

Vårdval Stockholm = 08-Protos

De viktigaste kriterierna för ett välfungerande husläkarsystem är god kvalitet och vård till patienterna och god arbetstillfredsställelse och goda inkomster för allmänläkarna. Detta uppnås till största del med Vårdval Stockholm, som i praktiken innebär att Läkarförbundets Protosförslag har genomförts, framhåller Göran Sjönell och Mikael Stolt.



Foto: Olof Morrison

»Allmänläkarnas framtid i Stockholms läns är ljus och hoppfull.«

Förändringar sker nu i svensk primärvård i ett sällan skådat tempo. Olika typer av vårdval, listsystem, nya ersättnings-system etc införs i olika landsting. Vi som har arbetat i flera decennier i svensk primärvård vet att vi får finna oss i olika system i olika landsting beroende på den svenska sjukvårdsorganisationen – självständiga landsting. Distriktsläkarföreningen (DLF) och Läkarförbundet gjorde för flera år sedan ett försök att återigen få till stånd ett nationellt husläkarsystem. Projektet fick namnet »Protos« och väckte motstånd på många håll i landet, hos Landstingsförbundet, landstingspolitiker och hos andra fackliga organisationer i primärvården. Protos blev dessvärre heller inte ny politik för Alliansregeringen efter valet 2006.

Stockholms läns landsting (SLL) har utarbetat och infört ett eget system, »Vårdval Stockholm«, från och med den 1 januari 2008. Detta system liknar i mångt och mycket det



GÖRAN SJÖNELL
specialist i
allmänmedicin,
Stockholm



MIKAEL STOLT
specialist i
allmänmedicin,
Djursholm

gemensamma förslaget från Sveriges distriktsläkare/ husläkare/familjeläkare = Protos.

Den svenska allmänläkarkåren har genom åren haft olika uppfattningar om hur ett bra svenskt primärvårds-system ska byggas. Husläkarlagen infördes 1992 men avskaffades 1994, och olika varianter har funnits i olika landsting genom åren.

Under arbetet med Protos kom svenska allmänläkare så småningom att enas om ett enhetligt förslag som till stor del liknar det som finns i de västeuropeiska länderna och som var underlaget för »fastlegereformen« i Norge 2001. De viktigaste kriterierna för ett välfungerande husläkarsystem, som ger god kvalitet och vård till patienterna men också god arbetstillfredsställelse och inkomster för allmänläkarna, finns i Protosförslaget och kan sammanfattas i följande punkter.

Allmänläkarnas hjärtefrågor:

1. Kontinuitet, personlig läkare
2. Enhetlig ersättning för arbete = rättvisa
3. Rätt att själv avgränsa sin arbetsvolym/arbetsinsats
4. Ett starkt läkarinflytande över och ansvar för vardagsverksamheten
5. God ekonomisk ersättning för eget arbete
6. Lättillgänglig vård för läkarens patienter

7. En fri arbetsmarknad för allmänläkarna
8. Patienten i centrum – ett patientcentrerat arbetssätt
9. Prevention – förebyggande insatser för att förhindra sjukdomar hos allmänläkarnas patienter
10. Möjligheter att göra hembesök hos egna patienter när medicinska skäl så påkallar.

Vi menar att Vårdval Stockholm till största delen uppfyllt allmänläkarnas hjärtefrågor på följande sätt:

1. Kontinuitet – långsiktigt – för allmänläkarnas patienter garanteras genom ett listsystem där patienten aktivt väljer sin egen läkare och där patienten har rätt att byta läkare. Kontinuiteten stimuleras också av eget entreprenörskap eftersom entreprenörer kvarstannar längre på platsen/orten än löneanställda läkare. I Stockholm stärks också kontinuiteten av en trend till ökat krav på remisser av specialisterna när de ska ta emot sina patienter i landstinget.
2. Genom att ge lika ersättning till alla, det vill säga en enhetlig kapitering och enhetlig patientersättning, har tidigare orimliga skillnader i ersättningar (kapitering) försvunnit och rättvisa skapats. Vidare har full momsom-

pensation för privata entreprenörer införts i Vårdval Stockholm, vilket garanterar rättvis ersättning och konkurrensneutralitet mellan offentligt och privat verksamhet.

3. Genom att läkaren kan sätta tak på sin egen lista och därmed sätta stopp för nya listade patienter kan läkaren själv tydligt påverka sitt eget vardagsarbete. Deltider möjliggörs även genom detta system.

4. Vårdval Stockholm har tydligt prioriterat läkarnas insatser i ersättningssystemet (vid KvartersAkuten Matteus har läkarnas andel av budgetintäkterna ökat från 50 till 70 procent). Därmed har läkarnas inflytande på och ansvar för respektive mottagning ökat. Listsystemet, där patienten aktivt väljer läkare, ökar även det läkarens betydelse på mottagningen.

5. God ekonomisk ersättning för eget arbete har införts genom att ersättningen för läkarnas insatser i genomsnitt starkt har förbättrats i Vårdval Stockholm jämfört med tidigare. Detta skulle av danska och norska läkare kallas för löneförhöjning, men eftersom systemet tidigare varit väldigt orättvist är det svårt att påstå något sådant i Stockholms läns landsting. Allmänt sett kommer nu en heltidsarbetande allmänläkare, med 1 500 patienter på

listan och 3 000 patientbesök per år, att ha en lön för sitt arbete som tydligt överstiger överläkarnas på sjukhusen, det vill säga en god ersättning för egen viktig arbetsinsats i vårdens första linje.

6. Genom att besöksersättningen i Vårdval Stockholm svarar för ca 60 procent av läkarens ersättning, en ökning jämfört med tidigare, förbättras också möjligheterna för patienterna att få träffa sina läkare. Ekonomiska incitament gynnar tillgängligheten för alla patienter genom en ökad besöksfrekvens. Genom att läkarna har dygnetruntansvar för patienten så ökar läkarnas insatser även på jourtid, vilket kan ge patienterna en bättre tillgänglighet till egen läkare.

7. Vårdval Stockholm innebär etableringsfrihet för specialister i allmänmedicin, geriatrik och pediatrik, och därmed har den fria arbetsmarknaden skapats.

8. Genom att bygga system med listor, och ersättningar enligt lista med kapitering, samt rätt att byta doktor kommer patienten mer tydligt i centrum än tidigare. Bonussystemen i Vårdval Stockholm innebär bland annat att bemötande, telefontillgänglighet och patientnöjdhet mäts och ersätts. Detta innebär tydligt att patienten sätts i centrum och att hennes uppfattning även styr de ekonomiska ersättningarna.

9. Tidigare ersättning för hembesök i Stockholms läns landsting har varit låg, bara något mer än för ett mottagningsbesök. Nu har ersättningen tydligt ökat, vilket gör att ett hembesök blir ekonomiskt likställt med två mottagningsbesök. Därmed ökar möjligheten att läkarna, utan att förlora ersättningar till sina mottagningar, kan göra de hembesök som behövs. Jämfört med andra länder är andelen hembesök i svensk primärvård mycket låg. Hembesök är av tradition ett adelsmärke för den internationella allmänmedicinen.

10. Att läkaren känner patienten, det vill säga att patienten finns på en lista och att kontinuitet finns i systemet, ökar möjligheterna för läkaren att i den individuella preventionen förmå patienten att ändra sin livsstil. Tidig upptäckt av sjukdom underlättas av personliga relationer mellan läkare och patient.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att Vårdval Stockholm till största delen uppfyller

allmänläkarnas mångåriga önskemål och krav på en väl fungerande primärvård. Allmänläkarnas hjärtefrågor uppfylls i de flesta fall. En femtedel av Sveriges befolkning (Stockholms läns landsting) kommer nu att få ett husläkarsystem som i mångt och mycket är likvärdigt med de som sedan många decennier är etablerade i Västeuropa.

Allmänläkarna i Stockholm ska rikta ett stort tack till Di-

striktsläkarföreningen och Läkarförbundet för att Protos nu blivit verklighet i Stockholm. Vidare ska politiker och tjänstemän i SLL, som konstruerat och drivit igenom Vårdval Stockholm, ha en eloge för detta viktiga och ibland hårt kritiserade arbete. Allmänläkarnas framtid i Stockholms läns är ljus och hoppfull.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REPLIK TILL EVA NILSSON BÅGENHOLM:

Moderniseringen av NHS är av intresse

■ Jag tackar för ordförandens utförliga svar [1] om vad som har gjorts och vilka Läkarförbundets ambitioner är när det gäller både kvinnliga läkare och allmänläkare. Vad jag saknar är i vad mån dessa ambitioner haft någon effekt.

Det är tråkigt att Läkarförbundets ordförande och jag tycks tala förbi varandra. Kanske beror det på att jag varit oklar i min omtanke om allmänmedicin och kvinnliga läkare. Det var också oklokt att ta upp två endast delvis besläktade stora frågor i samma inlägg.

När det gäller primärvård har så vitt jag vet alla inblandade velat satsa på primärvård och allmänmedicin sedan 1970-talet. Litet har åstadkommit, och nyligen meddelades att antalet läkare med specialitet allmänmedicin minskar. Att Vårdval Stockholm skulle kunna påverka utvecklingen är väl optimistiskt i överkant.

På ett liknande sätt har det väl inte varit möjligt att diskutera vad den ökande andelen kvinnliga läkare kommer att betyda, eller ens veta om förhållandena i Sverige är desamma som i Storbritannien, Kanada och USA [2-4].

Varför jag tog upp England som exempel var inte för NHS historia – även om jag hör till en generation som arbetade

lika mycket som engelsmännen – utan för att man nu gör krafttag för att rätta till de missförhållanden som rått. Det samarbete mellan profession, politiker och tjänstemän som äger rum i ett försök att modernisera NHS vore något för oss att ta efter.

Den utredning om den framtida strukturen av läkarkåren i England som fått namn av sir John Tooke [5] har inneburit ett omfattande samarbete, bland annat innefattande en elektronisk enkät till läkarkåren som besvarades av 4 630 individer som avgav 370 127 svar till utredningens frågor.

Den 237 sidor omfattande rapporten utmynnar i 47 rekommendationer. Enkätsvaren medförde att en del av rekommendationerna omformulerades. Den innehåller också en jämförelse med tillståndet i USA, Kanada, Australien, Frankrike, Tyskland och Sverige rörande utbildning och myndighetskontroll av läkartillgång och läkare.

Även om upprustningen av läkarutbildning och -tillgång kommit sent är Tookes rapport väl värd att läsa och begrunda när man tar ställning till tillståndet i Sverige.

Jag får fortfarande känslan av att Läkarförbundet tror sig kunna styra utvecklingen för handlingsvägen, medan de

förändringar som krävs för att läkararbetskraften ska utnyttjas där den verkligen behövs fordrar betydligt större ansträngningar och ett öppet samarbete med alla dem som bestämmer.

Problemets vidd när det gäller utnyttjande av den kvinnliga arbetskraften visas också av att litteraturen rörande dessa frågor ökar [2-4, 6] och nu är så omfattande att den inte kan refereras i ett debattinlägg.

Lars Werkö
professor, Stockholm

REFERENSER

1. Nilsson Bågenholm E. Läkarförbundet vill skapa betingelser för ett modernt läkarliv med bra arbetsmiljö. *Läkartidningen*. 2008;105:646.
2. Bloor K, Freemantle N, Maynard A. Gender and variation in activity rates of hospital consultants. *J R Soc Med*. 2008;101:27-33.
3. Canadian Institute for Health Information: Canada's Health Care Providers. Ontario: CIHI; 2005.
4. Benedetti TJ, Baldwin LM, Andrilla CHA, Hart LG. The productivity of Washington's State's obstetrician-gynecologist workforce: does gender make a difference? *Obstet Gynecol*. 2004;103:499-505.
5. *Aspiring to excellence*. Independent inquiry into modernising medical careers led by Professor sir John Tooke. London: Aldridge Press; 2008.
6. Stone P. *Opting out? Why women really quit careers and head home*. Berkeley: University of California Press; 2007.