

Angående primärvårdsstrategin

Vi representerar distriktsläkare i Region Stockholm i ett antal olika konstellationer – arbetstagare, fackförbund, professionsförening och arbetsgivare. Vi är glada över det intresseprimärvårdsfrågan väckt i debatt och i politiken och ser positivt på att Region Stockholm gör en satsning på primärvården.

Det är viktigt att regionen satsar på fler ST-läkare i allmänmedicin och det är också positivt att det tillförs ett större fokus på forskning. Precis som förvaltningen är vi också positiva till nya arbetssätt och digitalisering. Samtidigt bedömer vi att nya arbetssätt och digitalisering bör vara bättre kopplade till finansiering och utvärdering och vi delar inte förvaltningens bedömning att detta kommer att leda till stora effektivitetsvinster rent ekonomiskt.

Det största bekymret i primärvården – i både Region Stockholm och i övriga riket – är underfinansieringen och underbemanningen, och dessa grundläggande problem åtgärdas inte i liggande förslag, vilket är ett bekymmer.

Därför kan vi inte ställa oss bakom nuvarande förslag till genomförandeplan av Primärvårdsstrategin och hoppas att ni som beslutsfattare återremitterar genomförandeplanen för omarbetning.

Situationen för primärvården är utmanande. Frågorna är både svåra och många och vi träffas därför gärna för konstruktiva diskussioner och dialoger. Nedan utvecklar vi våra resonemang.

En fortsatt underfinansiering kommer att råda eftersom det saknas planer för ökade ekonomiska resurser. Alla förändringar beräknas ske inom befintliga ramar med förhoppningar om att resurser ska frigöras genom ändrade arbetssätt och digitalisering. Det menar vi är orealistiskt.

Mot bakgrund av att staten avsatt riktade uppdrag för omställningen till Nära vård så borde det finnas ekonomiska resurser. Åtminstone dessa extra medel bör regionen kunna avsätta för att stärka primärvården. Regeringens båda utredare – Anna Nergårdh med God och Nära vård och Göran Stiernstedt med Digifysiskt vårdval – har framfört att primärvårdens allra största problem är underfinansieringen och att en förflyttning av resurser måste ske. Att detta inte sker i genomförandeplanen kommer sannolikt innebära en fortsatt underfinansierad primärvård, något som påverkar både patienter och profession.

Uppdragets storlek kommer enligt planen att vara oförändrat eller öka och det finns inga förslag om minskat uppdrag. Jämför exempelvis med Skottland där man minskade uppdraget utan att minska ersättningarna för landets allmänläkare för att få primärvården på fötter.

I planen framgår att vårdvalsuppdragen för vårdcentralerna kan breddas genom sammanslagning med närliggande vårdval, något som kan förenkla för underleverantörer. En sådan förändring bedöms kunna skapa förutsättningar för att bryta kostnadsökningen, något vi bedömer som tveksamt.

Ambitionsnivån och de ekonomiska resurserna står nämligen inte alls i paritet till varandra. Istället för nya uppdrag borde strategin innehålla resonemang om vilka uppdrag som kan uteslutas från primärvården, såvida inte ytterligare ekonomiska resurser tillförs.

Brist på visioner om fler distriktsläkare och en realistisk plan framåt. Kompetensbristen i primärvården handlar huvudsakligen om specialister i allmänmedicin, men det framgår inte tydligt i planen. Istället lyfts kompetensväxling fram, något som snarare kan tolkas som en ambitionssänkning.

Distriktsläkarföreningen har drivit frågan om en läkare per 1 500 invånare i tre decennier och även riksdagen har fattat beslut om ett sådant mål. Arbetsmiljöverket har i en dom från 2014 även slagit fast en sådan nivå.

Denna nivå bör alltså kunna anges åtminstone som så kallat dimensioneringsmått för regionen. Med 2,4 miljoner invånare bör Region Stockholm ha 1 600 heltidsarbetande distriktsläkare som målsättning inom exempelvis fem år. Detta bör framgå i planen och resurser öronmärkas och avsättas.

I planen framgår heller inte hur arbetsbelastningen ska ligga på en rimlig nivå. Hur kan vi i primärvården exempelvis dra nytta av andra specialister? Går det att utveckla en skräddarsydd ST för sjukhusspecialister?

Ovan är våra huvudsakliga tankar om hur planen kan och bör förbättras. Samtidigt innehåller planen ett stort antal förslag – både bra och mindre bra – och nedan redogör vi för våra förslag på ytterligare förbättringar.

Utökade uppdrag inom befintlig ram

1. I planen föreslås ökade öppettider och digitalisering, exempelvis webbtider återkommer. Det är den typ av detaljreglering regionen bör undvika. Det bör vara upp till varje enskild vårdgivare att avgöra när och om de ska erbjuda webbtider och utökade öppettider. Många i hälso- och sjukvården anser också att otriagerad webbokning inte bör förekomma, eftersom ett sådant system byter ut vård efter behov mot först till kvarn, vilket strider mot Hälso- och sjukvårdens portalparagraf. Utökade öppettider bör först komma ifråga när primärvården levererar bemanning på en rimlig nivå under dagtid.
2. Utökade uppdrag beskrivs avseende ansvar att koordinera och samverka mellan vård- och omsorgsgivare. Det handlar dels om nuvarande samordningsansvar, dels om att stärka kapaciteten för "det hälsofrämjande arbetet". Primärvården har redan idag svårt att leva upp till samordningsansvaret och större ansvar utan ytterligare medel är inte möjligt.
3. Digitaliseringen ska ökas samtidigt som det inte tillförs ekonomiska resurser för detta och det trots att IT-kostnaderna tar en allt större andel av budgeten. Dessa kostnader går heller inte att påverka för vårdcentralerna.

Listning/kontinuitet

1. Vårdcentraler ska erbjuda alla medborgare listning på fast läkare. Alltså ingen obligatorisk listning eller tak eller resonemang kring dimensioneringsmått enligt ovan. Detta trots att fast läkarkontakt är bevisat effektivt i samtliga åldersgrupper, även hos "friska" individer.
2. Det finns omfattande vetenskapligt stöd för kontinuitet och i planen finns diskussioner om kontinuitet med vissa mått, men inga åtgärder som leder dit. Eftersom tak saknas kan i princip alla vårdcentralers patienter listas på samma läkare och målet nås. Planen vill mäta antal specialister och antal ST-läkare, men det finns inga mål för lagom dimensionering.

Övriga synpunkter

1. Man ska verka för "systematiskt införande av kompetens- och uppgiftsväxling". Inga resonemang om när det är lämpligt och vad det betyder för patientsäkerheten. Vår uppfattning är att det inte finns några dramatiska vinster att göra.
2. Man önskar "utveckla och behålla personal" men det finns inga tydliga skrivningar om exempel på åtgärder för förbättrad arbetsmiljö. Därmed finns stor risk att detta viktiga arbete kommer in för sent i genomförandet, om alls. Vår uppfattning är att detta måste vara en av de första åtgärderna.

3. Det finns skrivningar om att minska detaljstyrningen och skifta uppdrag, ersättningsmodell och uppföljning mot kvalitet och resultat. Det är bra, men det saknas detaljer. Antalet mått som ska följas – 22 stycken – är många och antyder att styrningen i realiteten kommer att gå åt motsatt håll. De medicinska mått som nämns är även delvis föråldrade. Vissa går inte att mäta eller saknar målvärden. Urvalen av medicinska kvalitetsmått inriktar sig i princip endast på diabetes och hypertoni – trots primärvårdens bredd. Här finns tydliga undanträngningsrisker.
4. Angående förutsättningar för kontinuerlig förbättring saknas regelbundet avsatt tid för detta och det finns heller inga förslag om fortbildning.
5. Tidsplanen för hur omställningen ska ske börjar med nya uppdrag, ökade öppettider och erbjudande om fast läkare till alla som önskar, trots att förutsättningarna för primärvården sannolikt inte ändrats eller eventuella positiva effekter hunnit infinna sig. Åtgärder för att verka för förbättrad arbetsmiljö kommer först senare och kompetensväxling kommer sist i tidsplanen. Tidsplanen bedömer vi därför som orealistiskt.

Sammanfattningsvis hoppas vi på ett omtag tillsammans med oss som företrädare arbetsgivare, fackförbund, arbetstagare och professionsförening där vi kan föra en dialog om hur vi kan fortsätta att utveckla primärvården med ökad tillsyn, ökad kvalitet och professionalism med mål att säkerställa hög medicinsk kvalitet, god arbetsmiljö och förbättrad patientsäkerhet.

Med vänlig hälsning,

Ylva Sandström
Ordförande Distriktsläkarföreningen i Stockholm
Distriktsläkare Boo vårdcentral

Maria Wolf
Ordf Svensk förening för Allmänmedicin, Stockholm

Magnus Isacson
Ordf Svensk förening för Allmänmedicin, Sverige
Distriktsläkare Tensta vårdcentral

Susanne Barenius
Ordf PIST (Personalägda vårdcentraler i Stockholm)
Distriktsläkare och verksamhetschef Sjöstadskliniken

Fredrik Gunnmalm
VD Capio Närsjukvård. AB

Kenneth Jacobsson
Chefläkare/CMO Praktikertjänst

Birgitta Wiklund Hammarström
Husläkare/Verksamhetschef/VD Täby kyrkby husläkarmottagning.
Tidigare SPESAK i allmänmedicin

Suzana Turkalj Pavlakovic
Ordförande SLSO:s läkarförening
Distriktsläkare Vårby vårdcentral