

Viktigt stöd för att listning på personlig läkare bör införas

Det är värdefullt att resultatet av webbenkäten till allmänläkare, som redovisas i en artikel av Sven Engström och medarbetare i detta nummer av Läkartidningen, stöder Läkarförbundets och en gryende politisk insikt om att listning på personlig läkare bör införas. Socialstyrelsen ska ta fram ett nationellt, icke-tvingande stöd för fast läkarkontakt [1]. En stor majoritet av de över 800 läkarna som svarade på enkäten önskade en personlig patientlista, rimligen omfattande 1 100-1 200 individer per heltidsarbetande läkare.

Listning har inte ett egenvärde utan är ett sätt att öka kontinuiteten, en väldokumenterad kvalitetsfaktor. Den är försummad i svensk sjukvård [2, 3]. Sven Engströms och medarbetares artikel ger inget svar på om en personlig lista ger så mycket bättre kontinuitet, men det är troligt. Det är också troligt att fördelarna uppväger nackdelarna.

Listningstak tydliggör allmänläkarbristen. Magnus Isacson, ordförande i Sfam (Svensk förening för allmänmedicin), redovisade offentligt varför han slutar i Tensta [4]. Arbetsbördan är orimlig. I detta område med utomordentlig vårdtyngd är bemanningen en allmänläkare på 2 600 invånare - ett omöjligt uppdrag. Vårdvalet med sin fria etableringsrätt klarar inte att fördela läkarresursen efter behov; särskilt drabbas glesbygd och utsatta sociala områden.

Visserligen kan en del göras för att öka kontinuiteten även vid dålig bemanning, men för att alla medborgare ska ha en fast



Bengt Järhult, distriktsläkare, Ryd
● bengt_jarhult@hotmail.com

läkare och kunna erbjudas hög kontinuitet krävs mer än dubbelt så många specialister i allmänmedicin som i dag, 11 000. Det kan synas vara en provocerande siffra men ger en täthet av läkare i paritet med många europeiska länder. Där har man insett att en fungerande allmänmedicin också är lösningen på många av sjukhusens problem, medicinska och ekonomiska.

Det var synd att enkäten inte närmare efterfrågade läkarnas syn på hur vården ska bedrivas under ett övergångsskede för dem som inte får plats på listorna. Det blir en realitet om allmänläkarna ska ha ett listningstak som de själva styr utifrån listade patienters vårdtyngd och personlig arbetskapacitet. Många allmänläkare har lämnat banan på grund av orimliga arbetsförhållanden, och av dem som jobbade deltid hade, enligt enkäten, 39 procent valt deltid för att orka med.

Avgränsat uppdrag kan vara en lösning, men uppenbart kolliderar arbetsmiljöfaktorer och läkarnas egenintresse med hälso- och sjukvårdslagets krav på vård efter behov, lika för alla. Politiskt är det en vanda att listningssystem riskerar att i en övergångsperiod skapa ett patienternas A- och B-lag. Allmänläkarna och Läkarförbundet behöver konstruktivt medverka i den diskussionen. När inspiratören Borgholms hemsjukhus [5] gick från underbemanning och vakanser till 1 allmänläkare/1100 patienter utlovades vid rekryteringen av nya läkare en avgränsad lista. Då tog det inte lång tid innan man var fullbemannade och läkare stod på kö för att få jobba.

Vilka är hindren? Det kanske viktigaste hindret för en förbättrad allmänläkarbemanning och kontinuitet via listning är regionerna och SKR. I den senaste statliga satsningen [6] tillskötts 200 miljoner med målsättningen att 55 procent av patienterna ska ha en fast läkarkontakt registrerad 2022 och kontinuitetsindex ska öka med 20 procent. Målformuleringar är dock inte samma sak som verklighet, och åtagandet i »fast läkarkontakt« är inte definierat.

Regionerna har upprepade gånger misslyckats med att förvalta statliga mångmiljardsatsningar för att få primärvården på



Foto: Michael Erhardtsson/Mostphotos

»Det går inte att med odokumenterade påstådda rationaliseringseffekter runda människors lagstadgade rätt till fast primärvårdsläkare.«

fötter. Pengarna har gått in i regionernas slukhål. Professionen och Läkarförbundet måste se till att inte samma sak händer igen. Där är Sven Engströms och medarbetares enkät ett viktigt dokument om var allmänläkarna står.

Med stormstyrka har också en föreställning på SKR och regionernas kanslier blåst upp till följd av pandemins distansarbete och fluffiga mål om att vara världsbäst på e-hälsa [7]. Utan evidens [8] planeras en omstrukturering av sjukvården till distanskontakter och AI-baserad utredning och digitaliserat anamnesupptagande.

I dessa tider när primärvården blivit en inkomstkälla för IT-entreprenörer, där system utan förankring i professionen

HUVUDBUDSKAP

- En stor majoritet av över 800 allmänläkare som svarade på en webbenkät önskar ett listningssystem för att uppnå hög kontinuitet.
- Det krävs en dubbling av antalet allmänläkare för att ge alla rätt till en stabil läkarrelation.
- Mycket skiljer det pågående arbetet på Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och regioner, SKR, för att skapa fler fasta läkare från de kvaliteter som är knutna till personlig listning.

trycks på vården uppifrån och där till och med korruption tycks florerar [9, 10], finns anledning att påpeka: Det går inte att med odokumenterade påstådda rationaliseringseffekter runda människors lagstadgade rätt till fast primärvårdsläkare. Sven Engströms och medarbetares studie baseras på professionens insikt om vad som krävs för att en personlig patient-läkarrelation ska fungera. Det går heller inte att runda allmänläkarbehovet med strukturförändringar utan prövning av de medicinska effekterna [11]. Virtuellt vård är inte undantagen vetenskapskravet formulerat i våra centrala lagar för sjukvården [12-14].

Även nätläkarverksamheten är ett hinder. Den slår sönder idén med listning,

att en långvarig personlig relation med patienten är förutsättningen för adekvat läkemedelsförskrivning och motverkar överdiagnostik och vårdkonsumtion.

Sven Engström och medarbetare pekar på teamets betydelse runt listdoktor. Det gäller i hög grad också jourtid. I flertalet fall kan patienter vänta till dagen därpå om de vet att de får kontakt med den läkare/sköterska de känner. Nätläkare och 1177 behöver inte nyttjas.

En stor del av 1177-samtalen leder bara till hänvisning till ambulans och akuter. Ekonomiska incitament i Stockholm har drivit upp siffran till 40 procent [15]. Kort väntetid till 1177, hög produktivitet hos entreprenören men förödande effekter för hela vårdssystemet. Ylva Sandström, ordfö-

rande i Distriktsläkarföreningen i Stockholm, pekar på konflikten med vad listning och kontinuitet står för [16]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2021;118:21075

REFERENSER

1. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Lagrådsremiss 17 apr 2020. Stockholm: Socialdepartementet; 2020.
2. Borgquist L, Engström S. Läkares personkänedom sparade liv och resurser. *Läkartidningen*. 2019;116:FDZA.
3. SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.
4. Isacson M. Därför slutar jag på Tensta vårdcentral. *Expressen*. 20 jan 2021.
5. Ström M. Kan Borgholmsmodellen bli lösningen på framtidens sjukvård? *Läkartidningen*. 2018;115:EX47.
6. Sveriges Kommuner och regioner. Överenskommelse om god och nära vård. 19 feb 2021.
7. SOU 2016:89. För digitalisering i tiden. Slutbetänkande av Digitaliseringskommissionen. Stockholm: Näringsdepartementet; 2016.
8. Medicinsk bedömning och diagnostik av nyttillkomna symtom via digitala vårdbesök. Örebro: Region Örebro län, HTA-enheten CAMTÖ; 2018. Rapport 2018:13.
9. Vården och AI-verktyget. SVT. Uppdrag granskning. 18 feb 2021.
10. Cederberg J. Vårdinnovation i konkurs – Dalarna häver kritiserat avtal. *Läkartidningen*. 22 jan 2021.
11. Svenska läkaresällskapet. Remissvar Digifysiskt vårdval SOU 2019:42. 22 jan 2021. <https://www.sls.se/globalassets/sls/remissvar/2020/remissvar-digifysiskt-vardval-sou-2019-42.pdf>
12. SFS 2017:30. Hälsa - och sjukvårdslag.
13. SFS 2014:821. Patientlag.
14. SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.
15. Dickson S. »Blir vårdkollaps om alla följer råden«. *Svenska Dagbladet*. 1 mar 2021.
16. Sandström Y. Banta 1177 och satsa pengarna på vården. *Aftonbladet*. 10 feb 2021.