

Stockholm 2015-10-21

Svenska Läkarsällskapet
Att: Agneta Ohlson

Svenska Distriktsläkarförbundet har med intresse tagit emot och läst förslaget från Svenska Läkarsällskapet projekt *En Värdefull Vård*.

Vi tycker att det är en spännande skrift som lyfter mycket av de senaste årens problematik som kulminerade med den s.k. NPM-debatten. Vi noterar de åtta allmänna förslag som kopplats till denna problematik och som vi också ser som viktiga och som leder till en bättre utveckling. Vi delar också, liksom arbetsgruppen, de grundläggande principerna för ett nödvändigt etiskt förhållningssätt utifrån principerna i HSL§2 och den nationella prioriteringsplattform som råder inom svensk sjukvård. Vi delar också helt klart arbetsgruppen syn på att NPM-tänkandet måste ersättas av ett nytt sätt att leda sjukvården som utgår från ovanstående grund, professionell grund och kompetens samt mötet med individen.

Vi noterar också de detaljerade åtgärder som kopplats till dessa 8 övergripande mål. I vissa aspekter så delar vi inte hur *En värdefull Vård* tänkt sig uppnå de mål och förslag som man lyfter fram. I nedanstående text vill vi lyfta de områden som vi ser är problematiska, som behöver diskuteras mer.

I avsnittet *Vad beror det på* har orsakerna till den dåliga planeringen av sjukvården inte lyfts tillräckligt. Vi noterar att frågan om huvudmannskapet för hälso- och sjukvård, d.v.s. landstingens suveränitet i frågorna, inte belysts på något sätt. För oss inom allmänmedicin och primärvård har det haft en oerhörd betydelse för den negativa utveckling som skett. Detta plus det faktum att de senaste årens reformer inom öppenvård haft fokus på valfrihet, efterfrågan och service gentemot patienter och andra aktörer har succesivt utarmat förutsättningarna för att utveckla primärvården mot en vård som kan ta allt större ansvar för allt fler med allt större behov. Vi som förening är för en ökad regionalisering och en statlig samordning av primärvården i Sverige i framtiden.

Vi noterar också att gruppen uttrycker det professionella ansvaret gällande arbetet med att skapa jämlik hälsa och goda förutsättningar för detta inom det svenska samhället. En sann beskrivning av detta måste poängtera att ansvaret och arbetet måste delas med andra aktörer inom samhället och politiska beslutsfattare. Vi värjer oss kraftigt mot att lösningen på problemet är en ökad satsning på medicinarutbildningen kopplat till ett ökat professionellt ansvar för landets folkhälsa. Vår kunskap i denna fråga ska först och främst användas som grund för andra aktörer, främst politiker. Historiskt sett så är det en tydlig folkhälsopolitik och tydliga politiska beslut byggda på kunskap och forskning som haft den största betydelsen för folkhälsan och det bör tydligt framgå även i detta dokument.

Vi vill i det sammanhanget betona värdet av en aktiv satsning på socialmedicin och forskningen inom detta område och betona att samverkan med lokalsamhället med största sannolikhet är viktigare för en vårdcentralsläkare i arbetet med folkhälsan än att fokusera på ett ökat ansvar och en ökad insats gentemot alla individer som doktorn möter på vårdcentralen.

Vi ser det också som helt nödvändigt att skapa ett primärvårdssystem som bygger en fast läkarkontakt med en personlig relation, ett personligt ansvar, kontinuitet och ett patientcentrerat arbetssätt gentemot den enskilda patienten. Det är grunden för att svensk sjukvård ska utvecklas på bästa sätt. Arbetsgruppen konstaterar att det primära problemet är bristen på specialistkompetenta allmänläkare inom primärvård och vi delar också gruppens syn att en modern analys bör ompröva synen på att 1/1500 är en grund att utgå ifrån. I en modern primärvård bör doktorn på vårdcentralen i allt högre grad agera och verka utanför vårdcentralen som expert och sakkunnig inom många områden. Vi ser det främst inom primärpreventionen/hälsovården samt inom det socialmedicinska området. Utifrån det kan det vara fullt rimligt att som ett genomsnitt argumentera om ett genomsnitt på 1 specialist i allmän/1300 d.v.s. en fördubbling till cirka 7500–8000 specialister i allmänmedicin inom 10 år men vi bedömer att det för närvarande är en helt orealistisk vision. Ambitionerna och målet måste i så fall beskrivas på ett annat sätt och med en noggrannare analys och beskrivning av de framtida behoven utifrån vår professionella grund.

Ett enhetligt nationellt system för att välja sin personliga primärvårdsläkare är ett steg framåt men vi värjer oss för tanken på ett max-antal listade per läkare. Primärvården i Sverige ser olika ut och kollegor arbetar på olika sätt. Att sätta ett obligat max-tak för den individuella läkaren på 1/1300 ser vi som uppenbart olämpligt. Däremot är det oerhört viktigt som en grund för den övergripande planeringen, både på lokal, regional och nationell nivå. Vi noterar också förslaget om ett allmänläkarkontrakt med väldigt hårt reglerade förutsättningar. Vi motsätter oss starkt att skapa en modell för en typ av mottagning som skall tillämpas i alla delar av vårt land tillsammans med en personligt juridiskt bindande överenskommelse med samhället. Av många skäl så krävs många olika lösningar på det framtida primärvårdsuppdraget vilket gör att arbetsgruppens förslag leder till en hämmande konformitet. Vi ser det inte heller önskvärd eller möjligt att det inom allmänmedicinen ska utvecklas en kader med namngivna ersättare till 3 ordinarie läkare på mottagningen. Ett personligt kontrakt, d.v.s. ett personligt juridiskt bindande ekonomiskt avtal binder den enskilde läkaren med allt för stor personlig risk. Med det som grund kopplat till de ytterligare krav som ställs så likformas verksamhet och system. Ett minimiantal specialister på varje vårdcentral plus tydliga regleringar kring hur man väljer att organisera varje vårdcentral kommer att hämma utveckling och minska de reella valmöjligheterna för den enskilde patienten. Förslaget om en kår av namngivna vikarier tar vi enligt ovan bestämt avstånd från. Det ger en uppdelning som vi anser vara hemskt olycklig.

Gällande styrning och ersättning så vill vi också för tydlighetens skull framföra att det inte är principerna för Lagen om Vårdval som format primärvårdens utveckling de senaste åren utan den politiska styrningen inom systemen. Vi anser att det nuvarande vårdvalssystemet bör utvecklas så att det skapar mer möjligheter att utveckla primärvården. Vi ser arbetsgruppens modell med en form av kontrakt för ett visst arbetssätt som hämmande gällande framtida utveckling.

Vi är oerhört förvånade över att det i stycket om utbildning och vetenskap i hälso- och sjukvården. Texten beskriver situationen nationellt och ner till mindre sjukhus men tar inte på något sätt upp situationen i primärvården, på den enskilda vårdcentralen och behovet av att ha en drivande klinisk forskning på vårdcentralerna. Detta trots att man konstaterar att 90 % av alla patientbesök inom svensk sjukvård sker på vårdcentralen. Det måste ändras. Vi vill där också lyfta in perspektivet att allmänmedicinen av många skäl bör få en starkare position inom specialistutbildningarna rent generellt. Vi ser behovet av att bredda kunskapen hos många av specialiteterna inom slutenvården och vill göra allmänmedicinen till en obligatorisk del av utbildningen till många specialiteter och också bilda en common trunk för de specialiteter där majoriteten av patienter hanteras inom primärvård, t ex barnmedicin och geriatrik.

I styckets skrivning om fortbildning vill vi primärt slå fast att vi står bakom synen på kravet på kontinuerlig fortbildning för specialistläkare. Vi motsätter oss dock arbetsgruppens konkreta förslag om formella tvingande krav på specialister i allmänmedicin kopplat till möjligheten till åtgärder mot individen, deslegitimation. Vi anser att det är oerhört kränkande och även uppenbart missvisande i den situation som råder idag. Fortbildning är ett arbetsgivaransvar och ett chefsansvar. Om samhället fastställer tvingande krav på fortbildning så måste det vara tvingande för arbetsgivaren i första hand. Eventuella repressalier ska åläggas arbetsgivaren i form av minskad ersättning eller liknande. Om arbetstagaren får en årlig fortbildningsplan och denna inte verkställs bör det självklart utredas. Om det beror på att arbetstagaren vägrat att delta i fortbildning så kan det vara rimligt att man som enskild kan drabbas arbetsrättsligt då man vägrat utföra de arbetsuppgifter (fortbildning) som man är ålagd att göra. Att som arbetsgruppen så flagrant frånta arbetsgivaren sitt uppenbara ansvar för frågan är en oerhört fel väg att gå. Sen kan man ha en allmän diskussion om när i en sådan process konsekvenserna av att en läkare försummar sin egen fortbildning ska ske och på vilket sätt. Skälen till deslegitimation måste vara desamma som finns idag och prövas på sedvanligt sätt när man brustit i sin kliniska verksamhet.

Vad gäller stycket om granskning av vården så sympatiserar vi med grunderna i förslaget. Vi vill i sammanhanget lyfta det som gruppen berör gällande de mått och variabler som kan användas. Antalet variabler bör minimeras, vara gemensamt framtagna av profession, patient, politiker samt verksamhetsansvariga och tolkas på samma sätt. Att det som nu ofta relateras till vem som ska ha tolkningsföreträde svårgör användandet och minskar legitimiteten och tilltron till ett system som baseras på granskning och jämförelser av mått. Vi känner oss också av det skälet ytterligt tveksam till en ny myndighetsfunktion eller ytterligare granskare inom området.

I bakgrundsdokumentationen om allmänmedicinens roll och betydelse har vi också några synpunkter. Vi ser gärna att man ytterligare poängterar det faktum att den allmänmedicinska utbildningen och arbetssättet är patientcentrerat vilket är nödvändigt.

Gällande folkhälsan så är föreningens syn att primärvården kommer att bli allt viktigare för folkhälsoarbetet i lokalsamhället. Läkarens roll är att verka för att samhället fungerar folkhälsovetet. Att beskriva det som att det bara handlar om att öka kvaliteten i mötet med patienten blir vilseledande och ger en bild av att bara om vi blir bättre i det så gör vi en betydande folkhälsoinsats. Sannolikt så skulle vi göra en större insats om vår sakkunskap skulle utnyttjas ute i lokalsamhället och i dess planering.

Går vi vidare noterar vi att arbetsgruppens syn på teamet inte beskriver situationen på rätt sätt. Det viktigaste teamet idag är kring vården av de mest sjuka äldre som förutsätter ett gott samarbete med hemsjukvårdens personal, med sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster mm inom kommun eller landsting. Om landstinget har kvar hemsjukvården är distriktssköterskor verksamma där. På många ställen är sedan arbetsgruppen, teamet, på vårdcentralen den man interagerar med. I den ingår mottagningssköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, psykologisk kompetens, BMA mm. Samverkan kan finnas med distriktssköterskor för kortare insatser i patientens hem som omläggning, provtagning och hembesök av läkare. Det skapar 3 team-kontexter i arbetet för den enskilde allmänmedicinaren på vårdcentralen. Man kan lämna förslag på att bygga ett team mellan allmänläkare och distriktssköterska i hemsjukvården, men bara om hemsjukvården fortfarande drivs av landstinget. Alltså behövs förslaget beskrivas mycket utförligare. Distriktssköterskan har i de flesta delarna av Sverige, efter ÄDEL-reformen, i 20 år nu inte haft ansvar för hemsjukvård. I det stycket bör det också poängteras att läkaren tydligt ska ha det medicinska ansvaret i vården utifrån den fasta läkarkontakten.

Utifrån ovanstående förtydligande kring teamen och distriktssköterskan på vårdcentralen ser vi också att stycket om systemeffektivitet behöver granskas och skrivas om. Utifrån en primär inofficiell granskning och analys av materialet i Sveriges läkarförbunds enkät till primärvårdens läkare våren 15 så förefaller det som om god bemanning, privat drift, läkarledd vårdcentral och hög kontinuitet är återkommande faktorer för medicinsk kvalitet, god kompetensutveckling och patienternas upplevelse av god vård. Vi vill gärna nämna det för att nyansera den bild som projektet ger.

För Svenska Distriktsläkarföreningen

Ove Andersson
Ordförande