

Efter Protos: Din egen läkare

Distriktsläkarföreningen konstaterar att det inte finns politiskt stöd för ett familjeläkar-system reglerat på nationell nivå. Ett modifierat program ska därför tas fram.

Det saknas politiskt stöd för ett nationell reglerat familjeläkar-system, enligt Läkarförbundets förslag, Protos, se <www.protos.se>.

Det enda politiska parti som vill ha en nationell reglering är folkpartiet. Därför funderar nu Distriktsläkarföreningen, DLF, på hur man ska gå vidare.

– Om man inte gör något så kommer Sverige inte att kunna bygga upp någon första linjens sjukvård med specialister i allmänmedicin, säger Benny Ståhlberg, ordförande i DLF.

DLFs styrelse har tagit fram

ett förslag som ska diskuteras på ett seminarium i slutet av den här veckan.

I förslaget sägs ingenting om på vilken nivå villkoren för allmänläkarna ska regleras, nationellt eller på landstingsnivå.

Förslaget, som fått namnet Din egen läkare, betonar att läkaren ska väljas av patienten och har i övrigt stora likheter med Protos.

Bland annat ska familjeläkar-systemet ha ett definierat uppdrag och bygga på listning, inte på upphandling. Listans storlek ska begränsas med hänsyn till arbetsmiljöaspekter och tilläggsuppdrag som mödravård.

Etableringen ska vara fri upp till den nivå där tillräcklig läkartäthet nåtts. Ersättnings-

systemet ska vara en blandning av kapitations- och prestationsersättning.

Förslaget ska ses som en komplettering av allmänläkardelen i Team Protos, den idéskiss som tagits fram inom Saco Vård, enligt Benny Ståhlberg. Där beskrivs även sjukgymnasters, kuratorers, arbetsterapeuters och psykologers roll i primärvården.

I seminariet deltar förutom företrädare för DLF även förbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm, Sjukhusläkarföreningens vice ordförande Thomas Zilling samt företrädare för Privatläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

NÅGRA FRÅGOR TILL ...

Andreas Hvarfner om mobila intensivvårdsteam

Andreas Hvarfner är överläkare i anestesi och intensivvård och projektledare för MIG-projektet vid Universitetssjukhuset i Lund. MIG står för mobil intensivvårdsgrupp och innebär ökat samarbete mellan intensivvården och andra avdelningar. Se artiklar på s 3594 och 3613.

Hur vanligt är det med mobila intensivvårdsteam i Sverige?

– Jag kan tänka mig att ett tiotal sjukhus har det i någon form och många andra är i startgroparna.

Finns det även på små sjukhus?

– Ja, och även på sjukhus utan intensivvård, till exempel i Ängelholm. Där tillämpar de delar av konceptet för att kunna skicka patienter till Helsingborg i god tid.

Antalet hjärtstoppslarm per månad på den medicinska akutvårdsavdelningen i Lund har halverats. Hur då?

– I en del fall kan vi intervjua tidigare. I andra fall, innan hjärtstoppet blir ett faktum, hinner vi ta ställning till om patienten över huvud taget är aktuell

för hjärt- och lungräddning eller intensivvård.

Projektet har bidragit till bättre arbetsmiljö på er medicinska akutvårdsavdelning. Hur då?

– Det blir tydligare för sjuksköterskorna när intensivvården ska kontaktas och de har en möjlighet att själva göra det, samtidigt som de kontaktar sin läkare. Tidigare kontaktade de först sin läkare som fick ta ställning till kontakt med oss. På detta sätt kan vi korta ledtiden. Det känns tryggt för sjuksköterskorna att kunna ta direktkontakt med oss.

Är mobila intensivvårdsteam en effekt av bristen på intensivvårdsplatser eller behövs teamen ändå?

– De behövs ändå. Alla patienter behöver prövas på ett likartat sätt.

Sedan jag började med intensivvård har jag fascinerats av vad det är som gör att kolleger tar kontakt med intensivvården. Det förefaller väldigt nyckfullt. Somliga tar tidig kontakt, andra alltför sen. Det innebär att Agda med lunginflammation i ena fallet kan

tillfriskna på intensivvården, i andra fall att hon i tysthet avlider på avdelningen eller alltför sent och med buller och bång kommer till intensivvården.



Andreas Hvarfner

I oktober ordnade ni ett nationellt möte i Tylösand för mobila intensivvårdsteam. Vad hände då?

– Bland annat lyssnade vi på Michael DeVita från universitetssjukhuset i Pittsburgh, Nordamerikas intensivvårdsmecka. Där följs alla dödsfall upp systematiskt av sjukhusets patientsäkerhetskontor. Det har lett till att man ökat nattbemanningen där eftersom risken att dö visat sig större då. MIG handlar också om att återföra kompetens till organisationen.

Elisabet Ohlin

Företagshälsovård ett nav i framtida sjukskrivningsprocess

En utbyggd företagshälsovård ska vara navet i sjukskrivningsprocessen. Det föreslår Socialförsäkringsutredningen i sitt slutbetänkande 9 november. Förslaget förutsätter att företagshälsovården får bedriva ren sjukvård. För anställda blir företagshälsovården den sjukskrivande instansen. Företagshälsovården övertar i praktiken då också primärvårdsansvaret för dem.

Genom nära kontakt med arbetsplatsen kan sjukskrivning ske mindre byråkratiskt och sjukintygen i nuvarande form kan slopas, enligt utredningen. Om någon annan läkare vill sjukskriva en anställd får denna läkare vända sig till företagshälsovården.

Den nya företagshälsovården ska växa fram gradvis genom avtal mellan arbetsmarknadens parter, är tanken.

Förslaget ska »minska behovet av den komplicerade samordning mellan arbetsgivare, försäkringskassa och sjukvård som ligger bakom mycket av dagens misslyckanden«.

– Frågorna om sjukskrivning måste hanteras så nära arbetsplatserna som möjligt. Det är bara där som problemen kan upptäckas och hanteras i tid. De enda som kan klara detta är arbetsmarknadens parter men då behöver de också nya verktyg. En stark företagshälsovård skulle kunna bli ett sådant verktyg, enligt utredaren Anna Hedborg. Utredningen föreslår också att sjukförsäkringen ska vara självständig; avgifterna ska täcka utgifterna.

Den ska ha en tydlig tidsgräns på maximalt ett års sjukskrivning för att bryta »väntans kultur«.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan håller på att ta fram ett nationellt beslutsstöd i form av sjukskrivningsriktlinjer. Sådana kan ge sjukskrivningsprocessen mer stadga, tror utredningen. På s 97 i betänkandet har utredningen jämfört tider som förväntas för olika diagnosgrupper enligt det amerikanska verktyget Medical Disability Advisor med svenska sjukskrivningstider. De svenska mediantiderna är »dramatiskt längre« enligt utredningen.

Läs hela betänkandet Mera försäkring och mera arbete SOU 2006:86 på <www.sou.gov.se/> socialforsakring •