



2021-09-26

Till Socialstyrelsen
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Remissvar Kunskapsstöd om Fast läkarkontakt i primärvården (dnr 28782/2021)

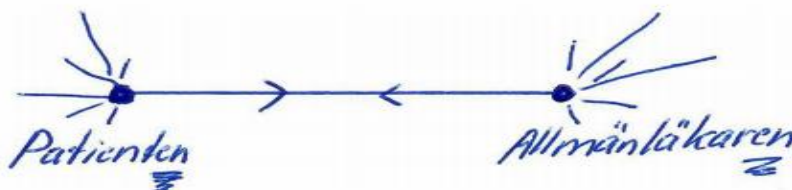
Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS tackar för möjlighet att lämna synpunkter på förslaget till *Vägledning – Stöd för arbetssättet med fast läkarkontakt* och *Planeringsverktyg för Fast läkarkontakt i primärvården*. I beredningen har SLS fått svar från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM).

Vägledningen

Allmänt om vägledningen

SLS anser att det är bra att vägledningen tagits fram. Det är grundläggande för Sveriges sjukvårdssystem att vi får en primärvård som har allmänmedicinen som utgångspunkt och som är dimensionerad för att erbjuda alla i allmänheten fast läkarkontakt i primärvården. Sedan 1940-talet har vi i Sverige haft en ambition att kunna erbjuda befolkningen fast läkarkontakt utan att lyckas, främst på grund av bristen på allmänläkare. För att kompensera denna brist har andra och sämre arbetssätt vuxit fram. Att regeringen nu gett socialstyrelsen i uppdrag att stödja utvecklingen så att fler patienter får en fast läkarkontakt i primärvård inger visst hopp.



© Bodil Jönsson

Bild 1. Patient-fast läkare-relationen är "en-till-en-relation" som kan ge stadga, begriplighet, tillit och trygghet till sjukvårdssystemet för så väl allmänheten som anställda inom primärvården och dess samverkanspartners. Bilden tecknad av Bodil Jönsson som tillsammans med allmänläkare Åke Åkesson är författare till boken *Tid för tillit och trygghet*.

Det är viktigt att vägledningen tydligt visar att poängen med fast läkare i primärvård är att erbjuda den logik och den struktur som man behöver bygga allmänmedicinska verksamheter kring. Om det är tydligt uttalat att patient-läkar-relationen (se bild 1) är utgångspunkten för vårdens verksamheter kan bättre förutsättningar för att rekrytera och utbilda läkare till fast läkaruppdrag åstadkommas. Man behöver inte utveckla arbetssätt med olika samordnarfunktioner för patientens vård om man

konsekvent ser till att erbjuda fast läkarkontakt – oftast en allmänläkare – till allmänheten. Bara en fast läkarkontakt i primärvården kan vara dirigent för helheten (Se Bild 2).

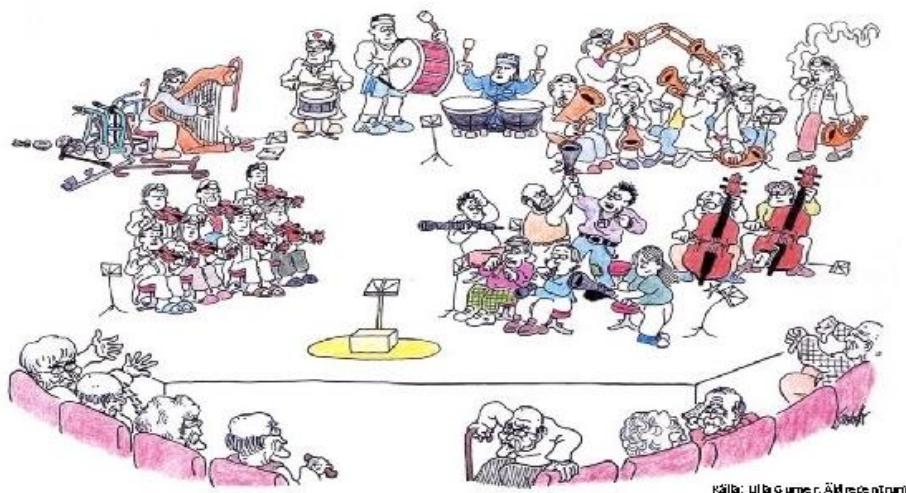


Bild 2. Dirigenten för varje individs vård är den fasta läkaren i primärvården. Den fasta läkaren med sin vetenskapliga skolning och sitt praktiska yrkeskunnande är expert på att guida i gränslandet mellan ohälsa och sjukdom och är den som tillsammans med patienten kan avgöra när och vad olika delar av "vård-orkestrern" ska spela och när det är läge att finna och aktivera stöd i kommuner och lokalsamhällen. Ulla Gurners bild "dirigent saknas"

SLS anser med stöd i denna inledande kommentar att detta dokumentets titel, "Vägledning – Stöd för arbetssättet med fast läkarkontakt och Planeringsverktyg för Fast läkarkontakt i primärvården", är olycklig. Fast läkare bör inte reduceras till ett "arbetssätt" vilket som helst utan är en helt central förutsättning för att bedriva primärvård som har allmänmedicinen som utgångspunkt.

Om vägledningens format

SLS anser att innehållet i stödmaterialet är väl genomgången och viktigt att sprida. SLS ser att innehållet skulle vinna på att omdisponeras.

Om man vill få något att hända – få personer att agera - är det bra att börja i den praktiska änden. Teorin kan komma efter. Alltså föreslår vi en omkastning av kapitlen. Efter förord, sammanfattning och läsanvisning föreslår vi att de mest handfasta kapitlen kommer. Börja med exemplet Borgholms hälsocentral – beskriv vad de uppnått och vilka avgörande förändringar de genomfört för att åstadkomma *en synnerligen väl fungerande allmänmedicinsk verksamhet*. Det ger en tydlig målbild. Därefter kan Socialstyrelsens kunskapsstödande material lyftas fram, följt av region/verksamhetsperspektiv och patientperspektiv. Bakgrundsdelen om fast läkarkontakt är mycket informativ och viktig. Den kommer man att vilja fördjupa sig i när man tagit till sig de mer handfasta "göra"-delarna.

Texten skulle även vinna på om man kopplade en ruta med huvudbudskap till respektive avsnitt, och att den kortades ner väsentligt. En annan möjlighet kan vara att lägga mer material i appendix – det skulle kunna öka läsbarheten.

Om Borgholms hälsocentral som exempel på välfungerande allmänmedicinsk verksamhet

SLS stödjer fullt ut valet att lyfta fram Borgholms hälsocentral som ett vägledande exempel.

Allt arbete som görs på hälsocentralen och med de samverkanspartners man har inom sekundärvård, ambulansvård, kommun och lokalsamhälle utgår från att alla listade erbjuds en fast läkarkontakt. Är man listad på Borgholms hälsocentral vet man namnet på sin fasta läkare och man har hans telefonnummer. Begreppet man använder för detta är "Ring din doktor". Det är sin fasta läkare man kontaktar när man har hälsoproblem man vill få hjälp med. För att möjliggöra detta finns en dagjournsmottagning på hälsocentralen. Där hanteras akuta frågor av ett team bestående av triage-sjuksköterska, undersköterska och läkare. Individen avgör själv om hen vill/behöver en akut bedömning eller om hen vill vänta på att få kontakt med sin läkare. Läkaren kan även i samråd med sin patient boka in på dagjouren om hen själv är fullbokad under dagen.

SLS anser att dessa helt centrala komponenter i Borgholms välfungerande allmänmedicinska arbetsformer och arbetssätt behöver lyftas in. De saknas i beskrivningen i remissversionen.

SLS håller med SFAM om att det vore önskvärt att det framkommer siffror kring hur man fördelat antalet patienter på de fasta läkarna.

Om region och verksamhetsperspektiv (s. 28-32)

SLS anser att detta stycke behöver utvecklas för att tydligare belysa olika aktörers ansvar, och vad som behöver göras.

Om utmaningar och möjligheter s. 28

SLS uppfattar att detta stycke handlar om 1) kommunikation/information, 2) förtydligat uppdrag och 4) relationen fast läkare-/fast-vårdkontakt. SLS saknar utmaningar kring 3) kompetensförsörjning i detta sammanhang. Kommentarer till detta stycke har vi ordnat i följande 4 punkter, som rubriker.

1. Kommunikation/informationskampanj

För att arbeta mot målet att erbjuda alla i allmänheten en fast läkarkontakt i primärvården behövs tydlig information till allmänheten. Socialstyrelsen beskriver att de flesta regionerna informerar allmänheten via 1177.se – vårdguiden. Det framgår även att det finns ett stort behov av tydligare information.

SLS håller med patientorganisationerna om att det finns behov av en stor informationskampanj för att skapa tydlighet kring att en fast läkare är den namngivna läkare i primärvården som ansvarar för och fungerar som dirigent för individens samlade vårdbehov (Bild 2).

SLS ser att vägledningen tydligare behöver förmedla ansvarsfördelning. Texterna på 1177 Vårdguiden behöver vara tydliga (regionernas ansvar – möjligt att få nationell formulering?).

Verksamheterna behöver utforma information utifrån sina förutsättningar – vilken information finns på hemsida/lokala 1177-sida/andra digitala ingångar? Regionerna behöver säkra att de har informationskanaler som stöttar verksamheternas arbete med information – dels genom att bygga strukturen och bistå med gemensamma skrivningar. Man behöver likaså bistå med det lokala verksamhetsnära arbetet. På Borgholms hälsocentral får alla patienterna ett visitkort med kontaktuppgifter till sin fasta läkare, Namn och telefonnummer till de fasta läkarna finns på hälsocentralens hemsida. De annonseras även i lokalmedia.

2. Förtydligat uppdrag – vad har en fast läkare för kompetens, ansvar och befogenheter?

Det framgår på sidan 28 att det finns önskemål om förtydligande av den fasta läkarens uppdrag och befogenheter, samt hur detta förhåller sig till andra uppdrag – så som fast vårdkontakt.

SLS anser att definitionen av den fasta läkarens roll beskrivs väl med dirigent-liknelsen. Kraven på den fasta läkarens kompetens framgår i målbeskrivningen för ST-läkare i allmänmedicin. För barn respektive äldre kan barnläkare respektive geriatriker fungera som fast läkare, kompetenskraven framgår då i respektive specialitets målbeskrivning. Detta utgör ett nationellt ramverk.

Det pågår arbete i några regioner med att definiera allmänläkarens uppdrag.

SLS anser att det är synnerligen viktigt att detta görs i nära samarbete med allmänläkarnas professionsföreningar (SFAM och SLS liksom SLF och DLF.)

3. Kompetensförsörjning (ny punkt)

För att alla i allmänheten ska kunna erbjudas en fast läkarkontakt behöver stort fokus läggas på att säkra tillgången på specialister i allmänmedicin. I materialet saknas denna centrala aspekt. Det som beskrivs på sidan 14 ger inte tillräcklig vägledning.

SLS anser att det är viktigt att i detta sammanhang tydliggöra vem som ansvarar för dimensioneringen av antalet ST-tjänster. Det är mycket glädjande att detta i dagarna blivit en nationell fråga.

SLS anser att regionerna i större utsträckning bör samarbeta lokalt med de fasta läkarnas professionsföreningar vid utformningen av ST-tjänster. Det bör ligga på professionsföreningarna att samverka nationellt kring utformningen av ST-utbildningen, inklusive att handledning och kompetensvärdering utformas utifrån professionens principer. Professionsföreningarna (SFAM/SLS) skulle kunna ges detta uppdrag och regionerna eller staten stå för finansieringen.

På sid 15-16 beskrivs professionsföreningarnas synpunkter om fast läkarkontakt.

SLS vill åter poängtera att för att bygga en hållbar och trygg primärvård behöver allmänmedicinen vara utgångspunkt och verksamheterna byggas runt fast läkarkontakt.

För den fasta läkarens arbete behövs ett team där SLS ser *distriktssköterskan som den mest centrala*. Teamet kan sedan bestå av olika professioner utifrån patientens behov. **SLS ser** således att det är avgörande att regionerna även säkrar tillgången på distriktssköterskor.

4. Om hur fast läkarkontakt förhåller sig till fast vårdkontakt

SLSs kommentar till önskemålet om förtydligande kring fast läkare kontra fast vårdkontakt: Den fasta läkarkontakten kan i samråd med sin patient koppla in en fast vårdkontakt då det behövs ytterligare samordnande insatser kring patienten, som görs bättre av en annan yrkesperson. Därtill utses fast vårdkontakt om patienten begär det.

Sid. 19 andra stycket bör ses över. Kan uppfattas som att det handlar om att få fast läkarkontakt *eller* fast vårdkontakt, men det ena utesluter inte det andra. Skrivningarna kan också tolkas som att den fasta vårdkontakten alltid är annan profession än läkare, men i den specialiserade vården kan fast vårdkontakt vara läkare (tidigare PAL i lagstiftningen).

Om stöd till regioner och verksamheter s. 29

SLS ställer sig tveksamt till att detta stycke i remissversionen är hjälpsamt så som det är utformat. Socialstyrelsens stödmaterial beskrivs på annan plats i materialet. Borde kunna strykas.

Om att följa upp utvecklingen av fast läkarkontakt

I det här avsnittet framkommer att det finns olika perspektiv att följa upp och att flera olika datakällor behöver användas. Att myndighetens för vårdanalys konstaterar i sitt uppdrag om att följa befolkningens perspektiv, att ingen förbättring över tid gällande andelen personer med fast läkarkontakt kan ses. Att det är viktigt att ta reda på medarbetarnas reflektioner.

SLS kommentar: Det sägs inte, men avsnittet handlar egentligen om vikten av ett professionsförankrat ledarskap med allmänmedicinen som utgångspunkt, som kan leda genom denna förändring.

Ledarskap (ny rubrik)

Om man bygger verksamheten med patientläkarrelationen i centrum kan man förvänta sig att det får konsekvenser för andra yrkesgrupper, framför allt på enheter där man utvecklat arbetssätt för att kompensera brist på fasta läkare. Då kan motstånd finnas. På verksamhetsnivå behövs ett ledarskap med förståelse för verksamheten och kunskap om de fasta läkarnas uppdrag samt betydelsen därav för övriga personalgrupper. På regionnivå behöver man vara såväl tydlig med att arbetet med fast

läkarkontakt är centralt och prioriterat, som lyhörd för verksamhetschefernas utmaningar och behov av stöd.

SLS anser att ett tydligt professionsförankrat ledarskap med allmänmedicinen som utgångspunkt är centralt att följa upp och stödja. Det är avgörande för hur väl det här arbetet kommer att fortlöpa och behöver vara ett fokusområde i uppföljningen framåt.

Om patientens perspektiv (s. 19-26)

Om patientens behov av kontinuitet

SLS vill här hänvisa till bild 1 och 2 ovan och till koncepten ”ring din doktor” och dagjoursteamet på Borgholms hälsocentral som vi lyfter ovan. I en allmänmedicinsk verksamhet som den i Borgholm beaktas både möjligheten till relationskontinuitet och behovet av snabbare tillgänglighet till bedömning när det inte finns utrymme att vänta på sin fasta läkare.

För patienter med komplexa behov är den fasta läkaren – dirigenten – tillsammans med sin orkester garant för ett personcentrerat arbete. Den fast läkaren och patienten leder teamet (bild 1).

När det finns stora behov av samordning av vård och omsorgsinsatser lyfts detta i läkarens del av teamet (dvs teamet på hälsocentralen) och det finns möjlighet att utse fast vårdkontakt, ofta en distriktssköterska, men det kan även vara tex en sjukgymnast, kurator, sjuksköterska i kommunen. Valet görs utifrån patientens behov och lokala förutsättningar.

SLS föreslår bild 1 och 2 som underlag för dialog kring ansvarsfördelning och reflektion i stället för punkterna överst på sid 20.

Om Kontinuitet och fast läkarkontakt

SLS vill poängtera att det är genom **relationskontinuitet** som vi kan erbjuda tillit och trygghet i vården. Återigen hänvisar vi till bild 1 och 2 för att illustrera detta. ”Patient-fast läkare-relationen är den ”en-till-en-relation” som kan ge staga, begriplighet, tillit och trygghet till sjukvårdssystemet för så väl allmänheten, som anställda inom primärvården och dess samverkanspartners.”

SLS kommentar till uppdelningen av ”kontinuitetsbegreppet”.

Självklart är informationskontinuitet viktigt – alltså att journalen är utformad för att underlätta arbetet kring patienten – med allmänmedicinen och den fasta läkarens arbete som utgångspunkt.

Informationssystemet ska underlätta relationskontinuitetsarbetet. Koordinationskontinuitet liksom longitudinell kontinuitet följer naturligt av den fasta läkarens arbete. För att uppnå relationell kontinuitet för en patient, är relationell kontinuitet inom teamen på hälsocentralerna liksom med samverkanspartners, centralt. Det innebär att en hälsocentral som arbetar med allmänmedicinen och fasta läkare som utgångspunkt är förankrade i lokalsamhället. **Relationskontinuitet som utgår från patient/läkar-relationen ska stödjas av informationskontinuitet och leder till koordinationskontinuitet och longitudinell kontinuitet.**

Om patientsäkerhet vid relationell kontinuitet

SLS anser att erbjuda alla i allmänheten möjlighet att lista sig hos fasta läkare som arbetar med avgränsade uppdrag i primärvården är en mycket viktig reform för ökad patientsäkerhet i svensk sjukvård.

Genom att avgränsa en fast läkares uppdrag genom att begränsa antalet patienter ökar läkarens möjligheter att ta ett personligt ansvar för varje patients vård. En mindre lista ger möjlighet att göra mer för varje patient med högre säkerhet som följd. En överdimensionerad lista medför ökade patientsäkerhetsrisker eftersom läkaren tvingas att förhålla sig på ett ytligare plan till patientens problematik.

Om personer med kommunal hälso- och sjukvård och val av fast läkare

SLS ser att bild 1 och 2 är giltiga även här och än mer centrala. Avsnittet är informativt men ger inte tydlig vägledning.

I allmänläkares utbildning ingår enligt målbeskrivningen att kunna arbeta med kommunal hälso- och sjukvård. För en patient kan det, av organisatoriska skäl, vid flytt till särskilt boende bli aktuellt med byte av fast läkare. Allmänläkares erfarenhet är att detta kan ordnas med bevarad trygghet och tillit för patienten genom en personlig överlämning. Man lämnar över sitt personliga ansvar till en ny läkare med personligt ansvar. En annan möjlighet är att om en patient som önskar behålla sin fasta läkarkontakt på en annan enhet än den som ansvarar för boendet är att den för patienten välkände läkaren och läkaren på boendet samverkar.

Om patientens upplevelse av läkarkontinuitet

I det här avsnittet redovisas resultat av nationella patientenkäten, myndigheten för vård och omsorgs- analys svenska analys kopplat till internationella data, samt en litteraturstudie som socialstyrelsen gjort om läkarkontinuitet i primärvården. Studien visar att det finns stöd för positiva effekter för patienten som trygghet, förtroende och nöjdhet med vården. Utvärderingarna visar att Sveriges primärvård inte kan leverera detta idag. 90 % av befolkningen är listade på fast hälsocentral och endast 26 % har en fast läkarkontakt.

SLS ser att det här stycket skulle vinna på att kortas ner. Det finns evidens för att fast läkarkontakt ger positiva effekter på såväl medicinska resultat som personliga värden för patienten såsom tillit och trygghet. **SLS håller med** patientföreningarna om att det är viktigt ur patientperspektiv att ha möjlighet att välja en annan fast läkare om man upplever att relationen till den man är listad hos inte fungerar. Det är samtidigt viktigt att i systemet ha en begränsning för hur ofta man får byta fast läkare.

SLS stödjer SFAMs synpunkt om nationella patientenkäten.

Om patientkontrakt

SLS ser inte riktigt hur detta stycke är relevant i ett stödmaterial gällande fast läkarkontakt. Det kanske kan kortas ner/tas bort? Stycket under bilden på s. 26 om att en utredning föreslagit reglering kan tas bort. En vägledning bör beskriva gällande rätt, vad som gäller nu. Patientkontrakt kommer att införas enligt en överenskommelse mellan regionerna och regeringen.

SLS avstyrkte i nämnda utredning namnet patientkontrakt. Vi anser att det är viktigt att professionen involveras i det här arbetet – att det utformas för att gagna samarbetet mellan patienten och hans fasta läkarkontakt. SLS anser att här är det viktigt att säkra att gedigen kompetens om medicinsk informatik finns representerat i arbetet.

Patientkontraktet kommer att inta en central plats i de fasta läkarnas arbete med sina patienter.

SLS anser att det finns fördelar med att ta fram en grafik som illustrerar patientens vårdplan. **SLS ser även** en risk för att för stort fokus läggs på denna funktion så att patientläkarrelationen kommer i skymundan. **SLS ser även** att det finns hinder, för en övergripande bild över alla patientens bokningar/aktiviteter, pga gällande sekretessregler eftersom primärvården samverkar med andra aktörer som verkar under andra lagrum (Socialtjänstlagen - kommunal vård/omsorg/missbruksvård).

Om Fast läkarkontakt – (s. 9-18)

Till den här delen har SLS några kortare kommentarer.

Sid. 13 femte stycket – Lite oklart om möjlighet att välja i annan region. Istället för att redogöra för förarbeten och att det har varit otydligt vad som gäller, bör det endast stå vad som gäller nu. Förenkla!

Sid 19: Angående ST-läkare som fast läkare.

SLS anser att det resonemang som förs här om ST-läkarnas progression relaterat till målbeskrivningen är bakvänt. Det tar inte hänsyn till att praktiskt yrkeskunnande och yrkesskicklighet som är målet, och inte att checka av delmål enligt målbeskrivningen. En blivande kirurg som inte får operera blir inte en skicklig kirurg. En blivande allmänläkare som inte gradvis och under handledning

får lära känna sin lista och den kontext man verkar i blir inte en skicklig allmänläkare. ST-läkare i allmänmedicin behöver och kan ta det ansvar som ett fast läkare-uppdrag kräver, men för ett mindre antal patienter och under handledning.

Planeringsverktyget

SLS vill åter poängtera vikten av det arbete som socialstyrelsen nu gör.

Det här materialet behövs för att tydliggöra det centrala i att alla i allmänheten erbjuds en fast läkare i primärvården. Det vill säga: att läkaren har den kompetens som behövs för uppdraget, och bästa möjliga förutsättningar att arbeta personcentrerat kring sina patienter, dvs en verksamhet som är organiserad med patient/läkar-relationen som utgångspunkt och ett team runt läkaren som möjliggör bästa möjliga kvalitet för patienten på lägsta möjliga vårdnivå (enligt LEON-principen).

SLS ser att planeringsverktyget kan ha en plats i att tydliggöra innebörden av ett fast läkaruppdrag och visa på komplexiteten i det en fast läkare hanterar. Planeringsverktyget kan bidra till att verksamhetschefer och läkare ute på landets vård/hälso-centraler får en gemensam bild att diskutera ifrån.

SLS ser även att det finns risker med ett planeringsverktyg som detta. Verktöget är en algoritm som ger en förenklad bild av verkligheten. Det kommer inte att ge ett värde som är sanningen. Det vore ytterst olyckligt om verktyget används på ett sådant sätt. **Det behöver framgå med tydlighet att verktyget är tänkt som underlag för dialog. Inte som ett styrande verktyg.**

SLS ser en risk att verktyget kan leda till konflikter på enheter med pressad arbetsmiljö. De data som matas in speglar en nulägesbild. Det ger underlag för GAP-analys. Från glesbygdsenheter med stora rekryteringsproblem har synpunkter inkommit om att verktyget ger en utopisk bild. Verkligheten är ändå att man har ansvaret för de människor som hör till enheten, oavsett hur många fasta läkare man är.

SLS ställer sig även undrande till om verktygets formler verkligen kan fånga essensen i det arbete som behöver göras. I stället för att förtydliga visionen – att alla i allmänheten har en fast läkare i primärvården, och förenkla ett tydligt driv mot detta mål, riskerar vi att fastna i detaljer och beräkningar.

SLS är tveksamma till att verktyget har målgruppen ”verksamhetschefer och regioner som beställer primärvård”. SLS ser att målgruppen borde inkludera läkare och deras professionsföreningar (lokalt och nationellt), verksamhetschefer och regioner som beställer primärvård. På så vis ges en signal om vikten att inkludera professionen i planering och styrning av vården. Målet behöver vara att kliniskt verksamma läkare, verksamhetschefer och regioner som beställer primärvård får en gemensam bild och ett mål som alla parter kan godta och arbeta tillsammans mot. Det blir en komponent i det nationella arbetet som nu initierats för att kartlägga behov av ST-läkartjänster.

Avlutande kommentar

SLS hoppas att Socialstyrelsen kan se vinsten i att inkludera läkarprofessionen som målgrupp för så väl planeringsverktyget som stödmaterialet. Det är rimligt att de läkare som är beredda att axla ett personligt ansvar som fast läkarkontakt i primärvården, för ett begränsat antal människor, inkluderas i detta centrala arbete med syftet att ge stadga till framtidens svenska sjukvård – där primärvården ska vara basen och navet.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Susanna Althini
ledamot SLS nämnd

Bilaga:
Remissvar från SLS medlemsförening Svensk Förening för Allmänmedicin