

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 symtom 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

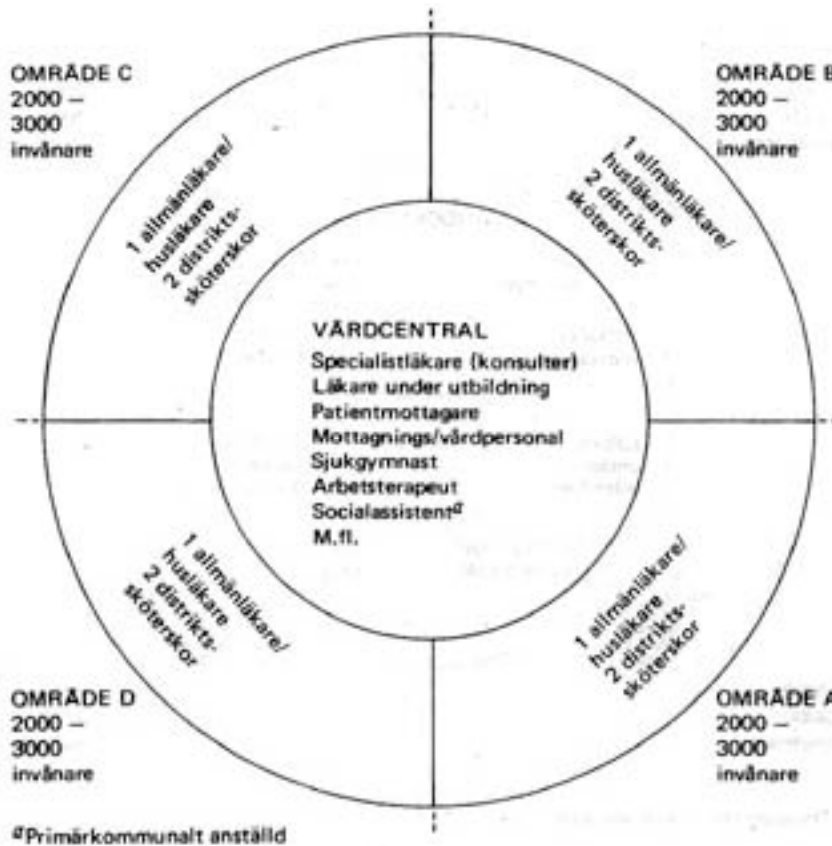
Som exempel på försöksverksamhet med husläkare nämndes Spriprojektet vid vårdcentralerna i Lerum som Modell I av två modeller som beskrivs. Den innebar en typ av husläkare utan ett eget geografiskt ansvarsområde, ett system med kollektivt områdesansvar för vårdcentralens samtliga läkare. Modellen gav 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 förtyllad 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?

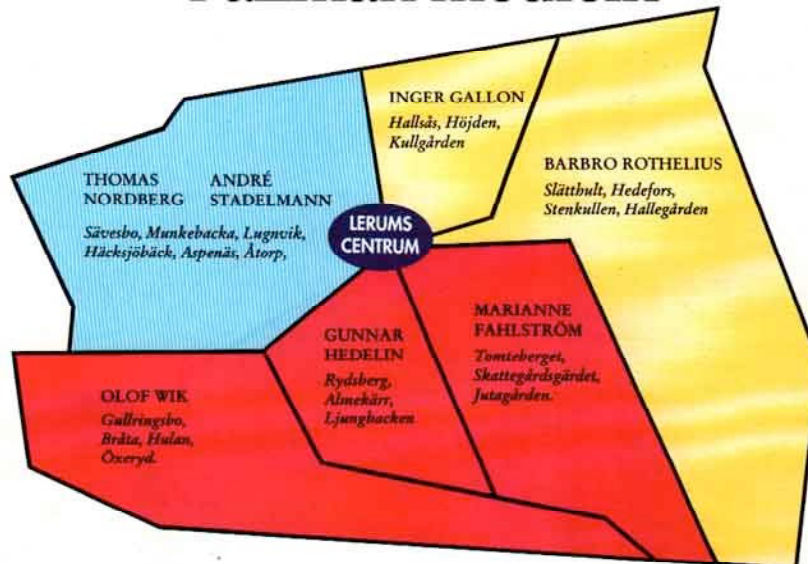
Vi hoppas att ovanstående funderingar och synpunkter beaktas av de som nu är i färd med att bestämma spelreglerna, inom den beslutade husläkarreformen. Vi vädjar om att man inte tar överilade beslut för att visa handlingskraft. Vi har tillsammans med våra allmänskollegor runt om i landet byggt upp en 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. Telefonnumret 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 uttradering 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.