

Distriktläkarföreningens och Svensk förening för allmänmedicins
Tänkggrupp för God och Nära vård genomförande

Världens bästa PRIMÄRVÅRD



– en sjukvårdsreform



Svensk sjukvård idag

Sveriges akutsjukvård är av internationell toppklass. Den som är frisk och får en akut allvarlig sjukdom eller drabbas av skada kommer att få förstklassig vård. För många med långvariga allvarliga sjukdomar är vården också av högsta kvalitet. Men många sjukhus är överbelastade. Fyllda akutmottagningar och brist på vårdplatser är vanligt och för människor som inte har livshotande tillstånd blir ofta väntetiden lång och omhändertagandet bristfälligt.

Intentioner till primärvårdsreformer har funnits många gånger men satsningarna på primärvård har aldrig lyckats och bristen på specialister i allmänmedicin har blivit bestående. Eftersom resurserna till primärvård aldrig blivit tillräckligt stora i förhållande till uppdraget, har bemanningen fortsatt att vara för låg med sämre vård till patienterna som följd. Förutsättningarna att bedriva förstklassig primärvård över hela landet har aldrig funnits. Där det finns välfungerande primärvård, finns förutsättningar för god vård också av multisjuka eller mindre allvarliga men ändå viktiga hälsoproblem.

Ökande fragmentering av vården är ett växande problem. Olika specialiteter och subspecialiteter tar ansvar för sitt avgränsade område utan hänsyn till patientens helhetsbehov. Multisjuka patienter har därför ofta kontakter med ett flertal olika mottagningar utan att någon tar ansvar för helheten. När sjukhusen fortsatt att specialiseras i allt smalare fack för att hålla högsta standard har samtidigt behovet av en välfungerande primärvård som tar ansvar för helheten ökat dramatiskt eftersom helhetssyn är nödvändig. Om primärvården inte fungerar väl, riskerar även de mest avancerade insatserna på sjukhusen att

inte nå sin fulla potential, eftersom helheten är det som spelar störst roll för patienterna och bara primärvården kan ta helhetsansvaret. När primärvårdens resurser inte räcker hamnar många patienter i ett ingenmansland mellan sjukhus och primärvård, där sjukhuset inte kan ta ansvar och primärvårdens resurser är otillräckliga.

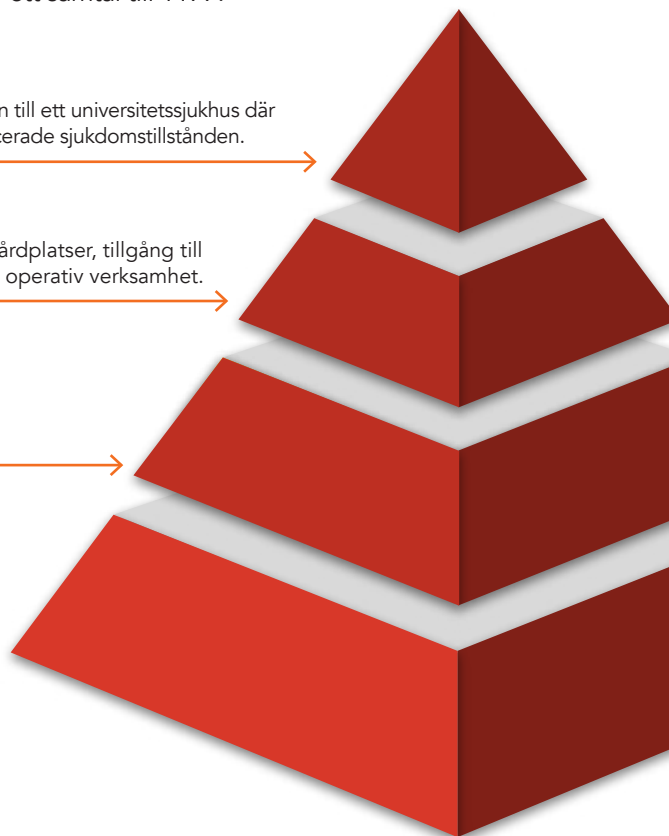
Många människor, både med allvarliga och med relativt lindriga symtom, hör av sig till 1177. Via algoritm-baserad standardisering och utan relationskontinuitet, hänvisas därifrån 40 % av samtalen till kontakt med den primärvård som inte har tillräckliga resurser att möta alla som hör av sig och 30 % till akutmottagningarna som i många fall har fel resurser. Ett ökande antal människor som upplever svårighet att få kontakt med läkare på sin vårdcentral söker sig också till mer lättillgängliga nätläkare. Utan primärvårdens möjlighet till relationskontinuitet och utan personlig kännedom är videobesök hos nätläkare dock bara en moderniserad och kraftigt fördyrad variant av ett samtal till 1177.

Högspecialiserad vård ofta knuten till ett universitetssjukhus där det finns resurser för de mest avancerade sjukdomstillstånden.

Sjukhusanknyten vård har ytterligare resurser som vårdplatser, tillgång till mer avancerad utredning och behandling och ibland operativ verksamhet.

Primärvården utgör basen i svensk sjukvård.

Egenvård, de insatser som en individ kan vidta för att behandla sig själv, såsom att nyttja receptfria läkemedel och söka information på 1177.se.



Vad är bra primärvård?

När man talar om nödvändigheten av satsning på en bra primärvård är det viktigt att vara medveten om att väldigt många inte har någon erfarenhet av just detta – bra primärvård.



Bra primärvård märks nästan bara av de patienter som får tillgång till den, och det är fortfarande alldeles för få. De flesta sjukhusläkare kommer regelbundet i kontakt med sämre fungerande primärvård i form av dåligt underbyggda remisser och patienter som bättre hade tagits omhand i välfungerande primärvård.

Den goda primärvården, som har relationskontinuitet och tar helhetsansvar för sina patienter. Som remitterar till sjukhuset bara när behov verkligen finns och vars patienter inte behöver söka akutmottagningen i onödan. Där tider finns på vårdcentralen för den som behöver det och vars multisjuka patienter sällan drabbas av sjukhusvårdkrävande försämringssskov, den primärvården märks inte på sjukhuset. För när patienter från den goda primärvården kommer till sjukhuset, då är sjukhuset rätt instans.

Politiker på beslutsfattande poster och alla de människor som inte ens kommit igenom telefonväxeln till sin vårdcentral - än mindre fått en tid till läkare - förleds lätt att tro att ökad tillgänglighet på sjukhusens akutmottagningar, fler sjukhussängar eller utvidgning av nätläkartjänster vore en bra lösning. Men ett besök på akutmottagningen kostar ca 4 ggr så mycket och leder för patienter utan livshotande tillstånd oftast till sämre vård än ett besök på vårdcentralen. Och att bli inlagd på sjukhus om problemet hade gått att förebygga på en välfungerande vårdcentral är självklart oönskat.



DLF:s och SFAM:s Tänkargrupp



Efter förarbeten under november samlades Distriktläkarföreningens och Svensk förening för allmänmedicins Tänkargrupp för God och Nära vårds genomförande, 14 personer, den 3 december 2021 i Svenska läkaresällskapets lokaler i Stockholm. Ytterligare tre digitala möten hölls under januari och februari 2022.

En gemensam grundförutsättning för arbetet är att all sjukvård sker i tvärprofessionella team och i nära samarbete med olika yrkeskategorier. Uppgiften för denna grupp är att lägga en plan för genomförande av den sjukvårdsreform som är nödvändig för att alla människor i Sverige ska få en God och Nära vård med namngiven fast läkare. Därför ligger fokus i arbetet på läkarfrågor och läkarbemanning.

Målbild och villkor

Gruppen har tagit fram en gemensam målbild uppdelad i nio olika punkter. För att denna målbild ska nås krävs beslut och uppföljning på många nivåer. Gruppens bedömning är att samtliga punkter är så väl genomgångna och förankrade att endast smärre kompletteringar och förtydliganden krävs för dessa beslut.

Tänkargruppens ordförande
Åke Åkesson

Tänkargruppens deltagare

Susanna Althini
Eva Amtkil
Andrea Asplund
Julia Cederlund
Ulrika Elmroth
Björn Englund
Jens Halldin
Katarina Jabur
Karl-Patrik Jonsson
Annika Larsson
Oskar Lindfors
Jenny Magnusson
Daniel Moberg

Sverige mars 2022

DLF:s och SFAM:s Tänkargrupp

En sjukvårdsreform

1 År 2027 är alla innevånare i Sverige listade på namngiven fast läkare.

Detta är möjligt om rätt beslut fattas på nödvändiga nivåer. Det är rimligt att såväl grundutbildning som specialistutbildning styrs för att motsvara befolkningens behov av god primärvård, vilken alltid måste utgå från namngiven fast läkare.



2 Listningstaket för fast läkare varierar efter geografi och demografi – men snittet ligger för specialister i allmänmedicin nära 1000 listade per heltidstjänst. I glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden eller där särskilda behov i övrigt föreligger kan det räcka med hälften så många patienter per läkare vilket gör att patienterna kan få trygg och tillgänglig vård med kontinuitet även där.

1948 slog Medicinalstyrelsen fast att Sverige behövde en provinsialläkare på 1500 innevånare. Det var en realistisk bedömning av behovet då, för 74 år sedan. Trots att panoramat för såväl vårdens möjligheter som uppdragets innehåll och allmänhetens behov löpande har ökat, har siffran 1/1500 legat kvar som mål. Ett mål som fortfarande bara nåtts på enstaka platser i Sverige. Liten eller ingen hänsyn har tagits till att patienterna har rätt att förvänta sig att deras läkare i primärvården har tid för dem och med dem. Vid husläkarreformen 1994 togs ingen hänsyn till denna rätt och Sveriges populäraste husläkare som fick 6200 listade patienter valde att lämna primärvården. En välfungerande primärvård bygger på att alla patienter vet att deras fasta läkare har tid för just dem.



3 Alla vårdcentraler är bemannade med marginal att tryggt hantera korttidsfrånvaro.

Innan reformen fast läkare är fullt genomförd är det extra viktigt att garantera möjligheten för fastläkaren att finnas tillgänglig för sina patienter. På fullbemannad enhet finns marginal för korttidsfrånvaro, fram till dess måste stödresurser i form av vikarier, "hyrläkare", etc finnas.



4 Forskning-Utveckling-Utbildning på alla nivåer är en naturlig del av all primärvård.

FoUU i primärvården nödvändig. Täta band knyts mellan universitet/högskolor/läkarutbildning och fastläkarna i deras ordinarie arbete. Såväl ekonomiska som strukturella resurser samt tillgång på kompetent handledning för alla nivåer av FoUU garanteras av huvudmannen.

5 **Säkerställda kompetensnivåer i primärvården, dels genom obligatorisk fortbildning, dels genom validering av både kompetens och erfarenhet. Detta garanterar patienten en säker vård. Alla ST-läkare gör Mitt i ST – kompetensvärdering och specialistexamen.**

Kvalitetssäkring sker naturligt på alla nivåer. Varje arbetsplats och varje läkare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Kompetenserna följs regelbundet på standardiserat sätt.

6 **De flesta som läser medicin är inställda på att bli specialister i allmänmedicin därför att det är där de flesta och de bästa jobben finns. Läkarutbildningen genomsyras från början av ett allmänmedicinskt fokus med tidiga kliniska kopplingar till vårdcentraler.**

En styrning av utbildningen mot de områden där behoven finns är nödvändig. Att redan vid starten av läkarutbildningen markera detta kommer att förenkla en snabb utveckling mot 10000 specialister i allmänmedicin.

7 **Utbildningen till specialist i allmänmedicin sker i stor utsträckning på vårdcentral. Sidotjänstgöringar är korta och fokuserade och utgår från den individuella ST-läkarens behov och lärandemål. Kompetent handledning för alla tillstånd finns på de vårdcentraler som har ST-läkare. Genom hela utbildningen inklusive sidotjänstgöringar finns möjlighet att bibehålla relationskontinuiteten med ST-läkarens egna listade patienter.**

Redan idag finns en målbeskrivning som grund för utbildningen till specialist i allmänmedicin. Av tradition sker fortfarande utbildningen ofta i stora block på sjukhus vilket försämrar möjligheten att med kontinuitet arbeta med egna listade patienter.

8 **Allmänmedicinskt ledningsansvar finns i alla led och delar av sjukvården. Detta stödjer allmänmedicinen som självklart nav i sjukvården.**

Även patienter som startar sin vårdkedja på sjukhus med t ex cancerdiagnos eller stort trauma måste ha rätten till stöd och trygghet hos namngiven fast läkare i primärvården. Smidiga överrapporteringar i båda riktningar förenklar för vården och förbättrar för patienten. Allmänmedicinsk kompetens i hälso- och sjukvårdens ledning ger förutsättningar att utarbeta sådana arbetssätt.

9 **Den fasta läkaren har tid att följa sina patienters väg i sjukvården och sjukhusläkare konsulterar och informerar enkelt den fasta läkaren när det behövs.**

Patienten får en sömlös vård med relationskontinuitet. Det är alltid tydligt vem på sjukhuset som delar ansvaret med fastläkaren under patientens sjukhusvistelse. Detta garanterar patienten sammanhang i vården och ger också i alla lägen en trygg enkel väg i vården. Relationskontinuitet garanteras. Den kan aldrig ersättas av informationskontinuitet.

År 2027 är alla innevånare i Sverige listade på namngiven fast läkare

Hur blir det möjligt?

Vad krävs för att alla innevånare i Sverige ska vara listade på namngiven läkare 2027?

Utgångspunkt: En genomsnittlig listning på 1000 individer per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin. Listning på ST-läkare i allmänmedicin, 500 – 900 individer per heltidsarbetande ST-läkare.

Idag finns specialister i allmänmedicin motsvarande lite mer än 6000 heltidstjänster, vilket alltså redan nu ger möjlighet att lista mer än 50 % av befolkningen på namngiven läkare (6 miljoner listade individer).

Det finns ca 3500 ST-läkare i allmänmedicin, vilket lågt räknat motsvarar 2700 heltidstjänster. En nybliven heltidsarbetande ST-läkare börjar med 500 listade patienter första året och får sedan ytterligare 100 listade patienter per fullgjort tjänstgöringsår, för att på så sätt vid uppnådd specialistkompetens efter fem tjänstgöringsår ha 1000 listade patienter. Ett snitt på 700 listade per heltid ger för dessa nuvarande 2700 heltidstjänster 1.890.000 listplatser.

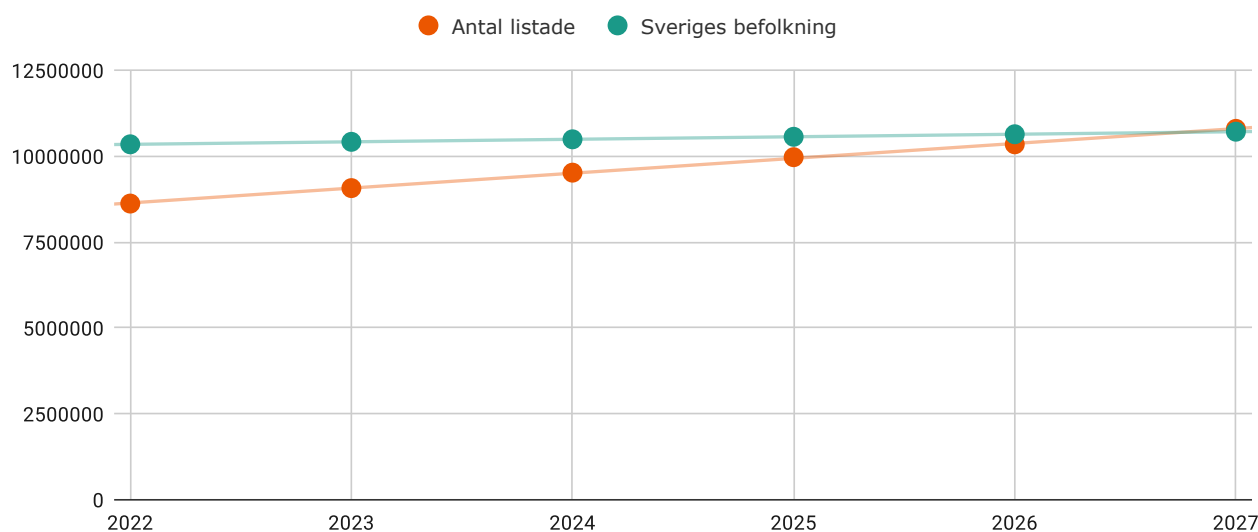
På grund av föräldraledighet, deltidsarbete, sidouppdrag m.m. tar det i snitt knappt 7 år att bli färdig specialist. Hur många nyutexaminerade läkare

som börjar jobba i Sverige varje år är osäkert då ett stort antal studerar utomlands och det saknas tillförlitliga siffror på antalet.

Baserat på de som studerar i Sverige bör, för att nå målet med fast läkare till alla 2027, minst en tredjedel av nyutexaminerade läkare välja allmänmedicin som specialitet. Detta ger, i tillskott till de befintliga 3500 ST-läkarna i allmänmedicin, minst 600 nya ST-läkare varje år.



600 heltidstjänster per år motsvarar 300.000 nya listade patienter för de nyanställda och 60 000 nya listade för befintliga ST-läkare. Till år 2027 ger detta totalt 2.700.000 listplatser. Sammanlagt har vi till år 2027 minst 10,5 miljoner listplatser.



Antal läkare	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Spec. allmän.	6000	6000	6000	6000	6000	6000
ST-läkare	3500	4100	4700	5300	5800	6400

År	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Antal listade	8 625 000	9 075 000	9 525 000	9 975 000	10 350 000	10 800 000
Sveriges befolkning	10 350 000	10 422 450	10 495 407	10 568 875	10 642 857	10 717 357



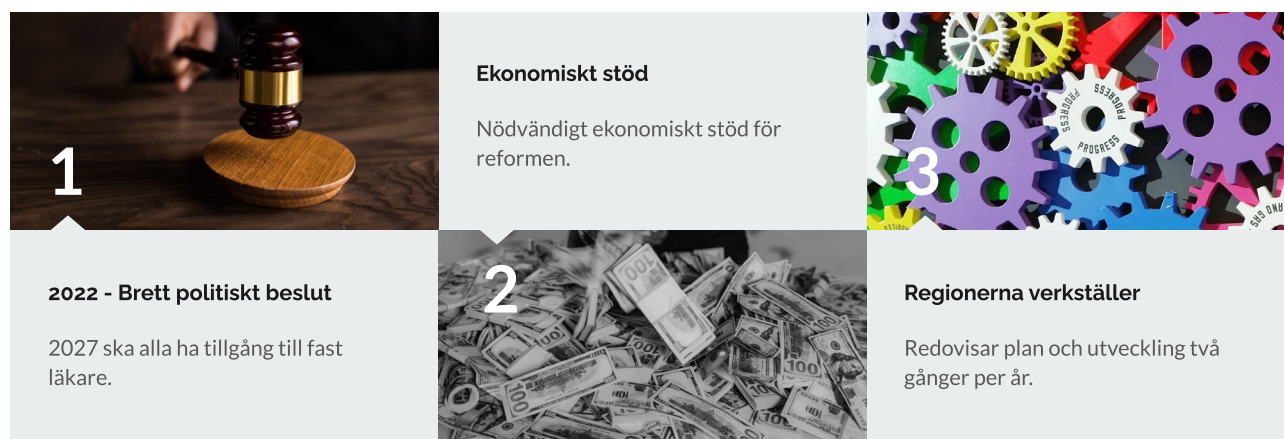
Foto: Malin Ståhl

Osäkra faktorer

En osäker faktor är pensionsavgångar inom primärvården. Riktade satsningar för att få fler specialister i allmänmedicin att arbeta vidare mellan 65 och 70+ skulle ytterligare underlätta genomförandet av fast namngiven läkare till alla. En ökad efterfrågan på specialister i allmänmedicin för icke-patient-relaterade arbetsuppgifter, såsom forskning, utveckling, utbildning, strategiskt arbete, ledningsfunktioner etc. gör att en hög utbildningstakt av ST-läkare bedöms vara nödvändig även efter 2027.

Föregående sidas beräkningar på riksnivå innehåller många osäkerhetsfaktorer. I en del regioner är förutsättningarna enklare medan andra måste satsa mer på utbildning och rekrytering. Poängen med beräkningarna är att tydliggöra att fast läkare till alla invånare år 2027 inte bara möjligt utan fullt realistiskt, om målsättningen slås fast och arbetet börjar snarast, helst redan hösten 2022.

Vad krävs för att alla invånare i Sverige ska vara listade på namngiven läkare 2027?



Sveriges primärvård 2027

Alla människor i Sverige är listade på en namngiven läkare, en fast läkare. Den fasta läkaren är i de flesta fall specialist i allmänmedicin eller ST-läkare i allmänmedicin. Listade personer når vid behov lätt sin fasta läkare och denne har tid att göra en patientcentrerad medicinsk bedömning. Patient och läkare samarbetar och kommer, baserat på den medicinska bedömningen, tillsammans fram till lämplig handläggning. Läkaren samarbetar enkelt med distriktssköterskor, fysioterapeuter, psykologer/psykoterapeuter samt övriga professioner som behövs för ett personcentrerat omhändertagande. Enhetens storlek avgör hur många kategorier som finns tillgängliga på enheten eller nås via andra enheter. Patienten märker tydligt de tvärprofessionella teambaserade arbetssätten.

För människor med hemsjukvård eller som bor på SÄBO har såväl ansvariga sköterskor som patienten och anhöriga lätt att få kontakt med den fasta läkaren. Den fasta läkaren känner dessa patienter extra väl eftersom regelbunden uppföljning och när det behövs hembesök, är självklart.



Kontaktvägar mellan sjukhus, primärvård, annan regional vård, kommunal vård och andra instanser i välfärdssamhället är korta, lättillgängliga och välkända av alla. När en patient är i kontakt med andra instanser än primärvården konsulteras den fasta läkaren. Den fasta läkaren tar vid behov lätt kontakt med andra specialister. Oftast deltar också patienten i samtalet mellan de olika aktörerna. År 2027 upplever patienter sammanhang i vården. Det är inte längre ett djupt gap mellan primärvård, kommun, sjukhus, regioner och andra aktörer i välfärden. Oavsett ålder upplever människor att välfärdssystemet och hälso- och sjukvården hänger ihop, är lätt att förstå och erbjuder det stöd och den vård som behövs. Sverige har nu den bästa vården i världen.



Foto: Malin Stenlund

Lösningen var att se till att tillräckligt många specialister i allmänmedicin finns för att bemanna primärvården och tillräckliga resurser för att anställa dessa. Kostnaderna för hälso- och sjukvårdssektorn har efter årtionden av ökande andel av BNP nu börjat att minska.



Vision

2037

Sjukvårdsreformen fungerar och de flesta andra länder tar intryck av och vill efterlikna det svenska systemet. Sjukhusinläggningar och behovet av akutsjukvård har minskat. Antalet vårdplatser är adekvat och flexibelt. Att bli specialist i allmänmedicin och fast läkare är målet för de flesta som söker läkarutbildningen. Den fasta läkaren har ett självklart helhetsansvar för sina patienter. Allt fler människor tar också aktivt ansvar för sin hälsa. En välfungerande och lättillgänglig primärvård ger alla stöd för ett hälsosamt liv. Välfärdssjukdomar har minskat kraftigt och därmed också kostnaderna för sjukvård.