

Landstingsstyrelsens protokoll

Sammanträdet den 10 juni 1992

§ 70-72

Beslutande

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| K-G Holmqvist (s), ordf | Toivo Hofslagare (s) |
| Lars Melin (m), ers | Ulf Sundberg (s) |
| Ann-Christine Rutqvist (c) | Leif Hjalmarsson (s) |
| Hans Rolfs (s) | Svea Cederlund (fp), ers |
| Bertil Larsson (v) | Irma Berggren (s) |
| Lars Brunnberg (m) | Inga Thoumas (s) |
| Niklas Nordström (s) | Maj-Lis Palo (kds), ers |
| Disa Ådemo (s) | |

Övriga

| | |
|----------------------------------|---|
| Ulf Öhman, landstingsdirektör | Olle Orava, hälso- och sjukvårds- direktör |
| K-Å Hammarstedt, 1:e sekreterare | Gunder Berg, sekreterare |

Gunder Berg

Justerat den juni 1992 Justerat den juni 1992

K-G Holmqvist, ordförande Ann-Christine Rutqvist, justerare

Bevis

Justeringen har tillkännagivits genom anslag på landstingets officiella anslags-
tavla den 1992. Överklagandetiden utgår den 1992.

Inga Gustafsson0

§ 70

Val av protokolljusterare

Ann-Christine Rutqvist (c) utses till att jämte ordföranden justera protokollet.

§ 71

Slutlig föredragningslista

Utsänd preliminär föredragningslista fastställs.

§ 72

Yttrande över förslag om inrättande av ett husläkarsystem

Dnr 872/92

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har gett landstinget tillfälle att yttra sig över departementspromemorian Husläkare - för kontinuitet och trygghet i vården (Ds 1992:41) med förslag till utformning av ett svenskt husläkarsystem. Yttrandet ska vara departementet tillhanda senast den 17 augusti 1992.

Beredningsförslag

Landstingsstyrelsen föreslår fullmäktige att avge följande yttrande:

Landstinget har genom företrädare i programgruppen och olika referensgrupper aktivt deltagit i Landstingsförbundets arbete att inför förbundets kongress 1992 ta fram en delrapport om familjeläkare/husläkare inom ramen för förbundets primärvårdsprogram. Programarbetet har skett parallellt med och i visst samråd med departementets arbete med föreliggande promemoria. Landstinget ställer sig i huvudsak bakom de slutsatser som redovisas i programgruppens skrift Framtidens primärvård - delrapport om familjeläkare/husläkare och som förbundsstyrelsens majoritet gav sitt stöd.

Landstinget noterar med tillfredsställelse att trots den korta tid som stått till förfogande en mängd frågeställningar har kunnat klaras ut. En betydande dokumentation av liknande modeller och försök i Norden och vissa västeuropeiska länder har också tagits fram som jämförelse. Departementspromemorian och programgruppens skrift uppvisar också en betydande och i sig glädjande samstämmighet i flera principiella avseenden.

Den grundläggande gemensamma plattformen är att patientens/medborgarens rätt att välja en egen läkare slås fast och att vården även fortsättningsvis ska karaktäriseras av lättillgänglighet, kontinuitet, närhet och kvalitet. Landstinget ställer sig helt bakom dessa utgångspunkter. Likaså anser

landstinget att specialistkompetens i allmänmedicin ska krävas för husläkaruppgiften, liksom hittills för distriktsläkare inom primärvården.

Nu är emellertid läkarfunktionen inom dagens primärvård endast en, om än viktig, delfunktion. Den primärvårdsorganisation som successivt byggts upp under de senaste decennierna grundas på samarbete mellan olika kompetenser av stor betydelse för förverkligandet av helhetssynen och kvaliteten. Som exempel kan nämnas distriktssköterskan, distriktsbarnmorskan, sjukgymnasten och arbetsterapeuten. Åtminstone utanför storstadsområdena har denna integration i en organisation visat sig vara mycket välfungerande.

På senare tid har också framgångsrikt utvecklingsarbete drivits i syfte att, trots rekryteringssvårigheter, åstadkomma såväl ökad valfrihet för patienterna som ökad kontinuitet. Politiska beslut har tagits om patientens rätt att välja vårdcentral och läkare. Detta har skett med bibehållande av principen att primärvården ska ha förstahandsansvaret för befolkningens hälsa. Vad som nu tillförs är att valet dokumenteras genom listning i en eller annan form.

Departementets förslag innebär att läkarfunktionen nu bryts ur den primärvårdshelhet som skapats utan att klarhet kunnat ges hur övriga funktioner påverkas. Integrationen ersätts med en allmän skyldighet att samverka med andra inom vården. Landstingsförbundets programgrupp har pekat på detta dilemma och kommer för sin del att fortsätta arbetet med dessa övriga delar av primärvården. Med den tidplan som angetts för departementets handläggning av husläkarfrågan torde dock möjligheten till påverkan och korrigerande av eventuella misstag bli minimal.

Norrbottens läns landsting genomför för övrigt själv en översyn av primärvården. Projektet beräknas vara slutfört först under 1993. Landstinget finner det mycket beklagligt att husläkarfrågan på detta sätt forceras fram utan att en helhetslösning för primärvården hinner tas fram.

Mot denna bakgrund och med beaktande av departementsförslagets starka inriktning på central reglering, ofta utan medverkan från sjukvårdshuvudmännen, av en rad detaljfrågor får man ett bestämt intryck av misstro mot huvudmännens vilja och förmåga att leva upp till sitt lagfästa ansvar och sina politiska beslut om valfrihet för patienterna/medborgarna. Utrymmet för den lokala anpassningen begränsas mycket snävt och, i den mån det finns, kan konsekvensen bli en minskad effektivitet och sannolikt en högre kostnad för samhället.

Detta kan bli följden om husläkaren enligt förslaget väljer att begränsa sitt åtagande till det sk bas- eller minimiåtagandet. Utanför hamnar då mödr- och barnhälsovård, smittskydd, övrigt befolkningsinriktat preventivt arbete, eventuell skolhälsovård, förekommande slutenvård (på observationsavdelning vid våra glesbygdscentraler), ambulanssjukvård m m. Men landstinget har fortfarande skyldighet att se till att dessa verksamheter får erforderlig läkartid samtidigt som summan av tid inte ger underlag för en tjänst som är möjlig att rekrytera till. Det bör observeras att medverkan i dessa uppgifter idag ingår i distriktsläkartjänsten även vid en dimensionering av mellan 1 500 och 2 000 invånare per tjänst.

I sammanhanget bör också noteras att förestående förändring av företagshälsovårdens finansieringsvillkor sannolikt kommer att leda till ökade krav på

den offentliga vårdens insatser också inom detta område. Även denna typ av verksamhet ligger utanför basåtagandet.

Landstinget finner det därför helt oacceptabelt att det blir läkarens rätt att fritt etablera sig och inom en given ram ensidigt kunna frånsäga sig uppgifter utöver minimiåtagandet. Såvitt landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen ska ha ansvaret att tillhandahålla, finansiera och planera hälso- och sjukvård är det ett rimligt minimikrav att landstinget också har inflytande över hur resurserna ska organiseras. Detta sker bäst genom att husläkarverksamheten grundas på kontrakt utifrån lokala behov och förutsättningar mellan landstinget och vederbörande läkare. Ett sådant kontrakt är väl för- enligt med principen att husläkarsystemet ska vara producentneutralt, d v s ingen driftform ska gynnas eller missgynnas.

Av departementspromemorian framgår klart att tillgången på specialister i allmänmedicin är långt mindre än det behov som skulle uppstå vid införande av ett husläkarsystem med ca 2 000 invånare per husläkare. Än större blir givetvis bristen ju fler som väljer en lägre nivå på sin lista. Hälso- och sjukvården i Norrbottens läns landsting har länge besvärats av en omfattande läkarbrist, inte minst i våra glesbygdsdistrikt. Genom en långvarig och målmedveten satsning på en nationellt sett bra allmänläkarutbildning har situationen successivt kunnat förbättras.

Som landstinget nu uppfattar situationen föreligger den kvantitativt största bristen på utbildade allmänläkare framförallt i storstäderna, bl a beroende på en hittills svag utbyggnad av den offentliga primärvården. Åtminstone så länge nuvarande kraftiga obalans mellan tillgång och beräknad efterfrågan på allmänläkare består bör inte en riksomfattande etableringsfrihet införas. Den fullständiga etableringsfrihet som föreslås från 1 januari 1993 innebär nämligen stora risker för att riket utanför storstadsregionerna ytterligare dräneras på primärvårdsläkare.

Yrkande 1

Lars Brunnberg (m): Yttrande enligt synpunkterna i reservation 1 avges.

Yrkande 2

Svea Cederlund (fp): Yttrande enligt synpunkterna i reservation 2 avges.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på beredningsförslaget och yrkandena och finner beredningsförslaget antaget.

Beslut

Landstingsstyrelsens förslag till fullmäktige:

Enligt beredningsförslaget.

Reservation 1

Av Lars Brunnberg och Lars Melin, båda (m):

Vi beklagar att vi, liksom de flesta av ledamöterna, inte haft tillgång till departementets promemoria i dess helhet utan endast sammanfattningen (sid 9-

11). Vår reservation mot styrelsens förslag till yttrande bygger på vad vi kan läsa ut ur denna sammanfattning.

Till skillnad mot majoriteten anser vi att införandet av ett husläkarsystem är en mycket önskvärd och angelägen reform samtidigt som vi är medvetna om att dess genomförande inte är helt lätt, särskilt inte ett glesbygdsområde som vårt. Vi reserverar oss därför mot tredje stycket från slutet i yttrandet och föreslår i stället följande skrivning.

"Landstinget ansluter sig till förslaget om fri etableringsrätt för husläkare. Norrbotten är emellertid ett utpräglat glesbygdsområde vilket kan medföra särskilda problem när det gäller att organisera primärvården utanför tätorterna. Man bör därför noga pröva förutsättningarna för att inom ramen för den fria etableringsrätten skapa möjligheter för att utforma kontrakt grundade på lokala behov och förutsättningar. En väg kan då vara att sänka den generella kapiteringsersättningen för att därigenom inom en given ekonomisk ram ge utrymme för en högre fast ersättning vid kontrakt där särskilda krav ställs".

Vi anser att om man förfar på detta sätt kommer man att motverka den av styrelsens majoritet befarade "strömmen till storstäderna" då det skulle bli möjligt att skapa incitament för läkare att söka få avtal med krav utöver grundåtagandet. Vi anser också att man, för att motverka att allmänläkare söker sig från glesbygder till storstadsområden, bör vara generös med att ge dispenser till andra specialister än allmänläkare, så att dessa kan etablera sig till husläkare.

Vi reserverar oss också mot skrivningen i sjätte stycket från slutet i yttrandet, då vi inte kan finna täckning för denna skrivning om "stark inriktning på central reglering" i departementspromemorian. Vi tror snarare att formuleringen i yttrandet beror på majoritetens oro för att landstinget skall förlora en möjlighet att begränsa den fria etableringsrätten.

Reservation 2

Av Svea Cederlund (fp):

1975 föreslog folkpartiet första gången att ett husläkarsystem skulle införas i Sverige. Vid fjolåret kongress med Landstingsförbundet så var övriga partier mogna att ställa sig bakom kravet.

Regeringen har nu i en departementspromemoria presenterat riktlinjer för hur ett husläkarsystem kan utformas. Avsikten är att ett sådant ska vara infört i Sverige senast under 1995. Det är bra att den segdragna frågan om att varje svensk ska få en egen, personligt vald läkare som sin naturliga kontakt med sjukvården - att den frågan nu ska föras till en lösning.

Det finns en betydande samstämmighet mellan departementets synsätt på frågan och det som framkommer i den delrapport, som lämnats av en arbetsgrupp tillsatt av Landstingsförbundet. Den rapporten skiljer sig på ett fördelaktigt sätt från det gnälliga och felsökande yttrande som lämnats av landstinget i Norrbotten, och som antagligen speglar majoritetens begränsade intresse för husläkarfrågans lösning.

Folkpartiet delar departementets och landstingsförbundets arbetsgrupps förslag att:

- människorna ska ha rätt att välja en egen läkare
- husläkaren ska vara specialist i allmänmedicin
- riksnivån ska fastställa några generella principer för systemet
- husläkarsystemet därutöver ska utformas efter lokala förhållanden
- vården kan utföras av olika producenter - den ska vara producentneutral
- ersättningen utgörs huvudsakligen av betalning per registrerad individ
- en läkare som uppfyller kraven har rätt att etablera sig. Dock måste läka-rens rätt till etablering medföra skyldighet att förutom grundåtagandet även ta på sig medicinska uppgifter som sjukvårdshuvudmannen vill få utförda.