



På väg mot en fullt utbyggd primärvård

Detta är ett dokument som vi i SFAM och DLF har tagit fram med förslag på övergångslösningar och satsningar vi rekommenderar som en del i en nationell primärvårdsreform för att uppnå en fullt utbyggd primärvård. Vi har även skissat översiktligt på tre olika scenarion man kan välja för att uppnå målet och rekommenderar ett av dessa.

Övergångslösningar

- Listning på andra specialiteter (geriatriker, barnläkare, internmedicinare) med handledning.
- Vakanta listor som tas om hand av hyrläkare men viktigt ändå att patienten står på en lista.
- Anpassad anställning för läkare i pensionsålder som exempelvis handledare.
- Återbesöksmottagningar på sjukhusen.
- Se över och begränsa primärvårdens uppdrag.

Satsningar

- Läkare från andra specialiteter får vidareutbilda sig till allmänläkare med bibehållen lön.
- Statlig satsning på st-läkare i allmänmedicin.
- Företräde för st-läkare i allmänmedicin till sidoutbildningar.
- Alla patienter ska listas på läkare.
- Begränsad lista med bättre arbetsmiljö gör att fler kan jobba heltid och en del allmänläkare som slutat/bytt specialitet kan komma tillbaka.
- Förenkla nystart av små vårdcentraler.
- God exponering av allmänmedicin i grundutbildningen och under BT.

Olika scenarion:

Alternativ 1:

- Alla fasta läkare får sätta ett listtak. De patienter som blir utan fast läkare hamnar på en vakant lista som tas om hand av hyrläkare eller en hyrläkarvårdcentral som tillhandahålls av regionen.
- Att vissa skall ha företräde till listning på ordinarie läkare är inte praktiskt genomförbart eftersom det aldrig går att välja ut vilka.

Fördelen med detta alternativ är att de välfungerande enheterna kan fortsätta vara välfungerande och att övriga enheter kan arbeta mot att bli det. Vi kan ärligt säga till yngre läkare att det finns en framtid som allmänläkare vilket vi inte kan göra så länge framtiden är oklar.

Konsekvensen för politiker med detta är att de blir mer tydligt ansvariga för att tillhandahålla alternativ, exempelvis hyrläkarvårdcentraler, och att allmänläkarbristen blir mer synlig.

Alternativ 2:

- Listningsföreträde till selekterade grupper. Exempelvis att alla som är >75 år, har kronisk sjukdom, är långtidssjukskrivna eller har funktionshinder får en fast läkare.
- De patienter som inte får en fast läkare hamnar även i detta fall på en vakant lista som tas om hand av hyrläkare eller hyrläkarvårdcentral.

Fördelen med detta alternativ är att de individer som har störst behov av en fast läkare i stor utsträckning får det.

Nackdelen är att det blir svårt att välja ut exakt vilka grupper som ska få företräde till en fast läkare. Risken är också att de tyngsta patienterna är så pass vårdkrävande att varje fast läkare med detta system kanske inte skulle kunna ha mer än 500 patienter på sin lista, vilket skulle resultera i att majoriteten av Sveriges befolkning fortfarande skulle stå utan fast läkare. Detta problem blir allra störst i glesbygd där det är svårt att bemanna och ofta en äldre och sjukare befolkning. Då riskerar man att de fasta läkare som arbetar i glesbygd får alltför tunga listor och väljer att sluta.

Alternativ 3:

- Inget listtak men en satsning på att utbilda fler allmänläkare och skola om andra specialister samt utbilda fler st-läkare i allmänmedicin och hoppas att det kommer att lösa sig.

Nackdelen med detta alternativ är att det inte inger något hopp för att kunna rekrytera yngre kollegor och ingen kommer återrekryteras från andra arbeten så länge uppdraget inte är tydligt. Fler kommer fortsätta hoppa av. Status quo fortsätter.

Vår starka rekommendation är att man satsar på alternativ 1.