

Framtidens närsjukvård uppdelad i primär, specialiserad och samverkan

Läkarförbundet föreslår en närsjukvårdsmodell som på bästa sätt ska uppfylla målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård, baserad på hög professionell kompetens.

Den öppna remissrundan där, förutom delföreningarna, även enskilda medlemmar kan tycka till, inleddes i slutet av förra veckan. På aprilmötet räknar Centralstyrelsen, CS, med att kunna fastställa det sjukvårdspolitiska programmet, som också ska debatteras i samband med Almedalsveckan.

Förslaget om Framtidens närsjukvård är en vidareutveckling av de tankar och idé-

er som presenterades i Framtidens sjukvård från 2004.

– En av de viktigaste sakerna är att vi introducerar delvis nya begrepp för närsjukvården, förklarar Thomas Flodin, ledamot i CS och ordförande i den förtroendemannagrupp som tagit fram förslaget.

Närsjukvården definieras som vård nära patienten som inte kräver sjukhusvårdens särskilda resurser. Denna delas enligt förslaget in i tre delar; primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.

Den primära närsjukvården består av vård i boendet och familjeläkarvården. Den specialiserade närsjukvården be-

driver sjukvård som inte kan klaras av inom den primära närsjukvården, men som inte heller kräver de fullt utrustade sjukhusens resurser.

Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även närsjukhus. Samverkansvård är vård av de personer som erbjuds hälso- och sjukvård av kommunen, det vill säga äldre och funktionshindrade i särskilda och ordinära boendeformer.

– Att hitta lösningar som höjer både kapaciteten och kvaliteten i den nära sjukvården framstår som vår kanske mest angelägna sjukvårdspolitiska fråga framöver. I fram-

tiden kommer alla typer av specialister att ha en mycket större roll utanför de traditionella sjukhusen, säger Thomas Flodin.

Bristen på samverkan mellan olika vårdsektorer i nuläget, och det faktum att många patienter inte får sina vårdbehov tillgodosedda, visar tydligt på behovet av förändringar av sjukvårdens styrning och struktur, konstaterar Läkarförbundet.

Förslaget, som antogs av CS i onsdags, kräver vissa regeländringar i Hälso- och sjukvårdslagen för att kunna genomföras.

Amelie Cardell

amelie.cardell@lakartidningen.se

Primärvårdsmodell i Halland ska minska

En ny primärvårdsmodell planeras i Halland. En vårdpeng följer hallänningarna, som ska lista sig hos en »vårdenhet« – inte hos en läkare.

Halland är först i landet med den här typen av listning, som man tror bättre ska nå målen: en god hälsa, nöjda invånare, god vård, stark ekonomi och engagerade medarbetare.

– Vi vill rigga något inför morgondagen. Vi tror att vi är lite pionjärer, säger landstingsstyrelsens ordförande

Mats Eriksson (m).

Förslaget som har bred politisk förankring har »bara positiva tillrop från vården«, enligt Mats Eriksson.

– Vi vill understödja en utveckling mot mer öppenvård och bättre tillvarata olika kompetenser som arbetsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Man listar sig inte hos en läkare, utan hos en vårdenhet, för att inte få den stora läkarfixering som vi kanske haft.

Systemet ska införas den 1

januari 2007 under förutsättning att beslut fattas i landstinget i april.

Modellen bygger på konkurrens, fritt val av vårdenhet och en vårdpeng som följer varje invånare. Den som inte aktivt listar sig blir passivt listad. Pengen, som viktas för invånarens ålder, ska täcka all vård som rör invånaren utanför sjukhusen, oavsett hur många eller få besök patienten gör eller vem han/hon träffar. Vårdenheten får själva forma sin arbetsstyrkas stor-

lek och sammansättning av kompetenser. Det kan se olika ut. Vårdenheten kan också välja att köpa tjänster.

Om invånarna besöker en annan primärvårdsenhet, en privat specialist eller får primärvård i annat landsting, så betalar den vårdenhet där personen är listad för besöket.

Och om vårdenhetens listade invånare i högre grad besöker sjukhuset med sina öppenvårdsproblem minskas vårdenhetens ersättning.

– Vi vill att 80 procent av

»Stor risk att svaga grupper missgynnas«

Lars Larsson, tills nyligen chef för Håstens vårdcentral i Varberg, har sagt upp sig som en protest mot den planerade primärvårdsmodellen.

– Det är ett experiment som kommer att falla dåligt ut. Det är risk för att man slår sönder en fungerande organisation. Jag vill inte ta ansvar för detta, säger Lars Larsson.

Risken är stor att svaga grupper missgynnas genom att den vårdenhet som inte prioriterar den patient som skriker högst förlorar pengar, hävdar han. Det lagliga kravet på prioriteringar efter behov riskerar att komma i skymundan.

– Det blir mer efterfrågestyrt än behovsstyrt. Prioriteringsfunktionen förändras när det blir penningstyrt.

Att skapa en konkurrenssituation mellan vårdcentraler har tidigare visat sig leda till problem, anser han och hänvisar till problem i primärvår-

den i Västmanland och Göteborg. Man ska inte föra in managementidéer där de inte hör hemma, anser han och hänvisar bland annat till företagsekonomen Gudbjörg Erlingsdottir. I sin avhandling från 1999 varnar hon för managementtänkandet och för att värdera vården utifrån dokument och siffror som inte förmår spegla komplexiteten, se LT nr 8/ 2000.

– I förslaget ligger underförstått en tanke om att vi inte jobbar maximalt. Men det är stor skillnad mellan att producera manicker och att jobba med människor. Man kan inte göra ett läkarbesök hur kort som helst, säger Lars Larsson.

Hans förklaring till att förslaget tagits fram är att politiker och tjänstemän »inte förstår vårdens själ och hjärta«.

Han säger att han har talat med ett 30-tal distriktsläkare och inte träffat på en enda som tycker förslaget är bra.

– Men många orkar inte protestera. De har tappat illusionerna. Jag har fortfarande en passion och accepterar inte vilka tokidéer som helst. Då får man ta sin Mats ur skolan, om man inte kan påverka.

Elisabet Ohlin



Lars Larsson gjorde nyligen sin sista dag som chef för Håstens vårdcentral i Varberg. Han vill inte vara ansvarig när den nya primärvårdsmodellen införs i Halland nästa år.

Dick Gillberg/Hallands Nyheter

»Jag har fortfarande en passion och accepterar inte vilka tokidéer som helst.«

»läkarfixering«

öppenvårdsbesöken sker i öppenvården, säger Mats Eriksson.

Den bästa »affären« gör vårdenheten alltså på friska invånare som inte alls besöker vårdenheten och inte heller går någon annanstans.

En vårdenhet ska därför inte kunna välja bort invånare som vill lista sig. Listorna har inget tak. Blir listan för stor får enheten istället expandera.

Alla vårdenheter, privata som landstingsdrivna, ska ersättas likadant. Det blir ett sätt att komma ifrån de ekonomiska skillnader mellan vårdcentraler, hoppas landstinget, vars primärvård idag rymmer minst sex olika ersättnings-system. Dessutom har vissa tidigare upphandlingar stört kontinuiteten och skapat »dålig stämning«, enligt Mats Eriksson. Med modellen ska det inte gå att konkurrera med lågt pris i en upphandling.

Mats Eriksson hoppas att formella krav på upphandlingar enligt Lagen om offent-

»Vi vill understödja en utveckling mot mer öppenvård och bättre tillvarata olika kompetenser...«

lig upphandling ska kunna undvikas.

– Jag tror inte vi ska bli skyldiga att upphandla, men skulle någon överklaga får vi se det då.

Istället för att konkurrera med pris ska vårdenheterna konkurrera om invånarna med kvalitet.

För att få ersättning måste vårdenheten först ackrediteras av landstinget enligt vissa grundläggande krav. Verksamheten ska sedan utvärderas efter mål som rör tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedelsförskrivning och hälsofrämjande arbete. Om målen inte uppfylls ska ersättningen minska. Kvalitetsmålen ska följas upp flera gånger om året, enligt förslaget. Men till att börja med är det endast täckningsgraden, det vill säga i vilken grad invånarnas besök sker i öppenvården, som ska kunna påverka ersättningen. Uppföljningsmått till exempel för »medicinsk kvalitet« finns ännu inte.

– Vi saknar uppföljningsparametrar men det jobbar vi på. Vi ska lägga mer fokus på kvalitetsuppföljning än vi gjort tidigare, istället för att i detalj tala om hur vården ska utföras.

Enligt Mats Eriksson kan sådana parametrar till exem-



Foto: Anders Sällström/Yes Photo

Mats Eriksson (m), ordförande i landstingsstyrelsen i Halland, kallar sig och sina kolleger för »pionjärer«.

pel vara att vårdenheten följer vårdprogram eller att hälsofrämjande insatser görs.

Finns det en risk för sneda prioriteringar, till exempel att vårdenheterna av ekonomiska skäl prioriterar resursstarka invånare i kön och prioriterar ner eller säger nej till resurssvaga patienter med större medicinska behov?

– Nej, det tror jag inte. Det har varit ett större bekymmer idag att man säger nej än att man säger ja.

I Hallands primärvård är tillgängligheten dock inget stort problem, enligt Mats Eriksson.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Gillbergs vägran var tjänstefel

Hovrätten för Västra Sverige har fastställt den tingsrättsdom, se LT nr 28–29/05, som fällde professor Christopher Gillberg och rektorn för Göteborgs universitet, Gunnar Svedberg, för tjänstefel. De döms för att inte ha följt en tidigare kammarrättsdom som slog fast skyldigheten att lämna ut Gillbergs forskningsmaterial rörande ADHD/damp.

Fler allmänläkar-ST i Stockholm

Antalet ST-läkartjänster i Stockholms läns landsting ska öka med 11 procent under 2006, från 360 till 400. Närsjukvården ska utvecklas och behovet av specialister i allmänmedicin är stort, meddelar landstinget.

– Det är bra, men det är svårt att säga om det är tillräckligt, säger Caroline Asplund, Stockholms läkarförening.

SLF kritiskt mot buggningsförslag

Regeringen föreslår att polisen i vissa fall ska få använda hemlig rumsavlyssning. I undantagsfall ska även läkarmottagningar kunna avlyssnas.

– Vi är helt emot att man buggar läkare i patient-läkarrelationen, för patienten omfattas av sekretess, säger Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm.

I lagförslaget, som förra veckan lämnades på remiss till Lagrådet för granskning, är vissa platser helt undantagna från möjligheten till avlyssning. Det gäller advokatkontor, biktstolar och andra platser för självvård. Men på läkarmottagningar och massmedieredaktioner kan buggning undantagsvis komma i fråga.

Distinktionen är »märkelig«, anser Eva Nilsson Bågenholm. I Dagens Nyheter den 10 februari motiverade justitieminister Thomas Bodström skillnaden med att det är svårare att kontrollera läkare än att kontrollera präster och advokater. Läkaren kan till exempel vara utbildad utomlands. »Okunnigt« och dessutom »fördomsfullt« mot utlandsutbildade läkare, tycker Eva Nilsson Bågenholm.

– Läkaryrket är ett legitimitationsyrke. Då är man kontrollerad av staten. Det är vare sig advokater eller präster, säger hon. Lagen föreslås gälla på prov i tre år från och med den 1 juli 2006.

Elisabet Ohlin
(Se även ledare i detta nummer.)

DLF kritisk till delar av förslaget

Distriktsläkarföreningens ordförande Benny Ståhlberg är kritisk till att Hallandsförslaget inte innebär en personlig familjeläkare.

Han jämför Hallands-modellen med Läkarförbundets förslag till familjeläkarsystem, Protos.

– Att förslaget bygger på en kundvalsmodell utan upphandling och att det är lika

villkor oavsett driftsform är positivt. Men jämfört med Protos väljer man en vårdenhet, inte en läkare, medan vårt system bygger på en personlig familjeläkare och det saknas i förslaget.

Därför innebär förslaget att man endast »rundar« primärvårdens tillgänglighetsproblem, inte att man löser det, menar han.

Benny Ståhlberg anser ock-

så att vårdenhetens åtagande, vad som ska erbjudas medborgarna, är »luddigt« beskrivet i förslaget.

Att vårdpengen även ska täcka kostnader för läkemedel, laboratorieservice och röntgen är han också kritisk till. Sådant bör ersättas separat, anser han.

Elisabet Ohlin