

Replik till Christer Sjödin (LT 16/2007):

Patientens val visar vägen

Decentralisering, personalinflytande och en mångfald av utövare är några av de mål som alliansen i Stockholms läns landsting ställt upp för den framtida primärvården. Alla i landstinget ska ha reell möjlighet att aktivt välja sin fasta läkar-kontakt, med syftet att stärka patientmakten.

I Läkartidningen 16/2007 reser Christer Sjödin, ordförande i Stor-Stockholms privatläkarförening, några frågor kring den framtida primärvården i Stockholms läns landsting – frågor som vi gärna vill svara på.

För att kunna möta patienternas högst berättigade förväntningar är mångfalden av vårdgivare inom sjukvården i Stockholms län en av förutsättningarna. Att bidra till att stärka patientens ställning genom att erbjuda bättre tillgänglighet är en prioriterad politisk uppgift.

Stockholms läns landsting ska vara ett landsting som ligger i täten för utvecklingen, med modernt ledarskap och utförare inom vården som präglas av decentralisering, personalinflytande och en mångfald av utförare. Det innebär att det inom alla områden ska bli möjligt för befintliga privata vårdproducenter att växa och för nya producenter att etablera sig.

Invånarna i Stockholms län ska erbjudas den bästa tillgängligheten i landet. Alla i hela länet ska ha den reella möjligheten att aktivt välja sin egen doktor eller vårdteam, vilket leder till stärkt patientmakt.

Patientvalsmodell – vad är det? Det handlar helt enkelt om att patienten

Alliansens gruppledare
i Stockholms läns landsting:

CHRISTER G WENNERHOLM (m)
BIRGITTA RYDBERG (fp)
PIA LIDWALL (kd)
GUSTAV ANDERSSON (c)

väljer sin fasta läkarkontakt. Det är inte udda eller jämna gatu- eller postlådenummer som avgör vem som är patientens husläkare. Medborgarens fasta och långsiktiga läkarkontakt, husläkaren, ska i normalfallet vara specialist i allmänmedicin. För att möta äldres och barnfamiljers särskilda behov ska även geriatriker eller barnmedicinare kunna vara husläkare med det fastlagda åtagandet.

Äldre, multisyjuka eller kroniskt sjuka patienter tycker ofta att det är viktigt med kontinuitet och närhet till vården. Äldre patienters vårdbehov är också ofta komplext. En fast vårdkontakt ska erbjudas äldre med stora och sammansatta vårdbehov, och de ska vara en särskild, prioriterad grupp inom vården. Vården ska organiseras så att de äldres vårdbehov inom primärvården kan tillgodoses. Den enskilda husläkarmottagningen ska ges möjlighet att utforma vården för att tillgodose patienternas behov, t ex genom längre öppethållande eller jourmottagning på kvällstid.

Prissättning. Den pågående utredningen om ett reformerat ersättningssystem ska bl a belysa hur redan tecknade fleråriga avtal om jourverksamhet kan införas i patientvalsmodellen. Smidiga övergångsregler och ett hållbart ersättningssystem som också tillgodoser landstingets behov av kostnads-kontroll är andra förutsättningar som utredningen arbetar med.

Ett ökat helhetsansvar inom vården ger större trygghet för patienterna. Ett reformerat ersättningssystem ska stödja vårdkedjetänkande.

Den ökade tillgängligheten och ökningen av antalet besök inom primärvården förväntar vi oss ska leda till färre icke medicinskt motiverade besök på akutmottagningarna samt allmänmedicinska besök hos andra specialister. Detta bör i sin tur kunna leda till att de svårare sjuka patienterna får större tillgång till vården på sjukhusen och andra specialister inom den öppna vården.

Totalkostnadskontrollen bör därför beaktas även i ett större sammanhang. Utredningen bör, i nästa steg, belysa hur allmänmedicinska besök på akutmot-

tagningarna samt hos andra specialister ska ersättas.

Auktoriseringen ska ske på så sätt att »skall-krav«, grundåtagande och tilläggsåtaganden blir tydliga för den enskilda mottagningen. Uppdrag som rör identifiering av avlidna, mottagande av icke listade patienter från sjukhusen samt smittskyddsverksamhet är exempel på sådant som kommer att regleras i de krav som ställs vid akreditering. Privata och landstingsdrivna mottagningar ska godkännas genom auktorisation, vilket inte är jämförbart med en ramupphandling, och därför behöver Lag om offentlig upphandling inte tillämpas.

Fri etablering av bl a husläkare införs. Listning ska i första hand ske hos läkare, alternativt på den enskilda mottagningen. Grunden är att alla invånare listas,

detta för att säkerställa att namngiven läkare har skyldighet att ta emot patienten. Ersättning ska utgå endast för patienter som är aktivt listade.

Invånare utan fast läkarkontakt bör årligen informeras om deras möjlighet att få en husläkare. Innan regelverket för auktorisation presenteras måste det tydliggöras vad som kan föranleda återtagande av auktorisation samt hur vårdgivare varnas som ej sköter åtagandet.

Utbildning. Beträffande ST

finns det flera frågor som vi behöver belysa ytterligare. Dit hör t ex tydliga kvalitetskrav på de enheter som tar emot ST, husläkarmottagningars möjlighet att utvecklas till särskilda utbildningsenheter som kan ta emot fler ST-läkare men inte har utrymme att anställa alla, möjlighet för ST-läkare att sista året lista patienter, möjlighet att byta husläkarmottagning under ST-tjänstgöringen m m. I nästa steg ska en modell med fortbildningskrav för husläkare och även andra yrkesgrupper inom primärvården utvecklas. Detta ska ske i samverkan med yrkesföreningarna.

Patientens inflytande och makt över vården behöver stärkas. Patienten ska ha rätt att välja läkare och vårdenhet samt ges inflytande över val av tidpunkt för behandlingen. Det är en utgångspunkt för den framtida närsjukvården i Stockholms läns landsting. Därför väljer vi att sjösätta patientvalsmodellen den 1 januari 2008.