

REMISSVAR
2018-11-06

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
Diarienummer: S2018/03436/FS

Remissvar: God och nära vård (SOU 2018:39)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) vill härmed lämna sina synpunkter på delbetänkandet i utredningen God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Sammanfattning

Utredningen har gjort en gedigen genomgång och analys av den svenska sjukvårdens utveckling, nuläge och utmaningar. SFAM delar i allt väsentligt utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning. De konkreta åtgärder och rekommendationer som förs fram är genomtänkta och bra och kan, om de genomförs, förväntas bidra till en nödvändig omställning av svensk sjukvård.

Utredningen har begränsats av sina direktiv, vilka utgjort hinder för mer genomgripande systemöversyn som t ex förändrad ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun.

SFAM saknar vissa konkreta ställningstaganden, särskilt i de centrala frågorna om

- fast listning
- begränsning av uppdragets omfattning på individ- och utförarnivå (listtak)
- primärvårdens tolkningsföreträdare

som samtliga utgör nödvändiga förutsättningar för samordning och övergripande patientansvar.

Vi bedömer också att utredningens förslag medför ett otillräckligt förändringstryck för den resursöverföring mellan primär- och sekundärvård som de flesta är överens om är nödvändig för att omställningen skall kunna genomföras på ett patientsäkert sätt och med acceptabel arbetsmiljö. SFAM bedömer att en nationell primärvårdsreform och resursförstärkning till primärvården inte kan vänta utan är nödvändig inom en nära framtid för att sjukvården som helhet ska kunna tillgodose befolkningens behov.

Övergripande kommentarer

Målbild och färdriktning

SFAM delar utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning. Vi vill särskilt lyfta fram frågorna om primärvårdens uppdrag på makro- och mikronivå, behovet av samordning mellan olika delar av sjukvården, att överbygga mellanrummen i vården, samt frågorna om kompetensförsörjning och resursfördelning generellt och mer specifikt vad avser generalistyrkesgrupper inom primärvården som distriktssköterskor och allmänläkare. Sistnämnda fråga bedömer vi vara intimt förknippad med frågor om arbetsmiljö och möjlighet till patientsäkert arbetssätt, och därmed med frågor om möjliga avgränsningar av åtaganden på enhets- och individnivå (listtak) och listningssystemens konstruktion. SFAM vill i detta sammanhang lyfta **vikten av att resurser i form av bemanning och kompetens säkras innan uppdraget utökas och inte tvärtom**, särskilt i ljuset av den underkapacitet och underfinansiering som föreligger redan med nuvarande uppdragsbeskrivning.

Åtgärdsförslag och rekommendationer

De konkreta åtgärdsförslag som läggs fram i utredningen är goda utifrån utredningens förutsättningar och kan, om de genomförs, förväntas bidra till en nödvändig omställning. Vi ser med förhoppning fram emot hur förslagen kommer att tas emot och förvaltas av, i första hand, respektive landsting, samtidigt som **vår farhåga är att de åtgärder som vidtas är otillräckliga** för den omställning som kommer behöva ske.

Vi beklagar att utredningsdirektiven och därmed förknippade begränsningar har stått i vägen för sådan mer genomgripande systemöversyn som kommit till stånd i andra länder, med hänvisning bl a till det kommunala självstyret. Även möjligheten till nationell samordning har därmed begränsats och de principiellt intressanta frågorna om till exempel förändrad ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun, ett nationellt listningssystem, och fortlöpande kompetensuppföljning (t ex recertifiering/revalidering) i stort sett lämnats utan egentligt övervägande. **SFAM saknar en problematisering av det delade huvudmannskapet för den del av primärvården som idag kallas hemsjukvård.** Större ansträngningar bör göras för att riva de kommunikationsbarriärer som idag finns inom denna högprioriterade verksamhet, och förutsättningarna för samverkan mellan läkare och övrig personal inom hemsjukvården skulle kunna förbättras om de hade samma huvudman.

Vi saknar, med respekt för svårigheter att lämna exakta beräkningar, ett konkret resonemang om, och beräkning av, **måltal för kompetens- och resursfördelning** mellan olika delar av sjukvården vid genomförd omställning. Det finns gott om internationella exempel och förebilder att ta intryck av, och mätetal utan målvärden riskerar bli svårutvärderade.

Tidsplan

Vi vill särskilt kommentera den avvägning utredningen gjort mellan långsiktighet och nödvändig hastighet i omställningsarbetet. Många medlemmar har via våra lokalföreningar påtalat den svåra bemanningssituationen som föreligger på en stor del av landets vårdcentraler. Nyckelfrågorna om tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och arbetsmiljö, och svårigheter att

tillgodose dessa till följd av bland annat underkapacitet, undermåliga styrsystem och tekniska stöd, behöver börja lösas här och nu. Ett särskilt problem med den långsamma omställningsplanen som föreslås är att många bärare av ovärderlig erfarenhet inom nuvarande primärvård är i nära förestående pensionsålder och det finns en uppenbar risk för förlust av handledningskompetens i förtid om inte förändringarna sker med tillräcklig hastighet. Frågorna är senast lyfta i samband med allmänläkaruppropet för en nationell primärvårdsreform (DN debatt 180928) som fått ett massivt stöd. **SFAM bedömer att en nationell primärvårdsreform och resursförstärkning till primärvården inte kan vänta utan är nödvändig inom en nära framtid för att sjukvården som helhet ska kunna tillgodose befolkningens behov.**

Specifika kommentarer

Nedan lämnas kommentarer inom specifika delar av betänkandet, där vi bedömer det motiverat.

Kapitel 1 Författningsförslag

Föreslagna förändringar i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, patientdatalagen och hälso- och sjukvårdsförordningen är väl avvägda och kongruenta med förslagen i delbetänkandet.

Vi har inga invändningar mot att regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha. Vi instämmer i delbetänkandets **tonvikt på den breda generalistens (distriktssköterskan och specialisten i allmänmedicin) centrala roll**, och vill särskilt framhålla vikten av att tillräcklig såväl formell kompetens som erfarenhetsbaserad förtrogenhetskunskap garanteras i primärvårdens breda verksamhetsområde.

Vi ser i grunden positivt på landstingens utökade rapporteringsskyldighet, under förutsättning att patientintegriteten skyddas.

Avseende hälso- och sjukvårdsförordningen 3 a kap 4§ och frågan om "likvärdig kompetens" vill vi betona skillnaden mellan formell och reell kompetens, och att det kan finnas anledning att överväga koppling till system för kompetensvärdering.

Bakgrundskapitel 2–7

Vi vill uttrycka vår uppskattning för utredningens gedigna genomgång och analys av den svenska sjukvårdens utveckling, nuläge och utmaningar, såväl som det internationella perspektivet. **Vi delar i allt väsentligt utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning.** Ett sjukvårdssystem med en tillgänglig, bred, nära och resursstark första linjes sjukvård som bas är med befintligt kunskapsläge och tekniska möjligheter det enda alternativ som har en realistisk chans att klara befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov nu och under överskådlig tid.

Vi uppskattar den problematisering och karakteristik av begreppet ”nära vård” som framkommer i kapitel 2.3.1 och i synnerhet idéerna om närhetens olika dimensioner och inkluderandet av egenvård i diskussionen om sjukvårdens roll (s 55).

Kapitel 8 Nationell plan för en god och nära vård

SFAM delar utredningens målbild för de nödvändiga komponenterna i och egenskaperna hos en hållbar sjukvård.

Vi ser positivt på principen om årlig uppföljning av konkreta mätetal för att följa förändringsarbetet och bedömer att utredningen gjort en svår men bra avvägning av inledande storheter att följa inom områdena befolkning, process, medarbetare och ekonomi. Måtten bör sammantaget ge en fingervisning om den pågående omställningen, men är förstås inte heltäckande. SFAM bedömer att kompletterande uppföljningsmått av intresse innefattar till exempel kontinuitetsmått, befolkning med namngiven fast läkarkontakt, uppföljning av fortbildning och forskning och arbetsmiljömått. Avseende punkt 3 (medarbetare) är det något oklart om måttet avser nyutfärdade specialistbevis eller den absoluta kvoten mellan allmänläkare och övriga specialister.

Frågan om resursöverföring är kritisk och diskuteras i avsnitt 8.5, liksom den utbredda uppfattningen av nuvarande primärvård redan idag befinner sig ett underfinansierat läge. Vi uppfattar att tanken är att målbilden i sig, och de framlagda förslagen på uppföljning av färdplanen, skall leda till en naturlig resursomfördelning mellan specialiserade vårdnivåer och den nära vården. SFAM bedömer denna förhoppning som alltför defensiv och ser ett behov av nationella beslut för att skapa tillräckligt förändringstryck i detta avseende, och att **en nationell finansieringsstrategi är nödvändig** för att inte upprepa misslyckandena från tidigare reformförsök. Vår bedömning är att konsekvenserna för det kommunala självstyret skulle vara proportionerliga.

Kapitel 9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

Utredningens förslag på definition av primärvårdens uppdrag stämmer med SFAMs uppfattning. Definitionen innebär såväl vissa förtydliganden som en utökning av nuvarande uppdrag, men det är **väl motiverade förändringar under förutsättning att kapacitet i den nära vården kan garanteras.** Förslaget ger dock **begränsad praktisk vägledning** i avgränsningen av arbetsuppgifterna för primärvårdens medarbetare, något som efterfrågats av många kliniskt verksamma. Vi efterlyser också en större tydlighet i behovet av lokal anpassning av uppdraget och att **vården kan och bör organiseras olika** beroende på de demografiska och geografiska förutsättningarna, det vill säga befolkningens sammansättning och behov.

Vi har inga invändningar mot att primärvårdens uppdrag regleras i förordning.

Den breda generalistens särskilda roll inom första linjens sjukvård är en viktig, grundläggande princip för att undvika fragmentisering och, bedömer vi, en absolut förutsättning för den effektivitet och de samordningsvinster som är förknippade med väl utbyggd primärvård internationellt. Principen gäller **inte bara läkarprofessionen** utan även andra generalister, t ex distriktssköterskorna. SFAM uppskattar dock särskilt att utredningen i tillägg till behovet av generalistläkare och distriktssköterskor även lyfter de andra professionerna som är nödvändiga för att primärvårdens uppdrag skall kunna fullgöras.

Betänkandets förslag om vilka generalistspecialiteter som kan lämpa sig för rollen som fast läkare inom den nära vården är en rimlig kompromiss. Det krävs dock en djupare **analys av konsekvenserna** av att låta åldersdefinierade generalister ta rollen som fast läkarkontakt i primärvården. SFAM anser att **förutsättningarna för samordning, flexibilitet och långsiktig kontinuitet torde vara bäst om primärvården strävar efter läkarbemannning med i första hand blivande och färdiga specialister i allmänmedicin**. Även andra specialister kan komma ifråga, men strävan bör i första hand vara att dessa på sikt skall tillägna sig bredare generalistkompetens, till exempel genom dubbelspecialisering.

Leading Health Cares modell för beskrivning av olika behovsgrupper (s 324) är intressant som underlag för diskussioner. Vår invändning mot att tillmäta kategorisering av patienter alltför stor betydelse vid organisationsplanering är att såväl individer som individers olika enskilda behov kan både befinna sig i och röra sig mellan de olika behovsgrupperna, såsom även antyds i betänkandet. Risken är stor att parallella organisationer ("stuprör") bildas, med oklar ansvarsfördelning, brister i effektivitet och patientsäkerhet till följd av att fler gränssnitt och ökat behov av informationsöverföring och samordning uppstår.

Vi vill särskilt kommentera nackdelarna med att i teoretiska modeller **underskatta betydelsen av informations- och relationskontinuitet även i akuta eller enkla ärenden**. Enkla ärenden, särskilt om återkommande, kan inte sällan dölja underliggande kronisk eller komplex problematik där kontinuitet och förtroende har stor betydelse för såväl identifiering som handläggning. Även i de situationer där hög tillgänglighet prioriteras av patienter och/eller sjukvården, kan alltså bibehållen kontinuitet, när så är möjligt, bidra till tidseffektivitet och ökat förtroende.

Vi anser att den nära vården, oavsett komplexitet, huvudsakligen bör ske med bred generalistkunskap, i geografisk närhet när så är möjligt, och i nära samarbete med vårdgrannar och övriga samhällsinstanser, snarare än i parallella utrednings- och behandlingsspår. Sistnämnda kan utgöra ett bra komplement t ex jourtid eller i geografiskt svårtillgängliga områden.

SKL:s modell för kategorisering av patientegenskaper från projektet Flippen i primärvården (s 326) illustrerar behovet av individanpassning, men utgör också en kraftig förenkling och bör precis som ovan nämnda modell för behovskategorisering framför allt tjäna som inspirationskälla för att bygga in flexibilitet i den nära vården.

Vi stödjer ställningstagandet, att inte förorda uppdelning av primärvården i en allmän och en riktad primärvård, och vi instämmer i argumenten som förs fram.

Under punkt 9.2.3 förs ett bra resonemang om tillgänglighet till olika tjänster under olika tidpunkter på dygnet och under veckan, och här understryks det faktum att **majoriteten av insatser som behöver ske inom ramen för primärvårdens uppdrag kan ske i anslutning till kontorstid**. Vi instämmer i att det finns uppenbara effektivitets- och samordningsvinster med detta förhållningssätt och att rekommendationerna utgör en rimlig kompromiss. Risk finns för undanträngningseffekter med tillgänglighet alltför långt utöver vad som är medicinskt motiverat. Olika grupper har dock olika behov och därför behövs särskilda lösningar för att t ex sköra äldre ska garanteras god tillgänglighet. Vi vill också framhålla **vikten av lokala och regionala avsteg från ovan nämnda huvudprincip** t ex i glesbygd där de geografiska avstånden kan vara mycket stora och det finns välfungerande system med primärvårdsberedskap dygnet runt och där sjukstugemodellen utgör ett bra exempel på god och nära vård. Om inte tillräcklig hänsyn tas till lokala och regionala förutsättningar finns bland annat risk för ökad geografisk koncentration av sjukvården på ett sätt som inte är ändamålsenligt ur befolkningsperspektiv.

Avgränsningen av primärvårdens akutuppdrag med hänvisning till sjukhus när dessas tekniska resurser och/eller speciella kompetens krävs av **kvalitets- och effektivitetsskäl utgör en rimlig avvägning**, om än öppen för viss tolkning. Vi vill i detta sammanhang framhäva att en absolut förutsättning för att nödvändig omställning skall kunna ske är att den vårdnivå som förväntas ta ansvar också tillerkänns **medicinskt tolkningsföreträde i fråga om lämplig vårdnivå, eller angående när behov av stöd eller konsultation föreligger**. En effektiv nära vård kräver mycket god tillgänglighet till utredningsresurser såsom medicinsk service och konsultation av djupare specialistkunskap inom sekundärvården. SFAM bedömer att den specialiserade vårdens konsultativa roll kommer att öka i betydelse efter en omställning, och att stora vinster finns att göra om **den nära vården ges ökade möjligheter och befogenheter** att få tillgång till akuta/subakuta specialistkonsultationer eller besluta om direktinläggning på sjukhus och/eller genom möjlighet till heldygnsvård inom primärvården, till exempel enligt sjukstugemodellen.

SFAM delar utredningens slutsats att remisskrav inte bör införas. Vi ser visserligen möjliga positiva effekter, till exempel på flödena till sjukhusens akutmottagningar, men även nackdelar, inte minst den inskränkning i befolkningens möjlighet att fritt söka sjukvård, som ett sådant krav skulle innebära. Ett införande bidrar inte heller säkert till en effektiv resursanvändning. Den resursförstärkta primärvård som utredningen föreslår bedöms dessutom ge förutsättningar för förbättrat inre arbete inom primärvården, så att remisser till sekundärvården bör kunna bli bättre underbyggda och troligen färre.

Vi ser mycket positivt på att utredningen i primärvårdens uppdrag inkluderar stöd till patient och anhöriga och på detta sätt **lyfter upp egenvården**, som definitionsmässigt utgör den allra närmaste vården. Vi anser även att det är **bra att kravet på och ansvaret för samordning lyfts fram**, något som utgör ett stort problem idag.

Utredningen konstaterar i avsnittet 9.2.6 att forskningskulturen inom primärvården av många uppfattas som svag och koncentrerad till enstaka enheter. Vi instämmer i detta men **saknar en analys kring sambandet mellan möjligheter till forskning, verksamhets- och kompetensutveckling, kollegial dialog samt tid för reflektion å ena sidan, och den upplevda arbetsmiljön i en hårt pressad primärvård å andra sidan**. Safu (Samordnad allmänmedicinsk forskning och utveckling) som är en samverkan mellan Läkarförbundet, Distriktsläkarföreningen, SFAM och de allmänmedicinska institutionerna, föreslår omfattande åtgärder för att förstärka forskning och utbildning i primärvården.

SFAM stödjer förslagen under avsnitt 9.3.1 och beskrivningen av **generalistkompetenserna, i första hand distriktssköterska och allmänläkare, som navet i primärvården**. Geografiskt ojämlik tillgång på grundläggande sjukvård utgör ett stort problem i vårt glesbefolkade land. **Avgränsningen av Vårdval Primärvård till en minimnivå**, med flexibilitet i möjligheterna att knyta till sig övriga nödvändiga kompetenser, bör bidra till sänkt etableringströskel i till exempel glesbygd, där rekryterings svårigheter ofta föreligger. Även **andra förbättringar av förutsättningarna för småskaligt företagande** bör övervägas: förenklade avtal och förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller som möjliggör avknoppning från befintliga enheter respektive nystart utan mycket stort riskkapital.

SFAM stödjer utredningens bedömning om behovet av **höjt utvecklingstempo avseende kvalitets-, service- och effektivitetsförbättrande teknik** (digitalisering) under avsnitt 9.4.6. Vi delar också inställningen att **en integrerad strategi för digitalisering, snarare än köp av isolerade tjänster, ger bättre möjligheter till prioritering och vård efter behov**.

Kapitel 10 Kontinuitet

I inledningen av kapitel 10 diskuteras förtjänstfullt såväl bevisade som förväntade positiva effekter av ökad personkontinuitet. Även kontinuitetens baksidor och begränsningar lyfts. Vi instämmer i utredningens bedömning avseende dessa, men menar att **kontinuitet som bärande arbetsprincip i primärvården är av huvudsakligen positiv och väsentlig betydelse för många patienter och för hela sjukvårdens effektivitet**.

I internationellt perspektiv är personkontinuitet ett område där Sverige utmärker sig i negativ bemärkelse. De konkreta förslag som läggs fram för att komma till rätta med detta är förtydligad informationskyldighet, specifikation av kompetenskrav för att kunna utgöra fast läkarkontakt i primärvården, och förtydligande att funktionerna vårdval primärvård och fast läkarkontakt följs åt.

Utredningen gör bedömningen att dess förslag kommer "att leda till att merparten av Sveriges medborgare framöver kommer att ha en fast läkarkontakt i primärvården", men tar samtidigt ställning emot ett fastläkarsystem med hänvisning till teamsamverkan. **SFAM anser dock inte att fastläkarsystem och multiprofessionellt arbetssätt på något sätt är ömsesidigt uteslutande**.

Internationella exempel finns, t ex i Alaskas primärvård, där mycket väl utbyggd teamsamverkan förenas med ett fastlistningssystem till en "primary care provider", i praktiken listning på vårdlag/team.

Den helt centrala frågan om listbegränsning lämnar utredningen till Socialstyrelsen att avgöra genom föreskrifter. SFAM hade önskat ett tydligare ställningstagande. Vi håller med om att beslut om listtak i absoluta siffror riskerar låsa diskussionen, eftersom lämplig liststorlek på individnivå avgörs av så många faktorer. En fungerande primärvård med tillgänglighet, medicinsk kvalitet och långsiktigt hållbara arbetsförhållanden för professionerna kräver dock att det finns en balans mellan arbetsuppgifter och förutsättningar att utföra dem. **Det innebär att ett allmänmedicinskt uppdrag måste vara begränsat till sin storlek, både på den enskilde läkarens nivå och på utförarnivån (vårdcentralsnivån).** Utredningen använder på annan plats (avsnitt 10.3) siffran 1500 listade per heltid fast läkare som underlag för planering. Med de utökade uppgifter som föreslås, inklusive ett kraftigt utvidgat ansvar för samordning och ökat behov av handledning och forskning, bedömer vi att **ett betydligt lägre genomsnittligt antal listade per heltidsläkare är nödvändigt** om primärvårdsreformen ska uppfylla sina mål.

Frågorna om listbegränsning per läkare respektive listningsbegränsning per utförare tenderar blandas ihop, men det är två separata frågor med bara delvis överlappande argument. Den sistnämnda frågan handlar om **möjlighet för utförare att planera för sin verksamhet och garantera tillgänglighet, kvalitet och säkerhet för sin listade befolkning.** Frågan har varit politiskt känslig på grund av att möjligheten till listningsbegränsning skulle synliggöra underkapaciteten i primärvården som helhet. Frågan är dock av stor betydelse, inte minst för möjligheten att starta nya vårdcentraler utan orimliga affärsmässiga eller personliga risker. Frågan lämnas till utredningen "Styrning för en mer jämlik vård" att se över. **SFAM saknar ett tydligare ställningstagande från utredningen i denna avgörande fråga.**

I avsnitt 10.3 förs ett resonemang om orsaker till och strategier för att säkra tillräcklig bemanning, med särskild tonvikt på tillräckligt antal specialister i allmänmedicin. **SFAM stödjer förslaget om statlig tilläggsfinansiering av ST-tjänster.** Frågan om geografisk fördelning av dessa öronmärkta pengar behöver problematiseras ytterligare. Tillgången på ST-läkare är ojämn i landet, och varierar mellan mycket god och nära noll i olika områden även inom samma region.

Vi efterlyser ett resonemang om hur man på ett effektivare sätt kan möjliggöra för läkare med annan specialitet att uppnå specialistkompetens i allmänmedicin, som led i omställningen. Två möjliga komponenter i en sådan strategi skulle kunna vara en förenklad utbildningsprocess och statliga medel för öronmärkt finansiering av tjänster för dubbelspecialisering.

Vår bedömning är, att även om idén om statliga resurstillskott för finansiering av ST-tjänster är god och nödvändig, så är den i sig en otillräcklig åtgärd för att säkra läkarförsörjningen. **Kärnfrågan är inte utbildningsvolymen utan allmänläkaruppdragets attraktion i form av meningsfullhet, hållbar arbetsmiljö och förutsättningar för att utföra ett kvalificerat arbete med hög kvalitet och god patientsäkerhet.** Samma resonemang gäller övriga yrkesgrupper. Vi

saknar en mer djupgående analys och problematisering av sambandet mellan upplevd

arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse, avgränsat uppdrag och förutsägbarhet, tid och möjlighet till reflektion, kollegial dialog, fortbildning, forskning och utveckling.

Kapitel 11 Ändamålsenlig administration

Administration och intygsverksamhet tar idag en betydande andel av primärvårdens kapacitet i anspråk. **SFAM stödjer principiellt tanken om översyn av kraven på intyg och konsekvensanalys av ett mer professionsneutralt regelverk.** Översyn av regelverket för intyg är angelägen, men kommunernas intygsönskemål är sannolikt ett betydligt mindre problem än de intyg som har med sjukförsäkringen att göra. **Frågan om primärvårdens uppdrag i förhållande till sjukförsäkringen bör vara en central del i en primärvårdsreform** och olika möjligheter bör belysas närmare, inklusive ändamålsenligheten med att, som i vissa andra länder, helt lyfta delar av rehabiliteringskedjan från primärvården till andra aktörer.

Endast de intyg som har tydligt berättigande bör över huvud taget skrivas, och företrädesvis av den yrkesgrupp som har bäst förutsättningar att ensam eller i samråd med andra genomföra bedömningen som ligger till grund för intygandet. Vi anser att kraven på intyg från läkare och läkarintygens utformning mycket tydligare än idag ska fokuseras på medicinsk nytta för att inte minska resurserna för direktkontakt med patienterna.

En fråga av helt avgörande betydelse för ändamålsenlig administration och för möjligheten till effektiv vård är den om **undermålig informationsteknologi**, en av de största utmaningarna för sjukvården, och som berörs kort i betänkandet.

SFAM bedömer att nytänkande och strategier för såväl förbättring och ersättning av befintliga system för dokumentation och patientdata, som framtagande av tekniska lösningar för diagnostik, behandling och uppföljning, bör ges stort utrymme så tidigt som möjligt i en primärvårdsreform. Redan idag existerande tekniska lösningar för exempelvis strukturering och presentation av information, informationsdelning och kommunikation skulle bidra till att avhjälpa många problem om de tillämpades systematiskt och konsekvent som led i en övergripande och tillräckligt finansierad nationell strategi.

För Svensk förening för allmänmedicin

Annika Larsson
Ordförande