

Gröna öar och listiga listmottagningar förverkligar nationella handlingsplanen

»Vid en summering av alla förväntningar som lagts på primärvården är det uppenbart att primärvårdens uppdrag som andel av de samlade behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser är helt orimligt med dess nuvarande resurstillgång«, skriver säger Olle Östman i Läkartidningen 48/2001 (sidorna 5545-6). Visst och sant – men föga konstruktivt!

ULF MÅWE

fd chefsläkare i primärvården i Luleå
ulf@mawe.se

Ulf Théen

chefläkare för primärvården i Uppsala län

Meta Wiborgh

ordförande, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

II Vi ser inte att Olle Östmans slutsatser av enkla räkneövningar kan lösa dagens problematik. Här krävs konkreta förslag och ett annat sätt att tänka, annars kommer satsningen i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården bara att bli »more of the same«.

Risk finns att landstingen kommer tugga sönder satsningen i sina planer, och att de relativt små extra resurserna kommer att förödas i att täta de stora hålen i nuvarande verksamhet.

Överenskommelsen måste följas

Ska något nytt ske krävs att landstingen följer den överenskommelse som Landstingsförbundet träffade med regeringen i maj 2000 innebärande:

- att alla invånare ska kunna få tillgång till en egen familjeläkare,

- att läkartätheten i primärvården avsevärt förstärks,
- att kunskapsutvecklingen inom primärvården avsevärt stärks genom stöd till forsknings och utvecklingsarbete samt genom förbättrade möjligheter till kompetensutveckling.

Nationella handlingsplanen är basen

Med det som bas kan vi se en framkomlig ny väg som vi beskriver nedan. Basen är då lagd i den 10-åriga nationella handlingsplanen för utveckling av hela svenska hälso- och sjukvården som togs i bred majoritet den 30 november 2000 i riksdagen. För att gå från tanke till handling krävs läkare med generalistkompetens, som är tillgängliga och som befolkningen har tillit till. Idag saknar cirka 3 miljoner svenskar den möjligheten. Nuvarande i primärvården verksamma specialister i allmänmedicin skulle kunna ge fullgod sådan service till 6 miljoner svenskar. Diagram 1 visar hur stor andel av befolkningen som kan ha tillgång till en fast kontakt med en familjeläkare vid fördelningen 1 läkare/1 500 invånare.

Handlingsplanens mål är att befolkningen år 2008 skall ha tillgång till 6 000 familjeläkare, vilket betyder att det krävs ett tillskott av 2 000 familjeläkare utöver den som finns i dag.

Finns det då några konkreta planer eller någon vilja från landstingen att leva upp till den nationella handlingsplanen? Har man förstätt att en förändring enligt planens intentioner är enda chansen att få ordning på svensk sjukvård? Man behöver en strategi för vad man skall göra för de 3 miljoner svenskar som övergångsvis inte har någon egen fast familjeläkare.

Vårt förslag

Vi vill här lägga fram ett förslag som kan uppfylla målen på både kort och lång sikt. Det omfattar två delar som är kommuniserande. Syftet är dels att åstadkomma en god arbetsmiljö för dagens allmänläkare, dels att göra dem läkarlöneledande.

För att kunna behålla de läkare som idag arbetar i primärvården bör landstingen skapa en situation med »gröna öar« för dessa familjeläkare. Grundförutsättningen för att klara tillgänglighet, överblick, kontinuitet och kvalitet är att ett befolkningsunderlag på riktnivån 1 500 personer. Den uppfattningen delas av professionen och riksdagen.

»Gröna öar« – den ena delen av strategin

Med en »Grön ö« avser vi en verklighet där familjeläkaren är fullt ut ansvarig för första linjens hälso- och sjukvård till en befolkning på cirka 1 500 invånare som valt denne, och där familjeläkaren erbjuder tillgänglighet och kontinuitet. Dessa enkla grunder kan lätt avtalas i ett nationellt tydligt definierat uppdrag som gäller oavsett driftform. Vi skulle då snabbt kunna få läkare att välja att bli familjelä-

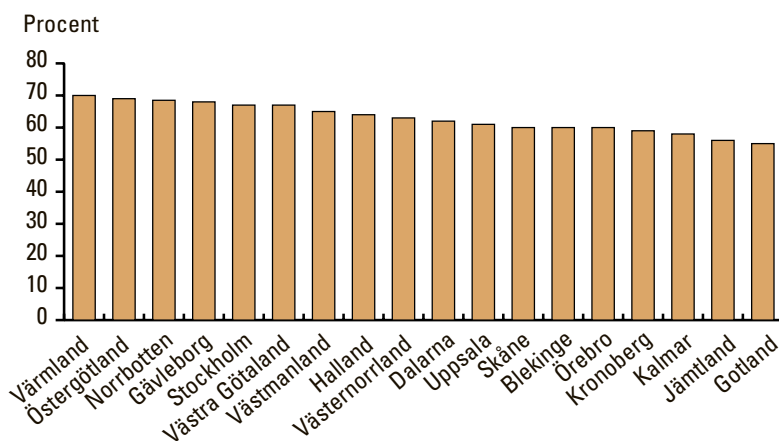


Diagram 1. Andel av befolkningen som kan ha fast läkare med nuvarande antal familjeläkare och fördelningen 1 läkare per 1 500 invånare.

Det är vi allmänläkare som i god ordning och i samverkan med våra sjukhuskolleger ska se till att vi får nöjda patienter och en kostnads-effektiv sjukvård.

kare, specialister i allmänmedicin; det har vi exempel på.

Hur ska vi lösa situationen för de 3 miljoner som ännu inte har tillgång till sin egen valda fasta familjeläkare? Vårt förslag är att det inrättas temporära generalistmottagningar som successivt avvecklas i takt med att ordinarie familjeläkare tillkommer.

Incitamenten att avveckla skall vara starka och tydliga. Avvecklingen kan ske smidigt genom att de personer som anlitar denna temporära läkarmottagning successivt kan lista sig hos de nya familjeläkare som tillkommer. Läkarnas ersättning på dessa temporära mottagningar skall vara konkurrenskraftiga, men ligga någon tusenlapp lägre än vad listande familjeläkare får.

Har prövats i Luleå och Stenungsund

År 1980 saknades det läkare på fyra av Luleås nio vårdcentraler. Varje vårdcentral hade ett upptagningsområde på cirka 10 000 individer. Vi stängde dessa fyra vårdcentraler, och med god information hänvisades befolkningen i dessa områden till en temporär generalistmottagning på ett centralt belägen stängd vårdcentral. På den ordnade vi en god tillfällig personalbemanning.

Ledningen var mycket tydlig när det gällde att mottagningen skulle bli temporär; avvecklingsplanen var klar från början. Därtill rekryterades en erfaren allmänläkare som bevakade så att inga kroniskt sjuka bland dessa 40 000 i befolkningen kom svårt i kläm. Fyra läkarbemanningskedjor etablerades, en från klinikerna på Luleå lasarett, en från klinikerna på Bodens lasarett, en av allmänläkarna från de övriga vårdcentralerna i Luleå samt en med dåtida »stafettläkare». På liknande sätt har man gått tillväga för Stenungsunds 21 000 invånare med gott resultat (Årsredovisning, Stenungsunds Primärvård, 2001.)

Kunde avvecklas efter ett år

Telefonmätningar gjordes. Uppföljningar och genomgångar av besöksnoterade patienter gjordes. Mottagningen avvecklades allt eftersom samtidiga rekryteringsansträngningar gav resultat. Vårdcentralsområde efter vårdcentralsområde avknoppades, och hela den temporära lösningen upphörde inom ett år. Första halvåret tjänstgjorde 50 läkare vid denna temporära mottagning.

Avslutningsvis vill vi slå fast att det inte är dags att montera ner vare sig begreppen allmänmedicin, familjeläkare eller generalist. Det är vi allmänläkare som i god ordning och i samverkan med våra sjukhuskolleger ska se till att vi får nöjda patienter och en kostnadseffektiv sjukvård. •

Skall specialistexamen vara obligatorisk?

Idag är examinationen frivillig. Det är pinsamt att konstatera att det är för få som anmäler sig till specialistexamen trots det stora arbete som läggs ner på examinationen i form av skriftliga och muntliga förhör med tillresande, professionella examinatorer från olika specialiteter. Vad bör göras?

NILS-OTTO SJÖBERG
professor, institutionen för obstetrik och gynekologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö och Lunds universitet
Nils-Otto.Sjoberg@obst.mas.lu.se

■ Att specialistexamen skall vara obligatorisk får kritik från bl a Sylf (Sveriges yngre läkares förening), som anser att det finns en övertro på prov och att dessa mäter fel saker. Även OGU (obstetrik och gynekologer under utbildning) har ställt sig tveksam, och hävdar att examination är onödig ifall de utbildande klinikerna satsar på både en god teoretisk och praktisk ST-utbildning.

Har chefsöverläkaren tillräcklig insikt?

Idag är det chefsöverläkaren som beslutar om specialistkompetens. Hennes/hans uppgifter är idag så belastande att man kan ifrågasätta möjligheten att i detalj känna till ST-läkarens färdigheter, även om handledare är utsedd.

Vid mitt universitet i Lund har ledningen för medicinska fakulteten hos Socialstyrelsen efterlyst en obligatorisk specialistexamen, där man på ett mer objektivt sätt testar den blivande specialistläkarens kunskaper, färdigheter och professionella förhållningssätt.

Argument för obligatorium

Det dröjer säkert inte länge förrän en specialistexamen blir ett absolut krav inom EU. Vem vill missa chansen till möjlighet att arbeta i ett annat europeiskt land? Viktigt är att vi i Sverige själva förstår värdet av obligatorisk examen, så att vi förekommer och slipper inblandning av internationella myndigheter.

Det svenska samhället förväntar sig att vi gör allt för att garantera att våra specialistläkare verkligen har den kompetens som krävs, och att de dessutom kan fungera på expertnivå, dvs att kreativt och med nytt lärande kunna möta oväntade situationer och kunna lösa helt nya uppgifter.

Utbildningen och examinationen skall ske mot tydliga mål och utformas tillsammans med ST-läkare. Genom att

göra ST-läkarna delaktiga får man dem att acceptera att det är mot just de uppsatta målen som de skall examineras.

Får inte avskräcka

Är examinationen för svår idag bör kraven sänkas. Examinationen får inte avskräcka utan skall vara en kvalitetsstämpel på den examinerade läkaren.

Observera att examinationen inte bara skall testa den enskilde läkaren utan även den utbildande kliniken och dess chefsöverläkare/verksamhetschef. En obligatorisk examination blir på detta sätt en effektiv kvalitetskontroll även av den utbildande kliniken. Detta kan bli ett utomordentligt komplement till de kontinuerligt återkommande Spur-inspektionerna. Specialistexamen skall dessutom uppfattas som en tung merit vid tjänstetillsättning, och medföra att chefsöverläkarna premierar berörda läkare med en påtaglig löneförhöjning (troligen i euro).

Två veckors betald föreberedelse

Dessutom måste chefsöverläkarna ge de hårt schemabundna ST-läkarna rimligt avsatt tid, exempelvis 2 veckors betald tid, för att läsa och studera inför examinationen. Detta ger en trygghet i förberedelserna och ytterligare ökad kunskap.

Glöm inte att kunskap ger glädje och makt, och är snart det enda som inte kan berövas en människa. •

Observera att examinationen inte bara skall testa den enskilde läkaren utan även den utbildande kliniken och dess chefsöverläkare/verksamhetschef.