

SLS arbetsgrupp för att stärka primärvården



Rapport juni 2018

SAMMANFATTNING

De utmaningar som följer av den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning med stora behov av kontinuitet och samordning, och den medicinskt teknologiska utvecklingen kräver nya organisationsformer inom hälso- och sjukvården. Primärvården och dess läkare med specialistkompetens i allmänmedicin blir huvudaktörer i samverkan med sjukhusspecialister, andra vårdyrken och kommunala insatser för att kunna möta patienternas behov. Detta kräver förändring och omfördelning av vårt traditionellt sjukhustunga svenska hälso- och sjukvårdssystem.

Inom svensk hälso- och sjukvårdsorganisation bedrivs vård med olika beteckningar. Under senare tid har begreppen närvård och närsjukvård använts och givits en vidare innebörd än primärvård och omfattats av flera medicinska specialiteter. Nära vård är ett begrepp som helt nyligen introducerats och som beskrivs i två statliga utredningar: Effektiv vård (SOU 2016:2) och God och nära vård (SOU 2017:53). Det saknas enhetliga definitioner och nära vård överensstämmer inte helt med begrepp som närvård eller närsjukvård.

Organisationsformer med betoning på läkarkontinuitet och inte minst tillgänglighet för patienten är ett angeläget och aktuellt fokus. Nära vård innefattar primärvård, men kan även tolkas att omfatta delar av annan öppen och sluten vård. Arbetet med definitioner av öppen och sluten vård pågår inom ramen för fortsatt statligt utredande.

Ett med nära vård besläktat begrepp är första linjens sjukvård, som även detta saknar enhetlig definition. Problem uppstår när begreppen används för att illustrera önskvärda förflyttningar av resurser och kompetenser. Oavsett hur brett uppdraget definieras i den nära vården eller första linjen, måste primärvården stärkas för att klara omstruktureringen från sjukhusvård till mer öppen vård. Nya arbetssätt och möjligheter som digitaliseringen innebär för tillgänglighet och delaktighet i den egna vården ska tas tillvara, men ska införas på ett ordnat sätt. Införandet bör följas upp och utvärderas för att inte skapa onödiga undanträngningseffekter.

Eftersom det stora flertalet av patienterna i framtidens vård kommer att finnas i den nära vården, kommer även forsknings- och utbildningsinsatser förutom klinisk verksamhet att behöva följa med ut från sjukhusen till primärvården och den nära vården. En omstrukturering kräver att förutsättningarna för utbildning och forskning beaktas, inte enbart i primärvården utan även för att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen av hela hälso- och sjukvården.

En välfungerande, kunskapsbaserad primärvård med personligt ansvarstagande samt delaktighet i vården nära befolkningen och med fokus på både kontinuitet och tillgänglighet, bör ha goda förutsättningar att bidra till en jämlik vård i likhet med förhållanden i några andra europeiska länder.

Hur ska primärvården stärkas?

1. **En ökad nationell styrning av primärvården skapas med ett statligt grunduppdrag som regleras i lag** och utformas i likhet med förhållanden i andra nordvästeuropeiska länder som har sin utgångspunkt i den allmänmedicinska läkerspecialiteten och som sker i samverkan med andra yrkeskategorier inom primärvården. Finansiering ska fortsatt ske till dominerade del via offentliga medel som landstingsskatt och statsbidrag.
2. **Ett generalistperspektiv ska förmedlas tidigt i läkarutbildningen** och med en strävan att reducera och omfördela antalet medicinska specialiteter så att dessa anpassas till en rådande medicinsk kunskapsutveckling och kunskapsstruktur samt vårdbehov. Vid den långsiktiga kompetensförsörjningen, baserad på vårdbehov, ska landstingen ta ett gemensamt ansvar för specialiseringstjänstgöring i samarbete med staten. Det ska bland annat innebära ett underlättande av dubbelspecialisering inom näraliggande specialiteter, exempelvis pediatrik, allmänmedicin, geriatrik och akutmedicin, samt en ökning av antalet ST-tjänster.

3. **Forskning inom allmänmedicin och primärvård** samt angränsande tvärvetenskaplig forskning som sker inom ramen för regionernas universitetssjukvårdsenheter, ska finansiellt understödjas och stimuleras av landsting och universitet gemensamt. Inspiration till nya forskningsstrategier kan med fördel hämtas från de strategier som tillämpas vid ett par av våra svenska universitet och går under benämningen: "från student till docent". Forskartjänster i ett tidigt skede av en forskarkarriär med tjänster på mellan 80 % och 100% under en längre period (tre år), som exempelvis i Danmark, kan inrättas. Förlängning rekommenderas av verksamheten för den sedan lång tid gjorda satsningen på den Nationella forskarskolan i allmänmedicin och primärvård.

4. **Omfördelning till och en ökning av resurserna i den nära vården** så att primärvården som omfattar ungefär 17 procent av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten ökar till åtminstone 25 procent av totala hälso- och sjukvårdsbudgeten, för att tillhandahålla erforderlig läkarkontinuitet och tillgänglighet i vården.

Den nära vården inkluderar en ökning av allmänläkare/specialistläkare med personlig kännedom om patienten till en på högst 1 500 invånare, samt ett införlivande av redan existerande specialiteter som geriatrik och akutmedicin och därtill hörande andra yrkesgrupper. För att klara volymökning och finansiering kan krav ställas på en omfördelning av landstingsområden. Det krävs därtill en klar strategi för resursomställningen som alla gemensamt – landsting, vårdgivare, professioner samt kommun och stat - kan ställa sig bakom.

5. **Ökade samverkansinsatser** måste skapas för att tillgodose vårdbehovet hos äldre och sköra patienter och för att undvika att dessa ska behöva åka till akutmottagningarna på sjukhusen. Alternativa modeller till dagens vårdplatser måste tillkomma där samverkan och koordination sker mellan kommun, sjukhusmottagningar och primärvård. En modell kan vara den så kallade "Borgholmsmodellen" med utökad vård i hemmet samt hembesöksbilar bemannade av allmänläkare eller akutläkare som kan behandla patienter i hemmet alla tider på dygnet.

6. **Styrningen av vårdgivare i den nära vården ska vara övergripande, byggas på tillit och professionellt ansvar.** Detta innebär att uppföljning av verksamhet ska stimulera kvalitetsförbättringar med beaktande av prioriteringsordning, evidens och resultat i kvalitetsregister. Ekonomiska ersättningssystem ska knytas till vårdenheten samt till dominerande del baseras på sjukdomsburda och socioekonomi för att styra mot vårdbehov. Patienten som aktör ska stärkas. Det är samtidigt angeläget att balansera en god tillgänglighet så att motiverade vårdbehov inte blir undanträngda.

7. **Modern informationsteknologi ska fungera som ett komplement** till övriga kontaktvägar inom hälso- och sjukvården. Införandet av digitala system ska ske ordnat och med hänsyn till vårdbehov och gällande prioriteringsprinciper.

8. **Det är angeläget med en konsekvensanalys och organisatoriska studier** för att analysera hur den nära vården fungerar för primärvårdsenheter som arbetar i olika miljöer med befolkningar i storstad och i glesbygd. Stärkning av primärvården och den nära vården medför en förändring av den totala hälso- och sjukvårdsorganisationen med nya samverkansformer mellan primärvård och sjukhusvård. Vad krävs avseende resurser, remissflöden mellan medicinska specialiteter, sjukhus och kommunala enheter? Effekter av behandlingsinsatser? Prioriteringar och undanträngningseffekter. De organisatoriska studierna ska finansieras av stat, landsting och kommun och utföras av forskarkompetens inom (allmän)medicin, beteendevetenskap och samhällsvetenskap.

INNEHÅLL

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	5
1.1 Bakgrund och problembeskrivning	5
1.2 SLS nämnds direktiv till arbetsgruppen ”Stärka Primärvården”	6
1.3 Arbetsgruppens arbetssätt.....	7
2. Strukturer och strukturförändringar inom hälso- och sjukvården, särskilt primärvården.....	8
2.1 Den medicinska kunskapsutvecklingen.....	8
2.2 Primärvårdsorganisationens utveckling.....	8
2.3 Effektivitet i den medicinska problemlösningen	9
3. SLS arbetsgrupps överväganden och förslag.....	11
3.1 Utgångspunkt för våra förslag	11
3.2 Nationell styrning	11
3.3 Generalistperspektiv, utbildning och kompetensförsörjning.....	12
3.4 Forskning.....	13
3.5 Primärvårdens uppdrag och samverkan.....	14
3.6 Resursomställning	15
3.7 Styrning och kvalitetsuppföljning	16
3.8 IT-system.....	18
3.9 Organisatoriska studier i befolkningar med olika vårdbehov. Konsekvensanalys och spridning av erfarenheter i nätverk.....	19
Direktiv till arbetsgrupp	20

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund och problembeskrivning

Hälso- och sjukvården står inför ett antal utmaningar. En ökande andel sköra äldre personer ställer nya krav med stora behov av samordning och kontinuitet i vårdinsatserna. En tilltagande stress i tillvaron resulterar i psykisk ohälsa i en allt större omfattning. Nya arbetssätt och tekniker utvecklas, vilket också påverkar vårduppgifterna med krav på samverkan mellan vårdnivåer och kompetenser samt kompetensutveckling. Det finns också önskemål om att den friska befolkningens tillfälliga behov ska kunna tillgodoses på ett resurseffektivt sätt med stor tillgänglighet.

Den demografiska utvecklingen gör att hela välfärdssektorn står inför en finansieringsproblematik som kräver allt hårdare prioriteringar och svåra etiska överväganden.

Även globala utmaningar ställer nya krav på svensk hälso- och sjukvård. Genom de globala målen och Agenda 2030 för hållbar utveckling har världens länder åtagit sig att från och med den 1 januari 2016 till år 2030 utrota all fattigdom och hunger, bekämpa ojämlikheter inom och mellan länder, bygga fredliga, rättvisa och inkluderande samhällen, skydda de mänskliga rättigheterna, främja jämställdhet och kvinnors och flickors egenmakt samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Hälsa har starka kopplingar till samtliga mål i Agenda 2030. SLS anser i sitt idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård att en av framgångsfaktorerna för att möta utmaningarna och nå de globala målen är ökad kunskap och medvetenhet om ämnet global hälsa i skola, högre utbildning och forskning samt tvärvetenskapligt samarbete över disciplinerna. SLS framhåller också att hälso- och sjukvårdssystemet kräver integration med omvärlden för att underlätta ett globalt ansvarstagande inom det kliniska arbetet, forskningen och utbildningen.¹

I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2)² lyfts en väl utbyggd primärvård upp som en av förutsättningarna för en effektiv vård. Det föreslogs bl. a att vården ska ges nära befolkningen och i första hand som öppen vård med en utbyggd primärvård. Utredaren menar att det finns stöd för antagandet att en utbyggnad av primärvården sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som landstingen kan göra för att uppnå en mer jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen. Detta förs även fram i slutbetänkandet *Nästa steg på vägen mot en jämlik hälsa* (SOU 2017:47) av den statliga Kommissionen för jämlik hälsa.³

Men primärvården står inför ett antal medicinska och organisatoriska problem som behöver lösas om vården nära befolkningen ska fungera. Primärvården behöver stärkas om vården ska klara de utmaningar som följer av den demografiska och medicinskt teknologiska utvecklingen med nya behandlingsmöjligheter som ständigt utvecklas. Inte minst finns det en stor brist på allmänmedicinska specialister. I Sverige utgjorde de allmänmedicinska specialisterna cirka 16 procent av det totala antalet specialistläkare år 2013. Det kan jämföras med de nordiska grannländerna där de allmänmedicinska specialistläkarna utgjorde 20 procent i Danmark och 18 procent i Norge (avsåg 2014) samt med Storbritannien och Nederländerna där andelarna utgjorde 29 procent respektive 24 procent (båda avsåg 2014) av alla specialister. Även mätt som antal allmänmedicinska specialister per invånare ligger Sverige lägre.⁴

I internationella jämförelser uppvisar Sverige sämre resultat än andra länder när det gäller hur patienter upplever tillgänglighet, information och samordning och det är en betydlig lägre andel som uppger att de har en fast läkarkontakt i Sverige jämfört med andra länder.⁵ Detta riskerar att drabba särskilt den växande gruppen sköra patienter med komplexa vårdbehov. Den kliniska forskningsvolymen i primärvården är låg jämfört med övrig klinisk forskning inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljön har försämrats för gruppen läkare, bland annat upplevs att inflytandet över arbetssituationen har minskat, gällande arbetstakten, uppläggningsen av arbetet och när olika arbetsuppgifter ska utföras.⁶

Bemanningsproblem med brist på specialister i allmänmedicin finns i hela landet även om variationerna mellan landstingen är stora.⁷

En arbetsgrupp i Svenska Läkaresällskapet (SLS) föreslog i rapporten *En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum*⁸ (EVV) bland annat att alla invånare ska erbjudas fast läkarkontakt med specialistkompetens i allmänmedicin. På SLS fullmäktige i maj 2016 bifölls en motion som yrkade att SLS förverkligar de ambitioner som uttryckts i EVV:s rapport.

Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin har i Nationell primärvårdsreform (2017) tagit fram förslag på vad som måste göras gällande politisk styrning, verksamhetsfrågor samt inom forskning, kompetensutveckling (fortbildning) och utbildningsansvar.⁹

En statlig utredning *Samordnad utveckling för god och nära vård* (Dir. 2017:24) har tillsatts för att fullfölja ambitionerna i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) att stärka primärvården. I delbetänkandet *God och nära vård* (SOU 2017:53)¹⁰ föreslår utredningen lagändringar och nya styrande principer för vårdens organisering. Förslaget innebär att vården ska ges nära befolkningen och i första hand som öppen vård med en utbyggd primärvård som bas. I det fortsatta utredningsarbetet ingår att ta fram ett nationellt reglerat uppdrag för primärvården och att ange hur en resursöverföring från sjukhusvård till primärvård ska gå till.

Regeringen har därefter lagt propositionen *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (prop. 2017/18:83)¹¹ som ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga första linjen i hälso- och sjukvården. En ny bestämmelse föreslås i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

Det kan konstateras att begreppen ”första linjens vård” och ”nära vård” inte är tydligt definierade. I regeringens proposition hänvisas till det fortsatta utredningsarbetet i *Samordnad utveckling för god och nära vård* för definiering av nära vård. Av delbetänkandet framgår:

„.../”nära, omfattar såväl tillgänglighet som geografisk närhet; den goda vården ska finnas tillgänglig när och där patienten behöver den. En gemensam definition av begreppet nära vård, utgående från en framtida utredning av det nationella uppdraget för primärvården, kommer att behöva göras inom ramen för utredningens uppdrag i enlighet med direktiven.”

Inte heller ”första linjen” är ett tydligt begrepp. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller till exempel

”Vad som avses med och ingår i första linjens vård är inte tydligt definierat, och i olika sjukvårdssystem utgörs den av olika aktörer och vårdtyper. Primärvården, och i viss mån akutmottagningar, har helt naturligt en central roll men sedan finns betydande variationer beroende på remisskrav och andra restriktioner för att kunna söka vård direkt. Därtill skiljer dessa restriktioners utformning mellan landstingen och för olika specialiteter.”¹²

Mot denna bakgrund och särskilt med initiativen på nationell nivå är det angeläget att också uttrycka Svenska Läkaresällskapets syn, vilket resulterat i att SLS nämnd tillsatte en arbetsgrupp som startade i mars 2017. Arbetsgruppen har bestått av Lars Borgquist (ordförande), Christer Andersson, Christina Bergh, Ingmarie Skoglund, Erik Wall och Hanna Åsberg samt från SLS kansli Per Johansson och Susann Asplund J (sekreterare).

1.2 SLS nämnds direktiv¹³ till arbetsgruppen ”Stärka Primärvården”

Direktiven kan sammanfattas i följande punkter.

- Ge förslag på hur den första linjens vård kan stärkas för att kunna spela en huvudroll i den framtida hälso- och sjukvården.
- Beakta särskilt allmänmedicinens roll och förutsättningar att ta ett huvudansvar samt hur andra medicinska specialiteter och andra yrkesgrupper kan vara samarbetspartners.

Specifika frågeställningar

- Hur kan behovet av kontinuitet, samordning, tillgänglighet och säkerhet tillgodoses för personer med långvariga sjukdomstillstånd?
- Hur kan tillgänglighet för personer med tillfälliga (akuta) behov av hälso- och sjukvårdens resurser tillgodoses på ett resurseffektivt sätt?
- Vilken roll bör allmänmedicinen, akutmedicin och organspecialiteter ha?
- Hur kan allmänmedicinen stärkas för att kunna ta ansvar i gränssnittet till sjukhus, hemsjukvård och 24-timmarsvård?
- Vilken roll och utrymme har allmänmedicin och under grundutbildning och specialiseringsutbildning av läkare?
- Vilken roll och utrymme har allmänmedicin inom forskning?

1.3 Arbetsgruppens arbetssätt

Inhämta och sammanställa kunskap från aktuell forskning angående primärvård samt från pågående och avslutade statliga utredningar och utredningar vid myndigheter och andra organisationer.

2. STRUKTURER OCH STRUKTURFÖRÄNDRINGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, SÄRSKILT PRIMÄRVÅRDEN

Under de senaste årtiondena har förändringar skett på flera plan inom hälso- och sjukvården vilket påverkat primärvården. Det gäller inte minst den medicinska kunskapsutvecklingen, ett förändrat sjukdomspanorama samt framväxten av nya vårdformer.¹⁴

2.1 Den medicinska kunskapsutvecklingen

Under en 60-årsperiod har sjukvården formats av en medicinsk kunskapsutveckling som medfört att många vanliga sjukdomar kan botas och förebyggas inom primärvården. Infektionssjukdomarna var under första delen av 1900-talet dominerande och upptog en stor del av sängplatserna på sjukhusen. Patienterna kom ofta in akut och stannade på sjukhuset under en längre tidsperiod. Många patienter fick i efterförloppet kroniska besvär. Dödligheten var initialt hög. Mortalitet blev ett vanligt mått som användes för att värdera resultatet av vårdverksamhet. Genom bland annat antibiotikabehandling som inleddes under 1950-talet samt bättre rutiner för hygien fanns goda utsikter till bot för patienter med infektioner. Under senare delen av 1900-talet hade öppenvårdsmottagningar och primärvård tagit över huvudparten av infektionsbehandlingen.

Under 1970- och 1980-talen kom andra sjukdomar i fokus. Hjärt- och kärlsjukdomar upptog en stor del av vårdplatserna vid sjukhusen. Mortaliteten i dessa sjukdomar har numera minskat. I stället har andningsorganens och rörelseorganens sjukdomar samt de psykiska sjukdomarna ökat i relativ volym.

Under 2000-talet har personer med flera samtidiga sjukdomar (multisjuka) ökat sin andel, delvis beroende på att befolkningen blivit äldre och framgångsrikt behandlats med nya medicinska metoder. Den medicinska kunskapen har ökat generellt och i accelererande takt. Många hälsotillstånd behandlas så att patienten blir helt återställd och kan botas i primärvården. Den psykiska ohälsan har ökat i befolkningen under senare decennier och framför allt under de senaste åren. Ökningen är särskilt påtaglig bland barn och unga. Det handlar om stressrelaterad ohälsa, depressioner och ångesttillstånd. Detta motiverar en utbyggnad av resurser tillagda till primärvården som psykologer och konsulter i barn- och ungdomspsykiatri och allmän psykiatri. Det har skett en övergång från en vårdorganisation som initialt arbetade med medicinskt omhändertagande vid sjukhus till en organisation som i högre grad baseras på botande, stödande och förebyggande åtgärder utanför sjukhus.

2.2 Primärvårdsorganisationens utveckling

”Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man också under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in patientens livssituation” (Allmänmedicin, Studentlitteratur, Redaktör Birgitta Hovelius, 2015).

Ovanstående beskrivning är ett utdrag ur Socialstyrelsens och Svensk förening för allmänmedicins (Sfams) målbeskrivning för allmänmedicin.¹⁵ Det har historiskt varit svårt att entydigt definiera innehållet i allmänmedicin. En skillnad gentemot andra specialiteter är att man har ansvar för många äldre patienter med flera kroniska diagnoser. Som regel finns det inga behandlingsriktlinjer för dessa. Därför blir en viktig del i arbetet att hantera olika sjukdoms- och symptomtillstånd både patientsäkert och på en rimlig samhällsekonomisk nivå.

Trots upprepade ansatser att bygga ut primärvården sedan etableringen av den första vårdcentralen i Dalby 1968 har primärvården alltsedan dess varit underdimensionerad och ofullständig utbyggd.

Primärvårdens utveckling illustreras schematiskt nedan. Tidsperioderna är ungefärliga.

Ensam doktor - konsultation på vårdcentral (1960- och 1970-tal)

Under slutet av 1960-talet och under 1970-talet var primärvårdsorganisationen i hög grad uppbyggd kring en ensam doktor som hade konsultationer och sin mottagning på vårdcentral. Allmänläkarens arbete var inriktat på konsultationer. Under förmiddagen förlades konsultationerna till vårdcentralen och på eftermiddagen gjordes hembesök. Sedan ett par årtionden är hembesök sällsynta. I en del länder på kontinenten är hembesök fortfarande en viktig del av verksamheten liksom att många allmänläkare arbetar i en ensampraktik.

Kollegial struktur (1980-tal)

Den professionella, doktorsstyrda primärvårdsorganisationen formades med förebild i en lasaretsorganisation där kollegiala värderingar och arbetssätt var förhärskande. Kollegialitet vidmakthölls via gemensamma utbildningstillfällen och frekventa träffar mellan kollegor innanför och utanför vårdorganisationen. En stor del av arbetet var fortfarande ensamt doktorsarbete med tyngdpunkt på konsultationer.

Flerprofessionella team (1990-tal)

I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet introducerades och spreds nya vårdformer benämnda vårdteam med flera yrken representerade (t.ex. sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och undersköterskor). Teamen betjänade geografiska områden eller avgränsades till bestämda sjukdomar (diabetes, högt blodtryck, hjärtsvikt och astma/KOL), ofta inom ramen för särskilda projekt. Under denna period decentraliserades verksamheten. Organisationsrelaterade mått som kontinuitet och tillgänglighet var särskilt betydelsefulla i primärvården. Initialt var kontinuitetsmått knutna till läkaraktiviteter (läkarkontinuitet, dvs att träffa samma doktor vid flera besök under en bestämd tidsperiod). När nya vårdformer och nya yrkesgrupper vann inträde kom det läkarrelaterade kontinuitetsmåttet i skymundan.

Nätverksstruktur (2000-tal)

Nätverksstruktur utgör en relativt ung organisationsform inom vården. Den omfattar flera aktörer och yrkesgrupper. Den enskilda patienten är en del av nätverket/teamet och har stort eget ansvar liksom aktörer utanför sjukvården. Patienten stimuleras att bli mer aktiv och delaktig. Diabetesverksamheten, exempelvis, har som mål att skapa ett normalt liv för patienten och att stimulera till patientens engagemang. Behandlingsresultatet är inte bara doktors eller sjuksköterskans ansvar, utan även patientens. Den nya IT-eran påskyndar nätverksstrukturens införande. Tillgänglighet till läkare och vård har i detta sammanhang kommit i fokus.

Många primärvårdsläkare arbetar fortfarande ”i ensamt doktorsarbete” och i mycket olika miljöer som glesbygd och storstad. Läkaren förväntas möta patienter som satts upp i tidboken – ofta av andra – och har som regel för lite tid till reflektion över vad man utfört. Tid för nätverk/teamarbete och hembesök är oftast inte avsatt.

2.3 Effektivitet i den medicinska problemlösningen

Ett flertal nationella åtgärder har vidtagits genom åren för att bygga ut primärvården, men utan större effekt.¹⁶ Orsakerna till att resultaten har uteblivit är många men bedöms i *Effektiv vård* vara att de styrmedel som staten prövat för att få till stånd en prioritering av primärvården har misslyckats.¹⁷ Både i *Effektiv vård* och *God och nära vård SOU 2017:53* föreslås nya angreppssätt; lagstiftning dels av styrande principer som innebär att vården ska ges nära befolkningen och i första hand som öppen vård, dels lagstiftning av primärvårdens uppdrag.

Under senare årtionden har organisationsstruktur och kunskapsutveckling inom sjukvården inte alltid följts åt, vilket kan orsaka effektivitetsproblem med resursförluster och med låg medicinsk kvalitet som följd. Detta har ibland lett till felaktigt omhändertagande av patienterna samt medfört sämre kontinuitet och tillgänglighet.

I den medicinska problemlösningen och kontakterna mellan sjukhusspecialister och allmänmedicinska specialister har utvecklats en remisskultur i bägge riktningar. Istället för att exempelvis ge patienten ett återbesök på sjukhuset skriver sjukhusspecialisten inom de flesta medicinska områden remisser till primärvårdsläkaren för fortsatt uppföljning. Det skickas inte bara remisser från sjukhus till primärvården utan även åt motsatt håll. Antalet remisser har ökat från allmänläkare till de numera mycket specialiserade sjukhusspecialisterna. Inte sällan utgör enstaka diagnoser en egen specialitet.

Samtidigt som organspecialiteterna har blivit smalare med ansvar för enskilda diagnoser har patienterna i primärvården flera kroniska diagnoser benämnt multisjuka; patienter som primärvårdsläkaren förväntas ta hand om och vara specialist på. Allmänmedicinare är specialist på personer och deras lokala förhållanden. Totalt sett har läkarbesöken ökat i antal utanför sjukhus.

IT-konsultationer via internet är en ny företeelse. IT-konsultationer har påbörjats utan systematisk bedömning av hur det påverkar prioriteringar, patientsäkerhet, driftsäkerhet, kvalitet eller kostnader - krav som brukar ställas t.ex. vid "ordnat införande" och granskning av nya läkemedel och andra nya medicintekniska metoder.

3. SLS ARBETSGRUPPS ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

3.1 Utgångspunkt för våra förslag

De utmaningar som följer av den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning med stora behov av kontinuitet och samordning, och den medicinskt teknologiska utvecklingen med nya behandlingsmöjligheter, kräver nya organisationsformer inom hälso- och sjukvården. En stor del av sjukvården kommer i framtiden sannolikt att bedrivas i hemmet vilket medför krav på samverkan. Samtidigt finns det önskemål om att den friska befolkningens tillfälliga behov kan tillgodoses med god tillgänglighet. Den tekniska och digitala utvecklingen driver på förändringar som påverkar både patient- och läkarrollen. Patienterna söker allt mer information själva och har större förväntningar på valfrihet, inflytande och delaktighet i sin behandling. En väl utbyggd primärvård i första linjen, med allmänmedicin som bas, har förutsättningar för att kunna erbjuda kontinuitet och kunna följa vårdförlopp över tid.

Primärvården och dess läkare med specialistkompetens i allmänmedicin blir huvudaktörer i samverkan med sjukhusspecialister, andra vårdyrken och kommunala insatser för att kunna möta patienternas behov. Detta kräver förändring och omfördelning av vårt traditionellt sjukhustunga svenska hälso- och sjukvårdssystem. En välfungerande primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik vård.¹⁸ Därtill behövs effektiva arbets- och samverkansformer, där teamet allmänläkare-distriktssköterska utgör en viktig funktion, och rimliga prioriteringar.

För att i en omstrukturering säkra kompetensförsörjningen och samverkan behöver antalet ST-läkare i allmänmedicin öka och generalistperspektivet bör på lämpligt sätt förmedlas under läkares utbildning och vidareutbildning. Eftersom det stora flertalet av patienterna i framtidens vård kommer att finnas i den nära vården, kommer även forsknings- och utbildningsinsatser förutom klinisk verksamhet att behöva följa med ut från sjukhusen till primärvården och den nära vården. En omstrukturering kräver att förutsättningarna för utbildning och forskning beaktas, inte enbart i primärvården utan för att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen av hela hälso- och sjukvården.

Med detta perspektiv blir uppgiften att besvara frågeställningen: Vad krävs av en hälso- och sjukvårdsorganisation med primärvården och den nära vården som bas för att skapa en professionell, kunskapsbaserad vård med personligt ansvarstagande och delaktighet?

3.2 Nationell styrning

SLS arbetsgrupp anser att:

- En nationell styrning på övergripande nivå ska ange att vården ska ges nära befolkningen i ett statligt primärvårdsuppdrag som har sin utgångspunkt i den allmänmedicinska läkarspecialiteten och som sker i samverkan med andra yrkeskategorier inom primärvården. Andra viktiga delar där det behövs mer nationell styrning är långsiktig planering av kompetensförsörjningen och IT.

Det krävs en nationell styrning för att primärvården ska prioriteras i resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdssystemet och kunna bli basen i hälso- och sjukvården. Det kommunala självstyret innebär att landstingen har stort utrymme att själva utforma hälso- och sjukvården. Det har medfört stora regionala och lokala skillnader i utbyggnaden av primärvården. Primärvårdens organisation och styrning har också visat på betydande geografiska skillnader mellan olika primärvårdssystem i Sverige. Det gäller uppdrag, ersättningssystem, kostnadsansvar, remisskrav m.m.¹⁹ När vårdvalssystemen konstruerats har målsättningar och prioriteringar varierat, liksom förutsättningar och traditioner när det gäller

primärvårdens organisation.²⁰ En ökad enhetlighet över landet kring primärvårdens grunduppdrag, mål och resurser skulle stärka förutsättningarna till en mer jämlik vård.

Trots alla satsningar och ambitioner att bygga ut primärvården har primärvårdens andel av de totala sjukvårdsresurserna inte ökat. Den statliga styrningen behöver därför bli tydligare, men avgränsas till vissa frågor. En nationell styrning på övergripande nivå bör ange att vården ska ges nära befolkningen i ett statligt formulerat uppdrag med lokala anpassningar och som har sin utgångspunkt i den allmänmedicinska läkarspecialiteten i samverkan med andra yrkeskategorier inom primärvården. Andra delar som bör omfattas av en nationell styrning är långsiktig planering av kompetensförsörjning och IT. När det gäller primärvårdens uppdrag bör staten använda lagstiftning. Staten bör stödja och driva fram en utveckling så att landstingen gemensamt löser vissa angelägna frågor, i nära samverkan med vårdens professioner.

3.3 Generalistperspektiv, utbildning och kompetensförsörjning

SLS arbetsgrupp anser att:

- Generalistperspektivet inom primärvården bör i större omfattning kunna förmedlas i grundutbildningen och i lämpliga delar av specialistutbildningen för läkare i syfte att stärka samverkan inom hälso- och sjukvården.
- Det är angeläget att en nationell styrning av läkarutbildningen kan garantera fortsatt god kvalitet. Handledarutbildning för grundutbildningen bör erbjudas vårdpersonal inom primärvård.
- Den fortbildningsmodell som SLS tagit fram och som under en tid prövats i samverkan med SFAM bör implementeras i hela primärvården.
- Landstingen behöver ta ett gemensamt ansvar för specialiseringstjänstgöringen, i samverkan med staten. Antalet ST i allmänmedicin bör öka kraftigt. Sidotjänstgöring på vårdcentral för ST i specialiteter nära allmänmedicin och goda förutsättningar och villkor för att dubbelspecialisera sig är bra rekryteringsgrunder.
- Det behövs en omfördelning mellan specialiteter för att tillgodose ett framtida ökat behov av generalistkompetens.

Grundutbildning och vidareutbildning

Generalistperspektivet inom primärvården bör i större omfattning kunna förmedlas i grundutbildningen och i lämpliga delar av specialistutbildningen för läkare (men även andra yrkesgrupper) i syfte att stärka samverkan inom hälso- och sjukvården och för att vi ska klara de demografiska utmaningarna. De förslag som under 2018 arbetas fram för ett mer sammanhållet system för läkares lärande, med ny sexårig läkarutbildning och bastjänstgöring (BT) som inledning på ST, talar för att mer av den kliniska tjänstgöringen för läkare under utbildning i framtiden kommer att förläggas inom primärvården.

Det finns goda förutsättningar för att primärvården i större utsträckning ska kunna användas i läkares grundutbildning, AT och ST, men det kommer att kräva omfattande investeringar i inte minst handledarresurser. Primärvårdsenheter som vårdcentraler (hälsocentraler) eller motsvarande erbjuder omfattande verksamhetsintegrerad utbildning för läkarstuderande och andra yrkeskategorier i anslutning till universitetsregionerna. Dessa utbildningstillfällen är mycket uppskattade i hela landet inte minst av läkarstuderande under de sista terminerna. I takt med att bland annat antalet studenter på läkarprogrammet ökat kraftigt under senare år har denna utbildning blivit ansträngd. Det är brist på fungerande vårdcentraler – till följd av bemanningsproblem – och utbildade handledare till följd av det ökade intaget på läkarutbildningen. Det är angeläget att en nationell styrning av läkarutbildningen kan garantera fortsatt god kvalitet.

Det behövs ett pedagogiskt utvecklingsarbete för att möta det ökade behovet av handledning av medicine kandidater vid verksamhetsförlagd utbildning, samt AT-läkare och ST-läkare liksom läkare med utbildning från andra länder på väg till svensk legitimation. Utbildningsvårdcentraler – med särskild satsning på utbildning av ett större antal ST-läkare finns redan och bör spridas och vidareutvecklas

Fortbildning

Situationen inom primärvården gör det svårt för läkare att delta i aktiviteter för kompetensutveckling. Den fortbildningsenkät som Sveriges läkarförbund regelbundet genomfört sedan 2004 har visat att specialister i allmänmedicin i liten utsträckning tillägnar sig intern och extern fortbildning.²¹ Arbetsgruppen anser därför att den fortbildningsmodell som SLS tagits fram och som under en tid prövats i samverkan med SFAM bör implementeras i hela primärvården.

Fortbildningsmodellen²² innebär att den enskilde läkarens kompetensbehov ska utgå från en (med arbetsgivaren) årligen överenskommen fortbildningsplan, där överenskomna aktiviteter och resultat dokumenteras. Den enskilda läkaren dokumenterar i en portfolio sina fortbildningsaktiviteter och uppnådda mål. Ett annat moment i modellen är att varje sektion ska ta ställning till vilka aktiviteter och vilken viktning de bör ha för den aktuella specialiteten, samt vilken nivå som anses motsvara kraven på kontinuerlig kompetensutveckling. Ett tredje är att sektionerna i samverkan med SLS på sikt ska skapa en organisation för granskning av fortbildningsportföljer vid överenskomna tidpunkter.

Kompetensförsörjning

Den långsiktiga kompetensförsörjningen utifrån prognostiserade behov är en utmaning som landstingen hittills haft svårt att vara för sig klara av. Staten behöver ge landstingen en översikt och bistå med planeringsunderlag och prognoser samt tillsammans med landstingen ta ansvar för specialiseringstjänstgöringen.

Det krävs en kraftig ökning av antalet ST i allmänmedicin, dels för att klara en omställning till en utbyggd primärvård, dels för att täcka pensionsavgångarna. Dessutom behövs en omfördelning mellan specialiteter för att tillgodose ett framtida ökat behov av generalistkompetens. Sidotjänstgöring på vårdcentral för ST i sjukhusspecialiteter som ligger nära allmänmedicin underlättar för bilateralt samarbete och skulle kunna vara en rekryteringsgrund, och uppmuntran till dubbelspecialisering. Goda förutsättningar och villkor för andra specialister att dubbelspecialisera sig, liksom möjlighet för andra specialiteter att arbeta i primärvården, är ytterligare rekryteringsgrunder.

3.4 Forskning

SLS arbetsgrupp anser att:

- Statliga medel för forskning som är särskilt märkta för primärvård/allmänmedicin bör avsättas under en uppbyggnadsperiod.
- Skapandet av akademiska vårdcentraler inom ramen för universitetssjukvårdsenheternas ansvarsområden i primärvård/allmänmedicin ska uppmuntras.

Forskning inom allmänmedicin i primärvården har ökat under de senaste 25 åren, men primärvårdens forskningsvolym är betydligt mindre jämfört med andra medicinska områden. Trots att en stor del av vardagssjukvården utförs i primärvården utgör den kliniska forskningen i primärvården endast en procent av all medicinsk forskning i Sverige.²³ Forskning ska utgöra en stabil grund i primärvården och det är angeläget att forskningsfälten inom allmänmedicin/primärvård ges bättre förutsättning att utvecklas.

Ett sätt att stimulera forskningsaktiviteter är att öka den relativa och absoluta andelen statliga medel för forskning till primärvård och allmänmedicin. I genomsnitt uppgår andelen ALF-medel inom

allmänmedicin mellan 1 och 2 % av totala forsknings-ALF. Finansiella medel för forskning som är särskilt märkta för primärvård och allmänmedicin bör stimuleras och kopplas till de allmänmedicinska universitetssjukvårdsenheterna.

Ett lyckat exempel på stimulans av primärvårdsforskning är den nationella forskarskolan i allmänmedicin. Den har upplevts som ett mycket värdefullt bidrag till möjligheter att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk.

Ett annat sätt att stimulera forskning och utbildningsverksamhet inom primärvård är att uppmuntra skapandet av akademiska vårdcentraler inom primärvård och allmänmedicin vilket skett inom ramen för några av de allmänmedicinska universitetssjukvårdsenheterna i landet. En stabil organisation för forskning och utveckling i primärvården leder till en långsiktigt god utveckling av primärvårdens innehåll.

3.5 Primärvårdens uppdrag och samverkan

SLS arbetsgrupp anser att:

- Uppdraget bör utgå ifrån och avspegla befolkningens behov och formuleras övergripande i lag.
- Läkarkontinuitet och tillgänglighet kräver ett listningstak för antal listade per läkare. Detta bör sättas som allra högst till 1 500 invånare. Beroende på vårdtyngd och patienternas socioekonomi samt ett utökat uppdrag för primärvården behöver siffran vara lägre.
- Områdesansvar för befolkningens hälsa bör övervägas.
- Det krävs ökade samverkansinsatser och koordination bland annat vid vårdplanering mellan olika medicinska specialiteter och koordination av insatser mellan kommunal hälso- och sjukvård, sjukhusvård och primärvård.

Primärvårdens uppdrag bör utgå ifrån befolkningens behov och formuleras övergripande i lag. Uppdraget kan i dag, som tidigare nämnts, se olika ut även om det enligt en kartläggning av Socialstyrelsen finns en gemensam kärna som ingår i grunduppdraget för primärvården i samtliga landsting.²⁴ Det bör lämnas frihet för lokala anpassningar och tilläggsuppdrag utifrån olika behov och förutsättningar.

Den nära vården bör vara lätt tillgänglig under dygnets alla timmar och utgöra befolkningens första kontakt med vården och i detta arbete ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering. Vidare bör primärvården koordinera den vård som erbjuds patienten med hänsyn till dennes samlade förutsättningar. Dygnet runt-tillgänglighet kan ses som ett mål, men kommer inte att vara möjligt förrän på sikt, och kan initialt inte lagstiftas. Målet kommer att nås i takt med ökade resurser. I ett läge då vården riskerar att bli allt mer efterfrågestyrd, och svagare grupper kan ha svårare att göra sin röst hörd, är det viktigt att läkaretiken och prioriteringsprinciperna inom hälso- och sjukvården upprätthålls. Därför är vårdgarantin inte något som arbetsgruppen stödjer. Vårdgarantin är konstruerad så att det är tid, inte medicinska behov, som används som prioriteringsmekanism. Det kan innebära att svårare sjuka patienter riskerar att trängas undan av den friskare befolkningens efterfrågan på snabb tillgänglighet till vård.

För att kunna leva upp till krav på god läkarkontinuitet och en rimlig arbetsmiljö anser SLS arbetsgrupp att allmänläkaren med en personlig kännedom om patienten bör ha en högsta nivå för antalet listade. Taket bör sättas till allra högst 1 500 listade beroende på vårdbehov och socioekonomiska faktorer hos de listade patienterna samt andra förekommande arbetsuppgifter. Under en övergångsperiod behöver man organisera arbetet för att garantera så god kontinuitet som möjligt för de patienter som inte omedelbart kan lista sig på en fast anställd allmänläkare. Målet ska dock vara att samtliga invånare får

möjlighet att lista sig hos en läkare.²⁵ Utredning av en sådan övergångslösning, tills tillräckligt antal allmänläkare rekryterats, behöver genomföras inom ramen för den pågående statliga utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*.

Samverkan mellan medicinska sjukhusspecialiteter och allmänmedicinska specialister är ett betydelsefullt sätt att påverka vårdkvalitet och att effektivisera resursanvändning. Det är angeläget att se över remisshanteringen och kostnadsansvaret vid medicinska utredningar och behandlingar. Detta har bland annat skett genom verksamheten med allmänläkarkonsulter, men andra former för samverkan mellan sjukhusspecialister och vårdcentralläkare bör skapas. Ett mycket viktigt samverkansområde är gränssnittet och koordinationen av insatser mellan kommun, sjukhusakutmottagningar och primärvård.

Man bör studera och överväga alternativa modeller till dagens vårdplatser där Borgholm-modellen med sjukhusplatser i hemmet kan vara en tänkbar möjlighet att ge mer avancerad vård i hemmet och undvika besök på sjukhuset.²⁶ Detta kräver sannolikt ökad närvaro i den nära vården av hembesöksbilar som kan behandla patienterna i hemmet oavsett tidpunkt på dygnet. Dessa bilar bör lämpligen bemannas av allmänläkare eller akutläkare. Större möjlighet till snabb kontakt med personal från kommun och primärvård på akutmottagningarna kan underlätta identifiering av patienter som kan ha nytta av sjukvård i hemmet och läkare med personlig kännedom om patienter.

Ett områdesansvar för befolkningens hälsa som fungerar ihop med nuvarande vårdvalssystem bör övervägas. Det skulle innebära ansvar för att ha kunskap om befolkningens hälsa inom ett geografiskt område för att möjliggöra behovsanalys för att identifiera dolda vårdbehov samt för att ge stöd till förebyggande och hälsofrämjande insatser i samarbete med andra aktörer i lokalsamhället, särskilt kommuner och civilsamhälle. Detta samarbete bör ha nära koppling till ordinarie beslutsprocesser och kan utvecklas inom ramen för det strategiska folkhälsoarbetet i kommunerna. Ansvaret bör ges som uppdrag till medarbetare inom primärvården med företrädesvis socialmedicinsk kompetens.²⁷

Arbetet med sjukskrivningsärenden bör ses över. Läkare upplever arbetet med sjukskrivning som problematiskt enligt en enkät till ca 34 000 läkare i Sverige om deras arbete med sjukskrivningsärenden år 2017 (enkäten genomfördes även 2012, 2008 och mer begränsat år 2004). Det finns skillnader mellan olika kliniska verksamheter, men störst andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska finns bland läkare på vårdcentraler.²⁸ SLS arbetsgrupp anser att det finns anledning att se över sjukskrivningsuppdraget, bland annat vad som är rimligt att läkare ska intyga, om det bör variera med sjukskrivningens längd och vilken roll företagshälsovården ska ha. Regeringen har i april 2018 utsett en nationell samordnare för att med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Inom detta uppdrag måste läkarens roll i sjukskrivningsprocessen ses över liksom specialisttillhörighet.²⁹

3.6 Resursomställning

SLS arbetsgrupp anser att:

- Det krävs en tydlig strategi på både kort och lång sikt för hur en omställning från en traditionellt sjukhustung vård till en utbyggd primärvård och nära vård ska gå till som alla inblandade parter kan ställa sig bakom.
- Ett nationellt definierat primärvårdsuppdrag måste åtföljas av tillräckliga resurser. Resurserna när det gäller läkardelen måste minst motsvara en läkartäthet på högst 1 500 invånare per specialistläkare i primärvården. Ett utökat uppdrag kommer att innebära att antalet invånare per läkare behöver sänkas ytterligare samt en ökad andel av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna tillförs primärvården.
- Under en övergångsperiod där hälso- och sjukvården ställs om till vård närmare befolkningen kan extra resurser behöva tillskjutas primärvården.
- Landstingen bör ta ett gemensamt ansvar för kompetens och resursöverföring. Resursfördelningen ska regelbundet följas upp.

Primärvårdens andel av resurserna har inte ökat under 2000-talet trots många års ambitioner på nationell nivå att göra primärvården till basen i svensk sjukvård. Primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna ligger runt 17 procent. Antalet allmänläkare och resurserna har ökat i absoluta tal, men motsvarande ökning har även skett inom övrig specialiserad vård.^{30 31 32} Jämfört med många andra länder har Sverige en hög läkartäthet, men andelen allmänmedicinska specialister av totala antalet läkare är lägre liksom antal allmänmedicinska specialister per invånare jämfört med till exempel Danmark, Finland och Norge.³³

Ett nationellt, i lag definierat, uppdrag måste resurssättas så att uppdraget kan fullföljas. Ett uppdrag utifrån befolkningens behov kommer att innebära stora krav på samordning, kontinuitet, hemsjukvård, team och samverkan över huvudmannagränser och vårdnivåer samtidigt som den friska delen av befolkningens enklare behov och förväntningar på tillgänglighet måste kunna tillgodoses. En omställning från en traditionellt sjukhustung vård till en utbyggd primärvård kräver att landstingen omfördelar resurserna. Det krävs en tydlig strategi för omställningen som alla inblandade parter kan ställa sig bakom. Det handlar bland annat om en kompetensöverföring som måste ske successivt och utifrån regionala och lokala förutsättningar. Mot bakgrund av den brist som råder på specialister i allmänmedicin, kommer det att krävas betydande resurstillskott. På längre sikt krävs en höjning av allmänmedicinens anseende och inflytande, vilket till exempel kan ske genom ökade utbildnings- och forskningsinsatser och ett ökat antal allmänmedicinska specialister.

Det har länge funnits ett mål om en läkartäthet på i genomsnitt 1 500 invånare per specialistläkare i primärvården. Målet uttalades även av riksdagen i samband med beslutet om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Enligt en undersökning från Sveriges läkarförbund år 2012 innebar målet att primärvården behövde förstärka sin läkarbemanning med 1 400 heltidsarbetande specialistläkare, det vill säga 30 %.³⁴ Hösten 2012 fanns det 4 784 heltidsarbetande specialistläkare i primärvården (varav 4 539 var specialister i allmänmedicin, övriga var geriatrik, barnmedicin, gynekologi, annan), vilket innebar ett genomsnitt på 1 942 personer listade per specialistläkare.³⁵ Med ett utökat uppdrag, i takt med att antalet multisjuka äldre med stora vårdbehov ökar, kommer antalet invånare per läkare att behöva sänkas ytterligare.

I takt med att den nära vården med allmänmedicin som bas byggs ut och överföring av resurser kommer att ske, bör målet vara att öka primärvårdens och den nära vårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna. Detta ska regelbundet följas upp.

3.7 Styrning och kvalitetsuppföljning

SLS arbetsgrupp anser att:

- Styrningen av vårdgivare i primärvården ska vara övergripande och bygga på tillit och professionellt ansvar.
- Ekonomiska ersättningssystemen bör vara generella och stödja medicinska prioriteringar, kontinuitet och tillgänglighet samt ge utrymme för kompetensutveckling, handledning och forskning.
- Ersättningssystemen bör knytas till vårdenheten och bygga på en dominerande andel kapitering, baserad på sjukdomsbörda och socioekonomi, och mindre andel rörlig ersättning.
- Den huvudsakliga uppföljningen bör ske genom professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision.

Styrningen av vårdgivare i primärvården ska vara övergripande och bygga på tillit³⁶ och professionellt ansvar. Det gäller både utformningen av uppdraget i regeldokument – regelböcker, upphandlingsunderlag eller uppdragsbeskrivningar – och ekonomiska ersättningssystemen. I princip räcker det med att regeldokumentet innehåller generella mål och ramar.

De ekonomiska ersättningssystemen bör enligt SLS arbetsgrupp vara generella och stödja medicinska prioriteringar, kontinuitet och tillgänglighet samt ge utrymme för kompetensutveckling, handledning och forskning. Ersättningssystemen ska vara tydliga och enkla att administrera med så få redovisningskrav som möjligt. Det är angeläget att ersättningssystemet speglar befolkningens vårdbehov samt socioekonomiska förutsättningar och premierar hälsobefrämjande vårdinsatser.

SLS arbetsgrupp anser emellertid att själva ersättningen bör knytas till vårdenheten och inte till de enskilda yrkesutövare som bedriver vården. Ett direkt skäl till detta är listningstaket och det faktum att inte alla invånare kommer att kunna lista sig på läkare inom rimlig tid. Ersättning till vårdenheten gör det också enklare att fördela arbetet mellan medarbetare på ett kostnadseffektivt sätt och stärker ett gemensamt ansvar för verksamheten. Omställningen av primärvården behöver kommuniceras tydligt, bland annat möjligheten att kunna lista sig på en fast allmänläkare.

Kapiteringen ska baseras på läkaruppdraget och ge full kostnadstäckning för detta. Om en allmänläkare på heltid ansvarar för t. ex. 1 500 invånare ska uppdraget också nå kostnadstäckning vid 1 500 invånare. Motsvarande resonemang gäller om läkaren ska ansvara för 1 000 invånare med en större vårdtyngd. Det kommer därför att krävas en betydande resursförstärkning för att sänka antalet listade invånare per läkare. Utöver läkaruppdraget kan kapiteringen omfatta beräknad kostnad för läkemedel, medicinsk service, fysioterapi, MVC, BVC med mera beroende på hur stort primärvårdsuppdrag vårdgivaren ska ha. Antalet listade personer per allmänläkare kan bli lägre beroende på hur uppdraget utformas. Ersättningssystemet ska vara utformat så att det ger full kostnadstäckning för tilläggsuppdrag som exempelvis forskning och undervisning.

Andra grundläggande komponenter i styrningen av primärvården är att regler och ersättningssystem i vårdvalet – ”spelreglerna” – är robusta och likartade i hela landet. De som väljer att börja arbeta eller etablera sig i primärvården ska kunna lita på att systemet är långsiktigt hållbart. Att det råder reell konkurrensneutralitet mellan privata och offentliga vårdgivare är också viktigt för att primärvården ska fungera långsiktigt.

Fördelen med det fria valet av vårdgivare i vårdvalet är att det kan stärka patienten som aktör i vården. En negativ konsekvens är att det skapar fokus på en tillgänglighet som inte alltid motsvaras av de medicinska behoven. Vårdenheter kan tvingas prioritera god tillgänglighet för tillfälliga och enkla besvär framför andra medicinskt mer motiverade insatser för att inte tappa listade invånare till konkurrenterna. Därmed blir primärvården i varierande grad mer efterfrågestyrd än behovsstyrd, vilket strider mot prioriteringsriktlinjer³⁷ och kan leda till etiska konflikter. SLS arbetsgrupp anser att friheten att välja vårdgivare är något som bör värnas men att det är rimligt att det finns någon form av tröghetsmekanism för att underlätta kontinuitet. Ett alternativ kan vara att byte av vårdcentral beläggs med en relativt låg avgift för vuxna invånare. Andra alternativ är att antalet byten av vårdcentral per år begränsas eller att byten sker med viss tidsmässig fördröjning. Sådana regler skulle kunna underlätta långsiktig kontinuitet utan att inskränka valfriheten.

Den externa kvalitetsgranskning som i dag görs med resultatredovisningar och dokumentering har svårt att värdera komplexiteten i den professionella verksamheten. Ofta används mätbara men irrelevanta kvalitetsmått som riktar uppmärksamheten fel och påverkar prioriteringar i verksamheten. SLS arbetsgrupp föreslår att den huvudsakliga uppföljningen inom primärvården bör ske genom en modell för professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision där läkare med flera regelbundet granskar vårdgivare runt om i landet.³⁸ Revisionen ska vara så vederhäftig att utomstående kan vara helt säkra på vilken kvalitet verksamheten håller. Den ska vara transparent och involvera ett stort mått av patient-, anhörig- och medborgarinflytande.

Syftet med revision är att stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar. Vid en kvalitetsrevision ska positiva delar lyftas fram och förbättringsområden identifieras – men det är också ett tillfälle för spridning av goda idéer. Granskningarna bör uppmärksamma verksamhetens följsamhet till gällande prioriteringsordning, evidens, fortbildning och andra normerande faktorer samt resultat i kvalitetsregister. Men det är även viktigt att granskningarna belyser om det finns rimlig balans mellan befogenheter och ansvar. Ett negativt utfall när det gäller kvaliteten kan ju bero på ogynnsamma förutsättningar. Därför bör även stödfunktioner och administrativ styrning tas med i en revision.

3.8 IT-system

SLS arbetsgrupp anser att:

- Införandet av informationsteknologi ska ske ordnat och med hänsyn till gällande prioriteringsprinciper.
- Journalsystemen måste moderniseras och göras enhetliga för att öka effektiviteten och patientsäkerheten.

Modern informationsteknologi kan fungera som ett komplement till övriga kontaktvägar inom hälso- och sjukvården. Detta kan bespara tid för både patienter och vårdpersonal. Valfungerande digitala kommunikationsvägar finns idag på flera vårdenheter i landet. När teknik som nya digitala kontaktvägar i patientkontakterna införs behöver det ske under ordnade former, liksom när behandling med nya läkemedel införs. De ska utvärderas systematiskt vad det gäller prioriteringar, patientsäkerheten, driftsäkerhet, kvalitet, effekter och kostnader. Digital vård har sannolikt störst värde där det redan finns en etablerad kontakt mellan patienten och vårdgivaren, medan tjänster separata från ordinarie vård och hos okänd läkare är olämpliga. Internationell forskning^{39 40} tyder på att digital vård kan skapa fler fysiska läkarbesök i efterförloppet inom den ordinarie vården. En ökad sjukvårdskonsumtion för relativt friska patienter riskerar att ge undanträngningseffekter för multisjuka patienter med komplexa vårdbehov. Det krävs ett samspel mellan framväxande teknologi som utförs av patienten t.ex. egenmätningar och den professionella tekniken för att rätt tillvarata de nya möjligheterna.

Digitala system som alternativ till direkt läkarkonsultation kräver anpassning av teknik och säkerhet för att vara hållbara.⁴¹ Digital teknik fordrar en investeringskostnad i form av teknisk utrustning för vårdenheten och en kostnadseffektiv avvägning måste göras i vilka fall det är bäst att hålla fast vid nuvarande kontaktvägar och i vilka fall man bör satsa på digital kontakt med patienterna. Det saknas vetenskaplig evidens för att bedriva diagnostik via digitala vårdkontakter och för om det nya arbetssättet är bättre eller sämre för sjukvårdsekonomin.⁴²

Journalsystemen behöver moderniseras och enhetliggöras för att öka effektiviteten och patientsäkerheten. Olika journalsystem kommunicerar ofta dåligt mellan olika vårdgivare. Sverige bör därför sträva efter ett ordnat införande av journalsystem liksom att en nationell läkemedelslista och generisk förskrivning bör införas för att skapa en säkrare läkemedelsförskrivning. Vårdpersonal behöver aktivt delta i utvecklingen av journalsystem tidigt under utvecklings- och upphandlingsstadiet.

3.9 Organisatoriska studier i befolkningar med olika vårdbehov. Konsekvensanalys och spridning av erfarenheter i nätverk

SLS arbetsgrupp anser att:

- Organisatoriska studier, finansierade med statliga medel, av primärvårdsenheter som arbetar i olika miljöer och med befolkningar som har skilda vårdbehov bör genomföras. Studierna ska analysera om vad som krävs i nära vård avseende organisation, resursbehov och behandlingseffekter, remissflöden mellan medicinska specialiteter, sjukhus och kommunala enheter.

Ett sätt att komma igång med att stärka primärvården är att i organisatoriska studier analysera primärvårdsverksamhet och nära vård för att ge underlag till behov och samarbetsstrukturer i den framtida första linjens vård.

Detta skulle kunna åstadkommas genom kliniska/organisatoriska studier där statliga finansiella medel tillskjuts för att driva och studera vårdcentraler/hälsocentraler som arbetar med goda förutsättningar (väl bemannade och med adekvata yrkesgrupper samt med digitala stöd och övrig utrustning, inklusive utbildnings- och forskningsaktiviteter) och vilka verkar i olika befolkningsmiljöer, som speglar olika vårdbehov. Befolkningsmiljöer kan gälla förhållanden i storstad, mellanstor stad, glesbygd med landsortsbefolkning exempelvis. Olika forsknings- och uppföljningsfrågor studeras. Detta kan gälla analys av relationerna mellan medicinska specialiteter, exempelvis remissflöden mellan öppenvård och sjukhusvård, inläggningar på sjukhus samt kommunala insatser. Studierna bör inkludera etiska frågeställningar, undanträngningseffekter, prioriteringar och kostnadseffekter. Andra forskningsfrågor är beskrivningen av arbetsuppgifter, inklusive hanteringen av sjukskrivningsärenden samt effekter på folkhälsan. Erfarenheterna rapporteras vetenskapligt och på annat sätt gentemot övriga samhället.

Studierna bör utföras av allmänmedicinsk forskarkompetens tillsammans företrädare för beteendevetenskap och samhällsvetenskap. Lämplig forskarkompetens finns inom universitetssjukvårdsvårdsenheterna i de olika sjukvårdsregionerna. Erfarenheterna från de organisatoriska studierna kan förmedlas i nätverk. Chefer och andra företrädare för "gröna öar", dvs. vårdcentraler med goda förutsättningar och som är välfungerande, erbjuds att ingå i nätverk. I nätverket kan utbytas erfarenheter om hur morgondagens primärvård skulle kunna fungera och vilka resurser som erfordras för att tillgodose morgondagens krav i primärvård och i den nära vården.

(efter beslut i SLS Nämnd 2016-12-13)

STÄRKA PRIMÄRVÅRDEN

DIREKTIV TILL ARBETSGRUPP

Bakgrund

Svenska läkaresällskapet (SLS) arbetsgrupp En Värdefull Vård (EVV) föreslog i rapporten "En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum" bland annat att alla invånare ska erbjudas fast läkarkontakt med specialistkompetens i allmänmedicin. Remissvaren gav stöd för detta förslag. På SLS fullmäktige 2016-05-09 bifölls en motion som yrkade på att SLS förverkligar ambitionen som uttryckts i EVV:s rapport. Ur motionen:

...Ett system med en fast allmänläkare för alla invånare kan bidra positivt till:

1. **Tilliten.** Genom att främja personligt ansvarstagande, tillgänglighet och kontinuerliga vårdrelationer
2. **Jämlik hälso- och sjukvård på lika villkor.** Genom att bidra till att minska skillnader i hälsa som följer socioekonomiska förhållanden, kulturella skillnader och språkliga barriärer.
3. **Patientsäkerheten.** Ett system med fast allmänläkare gör att patientens väg genom vårdens olika delar görs säkrare. För de patienter som behöver behandlas på sjukhus skulle också patientsäkerheten öka om sjukhusläkarna efter en vårdepisod kunde hänvisa till en namngiven primärvårdsläkare med personligt ansvar
4. **Demografiska utmaningarna.** Beredskap att möta behoven hos den allt större andelen äldre i befolkningen och det ökande antalet utlandsfödda.
5. **FOU.** Kontinuerlig och adekvat läkarbemanning i primärvården är en viktig förutsättning för framgångsrik forskning, utbildning och utveckling.
6. **Ekonomi.** Genom att möjliggöra effektivitet och skapa utrymme i den slutna vården...

...Vi föreslår att fullmäktige enas i att ge SLS nämnd i uppdrag att arbeta för att EVV:s förslag "Alla invånare erbjuds en fast läkarkontakt med specialistkompetens i allmänmedicin" blir verklighet genom att tillsätta en särskild arbetsgrupp/kommission för att utveckla och konkretisera förslaget med målsättning enligt punkterna 1–6 ovan. Gruppen bör söka lämpliga samverkansformer med Läkarförbundet och Svensk Sjuksköterskeförening samt övriga intressenter som gruppen finner lämpligt. Arbetet bör starta under 2016 med en första rapport inför fullmäktige 2017...

SLS Nämnd beslutade 2016-10-11 att utarbeta direktiv och tillsätta en arbetsgrupp i enlighet med fullmäktiges beslut. Samtidigt beslutade Nämnden att vidga uppdraget till att även beakta hur andra resurser kan komplettera allmänmedicinen i första linjen så att man klarar huvuduppdraget kring samordning och kontinuitet.

Uppdrag

Arbetsgruppen ska lämna förslag på hur första linjens sjukvård ska stärkas för att kunna spela en huvudroll i den framtida hälso-och sjukvården och nå målen i punkterna 1–6 i motionen ovan. Arbetsgruppen ska särskilt beakta allmänmedicinens roll och förutsättningar att ta ett huvudansvar inom första linjen. I uppdraget ingår även att beakta hur organspecialiteter och andra yrkesgrupper kan vara en resurs i första linjens sjukvård. De förslag som arbetsgruppen lämnar ska vara väl underbyggda och därigenom möjliga att förankra brett i läkarkåren.

Specifika frågeställningar som arbetsgruppen ska belysa:

1. Hur kan första linjens sjukvård tillgodose behovet av kontinuitet, samordning, säkerhet, trygghet och tillgänglighet för patienter med långvariga sjukdomstillstånd?
2. Hur kan behovet av snabb tillgänglighet för personer med tillfälliga (akuta) behov av hälso- och sjukvårdens resurser tillgodoses på ett resurseffektivt sätt?
3. Vilken plats och roll bör allmänmedicinen ha i första linjen?
4. Hur kan allmänmedicinen stärkas för att kunna ta ansvar i första linjens sjukvård?
 - Ansvarsområde och uppdrag
 - Gränssnitt hemsjukvård, omsorg, sjukhus m.m.
 - Remisstväg och 24-timmarsansvar
 - Andra yrkesgrupper
 - Roll och utrymme under grundutbildning och specialiseringsutbildning av läkare
 - Kompetensförsörjning
 - Kompetensutveckling
 - Forskning
5. Vilken plats och roll bör organspecialiteter ha i första linjen?
 - Även ta primärvårdsuppdrag?
 - Säkra utbildning och forskning
6. Vilken plats och roll bör akutmedicinen ha i första linjen?

Terminologi. Arbetsgruppen ska undersöka om det finns definitioner och vid behov klargöra begreppen för att skapa enighet om dem:

- Första linjens sjukvård
- Primärvård
- Öppen vård
- Allmänmedicinsk vård.

Sammansättning

Arbetsgruppen ska bestå av ordförande och ytterligare sex–sju ledamöter med särskilt god kompetens inom området, varav en ska ingå i SLS Nämnd.

Ordföranden tar fram förslag på vilka personer som ska ingå i arbetsgruppen. Gruppens sammansättning fastslås slutgiltigt av Nämnden.

Genomförande

Arbetsgruppen ska vid behov sammanträffa fysiskt men så långt det är möjligt kommunicera via telefonmöten, Skype och e-post. I sitt utredningsarbete ska gruppen inhämta kunskap från myndigheter, organisationer och aktuell forskning – men även beakta nationella och internationella exempel där man lyckats åstadkomma en fungerande första linje. Därtill ska gruppen beakta pågående arbete inom Regeringskansliet och utredningsväsendet och andra aktuella skeenden inom området. Gruppen kan också välja att göra/beställa egna studier kring frågeställningar i direktivet där det finns kunskapsluckor.

Arbetsgruppen bör samverka med SLS sektioner och kan med fördel knyta till sig en eller flera referensgrupper.

Särskild hearing angående tillgänglighet för den "friska" befolkningen

Det står även gruppen fritt att ordna seminarier, hearings eller workshops kring frågor inom ramen för direktivet. Arbetsgruppen bör dock vid ett tillfälle ordna öppen hearing om hur behovet av snabb tillgänglighet för personer med tillfälliga (akuta) behov av hälso- och sjukvårdens resurser kan tillgodoses på ett resurseffektivt sätt.

Rapportering av uppdraget

Arbetsgruppen ska kontinuerligt redovisa utredningens fortskridande för SLS Nämnd. En delrapport med preliminära och principiella ställningstagande ska redovisas i samband med fullmäktige i maj 2017.

Uppdraget ska slutredovisas till Nämnden senast den 15 december 2017.

Budget och kansliresurs

För att genomföra uppdraget får arbetsgruppen använda 100 000 tkr för 2017. Detta ska täcka kostnaden för resor, möten, seminarier/workshops och mindre utredningsarbeten m.m.

Kansliet bistår därutöver med en utredningssekreterare som stöd till arbetsgruppen. Sekreteraren ska planera gruppens möten, skriva minnesanteckningar, bidra med sakkunskap, analyser och utredningar samt författa delar av rapport och förslag.

-
- ¹ Svenska Läkaresällskapets idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård (2018)
- ² [Effektiv vård SOU 2016:2](#)
- ³ [Nästa steg på vägen mot en jämlik hälsa SOU 2017:47](#)
- ⁴ [En primär angelägenhet](#). Vårdanalys 2017, s. 154f.
- ⁵ International Health Policy Survey (IHP). De s.k. IHP-studierna genomförs årligen i elva länder under samordnande ledning av den amerikanska stiftelsen Commonwealth Fund. Den svenska delen av undersökningen genomförs av Vård- och omsorgsanalys på regeringens uppdrag.
- ⁶ [Läkartidningen. 2016;113:DUYY](#)
- ⁷ [Primärvårdens läkarbemannning](#). Sveriges läkarförbund 2012.
- ⁸ [En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum](#). Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp En Värdefull Vård. 2015
- ⁹ [Nationell primärvårdsreform](#). Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för allmänmedicin. 2017
- ¹⁰ [God och nära vård SOU 2017:53](#)
- ¹¹ [Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti \(prop. 2017/18:83\)](#)
- ¹² Första linjens vård Likheter och skillnader i kontaktmönster mellan olika grupper. Vårdanalys. 2017
- ¹³ Arbetsgruppens direktiv från SLS Nämnd 2016-12-13
- ¹⁴ Borgquist L, André M. Utveckling av medicinsk kunskap styr organisation av sjukvård. [Läkartidningen. 2016;113:D43E](#)
- ¹⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) Kompletterande rekommendationer från Svensk Förening för allmänmedicin (SFAM) utarbetade enligt uppdrag från Socialstyrelsen, ursprungligen antagna av SFAM:s styrelse 2008-11-07, mindre ändringar införda 2010 samt 2012. Socialstyrelsens nya målbeskrivningar från år 2015 är något omarbetade.
- ¹⁶ För en sammanställning av reformer allt sedan 1600-talet se Effektiv vård SOU 2016:2 [bilaga 4](#).
- ¹⁷ [Effektiv vård SOU 2016:2](#) s. 362
- ¹⁸ A. Anell: Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. 2015 (bilaga 3 [Effektiv vård SOU 2016:2](#)).¹⁹ [En primär angelägenhet](#). Vårdanalys 2017, s. 175f.
- ²⁰ [Vårdval i primärvården](#). Sveriges kommuner och landsting 2012
- ²¹ [Fortbildningsenkät 2016 Fortbildning hos Sveriges läkarförbunds medlemmar](#)
- ²² [Läkares fortbildning - en del av det yrkeslivslånga lärandet](#). Svenska läkaresällskapet. 2015
- ²³ [Läkartidningen. 2018;115:EZDL](#)
- ²⁴ [Primärvårdens uppdrag](#). Socialstyrelsen 2016, s.16ff.
- ²⁵ Hjortdahl, P. Personlig kontinuitet; - Det handler om kunnskap, tillit og koordinering! Institutt for helse og samfunn UiO. 2015
- ²⁶ [Läkartidningen. 2018;115:EX47](#)
- ²⁷ [Nästa steg på väg mot en jämlik hälsa \(SOU 2017:47\)](#) och Kristenson M, Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa
- ²⁸ [Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017 Rapport 1, 2017.](#)
Se även tidigare enkät rapport: [Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning: resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004.](#)
- ²⁹ [Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess Dir. 2018:27](#)
- ³⁰ [Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval](#). Sveriges läkarförbund. 2014.
- ³¹ Anell, A. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt (bilaga till [Effektiv vård SOU 2016:2](#))
- ³² [En primär angelägenhet](#). Vårdanalys. 2017
- ³³ Se jämförelser mellan länder i Anell, A. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt (bilaga till SOU 2016:2) s. 9 och En primär angelägenhet. Vårdanalys. 2017 s. 155.
- ³⁴ [Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval](#). Sveriges läkarförbund 2014.
- ³⁵ Enligt Socialstyrelsen fanns det 6 195 specialister i allmänmedicin år 2013. [Nationella planeringsstödet 2016](#).
- ³⁶ Styra och leda med tillit Forskning och praktik [Forskningsantologi från Tillitsdelegationen \(SOU 2018:38\)](#)
- ³⁷ Regeringens proposition 1996/97:60 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- ³⁸ Lindström, K. Methods for quality development of the primary health care structure. Avhandling. Linköpings universitet 2002.
- ³⁹ Bavafa, Hessam, Hitt, Lorin M., Terwiesch, Christian, The Impact of E-Visits on Visit Frequencies and Patient Health: Evidence from Primary Care (July 28, 2017).
- ⁴⁰ Atherton, Helen and Ziebland, Sue (2016) What do we need to consider when planning, implementing and researching the use of alternatives to face-to-face consultations in primary healthcare? Digital Health, 2.
- ⁴¹ Ziebland, Sue, Nuffield Primary Health Care Research, forskningsseminarium 2017-05-24, närvarande Ingmarie Skoglund.

⁴² Ahlén, R et al, HTA-enheten Camtö. Vetenskapligt stöd saknas för digitala diagnoser. DN Debatt 2018-04-18