Svenska Distriktsläkar-föreningen

2018-10-15

Regeringskansliet
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

S2018/0346/FS

Svenska Distriktsläkarföreningen önskar lämna synpunkter till promemorian *God och nära vård – En Primärvårdsreform* (SOU 2018:39).

**Övergripande synpunkter**
Bra och självklart att primärvården lyfts fram och står i fokus i Anna Nergårdhs andra delbetänkande. Likaså uppskattar vi att kontinuitet lyfts fram som ett kvalitetsmått samt att listning på fast läkare och listningstak diskuteras. Vi saknar dock konkreta förslag på hur övergången till en God och nära vård ska gå till. Det saknas flera viktiga aspekter i den så kallade primärvårdsreformen.

Dels vill vi se tydligare övergångslösningar när det gäller den bristande kompetensförsörjningen inom primärvården samt en nationell finansieringsprincip som kan möjliggöra en jämlik sjukvård.

DLF anser att det krävs ett listningstak både på enskild ansvarig läkare samt på varje vårdcentral/hälsocentral för att den goda nära vården ska kunna upprätthålla en patientsäker och kostnadseffektiv vård med kontinuitet i fokus. Ansvaret för detta bör åligga sjukvårdshuvudmannen.

DLF är positiva till ökad forskning i primärvården samt till kvalitetsregister och rapportering så länge detta kan ske enkelt i befintliga IT-system. Vi är även positiva till beredningens tankar om att bygga upp en nationell struktur med akademiska vårdcentraler/kompetenscentra med tydlig koppling till universiteten för att stärka den patientnära forskningen, utbildningen, utvecklingen och fortbildningen. Vi saknar dock tydligare riktlinjer när det gäller fortbildning.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*
- *Rimliga övergångslösningar gällande den bristande kompetensförsörjningen*
- *Listningstak*
- *Nationell finansieringsprincip som kan möjliggöra en jämlik sjukvård*
- *Forskning och fortbildning*

**Synpunkter angående författningsförslagen i hälso- och sjukvårdslagen**
2 kap 6§
Primärvård – innefattar öppen vård utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder- eller patientgrupper som inte kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I kommentarerna anges att avgränsningen mot annan vård dras mellan specialist i allmänmedicin och annan specialist. Därefter anges att även specialister i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin får anses ha likvärdig generalistkompetens avgränsad till de åldersgrupper som respektive specialitet omfattar.

DLF ser positivt på att kommentarerna så tydligt lyfter fram specialiteten allmänmedicin i primärvården. Vi håller med om att även andra specialiteter med generalistkompetens kan ha en plats i primärvården men utifrån sitt kompetensområde, se Synpunkter angående specialistkompetens nedan.
*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *att andra specialiteter kan arbeta i primärvården men enbart utifrån sitt kompetensområde*

7 kap 3§
”… välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt hos den *valda utföraren i Vårdval primärvård* få tillgång till och välja fast läkarkontakt.”

I kommentarerna anges att det i regel krävs att läkaren är specialist i allmänmedicin men att även läkare med ”likvärdig kompetens” såsom läkare med annan specialitet med lång erfarenhet av primärvårdsarbete, specialister i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin samt ST-läkare i allmänmedicin bör uppfylla kompetenskravet.

DLF tycker det är bra att rätten till fast läkarkontakt tydliggörs samt att det i kommentarerna anges att det som regel krävs att läkaren skall vara specialist i allmänmedicin. DLF anser dock att skrivningen ”annan specialitet med lång erfarenhet av primärvårdsarbete” är alldeles för otydlig. Risken är stor att man i en bristsituation sänker kompetenskraven, vilket kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *rätten till fast läkarkontakt som regel specialist i allmänmedicin*

**Synpunkter angående författningsförslagen i patientlagen**
3 kap 2§ samt 6 kap 3§

DLF tycker det är bra att det ytterligare förtydligas att patienten skall informeras om möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård. Vi anser dock att patienter som ej själva aktivt valt fast läkarkontakt skall tilldelas sådan. Det är svårt att få till stånd en jämlik vård om endast en del av befolkningen har en fast läkarkontakt. Det är inte rimligt att endast de patienter som själva aktivt valt fast läkarkontakt skall få kontinuitet i vården.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *att alla invånare får en fast läkarkontakt*

**Synpunkter angående författningsförslagen i patientdatalagen**
3 kap 10§

DLF ser positivt på alla lättnader i administrativa uppgifter som inte påverkar patientsäkerheten.

**Synpunkter angående kontinuitet och listning**
Delbetänkandet, liksom den tidigare utredningen Effektiv vård, konstaterar att nuvarande bristen på kontinuitet mellan läkare och patient är ett stort problem i svensk sjukvård.

DLF stödjer listning på läkare då detta gynnar kontinuiteten. Listningen bör vara på läkare då denne har den högsta medicinska kompetensen och ofta slutligen är ansvarig. Interprofessionellt samarbete gynnas av tydlighet kring vem som är ansvarig läkare.

En avgörande förutsättning för att fast listning skall vara hållbar är att listan är blandad och avgränsad. Att endast lista vissa åldersgrupper eller diagnoser (ex äldre eller kroniker) är inte hållbart. Med en fast blandad och avgränsad lista finns stora potentiella vinster utifrån patientperspektiv, ekonomi, arbetsmiljö och rekrytering. Det gynnar även arbetsmiljön för andra yrkeskategorier.

På alla vårdenheter, även de med otillräcklig bemanning, bör fasta läkares lista vara begränsad i antal invånare. De invånare som köar till en fast allmänspecialist får skötas av läkare i specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin eller bemanningsläkare. Förslagsvis får alltså patienter utan fast läkare stå på listor som tillfälligtvis täcks av utbildningsläkare eller bemanningsläkare. Detta för att trygga både patientsäkerheten samt arbetsmiljön för befintlig personal. Det gynnar kontinuiteten även på enheter med låg bemanning.

Listan bör begränsas till antalet invånare. 1500 invånare per heltid för en allmänspecialist bör ses som en norm.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *en fast läkare med blandad och avgränsad lista för att främja kontinuitet*
- *en möjlig övergångslösning är listning på läkare i specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin eller bemanningsläkare*

**Synpunkter angående specialistkompetens.**
Delbetänkandet konstaterar att den naturliga kompetensen i primärvården utgörs av specialist i allmänmedicin. Med tanke på den aktuella bristen på specialister i allmänmedicin stöder vi förslaget om en statlig satsning på fler specialiseringstjänster i allmänmedicin.

Specialister i barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik tas upp i delbetänkandet. De, liksom andra sjukhusspecialister, kan vara en värdefull del i den nära vården för att ta emot ett, av allmänspecialister, filtrerat patientunderlag. Specialister i barn- och ungdomsmedicin och geriatrik kan under en övergångsperiod stärka primärvården inom avgränsade områden, exempelvis BVC och äldre på särskilt boende (SÄBO).

DLF motsätter oss att patienter utöver SÄBO listas på andra specialister då de saknar den breda primärvårdskompetens som krävs för en blandad lista. Blandade listor är en avgörande framgångsfaktor för primärvården och de bör skötas av specialister i allmänmedicin eller av läkare i specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

I delbetänkandet slås fast att ”En av primärvårdens styrkor är att den kan ge vård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper” (s.329). Att bryta ut vissa subgrupper av patienter och låta dem täckas av andra specialister riskerar att minska denna styrka och minska primärvårdens effektivitet och attraktionskraft.

DLF stödjer därför även ståndpunkten att läkare med annan specialistkompetens kan vara fast läkare om hen arbetar inom ramen för en allmänmedicinsk specialiseringstjänstgöring i syfte att bli dubbelspecialist.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *en avgränsad blandad lista som sköts av specialister i allmänmedicin eller av läkare i specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin*

**Synpunkter angående hemsjukvård**
I hela landet utom Stockholms läns landsting är hemsjukvården kommunaliserad. Det medför kommunikationsproblem då det ibland råder sekretess från kommunens sida. Journalsystemen är inte kompatibla, man kommunicerar med lappar. Ursprungligen kommunaliserades hemsjukvården med tanken bättre samarbete med hemtjänst. Detta är nu överspelat när det råder ett patientens val även där. Sjukvårdsministern har visat intresse för den vård som bedrivs i TioHundra, landstingsvård och kommun i ett. Hemsjukvård och övrig primärvård kan gärna ha samma huvudman som i Stockholm. Det underlättar samarbete och kontinuitet. På en större enhet kan man tänka sig en eller flera läkare som ansvariga för läkarinsatsen i hemsjukvården, allmänläkare eller geriatriker. På mindre enheter behåller man sin allmänläkare in i hemsjukvården. Patienterna kan fortsatt vara listade på sin allmänläkare alternativt på hemsjukvårdsläkare. I och med kommande regionalisering kanske vi kommer att få se andra former av samarbete mellan huvudmännen.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *att det skulle underlätta samarbetet och öka patientsäkerheten om den kommunala hemsjukvården övergick till landstingsfinansierad regi*

**Synpunkter angående särskilda boenden**
Läkarinsatsen kan skötas på boendet men patienterna kan också fortsätta att komma till mottagningen. Ibland sköts läkarinsatsen av närliggande vårdcentral, i bästa fall även av patientens långvariga läkarkontakt. I många fall har något vårdbolag ansvar för många boenden. Listning på den läkare man har sedan tidigare alternativt den läkare som ansvarar för boendet. Behandlande läkare bör vara allmänläkare eller geriatriker.

**Synpunkter angående intyg**
Det bör förtydligas att det ska göras en översyn av all information som inhämtas via medicinska utlåtanden eller intyg. DLF anser det nödvändigt med en genomgång av aktuell lagstiftning om krav på läkarintyg hos myndigheter.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *Att intygsbördan för specialister i allmänmedicin minskas*

**Kompetensförsörjningen.**
DLF anser att utredningens förslag om finansiering av 1250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027 brister.

Det verkliga behovet av nya specialister i allmänmedicin är högre än det utredningen påstår. Sedan snart 40 år tillbaka vet vi av erfarenhet att av antalet nya specialister i allmänmedicin kommer mellan 25 - 30 procent att ägna sig åt verksamhet utanför primärvården.

Det saknas också en analys över hur utredningen förhållit sig till det faktum att specialister i allmänmedicin arbetar i genomsnitt 80 procent. Detta får givetvis konsekvenser för hur många nya specialister i allmänmedicin som behöver utbildas framgent.

*Sammanfattningsvis är det viktigaste:*

- *Att nuvarande beräkning av utbildningsbehov av specialister i allmänmedicin är bristande*
- *Med en god primärvårdsreform skulle antalet som vill stanna eller återvända till vårt viktiga jobb bli större*

***Styrelsen för Svenska Distriktsläkarföreningen***