

Socialdepartementet
Regeringskansliet
103 33 Stockholm

2017-10-02

S 2017/03549/FS

Svenska Distriktsläkarförbundet tackar för möjligheten att lämna synpunkter på remissen "God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild" (SOU 2017:53).

Nedan följer våra synpunkter utifrån förslagen på hur de styrande principerna för vårdens organisering bör förändras i förhållande till förslagen i Effektiv vård och den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL).

4.1 Styrande principer för vårdens organisering

Förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att vården ska vara lätt tillgänglig för såväl kontakt som bedömning och besök. Vidare införs en bestämmelse om inriktningen för organiseringen av hälso- och sjukvård med innebörden att hälso- och sjukvården ska ordnas nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl. En bestämmelse införs också om att vården ska ges som öppen vård i första hand.

Synpunkter: Vi vill betona vikten av att tydligt definiera vad som menas med öppen vård, slutet vård och primärvård. Är primär vård och primärvård (definition i HSL, s.24) samma sak? Står primärvård för vård bedriven på vårdcentral/hälsocentral? Var hamnar den öppna organspecialiserade vården? Vad innebär begreppet den nya nära vården? Vi ser en risk i att organspecialister flyttas ut till primärvården, då de utan allmänmedicinsk kompetens inte kan förväntas ta ansvar för ett oselekerat patientflöde. Mycket viktigt att man belyser förändringar i arbetssätt tillsammans med vårdens olika aktörer.

4.2 Målbild för god och nära vård

Förslag: Det behövs en gemensam målbild för förflyttningen från dagens sjukhustunga system till en ny första-linjens hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.

Synpunkter: Vi är helt eniga i behovet av en tydligt definierad målbild och att den noga utarbetas först innan en omstrukturering påbörjas. Utifrån målbilden kan man sedan arbeta för en förstärkning av första linjens sjukvård. Återigen viktigt att man tydligt definierar vilket åtagande första linjens sjukvård ska ha. Det naturliga är att första linjens vård ges via VC/HC och att läkarkompetensen på VC/HC skall vara specialister i allmänmedicin. Specialister i allmänmedicin är som generalister oundgängliga i att bedöma oselekerade patienter vilket är en förutsättning för en effektiv sjukvård. Bristen på specialister i allmänmedicin kan därför inte kompenseras med läkare med andra specialiteter eller andra yrkeskompetenser.

Utredningen kommenterar platsbristen inom slutenvården, och föreslår: ”*slutenvård kan ges på annan plats än vårdinrättning*” (s.72). Eget boende, korttidsboende, särskilt boende och andra typer av boende förvandlas till ”slutenvårdsplatser”. Vem kommer då ha läkaransvaret?

“en ny första linjens hälso- och sjukvård med primärvårdens olika kompetenser som bas, men i samspel med sjukhusvård och kommunala insatser i ett nätverk utgående från patientens behov, skapande en fungerande helhet” (s.75).

Vad menas med samspel? Vem förväntas ha huvudansvaret? Vi ser en stor farhåga i att primärvården får ett mycket större ansvarsområde innan kompetensförsörjningen inom primärvården är säkrad. En framgångsrik modell måste bygga på en definition av den första linjens sjukvård, kompetensmässigt (allmänmedicinsk specialistkompetens) och ett rimligt åtagande. En av förutsättningarna för ett fungerande samspel med sjukhusvården och den kommunala vården är kompatibla IT-system.

4.3 Färdplan för en samordnad omställning av svensk hälso- och sjukvård

Förslag: En färdplan för den samordnade omställningen av hälso- och sjukvården till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården behöver tas fram. Färdplanen har sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia och tar sikte på målbilden. Såväl statliga initiativ som initiativ av andra aktörer i hälso- och sjukvården kan omfattas. Färdplanen bör omfatta såväl utredningstiden som det fortsatta arbetet med omställningen utifrån utredningens kommande förslag. En prioriterad del i omställningen bör vara utformandet av ett Nationellt Uppdrag för primärvården (Primärvård NU).

Synpunkter: Vi är helt eniga i behovet av att definiera primärvårdens åtagande och att detta bör ske nationellt. Vi anser att det primärvården kan utföra är ett åtagande som primärvårdens professioner ska få förtroende att själva utforma till omfattning och innehåll. Tillit till professionerna är nödvändig och delaktighet från vårdens aktörer är en avgörande framgångsfaktor för att åstadkomma strukturförändringar.

Det bör finnas utrymme för lokala variationer för både profession och patienter att välja arbets-/vårdform. Vi är också övertygade om att det måste finnas möjlighet för verksamheter att ha listningstak. Vi anser även att det bör finnas möjligheter att ha ett ”bas-åtagande”, och att de verksamheter som så önskar ska kunna utöka sitt uppdrag.

Man lyfter under denna punkt även in behovet av ett tydligare akutuppdrag för primärvården (s.77). Under förutsättning att vi blir tillräckligt många specialister i allmänmedicin kommer de flesta patienter, även de med akuta vårdbehov, att kunna handläggas dagtid i primärvården. En förskjutning av verksamheten mot kvällar och nätter försämrar tillgängligheten dagtid. Då minskar vår förmåga att ta hand om våra kroniker och sjuka äldre och därmed riskerar belastningen på akutmottagningarna att öka. Vår bedömning är att det är få akuta ärenden som kräver vård nattetid om primärvården förstärks i tillräcklig omfattning så att patienterna vet att de kan få en akut bedömning nästa dag.

4.4 Resursöverföring

Detta kommer utredningen i ett första steg att närmare analysera i anslutning till arbetet med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det är avgörande att ett sådant nytt uppdrag, till såväl innehåll som omfattning, också medföljs av en förflyttning av resurser som ger förutsättningar att klara de olika dimensionerna i uppdraget.

Synpunkter: Vi anser att resurserna till primärvården måste förstärkas betydligt.

“För att säkerställa både uthållighet och bibehållen kvalitet och effektivitet i vården bör dock en överföring av resurser till primärvården ske gradvis och med en tydlig långsiktig målbild” (s.22).

Ska även åtagandet öka gradvis? Som vi ser det kan man inte öka åtagandet innan det finns tillräckligt med resurser, både ekonomiskt och kompetensmässigt.

5.3 Utredningens förslag till förstärkt vårdgaranti i primärvården

Förslag: Landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården ska ändras så att den enskilde inom en viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården. Vårdgarantin inom primärvården ska utöver läkare omfatta även andra legitimerade yrkesgrupper. Tidsfristen ska anges till tre dagar, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården.

Synpunkter: En utökad vårdgaranti till att omfatta även andra professioner är i grunden ett bra förslag men vi ser en farhåga i att det saknas resurser även inom dessa professioner samt att arbetssättet redan används i stor utsträckning och att tillgängligheten trots detta är otillräcklig.

Problemen med dagens modell (1–7 dygns vårdgaranti) kvarstår och blir mer svårhanterliga med 1 - 3 dygns vårdgaranti. Om resonemanget bygger på att 3d är bättre än 7d och att det i princip redan sker idag, varför ens lagstifta? Stämmer verkligen dessa siffror (s 91, 89 % träffar läkare inom 7d)? Siffran står sannolikt till stor del av korta akuta eller urakuta besök. Stor risk att målen uppnås i statistiken men att det inte ger något mervärde för patienten. Vid brist på rätt kompetens får patienten ett kulissbesök för att uppfylla en vårdgaranti utan att komma till den resurs som kan lösa problemet. Det finns **en risk för att bara tidsaspekten av vårdgarantin prioriteras** och att man tappar i vårdkvalité. En bedömning bör alltid ske utifrån patientens medicinska behov och evidens/beprövad erfarenhet.

Hur mäta patientens behov och en förbättrad tillgänglighet? Finns ett behov av att kartlägga vilka medicinska behov som kommer styra framöver? Vad finns det för evidens vad som behöver komma till läkare/annan profession inom viss tid? Hur ska vi i uppföljningsdata kunna skilja medicinska bedömningar som görs av en legitimerad yrkesutövare som dokumenterat detta, från den medicinska bedömning som faktiskt löste problemet som patienten sökte för? Viktigt att mäta rätt utfallsmått. Patientnöjdhetsmätning kontra mätning av produktion. Ny- och återbesök finns det **inte** statistik på överallt idag, som skrivs på sid 103. Och hur definieras skillnaderna? Återigen av största vikt att tydligt definiera vad som är vad så att uppföljningsdata kan tolkas korrekt.

Det föreligger även **en underskattad risk för undanträngningseffekter av kroniker som behöver återbesök eller att behandlingsinsatser förskjuts/späds ut till förmån för vårdgarantibesök**. För att minska belastningen på akutmottagningar behövs tid för uppföljning av kroniker och sjuka äldre. Kontinuitetsaspekten och behov av att få en medicinsk bedömning av patientansvarig läkare kan förloras då tidsaspekten prioriteras. Studier visar att kontinuitet ger markant sänkta sjukvårdskostnader (1), minskar risken för onödiga sjukhusinläggningar av äldre (2) och minskar antalet akutbesök (3). Det är ju dessutom efterfrågat av patienter och ger ökad arbetsglädje.

"En annan risk är det faktum att tillgängliga resurser ibland är mindre än efterfrågan på en specifik kompetens och enskilda patienters behov måste då vägas mot varandra. I en sådan situation måste man vara uppmärksam på risken att den enskilda patientens behov i praktiken styrs mot en tillgänglig profession snarare än mot den optimala kompetensen för patientens behov" (s.98).

Denna risk tycker vi är **starkt** underdriven. Dessutom är det viktigt att sjukvården inte ska vara efterfrågestyrd utan styrd utifrån medicinska behov.

Sammanfattningsvis är frågan om det grundläggande syftet att öka tillgängligheten verkligen blir effekten av de föreslagna lagändringarna. En förstärkt vårdgaranti löser inte bristen på specialister i allmänmedicin eller andra yrkeskategorier i primärvården. Först när kompetensförsörjningen i primärvården säkrats är en förstärkt tidsfrist möjlig. **Grunden för en ökad tillgänglighet ligger i kompetensförsörjningen**. Rätt kompetens vid alla tillfällen är av vikt. För att denna ökade och förbättrade tillgänglighet skall kunna uppnås krävs dock att primärvården byggs ut och förstärks först – inte det omvända.

Synpunkter att beakta inför delbetänkande två, Nationellt Uppdrag för primärvården - Primärvård NU, i juni 2018:

- Att regeringen tar ett nationellt ansvar för en långsiktig kompetensförsörjning av primärvården. Öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin samt skapa en rimlig arbetsmiljö för att försöka locka tillbaka specialistläkare i allmänmedicin som lämnat primärvården. Möjliggöra för sjukhusläkare att vidareutbildas till specialister i allmänmedicin.
- Att allmänläkaren har en begränsad patientlista så att hen kan ta personligt ansvar för sina patienter och säkerställa kontinuiteten.
- Listningstak.
- Regeringen bör göra en samlad översyn i syfte att tydliggöra primärvårdens "uppdrag" och funktion och tillsammans med professionerna i primärvården utforma ett rimligt åtagande för den nya primärvården. Kompetensförsörjningen måste säkras i takt med ett utökat åtagande.
- En av förutsättningarna för ett fungerande samspel mellan primärvård, sjukhusvård och den kommunala vården är kompatibla IT-system.
- Det måste säkerställas att primärvården har ekonomiska resurser som motsvarar dess åtagande.
- Vid eventuell utformning av den nya nära vården viktigt med tydlig definition vad som innefattas och vem som har huvudansvar för vad. Det krävs en struktur för samverkan på olika beslutande nivåer mellan huvudmän (landsting/kommun).
- Viktigt med bra IT-stöd för att minska den administrativa bördan.
- Viktigt med fungerande kunskapsstöd.

Referenser

1. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003;1(3):144-8
2. Barker I, Steventon A, Deeny Sarah R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data *BMJ* 2017;356:j84
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84>
3. Hannes Kohnke & Andrzej Zielinski (2017) Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35:2, 113-11