

PRIMÄRVÅRDSJOUREN

Primärvårdens ansvar för befolkningen var dygnet om, året om. Jourcentralen i Alingsås var lösningen med delat bemanningsansvar för Mittenälvsborgs distriktsläkare. Parallellt hade lasarettet dygnet-om-jour för medicin och kirurgfall. Patienterna sökte av och till på ”fel vårdnivå” och det blev en hel del bollande mellan enheterna vilket inte var till patienternas fördel. Nattetid var utnyttjandet lågt både på jourcentral och lasarettssakut, vilket kostade mer än det smakade. Diskussion fördes också fortlöpande mellan primärvård och lasarett för att finna lösningar på problemen. Jourcentralen utnyttjades också som komplettering av den akuta dagverksamheten, oftast av närbefolkningen. Lerums läkare var irriterade på detta då de på detta sätt också fick sköta andra distrikts patienter. Kontinuitet och kvalitet blev lägre vid sådana besök.

Jourhistorik

Fram till 1970 delade distriktsläkarna jourtjänsten inom relativt små områden med en eller två kommuner. Ett av dessa var Lerum och Stora Lundby dåvarande kommuner med tre distriktsläkare i jourkedjan. Läkarna var i beredskap i hemmet. Man gjorde ofta hembesök. Många problem löstes dock genom ställningstagande och rådgivning per telefon.

Reglerade arbetstid på 42,5 timmar och kompensationsersättning för övertid infördes för läkarna 1969. Men man förutsatte dock att läkarnas sjukvårdsprestationer skulle bibehållas oförändrade. Det var uppenbart att så inte skulle kunna ske då arbetstiden för de flesta provinsialläkare sedan länge hade varit närmare 60 timmar per vecka inklusive jourtjänst. Med det fåtal distriktsläkare som då fanns skulle allt för stor del av deras tid måst läggas på jourtjänst om man behållit en starkt decentraliserad jourorganisation. Då arbetstiden också schemalades, och provinsialläkarna fick ”kontorstid” innebar det att jourtjänsten fick centraliseras till ”Jourcentraler”.

Jourcentralen för Mellanälvsborg startade 1970-09-01 och förlades till en nyöppnad vårdcentral på Södra Ringgatan invid lasarettet i Alingsås. Deltagande i jouren vid Jourcentralen var allmänläkarna i Alingsås, Herrljunga, Lerum och Vårgårda kommuner. Jourcentralen var öppen vardagar kl. 17-08 samt lördag och söndag kl. 08-08. Eftersom jourtjänsten låg utanför den reglerade arbetstiden fick läkarna ”jourkompensationsersättning”, som antingen kunde tas ut i pengar eller i ledig tid. För det mesta valde läkarna att ta ut ledig tid. Allt detta tillsammans gjorde att funktionellt minskade läkartiden/läkartjänsterna med i det närmaste 50%. Köerna till mottagningarna ökade och i Lerum upplevde vi och patienterna kaos med dålig tillgänglighet till de dittills helt köfria provinsialläkarmottagningarna. Detta var orsaken till vad vi kom att kalla lerumsmodellen, ett sätt att lösa bl.a. tillgänglighetsproblematiken till mottagningen. Om detta berättas på annat ställe.

Under helgerna anställdes under många år som regel jourvikarier för att minska jourkompensationsuttaget under arbetsdagarna för distriktsläkarna. Jourvikarierna var prestationsersatta.

Verksamheten vid jourcentralen bedrevs oförändrad fram till 1980. Då tog distriktsläkarna själva över merparten av jourtjänsten tillsammans med AT- och FV-underläkarna som då regelbundet tjänstgjorde i primärvården.

Primärjouren kompletterades också med ordinarie distriktsläkare i beredskap i hemmet dag- och kvällstid. Jourhavande läkare gick över till kirurgkliniken akutmottagning efter kl. 23. Ett jourrum för läkaren ordnades på lasarettet. Orsaken till att primärvårdsläkare nattetid fick tjänstgöra på lasarettet var dels att få närmare kontakt mellan olika läkarkategorier dels att sjuksköterskan på jourcentralen inte skulle behöva arbeta ensam under natten.

1984 beslutade den dåvarande ledningen - Direktionen för södra sjukvårdsdistriktet - att lasarettets i Alingsås läkare skulle ta över hela primärjouransvaret nattetid. Jouren kompletterades med en ordinarie distriktsläkare med beredskapsjour i hemmet under natten. Vid behov kunde primärvårdens bakjour kontaktas av lasarettsjouren för hembesök och liknande. En undersköterska förstärkte hjälppersonalen på primärvårdens bekostnad. Efter utvärdering av organisationsändringen fann man att besparingar gjorts på i runt tal en distriktsläkartjänst.

Södra distriktets sjukvårdsdirektion beslöt att permanenta samjouren enligt denna modell from 1985-04-01.

Jourverksamheten sågs över 1987. Resultatet av översynen blev en politisk överenskommelse mellan primärvårdsnämnderna i Alingsås och Lerum och Södra länssjukvårdsnämnden att under 1988 starta en provisorisk akutvårdcentral (AVC) i kirurgmottagningens befintliga lokaler. På grund av personalens kraftiga reaktioner mot beslutet fullföljdes inte projektet. Istället återgick under hösten 1988 primärvården till jourtjänst nattetid på lasarettsläkarnas begäran. Beslut härom togs i Alingsås-Vårgårda-Herrljunga Primärvårdsnämnd 1988-11-14 (D:nr 151, § 84). Något liknande togs ej i Lerums Primärvårdsnämnd. Istället gjorde man ett försök med längre öppethållande på vårdcentralerna i Lerum. Detta med tanke på de mål som angivits för primärvårdens service i Älvsborg som angav att man borde sträva till förlängt öppethållande av vårdcentralerna. Försöksverksamheten med kvällsöppet på Lerums Vårdcentral påbörjades 87 02 16. Vårdcentralen var öppen måndag tom torsdag 17.00 - 19.00. Under dessa timmar sökte få patienter från Lerums kommun jourcentralen i Alingsås. Primärvårdsnämnden tog beslut att försöksverksamhet med kvällsmottagning i Lerum skulle pågå till 88-03-31 i avvaktan på resultatet av en jourutredning som tillsattes för att ge förslag till effektiv jourorganisation..

Jourutredningen 1988

Utredningen beskrivs här ganska detaljerat p.g.a. att diskussionen om akutvård och jourverksamhet i Mittenälvsborg fortgår fortfarande år 2006. Det kan kanske vara av värde att se i backspeglarna hur diskussionen gick. Tanken på decentralisering fanns jämfört med den under 1990-talet ökande centraliseringen och minskade akutvårdsservicen på obekvämtid både i primärvård och vid lasarettet i Alingsås.

Primärvårdsnämnden i Lerum beslöt 1988-05-30 att uppdraga åt Primärvårdschefen att skyndsamt låta utreda möjligheten att anordna en jourcentral i Lerum måndag-fredag kl. 17.00-23.00 och ev. helger i kombination med den kvällsöppna vårdcentralen. Primärvårdschefen utvidgade uppdraget till att gälla även natten. Uppdraget innebar således att förutsättningslöst finna alternativa förslag till en jourverksamhet för primärvården i Lerum

I uppdraget angavs målet att kommunens innevånare inte skulle behöva söka vård i Alingsås utan erbjudas sådan i Lerum dygnet om. Undantag gäller givetvis akuta sjukhusfall.

En arbetsgrupp tillsattes enligt landstingets MBA för att utarbeta förslag till jourorganisation. Förslaget skall också beskriva de ekonomiska konsekvenserna av en ev. omorganisation.

Till arbetsgivarrepresentanter utsågs: Bengt Dahlin, ordförande, distriktsöverläkare, Gunnar Hedelin, betjäningssområdeschef och Kerstin von Sydow, ekonomichef

Arbetsstagarrepresentanter blev: Holger Källqvist, SACO, Ella Carlsson, SKAF, Ruth Carlbom, SKTF och Ulla Blomberg, SHSTF

Arbetsgruppen överlämnar enligt uppdraget en rapport som utmynnade i förslag till åtgärder att effektivisera jouren och allmänläkarverksamheten i Lerums primärvårdsdistrikt. Här några avsnitt ur rapporten som belyser verksamheten i Lerums primärvårdsområde vid denna tid.

Upplevda problem

Kvällsmottagningen i Lerum upplevdes ineffektiv av läkarna i Floda och Gråbo. Det tog restid att infinna sig där. Av olika skäl ansågs det egna områdets befolkning missgynnad. Merkostnaden per patient var cirka 90 kronor.

Under vardagskvällarna användes Jourcentralen i Alingsås i hög utsträckning som kvällsmottagning av Alingsåsborna. Många sökte för problem som det inte finns resurser att utreda på jourcentralen. Vården kunde inte bli kvalitativt acceptabel när jourcentralen användes för patienter som ej är avsedda att skötas där. Kontinuiteten blev också miserabel för många av dess patienter. Lerumsläkarna kände det allt mer olustigt att tjänstgöra med denna inriktning av jourverksamheten.

Den då återinförda natttjänstgöringen på lasarettet i Alingsås upplevdes mindre positivt mot bakgrund till det tidigare politikerbeslutet att spara en distriktsläkartjänst genom att låta lasarettssjukvården sköta hela primärvården nattetid som ej accepterades av lasarettsläkarna.

Distriktsläkarna ansåg sig inte heller på lasarettet få tillgång till de resurser man behövde för de fall man hade att handlägga.

Alingsås primärvård hade från länssjukvården tagit över flera sjukhem varav några centrala sjukhemsavdelningar. Dessa kom att fördrå en stor insats under jourtiden - speciellt lördag och söndag. Lerumsläkarna fick del av denna merbelastning utan motsvarande kompensation i resurser.

Belastningen på lördag- och söndagsjouren var sedan länge stor Den motsvarade halva besöksantalet under en vecka. Med fler sjukhem och hemsjukvårdsfall kom belastningen att öka än mer. Speciellt under lördagar gav den ökande belastningen på jourcentralen upphov till köer och inte sällan långa väntetider vilket gjorde att läkarbemanningen måste fördubblas viss tid på dagen.

Inom Lerums primärvård har antalet hemsjukvårdsfall kraftigt ökat sedan sedan 1986. Cirka 120 patienter vårdades i hemmen. Med tiden hade allt svårare sjuka patienter överförts från lasarettet till hemmen. Distriktssköterskan konsulterade vid behov jourhavande läkare i Alingsås utom då vårdcentralerna i Lerum var öppna, d.v.s. kvällar efter kl. 19 till påföljande morgon kl. 08 samt lördagar, söndagar och helger. På lördag och söndag var distriktssköterskorna arbetsbelastning stor liksom jourcentralens. Man hade inte några speciella önskemål om jourläkare stationerade i Lerums kommun men hade inget emot om det fanns tillgång till en läkare i Lerum några timmar under lördag och söndag. Bengt-Ivar Nöjd, som var sjukhemsläkare, ställde ofta upp på obekvämtid, utan särskilt formellt ansvar, om han hade möjlighet till det.

Lerumsläkarna upplevde också ökande sociala problem med belastning på obekvämtid. Förutom jourtjänsten hade kvällsmottagningar tillkommit. Dessutom var en dag i veckan schemalagd till kl. 19 för intern konferens och utbildning. Då man den 1 december 1988 återinförde den aktiva jourtjänsten nattetid på lasarettet i Alingsås ökade pressen arbetsmässigt och socialt på läkarna.

Arbete på obekvämtid ansågs vara en faktor som bidrog till avhopp från distriktsläkartjänsterna. En alltför stor jourbörda minskade rekryteringen till allmänläkarblocken och till vakanta distriktsläkartjänster. Distriktsläkartjänsterna i Göteborg, som man närmast konkurrerade med i rekryteringshänseende, var befriade från kvälls- och bakjour.

Distriktsläkarna i Lerum pekade i en skrivelse till ledningen på vikten av att deras arbetsbelastning inte ökades totalt sett och speciellt inte på obekvämtid. (D:nr 25/88).

Alltmer arbetsuppgifter lades på distriktsläkarna. Någon kompensation i form av fler tjänster hade man inte fått trots att bemanningen relativt sett var låg. En allmänt erkänd bemanningsnorm var då 2000 innevånare per specialistkompetent allmänläkare. Lerum hade 1 allmänläkare per 3000 innevånare. Jämfört med landstingets övriga primärvårdsdistrikt låg Lerum just då sämst till vad gällde tjänstetilldelning för allmänläkare. Sedan antalet distriktsläkartjänster bestämts av landstingsledningen hade Lerums invånare ökat med 2.500 personer Ytterligare fyra ordinarie allmänläkartjänster ansågs behövas för behovstäckning.

Besöksdata vid Jourcentralen i Alingsås

Läkarbesöken vid Jourcentralen i Alingsås var

1979	11.344
1987	10.844
1988	14.482

Kommentar: En markant ökning av besökssiffrorna noterades under 1988. Orsaken var att Jourcentralen fungerat som kvällsmottagning och avlastning för vårdcentralerna i Alingsås, Vårgårda som haft dålig läkarbemannning.

I jourutredningen fanns besöksstatistik registrerades i liggare dels vid Jourcentralen i Alingsås under kvällstid vardagar 17-23 dels lördag och söndag 08-23 dels vid akutmottagningen på Lasarettet i Alingsås för tiden 23-08.

Sammanställningar gjordes ur denna registrering under tiden 1987-07-01 till 1988-06-30.

Sammanfattningsvis var det få patientbesök vardagsnätter från Lerum, i medeltal cirka 3st, +-3st, under samtliga vardagsnätter 15 st., +- 6 st..

Motsvarande siffror var för Alingsås, Vårgårda, Herrljunga enstaka vardagsnätter 18 patienter, +- 6 och alla vardagsnätter 84, +- 19 st.

Kommentaren blev: På vardagskvällar sökte en stor majoritet av patienter från Alingsås vårdcentralers betjäningssområden. Det verkade vara litet behov av Jourcentralens tjänster för Lerums befolkning på vardagskvällar. Endast i snitt 15 patienter från Lerum sökte under veckans vardagskvällar Jourcentralen. Jämfört med vardagskvällar fanns på helgerna större behov av jourinsatser. 28 % av Jourcentralens besök var då från Lerum (jmf befolkningsandelen 38%). När på helgdynen Lerumsborna besökte jourcentralen gick ej att utläsa ur registreringarna. Den subjektiva bedömning var att de cirka 18 patienterna från Lerum spreds tämligen jämt mellan klockan 08 och 23.

Lasarettbesöken nattetid 1 februari - 30 juni 1988 - en tid då lasarettsläkarna stått för jouden fredag och lördagsnätter. (medeltal med spridningar):

Hela veckan: öppenvårdsbesök lasarettet 42 patienter, Lerumsbor 6 st. Alingsås PVO 13 st.

Kommentar: Om man jämförde perioderna före och efter 1 februari 1988 fann man att

- Nattjouden på lasarettet besöktes av ytterst få Lerumsbor, 1-2 per natt.
- En total ökning hade skett av besökstalet med 8 patient besök/vecka (+-1),

Läkarnas jourinsatser

Läkarjouden delades på 24 ordinarie distriktsläkartjänster. Av dessa var 4 tjänster vakanta. Nio underläkare deltog också i jouden.

En läkare var primärjour, d.v.s. fanns alltid på Jourcentralen eller Lasarettets jourmottagning. Detta jourpass kunde vara en kväll och en natt eller ett helgdyn.

Dessutom var en läkare sekundärjour, vilket innebar att läkaren fanns i beredskap i bostaden för att rycka in/ut om det blev för lång väntan för patienterna på mottagningen eller om hembesök behövde göras. Jourpassen omfattade måndag - torsdag 17-08 eller fredag 17 till måndag 08.

Då en underläkare var primärjour var det alltid en ordinarie distriktsläkare som var sekundärjour. Jourlistor gjordes upp halvårsvis. Man kan konstatera att primärjournfördelningen överensstämde med befolkningsfördelningen i Lerum och Alingsås primärvårdsområde som hade förhållandet 38/62 % .

Vad kostade jouden

Jourcentralens kostnad för 1987 var (exklusive läkarinsatser):

	1987	1988
UTGIFTER		
Personal	1.320.000	1.321.000
Omkostnader	126.000	174.000
INTÄKTER	680.000	615.000
NETTOKOSTNAD	766.000	880.000

Jourcentralen hade för ovanstående kostnader ett eget kostnadsställe som administrerades genom Alingsås Primärvårdsdistrikt.

Kommentar: Intäkterna 1987 var höga i förhållande till 1988 med tanke på att besökstalen 1987 var 10.844 och 1988 14.482. En förklaring kan vara att intäkterna för 1987 även innehöll inkomster för utomlänspatienter med 66.762 kronor. Vidare hade obetalda räkningar för år 1986 uppbokats med cirka 45.000 kronor.

LÄKARKOSTNADER FÖR JOUREN

Kostnaderna för läkarnas jourtid belastar de enskilda vårdcentralerna. Jourinsatsen är i förhållande till vårdcentralens andelen av läkare i hela jourcentralens upptagningsområde. Lerums vårdcentralers kostnader är 36% av kostnaden för den totala jourläkarbemanningen - 5 tjänster eller 2.320.000 kronor – d.v.s. 835.000 kronor per år.

30% av jourtiden ersattes i pengar resten togs ut i ledig tid. Lerums primärvårdsbuget. belastades med 250.000 kronor för den jourkompensation som utbetalades i pengar.

Därtill kom för vårdcentralerna förlorade läkartimmar i ledighetsuttag motsvarande 1,3 tjänster.

Utredningens överväganden

Man beskrev 10 alternativ till jourorganisation, som låg till grund för en diskussion om möjligheterna att ge optimal service till befolkningen sett mot den dåvarande organisationen, de

problem som beskrevs, kostnaderna och de sociala och arbetsmässiga olägenheterna man åsamkade personalen med obekväma arbetstider.

I en skrivelse till Primärvårdsledningen 1988-09-29 undertecknad av sex ordinarie distriktsläkare sades:

"Med förvåning har vi noterat att jouravtalet rörande jourverksamheten i Alingsås ensidigt sagts upp (av lasarettet).

Trots detta har vi accepterat utökning av jourverksamheten omfattande samtliga nätter för primärvården eftersom vi är måna om bra samarbetsklimat med kollegor och annan personal i Alingsås.

Detta är inte liktydigt med att vi betraktar ökat jourarbete som en godtycklig fråga. Tvärtom anser vi att nuvarande öppethållande till kl. 19.00 i Lerum, utgör en påtaglig merbelastning jämfört med tidigare. Vi är därför ej beredda, med tanke på nuvarande arbetsbörda, att acceptera förlängning av kvälls- eller jourarbete i någon form, särskilt som vinsterna av detta totalt sett av oss bedöms som marginella."

Vid MBL-förhandlingar. Ärende: Läkariouren vid lasarettet i Alingsås, mellan Primärvårdschefen SACO/SR:s ombud den 30 september 1988 sade sig arbetstagarparten inte ha något att erinra enligt följande lydelse:

"Från SACO/SR:s synvinkel förutsätter man vidare, att den skrivelsen som bifogas skall ligga till grund för de fortsatta diskussionerna beträffande jourverksamhet, behov, belastning, arbetsförhållanden etc."

SERVICEASPEKTER

Först kan konstateras att primärvårdens service till Lerums befolkning upplevs mycket god enligt alla enkäter som gjorts under åren.

Jourcentralen i Alingsås har accepterats som en bra eller godtagbar lösning för läkarbesök på obekvämtid i de få fall man känner behov av läkarbesök då vårdcentralerna i Lerum ej är öppna.

Väntetiderna på Jourcentralen framför allt lördagar har ibland upplevts långa. I jämförelse med motsvarande mottagningar vid lasarettet och på s.k. cityakuter är dock väntetiderna rimliga.

En ökad läkartillgänglighet lördag och söndag önskades av stor del av befolkningen enligt enkätundersökning i samband med öppnandet av Lerums vårdcentral. Ett sådant alternativ skulle också förbättra väntan i väntrum vid Jourcentralen som är längst under f.a. lördagarna. Alt 8 och 9 speglar denna serviceökning.

Befolkningen i Lerum använder jourcentralens kvällsservice i tämligen ringa omfattning. En utökad kvällsjour i Lerum skulle betyda marginella servicevinster för befolkningen.

Lördag och söndag är besöken från Lerumsborna betydligt talrikare. En mottagning decentraliserad till Lerum några timmar under lördag och söndag skulle kunna innebära en betydande servicevinst för Lerumsborna. Man får dock räkna med att den s.k. närhetsfaktorn gör att en öppen mottagning i Lerum några timmar på lördag och söndag drar till sig betydligt fler Lerumsbor än de som annars skulle åkt till Jourcentralen i Alingsås.

Huruvida detta kan uttryckas som serviceökning råder delade meningar om. Frågan är om sjukvårdsbehov eller önskan om sjukvårdskonsumtion skall vara ledstjärna i serviceutbudet på obekvämtid.

Kvällsmottagningen i Lerum har av närhetsskäl upplevts mest positiv för Lerums betjäningssområde. För Gråbo och Floda är skillnaden tidsmässigt inte stor att åka till Lerum eller Alingsås. Läkarna i Gråbo och Floda måste däremot avsätta tid för resor till kvällsmottagningen i Lerum. Detta minskar effektiviteten i deras arbete.

En decentralisering av kvällsmottagningen till även Gråbo och Floda skulle innebära bättre service till befolkningen där d.v.s. halva befolkningen i primärvårdsdistriktet.

KVALITETSASPEKTER

Distriktssköterskorna arbetar under lördag och söndag dels i Lerum dels i betjäningssområdet Gråbo/Floda. P.g.a. att distriktsläkaren arbetar i Alingsås har man endast möjlighet till telefonkontakt med läkaren. I och med att ett ökande antal svårt sjuka vårdas i hemmet ökar behovet av läkarstöd i distriktssköterskearbetet.

En under lördag och söndag delvis aktivt arbetande och eventuellt sekundärjourhavande läkare i Lerum skulle innebära ökad kvalitet i vården med stöd av distriktssköterskornas arbete på mottagning och i hemsjukvården. En sådan kvalitetsvinst skulle man få med alt 8 eller 9.

KOSTNADSASPEKTER

All ökad service innebär ökade kostnader för verksamheten. Att omfördela läkartid från dagtid till mycket ineffektivt och dyrt arbete på obekvämtid i ett läge då vi har för få distriktsläkartjänster är föga kostnadsmedvetet.

Nya resurser måste skapas om servicen på obekvämtid skall genomföras. Den rimligaste servicenivån kostnadsmässigt innebär alternativ 5 med sekundärjourhavande läkare i Lerum och/eller alternativ 9 med öppen mottagning i Lerum några timmar lördag och söndag. Kombinationen av alt 5 och 9 motsvarar alternativ 8, d.v.s. med lerumsläkare i beredskap i hemmet under hela dygnet samt med några timmars mottagning lördag och söndag.

LÄKARPROBLEMATIK

Lerums primärvårdsområde har en relativt sett låg distriktsläkarbemanning.

Det anses allmänt att för de arbetsuppgifter som läggs på de ordinarie läkarna i Lerum fordras minst en distriktsläkare per 2000 invånare.

Distriktsläkaren i Lerum har många uppgifter som fordrar patient/läkarkontinuitet. De kroniskt sjuka och äldre är exempel bland mottagningspatienterna. Barnhälsovård, mödrahälsovård, skolhälsovård är andra typer av mottagningsarbete som fordrar hög kontinuitet. Samma gäller regelbundet samarbete med socialtjänsten, försäkringskassan och de olika lasarettsklinikerna.

Som uttrycks i ovan citerade brev upplever distriktsläkarna sin situation mycket pressad både vad gäller ansvaret för den verksamhet som man har att sköta effektivt dagtid samt för sin sociala situation p.g.a. mycket obekvämtid.

Samma upplevelse finns på många håll i riket. Detta har givit en mängd avhopp från distriktsläkarbanan både under utbildningen och när man arbetat en tid som specialist. Rekryteringen till distriktsläkartjänster och allmänläkarutbildningen har blivit påtagligt svår vilket vi nu också upplever vid Gråbo vårdcentral.

Lerums primärvårdsområde har haft förmånen att få behålla sina ordinarie läkare under lång tid. Flera av distriktsläkarna har kommit upp i åren då arbete på obekvämtid upplevs allt mer nedslitande. Fackligt finns krav på att läkare över 55 år inte skall behöva delta i primärjouren. Inom ej alltför avlägsen framtid faller huvudparten av de ordinarie läkarna för detta åldersstreck.

Det är av flera skäl oklokt att inte ta stor hänsyn till de signaler som kommer från de egna distriktsläkarna när man bedömer en rimlig servicenivå för befolkningen ställd mot den resursinsats servicen fordrar.

Med distriktsläkarna arbetande än mer på obekvämtid än nu utan tillskott av nya tjänster kommer den totala servicen till befolkningen också att minska. Det är under dagtid på den egna vårdcentralen som den ordinarie distriktsläkaren är mest effektiv. Patienten/befolkningen önskar i första hand att den egna läkaren finns på vårdcentralen när man upplever problem och söker hjälp. Det är då man som läkare kan ge bäst service och högsta kontinuitet.

Utän möjlighet att rekrytera läkare kommer service och kontinuitet att bli betydligt sämre än nu med ett antal vakanta tjänster.

TÄNKBARA LÖSNINGAR

Alla alternativen kan ses som tänkbara lösningar på service till befolkningen i Lerum. Många av dem är dock orealistiska av ekonomiska och/eller bemanningsmässiga skäl. Därtill kommer att man måste ta hänsyn till den samlade jourproblematiken i Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt. Även Lasarettets upplevda behov av service från primärvården på obekvämtid är en faktor att ta med i bedömningen av hur jourorganisationen skall utformas.

Lerums primärvårdsdistrikt kan knappast utöka jour servicen lokalt om man dessutom måste bidra med resurser till en samordnad jour service. Bara att återinföra natttjänstgöring på lasarettet f.o.m. 88-12-01 har inneburit stora resursinsatser och obekvämtid läkartjänstgöring som ej var förutsedda när denna utredning inleddes. Detta beslut samt utredningen i sig föranledde

lerumsläkarna att genom sin fackliga organisation meddela att man inte accepterar en totalt sett ökad arbetsbelastning och då speciellt inte på obekvämtid. Denna tunga åsiktsyttring förkastar alla alternativ som innebär en ökad jourbörda på distriktsläkarna.

Under senare år har Lerums befolkning ständigt ökat. Någon motsvarande ökning av distriktsläkarbemanningen har inte skett. Detta upplevs påfrestande för möjligheten att ge basal service på dagtid. Att i det läget gå ut och diskutera ökad service på obekvämtid är föga konstruktivt om man inte finner en lösning som även tillgodoser det från befolkning och distriktsläkare berättigade kravet att få och ge god service i det egna betjäningsområdet.

Dessa synpunkter vägs in i det förslag till samordnad lösning som ges senare.

ETT DECENTRALISERINGSFÖRSLAG

Oavsett jourlösning bör man se över organisationen med mål att distriktsläkarna skall arbeta så mycket som möjligt på den egna vårdcentralen. Detta för att ge den egna befolkningen optimal närservice och kontinuitet, vilket i första hand förväntas av distriktsläkarna.

För att nå detta föreslår vi en lösning med decentraliserad kvällsmottagning på samtliga vårdcentraler och ett öppethållande till kl. 18.00 de dagar som man har utökad mottagningstid. Vi föreslår också en översyn av arbetsinnehållet under dagen bl.a. genom att förlägga nuvarande efterutbildning/konferenstid från kvällstid till ordinarie arbetstid. Dessutom anser vi att man än en gång bör diskutera den för distriktsläkarna mycket ineffektiva nattjänstgöringen på lasarettet.

Allt detta kan göras inom befintliga kostnadsramar.

ETT EXEMPEL PÅ EFFEKTIV JOURORGANISATION

Ökade läkarjourinsatser betyder som alternativ 1-9 visar behov av utökade resurser. Ser man totalt på problematiken bör en effektiv lösning vara att med minsta möjliga kostnad och oförändrad jourbörda för läkarna ge högsta möjliga närservice. Exempel på ett sådant alternativ finns i Kungsbacka primärvårdsdistrikt.

Kungsbacka motsvarar ganska väl Lerum/Alingsås förhållanden. Man har ett upptagningsområde på 50.000 innevånare med samma struktur och närhet till Göteborg. Jourcentralen i Kungsbacka motsvarar den i Alingsås men har öppet även nattetid.

Läkarbemanningen har lösts genom att köpa in läkare framför allt från Göteborgs universitetsinstitutioner.

Detta frigör ordinarie distriktsläkare som kan arbeta med det egna betjäningsområdets service. Man kan också öka vårdcentralernas produktion med den frigjorda läkarresursen.

Kostnaden för jourläkarlösningen i Kungsbacka är 1,5 miljoner kronor per år (1987). För motsvarande kostnad skulle vi också kunna bemanna Jourcentralen i Alingsås med inhyrda jourläkare.

Lerums kostnad för en sådan lösning beror på hur man fördelar jourkostnaden mellan Alingsås och Lerums primärvårdsdistrikt. Man kan antingen som nu relatera kostnaderna till befolkningsunderlaget, vilket skulle för Lerum betyda en utgift på 540.000 kronor per år (36% av 1,5 milj.). Vi anser dock att juren bör bekostas efter utnyttjande av resursen – d.v.s. 30% av kostnaden motsvarande besöksandelen. För Lerums del skulle Kungsbackamodellen i så fall kosta 450.000 kronor.

Med Kungsbackamodellen följer också en del intäktsposter som kan bidra att bekosta jourläkarinsatsen sett mot nuvarande organisation. Jourkompensationen till läkarna betalas till 30 % i reda pengar. De 250.000 kronor detta kostar finns för att delvis täcka ersättningen till läkarjuren.

Vi frigör med modellen 1,3 läkartjänster att arbeta under ordinarie tid på Lerums vårdcentraler, vilket innebär en produktionsökning med 3000 besök per år motsvarande 150.000 kronor i ökade intäkter.

Tillsammans finns inbyggt en kostnadstäckning på 90 % av Lerums andel av läkarkostnaden för Alingsås Jourcentral.

Av effektivitetsskäl ifrågasätts också den för distriktsläkarna återinförda nattjuren på lasarettet. Den kostar enligt tidigare beräkningar en distriktsläkartjänst.

EN REALISTISK SAMORDNAD LÖSNING

Förändra organisationen så att Lerums distriktsläkare arbetar så mycket som möjligt på den egna vårdcentralen med den egna befolkningen under ordinarie arbetstid. På så sätt får den egna befolkningen största möjliga närservice och kontinuitet.

Detta innebär en decentraliserad tidsmässigt nedbantad kvällsmottagning, borttagande av den ineffektiva nattjänstgöringen på lasarettet och översyn av arbetsinnehållet i läkararbetstiden.

Därtill måste lösningen bygga på att man tillskapar mer läkartid inom Lerums primärvårdsdistrikt.

Att tillsätta fler ordinarie distriktsläkartjänster är inte möjligt inom nuvarande kostnadsram.

Den möjliga lösningen, som är relativt billig och effektiv, är att kontraktanställa jourvikarier enligt Kungsbackamodellen för läkarnas jourinsatser i Alingsås. Man skulle med det vinna högsta måluppfyllelse till lägsta pris.

Alternativet skulle - med oförändrad jourbelastning för läkarna - ge möjlighet till egen bakjour i Lerum under helgerna.

Bakjouren i Lerum skulle ha öppen läkarmottagning tillsammans med distriktsköterska några timmar lördag och/eller söndag. Detta innebär en variant på alternativ 8 med men med bakjouren samordnad med Alingsås under vardagar. Den ytterligare läkartjänst som alternativ 8 fordrar finns inbyggd i lösningen enligt Kungsbackamodellen och kostar med denna endast 50.000 kronor. Vi kallar Kungsbackavarianten av alternativ 8 för alternativet 11 som ger följande kalkyl

Alt. 11. Läkare i beredskap separat i Lerum under lördag, söndag och helger med öppen läkarmottagning i Lerum lördag och söndag. Samordning med Alingsås förutsätts. Personalåtgång förutom inhyrda läkare enligt Kungsbackamodellen 0,5 tjänst för läkarmottagningen.

En ytterligare möjlighet att effektivisera läkararbetet på den egna vårdcentralen vore att jourcentralen bemannas med läkare först kl. 18.00. Sjukvårdsmässigt skulle det inte innebära några problem då sjukhusfall kan sorteras ut av sjuksköterska. Effektivitetsvinsterna kan däremot bli stora för den enskilda vårdcentralen.

UTDRAG UR JOURARBETETS ORGANISATION RIKTLINJER SVERIGES LÄKARFÖRBUND 1988

BAKGRUND

Nuvarande jourbestämmelser har i huvudsak varit oförändrade sedan 1978, medan jourarbetet ändrats. Andelen arbetad tid under jour har ökat väsentligt. Den medicinska utvecklingen har medfört ökade krav på kompetens i jourverksamheten. Införandet av 70/30-regeln 1982, som innebär att 30 % av jourkompensationen utbetalas kontant, har i praktiken lett till en arbetstidsförlängning.

Jourfrågan består såväl av ersättningsnivån för tjänstgöring under jour och beredskap, som jourarbetets organisation. Jourkompensationen är en helt avtalsbunden fråga och kan bara förändras genom förhandlingar. Jourarbetets uppläggning kan däremot påverkas utan avtalsförhandlingar. Arbetsmiljöaspekter kan ges större genomslag och organisationen kan anpassas efter jourarbetets tyngd.

Riktlinjerna är utarbetade och fastställda av Sveriges läkarförbunds centralstyrelse efter uppdrag från 1988 års fullmäktige.

RIKTLINJER

Schemaläggning

- Jour på arbetsplatsen helgfri måndag - fredag kl. 07-21 skall schemaläggas som ordinarie arbetstid.

Enligt gällande avtal kan läkares ordinarie arbetstid förläggas till helgfri måndag - fredag kl. 07-21. För jourverksamhet med i stort sett kontinuerligt arbete under denna tid medför schemaläggning en arbetstidsförkortning eftersom 70/30-regeln innebär att kompensationsgraden för den arbetade tiden är lägre än 1,0. Schemaläggning bör även övervägas för läkare i beredskap som erfarenhetsmässigt arbetar mellan kl. 17 och 21. Vid schemaläggning skall noteras att rätt till rast föreligger. För att rasten skall kunna disponeras fritt även vid jourverksamhet, måste annan läkare då överta jouren.

Arbetspass

- Läkare som nattetid varit jour på arbetsplatsen skall påföljande dag vara tjänstgöringsfri minst halva dagen.

- Dag efter nattjour skall inget ordinarie arbete inplaneras.

- Tunga arbetspass skall omfatta högst 18 timmar.

Varken i lag eller gällande avtal finns någon reglering av arbetspassens längd. Med arbetspass menas här sammanhängande tjänstgöring inberäknat raster i form av ordinarie arbetstid och jour, men inte beredskapstjänstgöring. Påfrestningen av att vara jour under en natt eller en helg är beroende av såväl andelen aktivt arbete som tyngden i själva arbetet. Arbetstyngden kan i vissa fall vara sådan att en bemanningsöversyn är nödvändig med hänsyn till akutverksamheten. Ett tungt arbetspass kan, med utgångspunkt från avtalet, definieras som ett pass under jour då man erfarenhetsmässigt inte erhåller sex timmars sammanhängande nattvila. Vid jourarbete med lägre belastning samt vid helgjourer kan, med hänsyn till jourtättheten, övergångsvis längre arbetspass än 18 timmar accepteras. Även detta måste givetvis kombineras med ledighet direkt efter jourtjänstgöringen.

Veckovila

- Läkare skall erhålla lagenlig veckovila

Bestämmelser om veckovila återfinns i arbetstidslagen. Avsteg från bestämmelserna får göras genom lokala avtal, men verksamheten torde kunna planeras så att varje läkare erhåller veckovila. Lagenlig veckovila omfattar minst 36 timmar sammanhängande ledighet under varje period om sju dagar. Sjudagarsperiodens förläggning skall var fast, men behöver inte sammanfalla med kalendervecka. Veckovila erhålles även om ledigheten är planerad semesterdag, tjänstledig dag eller annan fridag. Beredskap är att anse som arbetad tid. Så långt det är möjligt skall veckovilan förläggas till veckoslut. Veckovilan behöver inte infalla helt regelbundet. Arbetsgivaren är skyldig att utlägga veckovila oberoende av om arbetstagaren vill avstå från ledighet.

Jourtätthet

- Jour och beredskap måste på sikt organiseras så att läkare i genomsnitt inte är jour på arbetsplatsen oftare än vart sjunde dygn, i beredskap i bostaden oftare än vart femte respektive vart tredje dygn för beredskap a) och b).

Bestämmelser om jour- och beredskapstäthet finns varken i lag eller avtal. Läkarförbundet har, med utgångspunkt i en överenskommelse mellan Överläkarföreningen och SYLF, tillämpat ovanstående rekommendation. I det fall en läkare omfattas av olika bundenhetsformer får en sammanvägning göras. För att få någon praktisk betydelse, bör beräkningsperioden för genomsnittsberäkningar inte överstiga åtta veckor. På kliniker med låg bemanning fordrar rekommendationen en bemanningsöversyn eller en förändring av jourprinciperna.

Samverkan

- Jour- och beredskapstjänstgöringen skall fördelas så jämnt som möjligt mellan läkarna.

- Läkare som fyllt 55 år skall efter eget önskemål befrias från jour på arbetsplatsen nattetid.

- Samverkan i jourorganisationen mellan närliggande specialiteter och mellan öppen och slutna vård kan behöva tillgripas.

Antalet jourlinjer samt antalet läkare som deltar i jour- och beredskapsarbetet är här av avgörande betydelse. Fördelningen mellan antalet specialister och antalet läkare under vidareutbildning har förskjutits under senare år. Det är därför vid många arbetsplatser omöjligt för underordnade läkare att, med den frekvens som anges ovan, svara för allt primärjoursarbetet. För att uppnå en jämn belastning kan krävas att läkare som normalt endast fullgör bakjour täcker upp ett antal primärjourspass, dock under förutsättning att de inte får mer jour- och beredskapstjänstgöring i genomsnitt än övriga läkare. Läkare som fyllt 55 år skall, om de så önskar, inte behöva medverka i primärjour nattetid.

Vad beträffar antalet jourlinjer kan samjour i primärjournen mellan närliggande specialiteter behöva tillgripas. I ett längre perspektiv bör också möjligheten till samarbete mellan den slutna vården och primärvården observeras. Ett sådant samarbete måste beakta primärvårdens egen jourorganisation och dess arbetsuppgifter. Det medicinska ledningsansvaret kräver att varje berört verksamhetsområde har egen bakjour.

Utrednings förslag till åtgärder

Vi föreslår Primärvårdsnämnden i Lerum att

- Kvällsmottagningen i Lerum decentraliseras till samtliga vårdcentraler d.v.s. även Gråbo, Floda. Detta sker genom att man på vårdcentralerna har öppet två till fyra vardagar till kl. 18.00.
- Läkarnas fortbildningsmöten som f.n. ligger på onsdagar kl. 17-19 förläggs under ordinarie arbetstid. Detta genomförs omgående.
- Vi föreslår vidare att man i samråd med Alingsås primärvårdsdistrikt arbetar vidare med följande frågor
 - jourläkarbemanning i Alingsås med inköpt arbetskraft enligt den välfungerande Kungsbackamodellen - alternativ 11
 - jourcentralens bemanning vardagar kl. 17-18.
 - kostnaderna för läkarbemanningen av jourcentralen fördelas mellan Alingsås och Lerum i förhållande till utnyttjandet av tjänsterna

- Om man kommer fram till acceptabla lösningar enligt ovan finns det förutsättningar för att gå vidare och under helgerna skapa en separat bakjournskedja för Lerums primärvårdsdistrikt med möjlighet till några timmars läkarmottagning i Lerum lördagar och söndagar, alternativt enbart lördagar.

LERUM PRÖVAR ATT INFÖRA HUSLÄKARE

Kontinuiteten i kontakten mellan läkare och patient hade blivit ett allvarligt problem efter reformerna 1970 med reglerad arbetstid med ersättning i form av jourkompensation för läkarna. Tillgänglig arbetstid minskade därigenom med cirka 50 %. Dålig planering av patientmottagningen bidrog till den dåliga kontinuiteten. Att vid upprepade läkarbesök träffa olika läkare skapade för patienten otrygghet och bristande omhändertagande samtidigt som det för verksamheten bidrog till ökad resursförbrukning p.g.a. varje ny läkarkontakt tog längre tid än en invand. Dessa problem önskade man lösa i Lerum med hjälp av bättre vårdplanering.

Kontinuitet kan innebära att man ägnar mer av den egna enhetens resurser åt ett begränsat antal patienter. I detta ligger en konflikt mellan vårdansvar för hela befolkningen och ett påtaget ansvar för den enskilde i vårdapparaten. I en bristsituation finns två vägar att välja på. Den enklaste lösningen är att avskärma sig från omgivningen och endast se till den enskildes bästa. Det blir god kontinuitet för den som nått innanför vårdmuren i den offentliga sektorn eller den som i privatläkarens praktik hör till praktikerns patientskara. Är läkaren fullteknad gör sig övriga icke besvär. Då är det inga svårigheter att ge både god kontinuitet och hög vårdstandard. Det är den väg det verkar som allmänläkarkollektivet valt efter år 2000.

Den unga primärvården på 1970-talet hade andra ideal - att försöka lösa både samhällsansvaret och kontinuitetsproblematiken. Den betydligt mer krävande vägen var att inom givna resursramar ge en totalt sett bästa service. Det fordrades då i en bristsituation att:

- vårdbehov, vårdåtagande och resurser fortlöpande analyserades.
- man prioriterade sin verksamhet efter analysens resultat.
- man troligen måste hålla sig inom rimliga kvalitetsramar.
- man i samverkan diskuterade vem som skötte vad för att öka tillgänglig läkartid.
- bättre hänvisningsrutiner skapades.
- egenvården utvecklades genom att enkla vårdprogram skapades för vanliga problem och symptom att användas i patientrådgivningen utan att läkare behövde anlitas.
- patienten inte helt på egen hand hade att besluta om ”konsumtion” av läkartid.
- hjälppersonalen, som gav råd och hänvisning primärt, fick bättre utbildning, bättre instruktioner och ökade befogenheter.
- bestämma vilka sjukdomar och/eller patientgrupper som krävde bättre kontinuitet
- kontinuiteten byggde på vårdlaget och inte en enskild läkare d v s läkaren och det team han/hon arbetade tillsammans med i betjäningsområdet. Det förutsatte god kommunikation mellan teammedlemmarna.

Hämtat ur GöteborgsTidningen 1976. Rubriken var – Ahlmark: Sveriges sjukvård borde vara som i Lerum :

”För den som känner sig krasslig i folkpartiets Sverige ska det se ut som i Lerum. Då ska man kunna vända sig till sin husläkare på vårdcentralen. — Husläkare åt alla är inte något tomt slagord, säger fp-ledaren Per Ahlmark.. — ritiken mot oss angående husläkarsatsning kommer från två håll, dels från dom som menar att ”det är omöjligt”, dels dom som säger att det här sker av sig själv. — Båda har lika fel. Man måste ha viljan för att genomföra en sådan organisation. Och då går det. Som exempel på platser där viljan redan visats är Lerum. Där man inom den öppna vården har sju distriktsläkare, varav fyra på Brobackens läkarstation. Där söker man i möjligaste mån låta patienter återkomma till en och samma ”husläkare” genom en god vårdplanering.”

Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård, 1978

Politiskt blev frågan om patient- läkarkontinuitet het och 18 maj 1977 gav statsrådet Troedsson i dåvarande borgerliga regering uppdrag åt en särskild utredare, Gunnar Hjerne, uppdrag att utreda kontinuitetsproblematiken och ge förslag till lösningar.

Resultatet av utredningen presenterades i SOU 1978:74, Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård.

I direktiven till utredaren anger statsrådet att: ”Den öppna sjukvården bör planeras utifrån patienternas önskemål om läkarkontinuitet och närservice samt, så långt det är möjligt, valfrihet

inom sjukvården. I flera landsting har man försökt komma tillrätta med de här problemen. Ett genomgående drag i de organisationsmodeller som utvecklats är strävan efter noggrannare planering av läkarnas tjänstgöring. Det blir då möjligt att planera även besöken så att kontinuiteten i kontakterna mellan patient och läkare blir bättre.” I regeringsförklaringen hösten 1977 framhålls vikten av att ”stegvis organisera öppenvården som ett system med husläkare och mindre vårdenheter”. Avsikten med en sådan organisation var bland annat att få en bättre kontinuitet i vården genom att göra det möjligt för patienten att etablera en fast kontakt med ett vårdteam av sjukvårdspersonal, däribland en bestämd läkare som hon har förtroende för.

Statsrådet Troedsson framhåller vidare: ”En sådan fast anknytning innebär att läkaren lär känna sin patient och dennes familj, vilket ger bättre möjligheter till god diagnos och behandling. Även för patienten är det tryggt att kunna vända sig till en läkare som är väl förtrogen med hennes problem och den miljö hon lever i. Patienten bör själv avgöra om hon vill ha en ”egenläkare” (husläkare) och i så fall vilken, givetvis i samråd med läkaren. Såväl allmänläkare och specialister inom den öppna vården som privatläkare bör kunna inordnas i systemet. Läkaren kan sedan hjälpa patienten till specialistbehandling när så krävs. Läkarens möjlighet att i angelägna fall göra hembesök bör också ökas.”

Hon påpekar också distriktssköterskans viktiga roll inom den öppna vården. ”De finns ofta ”närmare” patienterna, särskilt i glesbygden. Många hälso- och sjukvårdsproblem är av den arten att ett besök hos – eller av – distriktssköterskan är ett bättre eller lika bra alternativ som en läkarkonsultation. Distriktssköterskan kan genom hembesök lära känna patienterna i deras hemmiljö och därigenom få en mer socialmedicinskt grundad uppföljning. För en mer personlig och decentraliserad sjukvård är därför distriktssköterskeorganisationen betydelsefull.”

Ur sammanfattningen till SOU 1978:74 hämtas:

Frågan om kontinuitet mellan patient och läkare inom den öppna vården har blivit ett allvarligt problem inom sjukvården. Att vid upprepade läkarbesök hänvisas till olika läkare har hos patienterna ofta skapat en känsla av otrygghet och bristande omhändertagande, Den ömsesidiga personkännedom och kunskap som är av väsentlig betydelse för ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare har på grund härav varit svåra att förverkliga inom den offentliga vården.

Man konstaterade att 60% av läkarbesöken i offentlig vård gjordes på sjukhusen och att den öppna vården allt mer präglades av ökad specialisering. Man pekade också på att redan Axel Höjer på 1940-talet föreslog en ökad satsning på allmänläkare. Samma tankar framkom i flera därefter följande utredningar som SOU 1958:15 ”Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena” och i Socialstyrelsens principprogram från 1968. Från senare delen av 1960-talet sökte statsmakterna på olika sätt främja en utveckling av den öppna vården utanför sjukhusen bl. a. genom reformering av läkarutbildningen. Men utvecklingen gick trögt. Sjukvården förblev sjukhuscentrerad och specialistläkarbetonad.

Mot bakgrund av önskemålen om fasta läkarkontakter gav utredningen förslag till husläkarsystem som vilade på vårdcentralen som den grundläggande vårdenheten och allmänläkare och distriktssköterskor som patientens fasta vårdgivare. Man visade på två modeller.

Den ena, *Modell I*, innebar att de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna var husläkare för sina patienter/invånare, utan att varje läkare hade ett eget geografiskt ansvarsområde. Invånarna skulle ges möjlighet att välja en av allmänläkarna till sin husläkare. Helst borde alla i samma familj välja samma läkare (familjeläkaren).

För att tillgodose kraven på lättillgänglighet och vårdepisodkontinuitet (samma vårdgivare för kontakterna vid en sjukdomsepisod) borde vårdplaneringsmetoder av olika slag användas. Vårdcentralens i Lerum ”löpande vårdplanering”, som infördes i maj 1975, angavs som ett gott exempel på sådana rutiner (se nedan om ”Lerumsmodellen” – en vårdplanering för hela Sverige).

I *Modell II* delades vårdcentralens samlade betjäningssområde upp på de vid vårdcentralen verksamma allmänläkarna. Varje allmänläkare fick ett speciellt ansvar för invånarna i området

som borde vara samma som distriktssköterskornas betjäningsområde. Man ansåg att inom varje sådant allmänläkar-distrikt borde finnas två distriktssköterskor. Varje invånare skulle också ha en fast distriktssköterskekontakt. Samarbetet mellan läkare och sköterska skulle på så sätt underlättas och ge läkaren bättre möjlighet att bedriva preventiv vård.

Lerums husläkarmodell 1978

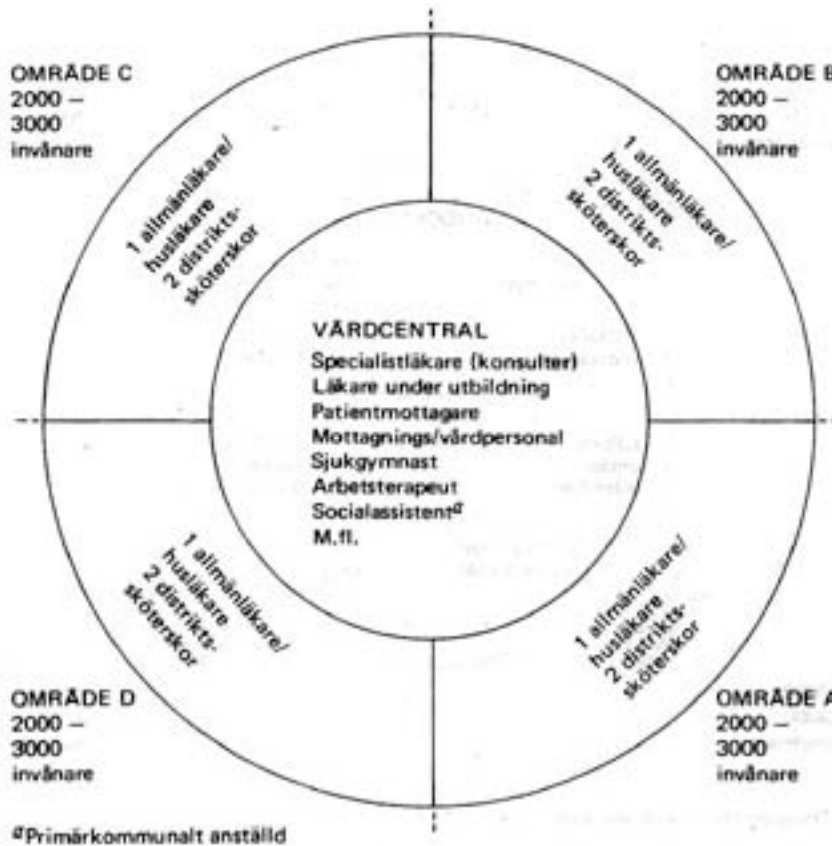
Som exempel på försöksverksamhet med husläkare nämndes Spriprojektet vid vårdcentralerna i Lerum som Modell I av två modeller som beskrivs. Den innebar en typ av husläkare utan ett eget geografiskt ansvarsområde, ett system med kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. Modellen gav goda möjligheter att flexibelt utnyttja vårdcentralens resurser och en viss ökad valfrihet för patienten.

Husläkarmodell I



I Gråbo närmade man sig husläkarutredningens andra modell. Man kopplade läkarna närmare de enskilda distriktssköterskornas betjäningsområden.

Husläkarmodell II



Efterspel till husläkarutredningen 1978

I socialutskottets betänkande 1978/79:47 med anledning av husläkarpropositionen ansåg utskottet att några egentliga förslag inte förts fram och att propositionen hade karaktären av en idépromemoria och allmän viljeinriktning. ”En utveckling av primärvården, där vårdcentralen utgör kärnan, pågår redan. Konkreta förslag för att stödja och påskynda denna utveckling saknas i propositionen.”

I en ny proposition 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m. m. återkom frågan om att införa ett husläkarsystem för att förbättra kontinuiteten. I den propositionen påpekades att läkartillgången inom den öppna vården är en kritisk faktor när det gällde att förbättra kontinuiteten. I socialutskottets betänkande 1979/80:38 med anledning av propositionen framhölls nödvändigheten av att man i framtiden undvek en mycket god läkartillgång inom vissa specialiteter men brist på läkare inom andra. Man skulle genom dispenser kunna förvärva behörighet till distriktsläkartjänster inom allmänläkaryrd även om det var en nödlösning under en övergångsperiod. Riksdagen följde utskottets förslag (1979/80:338).

Om husläkare m.m. Regeringens proposition 1992/93:160

I propositionen, som undertecknats av Carl Bildt och Bo Könberg, föreslogs en husläkarreform som innebar att alla invånare skulle ges möjlighet att själva välja en husläkare. Sjukvårdshuvudmännen ålades genom ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) att organisera sin verksamhet så att detta blev möjligt. En särskild lag stiftades om husläkare. Husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom till sin husläkare. Vissa grundkrav var tvungna att uppfyllas för att verksamheten skulle betraktas som husläkarverksamhet. Kraven skulle vara lika över hela landet.

De uppgifter som husläkaren alltid skulle ansvara för omfattade: mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverka med andra service- och vårdgivare. Dessutom skulle den egna verksamheten kunna följas upp och utvärderas. Husläkaren skulle också rapportera om lokala hälsoproblem fanns. Utöver grundkraven kunde åtagandet som husläkare även omfatta skyldighet att tillhandahålla insatser av distriktssköterska. Sjukvårdshuvudmännen skulle besluta om ersättningsnivåer. Vad gällde grundåtagandet skulle ersättning utgå per individ som är ansluten till husläkaren. För att få vara verksam som husläkare fordrades att ha specialiteten allmänmedicin. Olika driftsformer var möjliga som. Anställning av sjukvårdshuvudman, egen företagare, anställning i bolag eller inom ett personalkooperativ. Fri etablering föreslogs införas för husläkare. Regelverket trädde i kraft 1994.

Husläkarutredning 1992

Om husläkare m.m. Regeringens proposition 1992/93:160

I propositionen, som resulterade i en "Husläkarlag" 1993, föreslogs att en husläkarreform genomföres i Sverige fr.o.m. den 1 januari 1994. för att vara fullt genomförd vid utgången av år 1995. Målet var att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården. Husläkarreformen innebar att alla invånare i Sverige skulle få möjlighet att själva välja en husläkare, som lätt kunde vända sig till. Sjukvårdshuvudmännen skulle enl. en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) organisera hälso- och sjukvården i sina respektive områden på sådant sätt att detta skulle bli möjligt. Stora insatser gjordes bl. a. i Lerum för att genomföra husläkarreformen – mer om detta senare. Det fastslogs också för första gången att en läkare i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin.

Husläkaren skulle ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom/henne till husläkare. Ansvarsområdet skulle omfatta: mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverka med andra service- och vårdgivare. Husläkaren skulle dessutom medverka till att den egna verksamheten kunde följas upp och utvärderas samt rapportera lokala hälsoproblem.

Den då borgerliga regeringen ville ta bort myndighetsinriktningen som primärvården hade kvar sedan provinsialläkartiden. Man ville tona ner primärvårdens samlade ansvar för en given befolkning inom ett avgränsat geografiskt område och istället betona den enskilda läkarens ansvar för de patienter som själva valt att söka honom eller henne. Man ville också skapa konkurrens mellan husläkarna. Om en patient blev missnöjd med sin husläkare kunde han eller hon byta husläkare. Ekonomiska incitament infördes på så sätt i vården. I samband med att ett husläkarsystem inrättats föreslogs därför även att fri etablering infördes. De blivande husläkarna borde i princip själva kunna välja lämplig driftsform för verksamheten.

Husläkarreformen upphörde att gälla redan 1996, då en ny regering med andra intentioner för primärvården tillträtt.

När husläkarreformen startade 1994 fanns det 4188 läkare registrerade. Omkring 90% av dessa var specialister inom allmänmedicin, övriga hade dispens från detta krav. Antalet husläkare minskade till 4025 vid upphörandet av reformen. Drygt 10 % av allmänläkarna arbetade då vid privata mottagningar som hade vårdavtal med landstingen.

Under de första åren på 1990-talet genomfördes en del av husläkarlagens intentioner för att öka tillgängligheten av läkare. Man införde möjligheten att välja läkare utan att detta reglerades i lag. Antalet invånare per allmänläkartjänst hade 1992 sjunkit till 2500 och närmade sig den tidens mål med en allmänläkare per 2500 invånare. Samarbetet mellan distriktsläkare och

distriktssköterskor var sedan länge väl upparbetat. Man gjorde ofta hembesök tillsammans med distriktssköterskan. Kunskapen om varandras personliga kompetens var god och gav stora möjligheter till ett effektivt teamarbete.

Husläkarsystem i Älvsborg

Vid landstingsstyrelsens behandling av ärendet 15 juni 1993 fastlades att husläkarverksamheten i Älvsborg skulle baseras på de goda erfarenheterna av en sammanhållen primärvård med samarbete mellan olika yrkesgrupper. Det innebar att

- åtagandet i princip skulle omfatta alla de läkarinsatser som förekom inom primärvården
- lagarbetet mellan främst husläkaren och distriktssköterskan skulle bevaras
- samarbetet mellan olika yrkesgrupper skulle säkerställas.

Ur landstingets Dnr 1198/92 hämtas bl.a.

Om mål och riktlinjer.

Helhetssyn på patienten. Varje patient skall behandlas med respekt och medkänsla och utifrån sina unika behov. En helhetssyn på patienten innebär att även sociala förhållanden t.ex. arbetslöshet eller ändrade familjeförhållanden skall vägas in vid bedömningen av hälsotillståndet. Helhetssyn innebär också att vårdpersonalen skall samverka med andra vårdgivare i samhället t.ex. socialtjänst, företagshälsovård, specialistvård och patientorganisationer.

Tillgänglighet. Utöver tidsbeställd mottagning dagtid skall det finnas öppen mottagning för akuta fall. Om det är medicinskt motiverat skall även hembesök göras. Övriga tider på dygnet hänvisas till den gemensamma jourcentralen. Väntetiderna för tidsbeställda besök skall vara så korta som möjligt, ej över 14 dagar. Om patienten får vänta längre tid skall besked ges om orsaken. Det skall vara lätt att komma fram i telefon och patienten skall aldrig mötas av en telefonsvarare under kontorstid. Husläkaren skall erbjuda personlig telefontid vardagar. Primärvårdens personal skall också bevaka att patientens intresse av kort väntetid till annan vårdgivare blir så kort som möjligt och följa upp vad som sker.

Kontinuitet. Patienterna skall få träffa samma personal vid varje vårdtillfälle. Husläkaren skall också vid behov ha kontakt med patienten under och efter sjukhusvård.

Samarbete. Primärvårdens helhetsansvar innebär att hälsoproblem ofta behöver lösas i samverkan med andra vårdgivare, arbetsplatser, skolor, myndigheter etc. En förutsättning för bra samverkan är att det finns en tydlig ansvarsfördelning. Primärvårdens uppgift är att tidigt upptäcka ohälsa, lotsa patienten rätt och ta ansvar för rehabilitering.

Befolkningsansvar. För att leva upp till befolkningsansvar skall primärvården medverka till att förebygga hälsoproblem, identifiera riskgrupper, starta och driva hälsovårdande arbete samt förmedla kunskaper och möjligheter till personal och befolkning.

Förebyggande arbete kan också vara att påverka de miljövårdande myndigheterna eller kommunen i frågor som rör människors hälsa.

Primärvården har ett särskilt ansvar för förebyggande insatser inom mödra- och barnhälsovården. Primärvården har dessutom ett ansvar för smittskydd. I varje kommun skall finnas en läkare med ansvar för smittskyddsfrågor.

Primärvården har ett befolkningsansvar för olycks- och krigskatastrofberedskap.

Befolkningen skall ha rätt att själv välja vårdgivare inom primärvården och efter remiss även välja sjukhus.

Förslag angående husläkaråtagande i Älvsborg

Alla vårdgivare i Älvsborg har en skyldighet att ansluta sig till de utvecklingsprogram som huvudmannen beslutar om.

Verksamheten skall präglas av en trygg läkar-patientrelation med god tillgänglighet och kontinuitet. Distriktssköterskan skall ha kvar sitt områdesansvar. I de fall husläkaren har patienter listade från flera geografiska områden föreligger ett samverkansansvar gentemot den distriktssköterska som har områdesansvar där patienten bor. Reformen innebär inget hinder för

teamsamverkan som redan är etablerad eller under utveckling.

Husläkarens verksamhet består av tre delar. De minimikrav som lagen föreskriver utgör grundåtagandet. Detta kan enl. § 10 Husläkarlagen utökas till s.k. vidgat åtagande. I Älvsborg beslöts att grundåtagandet kompletteras med vissa specifika villkor – etableringsgrundande. En tredje möjlighet är tilläggsuppdrag. D.v.s. överenskommelse med enskilda husläkare om andra uppgifter i form av tilläggsuppdrag.

Listning. Det är önskvärt att hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde får möjlighet att välja husläkare vid ett och samma tillfälle. Detta kan ske genom en kombination av den enskildes aktiva önskemål och ett förslag från huvudmannen om husläkare, passiv listning. Efter avslutad aktiv listning påbörjas den passiva listningen som skall vara klar den 31 mars 1994. Enhetligt datorsystem för vårdcentralerna introducerades 1991 (ProfDoc). Möjligheter att koppla ihop listning av patienter i detta datasystem torde vara goda. Ansvar för listning, registrering och vårdfrågor bör utses vid varje primärvårdsförvaltning.

FoU. Stimulansåtgärder inom ramen för husläkarens tilläggsåtagande bör övervägas. Det gäller alla yrkesgruppers möjligheter att delta i projekt runt forskning och utveckling.

Läkarutbildning. Husläkarmottagningen skall kunna stå till förfogande för utbildningsändamål inom grundutbildningen av läkare (bl.a. AT-läkare). För specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin bör det ankomma på huvudmannen att anställa ST-läkare i allmänmedicin. Utbildningsinsatser regleras genom tilläggsuppdrag.

Utbildning för distriktssköterska i farmakologi. Distriktssköterskor med viss utbildning kommer generellt att få möjlighet att förskriva vissa läkemedel.

Kvalitetssäkring. Ett kvalitetssäkringssystem för husläkarverksamhet bör omfatta bl.a. (urval i en lista på 10 punkter)

- Landstingsgemensam kvalitetspolicy
- Informationssystem för uppföljning
- Kontinuerlig utveckling av kvalitetsindikatorer/standards, arbetssätt och metoder
- Utbildnings- och fortbildningsprogram för alla yrkesgrupper
- Ekonomisk ersättning för kvalitetsutveckling

Rapport från en vårdcentral 1993 (Lerum)

"Vi är sju blivande husläkare med i snitt över 10 års verksamhet inom primärvården och med varandra. Vi har alltid gått med glada steg till vårt arbete, med förvisning om att ha gjort ett gott jobb, även om belastningen periodvis varit väldigt tuff.

Vi tycker att vi har varit med och utvecklat primärvården och vi upplever att vi varit mycket uppskattade både bland våra uppdragsgivare politikerna och patienterna. Vi har fått mycket goda lovord vid en så kallad SPUR-inspektion angående vårt utbildningsklimat t ex. Vi har lojalt ställt upp för varandra vid sjukdom, semester och glatt delgivit varandra av utbildningar. Vi har i härlig trygghet delat sorger och bedrövelser, liksom framgång och glädje.

Vi har under många år som husläkartanken diskuterats varit positiva och förväntansfulla inför en dylik reform. Den skulle ge ytterligare en positiv dimension till vårt arbete bl.a. att vi skulle få en definierad patientpopulation att ta ansvar för, ett antal patienter som dessutom skulle vara rimligt i antal, så att vi kunde vidareutveckla de delar i vården, vi inte haft tid med innan.

Nu när husläkarlagen är tagen och vi sedan en tid med god framförhållning börjat förbereda oss på att arbeta enligt den, med fullt besatta tjänster, och med genomförd datorisering, borde vi känna en stor lycka.

Tyvärr upplever vi dock inget av detta, utan olika negativa känslor sköljer över oss. Trots att vi fortfarande är inbördes totalt eniga om att vi skall hålla ihop vårdcentralen och vidareutveckla en god primärvård för våra patienter, smyger det sig in en känsla av konkurrens emellan oss, vilket får olika negativa effekter. Man kan känna att kollegan har fullt upp med att sköta "sina" patienter och kanske inte ha möjlighet att ta mina, om jag skulle vara sjuk eller ledig.

Det kan smyga in sig (omedvetet?) känslan att det gäller att ta hand om patienten så till den milda grad att man stundtals gör avkall på yrkeshedern, "bjuder" på ett extra recept, låter bli att ta ut arvode för ett recept, tar en patient på en tid som man borde haft till

handledning eller dylikt. Vi blir omedvetet konkurrenter fast vi inget hellre vill än att samarbeta som tidigare.

Kommer vi verkligen att lika lojalt kunna ställa upp för varandra framöver?

Skall jag som har relativt få patienter listade, avlasta en kollega som har för många?

Skall jag som har för många patienter ta ytterligare fler, när min kollega är borta?

Vi upplever starkt och gemensamt att den icke ringa spridning som finns mellan olika läkare inte övervägande beror på läkarnas duktighet, trevlighet, serviceförmåga etc., utan irrationella faktorer som;

hur länge läkaren har varit anställd just på denna arbetsplats, om doktorn haft "annat område" tidigare, om doktorn har varit långledig eller sjuk, - om doktorn har ett utländskt namn m.m.

De flesta mår dåligt.

Har man fått för få patienter listade mår man dåligt. Har man fått för många, så stiger kanske självförtroendet, men triumfen försvinner blixtnabbt, när man möter ett skevt leende från en sämre lottad kollega.

Någon har uttryckt det så här: "... och här sitter jag ensam i ett rum med en dator, blek och svettig, en borttynande husläkare som i hård konkurrens med sina f.d. vänner vunnit en tävling."

Vi är alltså en samling erfarna, framtidspositiva och i eget tycke välkvalificerade distriktsläkare som redan innan husläkarreformen trätt i kraft, har börjat märka många negativa effekter.

En del av de farhågor vi känner har tidigare ventilerats av kollegor, men arrogant avfärdats av proffsdebattörerna bakom reformen och tyvärr inom vårt eget Läkarförbund.

Vi känner en äkta oro över att man håller på att skapa en kommersialiserad sjukvård, där konkurrens och lönsamhet är honnörsorden.

Vi är oroade över den kvalitetssänkning som vi är övertygade om blir följden av att vården blir ett marknadsorienterat, ekonomiskt

system. På en marknad är överlevnad aktörernas yttersta mål. Om överlevnadsmöjligheterna ökar genom ett agerande som inte befrämjar god kvalitet så väljs överlevnad framför kvalitet!

Vi är oroade över en försämrad och förytligad läkare/patientrelation. Detta blir följden av att patienten blir kund och vi blir affärsmän.

Vi märker redan att attraktionskraften i vår tidigare mycket populära utbildningstjänst har minskat. De doktorer som är aktuella för denna utbildning, ser ingen framtid i det husläkarscenario som nu finns.

Hur skall vi kunna motiveras att syssla med utbildning, handledning, olycksfallsprevention, katastrofplanering m.m., när systemet tvingar oss att ständigt prioritera produktionen och, om vi sysslar under perioder av vår gärning med andra uppgifter inom primärvården, var finns då våra patienter, när vi vill återgå till att vara rena husläkare?

Var händer när vi är borta längre perioder förraviditetsledighet? Finns våra patienter kvar då?

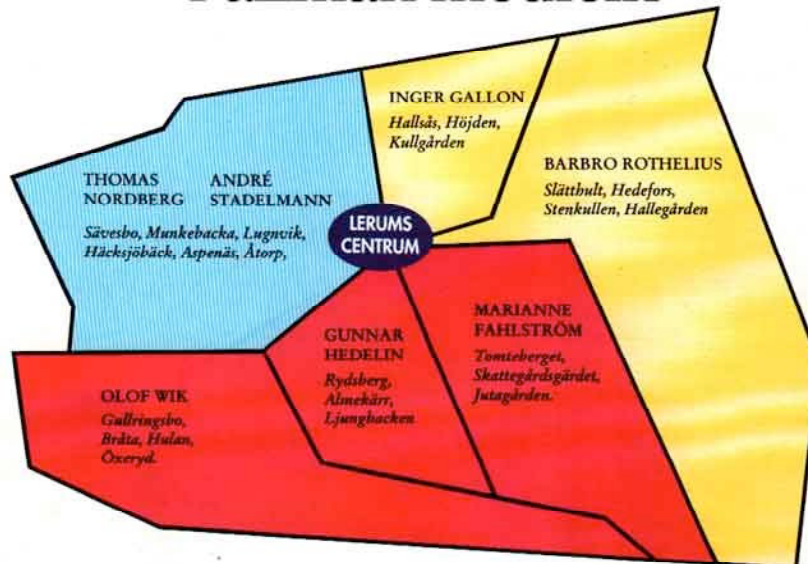
Vi hoppas att ovanstående funderingar och synpunkter beaktas av de som nu är i färd med att bestämma spelreglerna, inom den beslutade husläkarreformen. Vi vädjar om att man inte tar överilade beslut för att visa handlingskraft. Vi har tillsammans med våra allmänskollegor runt om i landet byggt upp en primärvård som blivit mycket uppskattad av våra patienter och även fått en god internationell renommé.

Husläkarreformen är tagen och kan inte ändras just nu. Hjälp dock till att försöka eliminera så många som möjligt av de negativa effekter som den enligt ovan, med stor säkerhet kommer att få!"

Lerums husläkarsatsning 1994

Landstingets husläkarbeslut innebar ett intensivt lokalt organisationsarbete för administrationen i Lerum. Nya redovisningsrutiner med datorstöd skulle införas. Personalen informeras och motiveras. Befolkningen skulle sedan informeras och ges möjlighet att välja husläkare. I en folder till samtliga hushåll ”Distriktsläkaren – din husläkare. Nu är det dags att välja husläkare” gavs information om vad som gällde.

På Lerums vårdcentral arbetar sju läkare som alla är specialister i allmän medicin



Val av läkare

Vårt förslag är att du listar dig hos den av oss läkare som ansvarar för din del av Lerum. Om du sedan tidigare har god kontakt med någon av oss andra, kan du självfallet välja henne eller honom som din husläkare. Det är också möjligt att senare byta husläkare.

Så här når du din husläkare

Vi har alla öppen mottagning utan tidsbeställning varje vardag mellan kl 8.30-9.30. Om du vill beställa tid för besök ringer du direkt till din läkare - vi har telefontid varje dag. Du kan också beställa tid eller få råd av sjuksköterskan:

Gul mottagning tel 551 10, Blå mottagning tel 551 20 och Röd mottagning tel 551 30.

Växeln vid Lerums vårdcentral är öppen vardagar kl 8.00-17.00. Telefonnummer är 551 00.

Resurser vid vår sida

Det nära samarbete som vi läkare har i dag, med varandra och med distrikts- och mottagnings-sköterskor, kommer att fortgå och att vidareutvecklas. Detta gäller också våra kontakter med barnläkare, gynekolog, barnmorskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

På Lerums vårdcentral har vi också ett modernt och avancerat laboratorium. Vi kan här analysera de flesta prover medan du är på besök hos din läkare.



På Lerums vårdcentral har vi nära samarbete med andra specialist-kollegor i ortopedi, hudsjukdomar, öronsjukdomar samt gynekologi som finns hos oss på eftermiddagstid varje vecka.



Vi har även barnmottagning med tre barnläkare vid Lerums vårdcentral.

Vårdcentralen i Lerum har öppet helgfria dagar måndag-fredag kl 8.00-17.00.

Dessutom tidsbeställd kvällsmottagning måndag och onsdag kl 17-18 samt tisdag och torsdag kl 17-19. På onsdagar även kl 7.30-8.

Ur broschyren hämtas:

Din läkare

- Är anträffbar vardagar på dagtid samt deltar i jourverksamhet på kvällar, nätter och helger.

- Tar hand om dig vid akuta besvär
- Erbjuder uppföljning (återbesök) om du t. ex. har besökt jourcentralen eller annan mottagning.
- Gör hembesök.
- Ordnar remisser och kontakter med läkare inom andra specialiteter.
- Tar emot dig utan tidsbeställning viss del av dagen.
- Sköter tillsammans med distriktssköterskan också barnhälsovården.

Resurser

Vi är 15 läkare (Gråbo fyra, Lerum sju, Floda fyra), som samarbetar med varann, t.ex. ersätter varann vid semestrar och andra ledigheter, och med distrikts- och mottagningssköterskor. Vi har nära kontakt med barnläkare, gynekolog, barnmorskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter men också med lasarettens specialistläkare. På lerums vårdcentral har vi också ett modernt och avancerat laboratorium. Vi kan analysera de flesta prover medan du är på besök hos din läkare.

Husläkarna i Lerum 1994.



Husläkarsatsningen i övriga Mittenälvsborg

Alingsås Tidning 17 dec. 1993.

Politikerna, primärvårdsnämndens ordförande Inger Gustavsson (fp) och Gerd Svensson (S) uttalade bl.a. att man skall värna om vårdcentralens bästa sidor. Med husläkarsystemet fick primärvården 4 miljoner mer i budgetmedel för att kunna öka läkartätheten. I Alingsås fanns två anmälda privata husläkare Anders Hamark och Bertil Hajtowitz. Husläkaren skulle finansiera sin verksamhet med igenomsnitt 44 kronor per listad patient och månad plus de 25 kronorna i patientavgift. Målet var att varje läkare skulle ha 2000 individer listade till sig (Lerum) men i Alingsås 2500.

Jourcentralen fungerade som tidigare. Besök där kostade 180 kronor. Besök vid distriktssköterskemottagningar var gratis.

Husläkarlagen upphävs

När en ny politisk majoritet kom till i riksdagen 1994 upphävdes dock husläkarlagen. Riksdagen antog då propositionen ”Primärvård, privata vårdgivare m.m. (SOSFS 1994/95:195). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fick ett tillägg (§ 5) som innebar att landstingen fick i uppdrag att organisera sin hälso- och sjukvård så att alla som så önskade kunde välja en fast allmänläkarkontakt i primärvården. Detta innebar ett starkt politiskt stöd för allmänmedicinen. Primärvården blev en vårdnivå i hälso- och sjukvården. ”Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Som ett riktmärke för läkarbemanningen angavs att det i primärvården bör finnas i genomsnitt en läkare per 2000 invånare. Det var första gången som riksdagen, genom att anta propositionen, uttalat sig om behovet av antal allmänläkare. Detta var ett starkt politiskt stöd för primärvårdens utbyggnad.

Lerum går vidare – trots allt

Bengt Dahlin: ”Husläkarsystemets regelverk innebar i princip utträdning av primärvårdens alla tidigare mål och principer. Den öppna vården skulle kunna innebära att privatläkarsektorn fick vind i seglen, att enläkarmottagningar kunde etableras utan tanke på att primärvårdsteamens samlade kompetens tillvaratogs, att jourkedjor bröts, att på vårdcentralen läkarna ställdes mot varann inför befolkningens val av läkare. Husläkarreformens starka betoning på läkaren skulle förändra förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna. Det i många fall fina lagarbetet försvagades eller upphörde. Många primärvårdsläkare mådde väldigt illa under valproceduren. Många husläkare listade upp till 3000 invånare för att öka sina inkomster. I praktiken gick det ofta inte att uppfylla patienternas förväntningar på god tillgänglighet. Det blev besvikelse och missnöje hos många patienter och ökande stress hos läkarna. Som tur var blev inte förändringarna så dramatiska i Lerum.”

Så – Lerum valde sin medelväg: Man tog sitt områdes/befolkningsansvar och läkarna tog hand om sina patienter, sjuksköterskorna och barnmorskorna, BVC och MVC arbetade nära läkarna. Vårdlagsarbetet fortsatte och kontakten med omvärlden fanns kvar.