

Protosförslaget genomtänkt men lokal förankring krävs

I stort är Protosgruppens förslag till familjeläkarmodell genomtänkt. Det krävs dock en omfattande diskussion och, kanske framför allt, en genuin lokal förankring, anpassning, innan den kan omsättas i praktiken, anser Lars Arne Söderberg.

LARS ARNE SÖDERBERG
distriktsläkare, Äldhems vårdcentral,
Umeå; styrelseledamot i Västerbottens
läns läkareförening
larsarne.soderberg.us@vll.se

II Protosgruppens utkast till familjeläkarorganisation spänner över ett brett fält, däri ligger allmänmedicinens utmaning och potentiella dilemma. Att definiera primärvårdens åtagande är förvisso av fundamental betydelse, lika viktigt är att anpassa uppdraget efter förutsättningarna. Grundproblemet för primärvården i Sverige har under de senaste åren varit av kapacitetskaraktär – det råder en klar underdimensionering.

Förslaget – fritt val

En grundtes är att varje medborgare ska lista sig hos en familjeläkare. Denna strategi, den aktiva listningen, har hos en del kolleger mötts med tvivel. Den medförde i samband med Husläkarreformen, som konsekvens av skiftande listningsutfall och därmed varierande arbetsbelastning, en tendens till splittring.

Att ett fördelningssystem är nödvändigt är dock helt klart och kan enklast lösas genom passiv listning, där flera modeller är tänkbara: geografisk, »födelse-talsmodell« etc. Dessa modeller utesluter på intet sätt det fria valet. Det visar sig dock, erfarenhetsmässigt, att de flesta gärna går kvar hos den »tilldelade« doktorn – den aktiva listningen blir i praktiken marginell.

Enligt Protosutkastet ska distriktsläkarens åtagande gälla alla årets dagar – denna skrivning är väl tuff, kan ge en känsla av livegenskap, även om grundtanken, totalansvar, är god. Indirekt blir detta en arbetsmiljöfråga – är man ledig från arbetet ska det vara utan förbehåll, arbetet ska givetvis helt kunna läggas åt sidan. Ansvarsfördelningar vid t ex ledighet måste lösas kollektivt, ur ett, för enheten, helhetsperspektiv.

Samverkan

I Protosförslaget betonas vikten av samsyn mellan primärvård och sjukhusspecialiteter, i högsta grad väsentligt.

Allmänläkarkonsulter finns redan

och utgör ett betydelsefullt arbete inom ramen för detta samsynsmål. Mycket talar för, vilket man i förslaget också pläderar för, att antalet »specialistkonsulter« kommer att öka inom primärvården, kanske inom ramen för s k närsjukvård. Denna strategi borde ha en positiv potential.

»Utlökalisering« av sjukhusspecialister får emellertid inte medföra att man tappar fokus på det stora behovet av distriktsläkarförstärkning nationellt, inte heller att denna decentralisering av sjukhusspecialister finansieras med medel från nationella hälsovårdsplanen (NHP). Att, som framkastas i utkastet, distriktsläkaren aktivt ska delta i utredningsarbetet på sjukhuskliniken känns tveksamt; låt oss först definiera, mäta med, det egna uppdraget!

Prioriteringar

I förslaget betonas tesen vård efter behov – mycket viktig grundprincip, som våra sjukvårdspolitiker dock haft svårt att acceptera. Vi har, inom ramen för t ex 8-dagarsregeln, parallellt tvingats arbeta med potentiellt kolliderande strategier. Våra politiker hävdar å ena sidan att vi aktivt ska arbeta med medicinska prioriteringar, dessa ska lägga grunden för vårt arbete – gott och väl. Å andra sidan ska vi, inom ramen för 8-dagarsregeln, ge samma tillgänglighet för alla, oavsett medicinsk indikation. Här krävs förtydliganden – dessa finns i utkastet, saknas från politikerhåll. Som läkare vill man självklart helst enbart ha de medicinska prioriteringarna som bärande grundtanke. Läkarförbundets VD Lars Andåker ser (enligt intervju i Distriktsläkaren 8/2002) ingen tänkbar konflikt i ovan nämnda. Jag vet inte om jag håller med.

Budget

Förslaget pläderar för en 50/50-strategi avseende kapitering/åtgärdsersättning. Troligen gynnas helhetstanken av kapiteringsmodell, under förutsättning av jämn arbetsfördelning enligt ovan. Åtgärdsersättning kan på individplanet utgöra en »morot«, dock med viss risk att motverka denna tanke.

Avsnittet Sjukvård är i stort bra.

Dock finns ingen anledning att binda upp med obligatorier avseende listningsprinciper – t ex visavi särskilda boenden. Listning av hela familjer hos samma läkare behöver inte heller med automatik vara optimal norm, vilket somliga förfäktar.

Under avsnittet Rehabilitering är det mycket positivt att man hänvisar arbetsrelaterad rehabilitering till arbetsgivare/företagshälsovård. Detta förutsätter dock en utbyggnad av den senare med klart fastställda och fullständiga rehabiliteringsåtaganden, vilket inte är fallet idag. Följden är, som nog de flesta erfarit, att rehabiliteringsfall hänvisas till primärvården, som torde ha sämre förutsättningar än en fungerande FHV att handlägga detta. Detta förhållande är paradoxalt och tyvärr bristfälligt betonat i den nationella satsning som nu är inledd avseende långtidssjukskrivningar/rehabilitering [1].

Listning

Under avsnittet om listningsprinciper, som delvis avhandlats ovan, kan man fundera över hur det fria vårdval som nationellt infördes den 1 januari 2003 kommer att interferera med principen om listning i det geografiska närområdet. Det närmaste året lär ge indikationer om detta. Att listning och listningsregister skulle skötas nationellt, t ex via Riksförsäkringsverket, låter som en administrativ utmaning av svåröverskådlig dimension, i värsta fall ett Sisysoforarbete.

Läkemedel

När det gäller läkemedelskostnader har strategin på senare år ju inneburit en decentralisering av budgetansvaret, bl a för att uppnå en större kostnadsmedvetenhet. Denna strategi verkar i förslaget ha förkastats. Någon alternativ strategi beskrivs dock inte avseende denna kraftigt kostnadsdrivande sektor.

I stort är Protosgruppens förslag till familjeläkarmodell genomtänkt. Det krävs dock en omfattande diskussion och, kanske framför allt, en genuin lokal förankring, anpassning, innan den kan omsättas i praktiken.

Referens

1. Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att minska sjukfrånvaron. Finansdepartementet, Socialdepartementet, Näringsdepartementet, Ds 2003:63.