

Nej till havererad husläkarreform i nya kläder – ja till samlat uppdrag

Vår farhåga är att man nu, tio år efter en havererad husläkarreform, försöker med ett nytt, omdöpt system, med samma nackdelar som det gamla husläkarsystemet. I stället förordar vi en kombination av vårdcentralmodell och husläkarmodell, där varje individuell doktor har ett begränsat antal patienter, men där hela primärvårdsuppdraget ingår. Det skriver distriktsläkarna vid Gustavsbergs vårdcentral.

För distriktsläkarna vid Gustavsbergs vårdcentral:

MARIA LUHR
ANNA-LENA KÖHLIN
CAROLINE ASPLUND
TOMAS FRITZ
t.fritz@telia.com

II Distriktsläkargruppen vid Gustavsbergs vårdcentral har med stort intresse följt debatten om en nationell familjeläkarreform [1, 2]. Vi vill här dela med oss av våra erfarenheter från en av landets största vårdcentraler.

Vi är övertygade om att det i landet finns många goda exempel på välfungerande primärvård. Självklart sitter ingen inne med den absoluta lösningen, men det måste finnas organisatoriska och arbetsmiljömässiga modeller som inte kräver omfattande nationella reformer.

Husläkarreformen i repris?

Utvecklingen av svensk primärvård har gått från provinsialläkarens ensamarbete via införandet av vårdcentraler med vårdlag till 1990-talets husläkarreform. Vår farhåga är att man nu, tio år efter en havererad husläkarreform, försöker med ett nytt, omdöpt system, med samma nackdelar som det gamla husläkarsystemet.

Klart är att nuvarande arbetsvillkor för Sveriges distriktsläkare kan uppfattas som ogynnsamma. Under 1998–1999 ökade sjukskrivningstalen för manliga distriktsläkare med mer än 50 procent [3]. Dessutom har allt fler kolleger hoppat av från fasta tjänster till uthyrningsföretag eller annan verksamhet [4].

Vill diskutera fyra punkter

Debatten har till stor del handlat om privat kontra landstingsdriven primärvård. Vi tror inte att den frågan är avgörande och vill hellre diskutera följande fyra punkter:

1. Arbetsmiljön – dimensionering av uppdraget.
2. Befolkningens behov av sjukvård.

3. Vårdcentral eller husläkarmodell.
4. Ekonomisk ersättning.

Arbetsmiljö och dimensionering

En förbättrad arbetsmiljö är avgörande för att behålla kolleger i specialiteten, minska flykten till uthyrningsföretagen, locka tillbaka avhoppade kolleger, minska sjukskrivningstalen samt intressera yngre läkare för allmänmedicin.

En stabil bemanning ger bättre tillgänglighet och möjligheter för primärvården att utgöra basen i sjukvården. Dessutom krävs mer än dagens 17 procent av sjukvårdsbudgeten för att den skall kunna leva upp till förväntningarna. Vi har däremot svårt att tro att ett nytt omdöpt husläkarsystem medför en förbättrad arbetsmiljö.

Uptagningsområde och bemanning

Våra synpunkter grundar sig på samlade erfarenheter från olika landsting och driftsformer. Vi arbetar på en av Sveriges största landstingsdrivna vårdcentraler, med ett upptagningsområde på ca 30 000 innevånare. Vi har 17 bemannade distriktsläkartjänster med olika tjänstgöringsgrad. Endast fyra kolleger arbetar heltid.

Värmdö kommun har landets högsta befolkningstillväxt. Detta har medfört speciella krav på en organisation som växer med befolkningen. Under 1990-talet upplevde också vi en kris då flera kolleger slutade i samband med husläkarreformens införande.

Områdeslista och aktiv listning

Vi har idag en kombination med en områdesbaserad lista (gatuadressbaserad) och aktiv listning. Maximerat antal är 2 000 personer per heltidstjänst. Listan är dimensionerad efter tjänstgöringsgrad utan viktning. Listningssystemet visar hur många läkare som behövs i området och signalerar behov av nya tjänster vid ökad belastning på vårdcentralen.

Vi har eget budgetansvar med egen ekonom. Trots närheten till storstaden

råder speciella förhållanden i skärgården med förhållandevis stora avstånd.

Deltar i forskning och utbildning

Av kollegerna bedriver fyra forskning på deltid. Några är engagerade i läkarutbildningen på Karolinska institutet, termin 1–4 samt 11. Vi ansvarar för internutbildning för personalen, AT- och ST-utbildning samt håller patientföreläsningar. En kollega arbetar heltid som sjukhemsläkare. Förutom ett stort antal sköterske- och läkarbaserade specialmottagningar finns rehabiliteringenhet och kurator. Vi har samverkansgrupper med olika sjukhusspecialister där vi utarbetar gemensamma vårdprogram. Vi deltar i FQ-grupp. Verksamheten har inte tillförts några ekonomiska medel utöver budget.

Det mesta av detta fanns innan husläkarreformen infördes men raserades i efterdyningarna. Det har tagit lång tid att återupbygga denna väl fungerande verksamhet, och vi ser med oro på dessa nya organisationsförslag.

Samarbete ger möjligheter

Vi är medvetna om att speciella förhållanden råder på en stor vårdcentral. Styrkan är att samarbete mellan kolleger och annan personal ger oss stor frihet. Vi får möjligheter till forskning och fördjupningsarbete, utbildning av blivande kolleger och tid att utveckla det medicinska arbetet.

Vi är skeptiska till förslag som syftar

Vi är skeptiska till förslag som syftar till att återinföra ett system som till betydande del bygger på ensamarbete, med de risker för stress, isolering och bristande stimulans som detta medför.

till att återinföra ett system som till betydande del bygger på ensamarbete, med de risker för stress, isolering och bristande stimulans som detta medför.

Tillgänglighet och kontinuitet

Befolkningens behov kan sammanfattas med orden akut tillgänglighet och kontinuitet. I husläkarsystemet kombinerades dessa två krav med husläkarens illusion av omnipotens. Man pressades till öppen mottagning dagligen, telefontid samt tidsbokade besök i allt högre tempo. Och patienterna ville träffa sin doktor. Förväntningarna på den enskilda husläkaren blev orimligt höga. Ojämn arbetsbelastning och rivalitet mellan kolleger finns beskrivet [5].

Varför söker barnfamiljer och yngre i så stor utsträckning på akutmottagningar och närakuter? Deras behov av tillgänglighet är större än behovet av kontinuitet. Hos de äldre, de kroniskt sjuka, de med sociala eller psykiska problem är dock relationen till en fast läkare viktig. Erfarenheterna idag är att många har stängt sina öppna mottagningar, på bekostnad av de kroniskt sjuka, då det akuta tillgänglighetsbehovet har pressat oss för hårt.

Tidsbeställd lättakut har kortat köerna

På vår mottagning har vi öppnat en tidsbeställd lättakut med tillgänglighet kl 8–17. Tiderna bokas av sköterska efter telefonrådgivning med hjälp av datatelefon (TeleQ). Kollegerna turas om med denna lättakut, med patienter var tionde minut under en hel dag, och kan övriga dagar ägna sig åt planerade patienter och telefontid. Vi har goda erfarenheter av detta system. Patienterna träffar inte alltid sin läkare på lättakuten men kan vid mer komplicerade problem få en planerad tid via kontakt med sin läkare inom en dag till en vecka. Detta har förkortat våra väntetider för planerade besök avsevärt och medfört ett lugnare arbetstempo. Våra multisjuka patienter och de med socialmedicinska problem har fördel av detta.

Kombination förordas

En utmärkt genomgång av fördelar och nackdelar med vårdcentralsmodell kontra husläkarmodell finns i Läkartidningen 6/2003 [2]. Vi förordar en kombination av de två systemen. En flerläkarmottagning där varje individuell doktor har ett begränsat antal patienter, men där hela primärvårdsuppdraget ingår. Där samarbete runt akuta patienter, och även vid kollegers ledigheter eller forskning, är nödvändigt för att skapa trivsel på arbetet och ge en god bassjukvård. Här tar läkaren ansvaret för att utveckla hela primärvårdens uppdrag.

I en teambaserad verksamhet har man möjlighet att stötta varandra vid svår medicinsk eller socialmedicinsk problematik samt möjlighet att använda sig av kompetens från kurator, sjukgymnast, distriktssköterskor m fl.

Balansen i den ekonomiska ersättningen

En alltför stor andel prestationsersättning medför frestelsen att öka antalet »lätta fall« och återbesök på mottagningen, remitterande i stället för att själv sköta utredningar samt minskad tid för förebyggande verksamhet. Prestationslönesystemet medför en risk för minskat samarbete mellan kolleger.

Samtidigt skall hårt arbete märkas i lönekuvertet. Med andra ord är en bra balans viktig. DLF/Stockholms förslag på 20–30 procent rörlig åtgärdsersättning och 70–80 procent kapitering uppfattar vi som ett bra förslag.

Fokus på egen lista löser inte problemen

Vi ser fram emot fler diskussionsinlägg i frågan men ber DLF, SFAM, SPLF och

Sylf att inte kasta ut barnet med badvattnet. Försök att kritiskt utvärdera husläkarsystemets nackdelar och inför inte samma organisationsförändring igen! Att bara fokusera på en egen avgränsad lista löser inte primärvårdens problem.

Referenser

1. Järhult B Förslag till nationellt familjeläkar-system oförenligt med vårdens allemansrätt. Läkartidningen 2003;100:150-1.
2. Engström S, Lindström K, Alsén P, André M, Ekedahl S, Hultberg B, et al. Vi förordar en sammanhållen primärvård med teamarbete och listning. Läkartidningen 2003; 100:438-40.
3. Landstingsförbundet. www.svdlf.se/ombudsmannabrev/2000
4. Rätt ut ur väggen. Primärvårdens Nyheter 9/2002.
5. Vården under 90-talet. Den organisatoriska nivån. Stockholm: Karolinska institutet; 2000. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2000:4.

Familjeläkarprogrammet i Västmanland – en förebild

Modellen är enkel och har förhållandevis lite detaljstyrning. Den som vill vara entreprenör slipper landstingets hierarkiska organisation, och den som vill ha trygghet i en landstingsanställning väljer detta. I det enkla ligger styrkan. Det skriver Björn Nilsson om primärvården i Västmanlands läns landsting, som sedan tio år är organiserad i ett familjeläkar-system.

BJÖRN NILSSON
familjeläkare, Kolbäck
bjorn.nilsson@ptj.se

■ Artikeln av Sven Engström och medarbetare i Läkartidningen 6/2003 (sidorna 438-40) om Protosgruppens förslag ventilerar farhågor om vad som kan hända vid eventuella systemförändringar i primärvården. Vad kan hända om man »fragmenterar en sammanhållen vård«? Farhågor uttrycks för minskat kollegialt samarbete och försämrad arbetsmiljö, för minskat personalansvar och ensamarbete för läkare.

En del av farhågorna kan sannolikt vara befogade, andra inte.

Familjeläkar-system i tio år

I stället för att gå in på detaljer skall jag redovisa några erfarenheter från Västmanland, som ju har ett familjeläkar-system sedan tio år.

Här pågår just nu en genomlysning med hjälp av externa revisorer, som i en första omgång kan konstatera att personalen på familjeläkarmottagningarna i stort sett är nöjd och inte önskar några stora förändringar i nuvarande system. Revisionen kommer att vara färdig under våren [1].

Eftersom detta är Sveriges första och största experiment vad gäller listning och blandad privat/offentligt organiserad primärvård, är det förvånande att artikelförfattarna inte tycks ha tagit del av erfarenheterna härifrån. Det finns flera tidigare externa och interna revisioner gjorda. Själv redovisade jag våra erfarenheter i tidskriften Allmänmedicin för några år sedan [2].

Innehåll och bakgrund

Det västmanländska familjeläkarprogrammet är just ett exempel på listning hos läkare, med en sammanhållen verk-