

Svenska Distriktsläkarförening tackar för möjligheten att lämna synpunkter på remissen – **SOU 2022:22 Vägen till ökad tillgänglighet.**

Utredningen beskriver en stor tillgänglighetsproblematik i svensk sjukvård där olika satsningar som gjorts genom åren på överenskommelser med SKR, prestationsersättningar, statsbidrag, regionala handlingsplaner och olika former av vårdgarantier inte haft önskad effekt, utan att väntetiderna stadigt ökat. I stället för att ifrågasätta denna typ av lösningar så landar man i att föreslå en ökad detaljstyrning med bland annat fler kommittéer, handlingsplaner, tillsyn och uppföljningar.

DLF anser att arbetet med kompetensförsörjning bör stå i fokus för att kunna vända trenden med ökade väntetider. En resurstillsättning utifrån uppdraget, en god arbetsmiljö för vårdens medarbetare med lägre personalomsättning som följd och en minskad administrativ arbetsbörda med ökad fokus på kärnverksamheten är samtliga centrala om man vill minska väntetiderna. Den mest avgörande siffran avseende tillgängligheten i Primärvården är Socialstyrelsens rekommendation om 1100 invånare per specialist i allmänmedicin, inte en vårdgaranti på 7, 30 eller 90 dagar.

DLF avstyrker förslagen om utökade medel till regionernas administration samt till centrala myndigheter som SKR. För att citera utredaren: ”Kärnverksamheten måste vara i fokus och annat mindre viktigt avvecklas. De administrativa staberna måste bli en stödfunktion till verksamheterna och inte vara de som ställer krav på aktiviteter utanför kärnverksamheten.” Vi ställer oss mycket kritiska till att tillgängligheten ska ökas med befintliga medel i kärnverksamheten trots en mångårig uttalad underfinansiering och underbemanning i primärvården medan enda gången utredningen föreslår utökade medel så ska dessa medel gå till administration.

**Vårdgaranti**

DLF ställer sig positiv till utvidgningen av vårdgarantin inom primärvården där en medicinsk bedömning ska göras inom 7 dagar och omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret handlar om ett tidigare känt hälsoproblem eller inte. En patient med kronisk sjukdom som försämrats bör inte nedprioriteras i förhållande till en annan patient med ett nytt besvär. Vi vill dock problematisera utredningens bedömning att återbesök i form av planerade besök fortsatt INTE ska omfattas av vårdgarantin.

Detta leder till undanträngning av patienter med kroniska sjukdomar och multisjuka äldre. När resurserna är begränsade och bristen på specialister i allmänmedicin och distriktssjuksköterskor är stor, så är risken hög för att det sekundärpreventiva arbetet med våra sjukaste patienter prioriteras ner eller till och med helt bort. Det finns redan nu en del vårdcentraler i landet som inte längre erbjuder årliga kontroller för kroniska sjukdomar. En ökad tillsyn genom IVO med skärpta krav på att följa vårdgarantin kan leda till ytterligare undanträngning och nedprioritering på enheter med resursbrist. Den äldre patientgruppen som ofta inte vill vara till besvär och väntar tålmodigt på att bli kallat, bör inte prioriteras lägre än yngre, friskare patienter som regelbundet hör av sig med nya symptom.

DLF är positiv till att vårdgarantin föreslås omfatta även undersökningar, såväl i primär- som i specialistvård. Diagnostikdelen, som till exempel inom Bild- och funktionsmedicin tar en allt större plats i moderna medicinska utredningar och det är inte rimligt att en så viktig del av vårdkedjan inte ingår i vårdgarantin.

Däremot vill vi ytterligare en gång påpeka att det finns en risk för att kronikervård prioriteras lägre, om undersökningar som ingår i en utredning omfattas av vårdgarantin men inte undersökningar som är en del av en planerad uppföljning, som till exempel en spirometri som ingår i en planerad uppföljning av en KOL-patient.

På många enheter är det redan en realitet att kronikervård i form av till exempel astma-/KOL-mottagningar eller diabetesmottagningar prioriteras lägre än tillgängligheten i telefon, just för att den mäts regelbundet, ingår i vårdgarantin och får mycket uppmärksamhet av tjänstemännen och politiken. I en tid av alltmer uttalad sjuksköterska-brist finns det en ökande risk att deras kompetens inte tas tillvara på optimalt sätt.

Vi är positiva till de ändrade tidsgränserna såväl i primärvården som i specialistvården. Ur patientperspektiv vore det önskvärt med ännu kortare tidsramar, som till exempel en behandling inom primärvården och specialistvården inom maximalt 30 dagar, men som kösituationen och resursbristen ser ut just nu bedöms detta inte som realistiskt. För att uppnå resultatet är inte siffran i sig centralt utan arbetet med kompetensförsörjningen och arbetsmiljön! Vi instämmer i utredningens bedömning att staten, regioner och kommuner måste satsa på långsiktiga insatser för att stärka primärvården.

### Nära och tillgänglig primärvård

Vi avstyrker utredningens förslag om ett utökat informationskrav där patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Upprättandet av olika byråkratiska dokument, såsom patientkontrakt eller liknande analoga eller digitala dokument tar tid och kraft som i stället bör användas till att utföra den överenskomna vården. Vi är dock försiktigt positiva till utvecklingen av 1177 som en informationsplattform där patienten lätt kan ta del av information som uppdateras automatiskt, så som namn och kontaktuppgifter till en eventuell fast vårdkontakt, patientens aktuella läkemedelslista och eventuell aktuell vårdplan samt planerade undersökningar och bokade tider/uppföljningar.

Vi avstyrker förslaget om en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten. Eftersom utredningen anser det som otillräckligt att patient ges möjlighet att boka om en erhållen tid, så skulle förslaget innebär ett betydligt administrativt merarbete för vårdens medarbetare. Öppna webbtidböcker är problematiska ur flera avseenden och ökar risken för sämre patient-läkar-kontinuitet.

### Forskning och utbildning

DLF tillstyrker samtliga förslag avseende forskning och utbildning, inklusive regionalisering av läkarutbildningen och ökade anslag för forskning inom Primärvården.

När det gäller regionalisering av läkarutbildningen behöver man dock säkerställa att det finns möjlighet för läkarstudenterna att stanna kvar i regionen efter genomgången utbildning. Vi ser att de allra flesta i exempelvis Kalmar har behövt flytta till annan region, då de inte kunnat erbjudas AT. Läkarutbildningen är ju inte klar bara för att man har genomgått läkarutbildningen. AT och BT utgör stora flaskhalsar som påverkar rekryteringsmöjligheterna regionalt.

Vi ser positivt på fler forskande allmänläkare, men vill påpeka att dimensioneringen av utbildningsplatser inom specialisttjänstgöringen allmänmedicin behöver i så fall utökas ytterligare för att kunna täcka vårdbehovet av befolkningen.

Centralt för att öka forskning i primärvården är det faktum att det behövs först och främst fler forskare, det vill säga möjligheterna och förutsättningarna för att som verksam i primärvården genomgå en forskarutbildning behöver stärkas. Det går visserligen att satsa finansiella medel på olika strategiska forskningsområden och dyl, men om det inte finns ett tillräckligt stort underlag av aktiva forskare kommer dessa satsningar inte heller att kunna komma primärvården till godo, utan de kommer ofrånkomligen att landa hos andra forskare (utanför primärvården) som bedriver forskning som kanske har något slags anknytning till PV eller använder PV:s patienter som studiepopulation. (Just detta är vad som till exempel hände med VR:s medel för PV-forskning). En finansiell satsning/stöd inriktat på att öka antalet forskarutbildade specialister i allmänmedicin (men också andra professioner verksamma i PV) skulle medföra långtgående och långsiktiga positiva effekter och skulle troligen ha större positiv inverkan än just satsningar på specifika strategiområden

### Övrigt

**Barn och ungas psykiska hälsa**

DLF instämmer i utredningens samtliga bedömningar avseende barn och ungas psykiska hälsa. Vi saknar dock en problematisering av risken för medikalisering av vanliga livs- och samhällsproblem. Utredningen betonar vikten av tidiga insatser inom primärvården. Detta är helt adekvat när det gäller sjukdom, men begreppet psykisk ohälsa omfattar också en rad olika symptom orsakad av vanliga livs- och samhällsproblem. Om vi börjar betrakta symptom som synonym med sjukdom, så kommer vårdbehovet blir omåttlig. Vården kan och bör inte lösa vanliga livs- och samhällsproblem.

**Intygsskrivande**

DLF instämmer i utredningens bedömning att det är viktigt att minimera det intygsskrivande arbetet. Vi är dock tveksamma till att digitalisering av olika intyg automatiskt leder till mindre arbete för vården. I övrigt vill vi påpeka att om vi som läkare bedömer en funktionsnedsättning som varaktig, så ser vi inte poängen med att ändå behöver utfärda samma intyg igen efter ett antal år, en vanlig företeelse när det gäller till exempel intyg till kommunen avseende färdtjänst.

För Svenska Distriktsläkarföreningen

Marina Tuutma, ordförande