

REMISSVAR
2025-09-26

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sl@regeringskansliet.se

Diarienummer: S2025/01126

Remissvar:

Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens SOU 2025:63

Sammanfattning

Vi instämmer i att patientsäkerhet är det kriterium som väger tyngst när det gäller reglering av behörighet. Därför välkomnar vi föreslagna förändringar i patientsäkerhetslagen. En legitimation fungerar som garanti för en viss kunskapsnivå. Kunskap är dock färskvara och inflödet av ny kunskap nödvändiggör fortbildningsinsatser, för att den legitimerade ska kunna bibehålla och utveckla sin kompetens.

Den aviserade översynen av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring med anledning av bristande patientunderlag för att uppnå måluppfyllelse, berör också vår specialitet. Innebörden i att vara fast läkarkontakt och att ansvara för en lista med syftet att upprätthålla relationskontinuitet, behöver förtydligas i målbeskrivningen. I läkarbristens spår har uppgiftsväxling och teamarbete, minskat den fasta läkarens direktkontakt med den hjälpsökande patienten. Digitala arbetssätt har minskat möjligheten till fysisk närvaro och undersökning, vilket reducerat underlaget för säkra bedömningar, samtidigt som direkta digitala kontakter med den fasta läkaren även kan bidra till förtroendefulla relationer. I mångfalden av vårdgivare frodas lösningar som hotar relationskontinuitet och generalistrollen. En oroväckande trend i primärvården är den tilltagande subspecialiseringen med diagnosen i fokus. Vid sidan av primärvården förekommer entreprenörskap präglad av "cream skimming" av enstaka diagnoser och symtom. Dessa företeelser uppmuntrar ett sökbeteende hos patienterna som bidrar till fenomenet lågvårdevård, och resultatet av kontakterna orsakar ofta ett merarbete för den fasta läkaren. Studierektorsnätverket i Sverige har upprättat riktlinjer för hur stor andel av ST som kan göras i form av nätläkartjänster. Man blir inte en kompetent allmänläkare genom att arbeta enbart med hosta eller blodtryck. En översyn är behövlig även av andra skäl än ett bristande patientunderlag således.

Angående det föreslagna tillägget om möjligheten av ett kunskapsprov som del i den sammantagna bedömningen, vill vi påpeka att SFAM sedan decennier erbjuder ST-läkare en specialistexamen på frivillig bas där ett skriftligt prov ingår. Det finns ett progresstest som kan upphandlas av en kommersiell aktör, men nyttjandegraden är relativt låg. SFAM tillhandahåller också Mitt-i-ST som är en formativ utvärdering genom en extern bedömare, med väsentligen samma innehåll som specialistexamen förutom det skriftliga provet. Den utvärderingen når en väsentligt större målgrupp och är allmänt uppskattad och redan obligatorisk i de flesta regioner. Bedömning av kompetens kan underlättas av ett kunskapsprov men det är viktigt att ett sådant prov utformas så man inte bara bedömer rena faktakunskaper utan även

inkluderar konsultationsteknik, bemötande, relationskompetens, samt inte minst förmågan att fatta omdömesgilla beslut. Viktigt är också att bedöma förmågan att leda och prioritera i det medicinska arbetet i teamet runt patienten. Systemförståelse är en central del av allmänläkarens kompetens.

Bedömning av utbildningskvalitet innan tilldelning av ST-tjänster, är idag välfungerande. Arbetsuppgiften finns i studierektorsorganisationen och SPUR-granskningen som sker vart femte år kompletterar kvalitetssäkringen. Uppföljning av SPUR-granskningar där behov av förbättringar har identifierats är något som vi välkomnar och ser behov av, då ett underkännande idag inte leder till några egentliga påföljder. Statistikrapportering av antalet personer som genomför ST behöver förbättras i alla regioner och är avgörande för omställningen till God och nära vård.

Vi instämmer i utredarens förslag att vårdgivaren ska identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning i överensstämmelse med kravet på god vård i HSL. Att ställa högst krav på läkares fortbildning är helt avgörande. Tyvärr ses fortbildning idag mer som en förmån än som en naturlig del av läkaryrket och är ofta det första att prioriteras bort vid resursbrist. Självklart ska hälso- och sjukvårdspersonal ha en skyldighet att regelbundet ta del av fortbildning. I detta sammanhang måste vi från SFAM betona betydelsen av en god arbetsmiljö och att ansvaret att vara fast läkarkontakt gäller för ett rimligt antal personer i befolkningen med strävan att nå Socialstyrelsens riktvärde 1 allmänläkare på 1100 invånare. En viktig delförklaring till det låga deltagandet i extern fortbildning, handlar om att frånvaro på grund av fortbildning har ett pris i form av en stor volym uppskjutet indirekt patientarbete. Mängden står i proportion till uppdragets/listans storlek.

För att lagregleringen ska få ett genomslag behöver ambitionen att förse varje invånare i Sverige med en fast läkarkontakt höjas, och regionerna hållas ansvariga för saktfärdigheten i att uppnå detta riktvärde.

Arbetsgivarnas uppgifter om att läkare har allt från åtta timmar per år upp till 15 utbildningsdagar per år ger tydliga besked om att något inte står rätt till. Läkare inom primärvården har generellt betydligt mindre mängd fortbildning än läkare inom sjukhusspecialiteter (8–40 timmar per år). Det är även anmärkningsvärt att arbetsgivarna särskilt betonar bristen på distriktssköterskor snarare än bristen på distriktsläkare.

Att uppföljning med dokumentation sker i patientsäkerhetsberättelsen är helt i sin ordning. Idag har primärvården i påfallande liten utsträckning läkare som verksamhetschefer. De flesta verksamhetscheferna har en annan yrkesbakgrund. För dessa kan det vara svårt att värdera innehållet i den önskade planering som allmänläkaren presenterar vid ett medarbetarsamtal. Det är därför lämpligast att planen upprättas i dialog med en betrodd kollega inom ramen för ett ömsesidigt utbyte. Uppföljning görs ett år senare företrädesvis i samma konstellation.

Vi håller inte med om det som står på s 415 angående regioners kostnader för förslagen rörande fortbildning. Utredningen bedömer att förslagen inte ska leda till några kostnader för regioner och privata vårdgivare. I Sveriges regioner råder en stor ojämlikhet när det gäller möjligheter och tillgång till extern fortbildning för allmänläkare.

Fortbildning enligt utredningens definition bör äga rum på flera arenor. Vi håller med om att den kliniknära fortbildningen är effektiv, men arbetsplatserna får inte bli isolerade öar i detta sammanhang. Vi allmänläkare behöver få tillgång till nätverk utanför arbetsplatsen. Det övergripande syftet för all fortbildning handlar om patientsäkerhet och förbättrad vårdkvalitet.

För att garantera kvaliteten i utbudet av lärandeaktiviteter bör det finnas en **infrastruktur** som fångar upp de behov som uttrycks i de individuella planerna i form av kompetensförstärkning och kompetensförnyelse. Utbudet av fortbildning behöver beakta den bredd på kompetenser som ingår i allmänläkarens yrkeskunnande, och samtidigt präglas av nyfikenhet på omvärldens önskemål och perspektiv. Lokalt fortbildningsansvariga läkare bör finnas på varje arbetsplats, och i regionen bör det finnas en producentneutral organisation som planerar gemensamma lärandeaktiviteter, och garanterar att det finns mötesplatser för kollegial dialog i större sammanhang. Den regionala fortbildningens organisation bör som grundprincip djupt involvera SFAMs lokalföreningar när det gäller allmänläkarnas fortbildning.

Det bör också finnas ett utbud för smågruppslärande med deltagande från olika arbetsplatser, i form av FQ-grupper (fortbildnings- och kvalitetsutvecklingsgrupper) och Balintgrupper (som handlar om upplevda svårigheter i relationen med patienten). Idag finns det ett tjänsteutrymme för STRAMA och för informationsinsatser från Läkemedelskommittéerna. Uppdraget är att besöka arbetsplatserna och föra en dialog med förskrivarna. Dessa besök är mycket uppskattade och innehållet i förmedlade budskap påverkar förskrivningen av läkemedel i gynnsam riktning. Att få ett liknande upplägg för Kloka Kliniska Val, som handlar om att utmönstra lågvärdevård, vore önskvärt.

Kriterier för fortbildning bör ingå i ackrediteringsvillkoren. Uppföljning av vissa mätbara variabler för fortbildning bör kunna bli föremål för benchmarking. Transparens blir ledordet.

Sammantaget behövs det ekonomiska satsningar för fortbildningen för att i jämlik anda upprätta en nationell infrastruktur. Det behövs ett definierat tjänsteutrymme för att utveckla lärandemiljöer på och utanför arbetsplatserna.

Vi instämmer i att fortbildning även är en viktig fråga när det gäller beredskap för kris eller krig och att kunna upprätthålla sjukvård i en sådan situation.

Vi instämmer i utredningens förslag när det gäller reglering och vidareutbildning i andra yrken som berörs. Att värna generalismen inom primärvården och undvika specialisering inom yrkesgrupper är en grundförutsättning för att ha en bred och stabil sjukvård med primärvården som nav. Vårdprofessionslyftet kan bidra till att stärka kontinuiteten i de berörda yrkena. Förslagen är helt rimliga. Vi har inget att tillägga.

För Svensk förening för allmänmedicin

Andreas Stomby
ordförande SFAM