

## 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.

Primärjournen 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. Journen kompletterades med en ordinarie distriktsläkare med beredskapsjour i hemmet under natten. Vid behov kunde primärvårdens bakjour kontaktas av lasarettsjournen 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 obekvämt tid 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 Lerumsborna 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 beredskapstättighet 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.