

God och nära vård

Läkarförbundet har bett om våra åsikter inför ett remissvar på utredningens andra delbetänkande, men vi kommer även att skicka in ett eget svar. Här kommer ett litet redigerat utdrag och det fullständiga svaret kommer att ligga på vår hemsida. *Kursiverad text är kommentarer av mig.*

Övergripande synpunkter

DLF är glada över att primärvården lyfts fram och står i fokus i Anna Nergårdhs delbetänkande. Viktigt är att kontinuitet lyfts fram som ett kvalitetsmått samt att listning på fast läkare och listningstak diskuteras. Vi saknar dock konkreta förslag på hur övergången till en God och nära vård ska gå till. Det saknas flera viktiga aspekter i den så kallade primärvårdsreformen. Dels vill vi se tydligare övergångslösningar när det gäller den bristande kompetensförsörjningen inom primärvården samt en nationell finansieringsprincip som kan möjliggöra en jämlik sjukvård. DLF anser även att ett listningstak både på enskild ansvarig läkare samt på varje vårdcentral/hälsocentral är ett krav för att den goda nära vården ska kunna upprätthålla en patientsäker och kostnadseffektiv vård med kontinuitet i fokus. Ansvar för detta bör åligga sjukvårdshuvudmannen. *Listning på läkare, listningstak och en nationell primärvårdsreform är det viktigaste.*

DLF är positiva till ökad forskning i primärvården samt till kvalitetsregister och rapportering så länge detta kan ske enkelt i befintliga IT-system. Vi saknar dock tydligare riktlinjer när det gäller fortbildning. *Fortbildning måste vi ha.*

Synpunkter angående kontinuitet och listning

Delbetänkandet, liksom den tidigare utredningen ”Effektiv vård”, konstaterar att nuvarande brist på kontinuitet mellan läkare och patienter är ett stort problem i svensk sjukvård. Vi stöder listning på läkare då detta gynnar kontinuiteten. Listningen bör vara på just läkare vilka får anses ha den medicinska kompetens som de flesta kan behöva genom livet. Interprofessionellt samarbete gynnas av tydlighet kring vem som är ansvarig läkare.

En avgörande förutsättning för att fast listning skall vara hållbar är att listan är blandad och avgränsad. Att endast lista vissa åldersgrupper eller diagnoser (t.ex. äldre eller kroniker) är inte hållbart. Med en fast blandad och avgränsad lista finns stora potentiella vinster utifrån patientperspektiv, ekonomi, arbetsmiljö och rekrytering. Det gynnar även arbetsmiljön för andra yrkeskategorier. *Jag har varit kontinuerlig de senaste 19 åren. Det underlättar.*

Synpunkter angående specialistkompetens

Delbetänkandet konstaterar att den naturliga kompetensen i primärvården utgörs av specialist i allmänmedicin. Med tanke på den aktuella bristen på specialister i allmänmedicin stöder vi förslaget om en statlig satsning på fler specialiseringstjänster i allmänmedicin.

Specialister i barn- och ungdomsmedicin och geriatrik tas upp i delbetänkandet. De, liksom andra sjukhuspecialister, kan vara en värdefull del i den nära vården för att ta emot ett, av allmänspecialister, filtrerat patientunderlag. *Geriatriker och barnläkare får ses som generalister för sin åldersgrupp.*

Synpunkter angående intyg

Det bör förtydligas att det ska göras en översyn av all information som inhämtas via medicinska utlåtanden eller intyg. Information och en del av intygandet skulle kunna lämnas över till individen själv nu när patienten äger sin egen journal. DLF anser det nödvändigt med en genomgång av aktuell lagstiftning om krav på läkarintyg hos myndigheter. *En önskedröm som skulle förenkla vår tillvaro.*

Kompetensförsörjningen

DLF vill påpeka att utredningens resonemang om kompetensförsörjningen brister. Det ökade behovet av nya specialister i allmänmedicin är högre än det utredningen påstår.

Sedan snart 40 år tillbaka vet vi av erfarenhet att av antalet nya specialister i allmänmedicin kommer mellan 25–30 procent att ägna sig åt verksamhet utanför primärvården. Det saknas också en analys över hur utredningen förhållit sig till det faktum att specialister i allmänmedicin arbetar i genomsnitt 80 procent. Detta får givetvis konsekvenser för hur många nya specialister i allmänmedicin som vi behöver utbilda framgent. *Vi får väl ändå hoppas att det kan bli bättre om vi blir fler, arbetsmiljön förbättras och belastningen minskar. Man vill kanske stanna kvar i vårt roliga jobb.*

Ja, ja, utredandet fortsätter och vi får verkligen hoppas att det ger resultat. En lite deprimerande tanke som Anna Nergårdh framfört är att omställningen och förbättringen sannolikt tar många år. Vi som arbetar i den underbemannade, underfinansierade och tunga primärvården vet att det är dags nu.

CAROLINE ASPLUND
Kassör i DLF

