

REMISSVAR  
2022-09-30

Regeringskansliet  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

Diarienummer S2022/02635

## Vägen till ökad tillgänglighet - delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram SOU 2022:22

Synpunkter och reflektioner från Svensk förening för allmänmedicin

### Övergripande kommentarer

Det framgår med all önskvärd tydlighet att riktade eller generella statliga satsningar i form av ekonomiska medel till regionerna via överenskommelser med SKR, trots att strategin sannolikt kan fylla någon slags funktion, inte i sig har minsta chans att föra oss närmare en ökad tillgänglighet inom sjukvården.

En av de största anledningarna till att man inte har löst problemet med **väntetider** är att man inte förstår att det är ett sekundärt symptom av flertal bakomliggande orsaker. Det är dessa man behöver adressera och åtgärda för att på så sätt minska efterverkningarna (väntetiderna). Att gå rakt på väntetiderna som mål med riktade insatser kommer därför inte ge långsiktiga resultat. Ineffektivitet och låg produktion som anges som orsaker till väntetiderna är även dessa symptom och inte grundproblem. Vi saknar beskrivning om styrningens roll till problemen.

Mätningarna av hur många som väntat och hur länge är av akademiskt intresse, som bakgrund, men saknar koppling till klinisk indikation och prioritet, och ger inga idéer till hur tillgänglighetsproblemen skall lösas. Vi skall nog inte knyta för stora förhoppningar till vad mätningarna gör för nytta, i sig.

Prestationsersättning för minskad väntetid är en felaktig åtgärd, liksom böter/vite vid för långa väntetider. Dessutom är väntetidsrapporteringen försedd med goda möjligheter till manipulering av siffrorna. Konstaterandet att produktionen (utflödet) är för låg är inte alls självklart, det kan t ex också röra sig om remisser som skrivs för tidigt i ett förlopp dvs att inflödet är för högt, eller (hypotetiskt) att frågan om vilka bedömningar och åtgärder som skall omfattas av den offentligfinansierade sjukvården behöver ses över.

Det framgår också att **vårdgarantier** utgör en symbolisk åtgärd, som i praktiken inte på något sätt skapar bättre förutsättningar för att uppfylla desamma, annat än möjligen genom undanträngningseffekter (exemplifierat genom att de gjort att nybesök, oavsett prioritet, tvingats ges förtur på bekostnad av återbesök för allvarlig kronisk sjukdom). Motiveringen att en lagreglerad vårdgaranti ska vara kvar för att främja patientens rättsliga ställning är tandlös då den inte ger några rättsliga påföljder när den inte efterlevs.

En delvis förbisedd faktor som bidrar till ineffektivitet är frånvaro av personligt ansvar för ett förlopp från start till mål (vid episodbaserad vård) respektive över tid (vid ej tidsbegränsad vård och uppföljning), samt en systematisk nedvärdering av effekterna av relationskontinuitet. En personligt ansvarig kontinuitetsbärare med professionellt mandat att agera i sin patients intresse ger maximalt incitament att skapa tillgänglighet.

Vi delar bilden av att alltför få disponibla vårdplatser kan bidra till tillgänglighetsproblem genom kaskadeffekter och suboptimering i sjukvårdssystemet.

## Kapitel 4. En utökad vårdgaranti

SFAM delar inte utredningens uppfattning om att vårdgarantier behövs eller att deras tänkta positiva effekter är större än de negativa. Med detta sagt tillstyrker vi utredningens ambition att förstärka fördelarna och adressera nackdelarna med dess nuvarande utformning och vi har inga specifika invändningar mot förslagen och bedömningarna som redovisas. Att återgå till 7 dagar för medicinsk bedömning i primärvården är rimligt. Också bra att man avråder från differentierade vårdgarantier samt att SVF och vårdförloppen inte omfattas av vårdgarantin.

## Kapitel 5. Nära vård/Primärvård

Att patienternas ställning stärks är bra och viktigt, liksom ökat patientinflytande och delaktighet. Vi tror dock inte att det löser de cementserade problem som finns i vården. Förändringarna behöver komma inifrån med adekvata förutsättningar i kärnverksamheterna, inte indirekt via patienten. En välfungerande organisation med professionsstyrning skulle troligen ge mer av det man efterfrågar. Att patienter far illa i systemet är ett symptom. Man kommer inte åt grundproblemet genom att försöka åtgärda symptomen.

Utredningen påtalar att personal i kärnverksamheten inte märkt av omställningsarbetet. Det säger något om hur omställningen är konstruerad och planerad att genomföras. Utredningen utgår i många delar från befintlig organisation och styrmodeller, kanske är det där svaren på frågorna finns? Vad skulle hända i förlängningen om man gjorde en genomlysning av det sätt man på nationell nivå bedrivit förändringsarbete och styrning av vården?

SFAMs upplevelse är att det som hittills märkts i kärnverksamheten av omställningen till god och nära vård är ökade uppdrag och arbetsuppgifter. Vårdcentralerna ska avlasta sjukhusen och agera buffert för övriga verksamheter, utan att vårdcentralerna har stärkts eller resurssatts för att klara av detta. Man har börjat i fel ända. Det har lett till att redan belastade vårdcentraler har fått det värre, med försämrad arbetsmiljö, kompetensflykt och snarare minskad tillgänglighet. Vården har därtill blivit efterfrågestyrd i stället för att ges efter behov.

SFAM instämmer i att förtroende och samverkan mellan primärvård och specialiserad vård behöver stärkas, men det är inte primärt en fråga om resurser. Ett lika stort problem är ombytliga vårdval och ständiga omorganisationer som leder till bristande kontinuitet mellan parterna. Detta är särskilt påtagligt i storstadsregionerna där antalet vårdgivare inom de olika vårdvalen är större.

## Kapitel 6.2 Utbildning

Utredningen föreslår att alla läkarprogram ska regionaliseras. Man föreslår att regionaliseringen ska ske stegvis samt att mer statliga medel tillförs för att bära den ökade kostnad en regionalisering medför. Förhoppningen är att studenterna ska stanna på samma plats som de utbildats och haft VFU varför en regionalisering bedöms leda till bättre kompetensförsörjning på platser utanför större orter. Man föreslår också längre sammanhållna VFU-perioder i allmänmedicin för att öka intresset.

SFAMs kommentar: det är rimligt att regionalisera utbildningen för att höja dess kvalitet, och erfarenheten från t ex Jönköping är att relativt stor andel av studenterna vill fortsätta som AT-läkare i regionen. Det kan dock finnas en övertro på att det hjälper de mindre orter där stor läkarbrist råder. Även vid en regionaliserad utbildning blir det en större centralort som studenterna bor på och sedan placeras ut på de mindre orterna i kortare perioder. En grundförutsättning för att studenterna ska vilja stanna kvar är att de får en bra utbildning, lyckas man inte tillgodose det på grund av ex. kompetensbrist i områden som redan idag är svår bemannade kommer det inte leda till större rekryteringsmöjligheter. Långa VFU-perioder (minst 10 veckor) i primärvården är mycket viktigt för att skapa kompetens hos läkarstudenterna när utbildningen blir sexårig och AT-tjänstgöringen försvinner. Det är också en förutsättning för att kunna göra bättre kompetensbedömningar av läkarstudenter och öka graden av examinering som sker vid praktiskt patientarbete utöver skriftliga tentamina.

## 6.3 Stöd till primärvårdsforskning

Utredningen föreslår två tioåriga forskningsprogram - ett för forskning och utveckling för nära vård kopplat till FORTE och ett för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin kopplat till VR. Respektive anslagsgivare ska få i uppdrag att förbereda för programmen, analysera forskningsbehov och ta fram strategiska forskningsagendor i samverkan med berörda aktörer.

SFAMs kommentar: långsiktiga forskningsprogram riktade mot primärvård och allmänmedicin är essentiella för att utveckla en bättre primärvård. Att förarbetet sker i nära samverkan med berörda aktörer är essentiellt för att kunna utforma dessa anslag så att de används för rätt ändamål. Erfarenheten är att tidigare forskningsanslag riktade för allmänmedicinsk forskning från Vetenskapsrådet år 2021 i relativt stor utsträckning tilldelades forskargrupper utan tydlig förankring i primärvården. Detta då det är enkelt att framställa forskning som allmänmedicinsk då specialiteten spänner över i stort sett alla sjukdomsgrupper. Det bedöms grupper som ska avgöra vilka forskningsprojekt som tilldelas medel måste ha stor erfarenhet av kliniskt arbete och forskning i primärvård för att kunna avgöra detta.

## 6.4 Universitetssjukvårdsenheter

Utredningen föreslår att fler USVE ska bildas, framför allt i primärvård och att statliga stödet för detta arbete ska utökas. Det sker då genom en förändring av det så kallade ALF-avtalet för att tillgängliggöra mer medel. Utredningen vill se en större geografisk spridning av USVE, så även i regioner som idag inte har någon universitetssjukvård.

SFAMs kommentar: Utredningen underskattar till viss del utmaningen och de resurser som förutsätts för att bygga en långsiktigt hållbar USVE som inte bygger på enskilda individer med rätt kompetens. Det

saknas idag en nationell struktur för hur en USVE i primärvård ska organiseras. I vissa fall utgörs USVE av enskild stor vårdcentral, i andra fall utgörs den av ett primärvårdscentrum eller en mer diffus organisation där hela primärvården är inkluderad men inte under en specifik centrumbildning. Därtill tillkommer andra begrepp så som "akademisk vårdcentral" vilket inte är definierat nationellt utan bestäms av respektive region. Här krävs en nationell samordning för vad en USVE är, samt rejäla långsiktiga resurstillskott så att en eller flera USVE tillsammans kan bygga en långsiktigt hållbar akademisk miljö med hela spektret av forskare från doktorand till docent samt fler professioner än enbart läkare. Detta förutsätter att regionerna som driver USVE likställer betydelsen av forskning med klinisk verksamhet. Personaltätheten på en USVE måste vara större än på en vanlig vårdcentral för att de anställda ska kunna fullgöra sina dubbla uppdrag. Därtill bör en nationell strategi för hur USVE i primärvården kan bilda nätverk och samarbeta, då en USVE i primärvård ofrånkomligen blir en liten enhet om den inte baseras på en centrumbildning för hela regionen.

## Kapitel 7 Barn och ungas psykiska hälsa

Utredningen är inkonsekvent med dess åsikt om vårdgarantin. Varför kan inte det generella resonemanget angående fördelarna med vårdgarantin gälla även BUP?

Utbildning och fortbildning viktigare än nationella kunskapsstöd. Kunskapsstyrningsorganisationen kan inte kompensera för eller ersätta kunskapsbrister inom vården, utan är ett komplement som fortfarande är under uppstart och med oklara resultat än så länge.

Bästa sättet att stödja barn och ungas psykiska hälsa och förebygga ohälsa är att fokusera på, stärka och bygga ut elevhälsan. Att fokusera på sjukvårdens roll i frågan ökar risken för medikalisering. Andra delar i samhället viktigare.

SFAM stödjer fullt ut utredningens bedömning och motivering om att adhd läkemedel inte ska förskrivas eller följas upp av allmänläkare!

## Kapitel 9 Andra överväganden

Frågan om resurskonsumtion av intyg är väsentlig, men trots ofta uttalade ambitioner om att reducera intygsskrivande och annan administration till ett minimum fortsätter utvecklingen i motsatt riktning. Som exempel kan nämnas att sjukintyg respektive läkarutlåtande om hälsotillstånd vid varje revision har blivit mer omfattande till innehållskrav. SFAM bedömer att det krävs ett kvalitativt annat angreppssätt kring frågan än att bara identifiera problemet.

SFAM delar utredningens uppfattning angående uppföljning och förskrivning av narkotikaklassade läkemedel till personer med ADHD.

SFAM har inga synpunkter på utredningens överväganden i fråga om valfrihet i slutenvård.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson  
Ordförande