

## **Motion av Birgitta Rydberg m fl (fp) om att utveckla primärvården**

Primärvården måste byggas ut så att det i hela länet ska vara lätt att ringa besöka och få hembesök av husläkaren och distriktssköterskan. Alla invånare som vill ska fritt kunna välja en egen husläkare och distriktssköterska.

Ett utbyggt husläkarsystem ska vara grunden för vardagssjukvården. Bara genom att alla som vill har tillgång till en lätt tillgänglig husläkare och distriktssköterska kan ett antal viktiga mål för sjukvården nås.

\* Husläkarteamet erbjuder en personlig vård. Den viktigaste kvaliteten utvecklas av att patienten och läkaren/distriktssköterskan känner varandra som individer. Patienten möter aldrig en anonym vårdorganisation. Patienten ses som en unik människa med unika problem och möjligheter.

\* Kontinuiteten bedöms som oerhört viktig av de flesta patienter som har återkommande behov av vård. En återkommande källa till missnöje och klagomål mot dagens vård är att patienten gång efter annan träffar olika läkare och tvingas upprepa sin sjukdomshistoria. Kontinuiteten är också en viktig kvalitet för patienter som besöker vården sällan, genom att den skapar en lätt åtkomlig ingång.

\* En effektiv vård förutsätter oftast en långvarig kontakt mellan läkare och patient. Då kan onödiga remisser, onödiga läkarbesök och onödig provtagning och annan diagnostik undvikas. Då kan antalet felbehandlingar minskas och en effektiv läkemedelshantering uppnås – exempelvis när det gäller att undvika felaktig eller motstridig medicinering eller när det gäller att begränsa användning av antibiotika. Det är en entydig erfarenhet enligt de undersökningar och experiment som gjorts i Sverige och andra länder.

\* Vård av generalist, som husläkare och distriktssköterska, är inriktad på hela människan, på individer av alla åldrar och på individens alla olika varianter av ohälsa. I många situationer är det en förutsättning för att effektivt hitta och åtgärda komplicerade samband mellan olika former av ohälsa och den sociala omgivningen.

\* Husläkaren som specialist i allmänmedicin har den tydligt bästa medicinska kompetensen att bedöma och sköta merparten av äldre patienters sjukdomar och medicinska problem över en längre tid. Äldre patienter med många och kroniska åkommor behöver en ”dirigent” som kan samordna vårdens alla olika insatser. En lättillgänglig husläkare som snabbt kan göra hembesök har visats vara ett utomordentligt viktigt sätt att klara multisjuka patienters behov. Det visar exempelvis utvärderingen av försök i Vaxholms kommun.

\* Medicinen blir alltmer specialiserad, komplex och svåröverskådlig både som vetenskap och som vårdorganisation. Det blir allt svårare för den enskilde att hitta rätt och att bedöma kvalitetsdata vid val av vårdgivare. En egen husläkare utgör en möjlighet att ha en personlig rådgivare, en lots. Det är viktigt för äldre människor som kan behöva återkommande vård från

olika vårdgivare. Det är också viktigt för den yngre ”cybergenerationen” som gärna över internet fördjupar sig i olika behandlingar, men som då kan behöva hjälp att bedöma relevans och tillförlitlighet i olika medicinska analyser och rekommendationer.

\* Patienter med svårdiagnostiserade eller diffusa sjukdomar kan bara få en bra vård om de kan få en fast läkarkontakt. Likaså är långvariga och fasta läkarkontakter viktiga när det gäller att minska antalet långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar.

\* Ett utbyggt husläkarsystem utgör och innehåller viktiga prioriteringar av behoven hos äldre och kroniskt sjuka. Det utgör en nödvändig del av fullföljandet av riksdagens prioriteringsbeslut. Enklare åkommor hos den i grunden friska delen av befolkningen kan åtgärdas snabbt och med ett minimum av resurser. Samtidigt kan kontinuitet och hembesök skapa trygghet och livskvalitet hos svårare sjuka. I dessa avseenden är husläkarsystemet helt överlägset alla former av akutverksamhet och öppenvård vid gallerior av organspecialister. Sådana system, särskilt i kombination med prestationsersättning, låter vård av banala eller enkla åkommor hos relativt friska okontrollerat förse sig med resurser, på bekostnad av tunga behov hos svårt sjuka.

\* Ett väl fungerande husläkarsystem sänker de totala sjukvårdskostnaderna markant, samtidigt som patienterna uppnår unika kvaliteter i tillgänglighet och personligt bemötande. Genom erfarenheter i både vårt landsting och andra har det visats att ett husläkarsystem med mycket god tillgänglighet medför färre besök på sjukhusakuter, mindre utnyttjande av akutsjukvård i övrigt och färre besök hos övriga specialister i öppen vård. Utbyggnaden av husläkarsystemet till den höga tillgänglighet som föreslås i denna motion är således inte förenat med oöverstigligen kostnader. Utbyggnaden underlättas dessutom ekonomiskt genom att primärvården i vårt län på många håll har en god potential för ökad produktivitet.

#### Hög kvalitet kräver utbyggnad

Denna motion beskriver kvaliteter som uppnås med ett fullt utbyggt husläkarsystem. Vi är väl medvetna om att det finns berättigad kritik mot dagens primärvård. Vi försvarar inte dessa brister. Inte heller föreslår vi mera av samma sort. Tvärtom, motionens olika förslag syftar samfällt till att åtgärda problem och förbättra kvalitet. Det utbyggda husläkarsystem, som Folkpartiet förespråkar, bygger på samma grunder som dagen primärvård, men kan erbjuda medborgare och patienter vård på en helt annan nivå av kvalitet än i dag.

Det tydligaste exemplet utgör tillgängligheten. I många länsdelar uppnås inte i dag rimliga kvalitetskrav på tillgänglighet. Det är tyvärr ofrånkomligt eftersom det saknas många läkare och distriktssköterskor. Alla internationella och nationella erfarenheter talar för att det måste finnas ungefär ett husläkarteam per 1500 invånare i snitt i ett landstingsområde för att primärvården ska klara en bra tillgänglighet. Dessa erfarenheter ligger också till grund för både den Nationella planen för utveckling av hälso- och sjukvården, liksom för Läkarförbundets förslag till Nationellt familjeläkarsystem (Protos).

Ett överslag ger att det i dag saknas ca 350 husläkarteam för att uppnå den önskade kvaliteten och tillgängligheten över hela vårt län.

I olika sammanhang har det förts fram kritik mot exempelvis bristande tillgänglighet i dagens husläkarsystem i Stockholms län. Det är kritik som vi i många fall således helt instämmer i. Vissa kritiker har velat gå längre och använda kritiken för att ifrågasätta hela husläkartanken. Sådana slutsatser är orimliga. Långa väntetider till kirurgi bör medföra utbyggnad av

kapaciteten, inte till att ifrågasätta behovet av kirurgi. På samma sätt kan inte brister hos dagens husläkarsystem, med nästan 30 % färre tjänster för läkare och distriktssköterskor jämfört med behovet, inte tas som förevändning för att minska utbyggnaden. Förhållandet är det motsatta. Primärvården är nu uppenbart den mest överbelastade vårdgrenen. Medborgarna och patienterna har genom sina vårdval redan markerat behovet av en kraftig utbyggnad av husläkarsystemet, men politiken har ännu inte anpassat resurserna till detta.

### Många viktiga komponenter

Ett väl fungerande husläkarsystem innehåller många komponenter.

\* God tillgänglighet och en personlig relation mellan patienten och läkaren/distriktssköterskan gör det attraktivt att aktivt välja husläkarteam och utnyttja husläkaren för vardagssjukvård och enklare akut vård.

\* Husläkarnas mottagningar ska kunna ta emot akuta besök en stor del av dygnet (utan föregående tidsbeställning). Det kan ske på den egna mottagningen under normal arbetstid och på områdesvis samordnade jourmottagningar på kvällar och helger. Jourmottagningarna ska vara väl spridda i länet för att kunna ge lättillgänglig vård som alternativ till sjukhusens akutmottagningar.

\* Sjukvårdsupplysning ska finnas för allmänheten hela dygnet. Sjukvårdsupplysningen ska kunna nås genom ett telefonnummer för hela länet. Husläkarmottagningarna och de där verksamma distriktssköterskorna har en viktig roll i den lokala sjukvårdsrådgivningen.

\* En personlig husläkare är ett erbjudande och får aldrig uppfattas som ett tvång. Ett väl fungerande husläkarsystem ska inte innehålla remisskrav till övriga delar av sjukvården. Besök hos husläkaren och distriktssköterskan ska stimuleras genom deras goda tillgänglighet men inte påtvingas någon som vill söka vård annorstädes. Dagens remissväg till vissa specialister ska tas bort. Vissa akutmottagningar i öppenvård med olika specialistläkare, typ Cityakuten, är också viktiga komplement för att skapa valfrihet.

\* Husläkarteamen ska också arbeta med förebyggande hälsovård (främst individriktade åtgärder) och med insatser för personer med ”riskbruk” av alkohol. Patienter med lättare psykiska besvär ska kunna erbjudas snabb vård. Husläkarmottagningar behöver samarbeta med psykologer och kuratorer.

\* Det är viktigt att utveckla distriktssköterskornas roll i primärvården. Distriktssköterskan kan som generalist möta stora varierade hälsoproblem i den lokala befolkningen. Basen är att hemsjukvården måste vara kvar som ansvar för primärvården. Telefonrådgivning, öppen mottagningsverksamhet liksom planerad mottagning för kroniskt sjuka är andra viktiga hörnstenar. Distriktssköterskans och husläkarens nära samarbete i ett team ger en högre kvalitet i en bra fungerande primärvård. Exempelvis har Socialstyrelsen visat på behovet av teamsamarbete i sina utvärderingar av primärvården. Med rätt utformning är det helt möjligt att förena patientens fria val av husläkarteam med distriktssköterskans inriktning på områdesansvar för befolkningen.

\* Distriktsjuksköterskor kan ges möjlighet att bedriva sjuksköterskeledda verksamheter t ex inom astma-, diabetes- och hjärtsviktvard. Dessa mottagningar ska svara för basal sjukvård och måste vara integrerade i fungerande samarbete med vårdcentral och husläkare. Genom sådana mottagningar ökar tillgängligheten till vården. Distriktssköterskan kan även förlägga viss verksamhet till andra platser, som t ex apotek, där distriktssköterskan kan svara på frågor och ge hälsoråd till allmänheten.

\* Närsjukvården med husläkarteam som nav och motor måste utvecklas. Närsjukvård är det aktiva samarbetet lokalt mellan husläkarteam och öppen specialistvård inklusive geriatrik och psykiatri. Syftet är att klara av huvuddelen av den enskildes vårdbehov på hemmaplan.

### Fler husläkare, fler distriktssköterskor, inte fler närakuter

När primärvården och husläkarverksamheten i vissa länsdelar inte har klarat kraven på bra tillgänglighet, har olika andra lösningar prövats. Det rör sig om olika former av lättakuter, i vissa fall drivna av allmänläkare och i andra fall av andra specialtläkare. Genomgående är erfarenheterna att lättakuterna i vissa fall kan avlasta den ordinarie husläkarverksamheten. Samtidigt visar erfarenheterna från Sverige och utlandet att de har många andra nackdelar. De skapar många onödiga remisser och onödig diagnostik, förskrivning av antibiotika ökar, de motverkar ansträngningar att hjälpa patienter inom riskgrupper för långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar, de underlättar för patienter att i onödan vandra runt bland många olika läkare samtidigt. Inga lättakuter har kunnat visa påvisbara effekter när det gäller färre besök på sjukhusens akutmottagningar. En studie har visat att jämförbara vårdepisoder medför 50 % lägre kostnader om de inleds hos den personliga husläkaren, jämfört med besök på en närakut eller annan specialistmottagning.

Lättakuter som är bemannade med allmänläkare kan dessutom få två allvarliga negativa effekter för den normala husläkarverksamheten. Dels tar de resurser i anspråk, begränsade resurser i form av pengar och allmänläkare som kan ges en bättre användning för att bygga ut reguljär husläkarverksamhet. Dels gör de det svårt eller omöjligt för landstinget att kommunicera att vårdcentralen, husläkaren och distriktssköterskan ska vara den naturliga ingången till vården för de flesta icke livshotande tillstånd.

Landstinget har för närvarande utvecklat planer på ytterligare nya närakuter runt om länet. Det är en fullständigt fel strategi. Den dränerar primärvården på resurser som kan ges en mycket bättre användning genom att bygga ut reguljär husläkarverksamhet och primärvård. Den har dessutom snabbt visat sig skapa stor förvirring i kommunikationen till allmänheten. Det som borde vara huvudbudskapet, att vård sökande i första hand ska vända sig till sin husläkarmottagning, har tonats ner eller försvunnit.

En väl fungerande och tillräckligt utbyggd husläkarverksamhet utvecklar ett nära samarbete med andra specialister verksamma i öppenvård i området. Dessa kan utnyttjas för snabba konsultationer och behandlingar utan onödig väntan. Behovet av särskilda lättakuter minskar däremot allteftersom den reguljära husläkarverksamheten byggs ut, blir mera tillgänglig och klarar hembesök.

### Utbyggnad i samverkan med personalen

Stockholms läns landsting sackar allt mer efter i att bygga ut primärvården enligt den av riksdagen antagna Nationella planen för utveckling av hälso- och sjukvården. Under innevarande mandatperiod har Stockholms läns landsting inte överhuvudtaget brytt sig om utbyggnadsplanen, och aldrig omnämnt den i några egna planer eller styrbeslut. Inte heller har det tillskapats nya tjänster för husläkare eller distriktssköterskor. I vissa fall har konjunkturen gjort det möjligt att ersätta hyrläkare med fast anställd personal, vilket i sig är glädjande, men inte innebär någon utbyggnad eller ökad kapacitet.

Kommande period bör utbyggnaden enligt den Nationella planen fullföljas. Det betyder ca 350 nya husläkarteam. För detta bör en strategi utarbetas skyndsamt. Arbetet bör ske i samverkan med personalen och deras organisationer. Strategin bör innehålla dels en utveckling av målen för den utbyggda primärvården, dels vägen dit. För bägge delarna behöver det preciseras hur den utökade kapaciteten bäst ska utnyttjas för att skapa ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och fler hembesök. Även ersättningssystemet måste ses över för

att underlätta en utbyggnad. Goda erfarenheter för det sistnämnda kan hämtas från de tidigare sjukvårdsområdena NÖSO och SVSO från perioden 1998-2002.

Den mycket lyckade utbyggnaden av husläkarsystemet i Norge visar hur väsentligt det är att förändringarna sker i samverkan med personalen, helst genom regelrätta avtal. I Sverige har läkarnas organisationer utarbetat ett förslag (Protos) som bör utvecklas vidare tillsammans med övrig personal och ligga till grund för motsvarande förhandlingar och avtal i vårt landsting. Protos är i första hand inriktat på läkarnas insatser, men är väl ägnat att kunna utvidgas till att definiera basåtagande m m för hela husläkarteamet. Det är viktigt att även distriktssköterskor och övrig personal på samma sätt kan medverka vid utformningen av den framtida primärvården.

Landstinget bör tillsammans med personalens företrädare arbeta fram ett ordnat, enhetligt och överskådligt system för åtaganden och ersättningar inom husläkarverksamheten.

#### Prioritering av behov hos äldre och multisjuka

Husläkaren är i de flesta fall den naturliga samordnaren av vården för äldre patienter med många olika kroniska åkommor. Dessa multisjuka patienter far nu ibland illa i vårdsystemet. Den samordnande husläkaren kan ta ett helhetsansvar för att patienten får tillräcklig och rätt medicinering samt för att samarbetet med slutenvård och kommunal vård fungerar. Möjligheten till snabba hembesök har visats vara en särskilt viktig kvalitet för multisjuka äldre. I olika försök har hembesök kunnat garanteras inom en timme. Hembesöket av läkare har då kunnat påkallas av patienten själv, av anhöriga eller av kommunens vårdpersonal. Resultatet har visats vara en stor minskning av inläggningar i slutenvård på sjukhus. Patientens trygghet och livskvalitet har höjts kraftigt.

Hembesök med kort varsel hos äldre och i vissa fall barnfamiljer, på medicinska grunder, kräver en betydande ökning av antalet husläkare. Hembesöket ska vara en av de viktigaste kvaliteterna som kan uppnås genom det utbyggda husläkarsystemet.

För stadsdelar eller kommundelar med ett särskilt stort inslag av äldre i befolkningen bör också ansträngningar göras att samordna landstingets verksamhet med kommunens, också när det gäller vårdlokaler. Till verksamheten kan också på konsultbasis knytas geriatriker och andra specialister, i syfte att anpassa utbudet till det lokala vårdbehovet. Sådan samordnad verksamhet kan kallas "äldrevårdsenheter". De kan utgöra tilläggsåtagande för verksamheten på en husläkarmottagning/vårdcentral.

Husläkarmottagningen och vårdcentralen som helhet bör inte vara ålderssegregerad. Alla åldersgrupper ska känna sig välkomna, och erbjudas en god och tillgänglig sjukvård. Inom mottagningen kan en del av personalen ha särskild *inriktning* för svårare sjuka äldre patienter och ägna sig särskilt åt dessa. Multisjuka patienter med omfattande behov av hemsjukvård och hembesök av läkare med kort varsel kräver ibland särskilda enheter eller bemanningsformer inom mottagningen.

Nu inrättade "äldrevårdscentraler" bör utvärderas.

#### Förbättrad utbildning av personal

Personaltillgången kommer att vara ett stort bekymmer för en bra primärvård. Kommande år sker stora pensionsavgångar av både husläkare och distriktssköterskor. Specialistutbildningen i allmänmedicin har byggts ut, men behöver förstärkas ytterligare. Minst hälften av alla nya

specialistutbildningar bör vara inriktade på allmänmedicin för att klara behoven inom vården och efterfrågan bland läkarkandidaterna. Likaså behöver en tillräckligt omfattande utbildning av nya distriktssköterskor säkerställas. Nya möjligheter till vidareutbildning för sjuksköterskor bör inrättas.

ST-läkare under den senare delen av sin specialistutbildning i allmänmedicin bör ges möjlighet att börja lista patienter. Specialistutbildningen bör anpassas till detta.

Under åren 1998-2003 drev Allmänmedicin Stockholm vid KI på landstingets uppdrag en mycket lyckad vidareutbildning för andra specialister som också ville bli specialister i allmänmedicin och pröva på husläkaryrket. 17 läkare har blivit specialister i allmänmedicin och ett tretotal har påbörjat kompletteringsutbildning. Denna möjlighet har på oklara grunder lagts ner. Vidareutbildningen bör omgående återupptas. Förutom att tillgodose ett viktigt behov av framtida specialister i allmänmedicin, utgör den också en viktig markering av att landstinget ämnar fullfölja en utbyggnad av primärvård och närsjukvård.

Primärvårdens ställning som basen i sjukvården bör markeras tydligare också inom utbildningen av nya läkare och sjuksköterskor. Det behovet förstärks ytterligare genom de förändringar av slutenvården som nu genomförs till följd av utredningen 3S. Landstinget bör ta upp överläggningar med Karolinska Institutet om hur ytterligare delar av grundutbildningen kan ske inom primärvården.

#### Ekonomiska ersättningar

Landstinget har infört ett nytt ersättningssystem för husläkarmottagningar. Syftet har varit att öka tillgängligheten, bland annat. Uppläggningsen har dock fått vissa negativa effekter, exempelvis att korta och enkla läkarbesök gynnas på bekostnad av patienter med svåra eller diffusa åkommor som kräver längre besök. Därigenom finns det stor risk för att det nya systemet missgynnar områden med tunga vårdbehov. Likaså har mottagningar med redan tidigare hög produktivitet missgynnats.

Ersättningssystemet bör ses över ur dessa perspektiv. Hanteringen av kostnaderna för medicinsk service i ersättningarna bör utvärderas.

En möjlighet är att ersätta läkarbesök efter tidsåtgång, i vissa tidsintervall. Detta har med framgång prövats i Norge för att klara ersättningar till mottagningar i svåra områden. Likaså måste ersättningarna tillföras komponenter som medger en systematisk utbyggnad av mottagningarna. Vid en högre bemanning bör hembesök hos i första hand äldre men i vissa fall även barnfamiljer särskilt stimuleras.

Ersättningssystemet bör också göra distriktssköterskans roll mera tydlig och hitta relevanta ersättningar för god distriktssköterskeverksamhet.

Landstinget har också knutit ekonomiska ersättningar till att husläkarmottagningar har hög tillgänglighet på telefon. Principen är riktig. Däremot har det valts en metod att mäta tillgänglighet på telefon som är grovt ovetenskaplig och i många avseenden helt godtycklig. Metoden bör omedelbart överges och kvalitetsbonus i stället baseras på att patienten faktiskt har fått relevant hjälp på telefon utan väntan.

### Information om primärvårdens ”affärsidé”

I många sammanhang hävdas att primärvården ska vara basen för vården och den naturliga ingången för de flesta patienter, när det akuta tillståndet inte är livshotande. Hittills har landstinget inte gjort några systematiska försök att formulera och kommunicera en sådan ”affärsidé” för primärvården. En svårighet har varit att primärvården i många länsdelar inte har varit tillnärmelsevis tillräckligt utbyggd föra att kunna fungera som bas, första linjen, naturlig ingång eller hur man nu vill formulera det.

Familjemedicinens grund har formulerats som följer i en aktuell lärobok: ”Familjeläkare engagerar sig i en människa och inte i ett speciellt ämne, en grupp sjukdomar eller en speciell teknik. Engagemanget är öppet och begränsas inte av typen av hälsoproblem och saknar en bestämd slutpunkt.” (McWhinney: Familjemedicin)

På ett seminarium år 2000 formulerades i samma anda en grundidé för primärvården: ”Till oss är Du välkommen oavsett ålder, kön och sjukdom. Hos oss kan du känna trygghet att få vård och stöd av husläkare och distriktssköterska med hög allmänmedicinsk- och omvårdnadskompetens. Vi känner Dig som patient, vi samverkar med andra yrkesgrupper och vi kan vid behov lotsa Dig vidare till annan specialist eller vårdgivare.”

En framgångsrik marknadsföring av primärvården förutsätter att landstinget kan formulera och till befolkningen kommunicera en liknande ”affärsidé” för primärvården – vad primärvården kan och varför medborgaren i första hand ska vända sig dit. Detta måste formuleras i nära samverkan med personalen, så att de som är verksamma i primärvården både känner igen sig och känner det viktigt att sprida informationen.

Landstinget bör ta initiativ till en ”varumärkeskampanj” för att tydliggöra för länets befolkning vad primärvården kan erbjuda.

### Fri etablering, avknoppning, självständighet

Patientens val av husläkare och distriktssköterska bör styra resurserna inom primärvården. Listningssystem är grunden för en väl fungerande primärvård. Listning är en avgörande markering av den personliga kontakten mellan läkare och patient. Vi avfärdar bestämt alla tankar på konkurrensupphandling av fungerande husläkarmottagningar.

Primärvården bör införa etableringsfrihet för husläkarmottagningar. Etableringsfriheten ska omfatta ett fullständigt husläkaråtagande och inte enbart den läkarverksamhet som täcks av den nuvarande nationella taxan för privatläkare. Listningen som ersättningsform garanterar att kostnaderna totalt kan hållas under kontroll. Etableringsfriheten har visat sig vara en viktig faktor att loka fler läkare och annan personal till verksamheten. Även förre socialministern Lars Engqvist har anslutit sig till förslaget om fri etablering av husläkare.

Landstinget bör stimulera möjligheterna till etablering för distriktssköterskor. Åtagandet gentemot patienten bör vara sammanhållet för husläkarteamet. Däremot kan den inre arbetsfördelningen också lösas avtalsvägen på ett flertal olika sätt, och inte med nödvändighet enbart med anställning under samma arbetsgivare.

Landstinget bör återstarta sin utbildning och rådgivning till landstingsdrivna mottagningar som vill ”knoppa av” och ta över verksamheten själva. Allt tyder på att om personalen fick bestämma fritt, skulle många fler mottagningar välja att bli privata.

Den primärvård som drivs vidare i landstingets regi bör få ett ökat självstyre och fullständigt ansvar för sin egen ekonomi. Denna form av "intraprenad" har fått betydande spridning, men landstinget har de senaste åren inte visat några ambitioner att utveckla formen. Fortfarande utsätts landstingsdrivna husläkarmottagningar för politisk klåfingrighet och orimlig detaljstyrning. Samtidigt befrias en del landstingsdrivna mottagningar alltför enkelt från kraven att effektivisera sin egen verksamhet. Vinster och förluster i bokslut skyfflas mellan mottagningar, vilket motverkar ett lokalt ansvarstagande för verksamhet och ekonomi. Landstingsdrivna mottagningar måste ges samma friheter som de privata har, exempelvis när det gäller att hantera överskott i bokslut och i att alla åtaganden ska vara förhandlade och fastställda i avtal. Samtidigt måste landstingsdrivna mottagningar vara utsatta för samma skarpa krav som privata att få verksamheten ekonomiskt bärkraftig.

### Vårdokumentation och IT

En primärvård med fri etableringsrätt förstärker kraven på att nå en dokumentation av vården för varje patient som kan vara tillgänglig för alla berörda vårdgivare. Informationen från både landstingets och kommunens vård måste i framtiden finnas sammanhållen. Samtidigt ska den självfallet vara försedd med de restriktioner i åtkomlighet som är nödvändiga. Relevant information, varken mer eller mindre, ska vara tillgänglig för varje vårdgivare.

Introduktionen av kommande system för gemensam vårdokumentation kan medföra betydande kostnader för den enskilde vårdgivaren. Landstinget har ett överordnat intresse av att nya system snabbt blir införda och så heltäckande som möjligt. Ersättning för nödvändiga investeringar måste lösas.

Även i andra avseenden måste användandet av nya IT-system påskyndas. Husläkaren kan med modern teknik på ett mycket bättre sätt snabbt hjälpa patienten i vårdens olika delar och mellan olika vårdgivare. Tidbokningar för konsultationer, diagnostik och behandlingar kan i många fall bokas direkt.

Patienten måste på ett helt annat sätt än hittills bli delaktig och medverkande vid introduktion och användande av IT inom vården.

Vi föreslår landstingsfullmäktige besluta

**att** landstinget beslutar att under mandatperioden 2006-2010 uppnå ett fullständigt utbyggt husläkarsystem, motsvarande den Nationella planen för utveckling av hälso- och sjukvården

**att** landstinget förhandlar fram med personalens företrädare den detaljerade uppläggningsplanen av detta husläkarsystem; åtaganden och ersättningar ska fastställas i ett ordnat, enhetligt och överskådligt system.

**att** landstinget säkerställer en tillräckligt stor omfattning av specialistutbildning i allmänmedicin (ST-utbildning)

**att** landstinget medger ST-läkare i allmänmedicin att börja lista patienter under den senare delen av sin specialistutbildning

**att** vidareutbildningen av andra specialister till specialistkompetens i allmänmedicin återupptas



**att** landstinget säkerställer en tillräckligt stor omfattning av utbildning av distriktssköterskor

**att** landstinget systematiskt ökar forskningsmöjligheterna för anställda inom primärvården

**att** landstinget systematiskt kommunicerar till länets befolkning vilka goda möjligheter primärvården har att hjälpa vid de flesta icke livshotande tillstånd

**att** etableringsfrihet ska råda för husläkarmottagningar

**att** landstinget återupptar utbildning och rådgivning till personal som vill ta över verksamheten i egen privat regi

**att** landstinget påskyndar införande av system för gemensam vårddokumentation och finner former för att ersätta vårdgivarnas investeringar i dessa

Stockholm den 7 juni 2005

För folkpartiet liberalernas landstingsgrupp

Birgitta Rydberg (fp)

Maria Wallhager (fp)

Andres Käärik (fp)