

Interpellation av Andres Käärik (fp) om att ta tillvara lärdomar från Norge för en bättre primärvård i Stockholms län

I Norge genomfördes den 1 juni 2001 en nationell husläkarreform, "Fastlegeordningen". Fylkena, de norska motsvarigheterna till de svenska landstingen, framtogs det politiska huvudmannaskapet, och staten lade fast allmänna villkor och ersättningar. Vissa kompletterande avtal sluts sedan mellan läkaren och kommunen. Kommunens fastlegekontor sköter listningen på läkarna. Ersättningarna administreras av både kommunen och försäkringskassan.

Målen för reformen var:

1. Att ge medborgarna ökad trygghet genom bättre tillgänglighet till allmänläkare
2. Att åstadkomma kontinuitet i läkare - patientförhållandet.
3. Ett mera rationellt utnyttjande av de totala medicinska resurserna genom
 - förbättrat samarbete mellan primär- och specialistvård via en gradvis förändring av remitteringssystemet.
 - reducering av antalet onödiga besök under jourtid.

Det statliga Familjemedicinska Institutet (Fammi) har uppdragit åt Forsknings- och utvecklingsenheten för Primärvård och Psykiatri i Östergötland att utvärdera Fastlegereformen. I utvärderingen konstateras att den (nuvarande) svenska problembilden liknar Norges före reformen.

Utvärderingen beskriver reformen så:

"Vad innebär fastlegeordningen för befolkningen?"

- Lagreglerad rättighet för befolkningen att välja en fast allmänläkare.
- En kommunal förpliktelse att organisera en fastlegeordning så att den som önskar kan få en fast allmänläkare. Envar har rätt att få den fastlege hon/han önskar om det finns plats på listan.
- En person har rätt att byta fastlege men högst 2 gånger per år.
- Det finns inga geografiska gränser för vilken fastlege man kan välja
- Patienterna har rätt till en second opinion hos annan fastlege.

Vad innebär fastlegereformen för läkarna?"

- Fastlegen skall se till att de listade får tillgång till allmänmedicinska läkartjänster som konsultationer, hembesök och akut omhändertagande under kontorstid.
- Läkaren skall prioritera de patienter som finns på egna listan om inte detta hindras av plikter enligt lag eller förordning.
- Läkaren kan inte avböja en patient att lista sig om det finns plats på listan.
- Kommunen kan ställa villkor att fastlegen deltar i det allmänmedicinska offentliga läkararbetet som BVC, sjukhem och jourtjänstgöring.
- Läkaren skall för de av sina listade som varit inlagda på sjukhus, ta ansvar för de efter utskrivningen, nödvändiga förändringarna av vården. "

Det finns skillnader mellan den svenska primärvården och den norska modellen. I Sverige har teamarbetet fått en viktig roll, medan i Norge har läkare och övrig vårdpersonal organiserats i separata enheter. En kopiering av den norska Fastlegereformen är därför inte möjlig.

Samtidigt får detta inte skymma det faktum att Norge har lyckats lösa de problem som fortfarande den svenska primärvården brottas med. Till dessa bör särskilt räknas problem att rekrytera läkare och problem med tillgänglighet för patienterna.

”Fastlegereformen har inneburit en succé i rekryteringen av läkare till allmänpraktik”, konstaterar ovan citerade svenska utvärdering. ”Man har i storstäderna gått från läkarbrist till patientbrist --- Den 31 december 2002 fanns det 3830 listor varav endast 127 var vakanta --- Man har nu på många håll nått en punkt där det inte finns utrymme för nya etableringar.” (Som jämförelse fanns 1999 sexhundra vakanta allmänläkartjänster i Norge.)

”Fastlegereformen innebar att man i Norge med ett stort grepp löste de flesta av de akuta problem som fanns nämligen: rekryteringen, tillgängligheten, kontinuiteten och man kunde därför införa remisstvång till specialister. Kort sagt man skapade ordning och reda i ett kaotiskt system. Varje invånare i Norge har fått möjlighet till en personlig medicinsk koordinator i form av sin fastlege.”

Det finns inga tecken på att den svenska regeringen planerar någon nationell reform av den svenska primärvården. Stockholms läns landsting är emellertid så stort att det i många avseenden är jämförbart med Norge. (Vårt läns befolkning motsvarar 40 % av Norges. Här finns också mycket stora skillnader mellan storstad och glesbygd.)

I Stockholms läns landsting har under perioden 1998-2002 en stor utbyggnad skett av primärvården. Fullmäktige har antagit samma mål som ingår i den nationella planen för primärvården, exempelvis ett husläkarteam per 1500 invånare i genomsnitt.

Under detta år har alla ytterligare utbyggnader stoppats, i strid med de vallöften som avgavs av socialdemokraterna. Nu planeras stora nedskärningar inom akutsjukvården på sjukhusen. Om inte primärvårdens utbyggnad återstartas snabbt, kommer situationen snabbt att försämrans, med sviktande tillgänglighet för patienterna och orimliga arbetsförhållanden för personalen.

Ett fullföljande av fullmäktiges beslut och den nationella planen kan ha mycket nytta av erfarenheterna från Norge. Enligt min bedömning handlar det inte minst om två saker:

1. Att skapa ett ordnat, enhetligt och överskådligt system för åtaganden och ersättningar
2. Att utforma detta system i samarbete i nära samarbete med personalorganisationerna, i vissa delar genom direkta förhandlingar.

En sådan metodik skulle göra det fullt möjligt att inte göra avkall på de särskilda svenska förhållandena, exempelvis teamarbetet och de högre kraven på specialistkompetens för läkarna. I ersättningsystemet finns också alla möjligheter att mera än i Norge kompensera för variationer i de lokala vårdbehoven.

Med anledning av detta vill jag fråga sjukvårdslandstingsrådet Inger Ros:

1. Har du studerat husläkarreformen i Norge?
2. Vilka slutsatser drar du av reformens resultat?
3. Kommer du att se till att det utformas ett enhetligt system för åtaganden och ersättningar för primärvården i hela landstingsområdet?
4. Kommer du att se till att alla sådana reformer förankras hos personalens organisationer?

Stockholm den 2 oktober 2003

Andres Käärik