

Egenläkarprojektet och befolkningsansvaret

Seppo Aro

Den finska primärvården är i princip primärkommunal även om planeringen är centraldirigerad. Resurserna till primärvården har under 1970–80-talen ökat snabbt och de tidigare stora regionala skillnaderna i tillgång till primärvård har minskat. Under åren 1985–87 genomfördes egenläkarprojektet i fyra stora städer för att öka tillgänglighet och vårdkontinuitet. Utvecklingen av primärvården går nu vidare med målsättningen att skapa ett riksomfattande system med befolkningsbaserad primärvård. De förbättringar man vill åstadkomma prövas i ett experiment med primärvård enligt den s k principen för befolkningsansvar. Projektet utvärderas och preliminära resultat visar bl a att tidigare köer på upp till tre veckor har försvunnit.

Seppo Aro är professor och chef för Forskningsavdelningen för hälso- och sjukvårdsforskning vid Folkhälsoinstitutet i Helsingfors.

Den finländska primärhälso- och sjukvården är i förändring. Sedan folkhälsolagen trädde i kraft 1972 och hälsovårdens planeringssystem blev centraldirigerat har resurserna inom primärvården ökat snabbt. Under en period av 10–15 år har också stora regionala skillnader i tillgång till primärtjänster minskat och till följd av kostnadsfrihet har också de socioekonomiska skillnaderna i användandet av läkartjänster minskat. Enligt OECDs utvärderingar och statistik har Finland lyckats förändra balansen mellan sjukhusvård och primärvård kanske bättre än många andra länder (1).

Trots denna positiva utveckling har vissa problem kvarstått. På många områden har det varit brist på läkare, tidsbeställningsköerna har varit t o m flera veckor, vårdkontinuiteten har varit dålig och samarbetet mellan personalgrupper och med socialvården har inte alltid fungerat.

Egenläkarprojektet förverkligades åren 1985–87 i fyra stora städer. Syftet var att öka tillgängligheten till

läkaren och förbättra vårdkontinuiteten. Experimentet gällde nästan enbart läkarnas arbete och sjukvården. Andra personalgrupper och hälsovården var inte med i experimentet. Erfarenheterna från egenläkarexperimentet var för det mesta positiva, och enkätundersökningar bland befolkningen har visat, att efterfrågan på egenläkarsystemet är stor.

Primärvård med befolkningsansvar

Målsättningen i Finland är en riksomfattande övergång till primärhälsovård med befolkningsansvar inom 3–4 år. Befolkningsansvar betyder ett system, där nämnda läkare (husläkare, egenläkare) och hälsovårdare (egenvårdare) ger primärhälsotjänster till en geografiskt bestämd befolkning och befolkningen är medveten om sin egenläkare och egenvårdare. Hälsovårdare har utbildning och arbetsuppgifter som närmast motsvaras av distriktssköterskor i Sverige. En läkare och 1–2 hälsovårdare ansvarar för både hälso- och sjukvårdstjänster till sin befolkning (ca 2 000–2 400 invånare).

Man antar, att primärvården enligt befolkningsansvaret ökar tillgängligheten och vårdkontinuiteten, förbättrar kännedomen om patienterna och deras psykosociala omgivning samt att personalens yrkesmotivation och tillfredsställelse ökar. Kostnaderna torde minska, dvs det nya systemet antas vara mera kostnadseffektivt, särskilt angående sjukhuskonsumtion.

Dessa hypoteser evalueras i det nya experimentet inom primärvården enligt den s k principen för befolkningsansvar. Experimentet är avsett att omfatta hela hälsocentralverksamheten, såväl preventiva åtgärder som sjukvård. Man vill i experimentet inkludera alla personalgrupper men med speciell tonvikt på läkarna och hälsovårdarna som har de mest centrala rollerna i hälsocentralarbetet. Dessutom vill man finna nya arbetsformer såväl mellan olika personalgrupper vid hälsocentraler som med socialvården. Kommuner och mindre lokala enheter har, inom ramen för mycket vida

.....
Kommuner och mindre lokala enheter har från första början kunnat planera sin verksamhet själva utifrån egna resurser och lokala förhållanden
.....

riktlinjer, från första början kunnat planera sin verksamhet själva utifrån egna resurser och lokala förhållanden (3–5).

Medlen för att uppnå projektets mål har utarbetats av varje hälsocentral självständigt bl a vid gemensamma arbetsmöten. Varje hälsocentral har gjort upp sin egen plan. I planeringen beaktades strukturen av alla primärtjänster (hälsocentralernas tjänster, företagshälsovård och socialvård) och planeringen baserades på mindre regionala enheter. Projektets ledningsgrupp har granskat varje plan, deltagit i arbetsmöten och besökt flera hälsocentraler. Även forskarna har besökt hälsocentraler, vilket har möjliggjort en interaktiv verksamhet och ett informationsutbyte av ny typ mellan centralförvaltningen, forskarna och enskilda arbetsgrupper i hälsocentraler.

Utvärdering av projektet

Information och erfarenheter samlas kring följande ärenden:

1. Hur förverkligas övergången till systemet med befolkningsansvar inom hälsovården och vad innebär förändringsprocessen ur befolkningens, personalens och organisationens synvinkel?
2. Vilka faktorer befrämjar eller förhindrar realiserandet av principen för befolkningsansvar?
3. Hur sker samarbetet mellan olika yrkesgrupper inom primärvården och hur fungerar samarbetet mellan primärvården och socialvården samt mellan primärvården och den specialiserade sjukvården?
4. Vilka förväntningar har befolkningen beträffande primärvården?
5. Vilka är kostnaderna för primärvården med befolkningsansvar jämförda med det tidigare systemet?

Experimenten inleddes på 10 orter under 1989 och därefter har ungefär 25 orter anslutit sig till projektet. Intensiv forsknings- och utvecklingsverksamhet pågår på de första 10 orterna i olika delar av Finland. I ex-

perimenten deltar 100 läkare och hälsovårdare samt ca 30 socialarbetare. Antalet invånare på experimentorterna är tillsammans omkring 200 000.

Inom ramen för projektet finns fyra delexperiment som gäller läkare, hälsovårdare, företagshälsovård samt samarbete mellan hälso- och socialvård. Resultaten utvärderas med olika metoder (befolkningsintervjuer, besöksregister, kundenkäter, personalenkäter, statistik, intervjuer av nyckelpersoner på orter, grupp-samtal osv).

På experimentorter uppföljs direkta kostnader samt indirekta kostnader, t ex för laboratorie-, röntgen- och andra undersökningar. Vidare följs kostnader för fortsatt vård samt för sjukvård och poliklinikbesök.

Resultat

Primära resultat visar att tillgången till primärsjukvårdstjänster har klart förbättrats i alla kommuner som deltar i experimentet. I regel får patienten tid till läkare samma dag eller inom 2–3 dagar. De tidigare köerna på 2–3 veckor har försvunnit. På grund av bättre tillgänglighet har användningen av jourtjänster på kvällar och under veckoslut minskat med 20–30 procent.

Vid den första intervjudpunkten våren 1990 hade 70 procent av befolkningen redan använt egenläkarnas tjänster; av dem var ca 60 procent mycket nöjda med tjänsterna medan 10 procent ville byta sin egenläkare. Enligt resultaten från experimentets begynnelsekede gjordes 47 procent av läkarbesöken i primärvården under det senaste halvåret hos egenläkare, 21 procent hos en annan hälsocentralläkare, 16 procent hos privatläkare och resten hos andra läkare.

Enligt läkarenkät har läkarnas användning av sin arbetstid blivit mera flexibel; t ex har det stela systemet med 15–20 minuter per patient slopats och jourpatienter kan tas emot mellan patienter som beställt tid. Samtidigt har arbetet intensifierats. Av de läkare som deltar i experimentet var 24 procent mycket nöjda och 65 procent ganska nöjda med sitt nuvarande arbete, som

.....
På grund av bättre tillgänglighet har användningen av jourtjänster på kvällar och under veckoslut minskat med 20–30 procent
.....

är organiserat enligt befolkningsansvar. Dessa läkare var mera nöjda med sitt arbete än primärvårdsläkare i "normala" hälsocentraler. Experimentläkare ansåg det nya systemet mera autonomt, krävande, mera växlande och intressant, men samtidigt mera stressande.

Hälsovårdare har varit mera kritiska emot experimenten. Många hälsovårdare har fått nya funktioner i primärvården (t ex rådgivning, äldrevård) utan tillräcklig vidareutbildning. Läkarna inom experimenten med befolkningsansvar har fått ett nytt sk experimentellt tjänstekollektivavtal, där anställningsvillkoren väsentligt avviker från det vanliga tjänstekollektivavtalets. Det har betytt i medeltal ungefär 12–14 procent ökning i totallönen. Hälsovårdare har däremot inte fått någon ekonomisk nytta av deltagandet i experimenten. I dagens ekonomiska läge ser lönefrågan ut att få en allt för stor betydelse jämfört med de positiva erfarenheter man tills vidare har fått från experimenten.

Experimenten har redan visat, att förändringarna varierar betydligt på olika orter. Experimenten har nu pågått i två år och den systematiska uppföljningen slutar våren 1992. Därefter finns det förutsättningar för

mera systematiska utvärderingar av förändringarna och deras inverkan. Det är svårt att förutspå, hur primärvården kommer att påverkas på lång sikt av det nya statsbidragssystemet (från början av 1993), som ökar kommunernas ekonomiska ansvar.

REFERENSER

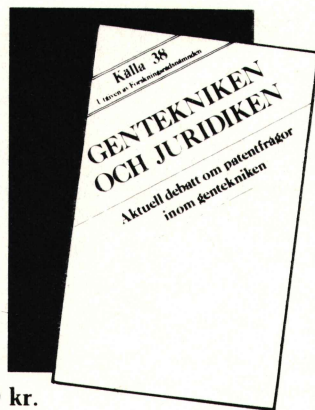
1. Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries. OECD, Social policy studies no 4, 1987.
2. Vohlonen I, Pekurinen M, Saltman RB: Re-organizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. Health Policy 1989;11:1–11.
3. Liukko M, Pertilä K, Aro S, et al: VPK – Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja 156, 1990.
4. Liukko M, Pertilä K, Aro S: Egenläkarsystem provas inom finländsk primärvård. Nord Med 1991;106:127–8.
5. Aro S (red): VPK – Väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut. Väliraportti lääkäreiden ja terveydenhoitajien työstä, työterveyshuollosta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 24, 1991.

Källa / 38

GENTEKNIKEN OCH JURIDIKEN

Den moderna gentekniken skapar nya livsformer. Bakterier får gener från människan. Växter får egenskaper de aldrig kunnat få med traditionell växtförädling. Nya djur skapas av människan. Allt fler företag och forskare vill nu ha ensamrätt att kommersiellt utnyttja sina levande uppfinningar.

Gunnar Bjursell, Göteborgs universitet
Anders Hagman, Patentbesvärssrätten
Lennart Hansson, Symbicom AB
Mats G Hansson, Uppsala universitet
Ragnhild Walles, Patent- och registreringsverket
Redaktör: Staffan Dahllöf



Pris ca 30 kr.

Källa 38 ställer frågan om det är möjligt att ta patent på uppfunna livsformer, och i så fall: är det möjliga också önskvärt?

Källa - de stora debatterna i de små häftena

FRN Forskningsrådsnämnden, Box 6710
113 85 Stockholm. Telefon 08-610 06 00

Beställ genom att sätta in 30 kr på
Forskningsrådsnämndens pg 18 19 00-2
och skriv Källa 38 på talongen.