

REMISSVAR

2024-05-10

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
10135 Stockholm

susann.asplund@sfs.se

Remissvar internremiss SLS – Vem kan vara fast läkarkontakt

Dokumentet är gediget och vi instämmer i det mesta men har ett par synpunkter vad gäller två stycken under **6.4 - Konsekvenser**

1. *På kort sikt* är utmaningarna stora kring rådande brist på specialister i allmänmedicin. Beredningsgruppen gör här bedömningen att ett strukturerat arbete med att uppnå målsättningen på 1 fast läkarkontakt per 1 100 invånare kan bidra till att stärka kompetensförsörjningen. Till dess primärvården är fullt utbyggd ska man prioritera att ge kontinuitet och fast läkarkontakt till dem som har störst vårdbehov. Arbetet måste organiseras så att så god kontinuitet som möjligt kan ges för dem som inte kan få en fast läkarkontakt.

Kommentarer:

Att prioritera dem som har störst behov av en fast läkarkontakt låter givet. Här finns dock vissa problem.

För det första är det väldigt svårt att veta vem som har störst behov. Är det patienten med 3 kroniska men stabila sjukdomar eller är det den helt friska 3-barnspappan som plötsligt drabbas av ett utmattningssyndrom? Hur ska vi på förhand avgöra detta och prioritera. Dessutom visar Sven Engström et al i sin studie att det överraskande nog är det yngre klientelet som i störst utsträckning undviker onödiga besök på akutmottagningen om de har en fast läkare.

En grupp som vi dock anser att man utan problem faktiskt kan och ska prioritera är patienter på Säbo och med HSV.

För det andra har vi redan under många år jobbat enligt devisen att "dem med störst behov av fast läkarkontakt" eller om man ska kalla dem "de tyngsta patienterna" ska tilldelas en fast läkare med konsekvensen på många vårdcentraler att ordinarie allmänläkare får extremt tunga listor, blir utbrända och slutar samtidigt som inhyrda läkare får "lättare" patienter.

Det här är ingen lätt fråga men det handlar lite om vad som är etiskt på kort sikt och på lång sikt och det handlar även om hur vi signalerar mot alla de politiker och andra beslutsfattare som inte anser sig behöva en fast läkare eller förstå vitsen med densamma. Om vi alltför tydligt säger att de med störst behov ska ha en läkare först bekräftar vi deras narrativ och världsbild.

2. En tänkargrupp utsedd av SFAM/DLF gjorde 2022 bedömningen att ST-läkare, med god handledning, kan ha i genomsnitt 700 invånare under sin ST (start på 500 listade och ökning med 100 per år under de fem utbildningsåren) med bibehållen kvalitet på utbildningen.¹ Detta skulle också bidra till att på kort sikt minska underskottet på specialister.

Kommentarer:

Vi står naturligtvis bakom det Tänkargruppen har skrivit men tycker ändå att det är onödigt att lägga en ribba som är högre än vad Socialstyrelsen anger. Dessutom finns det många inom allmänläkarkåren som motsätter sig listning på st-läkare och ju högra patientantalet är desto större kan motståndet bli/vara.

Därför föreslår vi att man börjar med 350 patienter på sin lista och ökar med 100 per år så att man har 750-850 när man är klar och då kan öka på med ytterligare 250-350 som färdig specialist. Visserligen gör det att vi "hamnar längre från en fullbemannad primärvård" men det viktigaste är ändå att det blir rimliga siffror och vi ser inga problem med att de st-läkare som faktiskt kan ta på sig något fler patienter gör det i samråd med handledare. Men det ska vara handledarens och st-läkarens beslut och inte verksamhetschefens

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
ordförande SFAM