

2020-01-14

Gem 2019/0204

Till
Socialdepartementet

Digifysiskt vårdval, tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

Sammanfattning

Sveriges läkarförbund efterlyser en på internationell erfarenhet baserad modern primärvård vars nav är kontinuitet genom att befolkningen är listad på läkare – inte på utförare. En sådan modell ger åtskilliga fördelar för såväl personal som för – det viktigaste – patienterna. Det bidrar också till en jämlik vård.

Fast läkare i digifysiskt vårdval

Svensk primärvård lider av dålig tillgänglighet och bristande kontinuitet. Det bästa sättet – av empiri och internationella erfarenheter att döma – att uppnå en god kontinuitet för patienten är genom ett listningsförfarande på enskild läkare. Utöver listning på enskild läkare behövs flera andra reformer för primärvården och övrig hälso- och sjukvård. Men listning för hela befolkningen på läkare är av central betydelse för att säkra en god kontinuitet och en bättre tillgänglighet.

Det är mycket välkommet att utredningen framhåller vikten av kontinuitet och tillgänglighet i primärvården. Som utredningen konstaterar är det *listningen* som är det begrepp som är det vanligt gällande, såväl i flera andra länder som i Sverige. Det är också lika bra som nödvändigt att utredaren öppnar för någon form av listningsbegränsning som en nödvändighet både för patientsäkerhet, vårdkvalitet och arbetsmiljö för personalen.

Men där utredarens tydliga argumentation om vikten av kontinuitet borde resultera i listning på läkare tar det stopp. Istället blir förslaget listning på utförare. Möjligheten ska därefter hos utföraren finnas att lista på läkare, på annan profession eller på vårdteam.

Sveriges läkarförbund delar i det avseendet ej utredningen slutsatser och förslag i slutbetänkandet.

Det innebär att den förväntade genomgripande förändring som behövs för att öka rekryteringen av läkare till primärvården och patienternas tillit till densamma uteblir. Listning på utförare är redan i dag det vanliga – även om det inte finns ett lagstöd för det - och måste ses som ett av grundfelen som kraftigt bidrar till de stora problem som finns i dagens primärvård där patienterna saknar kontinuitet och trygghet och där det är svårt att rekrytera läkare.

En formalisering av listning på utförare kommer inte att öka kontinuiteten för den enskilde patienten. Det konstateras även i betänkandet: "Som en följd av utredningens förslag bedömer vi att det bör tydliggöras i lagstiftningen att det är hos den utförare i primärvården där patienten är listad som patienten kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. *Det innebär i praktiken sannolikt ingen större förändring mot dagens situation.*" (sid 449).

En utförare är fortfarande ett hus – en vårdcentral. En utförare, dvs en vårdcentral, bygger inga relationer.

Ett team är heller ingen fast sammansatt struktur som det går att lista sig på. Teamet avgörs av verksamhetens behov. Team är således en operativ hantering av verksamheten efter behov. Det går inte att lagreglera hur ett team ska vara sammansatt. Därför blir det också obegripligt hur "listning" på team ska gå till.

För att åstadkomma ett effektivt teamarbete är det viktigt att alla rollerna i teamet är kända. Vem som är patientens medicinskt ansvarige och fasta läkare är avgörande för teamet och för patienten. I dem av utredningen ofta nämnda goda exemplen Danmark och Norge är det den läkare som patienten är listad på som slussar patienten vidare till rätt nivå och profession vid behov.

Ska vi uppnå en tydlighet i kontinuitet för patienten är det fortfarande listning på läkare som är den naturliga slutstationen för argumenteringen i utredningen.

De argument som anförs för listning på utförare är svaga i förhållande till de som talar för personlig listning. Läkarförbundet ser inte frågan om juridisk avtalspart som omöjlig att hantera. Den var fullt hanterbar under Husläkarlagen. Det finns heller inte en motsättning mellan personlig listning och möjligheten att fullt ut tillvarata svensk primärvårds breda multiprofessionella kompetens. Alla invånare har förstås inte behov av alla kompetenser i teamet vid varje givet tillfälle, men alla team har behov av en fast läkare med det yttersta medicinska ansvaret. Utredningen skriver att "allmänmedicin är en bred kompetens väl lämpad att medicinskt leda primärvården" (s 448), vilket är ett helt korrekt konstaterande.

Listning på person (läkare) är en förutsättning för att utredningens målbild om att ökad personkontinuitet och ökat personligt ansvar skall kunna uppnås.

Vi konstaterar också här att vi inte delar betänkandets resonemang och slutsats kring patientansvarig läkare.

Den enskilt viktigaste förklaringen till att det inte finns fler specialister i allmänmedicin är att det inte förekommer listning på läkare i Sverige. Förutom ett par år i början av 1990-talet – Husläkarlagen - har Sverige inte haft något försök att med nationell lagstiftning säkra befolkningens behov av en egen läkare i primärvården.

Inför Husläkarlagens införande saknades det specialister i allmänmedicin. Men det var uppenbarligen inget hinder för Husläkarlagens införande. Under de tre åren 1991 - 94 ökade antalet tillgängliga allmänläkare från ca 2450 till nästan 3900, alltså en ökning med drygt 1400 läkare, nästan 60%. Det motsvarade en ökning med ca 40/månad. Enligt en slutrapport från Husläkardelegationen sommaren 1994 skulle det dåvarande målet med en husläkare per 2000 invånare i praktiken ha uppnåtts. Under de följande fyra åren efter Husläkarlagens avskaffande ökade enligt Socialstyrelsen antalet med ca 60 stycken eller med drygt en i månaden!

Erfarenheterna från Norge är också tydlig. 2001 när fastläkarreformen infördes saknades cirka 800 allmänläkare i Norge. Men redan efter fyra år, 2005, var bristen nästan åtgärdad och alla patienter som ville hade listat sig på en egen läkare.

Reformer som innebär listning på läkare som en bärande del i en nationell primärvårdsreform verkar per se vara ett kraftfullt incitament för att antalet fastläkare och specialister i allmänmedicin ökar.

Dessutom behövs det en förstärkning av antalet specialister i allmänmedicin. Det är något som Läkarförbundet har lyft i olika sammanhang och preciserat vilka andra specialiteter som bör komma i fråga för att få verka som läkare i primärvården som befolkningen kan lista sig hos. Förslag om detta återfinns också i Anna Nergårdhs delbetänkande God och nära vård, en primärvårdsreform (SOU 2018:39), vilka Läkarförbundet i den delen ställer sig bakom, även om vi vill komplettera dem med fler specialiteter, främst från det internmedicinska området.

I de länder (ex Danmark och Norge) som länge har haft listning på läkare sker i dag en utveckling mot mer samarbete mellan små läkarenheter i större team, och liknande. Men det sker utan att listningen på läkare ifrågasätts. Vårdteamets arbete har nämligen inget att göra med listning på läkare för befolkningen. Däremot underlättar listning på läkare ett gott teamarbete genom att det för teamet tydliggörs vem som är den ytterst medicinskt ansvarige för patienten. Att vårdteam skulle kunna fungera bra utan fasta läkare är ett uppenbart felslut.

Listning på läkare innebär att varje person i befolkningen vet vem som är dess fasta läkare och som kan deras sjukdomshistoria och som känner dem. Det står inte på något sätt i konflikt med andra vårdkontakter, tvärt om. Detta hänger ihop i en modern sjukvård. Patienter behöver kunna gå till sin diabetessjuksköterska, som enklare kan stämma av med den fasta läkaren när det är tydligt vem denna är. Detsamma gäller när de träffar sin psykolog, behöver besöka akuten eller den öppna specialistvården. Men deras egen läkare som de är listad hos är navet i deras vård; hen vet om var i vården de varit och kan deras sjukdomshistoria. Det är listningen på en fast läkare som ger kontinuiteten och tryggheten.

Den påstådda motsättningen mellan listning på läkare och teamarbetet i vården är uteslutande en konstruerad motsättning.

Inte heller finns en koppling mellan listning på läkare och läkarens anställningsform. Även anställda läkare kan givetvis vara "listbärare" och ta samma ansvar som en egenföretagare. Så fungerar det i Norge och så fungerade det i Sverige under Husläkarreformen.

Att lista på hus eller team ger varken bättre kontinuitet eller "personlig kontakt" - tvärt om. Listar man på utförare blir det inte färre patienter per läkare - tvärt om. Läkarna på dessa "överlistade" enheter blir inte flera på grund av detta. Däremot maskerar man problemen ett tag. I praktiken blir det ingen garanti för ökad kontinuitet i primärvården. Risker är även stora att allmänläkararbetet utarmas och inte blir attraktivt för yngre läkare varför rekryteringen ytterligare försvåras i en redan underbemannad primärvård. Uteblir en reform om listning på läkare blir det svårt för Läkarförbundet att rekommendera nya yngre läkare att söka sig till primärvården.

Sverige har sedan 80-talet ett världsunikt system med ofta stora, vårdcentraler som kräver stora grupper sysselsatta. Det har inte fungerat på över 30 år och det måste anses entydigt bevisat att det inte fungerar. Vi måste nu inse att vård utan personligt ansvar inte är framtiden utan se till att svenskarna får samma läkarkontinuitet som befolkningen har i våra närmaste grannländer.

Begränsning av listan

Möjligheten för regionerna att begränsa antalet listade är en förbättring jämfört med nu rådande regelverk. Men även utförarna behöver ges ökade möjligheter att göra detsamma utifrån sina förutsättningar. Med betänkandets förslag kvarstår såväl risk för ensidiga beslut om begränsning även när så inte är motiverat, som att regionen avstår från beslut om begränsning även när det vore motiverat av patientsäkerhets-, arbetsmiljö- eller tillgänglighetsskäl. Det föreligger således risker för både alltför höga (vid bristsituationer) och alltför låga (i konkurrensutsatta områden) gränser.

Med listning på fast läkare, och inte på utförare, föreligger behov av motsvarande rätt till begränsning av listans storlek för den enskilde läkaren. Annars finns ingen rimlig chans för att patienten också får träffa en läkare, långt mindre träffa samma vid upprepade vårdkontakter. En sådan begränsning av listan ska ske efter samråd med och överenskommelse med den enskilde läkaren. Därigenom kan vården bli effektiv och mindre resurser behöver läggas på att upprepa sjukdomshistoria och sätta sig in i vård och behandling på nytt.

Digitalisering

Läkarförbundet anser att det är mycket positivt att digital vård integreras i den ordinarie vården, oberoende om det sker via underleverantörer, att digitala vårdgivare också erbjuder

fysisk vård eller om fysiska vårdgivare erbjuder egen digital vård som komplement till sina patienter. Målet bör vara att både den digitala och fysiska vården på sikt ska kunna erbjudas av samma vårdteam, där en fast läkare ingår och har helhetsansvaret för patienten. På detta sätt kan de fragmenterade punktinsatser som idag kallas för ”digital vård” omvandlas till ett mer adekvat redskap för t.ex. uppföljande besök. I en modell med digifysisk vård blir det viktigt att uppmärksamma risken med vårdselektion, d v s att digitala patientmöten omotiverat ersätter fysiska möten.

Läkarförbundet välkomnar nya digitala lösningar i vården, och har länge förespråkat bättre digitala arbetsverktyg och samlade strategiska investeringar. Utredningen fokuserar mycket på användarvänlighet och tillgänglighet för patienterna i kontakt med vården, vilket är bra. Men journalsystemen måste också vara användarvänliga för personalen. Det är också viktigt att de digitala IT-system som professionen använder som arbetsverktyg också behöver hänga med i den utvecklingen inte minst i form av ett nationellt välfungerande regelverk och system. Den digitala infrastrukturen är en nationell angelägenhet och här behövs ett statligt ansvar.

Vi vill även lyfta en fråga som berörs allt för lite i betänkandet nämligen vikten av kontinuitet när det gäller informationsutbyte. Informationen ska följa individen och inte vårdgivaren. Vården behöver snabbt och enkelt ha tillgång till samma information oavsett var man geografisk befinner sig. Det är en stor brist att man inom ramen för nuvarande system inte har fått informationen att flöda enkelt och smidigt. Staten behöver ta ett ansvar och tydligare reglera att informationen ska följa patienten genom hela processen.

Det är bra att betänkandet föreslår att alla utförare ska kunna erbjuda fysisk vård så att de kan ta hand om helheten och hela primärvårdsuppdraget.

Läkarförbundet är positiva till reglerad marknadsföring så att vårdgivare eller andra aktörer inte driver upp efterfrågan på vård. Vi vill i detta sammanhang särskilt lyfta fram Läkarförbundets etiska regler.

Avgiftsfriheten

Läkarförbundet anser att samma avgift bör gälla i primärvården oavsett region vid besök på den enhet där man är listad. En högre avgift vid besök på annan enhet är också rimlig. Effekten av en avgiftsfri primärvård bör dock utredas närmre innan detta kan anses vara eftersträvänsvärt.

Vänliga hälsningar



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

Heidi Stensmyren
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Ulf Öfverberg
Utredare
Politik och profession

Ulf.ofverberg@slf.se
Direkttelefon 08-7903348