

Remissvar
2020-08-25

Socialdepartementet
s.remissvar@socialdepartementet.se

Svenska Distriktsläkarförbundet remissvar SOU 2020:19 God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (Dnr S2020/02841/FS)

Svenska Distriktsläkarförbundet tackar för möjligheten att komma med synpunkter på delbetänkandet SOU 2020:19.

Vi ser positivt på utredningens ambition att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig primärvård, med en stark och adekvat resurssättning.

Sammanställning

DLF saknar

- en skarp formulering om att regionerna och kommunerna säkerställer att primärvården särskilt tillgodoser behovet av relationskontinuitet i vården.
- konkretisering kring personlig listning inom primärvården.
- förslag om listningstak för att skapa rimlig arbetssituation för primärvårdsteamet samt för att rekrytera och behålla kompetent personal.
- en ekonomisk satsning på forskning och utbildning inom primärvården.
- förslag på hur vårdvalen skall göras jämlika i landet och attraktiva för etablering även för små verksamheter. Vårdval i många regioner präglas i dagsläget av att premiera stora vårdgivare.

DLF förslag

- Förtydligande av allmänläkares involvering i kommunal hälso- och sjukvård
Vi föreslår därför att:
 - En nationell reglering införs med krav på medicinskt ansvarig läkare (MAL) i den kommunala vården, så att medicinsk kunskap med kontinuitet kan ge både trygghetsskapande och sjukvårdsförebyggande effekter.
 - Socialstyrelsen ges uppdraget att i nära samarbete med DLF ta fram nyckeltal för hur många boende som ska behöva dela på en heltidsspecialist för att de ska få god vård.
 - Ta bort de hinder som finns idag med informationsbyte mellan kommunal HVS och regional HVS.

- Patientkontrakt.
Överge patientkontrakt i dess nuvarande form. Det som behövs egentligen är en överblickbar vårdplanssammanfattning.
- Staten tar nationella kompetensförsörjningsansvaret för tillräckligt antal specialister i allmänmedicin som ansvarar för ett rimligt antal patienter.
- Benämningarna primärvård – sekundärvård – tertiärvård ersätter de nuvarande benämningar som även kommer göra att det blir enhetligt med internationell praxis.

DLF vill särskilt påtala risken att individuella vårdplaner kan bli ytterligare en administrativ börda och kan komma att ses som en ersättning för den personliga kontinuiteten.

DLF anser att bland de främsta hindren till en lyckad primärvårdsreform är avsaknaden av samsyn i målbild

- hur resursfördelning till olika delar av sjukvårdssystemet ska ske.
- att på politisk och strategisk nivå i stort sett helt sakna aktiva prioriteringar kring vad som skall och skall inte göras i en offentlig sjukvård.
- att uppgifter förs ofta över till primärvård utan plan för motsvarande resurs- och kompetensöverföring.

DLF är tveksamma till om de nuvarande förslagen sammantaget kommer vara tillräckligt kraftfulla för att tvinga regionerna att förstärka kärnan i primärvården/vårdcentraler och resurssätta primärvården/vårdcentraler utifrån uppdraget.

Synpunkter till kapitel i betänkandet

Kap 1.

DLF bedömer att flera av föreslagna lagändringarna har bara ett symboliskt värde.

Avseende ändringsförslaget i HSL 16 kap. 4§ är det bra att det framgår att de verksamheter eller enheter som ansvarar för insatserna tillsammans ansvarar för upprättandet av en individuell plan.

Gällande ändringsförslaget i HSF 3 a kap. 1§ saknar DLF en formulering om att regionerna och kommunerna säkerställer att primärvården särskilt tillgodoser behovet av relationskontinuitet i vården. Med tidig personlig relation och kontinuitet kan man delvis förebygga delvis eller senarelägga insjuknandet. Det är för sent att bygga upp den fasta relationen när något redan har gått fel.

För övrigt har DLF inga fler invändningar mot författningsförslagen.

Kap 3.

I kapitlet finns inga konkreta förslag att ta ställning till.

DLF saknar i utredningen konkreta skarpa förslag som ska hindra grundläggande obalans i styrningen. Nuvarande styrning premierar oftast främst tillgänglighet, men inte relationskontinuitet över tid, fast läkarkontakt och fast vårdkontakt för alla även för de som fortvarande betraktas som friska.

DLF instämmer i att patientdelaktighet i utvecklingen av vården är helt central. Lika viktigt är även att kliniskt verksamma specialister i allmänmedicin (och andra yrkesverksamma medarbetare) är med i beslut av de strategiska frågorna.

DLF delar utredningens syn på digitalisering och digital teknik som behovsstyrda verktyg för delaktighet, samordning och ändamålsenliga arbetssätt, att digitaliseringens möjligheter ska, precis som övrig vård, alltid erbjudas utifrån behov, förutsättningar och preferenser. Vi instämmer även i risken för exkludering och anser att en regeringsproposition bör innehålla förslag som särskilt motverkar detta. Vi bedömer att det existerar fara med att ta ut eventuella effektiviseringsvinster med AI i förskott, när tekniken fortfarande är i ett tidigt stadium och väldigt få applikationer är ute i ordinarie drift.

DLF anser att bland de främsta hinder till en primärvårdsreform är avsaknaden av samsyn i målbild

- hur resursfördelning till olika delar av sjukvårdssystemet ska ske.
- att på politisk och strategisk nivå i stort sett helt sakna aktiva prioriteringar kring vad som skall och skall inte göras i en offentlig sjukvård.
- att uppgifter förs allt för ofta över till primärvård utan plan för motsvarande resurs- och kompetensöverföring.

Kap 4.

DLF instämmer i att läkarmedverkan i kommunal primärvård måste stärkas.

DLF håller med i problembeskrivningen att många patienter ”hamnar mellan stolarna” vid övergång mellan olika vårdnivåer men även inom samma vårdnivå med olika huvudmän. Så länge som ansvaret för sjukvården ligger på olika huvudmän (kommuner och regioner) måste en fungerande samverkan finnas. Vi stödjer därför förslagen som syftar till att skärpa kraven på huvudmännen för detta.

Utredningen konstaterar att det måste finnas tillräckliga förutsättningar för samverkan och föreslår därför också stärkta krav för detta på utförarnivå då man bedömt att tidigare krav varit otillräckliga. DLF är tveksamma till att bristande samverkan från utförare enbart skulle bero på otidlighet avseende ansvarsfördelning och att förutsättningar för samverkan till största delen är avhängande på tillräckliga personella resurser. Vi anser att den kommunala primärvården bör integreras med den regionala primärvården, i första hand vara knuten till vårdcentralerna. Detta underlättar personlig kontinuitet samt samarbete mellan kommuner och regioner.

För effektiv samverkan måste dessutom tillräcklig medicinsk kompetens finnas på alla nivåer. Vi föreslår därför att:

- En nationell reglering införs med krav på medicinskt ansvarig läkare (MAL) i den kommunala vården, så att medicinsk kunskap med kontinuitet kan ge både trygghetsskapande och sjukvårdsförebyggande effekter.

En grundläggande faktor för patientsäkerhet, tillgänglighet samt för arbetsmiljö är hur många sköra äldre en specialist i allmänmedicin kan vara ansvarig för.

Därför föreslår DLF att Socialstyrelsen får uppdraget att i nära samarbete med DLF ta fram nyckeltal på hur många boende som ska behöva dela på en heltidsspecialist för att de ska få en god vård.

DLF instämmer med ambitionen att fler patienter med komplexa behov får en individuell vårdplan och att patientens egna önskemål skall beaktas. Man föreslår en fast vårdkontakt med ansvar för vårdplanen, samordning och kontinuitet. Vi instämmer och anser att i primärvården är specialisten

i allmänmedicin den naturliga fasta vårdkontakten. Detta kräver en förstärkning av primärvården, vilket utredningen själv konstaterar. **Vi anser dock att en avgränsad patientlista med personlig kontinuitet och personligt ansvar är en mycket viktigare komponent.** Utan detta spelar samverkan ingen roll utan riskerar mest att bli en pappersprodukt där tillfälliga läkare tar medicinska beslut avseende patienter utan personlig kännedom eller kontinuitet och därmed blir det, oavsett hur bra de planerna är, bara sämre för den äldre.

Vi har även farhågor att vårdplanerna kan bli en mycket tung administrativ och resurskrävande uppgift om de införs på fel sätt. Det kan leda till att de specialister i allmänmedicin som även arbetar med kommunal primärvård tvingas prioritera bort annat. Det är mycket viktigt att systemen för informationsdelning mellan kommunen och vårdcentraler är utbyggda och välfungerande för att individuella planer och samverkan ska kunna fungera.

DLF anser att det är mycket viktigt att ta bort de hinder som finns idag finns med informationsbyte mellan kommunal HVS och regional HVS.

Kap 5.

Betänkandet föreslår upprättande av ett s.k. patientkontrakt som är en sammanställning av patientens aktuella vårdplaner från olika vårdgivare samt uppgifter om fast(-a) vårdkontakt(-er). Vi instämmer i intentionen med ökad patientdelaktighet, förbättrade tekniska möjligheter att åskådliggöra och överblicka planeringen för vården för den enskilde. Men vi tror inte ett s.k. patientkontrakt skulle innebära någon nytta för patienten. I våra IT-system saknas idag en överskådlig, användarvänlig digital patientöversikt och det föreligger sekreteshinder att utbyta information mellan olika vårdgivare. De problemen kommer att kvarstå efter ett införande av patientkontrakt. Ett stort problem är att administrationen av vården har under åren blivit mer och mer omfattande utan att vården blivit effektivare. Vi ser en stor risk i att införa ännu fler administrativa åtgärder som kommer att ta ytterligare resurser från den direkta vården. En förutsättning för en personcentrerad och sammanhållen vård i primärvården är att det finns tillräckligt med specialister i allmänmedicin som har ansvar för ett rimligt antal patienter, vilket inte är fallet idag. Utan att tillgodose detta kommer det inte att spela någon roll hur man försöker administrera och organisera vården.

Kap 6.

Utredningen föreslår att uppdraget på regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillgodose behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning skall tydliggöras genom ett i lagen reglerat ansvar. DLF instämmer i detta. Det är inte rimligt ur ett personligt eller samhällsekonomiskt perspektiv att tiden till legitimation och specialisering fördröjs i flera år pga brist på verksamhetsförlagda utbildningstjänster. Vi är också positiva till att primärvården föreslås medverka till utbildning av alla professioner som förekommer i primärvården. En förutsättning för detta är återigen att det finns tillräckligt många specialister i allmänmedicin för att kunna handleda nya blivande kollegor.

Utredningen betonar behovet av bredd på forskningen inom primärvården: multisjuklighet, arbetssätt, implementering, aktionsforskning m.m. DLF instämmer helt med utredningen, men saknar konkreta förslag, främst kring ekonomisk satsning inom forskning och utbildning som står i rimlig proportion till den hälso-och sjukvård som utförs i primärvården.

DLF ser positivt på att SAFU:s (Samling för allmänmedicinsk forskning och utbildning, bildad av DLF och SFAM) förslag om en nationell fond för primärvård och allmänmedicin fått en framträdande plats i utredningen. Samtidigt önskar DLF att regeringen i primärvårdspropositionen ser till att det utmynnar i konkreta finansieringsförslag så att en nationell fond ska kunna ge ett kraftfullt forskningsstöd för omställningen till God och Nära vård.

Kap 7.

DLF instämmer i att nationella taxan behöver ses över och moderniseras för att passa in i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Att t.ex. enbart basera ersättning på antal besök är föråldrat och fortbildning och utbildning behöver ingå som naturliga delar i all sjukvård. Det saknas tydliga diskussioner om det ekonomiska värdet av en etablering och diskussioner kring om vårdgivarna bör kompenseras ekonomiskt ifall man landar i att avskaffa systemet och därmed saboterar inkomsten för läkare som arbetar enligt LOL.

Vi håller med om att sjukvården har problem med fragmentering och dålig tillgänglighet, men ser inte hur avskaffande av möjligheten att specialister i allmänmedicin att verka inom nationella taxan förbättrar detta – den småskaliga verksamhet som taxeläkarna bedriver erbjuder god tillgänglighet och möjlighet till hög kontinuitet. Då uppdragen i vårdvalen är omfattande instämmer vi inte i utredningens bedömning att det skulle vara möjligt för små verksamheter att ingå i vårdvalen enligt scenario 1. Vi anser att förslaget i sin helhet alltför mycket utgår från regionernas behov och önskan om planering och ett ”enhetligt system” istället för patient-/medborgarperspektiv med önskan om god och tillgänglig vård.

Att införa obligatoriska vårdval kunde vara ett sätt att minska skillnaderna inom landet. Tyvärr är erfarenheten från det enda exempel som finns, primärvård, att regionerna i stället skapar så olika system att det snarare ökar skillnaderna. Regionerna väljer ofta så tungrodda och komplicerade lösningar att det är svårt för småföretagare att hantera. Dessutom ändras villkoren ofta, vilket gör det otryggt för både företagare och patienter.

21% av alla taxaläkare är specialister i allmänmedicin. Det betyder att taxan erbjuder mer attraktiva villkor och den har haft större framgång att attrahera specialister i allmänmedicin än vårdvalen, vilket ytterst gynnar patienterna. Det är även ett sätt att kunna attrahera den växande delen av yngre specialister i allmänmedicin som har valt att verka som hyrläkare via bemanningsföretag som motverkar kontinuitet och långvarig personlig relation. Denna insikt bör tas tillvara.

Om man avser att avskaffa taxan och ersätta det med vårdval borde utredningen föreslagit hur vårdval skall göras lika i landet och attraktivt för etablering även för små verksamheter. Vårdval i många regioner präglas av att premiera stora vårdgivare. Även om det idag finns utredningsförslag att ändra det så att småskalighet skall vara möjlig är det mycket stor risk att regionerna kommer att sabotera detta så mycket man kan i kraft av principen om det kommunala självstyret.

Vi instämmer i utredningens bedömning att sjukvården i glesbygd kan behöva förstärkas och att det är motiverat med ett kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård. Vi tycker dock att även socioekonomiskt utsatta områden bör ingå. Vi delar inte utredningens bedömning att specialister i allmänmedicin, vid avskaffande av nationella taxan, inte skulle kunna vara aktuella för scenario 2 med motiveringen att de har möjligheter att verka i det obligatoriska vårdvalssystemet för primärvården. Bristerna i glesbygd och i socioekonomiskt utsatta områden finns ju ändå, trots vårdvalssystemet.

Vi förstår inte heller varför endast specialister i psykiatri och allmänmedicin berörs av förslagen trots att övriga specialiteter dominerar och enligt vår bedömning har än större dominans i storstadsområden och sannolikt bidrar till mer ”onödig vårdkonsumtion” än psykiatri och allmänmedicin. Vi förordar en sammanhållen översyn av samtliga specialister som är verksamma inom nationella taxan innan man beslutar att upphäva lagen om läkarvårdsersättning.

Utredningen säger att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och eget företagande skall vara ett av dem. Men man har misslyckats då båda förslagen

innebär att den lilla del egenföretagande som idag finns i svensk sjukvård enligt LOL/LOF skulle raderas utan att annat än fragment möjligen återstår i både de scenarierna man föreslår.

Kap 8.

Utredningen konstaterar att begreppen kring olika vårdformer som öppenvård kontra slutenvård och primärvård kontra specialiserad vård inte längre är ändamålsenliga i takt med hur vården förändrats över tid. T ex finns det ju i glesbygdens primärvård dygnet-runt-platser vad gäller specialiserad vård kan mycket av detta nu ske i patientens hem. Vi ställer oss bakom en översyn och tydliggörande av begreppen. Det är också viktigt att ha ändamålsenliga ersättningsystem och vi ställer oss därför bakom en översyn av dessa.

DLF föreslår att benämningarna primärvård – sekundärvård – tertiärvård ersätter de nuvarande benämningar som även kommer göra att det blir enhetligt med internationell praxis.

Svenska Distriktsläkarföreningen

Marina Tuutma

Ordförande