

Remissvar från SFAM BD

Ang VÅRDVAL I NORRA REGIONEN
Diskussionsunderlag 2009-03-03 Caj Skoglund

Vi har valt att utforma vårt remissvar i ett par korta sammanfattande punkter och därefter går vi igenom hela förslaget och utvecklar våra synpunkter. Alla sidhänvisningar är till Caj Skoglunds diskussionsunderlag.

Vi tycker att det är anmärkningsvärt att den medicinska professionen inte har varit involverade i utredningen. Vi förutsätter att allmänläkarna, som innehar det högsta medicinska ansvaret för den vård som bedrivs på landstingets primärvårdsenheter, kommer att konsulteras i det framtida arbetet med att utforma Vårdval Norrbotten.

Sammanfattning av de punkter vi anser viktigast när ett Vårdval Norrbotten skall utformas

1. Den läkare som är verksam i vårdvalet skall vara specialist i allmänmedicin eller ämna förvärva sådan kompetens.
Detta bör tydligt anges i villkoren för att kunna gå in i vårdval
2. Listningen skall ske på doktor, och det skall finnas ett tak för doktorn, Det är viktigt att vårdvalet medför en reell chans för norrbottningen att välja en egen fast doktor.
3. Man skall ha en hög fast ersättning s.k. kapitering . Men vi anser att det är viktigt att man tar hänsyn till socioekonomiska faktorer
4. Vi är mycket kritiska till att man använder s.k., öppna jämförelser i uppföljningssyfte. Och vi är medvetna om svårigheterna att hitta indikatorer som på ett korrekt sätt speglar den allmänmedicinska verksamheten, Men sådant arbete pågår inom SFAM och vi är beredda att bistå i detta arbete,
5. Alla enheter i vårdvalet ska vara skyldiga att ta emot medicine studerande, och andra elever skyldiga att ta emot AT-läkare medicine studerande, och andra elever. Man bör tydligt formulera vilka krav som skall ställas på den enhet som får anställa ST-läkare. ST-läkare inom såväl privat som landstingsdriven regi bör ligga under samma områdes studierektor.
6. Det är också viktigt att betona kompetensutveckling som en skyldighet och inte bara en rättighet. Likaså saknas också närmare beskrivning av hur allmänmedicinsk forskning skall stimuleras och tillgodoses.

Ökad makt till patienten? Makt till vad?

Lagen om vårdval och förändringen av hälso- och sjukvårdslagen § 5 (som innebar rätt för varje medborgare att välja en egen läkare, en specialist i allmänmedicin), innebär ett paradigmskifte i svensk sjukvård.

Det har visserligen under många år varit svårt att fylla upp rocken, dvs. leva upp till de uttalade intentionerna om en egen läkare för alla medborgare. Men nu har man beslutat att tvärtemot vad som fungerar i så många andra länder (bl.a. våra grannländer Danmark och Norge, med egen fast läkare), införa ett system där man som patient/medborgare inte är garanterad rätten att välja annat än en organisation. Detta går stick i stäv med vad all internationell forskning visar: Om man vill ha ett system som är hälsobefrämjande, så skall medborgaren kunna välja på individnivå och kunna välja en allmänläkare.

SFAM Norrbotten har följt den nationella vårdvalsdebatten och har med stort intresse sett fram emot detta diskussionsunderlag.

Vi har länge hävdat norrbottningens rätt att få välja sin egen läkare, men tyvärr innebär diskussionsunderlaget något helt annat.

Vi har dock fortfarande förhoppningen att utformningen av vårdval i Norrbotten ska kunna leda till en förbättrad rekrytering av allmänläkare till vårt län. Vi tror nämligen att det är möjligt.

På sid. 6 skriver CS

- En översyn av ansvars- och resursfördelningen mellan landstingets primärvårdsorganisation och andra delar av landstinget bör genomföras under 2009.

Denna skrivning välkomnar vi och hoppas att man tar till sig den i landstings- och primärvårdsledningen, för om inte denna översyn görs och resurserna fördelas annorlunda än i dag så kommer inget vårdvalsförslag i världen hjälpa befolkningen i Norrbotten att få tillgång till en egen läkare i primärvården.

Det krävs mod och en humanistisk grundsyn från de politiker som beslutar om en sådan åtgärd.

Om vårdvalet ska kunna fungera krävs det ekonomiska resurser (Jfr Halland som tillsköt ca 100 miljoner till sin primärvård vid införandet av Vårdval) En väl utbyggd och väl fungerande primärvård är kostnadseffektiv och sparar i det långa loppet pengar åt norrbottningarna.

Fast läkarkontakt

All forskning på området visar att en fast läkarkontakt med möjlighet till kontinuitet, förbättrar trygghet och hälsa för patienter, minskar läkemedelsanvändandet och ger den mest lönsamma vården.

Därför är det viktigt **att samtliga norrbottningar skall ha möjlighet till fast läkarkontakt**. Detta skall inte enbart vara förbehållet patienter med vissa sjukdomar, så som det står i CS; s förslag på sid 27

Såväl läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens som läkare med annan specialistkompetens ska kunna vara verksamma inom vårdvals-systemet i norra regionen.

Patienter med nedsatt autonomi, med kroniska sjukdomar, vårdkrävande äldre eller patienter i övrigt där kontinuitet i vården är viktigt för en god livskvalitet ska erbjudas en fast läkarkontakt som innehar specialistkompetens i allmänmedicin.

En specialist i allmänmedicin är utbildad att hantera hälsoproblemen i hela befolkningen. Man kan inte erbjuda endast delar av befolkningen kontinuitet, utifrån vilken sjukdom man har. Detta strider helt mot allmänmedicinska principer.

SFAM Norrbotten vill vara väldigt tydliga med att en välfungerande primärvård bygger på att de läkare som etablerar sig skall ha ett och samma uppdrag: att ta hand om befolkningen utan avgränsning utifrån sjukdomar och symtom.

SFAM Norrbotten föreslår:

. Den fasta läkaren skall vara specialist i allmänmedicin eller en läkare på väg att bli specialist i allmänmedicin.

Vi vänder oss därmed emot skrivningen i förslaget.

Tvärtemot vad som skrivs, kan Norrbottens landsting använda argumenten som vi för fram för att rekrytera allmänläkare. ("Norrbotten-modellen" innebär en satsning på allmänmedicin, det man satsar på kan man uppnå, jfr Halland som satsade på teckningsgrad och man har uppnått en ökad sådan).

Vi menar att de läkare med annan specialistkompetens som går in i vårdvalet skall göra det i akt och mening att förvärva specialistkompetens i allmänmedicin (jämför husläkarreformen). Detta skall tydligt anges i villkoren för att kunna gå in i vårdval. På så vis kan kvaliteten i vården för befolkningen i Norrbotten garanteras.

Man borde se vårdval som en möjlighet att locka till sig läkare. I Norrbotten finns det många specialister i allmänmedicin som, om sådana möjligheter öppnade sig kanske skulle välja att komma tillbaka till primärvården.

Vår ståndpunkt är att skall man etablera sig inom vårdvalssystemet så skall man ta hela ansvaret.

Listning på läkare eller på vårdenhet

CS väljer att som på flera andra håll i landet föreslå: Listning på vårdenhet, istället för listning på läkare. Se sid. 20

Medborgarnas val ska avse listning på enhet (vårdcentral/hälsocentral), inte enskild vårdgivare. En central enhet inom landstinget ("listningskansli") som är fristående från primärvården i egen regi ska svara för listningen.

Varje vårdenhet har ansvaret för att de patienter som så önskar kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Inte minst viktigt är att en sådan möjlighet aktivt erbjuds patienter med nedsatt autonomi inklusive barn, med kroniska sjukdomar, vårdkrävande äldre eller patienter i övrigt där kontinuitet i vården är viktigt för en god livskvalitet. Varje leverantör ska i den årsberättelse som ska inges till landstinget redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att säkerställa att patienter med ett särskilt stort behov av kontinuitet i vården erbjudits en fast läkarkontakt.

Argumenten för detta är de stora vakanserna som finns idag. CS föreslår som lösning, listning på enhet i stället. Den uppenbara bristen med detta förslag är att dessa enheter inte blir bättre bemannade för att man inför vårdval. Det förefaller vilseledande inte minst för patienterna då de även i fortsättningen kommer att behöva gå till "veckans stafett".

Man kan också tolka CS text som att vårdenheten efter vårdvalet skulle få ansvaret för att det finns en doktor till patienterna. Vidare innebär CS:s förslag att på vårdenheter med få "fasta" doktorer skall de multisjuka patienterna koncentreras till dessa doktorer. Denna en skrivning vänder vi oss starkt emot. Modell uppbyggd i enlighet med CS:s skrivelse innebär att de allmänläkare som arbetar på en underbemannad enhet riskerar att endast få arbeta med svårt sjuka eller kroniska patienter. Detta medför en mycket hög arbetsbelastning och är varken bra ur patient eller läkarperspektiv. Vi tror att ett dylikt system hotar läkarbemanningen samt tillintetgör alla rekryteringsförsök.

Vi anser att listning skall ske på enskild doktor och att det skall finnas ett tak och att

Samtliga doktorer i vårdvalet skall ha samma uppdrag.

Ersättningssystem

Förslaget om hög fast ersättning, kapitering stöder vi,

Gör vårdval i Norrbotten så attraktivt så att de privata specialister i allmänmedicin som vi har i länet väljer att ansluta sig.

Detta är en mer framkomlig väg än förslaget att den enhet där patienten är listad skall betala kostnader hos privata "taxeläkare". Vi kan inte heller stödja förslaget att den enhet där patienten är listad skall betala kostnader hos privata sjukgymnaster eller

andra privata vårdgivare om vi inte skrivit remiss till dessa. Detta är onödigt kostnadsdrivande.

Vi vill poängtera att när man fastställer kapitering så bör man ta hänsyn till socioekonomiska faktorer. Olika studier har visat att detta är starka faktorer för att beskriva behovet av vård, starkare än åldersfaktorer precis som det står i diskussionsunderlaget sid. 33.

Hänsyn till socioekonomiska förhållanden

Beräkningar inom ramen för det nationella utjämningsystemet har visat att en modell som tar hänsyn också till socioekonomiska förhållanden samt glesbygdens specifika förutsättningar ger en mer rättvis resursfördelning än ett system som bara bygger på ålder.

Vi stöder därför delar av förslaget på sid 34

Ersättningssystemet bör från och med 2010 innehålla ersättning för socioekonomiska faktorer enligt den modell som redan tillämpas av landstingen i Västernorrland och Västerbotten. Varje landsting fastställer lämplig nivå för denna ersättning.

På sikt kan övervägas att införa ersättning enligt den så kallade CNI-modellen. Landstingen bör därför följa erfarenheterna av det utvecklingsarbete som nu bedrivs.

SFAM Norrbotten vill hänvisa till en nyligen i Läkartidningen publicerad artikel (Läkartidningen nr 11 2009 volym 106, sid. 732, Kjell Lindström, Sven Engström, Lars Borgquist et al) som beskriver ekonomiska styrsystem, i förhållande faktiska vårdkostnader. Care Need Index(CNI) är ett av de system man granskar. Data går att ta fram ända ner på individnivå (via SCB), enligt författarna.

Det är glädjande att CS utredning precis som artikelförfattarna lyfter fram Care Need Index (CNI). Vi vill därför föreslå att man tittar närmare på detta system redan från början.

Uppföljningssystem

Naturligtvis skall landstinget ha en möjlighet att följa upp vad man gör med skattebetalarnas pengar, men detta kan göras och på många olika sätt, och vi är starkt kritiska till förslaget på sid 39

Samtliga vårdgivare ska medverka i det nationella projektet för öppna jämförelser.

Landstinget äger rätt att på egen hand genomföra patientenkäter som omfattar samtliga vårdgivare liksom att medverka inom ramen för nationella patientenkäter.

Samtliga resultat kan komma att offentliggöras på enhetsnivå.

Samt vad som står på sid 5

- Resultaten av pågående projekt på nationell nivå bör successivt införlivas i uppföljningssystemet (öppna jämförelser, nationell patientenkät, Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård etc.).

Våra erfarenheter av dessa uppföljningssystem är att de säger mycket lite om allmänmedicinsk verksamhet. Öppna Jämförelser fungerar inte på vårdcentralsnivå. Dessa system medför en ökad administration som går ut över patientarbetet. CS lyfter själv fram kvalitetsbrister i kvalitetsunderlaget på sid 42 där han bl.a. hänvisar till en artikel i Läkartidningen av Bengt Järhult m.fl. De olika register som finns är i allmänhet endimensionella och lyfter fram en enda sjukdom. Så ser inte den allmänmedicinska verksamheten ut, Möjligheten att länka sig direkt från VAS till www.pvkvalitet.se bör ses över. Pvkvalitet är ett verktyg för kvalitetsutveckling som allmänläkare kan använda sig av för att se över sitt vardagsarbete. Det är ett webbaserat verktyg som bygger på SFAMs "Mål och Mått" och är skapat av svensk expertis på kvalitetsarbete i primärvården. Vi erbjuder oss naturligtvis vara med och utforma ett mätsystem som är tillämpbar i vår verksamhet. Och som kan underlätta för beställaren att ställa de krav på verksamheterna, som är bäst för patienterna, och som kan underlätta att följa upp dessa krav. Det arbete med kvalitetsindikatorer som pågår inom primärvården i norra regionen bör granskas.

Utbildning, kompetensutveckling och forskning.

Det är bra att det tydligt markeras att alla leverantörer ska vara skyldiga att ta emot AT-läkare, praktikanter och andra elever.

Villkoren för ST utbildning bör lyftas fram. Man bör tydligare markera vilka krav som skall ställas på den enhet som vill anställa ST-läkare. Vi tänker främst på utbildning, ST-träffar, handledning.

Man bör tydligare markera på vilket sätt studierektorsorganisationen påverkas av vårdvalet. Vi rekommenderar att man precis som idag har en områdesgemensam studierektor och att eventuella ST-läkare på privata enheter hör till den studierektorsfunktionen.

Vi saknar skrivning om kompetensutveckling som en skyldighet och inte bara en rättighet. Stimulering och behovet av allmänmedicinsk forskning måste lyftas fram

Piteå den 31 mars 2009

Styrelsen för SFAM BD

gn Maria Truedsson ordf

Maria.truedsson@telia.com

Tel 070-2551032