
Befolkningsansvar i primärvården

HANS BLOMBERG

Med folkhälsolagen 1972 övergick man från kommunalläkarsystemet till ett system med hälsocentraler. Kommunen har ansvar för befolkningens hälsa, och ansvaret har delegerats till hälsocentralen. Före folkhälsolagen fanns det ca 780 kommunalläkare; i oktober 2002 hade vi 3 500 hälsocentralläkare.

När hälsocentralnätet hade byggts ut, konstaterade man att den byråkratiska modell som hade skapats inte förmådde garantera den servicenivå som kommuninvånarna önskade, speciellt upplevdes möjligheten att erhålla tjänster som ett problem. Därför kom de första experimenten med husläkare i slutet av 1980-talet. I den traditionella hälsocentralsmodellen för organisationen har hälsocentralen ett kollektivt ansvar för befolkningens hälsa. I husläkarmodellen har den enskilde läkaren ansvar för de människor (ansvarsbefolkning) som har tilldelats honom eller henne.

För att motivera läkarna tog man i bruk ett särskilt läkaravtal med befolkningsansvar i början av 1990-talet. Enligt detta avtal får husläkarna en grundlön som är lägre än det traditionella läkaravtalet förutsätter. Men därtill får de en besöksavgift för varje patient som använder läkartjänster obetydligt och en fast månadsavgift för patienter, som använder tjänster i större omfattning (d.v.s. har besökt hälsocentralens läkarmottagning tre eller flera gånger under det föregående året). Arbetstidslagen gäller inte för husläkarna, de har ingen fast arbetstid men förutsätts vara anträffbara för "sina" patienter dagligen med undantag av lördagar och söndagar samt avtalade helgdagar. Enligt avtalet skall en person som ingår i läkarens befolkningsansvar få kontakt med läkaren och ges vård i huvudsak under läkarens följande arbetsdag men dock senast inom tre dagar efter det att han/hon kontaktade hälsocentralen för att konsultera läkaren. När kommunerna byggde upp sitt husläkarsystem kunde de också välja det traditionella läkaravtalet, där läkarens arbetstid är 37 timmar i veckan. I slutet av år 2003

använde 104 hälsocentraler husläkaravtalet, som då gällde 1 825 läkare, vilkas befolkningsansvar omfattade 69 procent av landets befolkning (1).

I början visade erfarenheterna från hälsocentraler som hade övergått till husläkarsystemet genom att tillämpa läkaravtalet för befolkningsansvar, att det hade blivit väsentligt lättare att komma till läkarmottagningarna. Köerna till läkarmottagningarna hade minskat, och man kom till sin egen läkare inom tre dygn, i brådskande fall även samma dag. En större del av befolkningen än före införande av husläkarmodellen hade besökt läkarna, och besöken hade i större utsträckning än tidigare gjorts hos husläkaren. Man

FÖRFATTAREN

ML Hans Blomberg är chefläkare vid Sibbo hälsocentral

konstaterade att husläkarna klarade sig med färre diagnostiska prov och mindre användning av specialiserad sjukvård och sjukhusvård.

Många hälsocentraler övergick till husläkaravtalet bl.a. av rekryteringsskäl för att husläkaravtalet gav läkarna i snitt ca 1 000 euro högre månadslön. Vid vissa hälsocentraler har man övergett husläkaravtalet och övergått till det gamla systemet med klar tidsbeställning, eftersom läkarna tröttnade på den aldrig sinande patientströmmen. Läkarnas lön hade dock förblivit på husläkaravtalets nivå (2).

HUSLÄKARAVTALET BÖR UTVECKLAS

Samtidigt som man har ansett att husläkaravtalet har fungerat bra, har man varit enig om att det bör utvecklas. Intervjuer med sakkunniga har gett följande orsaker till att det måste utvecklas (1).

- Avtalet gör att läkarna är ovilliga att sköta andra läkares patienter, vilket försvårar hälsocentralens verksamhet bl.a. när en läkare blir sjuk.
- Läkarna är inte intresserade av förebyggande arbete.
- Kvinnliga läkare och yngre läkare gör i allmänhet inte hembesök, trots att det skulle vara viktigt bl.a. för att patienterna inte skall belasta den specialiserade sjukvården.
- Avgifterna för olika ingrepp gör verksamheten prestationsinriktad.
- Avgifter för ingrepp och besök orsakar avund och försvårar en ändamålsenlig arbetsfördelning och delegering av uppgifter. En del läkare har tagit på sig uppgifter som sjukskötare tidigare har handhaft, och därigenom räcker inte läkares resurser för uppgifter som sjukskötare inte kan handlägga.
- Det uppstår konflikter mellan läkarna i fråga om befolkningsansvaret. Det är svårt att beräkna hur arbetskrävande en viss befolkning är; antalet personer varierar mellan 2 700 och 2 050 i de stora städerna.

ORGANISERING AV ARBETET

Ett välfungerande husläkarsystem fordrar att läkarna förbinder sig att sköta sin befolkning

under en längre tid. Unga läkares motivation att gå in för ett långvarigt och helhetsorienterat befolkningsansvar är en problematisk fråga. I en undersökning i form av en enkät som omfattade hela Finland påtalade hälsocentralläkarna olägenheter som stress och bundenhet vid arbetet, problem med tillgången till vikarier, trubbel med ledningen och dåliga forskningsutsikter (3).

En central punkt i husläkaravtalet är ansvaret för en viss befolkning och ingen fastställd arbetstid. Här ligger faran för överbelastning. Ledningen för hälsocentralen bör kunna fördela arbetet rättvist. Men hur stort är den enskilde läkares ansvar då det gäller patienternas utnyttjande av läkartjänster? Läkaren, som är förtrogen med sitt arbete, kan till en del påverka vilka patienter som kommer till mottagningen. Läkaren blir också tvungen att ta ställning till olika rekommendationer om god medicinsk praxis. Rekommendationerna innehåller algoritmer med avseende på när och hur ofta en patient skall besöka sin läkare. Både patienter och annan vårdpersonal är väl medvetna om dessa. Kan läkaren då begränsa kontakterna med hänvisning till sin begränsade disponibla tid, eller är enda möjligheten att allokera mera resurser för arbetet?

Läkare som arbetar som privatföretagare med helhetsansvar för en viss befolkning skulle möjligen ha ett större intresse av att utveckla vården. I Finland har det inte hittills? funnits vilja att ordna primärvården genom att köpa tjänsterna av privatläkare, som t.ex. i Storbritannien, Nederländerna eller Danmark.

Det verkar som största delen av dagens läkare uppskattar en begränsad arbetstid med inbyggda skyddsmekanismer för överbelastning. Stafettfirmorna, som förmedlar läkare till hälsocentralerna, har beaktat detta i sina avtal. I avtalen ingår begränsningar: antalet patienter per timme, klart avgränsade matpauser, tid för telefonsamtal, tid för pappersarbete och begränsad arbetstid. Avtalet innehåller också krav på handledning och utbildning. Om avvikelser förekommer, bör förhandlingar föras med läkaren. Dessa faktorer bör arbetsgivaren beakta även för kommunalt anställda hälsocentralläkare, men de beaktas inte alltid i praktiken.

LÖNEN

Stafettfirman betalar en fast timlön oberoende av prestationer. Stafettläkarens lön är klart högre än den lön som betalas enligt det kommunala läkaravtalet, detta gäller i ett läge när hälsocentralerna har stora svårigheter att rekrytera läkare.

Trots att kontrollen över och innehållet i det egna arbetet kommer att vara den viktigaste faktorn för hälsocentralläkaren även i framtiden, kommer nog löneutvecklingen att ha en central roll. Läkarnas löner är jämför-

bara med lönen för personer i ledande ställning inom den kommunala sektorn. De kommunala lönerna släpar dock efter de privata. Lönesättningen kommer att utgöra en stor utmaning även i framtiden när läkarbrist troligen inte längre förekommer.

ML HANS BLOMBERG
SIBBO HÄLSOCENTRAL
PB 23
04131 SIBBO
hans.blomberg@sipoo.fi

REFERENSER

1. Omalääkärijärjestelmän selvitys- kehittämissuuryhmä 2004. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki 2004-10-27
2. Uotila Eila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen, STM Selvityksiä 2004:3
3. Vehviläinen Arto, Takala Jorma, Haggren Outi, Vihola Tuuli, Kumpusalo Esko. Lääkärien arviot terveyskeskusten toimivuudesta - Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus II, Suomen Lääkärilehti 2002; 57:5063-67.