

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 familjeläkarssystem.

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.

Familjeläkarssystem 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-

Protosgruppens förslag är bra som en bas att diskutera vidare från. En enhetlig och genomtänkt organisatorisk modell är bättre än ett tjog olika, mer eller mindre väl grundade experiment.

samhet för basal hälso- och sjukvård samt basal rehabilitering. Programmet fastställdes 1992, alltså två år innan husläkarlagen trädde i kraft. Olika professioner deltog i utformandet, med familjeläkare som drivande krafter. Att det var möjligt att genomföra ett program med lika villkor för både privat och offentligt organiserade mottagningar i ett socialdemokratiskt styrt landsting, berodde bland annat på de goda exempel man redan hade med fria entreprenörer.

Inriktningen var att ta vara på det som redan fungerade väl och att »i en sammanhållen vårdservice präglad av ett helhetsperspektiv tillhandahålla: distriktssköterskeinsatser, barn- och mödrahälsovård samt basal rehabilitering förutom kurativ vård på mottagning och i hemmet, dygnet runt, inom det allmänmedicinska kompetensområdet«.

Målinriktat och kravsificerat

Programmet är målinriktat, inte detaljreglerat. För alla delar av åtagandet finns kravsificeringar, och man kontrollerar att dessa följs. Landstingets beställarenhet inforrar verksamhetsplaner och -berättelser, mäter tillgänglighet och besöker årligen varje mottagning. Dessa besök, där all personal deltar, brukar vara uppskattade tillfällen att berätta om verksamheten på mottagningen.

Kapiteringsersättningen fastställs årligen. Åldersviktningen är 2 för 0–6 år, 0,6 för 5–64 år, 2 för 65–74 år och 2,73 för äldre. Ersättningen utbetalas månatligen och utgör drygt 80 procent av mottagningarnas intäkter, som i övrigt består av besöksersättningar och, i försumbar omfattning, ersättning för intyg m m.

Grundåtagandet

I grundåtagandet ingår vissa krav på lokaler. I läkarens verksamhet ingår basal hälsovård och basal rehabilitering, akutmottagning dagtid, hembesök vid behov

och laboratorieanalyser. Dessutom krav på fortbildning och telefontillgänglighet samt jourverksamhet alla tider på dygnet. Verksamheten måste också bedrivas i samarbete och samlokalisering med kolleger. Ensamarbete förekommer inte.

Det vidgade åtagandet

Det vidgade åtagandet omfattar distriktsköterskevård, barnhälsovård, mödrahälsovård, basal rehabilitering inklusive fysikalisk behandling och arbetsterapeutinsatser. Familjeläkaren anställer personal eller tecknar avtal med någon som sköter verksamheten.

Dessutom ingår utbildning av elever och studerande samt deltagande i vetenskapligt förankrade program. Alla enheter erbjuder vidgat åtagande, med större eller mindre inslag av köpta tjänster. Teamarbetet fungerar bra utan skillnader mellan de privat och de offentligt organiserade enheterna [3].

Ett tydligt uppdrag

Man kan inte detaljstyra familjemedicinskt arbete. Men man kan ge ett tydligt uppdrag, med ansvar för prioritering och resursfördelning. Detta har familjeläkarerna i Västmanland och dessutom tydliga ekonomiska ramar för verksamheten.

När man så knyter varje läkare till den egna listan, och låter befolkningen välja fritt, så skapas förutsättningar för ett genuint familjemedicinskt arbete, med ett personligt men begränsat åtagande. Samtidigt har man en systematisk uppföljning av verksamheten, i ett »konkurrensneutralt« system. På så sätt har man lyckats förena det bästa i en planekonomi med fritt entreprenörskap i en beställar–utförarmodell.

Politikernas perspektiv

För ansvariga politiker är detta, föreställer jag mig, ett drömläge. Man har en fast kostnad för primärvården, som bara kan ändras genom att befolkningen ökar eller minskar. Sjukhusvårdens kostnader stiger däremot okontrollerat därför att beställningen är oklar och arbetet sker på löpande räkning utan konkurrens i en monopolsituation. Primärvården har en stimulerande konkurrenssituation (för närvarande tyvärr delvis satt ur spel på grund av läkarbrist), med ungefär lika delar landstingsdrift och alternativ drift, entreprenader och intraprenader.

En sänkning av listningstaket sker, med målet 1 500 personer/familjeläkare år 2005. Det är vår förhoppning att nyrekrytering och utbildning skall täcka det behovet. Tyvärr har landstingen gamla försyndelser vad gäller utbildningsåtagandet, som vi får sona genom en hårdare arbetsbörda. Men så är förhållandena i hela landet.

Att listning sker hos läkare har flera orsaker. Familjeläkaren måste ta det medicinska ansvaret i primärvården. Familjeläkaren är den som har den högsta medicinska kompetensen och största bredden i teamet och som måste ansvara för att problem utreds och handläggs på rätt nivå. Familjeläkaren är mest lämpad att samordna olika specialmedicinska insatser runt patienten. Rätten till listning hos en generalist med hög medicinsk kompetens (allmänmedicinaren) är också lagstadgad.

Mot listning har framförts att den skulle leda till minskat kollegialt samarbete, till bundenhet gentemot patienter och till minskad rörlighet för familjeläkaren. Dessa farhågor har inte infriats när systemet efter en viss tid har »satt sig«. Det interkollegiala samarbetet är gott.

Protosförslaget

Protosförslaget åtföljs av flera genomtänkta förslag på tilläggsuppdrag som skulle öka samarbetet med andra aktörer, både inom och utom primärvården. Att dessa uppdrag prissätts möjliggör just en frihet att även kunna ta andra uppdrag än enbart mottagningsarbete.

Att förslaget huvudsakligen handlar om läkarinsatser är väl inget att förvåna sig över, eftersom det är läkarnas intresseorganisationer som står bakom Protos.

Naturligtvis måste läkarinsatserna i praktiken kompletteras. Det finns all anledning för beställaren att ge förutsättningar för väl fungerande teamarbete. Detta har med innehållet i uppdraget att göra, inte med privat eller offentligt organisation.

En modell är bättre än ett tjog experiment

Protosgruppens förslag är bra som en bas att diskutera vidare från. En enhetlig och genomtänkt organisatorisk modell är bättre än ett tjog olika, mer eller mindre väl grundade experiment. Västmanland har landets mest beprövade listnings- och kapiteringssystem med lika villkor för olika driftsformer.

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.

Referenser

1. Sprengel V. Nytt program för familjeläkarna i Västmanland. <http://www.fammi.se>
2. Nilsson B. Familjeläkarsystemet i Västmanland. *Allmänmedicin* 6/1999. p. 198-9.
3. Nilsson B. Familjeläkarmottagningen i Kolbäck. <http://www.fammi.se>
4. Familjeläkarprogram. <http://www.ltvastmanland.se>