



2008-06-02

## **Regelboken 2009, hur kan den förbättras?**

Regelboken är det dokument som styr hur primärvården ska arbeta och vilka ersättningar den erhåller. Den är intressant för all medicinsk verksamhet då liknande Regelböcker kommer att införas för långt fler än bara inom primärvården.

Regelboken började gälla 2008-01-01. Inför 2009 års Regelbok har Beställarkontor Vård inom Landstinget huvudsakligen diskuterat med politiker och med chefer inom primärvården om vilka förändringar som kan vara aktuella att genomföra.

SLSOs Läkarförening anser med all rätt att våra medlemmar har många kloka synpunkter i frågan. Därför bjöd vi själva in oss till ett möte med den tjänsteman som är ytterst ansvarig för Regelboken. Vi var förstärka av Stockholms Läkarförening i detta.

Givetvis delar inte alla alla åsikter, men 20-punktsprogrammet är väl förankrat. Så vi vet att de flesta av oss delar det mesta av det som står. Det är också vårt att notera att vi inte har något ägarintresse eller annat intresse som kan påverka vårt rent professionella intresse.

Det är viktig, både för dig och för din patient, att du tar aktiv del i de förändringar som nu äger rum inom vården och gör din stämma hörd.

Med vänlig hälsning

Gunnar Berglund  
Styrelsens ordförande  
SLSOs Läkarförening, sektion av Stockholms Läkarförening  
Distriktsläkare

## Förbättringar av Regelboken för Primärvård inför 2009

Gunnar Berglund, 2008-04-23

Sidan 1 av 7

Tack för frågan om hur Regelboken kan förbättras. Frågan är mycket viktig. Regelboken har inneburit en tydligare roll för primärvården. Att samma regler gäller alla vårdgivare är ur konkurrenssynpunkt bra.

Den nuvarande regelboken är ett hastverk. Det syns tydligt att ingen tid för reflektion förelegat. Inte heller har SLLs tjänstemän velat släppa kontrollen av primärvården trots att valet nu ska ligga hos den faktiska beställaren – patienten.

1. Huvudkritiken är att läkare som redan har haft det tungt på sitt arbete har det nu tyngre, men ökad risk för patientsäkerheten genom fel pga trötthet och överansträngning och givetvis i förlängningen ökad risk för vakanser. Dessutom önskas nu att många tar fler besök, vilket innebär att man tar emot högljudda 60- och 70-talisternas barn med snuva istället för att ta hand om tystlåtna multisjuka äldre människor i stort behov av den breda vård just primärvården är experter på. ***Man offerar således de gamla och sjuka på tillgänglighetens altare.***
2. Ersättningsnivåerna är generellt för låga för att primärvård långsiktigt ska kunna fungera.
3. En stor del av arbetet sker över telefon, t ex rådgivning och ibland beslut om remittering eller andra åtgärder. Det är en uppskattad service. För att kunna fortsätta med den behöver givetvis servicen ersättas.
4. Landstinget har tydliggjort en önskan att lägga in en allt större del av läkemedelskostnaden på den enskilda mottagningen. Detta är ett hot mot patientsäkerheten. Sannolikt klarar inte alla läkare att stå emot krav från icke-medicinskt kunniga chefer att skriva ut det läkemedel som är bäst för patienten. Dessutom kan det slumpa sig så att flera patienter med exempelvis reumatoid artrit, ledgångsreumatism, kan bo i samma område och behöva Enbrel. Hur ska en liten vårdgivare klara detta? Det viktiga är att läkaren är välutbildad och väl fortbildad inom terapiområdet, något Vårdval förhindrar.
5. Genom ett borttagande av betalningsansvaret för medicinsk service ökar patientsäkerheten. Det sker då läkaren, väl fortbildad, kan välja den mest ändamålsenliga undersökningen. Risken för att patienten bollas mellan mottagningar minskar också.
6. När det gäller uppföljning är önskemålet från beställaren att få ta del av mycket information. Mycket information är sannolikt inte tolkningsbar för beställaren. Vad betyder t ex det långsiktiga sockervär-

det, HbA1C, om man inte vet vilken patientstock detta tagits i? Skillnaden mellan vårdgivare som ligger i stora arbetsplatser och vårdgivare som ligger i område med många dementa eller många analfabeter är mycket stor – säg den beställare som kan hantera det. Välj ut nya kvalitetsindikatorer som är bättre ur medicinsk synpunkt. Gör detta val med oss specialister i allmänmedicin. Begränsa antalet parametrar så kostnaden för inrapportering inte blir så hög.

7. Det bör åligga beställaren att säkerställa att vården sker enligt evidenced based medicine och vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför bör beställaren säkerställa att samtliga läkare får tillräckligt mycket fortbildning.
8. Någon ytterligare differentiering behövs av kapiteringsersättningen. I bl a Skåne provas ett nytt system många inom DLF tror på. Givetvis är det tyngre att ta hand om en patient från ett krigshärjat område som inte vet var hjärtat sitter eller vad det gör än att ta hand om en normalutbildad person som kan språket. Detta bör också avspeglas tydligare på ersättningarna vid besök, gör skillnad på vad det kostar att ta hand om en 25-åring och en 85-åring. ACG är en differentieringsmodell DLF Stockholm fattat tycke för, så ock Region Skåne. ACG kan kopplas så att den även delvis bygger på förskrivning. Den kan få det att bli lönsamt att ta hand om två saker samtidigt. Invändningen att det är bra för 85-åringen att ofta få komma till doktorn för att ta upp ett problem åt gången för då kan man "kolla av hela patienten" säger mer om den som ger uttryck för åsikten än ekonomin. Ett alternativ är tidstaxa där tidstaxeökningen är marginellt lägre än motsvarande tid och enskilda besök.
9. Många diskussioner har förts över hur många patienter en distriktsläkare kan ta per år. Diskussionen har också gällt hur stor lista en enskild doktor klarar av. Detta är två komplexa frågor där ett svar saknas. Vi är alla olika med olika förutsättningar. Det gör att det inte finns en mall som passar alla. Några observandum är att den specialitet som ägnar minst tid åt fortbildning är distriktsläkarna trots att de ska ha den största bredden av kunskap. Detta gäller både intern och extern fortbildning. Nu, när ekonomin kräver många korta besök, enfrågebesök med målgruppen "vuxen, ej gammal, gärna uvi, otit eller halsfluss" har antalet besök ökat. Detta kan varken vara av goda för samhället, patienten eller doktorn. Dessutom har förskrivningen av antibiotika ökad mer i Halland än i övriga landet. Det går snabbare att skriva ut antibiotika än att övertyga om att inte antibiotika behövs. Dessutom kanske antibiotika skrivs ut för att behålla patienterna i den egna patientstocken. För att kunna vidareutbilda sig, överleva som läkare och väl ta hand om sina patienter har professionen tagit fram målet max 1.500 / lista och max

## Förbättringar av Regelboken för Primärvård inför 2009

Gunnar Berglund, 2008-04-23

Sidan 3 av 7

2.000 besök per år. Ingen annan storlek har professionens stöd. Kanske man ska mer dramatiskt minska ersättningen för besök som markant överstiger 2.000 besök per år. Ska primärvården fungera måste läkaren få möjlighet att fungera – genom en bra arbetsmiljö. ST-läkare ska inte kunna lista på sig patienter före erhållande av specialistkompetens.

10. Husläkareuppdraget är för fyrkantigt. Det bör delas i flera mindre områden.
  - a. Mottagningsverksamhet vardagar, det viktiga området där det mesta ska kraftsamlas.
  - b. Låt basal hemsjukvård vara ett eget uppdrag.
  - c. Områdesansvar, i nuläget ska vårdgrannar diskutera sig fram till en lösning. Det tror jag inte på. Låt områdets storlek och antal olistade i området avgöra ersättningen
  - d. Med studutbildning, de vårdcentraler som tar sig tid att verkligen utbilda blivande kollegor och inte enbart låta dem följa med en läkare måste få en extra ersättning. I nuläget är ersättningen för en kandidat lika stor som två besök, 2 uvi klaras av på max 30 minuter.
  - e. AT-utbildning, accepterar man att ta emot AT-läkare ska man få ersättning för ett extra rum och en handledare
  - f. ST-utbildningsplats, ett tecken på att vårdcentralen har en utbildad handledare och har ett rum som med kort varsel kan förvandlas till läkarrum. ST är en minst femårig tid (i snitt ca 7 år), detta gör att man som ST-läkare måste kunna få byta vårdcentral och till viss del själv välja vårdcentral. Ersättningen är en beredskapsersättning och kommer att göra ST i allmänmedicin mer lockande.
  - g. ST-utbildning, ersättning som utgår då en ST-läkare anställts och under den tid ST-läkaren är anställd. Detta ska ersätta kostanden för lokaler och handledare minskat med intäkterna under den tid ST-läkaren är inom primärvården.
  - h. Jourersättning, ersättning för att ta emot vårdcentralens listade patienter samt i förekommande fall vårdcentralens områdespatienter utanför kontorstid, inkl weekends och helger.
11. Tydliggör avgränsning mot andra vårdgrannars uppdrag, t ex mellan hemsjukvård och ASIH, mellan snävspecialistkliniker och primärvården oavsett om snävspecialistkliniken finns som privatläkare, inom öppenvården eller slutenvården. Avgränsningen mot kommunen måste också tydliggöras.
12. I media har diskuterats om läkare utan specialistkompetens i allmänmedicin skulle kunna arbeta som distriktsläkare. Detta är ett oförskämt förslag för att minska bristen på distriktsläkare. Det har

## Förbättringar av Regelboken för Primärvård inför 2009

Gunnar Berglund, 2008-04-23

Sidan 4 av 7

länge varit känt att distriktsläkare är en bristvara och att bristen blir än mer alarmerande pga pensionsavgångar. Landstinget har valt att inte göra något åt detta. Med det breda spektrum distriktsläkaren har krävs specialistkompetens, något annat är orimligt. Därför krävs att arbetsgivarna gör arbetet så attraktivt att många söker. Kanske specialister i andra discipliner under en kortare period ska kunna få arbeta som tf distriktsläkare, under handledning, till dess erfarenhet motsvarande en specialist i allmänmedicin uppnåtts. Här krävs mötter, inte hot och piskor. Till dess huvudmannen utbildad tillräckligt många läkare till specialister i allmänmedicin måste uppdraget vara så avgränsat att inte allt fler läkare väljer deltid för att kunna överleva. Huvudmannen bör också erbjuda andra specialister att komplettera sin utbildning för att erhålla specialistkompetens även i allmänmedicin.

13. Det bör åligga beställaren att säkerställa att kollektivavtal eller bättre villkor än kollektivavtal föreligger
14. En läkare som byter anställning bör kunna ta med sig sin lista om läkarens så önskar. Detta innebär att patienter kan få följa läkaren och kontinuiteten kvarhålls. Ur arbetsmiljösynpunkt och för att möjliggöra någon form av arbetsplatsomsättning ska dock den enskilde läkaren kunna avsäga sig denna möjlighet.
15. Begränsa antalet tillfällen då en patient kan byta vårdgivare, t ex 2-4 ggr per år. I annat fall saknas möjlighet att långsiktigt planera ekonomin och därigenom säkra en trygg anställning och vilja att utöka lokalerna eller tillföra ytterligare service.
16. Ge föräldrar möjlighet att lista sina barn och makar att lista sina äkta hälfter.
17. Det måste löna sig att vara listad. I nuläget finns inget incitament om man mer noggrant läser regelboken. Du kan alltid kräva att få vård, ja – som olistad måste vårdgivaren ta emot dig, som listad kan du hamna på en väntlista först. 1-0 till den olistade således. Hälsosamtalet för den 75-årige har inget med listning att göra.
18. I Dagens Medicin har framförts tanken att primärvården ska betala för besök hos annan vårdgivare. Detta förslag är en katastrof. Många "andra" vårdgivare försöker värva patienter, i en storstad finns många mottagningar. Då antalet specialister i allmänmedicin i nuläget inte motsvarar efterfrågan kan detta krav inte accepteras. Landstinget borde själv vara medvetet om detta, då landstinget är en av syndabockarna bakom den begränsande återväxten av distriktsläkare. Landstinget borde skämmas med att komma med

## Förbättringar av Regelboken för Primärvård inför 2009

Gunnar Berglund, 2008-04-23

Sidan 5 av 7

detta förslag. Bygg ut primärvården först, sätt denna typ av krav efteråt. Och tänk patientsäkerhetsmässigt: Ska de få distriktsläkare landstinget valt att utbilda förbjuda patienter att gå till andra läkare?

19. Vänd på fråga 15. Om en vårdgivare tar ersättning från landstinget för ett besök, ska man då inte kunna kräva att vårdgivaren om ytterliggare utredning behövs ska skriva en remiss till primärvården? Och om återbesök krävs hos den egna specialistenheten ska primärvården inte betala för uppföljning av prover mm? Med andra ord: Ställ krav på bättre information och remisser istället för journalkopior för internt bruk från specialistkollegor. Det gagnar patientsäkerheten. Låt enheter som slarvar betala böter till den vårdgivare patienten är listad hos. Då vakanssituationen är mest ogynnsam inom primärvården kan detta vara ett klokt drag. Att det slarvas hos andra vårdgivare kan dels bero på kultur, dels på att det administrativa stödet dragits in.
20. LEON måste åter komma till heders. Det innebär att vården sker på Lägsta Effektiva Ohändertagande Nivå. Våra duktiga undersköterskor som utför en stor insats i hemsjukvården avskedas då det är betydligt mer ekonomiskt för vårdgivaren att skicka en sjuksköterska. Ur samhällsekonomisk synpunkt är det givetvis inte så. Och läkarna utför allt mer sjuksköterskearbete, av samma skäl. Det kan väl inte vara meningen att en läkare med 12 årig utbildning ska göra sysslor andra kan göra? Kanske åtgärden ska ersättas, inte vem som utför den?

Således måste landstinget vidta en rad åtgärder för att primärvården ska kunna omhänderta uppdraget som den första linjens sjukvård nu och i framtiden.

- 1. Satsa på kvalitet och kompetens istället för enbart kvantitet. Låt inte sjuka bli offrade på tillgänglighetens altare.**
- 2. Se över de för låga ersättningsnivåerna.**
- 3. Ge ersättning för rådgivning och åtgärder beslutade vid telefonsamtal.**
- 4. För inte in betalningsansvar för läkemedel.**
- 5. Ta bort betalningsansvaret för medicinsk service.**

6. **Välj uppföljningsparametrar i samråd med proffsionen. Begränsa antalet parametrar och välj med mer omsorg.**
7. **Gör en mer kraftfull differentiering av både besöks- och kapiteringsersättning, väg in nya aspekter.**
8. **För att kunna behålla och även locka nya läkare till primärvården måste en begränsning av antalet listade och av antalet besök ske, annars kommer flykten från primärvården att öka.**
9. **Säkerställ kvaliteten på vården genom att säkerställa att fortbildning sker i tillräcklig mängd.**
10. **Dela basåtagandet till mindre delar för att göra det överskådligt:**
  - a. **Primärvårdsmottagning kontorstid**
  - b. **Basal hemsjukvård**
  - c. **Områdesansvar**
  - d. **Ersättning för med stud utbildning**
  - e. **Ersättning att ha AT-utbildning**
  - f. **Accepterande att ge ST-utbildning, mao handledare på plats och extra rum.**
  - g. **Ersättning för att ha ST-läkare.**
  - h. **Beredskap och mottagning av primärvårdsärenden under icke kontorstid.**
11. **Tydliggör avgränsning mot vårdgrannar då i nyläget mycket av andras uppgifter läcker in till den överansträngda primärvården.**
12. **Låt endast specialister i allmänmedicin arbeta som distriktsläkare, öka antalet handledare, ST-block och erbjud även kompletteringsutbildning av andra specialister.**
13. **Ackreditera endast mottagning som har kollektivavtal.**
14. **Låt en lista följa med doktorn som flyttar om doktor så önskar och patienterna godkänner det.**
15. **Begränsa antalet tillfällen per år då patienten kan byta lista.**
16. **Acceptera att gifta och familjer låter en person lista samtliga.**

## **Förbättringar av Regelboken för Primärvård inför 2009**

Gunnar Berglund, 2008-04-23

Sidan 7 av 7

- 17. Ge tydliga fördelar med att vara listad.**
- 18. Glöm helt förslaget om att primärvården skulle stå för kostnaden en listad gör hos annan vårdgivare. Det motverkar helt patientsäkerheten.**
- 19. Kräv av andra vårdgivare som haft en patientkontakt med en listad ska informera primärvården om nödvändig medicinsk information.**
- 20. Se över olika yrkeskategoriers ersättning så att rätt person utför rätt sak.**