent av invånarna som antog erbjudandet att välja en annan läkare än den de föreslogs.

Belägg finns således för att när man efter erfarenhet av aktiv listning kan välja, väljer en del att återgå till områdesansvar, och att detta är något som kan accepteras av befolkningen.

Positiv feedback

Incitamenten för läkaren med område blir desamma som för distriktssköterskan för området: Engagemang för gemensamma patienter där på naturligt sätt prioritering och fördelning av arbetet kan göras efter vårdbehov. Den lilla andel som vill byta läkare kan erbjudas göra detta. Här går det att efter diskussion komma överens med patienten och sina kolleger.

Den positiva feedback som kan erhållas från befolkningen och vårdlaget samt läkaretiken är drivkraft. Varför behöver allmänläkarna andra incitament? Ett byråkratiskt system uppbyggt för att skapa konkurrens behövs inte för att patienten ska få en egen läkare.

Referens

1. Wilhelmsson S, Faresjö T, Foldevi M, Åkerlind I. The personal doctor reform in Sweden: perceived changes in working conditions. *Family Practice* 1998; 15: 192-7.

Kommentar I:

Det stora problemet är allmänläkarbristen!

Göran Dahl berör i sin artikel viktiga problem när det gäller arbetsmiljön och resursutnyttjande i primärvården. Han har valt att fokusera på listningssystem, vilket gör hans analys bristfällig. Det överskuggande problemet är bristen på allmänläkare. Detta problem har accentuerats de sista åren. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen tillkom netto mellan 1994 och 1998 endast 50 allmänläkare.

Under samma period tillfördes sluten vården 2 000 nya läkare. Samtidigt har allt större patientströmmar styrts mot primärvården och allmänläkarna. Det är i dessa faktorer som brister i allmänläkarnas arbetsmiljö står att finna – det borde vi kunna vara överens om.

Detta understryks också av den studie Göran Dahl hänvisar till, det vill säga hur arbetsmiljön påverkades av hela den process som Husläkarreformen innebar – där först stora förväntningar på satsningar på allmänmedicinen skapades och sedan hela processen gick i stå till följd av olika politiska omsvingningar.

Den kvarstående effekten blev ökade krav på allmänläkarkåren, vilka inte möttes upp med tillskott av den viktigaste resursen, fler allmänläkare. Vad som orsakat skillnader i utfall mellan olika landsting kan åtminstone inte vi dra några slutsatser om.

Internationell enighet

Vi vill påstå att den samlade erfarenheten inom allmänmedicinen runt om i världen talar för att listning med kapitationsersättning kan – om den genomförs på ett bra sätt – stimulera till ett gott patientomhändertagande utan korrumpierande mekanismer.

WONCA (The World Organization of Family Doctors) anordnade i december 1996 en konferens om ersättningsystem inom allmänmedicinen. Där rådde konsensus om listning/kapitation. Samtidigt ville man varna för en direkt koppling mellan inkomsten till mottagningen och doktors egen plånbok.

Många års erfarenhet av kapitationsersättning i Västmanland säger att nack-

delarna är små. Verksamheten – även s k »privat» – styrs av avtal med landstinget. Vi vill påstå att de problem Göran Dahl befarar inte uppstått. Patienten väljer doktor inte tvärtom; avtal och etik styr de allra flesta doktorers handlande.

Listningssystem medför inte automatiskt att allt blir bra – det beror på hur det genomförs. Med listning och kapitationsersättning finns goda möjligheter att avgränsa och bättre definiera uppdraget, att skapa vettiga ekonomiska styrformer, att tillfredsställa patientens valmöjlighet, att stärka patient-läkarrelationen. Fördelarna infinner sig inte omedelbart, men bland dem som arbetat länge med listningssystem är det svårt att finna principiella kritiker.

Patienten stärks

Ett listningssystem där patienterna får välja sin allmänläkare innebär att patientens ställning i sjukvården stärks. Det ser vi som en positiv utveckling. En utökad möjlighet till arbete i entreprenadform innebär på samma sätt att allmänläkarnas möjlighet att påverka det egna arbetet stärks. Genom att såväl patienternas som allmänläkarnas ställning stärks, skapas förutsättningar för en stark och utvecklingsbar allmänmedicin som bas i det samlade sjukvårdsutbudet.

Vi anser att det är angeläget att allmänläkarna inser att läget just nu innebär den sannolikt sista möjligheten att skapa en bärkraftig bas i svensk sjukvård. Den viktigaste faktorn för en framgång med satsningen på primärvården utgörs av oss själva – allmänläkarna.

Det vore därför bra om inte diskussionerna och tankarna alltför mycket fastnar i detaljproblem av olika slag. Låt oss i stället gemensamt söka oss fram till hur vi på bästa sätt skall ta till vara de möjligheter som just nu föreligger!

Meta Wiborgh

ordförande i SFAM

Björn Olsson

distriktsläkare, Luleå

Jonas Sjögreen

familjeläkare, Västerås