

2017-09-20

Socialdepartementet S2017/03549/FS

GEM 2017/0216

Remissyttrande avseende God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild

Inledningsvis

Sveriges Läkarförbund har beretts tillfälle att yttra sig om delbetänkandet *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*. Läkarförbundet tackar för möjligheten att yttra sig och vill lämna följande synpunkter.

Sammanfattning av våra viktigaste ståndpunkter

Kapitel 2

Läkarförbundet håller med utredningen att en genomgripande förändring av svensk sjukvård är nödvändig för att i framtiden kunna erbjuda invånarna en lättillgänglig, jämlik, god och effektiv vård oavsett var i landet man bor. Det bör vara ytterst prioriterat för Sverige att ha en väl utbyggd primärvård. I jämförelse med våra nordiska grannländer Norge och Danmark och flertalet andra europeiska länder har dessa en väl utbyggd primärvård

Läkarförbundet anser att om utredningens förslag inte ska misslyckas är det av vikt att förbättra drivkrafterna för läkare att söka sig till och stanna kvar i primärvården. Primärvården måste bli mer attraktiv att arbeta i. Lärdomar kan dras av strukturomläggningen i Norge med den så kallade *Fastlegeordningen*. Reformen skapade drivkrafter för läkare att söka sig till primärvården och säkerställde att medborgarna fick en egen fast läkare. Detta åstadkoms genom fri etablering, möjlighet att driva mottagning i egen regi, bra ersättning och att icke-specialister i allmänmedicin fick rätten att bli *fastlege*.

Kapitel 3

I detta betänkande föreslås en justerad vårdgaranti. Läkarbundet vill emellertid starkt framhålla att en på pappret ”förstärkt” vårdgaranti inte löser bristen på tillgång till specialister i allmänmedicin eller andra yrkeskategorier inom primärvården. Först när kompetensförsörjningen i primärvården säkrats är en förstärkt tidsfrist möjlig. Grunden för en ökad tillgänglighet till primärvården ligger i kompetensförsörjningen. Fortbildning, forskning och utbildning är oerhört viktiga delar för att göra primärvården till en trygg första linjens sjukvård som attraherar allt fler blivande kollegor.

Kapitel 4

Läkarförbundet vill betona vikten av att tydligt definiera vad som menas med öppen vård, slutna vård och primärvård. Vad innebär begreppet den nya nära vården? Det är av vikt att förändringar i arbetssätt belyses tillsammans med vårdens olika aktörer.

Om det ska gå att genomföra en större förändring så som tänkts för åren 2022 – 2027 är det av vikt att professionerna i primärvården märker och kan känna tillit att det finns utökade finansiella resurser kopplat till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det kan till exempel handla om att det finns statliga medel avsatta för att läkare ska kunna fortbilda sig.

Kapitel 5

Läkarförbundet delar utredningens syn att vårdgarantin ska vara behovsstyrd. Läkarförbundet anser dock att yrkeslegitimation ska vara ett krav vad gäller medicinsk bedömning. Läkarförbundet ser samtidigt en fara i förändringen som föreslås i utredningen att ändra från *”besöksgaranti till läkare inom primärvård”* till *”bedömningsgaranti av läkare eller annan legitimerad sjukvårdspersonal”*. Här ser vi en uppenbar risk i att behov av läkarkompetens inte uppfylls. Att bedömningar ska vara styrda av patientens behov är helt klart och detta kan i vissa fall göras av andra professionsgrupper, men läkares medicinska kompetens går inte att ersätta och utgör en central roll i primärvården och i övrig vård. Läkarförbundet menar därför att tillgänglighet till läkarkompetens måste säkerställas i det kommande nationella uppdraget för primärvården så att läkare enkelt kan konsulteras vid behov för bedömning. En noggrann utvärdering måste göras kontinuerligt av förändringen av vårdgarantin så att inte patienten får sämre medicinska bedömningar eller inte får en medicinsk bedömning.

Det föreligger en underskattad risk för undanträngningseffekter av personer med kroniska sjukdomar eller sköra äldre personer som behöver återbesök eller att behandlingsinsatser förskjuts/späds ut till förmån för vårdgarantibesök. För att minska belastningen på akutmottagningar behövs tid för uppföljning av kroniker och sköra äldre personer. Kontinuitetsaspekten och behov av att få en medicinsk bedömning av patientansvarig läkare kan förloras då tidsaspekten prioriteras. Läkarförbundet anser också att det finns en betydande risk att den enskilda patientens behov i praktiken styrs mot en tillgänglig profession snarare än mot den optimala kompetensen för patientens behov.

Kapitel 2 Utredningens arbete, och andra utgångspunkter

Läkarförbundet håller med utredningen att en genomgripande förändring av svensk sjukvård är nödvändig för att i framtiden kunna erbjuda invånarna en lättillgänglig, jämlik, god och effektiv vård oavsett var i landet man bor. Internationella undersökningar visar att en hälso- och sjukvård som når breda befolkningsgrupper i samhället ger en bra grund för en god folkhälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) har också framhållit betydelsen av en väl utbyggd primärvård. Primärvården är dessutom kostnadseffektiv. Det bör alltså vara ytterst prioriterat för Sverige att ha en väl utbyggd primärvård. I jämförelse med våra nordiska grannländer Norge och Danmark och flertalet andra europeiska länder har dessa en väl utbyggd primärvård. Primärvården i Sverige har idag inte förutsättningar att vara den naturliga basen och ingången i hälso- och sjukvården som den bör vara. För att primärvården ska kunna vara basen i hälso- och sjukvården måste emellertid kompetensförsörjningen av personal i vården säkras. Fler läkare måste vilja jobba och att etablera sig i primärvården, detta så att befolkningen kan garanteras en fast läkarkontakt och få en kontinuitet i vården till en läkare.

De problem som färgar svensk primärvård är inte nya och även våra nordiska grannländer har haft samma problem med styrningen som vi i Sverige. I Norge genomfördes i början av 2000-talet en reform med de uttalade målen att tydliggöra ansvarsfördelningen – särskilt mellan stat och fylken, genom att skapa en regionalt jämlik vård, förbättrad kvalitet, bättre organisation med bättre produktivitet och effektivitet. Reformen gjorde att den norska staten blev både ansvarig för och finansär till vården. En del av denna strukturomläggning innefattade den så kallade *Fastlegeordningen*. Reformen skapade drivkrafter för läkare att söka sig till primärvården och säkerställde att medborgarna fick en egen fast läkare... Detta åstadkoms genom fri etablering, möjlighet att driva mottagning i egen regi, bra ersättning och att icke-specialister i allmänmedicin fick rätten att bli *fastlege*. Dessa läkare var ofta redan specialister inom andra fält än allmänmedicin men tack vare incitamentsstyrningen fick de möjligheten att gå över till distriktsvården. Inbyggd i incitamentssystemen är också ersättning för och regelverk för fortbildning samt specialisering inom allmänmedicin. Läkarförbundet anser att om utredningens förslag inte ska misslyckas är det därför av vikt att förbättra drivkrafterna för läkare att söka sig till och stanna kvar i primärvården. Primärvården måste bli mer attraktiv att arbeta i.

Den senaste tiden har kritik framförts mot den norska fastlegeordningen. Debatten i Norge handlar emellertid inte främst om att avskaffa fastlegeordningen utan att göra justeringar i primärvårdens uppdrag, samt att öka incitamenten för yngre läkare att vilja bli fastläkare. Läkarförbundet menar att den norska fastlegeordningen är intressant, med små professionsdrivna enheter där patienten listas på läkare. Vi ska dock självklart utgå från svenska förutsättningar, och våra välfungerande team, när vi genomför en svensk primärvårdsreform. Teamarbete är viktigt och listning på en fast läkare och kontinuitet i det medicinska ansvaret står inte i motsatsförhållande till detta utan tvärt om gör det smidigare att stämma av frågor mellan alla som arbetar i vården.

Kapitel 3 Nulägesbild: Vad har hänt sedan Effektiv vård?

Läkarförbundet lämnade i slutet av 2016 in en skrivelse till Socialstyrelsen gällande översynen av det nationella planeringsstödet i vilken vi bland annat framförde att de prognosmodeller som används i arbetet med det Nationella Planeringsstödet är alltför trubbiga för att på ett meningsfullt sätt kunna

användas som underlag för planering av vårdens framtida läkarförsörjning. För att statistiken ska bli mer rättvisande anser vi att staten tillsammans med SKL bör göra en rejäl satsning på att utreda och nyansera nationella planeringsstödet. Vi anser tyvärr att de nuvarande nationella diskussionerna om kompetensförsörjning inte fungerar tillfredställande. Landstingens roll i att de har ansvar för personalförsörjningen behöver förtydligas, likväl att de som arbetsgivare kan se till att läkararbete i hälso- och sjukvården är attraktivt genom faktorer som arbetsmiljö och fortbildning.

I detta betänkande föreslås en justerad vårdgaranti, vilket vi kommenterar utförligt längre fram i remissyttrandet. Läkarbundet vill emellertid starkt framhålla att en på pappret ”förstärkt” vårdgaranti inte löser bristen på tillgång till specialister i allmänmedicin eller andra yrkeskategorier inom primärvården. Först när kompetensförsörjningen i primärvården säkrats är en förstärkt tidsfrist möjlig. **Grunden för en ökad tillgänglighet till primärvården ligger i kompetensförsörjningen.** Rätt kompetens vid alla tillfällen är av vikt. För att denna ökade och förbättrade tillgänglighet ska kunna uppnås krävs dock att primärvården byggs ut och förstärks först – inte det omvända. Läkarförbundet anser att det behövs en samlad **strategi för en kraftfull ökning av antalet tjänster inom primärvården.** Dels behövs det fler faktiska tjänster som är stabila och attraktiva, dels behövs tjänsterna fyllas av personal med rätt kompetens. Det krävs ett större nationellt ansvarstagande för sjukvårdens kompetensförsörjning och att antalet ST-läkare i allmänmedicin måste ökas. Till exempel behövs en aktiv målmedveten rekryteringskampanj av läkare till primärvård för att täcka behoven. Detta kan ske bland annat ske genom fler ST-tjänster inrättas och att handledning ges på ens huvudsakliga arbetsplats. Men framförallt måste attraktionen att utbilda sig till specialistläkare i allmänmedicin öka om den önskade förändringen av primärvården ska ges förutsättning att bli verklighet. **Fortbildning, forskning och utbildning** är oerhört viktiga delar för att göra primärvården till en trygg första linjens sjukvård som attraherar allt fler blivande kollegor. Det behövs **satsningar på allmänmedicinsk forskning och akademisk primärvård** för ökad kvalitet inom utbildning och forskning.

Vidare redovisas i betänkandet de åtgärder som regeringen har aviserat gällande kontinuitet för patienten. Utredningen lyfter de pågående arbetena med *Patientkontrakt*, vilket är tänkt att vara en sammanhållen plan över patientens inplanerade vårdinsatser. Vi är inte negativt inställda till tanken med *Patientkontrakt*, men vill samtidigt framhålla att kontinuitet för patienten inte löses genom denna reform. Dagens brister i primärvårdens bemanning leder till en bristande kontinuitet för patienterna. Detta ökar risken för felbehandlingar då uppföljning av vård och behandling i form av en planerad åtgärd, utredning eller uppföljning av en given ordination lätt missas. **Läkarförbundet anser att patienter ska listas på en fast läkare** istället för idag som på en vårdcentral, vilken kan sakna tillräcklig bemanning av specialister i allmänmedicin. Att listningen sker på vårdcentral och inte på läkare är en viktig förklaring till stafettläkarsystemet i primärvården. Listning på läkare skapar förutsättning för en kontinuitet för patienten, möjlighet till stärkt samverkan och förutsättning för bättre tillgänglighet i vården. Användningen av nya digitala instrument och enklare sätt att kommunicera med vården kan införas snabbare och användas mera om det finns en etablerad kontakt med en läkare som patienten har förtroende för. Möjligheten till samverkan med andra professioner och aktörer uppstår eftersom alla vet vilken läkare som är medicinskt ansvarig för patienten, vilket också ger bättre förutsättningar för en ökad tillgänglighet då det både är tryggare och snabbare för alla, i exempelvis ett team, att stämma av en fråga när man vet att läkaren känner patienten. Det ska samtidigt understrykas att listning på läkare inte behöver innebära att alla patientbesök ska ske till den läkare patienten är listad på utan, det medicinska ansvaret ska ligga hos läkarprofessionen.

Kapitel 4 Utredningens fortsatta arbete

I **kapitel 4.1** föreslås tre nya principer styra hälso- och sjukvården.

1. Att vården ska vara lätt tillgänglig för kontakt och besök
2. Att den ska organiseras nära befolkningen
3. Att vården ska ges som öppenvård i första hand.

Läkarförbundet vill betona vikten av att tydligt definiera vad som menas med öppen vård, slutna vård och primärvård. Är primär vård och primärvård (definition i hälso- och sjukvårdslagen på s. 24 i betänkandet) samma sak? Står primärvård för vård bedriven på vårdcentral/hälsocentral? Var hamnar den öppna specialiserade vården? Det är också viktigt att öppna för att specialister som i dag i huvudsak är verksamma inom slutenvård att etablera sig i öppenvården. Vad innebär begreppet den nya nära vården? Det är av vikt att förändringar i arbetssätt belyses tillsammans med vårdens olika aktörer.

En annan frågeställning är vad som avses med att hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen? Vad menas med "nära" när landstingen stänger ner hälsocentraler i förorter eller lägger ner distriktsköterskemottagningar i glesbygd? Begreppet "nära befolkningen" uppfattar vi töjbart, vilket gör att det finns en risk att landstingen och regionerna i alla fall kommer att fortsätta koncentrera vården med hänvisning till att vården erbjuds digitalt nära befolkningen.

Läkarförbundet vill framhålla att det kan vara intressant för utredningen att ta del av hur den danska staten flyttat ut öppen specialiserad vård (Speciallaegepraksis) som ett sätt att ge vård nära befolkningen. De allra flesta som patienter som kommer till specialläger färdigbehandlas av dessa och behöver inte uppföljande behandling på sjukhus. Systemet har en mycket hög patientnöjdhet och avlastar samtidigt sjukhusen.

I **kapitel 4.2** lämnar utredningen en målbild för god och nära vård.

Läkarförbundet delar utredningens analys i behovet av en tydligt definierad målbild och att den noga utarbetas först innan en omstrukturering påbörjas. Utifrån målbilden går det att sedan arbeta för en förstärkning av första linjens sjukvård. I likhet med definitioner av begreppen i kapitel 4.1 är det av största vikt att definiera vilket åtagande den första linjens sjukvård ska ha. Det naturliga är att första linjens sjukvård ges via vårdcentral/hälsocentral och att läkarkompetensen där är specialister i allmänmedicin med en bred kompetens. Specialister i allmänmedicin är som generalister oumbärliga i att bedöma oselektade patienter vilket är en förutsättning för en mer en effektiv hälso- och sjukvård

På sida 75 i betänkandet går det att läsa följande:

"Det behövs en gemensam målbild för arbetet med omställningen från dagens sjukvårdssystem, med dess fokusering på vård given på sjukhuset, till en nära vård; en ny första linjens hälso- och sjukvård med primärvårdens olika kompetenser som bas, men i samspel med sjukhusvård och kommunala insatser i ett nätverk utgående från patientens behov, skapande en fungerande helhet."

Utifrån detta vill Läkarförbundet ha svar på vad som menas med samspel? Vem förväntas ha huvudansvaret? Läkarförbundet ser en stor farhåga i att primärvården får ett mycket större ansvarsområde innan kompetensförsörjningen inom primärvården är säkrad. En framgångsrik modell måste bygga på en definition av den första linjens sjukvård, allmänmedicinsk specialkompetens och ett rimligt åtagande.

En av förutsättningarna för ett fungerande samspel med sjukhusvården och den kommunala vården är kompatibla IT-system. Det måste vara möjligt för vårdpersonal i alla led och områden att ta del av relevant patientinformation – informationen måste följa patienten och inte vara låst utifrån verksamhet och huvudman som fallet ofta är idag.

I **kapitel 4.3** föreslås en färdplan för samordnad omställning av svensk hälso- och sjukvård

En nationell reform av primärvården som säkrar en fullt utbyggd primärvård till hela befolkningen är en av Läkarförbundets högst prioriterade frågor. För att det ska möjliggöras behövs en utbyggd primärvård, ett tydligt nationellt grunduppdrag, nationellt fastställda finansieringsprinciper och att listning sker på en fast läkare och inte på mottagning.

Läkarförbundet håller med utredningen i behovet av att definiera svensk primärvårds åtagande. Detta måste ske nationellt. Landstingen har aldrig tidigare klarat detta och förmår inte själva prioritera satsningar på primärvården på ett likartat sätt när de får definiera uppdraget själva. Hur själva innehållet i vården ska utföras bör emellertid primärvårdens professioner få i förtroende att själva utforma. Vi anser att det primärvården ska utföra är ett åtagande som primärvårdens professioner ska få förtroende att själva utforma till omfattning och innehåll. Läkarförbundets definition av nationellt uppdrag för primärvården är att den *”ska utgå från att primärvården är den naturliga första kontakten för invånarna, och ska klara av att med hög kompetens, kontinuitet och tillgänglighet bedöma, utreda och behandla så många som möjligt av dem som söker sig dit. Det viktiga är att uppdragets yttre gränser definieras och att uppdrag och både ekonomiska och strukturella resurser följs åt.”* Samtidigt bör det finnas utrymme för lokala variationer för både profession och patienter att välja arbets-/vårdform. Om många medborgare är listade på en läkare innebär det samtidigt att det är svårare för en enskild patient att ha en rimlig tillgänglighet till en fast läkarkontakt. Därav är det rimligt att en läkare bör ha ett rimligt antal patienter listade så att tillgängligheten kan garanteras. Vi är därför övertygade om att det måste finnas möjlighet för läkare att ha listningstak av patienter. Det finns ett tidigare riksdagsbeslut (år 2000) att en läkare i primärvården i genomsnitt ska ha 1500 listade patienter, men eftersom det saknas mer än 1400 specialistläkare i allmänmedicin så kan målet idag inte uppfyllas. Vi anser även att det bör finnas möjligheter att ha ett ”bas-åtagande”, och att de verksamheter som så önskar ska kunna utöka sitt uppdrag.

Under punkten *färdplan för samordnad omställning av svensk hälso- och sjukvård* lyfts även behovet av ett tydligare akutuppdrag för primärvården (s.77). Läkarförbundet vill i detta sammanhang framföra att under förutsättning att det i framtiden finns tillräckligt många specialister i allmänmedicin i primärvården kommer de flesta patienter, även de med akuta vårdbehov, att kunna handläggas dagtid i primärvården. En förskjutning av verksamheten mot kvällar och nätter försämrar tillgängligheten dagtid. Då minskar primärvårdens förmåga att ta hand om kroniker och sköra äldre personer och därmed riskerar belastningen på akutmottagningarna att öka. Läkarförbundets bedömning är att det är få akuta ärenden som kräver vård nattetid om primärvården förstärks i tillräcklig omfattning så att patienterna vet att de kan få en akut bedömning nästa dag.

Ett av de förslag från utredningen *Effektiv vård* som utredningen särskilt ska beakta i kommande betänkanden är resursöverföring från sjukhusvård till primärvård. Läkarförbundet vill framhålla att det finns utomordentliga utmaningar i att flytta personella och ekonomiska resurser mellan sjukhusvård och primärvård. Att frigöra de resurser som krävs för att öka tillgängligheten – på det sätt som utredningen önskar – från sjukhusvården till primärvården är inte realistiskt. Vi anser istället att resurserna till primärvården måste förstärkas betydligt med riktade statliga medel under en omställningsperiod. Om åtagandet för primärvården ska öka måste det innan dess finnas tillräckligt med resurser i både form av ekonomi och kompetens.

Om det ska gå att genomföra en **större förändring** så som tänkts för åren **2022 – 2027** är det av vikt att professionerna i primärvården märker och **kan känna tillit att det finns utökade finansiella resurser kopplat till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården**. Det kan till exempel handla om att det finns statliga medel avsatta för att läkare ska kunna fortbilda sig.

Kapitel 5 En förstärkt vårdgaranti i primärvården

Läkarförbundet anser att listning ska ske på läkare. Läkarförbundet delar emellertid utredningens syn att vårdgarantin ska vara behovsstyrd. Fokus för utvecklingen av hälso- och sjukvården bör vara patientens väg genom vården. Läkarförbundet anser dock att yrkeslegitimation ska vara ett krav vad gäller medicinsk bedömning. Läkarförbundet ser samtidigt en fara i förändringen som föreslås i utredningen att ändra från *”besöksgaranti till läkare inom primärvård”* till *”bedömningsgaranti av läkare eller annan legitimerad sjukvårdspersonal”*. Här ser vi en uppenbar risk i att behov av läkarkompetens inte uppfylls. Att bedömningar ska vara styrda av patientens behov är helt klart och detta kan i vissa fall göras av andra professionsgrupper, men läkares medicinska kompetens går inte att ersätta och utgör en central roll i primärvården och i övrig vård. Läkarförbundet menar därför att tillgänglighet till **läkarkompetens måste säkerställas i det kommande nationella uppdraget för primärvården** så att läkare enkelt kan konsulteras vid behov för bedömning. I detta sammanhang vill Läkarförbundet även framföra att de små professionsdrivna vårdcentralerna bör värnas, då dessa inte kan ha alla yrkesgrupper anställda. De små professionsdrivna vårdcentralerna kan behöva ha ett begränsat uppdrag, men med möjlighet till konsulter eller avtal med andra yrkesgrupper. Utbildningsläkare såsom AT-läkare och ST-läkare måste också värnas i processen och deras förutsättningar för ett kontinuerligt lärande och ett gott stöd måste beaktas. Mötet mellan patient och läkare är kärnan i svensk sjukvård idag och ska fortsätta vara det. Förändringen som utredningen föreslår till gällande bedömningsgaranti av läkare eller annan legitimerad sjukvårdspersonal kommer inte att vara ändamålsenlig i framtiden förrän behovet och tillgängligheten av specialister i allmänmedicin är uppfylld. Fram till dess måste en noggrann utvärdering göras kontinuerligt så att inte patienten får sämre medicinska bedömningar eller inte får en medicinsk bedömning. **Läkarförbundet vill vidare starkt framhålla att en förstärkt vårdgaranti så som föreslås inte löser bristen på specialister i allmänmedicin eller andra professionsgrupper inom primärvården**. Tillgänglighet och kontinuitet är de största problemen inom svensk hälso- och sjukvård och för att förbättra detta behövs en bättre tillgång till allmänläkare. Läkarförbundet avstyrker inte utredningens förslag om en förstärkt vårdgaranti, men det ska samtidigt inte ses som att vi accepterar en permanentning av den nuvarande läkarbristen i primärvården – utan det är ett sätt att få det att fungera bättre i nuläget medans en nationell primärvårdsreform tar plats. Problemen med dagens modell (1-7 dygns vårdgaranti) kvarstår och blir mer svårhanterliga med 1-3 dygns vårdgaranti, vilket är den förändring som utredningen föreslår. Om resonemanget bygger på att 3 dagar är bättre än 7 dagar och att det i

princip redan sker idag, varför behövs då ny lagstiftning? Det finns också en stor risk att målen uppnås i statistiken men att det inte ger något mervärde för patienten. Vid brist på rätt kompetens får patienten ett kulissbesök för att uppfylla en vårdgaranti utan att komma till den resurs som kan lösa problemet. Det finns en risk för att tidsaspekten av vårdgarantin prioriteras och att man tappar i vårdkvalité. En bedömning bör alltid ske utifrån patientens medicinska behov och evidens/beprövad erfarenhet.

Utredningen framhåller (på sida 107) vikten av att vårdgarantin kontinuerligt följs upp och utvärderas. I detta sammanhang vill Läkarförbundet framhålla frågeställningen om hur patientens behov och en förbättrad tillgänglighet ska mätas? Finns det ett behov av att kartlägga vilka medicinska behov som kommer styra framöver? Vad finns det för evidens angående vad som behöver komma till läkare/annan profession inom viss tid? Hur ska vi i uppföljningsdata kunna skilja medicinska bedömningar som görs av en legitimerad yrkesutövare som dokumenterat detta, från den medicinska bedömning som faktiskt löste problemet som patienten sökte för? Här är det viktigt att mäta rätt utfallsmått. Ny- och återbesök finns det exempelvis **inte** statistik på överallt idag, som skrivs på sida 103 i utredningen. Och hur definieras skillnaderna? Det är av största vikt att tydligt definiera vad som är vad så att uppföljningsdata kan tolkas korrekt. Uppföljning av en ny vårdgaranti och väntetider bör naturligtvis inte öka den administrativa bördan utan måste vara rimliga att hantera. Det måste vara en automatiserad process och hämtas ur befintliga system.

Det föreligger även en underskattad risk för undanträngningseffekter av personer med kroniska sjukdomar eller sköra äldre personer som behöver återbesök eller att behandlingsinsatser förskjuts/späds ut till förmån för vårdgarantibesök. För att minska belastningen på akutmottagningar behövs tid för uppföljning av kroniker och sköra äldre personer. Kontinuitetsaspekten och behov av att få en medicinsk bedömning av patientansvarig läkare kan förloras då tidsaspekten prioriteras. Studier visar att kontinuitet ger markant sänkta sjukvårdskostnader, minskar risken för onödiga sjukhusinläggningar av äldre och minskar antalet akutbesök. Det är ju dessutom efterfrågat av patienter och ger ökad arbetsglädje.

På sida 98 i betänkandet står att:

"En annan risk är det faktum att tillgängliga resurser ibland är mindre än efterfrågan på en specifik kompetens och enskilda patienters behov måste då vägas mot varandra. I en sådan situation måste man vara uppmärksam på risken att den enskilda patientens behov i praktiken styrs mot en tillgänglig profession snarare än mot den optimala kompetensen för patientens behov".

Denna risk bedömer vi är **starkt** underdriven. Dessutom är det viktigt att hälso- och sjukvården inte ska vara efterfrågestyrd utan styrd utifrån medicinska behov. Sammanfattningsvis är frågan om det grundläggande syftet att öka tillgängligheten verkligen blir effekten av de föreslagna lagändringarna.

Avslutningsvis

Läkarförbundet vill framhålla att framtida vårdvalsavtal behöver inkludera möjligheten till utbildning och forskning. Detta skulle kunna öka tillflödet av nya specialister i allmänmedicin.

Läkarförbundet tycker att det är en brist att det inte nämns något i delbetänkandet om driftsformer. Både läkare och patienter är eniga om att småskaliga personalägda vårdcentraler ofta ger bättre vård

och service än de som drivs i andra former. Detta är också den gängse modellen för att driva vårdcentraler i andra länder och som lyckats bättre än vad vi har gjort i Sverige.¹

Med vänlig hälsning

SVERIGES LÄKARFÖRBUND



Heidi Stensmyren
Ordförande



Joakim Erdtman
Utredare

¹ Resultaten bygger på 2013 års Nationella patientenkät från SKL kombinerat med data från Läkarförbundets bemanningsenkät (Läkarförbundets rapport *Stabil läkarbemanning är avgörande för kontinuitet och vårdkvalité i primärvården*).