

Patientansvarig läkare

- för en bättre läkarkontinuitet

Remissversion 2015-04-21

Sveriges läkarförbund 2015

Susann Asplund Johansson, utredare

Camilla Damell, utredare

Sveriges läkarförbund

Box 5610, 114 86 Stockholm

Telefon: 08-790 33 00

E-post: info@slf.se

www.lakarforbundet.se

Innehåll

1	Inledning.....	5
1.1	Bakgrund och problembeskrivning	12
1.2	Syfte och frågeställningar.....	14
1.3	Metod.....	14
1.4	Avgränsning.....	15
2	Patientcentrerad vård	16
2.1	Vad är patientcentrerad vård?.....	16
2.2	Kontinuitet och samordning.....	17
2.3	Vad är kontinuitet i vården?	18
2.4	Problem med kontinuitet och samordning	19
2.5	Vidtagna och pågående åtgärder	22
3	Fast vårdkontakt.....	26
3.1	Fast vårdkontakt	26
3.2	Fast vårdkontakt för patienter med livshotande tillstånd	27
3.3	Fast läkarkontakt i primärvården	29
3.4	Utvärdering av fast vårdkontakt.....	29
4	Tidigare patientansvarig läkare.....	32
4.1	Tidigare bestämmelse om patientansvarig läkare (PAL)	32
4.2	Utvärdering av PAL-bestämmelsen.....	34
4.3	PAL och fast vårdkontakt uppvisar liknande problem	38
5	Vad tycker läkarna och patienterna?.....	41
5.1	Representantskapsmöten	41

5.2	Fokusgrupper.....	44
5.3	Samtal med patientföreningar	46
6	Överväganden och förslag.....	50
6.1	Allmänna utgångspunkter	50
6.2	Problembilden – våra reflektioner.....	51
6.3	Bedömningar och förslag	54
6.4	Förutsättningar och hinder för PAL i praktiken	61

Sammanfattning

Bakgrund och problembeskrivning

Kontinuitet och samordning är ett problem som svensk sjukvård har brottats med sedan länge inte minst inom äldre vården och för de patienter som behöver insatser från flera olika håll inom vården och omsorgen. I en internationell jämförelse av befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården upplevs Sverige som sämre bl.a. på att koordinera vården och en betydligt färre andel har en fast läkarkontakt i primärvården Sverige, drygt 60 procent, jämfört med i flertalet andra länder där 90 procent eller fler uppger att de har en fast läkarkontakt.

Många åtgärder har vidtagits genom åren, såväl lagstiftningsåtgärder som olika statliga strategier och satsningar riktade till olika grupper t.ex. mest sjuka äldre. Problem med läkarkontinuitet, och i stort med kontinuitet och samordning, har också uppmärksammats i den allmänna debatten och i den diskussion som uppstod om ersättnings- och styrsystemen i sjukvården efter en artikelserie i Dagens Nyheter våren 2013 om ”Den olönsamma patienten”. Artiklarna handlade om vårdens ersättnings- och styrsystem, främst New public management. Samtidigt i tid kom ett öppet brev av en anhörig om vården av sin svårt sjuka man, att skapa likaledes stor uppmärksamhet och diskussion. Den handlade om att ständigt möta nya läkare/annan vårdpersonal och att ingen förutom journalen tog ansvar för kontinuitet, en patientansvarig läkare efterlystes.

Sammantaget har detta lett till att det för närvarande pågår olika utvecklingsarbeten när det gäller styr- och ersättningssystem. För närvarande arbetar även en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.

Fram till år 2010 fanns en reglering i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om patientansvarig läkare (PAL). PAL infördes i HSL år 1991 med syfte att främja kontinuitet och att skapa förutsättningar för att ge patienten starkare anknytning till en viss läkare. Avsikten var att bestämmelsen skulle preciseras och anpassas genom rutiner och riktlinjer.

Efter ett par utvärderingar av Socialstyrelsen konstaterades att PAL-funktionen inte hade fått åsyftad effekt. Bestämmelsen upphävdes år 2010 och ersattes av en reglering i HSL som lägger ett tydligare ansvar på verksamhetschefen att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården, och om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Den fasta vårdkontakten kan men behöver inte vara läkare. Men när det gäller patienter med livshotande tillstånd finns en föreskrift från Socialstyrelsen som reglerar att verksamhetschefen ansvarar för att det utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt.

En utvärdering av fast vårdkontakt år 2012 visade att lagändringen inte var särskilt väl känd inom vården och bland patienter. Det rådde stor osäkerhet om lagändringen i hälso- och sjukvårdsverksamheterna, framförallt när det gällde hur bestämmelsen om fast vårdkontakt skulle omsättas i praktiken och vilka befogenheter den fasta vårdkontakten hade.

Läkarförbundets fullmäktige 2014 behandlade en motion om patientansvarig läkare där det yrkades att Läkarförbundet skulle verka för en reglering där sjukvården blir förpliktad att utse en patientansvarig läkare. I motionen anfördes att det råder osäkerhet inom vården kring nuvarande lagstiftning om fast vårdkontakt. Fullmäktige biföll att Läkarförbundet verkar för en reglering där patienten i samband med vård alltid har en namngiven läkare med ansvar för patienten.

Mot denna bakgrund har ett utredningsarbete genomförts där syftet har varit att beskriva och analysera problemen med den tidigare bestämmelsen om patientansvarig läkare (PAL) och att så långt som det är möjligt presentera hur en PAL-funktion skulle kunna se ut. Målet är en ny PAL-funktion som har bättre förutsättningar att få genomslag i praktiken och som därmed kommer bidra till att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning kan uppfyllas.

Dataunderlaget har utgjorts av förarbeten och utvärderingar av den tidigare PAL-bestämmelsen och nuvarande bestämmelse om fast vårdkontakt, tillsammans med ett urval rapporter, utredningar och olika underlag som berört problematiken med kontinuitet och samordning. För bättre förståelse och fördjupning av problematiken har ett tiotal samtal förts med enskilda läkare och tjänstemän inom verksamheter som typiskt sett har patienter för vilka en PAL skulle vara viktig. Ett återinförande av PAL har därefter diskuterats både på specialitetsföreningarnas som lokalföreningarnas representantskapsmöten. Ett tjugotal föreningar har också skriftligen svarat på ett antal frågor. Vidare har en kvalitativ undersökning genomförts i form av tre fokusgrupper, två grupper med totalt 11 specialistläkare och en grupp med 5 chefer. Slutligen har ett möte också hållits med företrädare för patientföreningar och PRO. Det samlade materialet har analyserats och utgjort underlag för våra överväganden och förslag.

Överväganden och förslag

Våra bedömningar och förslag tar sin utgångspunkt från tre olika perspektiv: patienter efterfrågar kontinuitet i läkarkontakten, kontinuitet är viktigt även för läkaren och i läkarrollen och kontinuitet är effektivitet.

Även om det på sina håll fungerar väl, så visar olika undersökningar att det fortfarande finns problem när det gäller kontinuitet och samordning. Det kan konstateras att problemen med kontinuitet och samordning inte har lösts genom att ersätta PAL med den nuvarande bestämmelsen om fast vårdkontakt. Det är givetvis så att alla problem inte kan lösas med en fast vårdkontakt, och inte heller med en ny PAL-funktion, men det finns utrymme för förbättring när det gäller läkarkontinuitet.

Vi konstaterar att den tidigare lagstiftningen om PAL och nuvarande om fast vårdkontakt uppvisar liknande problem, som skulle kunna sammanfattas med bristande lokal anpassning. De brister som fanns i samordning som bl.a. innebar att patienten fick ta ett för stort samordningsansvar själv, ledde till införandet av fast vårdkontakt som tydligt lyfte fram samordning. Men det kan ha kommit att innebära att kontinuiteten i läkarkontakterna tonats ner, eftersom PAL samtidigt togs bort ur lagstiftningen. Det kan sannolikt inte ha varit lagstiftarens intentioner.

Vi menar att synsättet att kontinuitet enbart är att hålla ihop vårdkedjan, att vårdpersonalen är utbytbara så länge teamet, enheten eller någon lotsfunktion säkerställer att vården ges vid rätt tid, måste nyanseras. Det är dags att prioritera vården som de mänskliga relationerna. Patienter vill

inte vara en del i en produktionsprocess lika lite som läkarna vill ses som en utbyttbar kugge i processen. Teamet runt patienten är viktigt, men kan inte ersätta läkarkontinuiteten. Utöver teamet behöver patienten en namngiven ansvarig läkare som har kontakt med patienten.

För att PAL ska fungera i praktiken måste funktionen ta avstamp i det som är viktigt för patienterna, utformas utifrån behov och verksamhetens karaktär och i nära samråd med professionerna. Det måste vara tydligt för den som blir PAL vilka uppgifterna, ansvaret och befogenheterna är. Det måste vara klart vad som förväntas av PAL, både i förhållande till patienten och andra behandlande läkare, teamet och eventuellt andra PAL:ar. Den vilja läkare visar att ta ett PAL-skap måste, för att arbetet ska bli rimligt, stödjas av strukturer och ersättningsystem.

PAL som fast vårdkontakt

Enligt 29 a § HSL ska en fast vårdkontakt utses om det behövs för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning. Även om det inte längre explicit uttrycks i lagen att en PAL ska utses, menar vi mot bakgrund av den beskrivning som ges i förarbetena och Socialstyrelsens utvärdering, att det inte var lagstiftarens intention att försämra patienternas möjligheter till att få en namngiven ansvarig läkare som fast vårdkontakt. Avsikten var snarare att komma bort från den rådande tillämpningen att PAL många gånger utsågs per automatik för alla patienter, oavsett behov i syfte att uppfylla lagens krav.

Vår bedömning är att verksamheterna fortsatt inom ramen för gällande lagstiftning har en skyldighet att utse en läkare som fast vårdkontakt för patienter som har behov eller själva önskar ha en namngiven ansvarig läkare som fast vårdkontakt. Vår bedömning är att det av flera skäl är angeläget att få en mer enhetlig benämning för funktionen när den innehas av en läkare. Det blir tydligare för patienten och annan vårdpersonal vad som ligger i ansvaret, det underlättar också uppföljning och utvärdering av lagens tillämpning. Vi föreslår därför att den läkare som utses till fast vårdkontakt ska benämnas PAL. I primärvården ska den fasta läkarkontakten betraktas som PAL.

Vår bedömning är att rätten till PAL som fast vårdkontakt inte kan begränsas till patienter med livshotande tillstånd. Även patienter med kroniska sjukdomar, livshotande tillstånd, andra allvarliga eller komplicerade sjukdomstillstånd, sköra och multisjuka äldre och patienter med nedsatt autonomi har behov av en PAL som fast vårdkontakt. Vi anser att de verksamheter som regelmässigt vårdar patienter som kan anses tillhöra någon av de ovan nämnda kategorierna ska utse en PAL som fast vårdkontakt, redan i dag. Socialstyrelsens förskrift om "livsuppehållande behandling" bör ses över och vid behov utvidgas med ovan nämnda patientgrupper.

PAL bör vara legitimerad läkare. För att kunna ge god och säker vård är det många gånger nödvändigt att PAL är specialist inom relevant område. Vi anser dock att det bör finnas möjlighet att även läkare i slutet av sin ST ska kunna vara PAL, under förutsättning att det bedömts lämpligt utifrån patientens behov.

PAL:s uppgifter och ansvar

Syftet med PAL är att främja läkarkontinuiteten och tydliggöra vem som är medicinskt ansvarig, och därigenom förbättra patientsäkerheten, öka tryggheten för patienten och få ett effektivare resursutnyttjande. PAL ska vara en namngiven ansvarig läkare, inte bara en funktion. Härigenom blir det tydligt för patienten och övrig vårdpersonal vem som är ansvarig läkare och som ska stå för läkarkontinuiteten dvs. vara den som träffar patienten.

Exakt vilka uppgifter, ansvar och befogenheter som ska ingå i ett PAL-uppdrag kan inte fastställas på ett generellt plan. Uppgifter, ansvar och befogenheter måste preciseras utifrån varje verksamhets lokala förutsättningar och i samråd med professionen. En tydlig ansvarsfördelning i lokala rutiner är viktigt för patientsäkerheten och ett fungerande PAL-skap. Beslutsmandat/befogenheter för PAL måste också klargöras i lokala rutiner. Verksamhetschefen ska se till att personalen har de resurser och kompetens som behövs för att utföra sina uppgifter. Viktigt att betona att all personal har kvar sitt yrkesansvar även när det finns en utsedd PAL för patienten.

PAL i teamet

Teamet runt patienten är viktigt, men därutöver behövs en PAL. Vilka uppgifter och ansvar PAL ska ha i förhållande till teamet kan bero på vilken typ av team det är; multiprofessionella team eller multidisciplinära team. Generellt beskrivs PAL:s roll i teamet, i våra underlag, vara den som är medicinskt huvudansvarig läkare och den som ska planera och hålla ihop de medicinska delarna. PAL ska också vara den läkare som ansvarar för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd, vård och behandling i enlighet med patientsäkerhetslagens informationsskyldighet. PAL ska vara den läkare som patienten huvudsakligen ska kunna hålla kontakt med, d.v.s. vara ”patientens läkare”.

PAL-skapet innebär inte att denne läkare ensam bär ansvaret för patientens vård. Andra läkare som ingår i teamet kring patienten har givetvis kvar sitt ansvar för de bedömningar och åtgärder som de vidtar. Det är också ett ansvar för övriga läkare i teamet att fungera som back-up om PAL är frånvarande. Skriftliga rutiner kring roll- och ansvarsfördelning i teamet är viktigt för att alla ska veta vem som ska göra vad och när.

Samverkan mellan olika PAL

Vår bedömning är att ett välutvecklat PAL-system och överenskommelser om samverkansmodell mellan olika verksamheter skulle bidra till en förbättrad samordning av patientens vård. Vårdgivare måste ta fram rutiner för en fungerande PAL-samverkan mellan vårdenheter. Det är också nödvändigt att vårdgivarna skapar rutiner för samverkan sinsemellan, t.ex. mellan patientens olika PAL. Även sjukvårdens huvudmän måste på en övergripande nivå organisera hälso- och sjukvården så att samordning mellan olika PAL möjliggörs. För att en samverkansmodell ska kunna vara användbar i praktiken krävs att läkarprofessionen involveras i utvecklingen av en sådan modell.

Förutsättningar och hinder för PAL i praktiken

Lagstiftningens krav på god kontinuitet måste efterlevas

Vår bedömning är att vi har den lagstiftning som behövs för att ge patienten rätt till en namngivet ansvarig läkare (PAL) som fast vårdkontakt. Problemen är att den inte följs. Det är enligt vår uppfattning inte acceptabelt att vårdgivarna inte lever upp till de lagstadgade skyldigheter de har. Vårdgivarna måste förbättra sitt kvalitetsarbete och sin egenkontroll, särskilt med fokus på åtgärder som syftar till att stärka patientens ställning. För att sätta press på vårdgivarna anser vi att IVO måste skärpa tillsynen på hur vårdgivarna lever upp till kvalitetskraven i lagstiftning och då med särskilt fokus på kontinuitetskraven.

Vi föreslår också att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att göra en ny uppföljning av tillämpningen av fast vårdkontakt i 29 a § HSL och föreskriften om livsuppehållande behandling. Uppföljningen bör bland annat fokusera på huruvida verksamheternas behovsbedömning säkerställer att de patienter som har behov av att få en läkare som fast vårdkontakt får det. En sådan utvärdering av fast vårdkontakt kan sedan utgöra underlag för att ta ställning till om det finns behov av ytterligare reglering t.ex. genom att utvidga Socialstyrelsens föreskrift till att omfatta fler patientgrupper.

Organisation, ersättnings- och styrsystem måste stödja kontinuitet och samordning

Ersättningssystemen måste stödja de medicinska prioriteringarna och gå i takt med läkaretiken. Detaljstyrningen av sjukvården måste begränsas, till förmån för tillit och fortlöpande uppföljning! Antalet kvalitetsindikatorer måste begränsas och professionen måste involveras i arbetet med att ta fram indikatorerna. Styrningen bör vara mer generell och övergripande, bygga på tillit till professionerna och stödja mötet mellan patient och läkare/annan vårdpersonal liksom kontinuitet och kvalitet i vården.

När det gäller statens styrning och stimulansmedel är det, som påpekats, viktigt att inte målkonflikter mellan de olika satsningarna uppstår och att ytterligare indikatorer skapas. Regeringen har t.ex. aviserat en "Professionsmiljard". Det kan delvis sägas vara ett svar på den omfattande debatten om att vårdpersonalen har för många administrativa uppgifter. För att inte riskera förstärka det med den beslutade professionsmiljarden är det viktigt att den statliga styrningen ger utrymme för professionens bedömningar och kontinuitet mellan patient och läkare/annan vårdpersonal.

God informationskontinuitet

En viktig förutsättning för att läkaren ska kunna ge en god och säker vård är tillgång till korrekt och relevant information om patientens hälsotillstånd, bedömningar och vårdåtgärder som vidtagits av andra läkare. Journalen är ett viktigt verktyg för att förmedla denna information mellan vårdpersonal inom samma klinik men också mellan olika verksamheter och vårdgivare. Uppgifter om vem som är ansvarig läkare (PAL)

måste finnas lätt tillgänglig och synlig i journalen. Såväl primärvårds- som specialistvårdsläkare framhåller att det skulle underlätta betydligt att veta vem man ska kontakta när man behöver ta kontakt.

Brister i informationsöverföringen inom vården, mellan vårdgivare är idag ett välkänt problem. Icke-kompatibla journalsystem i primär- och specialistvård försvårar kommunikation och samordning mellan olika vårdgivare. Flera statliga utredningar har lagt fram förslag som syftar till att förbättra förutsättningarna för mer ändamålsenlig och säkrare informationsöverföring inom vården.

Vi anser att är mycket angeläget att de förslag som lagts fram av utredningarna Rätt information i vård och omsorg¹ och E-hälsokommittén² genomförs för att skapa förutsättningar för en bättre informationskontinuitet inom vården. Därutöver behöver huvudmän och vårdgivare skapa en enhetlig standard och praxis kring hur uppgifter om PAL anges i journalerna för att underlätta kontakterna och kommunikationen inom vården.

God läkarbemanning

Bristerna i läkarbemanningen måste påtalas som ett problem när det gäller att uppnå bra läkarkontinuitet. Det framgår tydligt av underlagen för denna rapport, bl.a. av fokusgrupperna, att brister i läkarbemanningen uppfattas som ett hinder och en av orsakerna till brister i kontinuitet. Även IVO har påpekat att tillfälliga anställningar och bristande bemanning leder till kontinuitetsproblem och bristande patientsäkerhet.

Det är vårdgivaren som enligt hälso- och sjukvårdslagen är ansvarig för att se till det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Detta innebär att vårdgivaren ska se till att läkarbemanningen är tillräcklig för att kontinuiteten i läkarkontakterna ska uppnås. Det är emellertid inte så enkelt för vårdgivaren att uppfylla skyldigheterna då det råder stor brist på läkare inom vissa specialiteter.

Vår bedömning är att ett skäl till att dessa brister uppstått är att försörjningen när det gäller läkare inom olika specialiteter i huvudsak sker på mycket decentraliserad nivå utan vare sig regional eller nationell samordning. Därutöver saknas långsiktiga analyser på nationell nivå för att utröna det framtida behovet av läkare och specialistläkare i Sverige. Läkarförbundet har därför under flera år bedrivit ett aktivt påverkansarbete riktat mot regeringen och Socialstyrelsen, där vi påtalat det stora behovet av bättre prognoser och planeringsstöd som inkluderar den framtida efterfrågan på läkare.

¹ Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23)

² Nästa fas i e-hälsarbetet (SOU 2015:32)

1 Inledning

1.1 Bakgrund och problembeskrivning

Läkarförbundets fullmäktige 2014 behandlade en motion om patientansvarig läkare där det yrkades att Läkarförbundet skulle verka för en reglering där sjukvården blir förpliktad att utse en patientansvarig läkare. I motionen anfördes att det råder osäkerhet inom vården kring nuvarande lagstiftning om fast vårdkontakt. Fullmäktige biföll att Läkarförbundet verkar för en reglering där patienten i samband med vård alltid har en namngiven läkare med ansvar för patienten.

Kontinuitet och samordning är ett problem som svensk sjukvård har brottats med sedan länge, inte minst inom äldreården och för de patienter som behöver många olika insatser från flera olika håll inom vården och omsorgen. Resultaten av The Commonwealth Funds årliga undersökning i elva länder om befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården, visar att Sverige utmärker sig även ur ett internationellt perspektiv. Jämfört med andra länder upplevs Sverige som sämre bl.a. på att koordinera vården och en betydlig färre andel har en fast läkarkontakt i primärvården Sverige, drygt 60 procent, jämfört med i flertalet andra länder där 90 procent eller fler uppger att de har en fast läkarkontakt.³

Under de senaste åren har från statligt håll flera satsningar initieras som berör de patienter för vilka kontinuitet och samordning är särskilt viktigt. Det som syftas på är bl.a. Cancerstrategin, Mest sjuka äldre, personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa. Frågor om kontinuitet och samordning har även varit aktuella i den allmänna debatten och i de diskussioner som pågår om vårdens ersättnings- och styrsystem.⁴ Styrsystemen och ersättningar upplevs inte alltid stödja det som uppfattas som viktigast för patienten. Läkare har gett uttryck för frustration då det upplevs att för mycket tid ägnas åt administration som inte är relaterad till vård av patienten. Sammantaget har det lett till att det för närvarande pågår en hel del arbete, på flera nivåer. En särskild utredare arbetar också för närvarande som regeringens nationelle samordnare för effektivare

³ Den svenska delen av undersökningen har genomförts av myndigheten för vårdanalys år 2014.

⁴ Diskussionen startades med ett antal artiklar i Dagens Nyheter och har därefter livligt debatteras de senaste åren i olika forum. Länka till DN!

resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.⁵ Annat som bör nämnas är t.ex. det utvecklingsarbete som pågår med värdebaserade uppföljnings- och ersättningsystem.⁶

Fram till år 2010 fanns en reglering i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om patientansvarig läkare (PAL). PAL infördes i HSL år 1991. Syftet var att främja kontinuitet och att skapa förutsättningar för att ge patienten starkare anknytning till en viss läkare. Patientansvarig läkare skulle ha ett speciellt ansvar för patienten under hela vårdepisoden. Avsikten var att bestämmelsen skulle preciseras och anpassas genom rutiner och riktlinjer.

Efter ett par utvärderingar av Socialstyrelsen konstaterades att PAL-funktionen inte hade fått åsyftad effekt. Bestämmelsen upphävdes därför år 2010 och ersattes av en reglering i HSL som lägger ett tydligare ansvar på verksamhetschefen att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården, och om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Den fasta vårdkontakten kan men behöver inte vara läkare. Men när det gäller patienter med livshotande tillstånd finns en föreskrift från Socialstyrelsen⁷ som reglerar att verksamhetschefen ansvarar för att det utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt.

En utvärdering av fast vårdkontakt som Socialstyrelsen gjorde år 2012 visade att lagändringen i HSL inte var särskilt väl känd inom vården och bland patienter. Det rådde stor osäkerhet om lagändringen i hälso- och sjukvårdsverksamheterna, framförallt när det gällde hur bestämmelsen om fast vårdkontakt skulle omsättas i praktiken och vilka befogenheter den fasta vårdkontakten hade.

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen (2014:821) i kraft. Målet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen har flera bestämmelser från hälso- och sjukvårdslagen samlats, bl.a. bestämmelsen om fast vårdkontakt. Det är regeringens förhoppning att bestämmelsen därmed ska börja tillämpas i ökad utsträckning i hälso- och sjukvården.⁸

Det kan konstateras att PAL-funktionen i sin tidigare form inte fungerade som tänkt och att bestämmelsen om fast vårdkontakt inte fått så stort genomslag i praktiken. Det känns osäkert om en reglering i den nya patientlagen kommer att ändra på det. Mot den

⁵ Dir. 2013:104 <http://www.regeringen.se/content/1/c6/22/89/06/8177d009.pdf> Utredningen har hittills tagit fram en diskussions-PM, se <http://www.sou.gov.se/s-201314-utredningen-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso-och-sjukvarden/publicerat/>. Den statliga utredningen kan sägas vara en följd av debatten och en rapport från Vårdanalys om administration i vården *Ur led är tiden*. Vårdanalys 2013.

⁶ <http://www.sveus.se>

⁷ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling

⁸ Prop 2013/14:106

bakgrund bör en utredning om en ny PAL-funktion fokusera på det som var en del av problemen med tidigare reglering, nämligen oklarheter kring uppgifter, ansvar och befogenheter. Därtill på hinder och förutsättningar.

Det är givetvis inte en åtgärd, som en PAL-funktion, som kan lösa problemen med kontinuitet och samordning. Men målet är att beskriva en PAL-funktion som har bättre förutsättningar att få genomslag i praktiken och som därmed kommer bidra till att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning kan uppfyllas.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet är att beskriva och analysera problemen med den tidigare bestämmelsen om patientansvarig läkare (PAL) och att så långt som det är möjligt presentera hur en ny PAL-funktion skulle kunna se ut.

Frågeställningar som bör belysas är bl.a. följande.

- Hur kan problem och behov se ut, i olika patientgrupper, när det gäller samordning, kontinuitet och säkerhet, vem behöver en PAL?
- Hur ser ansvarsförhållandena ut mellan huvudmän, vårdgivare, verksamhetschef och läkare när det gäller samordning, kontinuitet och säkerhet, t.ex. om en patient har behov av insatser från flera olika specialiteter, vårdnivåer och även huvudmän?
- Om en PAL-funktion återinfördes i dagens sjukvård, vad skulle kunna ligga i PAL-ansvaret? Hur förhåller sig PAL-ansvaret till behandlingsansvaret? Hur förhåller sig PAL:s ansvar till andra behandlande läkares ansvar? Vilken roll har PAL i teamet? Hur långt sträcker sig PAL-ansvaret? Om en patient har flera PAL, hur samverkar de?
- Vad krävs för att en läkare i dagens specialiserade vård ska kunna ta ett PAL-ansvar?

1.3 Metod

I ett första steg har en genomgång av förarbeten och utvärderingar till den tidigare PAL-bestämmelsen och nuvarande bestämmelse om fast vårdkontakt gjorts tillsammans med en bredare genomgång av utredningar, rapporter m.m. kring problematiken med kontinuitet och samordning. Problem och vidtagna åtgärder har analyserats och sammanfattats i en separat promemoria.

För bättre förståelse och fördjupning av problematiken har ett tiotal samtal förts med enskilda läkare och tjänstemän inom verksamheter som typiskt sett har patienter för vilka en PAL skulle vara viktig. Samtalen ska inte ses som någon regelrätt intervjustudie utan har syftat till att belysa problem som framkommit av utvärderingarna och till att öka vår egen kunskap. Samtalen redovisas inte samlat, men vi kommer referera till dom i våra bedömningar och förslag. Samtalen genomfördes mellan september och december 2014.

Ett återinförande av PAL har därefter diskuterats vid två representantskapsmöten under oktober 2014, dels med de lokala lokalföreningarna, dels med specialitetsföreningarna. Föreningarna fick ett antal frågor utskickade efter representantskapsmötena och ett tjugotal föreningar svarade skriftligen på dessa.

Med detta material som underlag har därefter en kvalitativ undersökning genomförts i form av tre fokusgrupper under januari 2015, två grupper med totalt 11 specialistläkare och en grupp med 5 chefer. Slutligen har ett möte också hållits med företrädare för patientföreningar och PRO i februari 2015.

Det samlade materialet har analyserats som underlag för våra överväganden och förslag.

Utredningsrapporten är framtagen av Läkarförbundets kansli i samarbete med en referensgrupp av förtroendevalda. I gruppen har ingått Elin Ericsson, Anders Dahlqvist, Thomas Lindén och Marina Tuutma, samtliga ledamöter i Läkarförbundets centralstyrelse. Från kansliet har ingått Susann Asplund Johansson, utredare, Camilla Damell, utredare och Tomas Hedmark, förbundsjurist.

1.4 Avgränsning

Syftet är i första hand att se över tidigare och nuvarande reglering av PAL och fast vårdkontakt och att beskriva hur en ny PAL-funktion skulle kunna främja trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning.

Kontinuitet och samordning är utmaningar för svensk sjukvård som kräver fler åtgärder än en PAL. Det handlar om ersättnings- och styrsystem som främjar kontinuitet och samordning, det handlar om läkarbemanningen, om informationsöverföring, osv. Detta är stora frågor som inte ryms inom ramen för denna avgränsade utredningsrapport. De berörs endast översiktligt och mer som en del av problembilden.

2 Patientcentrerad vård

Patientcentrering är ett begrepp som används mer och mer i diskussionen som pågår om vårdens utmaningar för att möta patienternas behov, därför inleder vi detta kapitel med ett avsnitt om patientcentrerad vård, med särskilt fokus på kontinuitet och samordning. Därefter redogörs i avsnitt 2.2 för målen och kraven i hälso- och sjukvården samt hur ansvaret för att leva upp till kraven är fördelat i vården. Kraven på god vård innebär bl.a. att patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning ska tillgodoses. Dessa begrepp är emellertid inte alltid så tydliga. I 2.4 beskriver vi kort några olika betydelser av begreppet kontinuitet.

Brister i kontinuitet och samordning är ett problem som svensk hälso- och sjukvård brottas med sedan länge, vilket framgår av kapitel 2.4. Många åtgärder har vidtagits genom åren, ett urval av vidtagna och planerade åtgärder redovisas i kapitel 2.5. Rapportens huvudfokus kommer därefter att vara avgränsat till främst läkarkontinuitet och patientansvarig läkare.

2.1 Vad är patientcentrerad vård?

Patientcentrering är ett begrepp som används mer och mer i den diskussion som pågår om vårdens utmaningar. En enhetlig definition av begreppet saknas. Andra begrepp förekommer så som patientfokus, personcentrering osv. Men en patientcentrerad vård kan sägas utgå från patienternas specifika behov, värderingar och preferenser. Patientcentrerad vård är egentligen inget nytt i svensk hälso- och sjukvård. Så har professionen arbetat länge, det är t.ex. grunden i det allmänmedicinska förhållningssättet. Innebörden, att stärka patientens ställning i vården, har sedan lång tid varit ett uttryckligt mål. Ett syfte med hälso- och sjukvårdslagen var redan vid införandet att stärka patientens ställning. År 2006 presenterade Socialstyrelsen en definition av en patientfokuserad vård. Socialstyrelsen tog senare även fram indikatorer på patientfokuserad vård. År 2009 presenterades en översyn av patientcentrerad vård i Sverige av Socialstyrelsen. Den nationella patientenkäten är ett annat exempel på hur patientperspektivet lyfts fram.⁹

Under år 2012 tog Vårdanalys fram ett ramverk för utvärdering av patientcentrering. Det var en följd av att resultaten i den s.k. IHP-studien visade att patienter i Sverige i högre grad än i många andra länder upplevde problem som en följd av otillräcklig samordning av vården. Vårdanalys använde fem dimensioner som ett analysramverk för sin utvärdering, en dimension var ”samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg”. De nyckelproblem som Vårdanalys identifierade när det gäller ”samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg var”:

⁹ För en närmare redogörelse av begreppet patientcentrerad vård se t.ex. *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - en extern utvärdering*. Vårdanalys 2013

- svaga resultat i internationella jämförelser rörande samordning och kontinuitet pekar på hinder i vårdens organisatoriska struktur och processer;
- svaga resultat i Nationell patientenkät rörande frågor om samordning och kontinuitet, i synnerhet för patienter inom psykiatri;
- vårdgivarnas skyldighet att, enligt ny lagstiftning, erbjuda en fast vårdkontakt till patienter med särskilda behov av stöd och hjälp med att samordna vårdinsatserna har hittills haft ett minimalt genomslag i vården;
- otillräckligt samarbete mellan vårdgivare och mellan vården och socialtjänsten;
- tekniska problem rörande hur de elektroniska patientjournalerna fungerar, vilket förhindrar en optimal användning av informationen i syfte att kunna förbättra samordning och säkerställa kontinuitet; samt
- problem med kontinuiteten och samordning för specifika befolkningsgrupper, såsom de mest sjuka äldre.¹⁰

Vårdanalys har därefter i flera rapporter påpekat att svensk hälso- och sjukvård inte är tillräckligt patientcentrerad.¹¹

Ett arbetssätt som mer utgår från individens behov och situation är något som länge eftersträvats i vården, särskilt för patienter med omfattande behov från flera olika håll i vården och omsorgen. Svensk förening för allmänmedicin, Svensk geriatrisk förening och Svensk Internmedicinsk förening framhöll i ett gemensamt policyprogram från år 2008 att multisjuka äldre har ett extra stort behov av en individanpassad, trygg, bred, samordnad och kontinuerlig vård. En vård där helhetssyn och generalistperspektiv är extra viktiga och som minimerar behovet av återkommande oplanerade vårdtillfällen i slutenvården. Detta, påpekas i programmet, kräver en flexibel organisation, som regel med multidisciplinära och multiprofessionella team/arbetsformer, och med lösningar som fungerar över vårdgivar- och huvudmannagränser.¹²

2.2 Kontinuitet och samordning

Kontinuitet och samordning är en central del av en patientcentrerad vård. Kontinuitet i vården är av stor betydelse för såväl patienten som för hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att ge en god vård. En grundläggande förutsättning för god och säker vård är att det finns en god och förtroendefull relation mellan patienten och personalen. För många människor, kanske speciellt dem med sådana hälsoproblem som innebär att de ofta behöver kontakt med

¹⁰ *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - en extern utvärdering*. Vårdanalys 2013. För en närmare redovisning av dimensioner och resultat se <http://www.vardanalys.se/PageFiles/226/2012-5-Patientcentrering-web.pdf>

¹¹ *VIP i vården? - Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Vårdanalys 2014. och *Vården ur patienternas perspektiv*. Vårdanalys 2014.

¹² *Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram*

hälso- och sjukvården, är det viktigt att oftast kunna möta samma läkare. Detta gäller inte minst många äldre, med kroniska sjukdomar och många kontakter med sjukvården. Brist på kontinuitet och samordning av vården skapar inte bara otrygghet för patienten det kan också medföra såväl kvalitets- och patientsäkerhetsbrister.

Ett av de övergripande syftena med hälso- och sjukvårdslagen är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Målen för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. I lagen anges också att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. God vård innebär bland annat att vården ska tillgodose patientens behov av *trygghet* i vården och behandlingen. Den ska vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av *kontinuitet* och *säkerhet* i vården. Olika insatser för patienten ska *samordnas* på ett ändamålsenligt sätt. Ytterligare bestämmelser finns i HSL som syftar till att stärka patientens ställning som t.ex. patientens rätt välja en fast läkarkontakt i primärvården och skyldigheten att utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det behövs för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning.

Ansvar för att vården lever upp till de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagstiftningen är fördelat på flera olika nivåer och befattningar. Landsting, vårdgivare, verksamhetschef och personal har alla ett ansvar för ge en god och säker vård. Hälso- och sjukvårdspersonalen har sitt yrkesansvar enligt patientsäkerhetslagen. Detta ansvar frångår inte vårdgivarens och verksamhetschefens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ansvar för de olika nivåerna gäller parallellt. För att uppnå kraven om en god och säker vård krävs att alla tar sitt ansvar och vidtar det åtgärder som åligger respektive nivå och befattning för att det ska fungera som en helhet.

2.3 Vad är kontinuitet i vården?

Begreppen kontinuitet, patientsäkerhet, samordning och trygghet är nära knutna till varandra. En samordning av vårdens insatser ger kontinuitet i vårdprocessen och patienten blir trygg med vetskapen om att bli omhändertagen. Att patienten ges möjlighet att träffa samma personal skapar också kontinuitet och trygghet för patienten. En god och förtroendefull relation mellan patient och personal skapas genom att läkaren känner till patientens sjukdomshistoria och patienten behöver inte upprepa samma uppgifter inför ständigt ny personal. Brister i kontinuitet skapar inte bara otrygghet för patienten det kan också medföra patientsäkerhetsrisker.

Ordet kontinuitet betyder fortlöpande sammanhang över en längre tidsperiod eller oavbrutet sammanhang¹³. Vad som avses när vi talar om kontinuitet i vården är inte klart definierat. I den allmänna debatten talas det om brister i läkarkontinuiteten d.v.s. patienten får inte träffa samma läkare. Det talas även om brister i samordningen av vårdprocessen d.v.s. en sammanhållen vårdkedja där alla samarbetar kring patientens problem. Lagstiftaren har inte heller lyckats klargöra vad man egentligen avser med kontinuitet och genom åren har man haft olika fokus på vad som är viktigast. Det är enligt vår mening viktigt att man hittar en gemensam definition av begreppen.

Kontinuitet i vården kan delas in i tre typer av vårdkontinuitet: informationskontinuitet, relationell kontinuitet och management kontinuitet.¹⁴ Management kontinuitet definieras som ”att tillgodose komplimenterande vårdtjänster inom rimlig tid med gemensam vårdplan”. Management kontinuitet innebär alltså planering av vården för att uppnå kontinuitet i vårdkedjan. Sådan planering är viktig särskilt för de patienter som har många olika vårdinsatser som måste samordnas. Detta kan göras i team, på mottagningen eller i vissa fall av särskilda koordinationsfunktioner som vårdlots eller case manager. Informationskontinuiteten innebär att viktiga uppgifter om patienten följer patienten genom vården. Att den vårdpersonal som möter patienten har tillgång till nödvändiga uppgifter för att kunna ge en säker och god vård. Informationsöverföring av patientdata sker oftast via journalen. Vi kan konstatera att både team- och informationskontinuiteten är viktiga men de kan inte ersätta den relationella kontinuiteten, som innebär att patienten får träffa samma läkare.

2.4 Problem med kontinuitet och samordning

Brister i kontinuitet och samordning är ett problem som svensk sjukvård brottas med sedan länge. Problemen har uppmärksammats framför allt för patienter som behöver många olika insatser från flera olika håll inom vården och omsorgen. I ett antal studier och rapporter beskrivs t.ex. vården av äldre som fragmenterad och insatsstyrd med brister i kontinuiteten.¹⁵ Vården och omsorgen om kroniskt sjuka har under senare år varit föremål för analyser i syfte att förstå de utmaningar som vården har att hantera för att möta vårdbehovet hos personer med kroniska sjukdomar. Myndigheten för vårdanalys

¹³ NE och svenska akademins ordlista

¹⁴ Nilsson G. God läkarkontinuitet kan ge bättre vårdresultat. Krafttag behövs för att skapa fasta läkarkontakter i svensk sjukvård. Läkartidningen 2009 nr 6 volym 106. Och Troon J. Om läkarkontinuitet – en litteraturstudie och en studie av läkarkontinuitet på vårdcentralerna i Jönköpingslän, 2008 Primärvårdens FoU-enhet, 2009:5. Definitionen av vårdkontinuitet bygger på Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med. 2003, sept-okt; 1(3):134-43.

¹⁵ För en sammanfattning av problem i äldrevården se t ex Läkarförbundets utredning varför kan inte doktorn komma?

har konstaterat att vården inte är tillräckligt patientcentrerad, bl.a. att sjukvårdsinsatserna inte samordnas tillräckligt. Möjlighet till helhetsansvar försvåras av att vården ofta utgår från organisatoriska indelningar istället för patientens behov. Ett stort ansvar läggs på patienten eller närstående att samordna vården. Av rapporten framgår också att personer med kroniska sjukdomar verkar värdera läkarkontinuitet högre än personer som inte har kroniska sjukdomar. Vårdanalys har påtalat att det krävs fortsatta åtgärder på både regional och nationell nivå så att vården på ett bättre sätt än idag kan fullgöra de krav som ställs i lagar och andra bindande regler för att nå en patientcentrerad vård, bland annat genom skyldigheter på samordning, kontinuitet, delaktighet och information.¹⁶ Det pågår för närvarande en särskild satsning på personer med kroniska sjukdomar, med bl.a. stimulansmedel från staten till landstingen och särskilt regeringsuppdrag till Socialstyrelsen.¹⁷

Internationellt perspektiv – IHP-studien

Av 2014-års The Commonwealth Fund-undersökning (den s.k. IHP-studien), om befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården, framgår att Sverige har sämre resultat än andra länder på fler punkter. Det gäller bl.a. information till patienten, möjlighet för patienten att ta en aktiv roll själv i vården, koordinering av vården och andelen som har en fast läkarkontakt i primärvården. Vårdanalys har genomfört undersökningen i Sverige som vände sig till personer som är 55 år och äldre. Drygt 7 200 personer svarade på den svenska delen av undersökningen.

Det bör redan inledningsvis kommenteras att denna typ av jämförelse kan vara svåra att göra då hälso- och sjukvården ser olika ut i olika länder. Det handlar bl.a. om organisation och om vem som får göra vad i sjukvården. Vårdanalys har också pekat på att resultaten i viss mån kan påverkas av vilka förväntningar eller uppfattningar befolkningen i olika länder har av vården.¹⁸

I Sverige uppger 64 procent att de har en *fast läkarkontakt i primärvården* och ca en tredjedel att de har en särskild vårdcentral, mottagning eller klinik som de vanligen kan vända sig till. I de flesta länder uppger 90 procent eller mer att de har en fast läkare.

Jämfört med andra länder upplevs Sverige sämre på att *koordinera vården*, 45 procent av de tillfrågade upplevde att de alltid/ofta fått hjälp med att koordinera vården av sin

¹⁶ Se närmare *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Vårdanalys 2014

¹⁷ Se överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting <http://skl.se/download/18.1615e03d14adedad0274166d/1422023090163/%C3%96K+2015+Insatser+f%C3%B6r+kunskapsst%C3%B6d+och+upp%C3%B6jning+inom+h%C3%A4lsa+och+sjukv%C3%A5rden.pdf> och regeringsuppdrag till Socialstyrelsen <http://www.regeringen.se/sb/d/19796/a/254684>

¹⁸ *Vården ur patienternas perspektiv - Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*. Vårdanalys 2014.

ordinarie läkare eller någon på läkarens praktik¹⁹, jämfört med närmare 80 procent i många länder. Resultatet när det gäller koordineringen var lägst i Sverige av alla länder. Det framgår också att de patienter som har en fast läkarkontakt i större utsträckning har en positiv erfarenhet av koordinering i vården än de patienter som endast har en särskild vårdcentral eller mottagning att gå till.

Vad gäller *informationsöverföring* mellan primärvård och specialiserad vård upplever de tillfrågade i alla länder att överföringen av patientinformation fungerar bättre från ordinarie läkare eller mottagning till den specialiserade vården än från den specialiserade vården till den ordinarie vården. Knappt 10 procent av de svenska respondenterna uppger att specialistläkaren inte hade grundläggande medicinsk information eller testresultat från ordinarie läkare/mottagning och 18 procent att ordinarie läkare/mottagning inte verkade informerad och uppdaterad om vård hos specialistläkare. Resultaten placerar Sverige ungefär i mitten. När det gäller vård på sjukhus upplever drygt hälften av de svenska respondenterna att deras ordinarie läkare/mottagning fått adekvat information om deras sjukhusvistelse, jämfört med mellan ca 70 till 90 procent i de andra länderna i undersökningen.

När det gäller att erbjuda *stöd* till personer med kroniska sjukdomar *mellan läkarbesöken* är resultaten i den svenska delen av undersökningen bättre än i de flesta länder. Sverige placerar sig som fjärde bäst av de undersökta länderna, 72 procent av de svenska respondenterna ansåg att du enkelt kunde kontakta någon sjukvårdspersonal och ställa frågor och få råd mellan läkarbesöken.

Debatten

Problem med läkarkontinuitet, och i stort med kontinuitet och samordning, har också uppmärksammats i den allmänna debatten och i den diskussion som uppstod om ersättnings- och styrsystemen i sjukvården efter en artikelserie i Dagens Nyheter våren 2013 om "Den olönsamma patienten".²⁰ Artiklarna handlade om vårdens ersättnings- och styrsystem, främst New public management. Samtidigt i tid kom ett öppet brev av en anhörig om vården av sin svårt sjuke man, att skapa likaledes stor uppmärksamhet och diskussion. Den handlade om att ständigt möta nya läkare/annan vårdpersonal och att ingen förutom journalen tog ansvar för kontinuitet, en patientansvarig läkare efterlystes.²¹

Igenkänningsfaktorn var hög bland läkare, och många gick ut i den debatt som följde, och som alltjämt lever. Debatten ledde bl.a. till det s.k. läkaruppropet, som till dags dato

¹⁹ I rapporten används uttrycket "ordinarie läkare eller mottagning", med det menas en fast läkarkontakt eller en vårdcentral, mottagning eller klinik som de vanligen går till.

²⁰ Artiklarna i serien finns samlade på DN:s hemsida <http://www.dn.se/stories/stories-kultur/den-olonsamma-patienten/>

²¹ "Vem i vårdapparaten tar ansvar för min mans cancer?" Britt-Marie Ahrnell i Dagens Samhälle den 2013-06-19

undertecknats av cirka 10 000 läkare. I stora drag vänder sig uppropet mot att sjukvårdens styrsystem fokuserar på ekonomi och produktion istället för på patientens behov.²² Svenska läkaresällskapet startade projektet "En värdefull vård" som syftar till att analysera hälso- och sjukvårdens utveckling de senaste åren, styrformer, struktur, organisation och administration.²³

Läkarförbundets bidrag till debatten har bl.a. handlat om att rådande styrsystemen riskerar sätta den professionella etiken ur spel och att professionen måste involveras då olika indikatorer tas fram. Vidare har förbundet fört fram att systemen behöver balanseras med yrkesutövarnas professionella ansvar för patienten och då lyft fram behovet av en patientansvarig läkare.²⁴

2.5 Vidtagna och pågående åtgärder

Lagstiftningsåtgärder

Allt sedan lagen infördes år 1983 har den kompletterats med en rad bestämmelser som ytterligare ska stärka patientens ställning. Kravet på goda kontakter fanns med i HSL redan då lagen infördes och syftade till att främja kontinuiteten i vården. I förarbetena till PAL, som infördes år 1991, framhölls att kontinuitet hade diskuterats under flera år och att det fanns brister, särskilt vid stora sjukhus. År 2007 tillkom det uttryckliga kravet på att patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården ska tillgodoses. Samtidigt infördes krav på att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Det innebar egentligen inte att några nya krav tillfördes utan var snarare ett förtydligande från lagstiftarens sida av att god vård också omfattar att patientens behov av kontinuitet, säkerhet och samordning ska tillgodoses. Därigenom skulle det bli tydligt att ansvaret för att uppfylla dessa krav låg hos vårdgivarna. Patientens rätt till fast vårdkontakt som infördes år 2010 och ersatte bestämmelsen om PAL var ytterligare en åtgärd som syftade till att stärka patientens ställning. Samtidigt fick verksamhetschefen ett tydligt ansvar för

²² <http://upprop.nu/vvgv>

²³ Se närmare Svenska läkaresällskapet hemsida: <http://www.sls.se/Aktuellt/Debatt/En-vardefull-ward---/>

²⁴ Bl.a. "Läkarens yrkesansvar avgörande för god vård" av Heidi Stensmyren i Läkartidningen <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Signerat/2014/06/Lakarens-yrkesansvar-avgorande-for-god-ward/>, "Läkarnas roll måste stärkas" av Heidi Stensmyren i Läkartidningen <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Signerat/2014/05/Lakarnas-roll-maste-starkasLakarnas-roll-maste-starkas/>, "Våra yrken har kidnappats av ekonomernas modeller" av Marie Wedin et al i Dagens Nyheter <http://www.dn.se/debatt/vara-yrken-har-kidnappats-av-ekonomernas-modeller/> och "Ge patienten en ansvarig läkare" av Heidi Stensmyren i Svenska Dagbladen 2014-04-22 http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/ge-patienten-en-ansvarig-lakare_3483320.svd

att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning tillgodoses.

Senast i raden av lagstiftningsåtgärder för att stärka patientens ställning är den nya patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015. I lagen har främst bestämmelser från HSL samlats, bl.a. bestämmelserna om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården. Inte heller här handlar det om några nya bestämmelser som tillkommit. Regeringens förhoppning är dock att patientens ställning kommer att stärkas genom att bestämmelserna om patientens ”rättigheter” samlas i en lag, då de på så sätt blir mer överskådliga och tillgängliga för medborgarna.

Nationella strategier

Under vidtagna åtgärder bör förutom lagreglering även de statliga satsningarna på mest sjuka äldre, personer med psykisk ohälsa (PRIO-satsningen) och personer med kroniska sjukdomar lyftas fram då de omfattar patienter för vilka kontinuitet och samordning är särskilt viktigt. Inriktningarna i respektive satsning har varierat något. För mest sjuka äldre, som nu är avslutad, var arbetet fokuserat på samordning och helhetsperspektiv. För psykisk ohälsa har arbetet varit inriktat på att förbättra samordning, kvalitet, tillgänglighet och delaktighet och arbetet med en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar har utgått från tre fokusområden – patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig upptäckt.²⁵ När det gäller strategierna för personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa så aviserade den nuvarande regeringen i sin budgetproposition för 2015 att båda satsningarna fortsätter, men kommer eventuellt styras om något. Satsningen på mest sjuka äldre var fyraårig och pågick till och med 2014. Även de resurser som under en rad år avsatts för insatser inom cancerområdet, under senare år för genomförande av den nationella cancerstrategin, bör nämnas.²⁶

För närvarande arbetar även en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.²⁷ I en diskussions-PM från utredningen framhålls tre huvudproblem när det gäller ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. *Styrsystemen* främjar inte kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn. *Verksamhetsstödet* till hälso- och sjukvårdens personal brister bl.a. syftas på informationssystemen och avsaknad av nationella kunskaps- och handläggningsstöd. När det gäller *organisation och arbetsätt*

²⁵ Se närmare t ex. budgetpropositionen för 2015, utgiftsområde 9, s. 50 ff.

²⁶ Budgetpropositionen för 2015 gick inte igenom riksdagen, men under politikens inriktning anges att strategierna kommer fortsätta. Närmare om budgetramarna klargörs troligt i vårpropositionen 2015.

²⁷ Dir 2013:104 En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
<http://www.sou.gov.se/s-201314-utredningen-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso-och-sjukvarden/publicerat/>

som stödjer patientens väg genom vården framhålls att det finns ett samband mellan att patienten får en snabbare och tydligare väg genom vården och att professionerna får en bättre arbetsmiljö och att resurserna kan utnyttjas mer effektivt.²⁸

Ersättnings- och styrsystem

Ersättningssystemen har särskilt de senaste åren varit föremål både för debatt och utredning. Det har handlat om att influenserna från New Public Management har lett till en ökad detaljstyrning och administrativ börda samt till minskad professionell autonomi. Det har också handlat om att ersättningssystemen ofta uppfattas som ett hinder för arbetssätt som snarare utgår från individens behov än organisation. Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har inom ramen för den nationella satsningen på Mest sjuka äldre haft i uppdrag att utreda ersättningsmodeller anpassade till för de mest sjuka äldre.²⁹ LHC framhåller att den vertikala styrningsprincipen måste omprövas. En möjlighet skulle, enligt rapporten, vara att ge gemensam ersättning till flera utförare, utifrån vårdepisoder. Vidare rekommenderas en mindre stram ekonomistyrning. Om ersättningssystemet ger utrymme för ospecificerad tid, skulle ett situationsanpassat förhållningssätt stimuleras. Det är, enligt LHC, troligen en viktigare faktor för ett gott resultat av samverkan än såväl regelverk som riktade ekonomiska incitament.

Som tidigare nämndes är styrsystemen också ett av de huvudproblem som den nationelle samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården pekar på. I nämnda diskussionspromemoria lyfts ett antal aspekter som bör beaktas vid ändring av eller införande av ersättningssystem, bl.a. om styrningen stimulerar kontinuitet för patienten, om styrningen möjliggör innovation i form av ändrade arbetssätt, hur systemen påverkar den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens personal och om styrningen lämnar tillräckligt utrymme för professionernas bedömningar i det enskilda fallet.³⁰

Det pågår också, med hjälp av statliga medel, utvecklingsarbeten i landstingen med s.k. värdebaserade ersättningssystem. Tio landsting har arbetat med ersättningssystem som ska stödja ett bättre omhändertagande av grupper med stora vårdbehov. Ett annat arbete bedrivs inom ramen för Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården (Sveus) av sju landsting för att utveckla ersättningssystem där

²⁸ Diskussions-PM, se <http://www.sou.gov.se/s-201314-utredningen-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso-och-sjukvarden/publicerat/>.

²⁹ *På väg mot en värdefull styrning* - Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. LHC Report Nr 1, 2012 och *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor*. LHC Report Nr 11, 2012

³⁰ S. 12 i Diskussions-PM, se <http://www.sou.gov.se/s-201314-utredningen-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso-och-sjukvarden/publicerat/>.

vårdgivare får ersättning för en hel vårdprocess, s.k. vårdepisodersättning.³¹ Arbetet bedrivs i forskningsprojekt och koordineras av FoU-bolaget IVBAR.³²

Därtill aviserade regeringen i budgetpropositionen för 2015 att en prioriterad fråga är att förbättra styrmodellerna i den offentliga sektorn. Målet är att välfärdsprofessionernas kunnande och yrkesetik ska bli mer vägledande.³³ Vidare har regeringen föreslagit en ”Professionsmiljard”. En miljard kronor ska avsättas per år fr.o.m. 2015 för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka landstingens kompetensförsörjning i positiv riktning. Från och med 2016 ersätter Professionsmiljarden den s.k. Kömiljarden.³⁴

³¹ Regeringens budgetproposition för 2015, utgiftsområde 9, s. 34
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/24/83/43/c23414a4.pdf>. För mer information om Sveus, se hemsidan:
<http://www.sveus.se/>

³² För mer information om IVBAR, se hemsidan: <http://www.ivbar.com/>

³³ Uttalande av civilministern Ardalan Shekarabi, januari 2015. Se <http://www.regeringen.se/sb/d/14892/a/253318>

³⁴ Regeringens budgetproposition för 2015, utgiftsområde 9 (prop 2014/15:1)
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/24/83/43/c23414a4.pdf>

3 Fast vårdkontakt

I detta kapitel redogörs inledningsvis i 3.1 för den nuvarande bestämmelsen om fast vårdkontakt, bl.a. för vilka intentionerna var då bestämmelsen infördes. Det finns inte några formella kompetenskrav på vem som kan utses till fast vårdkontakt, med undantag för patienter med livshotande tillstånd då det är reglerat att den fasta vårdkontakten ska vara legitimerad läkare, för detta redogörs närmare i avsnitt 3.2.

Fast vårdkontakt gäller all vård, men i primärvården finns även reglerat att alla ska kunna välja en fast läkarkontakt, för detta redogörs närmare i avsnitt 3.3. Avslutningsvis sammanfattas i avsnitt 3.4 den utvärdering som har gjorts av bestämmelsen fast vårdkontakt.

3.1 Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Skyldigheten att utse en fast vårdkontakt infördes i 29 a § HSL år 2010 och ersatte bestämmelsen om patientansvarig läkare (PAL). Patientens rätt till fast vårdkontakt finns från den 1 januari 2015 också reglerat i patientlagen (6 kap 2 §)

Det är verksamhetschefens ansvar säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt. Verksamhetschefen är den som är yttersta ansvarig, men självklart kan verksamhetschefen uppdra åt annan t.ex. den medicinskt ledningsansvarige att ansvara för att det finns system och rutiner som säkerställer att patienterna får en fast vårdkontakt. Verksamheten måste också ha riktlinjer som anger när en fast vårdkontakt ska utses, vilka uppgifter och ansvar som ingår i uppdraget och kompetens som krävs för uppdraget.

3.1.1 Motivet till lagändringen

Målet med införandet av fast vårdkontakt år 2010 var att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Lagstiftaren ville också tydliggöra verksamhetschefens ansvar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses. Genom att ge verksamhetschefen en tydlig skyldighet att svara för patientens behov skulle det ge större möjligheter för vårdgivarna att forma system efter patientens behov men också efter lokala och regionala förutsättningar. Till skillnad från systemet med PAL öppnade det enligt regeringen för andra typer av lösningar där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kunde konstrueras. För att inte hindra en positiv verksamhetsutveckling överlämnades till vårdgivarna och verksamhetscheferna att utforma verksamhetsanpassade lösningar som säkerställer patientens behov av fast vårdkontakt. Enligt regeringen skapar detta också bättre förutsättningar att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet och anpassa samordning och information efter behov hos den enskilde patienten.

3.1.2 Samordning mellan olika enheter, vårdgivare och huvudmän

Om en patient vårdas inom flera verksamheter har varje verksamhetschef ett ansvar för att utse en fast vårdkontakt för patienten inom sin verksamhet. Regeringen har uttalat att vårdgivarna bör organisera hälso- och sjukvården så att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses även på en övergripande nivå, särskilt då en patient har behov av vård från flera vårdgivare, enheter eller huvudmän. Regeringen ansåg dock inte att en vårdgivare kunde ta ansvar för det som sker efter att en vårdgivare har överlämnat en patient till en annan vårdgivare. Däremot var det enligt regeringen nödvändigt att vårdgivarna skapade rutiner för samverkan sinsemellan, t.ex. mellan fasta vårdkontakter. Det framhölls också som en önskvärd utveckling att vårdgivare och även sjukvårdens huvudmän samordnade de fasta vårdkontakterna i så stor utsträckning som möjligt.³⁵

3.1.3 Vad innebär funktionen fast vårdkontakt?

Några formella kompetenskrav på vem som kan utses till fast vårdkontakt finns inte (med undantag för patienter med livshotande tillstånd). Det finns inte heller några bestämmelser som anger vilka uppgifter och ansvar som ingår i uppdraget som fast vårdkontakt. I förarbetena uttalas att en bedömning om vem som bör utses till en patients fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov. Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. För patienter med vissa sjukdomstillstånd kan en fast vårdkontakt behöva vara en läkare, t.ex. för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid. Patientens egna önskemål om vem ska vara den fasta vårdkontakten ska också beaktas och tillgodoses så långt det är möjligt. Det är således patientens behov och önskemål som ska styra vilken kompetens den fasta vårdkontakten ska ha, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilket ansvar denne har. Innehållet i funktionen fast vårdkontakt kan alltså vara alltifrån en administrativ funktion till en funktion med övergripande medicinskt ansvar för patientens vård. I förarbetena hänvisas istället till rutiner och riktlinjer ska utformas i verksamheterna efter patienternas behov och utifrån lokala förutsättningar.

3.2 Fast vårdkontakt för patienter med livshotande tillstånd

För patienter med livshotande tillstånd gäller särskilda bestämmelser för vem som ska utses till fast vårdkontakt och vilket ansvar denne har. I syfte att säkerställa att patienter med livshotande tillstånd får en trygg, kontinuerlig och säker vård tog Socialstyrelsen år

³⁵ Prop. 2009/10:67 s. 63

2011 fram nya föreskrifter³⁶. Enligt föreskrifterna ska verksamhetschefen ansvara för att det för varje patient med livshotande tillstånd ska utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Verksamhetschefen bestämmer sedan vilken ytterligare kompetens t.ex. specialist inom ett visst område den fasta vårdkontakten behöver för att kunna ge en god och säker vård. Den fasta vårdkontakten ska vara en särskild utsedd person och inte bara en funktion.³⁷ Den läkare som utses till fast vårdkontakt ansvarar för samordning och planering av patientens vård. Om en patient vårdas inom flera verksamheter har varje verksamhetschef ett ansvar för att utse en fast vårdkontakt för patienten inom sin verksamhet.

I den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten finns inga läkare. En verksamhetschef inom den kommunala hälso- och sjukvården har därför inte ansvar för att utse en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Däremot har den verksamhetschef hos den vårdgivare som står för läkarresurserna på ett särskilt boende eller den verksamhetschef hos den vårdgivare som patienten har valt som ansvarar för att en läkare utses till fast vårdkontakt.

3.2.1 När ska en fast vårdkontakt utses?

Fast vårdkontakt ska utses så snart som möjligt efter det att en behandlande läkare har konstaterat tillståndet. Socialstyrelsen har i en handbok närmare utvecklat vad som avses med livshotande tillstånd enligt föreskriften.³⁸ Med livshotande tillstånd avses tillstånd som på grund av sjukdom eller skada medför fara för en människas liv. Det livshotande tillståndet kan uppkomma akut eller utvecklas gradvis på grund av en sjukdom. Det är en bedömningsfråga vid vilken tidpunkt ett livshotande tillstånd kan anses ha uppkommit. Om en patient kan komma att behöva livsuppehållande behandling innebär det att patienten har ett livshotande tillstånd. Enligt Socialstyrelsen ska föreskrifterna och utseende av läkare som fast vårdkontakt tillämpas i verksamheter som regelmässigt vårdar barn och äldre med livshotande tillstånd. Det kan också vara verksamheter som vårdar patienter som behandlas för vissa svåra autoimmuna och systemsjukdomar, långt framskriden diabetes med systemkomplikationer, neurologiska sjukdomar, kronisk lever- och njursjukdomar eller cancersjukdomar.

3.2.2 Vilket ansvar har läkaren som fast vårdkontakt?

Den läkare som utsetts till den fasta vårdkontakten ansvarar för samordning och planering av patientens vård. Med stöd av vårdgivarens rutiner för vårdplanering ska den fasta vårdkontakten planera och följa upp vården och behandlingen av patienten. Även när det finns en vårdplanering och en fast läkarkontakt har alla andra läkare och annan hälso- och

³⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling

³⁷ Socialstyrelsens handbok (2011) – Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling

³⁸ Socialstyrelsens handbok (2011) – Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling.

sjukvårdspersonal som behandlar patienten ett ansvar för sina bedömningar. Planeringen kanske måste ändras på grund av en läkares nya iakttagelser eller bedömningar. Så långt det är möjligt bör ändringar i vårdplaneringen ske i samråd med den fasta läkarkontakten. För det fall akuta åtgärder måste vidtas och den fasta läkarkontakten inte är på plats ska denne i efterhand informeras om de vidtagna åtgärderna.

Den fasta vårdkontakten ska också ansvara för att vården av patienten samordnas med insatser från andra verksamheter och huvudmän. Om patienten också har behov av insatser från socialtjänsten ska den fasta vårdkontakten besluta om en individuell plan behöver upprättas.

3.3 Fast läkarkontakt i primärvården

Patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården är ytterligare en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som syftar till stärka patientens ställning och skapa trygghet och kontinuitet i vårdkontakten. Enligt 5 § HSL har landstinget skyldighet att organisera primärvården så att invånarna kan få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Regelns syfte är att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilda patienten. Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Genom att patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt förbättras möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient.³⁹ Från och med den 1 januari 2015 har patienten möjlighet att välja en fast läkarkontakt även i ett annat landsting än där han eller hon är bosatt.

3.4 Utvärdering av fast vårdkontakt

Socialstyrelsen följde på regeringens uppdrag upp bestämmelsen om fast vårdkontakt år 2012. Uppföljningen avser enbart bestämmelsen i 29 a § HSL och inte föreskrifterna om fast vårdkontakt för patienter med livshotande tillstånd. Av rapporten framgår att intresseorganisationer, läkare och sjuksköterskor var frågande till vad en fast vårdkontakt är, och hur det är tänkt att den ska fungera i praktiken. De efterlyste mycket mer information från Socialstyrelsen. Socialstyrelsen bedömde att informations- och utbildningsinsatser från hälso- och sjukvården kunde vara av stor vikt för att öka kunskapen hos patienter och personal om bestämmelsen, men enligt undersökningen hade sådana insatser dittills varierat stort.

³⁹ Prop 2013/14:106 s. 100

Bestämmelsen om fast vårdkontakt hade haft blandat genomslag ute i hälso- och sjukvårdsverksamheterna och det varierade mycket hur hälso- och sjukvårdsverksamheterna arbetade med frågan. Omkring 40 procent av vårdcentralerna och sjukhusklinikerna uppgav att de hade haft patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. Inom hemsjukvården uppgav drygt 30 procent av kommunerna att de haft patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. Det var mycket få verksamheter som hade haft någon patient som själv begärt att få en fast vårdkontakt. Enligt Socialstyrelsens bedömning kunde det bero på att lagändringen inte var tillräckligt väl känd hos patienter och allmänhet.

Socialstyrelsen konstaterade att lagändringen hade haft genomslag i få landstings styrdokument. På landstingsnivå hade endast vart femte landsting tagit fram rutiner på övergripande nivå. Situationen på verksamhetsnivå är likartad. Inom hemsjukvården hade knappt var femte kommun tagit fram en rutin för hur fasta vårdkontakter ska samordna sitt arbete med fasta vårdkontakter inom andra verksamheter.

Socialstyrelsen framhåller att rutiner som talar om när en fast vårdkontakt ska utses, vilken personal som kan ta på sig en sådan uppgift och som talar om vad som ingår i uppdraget kan vara ett alternativ för att skapa kontinuitet och samordning. Socialstyrelsen framhåller vidare att det kan behövas ta fram rutiner för samordning med andra verksamheter. Den osäkerhet som fanns i verksamheterna om vad en fast vårdkontakt är och vilka befogenheter denne har kan enligt Socialstyrelsens uppfattning förklaras av att bestämmelsen haft genomslag i så få landstings och hälso- och sjukvårdsverksamheters styrdokument.⁴⁰

Socialstyrelsens uppföljning visade att arbete i team och rutiner med patientansvariga sjuksköterskor är vanligt vid arbetet med vissa patientgrupper, till exempel patienter med cancer. Detta är dock ingen effekt av lagändringen eftersom de verksamheter som arbetar på detta sätt gjorde det redan innan lagen ändrades.

Socialstyrelsens slutsatser

Målet med bestämmelsen var att stärka patientens ställning, men det var för tidigt för att uttala sig om intentionerna skulle uppfyllas. Socialstyrelsen menade att lagändringarna och intentionerna med dessa uppskattades av de som hade tillfrågats i uppföljningen, intresseorganisationer och professionen, men att personalen behövde information och utbildning, och att patienterna inte fick tillräcklig information. För att patienternas rättigheter ska kunna tillgodoses är kännedom om bestämmelserna viktigt, men då Socialstyrelsen gjorde sin uppföljning var lagändringen inte särskilt väl känd.

⁴⁰ Av utvärderingen framgår att Landstinget Dalarna har gjort en egen granskning av landstingets hantering av rätten till fast vårdkontakt inom hälso- och sjukvården. Rapportens slutsats är att landstinget Dalarna inte har infört fast vårdkontakt på ett sätt som uppfyller lagstiftarens intentioner eftersom *det saknas landstingsövergripande riktlinjer* för hur lagens bestämmelse om fast vårdkontakt ska tillämpas. Rapporten pekar också på att landstinget inte har kontrollerat om befintliga rutiner för samordning uppfyller lagens krav på fast vårdkontakt. Socialstyrelsen anser dock att det är positivt att landstinget har initierat en granskning av sin egen verksamhet.

Socialstyrelsen identifierade inte några verksamheter där direktiv om *gemensamma vårdkontakter* hade tagits fram, trots att det var en utveckling som enligt förarbetena⁴¹ framhölls som önskvärd. Socialstyrelsen lyfte fram behov av fortsatt arbete, bl.a.

- att vårdgivarna behövde tydliggöra hur en fast vårdkontakt ska fungera i praktiken, särskilt när det gäller samverkan med andra verksamheter.
- behov av informations- och utbildningsinsatser från vårdgivarnas sida till såväl patienter som personal. Det gällde framförallt rättigheten att på begäran få en fast vårdkontakt. Socialstyrelsen framhöll sin handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* som ett underlag för vårdgivare och verksamhetschefer i ett arbete med sådana insatser.

⁴¹ Prop 2009/10:67

4 Tidigare patientansvarig läkare

I detta kapitel redogörs för den tidigare bestämmelsen om patientansvarig läkare (PAL). Avsnitt 4.1 fokuserar på förarbeten, vad intentionerna var då PAL infördes och vad man ville uppnå med bestämmelsen osv. Därefter redogörs i avsnitt 4.2 för de två utvärderingar som gjordes av Socialstyrelsen.

4.1 Tidigare bestämmelse om patientansvarig läkare (PAL)

4.1.1 PAL infördes år 1991

Bestämmelsen om patientansvarig läkare (PAL) infördes i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) år 1991. Bestämmelsen var en del i den så kallade chefsöverläkarreformen (chöl-reformen) som genomfördes samma år. Chöl-reformen innebar att ett reglerat samlat ledningsansvar, som skulle innehas av läkare, infördes. Den uppdelning av det administrativa- och medicinska ledningsansvaret som därtills hade rått ansågs inte ändamålsenlig, eftersom de medicinska delarna av verksamheten var så nära sammankopplade med de resursmässiga, organisatoriska och personella. Bestämmelserna om samlat ledningsansvar begränsades till de enheter där hänsyn till patienternas säkerhet i vården krävde att verksamheten leddes av en läkare. För andra enheter ansåg regeringen att det kunde överlåtas till sjukvårdshuvudmännen att själva bestämma adekvat kompetens hos den som skulle leda verksamheten.⁴²

Skyldigheten att utse en patientansvarig läkare kopplades till bestämmelsen om chefsöverläkare på så sätt att skyldigheten att utse patientansvarig läkare begränsades till de enheter som leddes av en chefsöverläkare. Patientansvarig läkare skulle ha legitimation och det var chefsöverläkarens ansvar att utse patientansvarig läkare.

4.1.2 Motivet till regleringen

Av förarbetena⁴³ framgår att syftet främst var att *förbättra kontinuiteten* i vården. Bestämmelsen om patientansvarig läkare skulle skapa förutsättningar för att patienten skulle få en starkare anknytning till en viss läkare vid kontakter med hälso- och sjukvården. Bestämmelsen innebar att det vid patientens första besök i en vårdepisod skulle utses en viss ansvarig legitimerad läkare som hade ett särskilt ansvar för patienten under hela vårdepisoden. I de fall det var praktiskt möjligt skulle patienten ges tillfälle att träffa samma läkare också vid olika vårdepisoder. Patienten skulle redan vid sitt första

⁴² Prop 1989/90:81

⁴³ Prop 1989/90:81

besök klart och entydigt informeras om vem som utsetts till patientansvarig läkare samt upplysning om när och hur läkaren kunde nås. Det ansågs inte tillräckligt att utse innehavaren av en viss befattning till patientansvarig läkare.

Förutom att skapa bättre *kontinuitet* i läkarkontakterna, ansåg regeringen att *ansvaret för patienten skulle bli tydligare* genom att en patientansvarig läkare utsågs för varje patient. Detta ansågs särskilt viktigt vid stora sjukhus.

Av regeringen proposition framgår att patientansvarig läkare skulle svara för:

- att patienten undersöktes så att en säker diagnos kunde ställas
- att patienten fick den medicinska vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrade
- att samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtogs, informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som stod till buds och vilken av dessa som läkaren anser vara bäst lämpad för patienten. Om även andra läkare deltog i olika skede av undersöknings- och behandlingsarbetet, var det patientansvarig läkare som skulle ha huvudansvaret för att patienten informerades om åtgärderna och situationen i övrigt samt för samordning en av behandlingsåtgärderna
- att se till att patienten fick en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.⁴⁴

4.1.3 Landstingsförbundets riktlinjer

Landstingsförbundet tog fram riktlinjerna i anslutning till reformen.⁴⁵ Av riktlinjerna framgick att det var landstingens sak att förverkliga intentionerna bakom förslaget att en PAL skulle utses för varje patient. Sjukhus, kliniker och vårdcentraler måste arbeta fram rutiner som ger alla patienter en "egen" läkare under en vårdepisod. Det framhölls som viktigt för att en patient inte skulle få flera olika PAL under en och samma vårdepisod.

4.1.4 Ny utformning år 1997

En uppföljning och utvärdering av chefsöverläkarreformen medförde förändringar av bestämmelsen om ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården. År 1997 ersattes chefsöverläkare av verksamhetschef.⁴⁶ Som en konsekvens av förändringar fick PAL-bestämmelsen en ny utformning år 1997. Kopplingen till chefsöverläkare togs bort och

⁴⁴ Prop. 1989/90:81 s. 34

⁴⁵ Ta ny sats! Landstingsförbundet 1990.

⁴⁶ prop. 1995/96:176

därmed begränsningen av när patientansvarig läkare skulle utses. Bestämmelsen om PAL gällde nu all hälso- och sjukvård. Om patientsäkerheten krävde det skulle en PAL utses. Vem som ansvarade för att utse patientansvarig läkare kom inte att regleras. Det undantag från skyldighet att utse patientansvarig läkare som hade gällt inom primärvården, bedömdes inte längre vara nödvändig. Regeringen ansåg att det var naturligt att den fasta läkarkontakten inom primärvården också var patientansvarig.

4.2 Utvärdering av PAL-bestämmelsen

PAL-bestämmelsen har utvärderats vid två tillfälle. Efter att bestämmelsen hade varit i kraft i cirka fyra år redovisade Socialstyrelsen en granskningsrapport av hur lagstiftningens krav på PAL-funktionen efterlevdes vid kliniker med patienter med tumörsjukdomar. Den andra utvärderingen är från år 2000, efter att chöl-reformen hade upphävts.

4.2.1 Socialstyrelsens utvärdering år 1996

Socialstyrelsens slutsatser var att intentionerna efterlevdes i huvudsak bra inom det verksamhetsområde som undersökningen avsåg. PAL-funktionen fanns enligt chefsläkarna etablerad vid samtliga besökta kliniker. Av avdelningsföreståndarna ansåg 74 % att PAL-reformen genomförts, enbart 34 % av de intervjuade avdelningsföreståndarna kunde visa upp PM/riktlinjer beträffande PAL-funktionen. Dokumenterad uppföljning av PAL-reformen uppvisades vid 20 % av de besökta klinikerna. Den praktiska tillämpningen varierade från klinik till klinik. Dokumentation i journaler av vem som var PAL och information till patienter och anhöriga var en självklar rutin vid en del kliniker men inte lika tydligt markerad vid andra. Patienter och anhöriga var till övervägande delen nöjda med läkarkontakterna och kontinuiteten i vården. Några hade lämnat kritiska synpunkter som visade att det fanns utrymme för förbättringar. Socialstyrelsen skriver att den praktiska tillämpningen karaktäriserades vid en del enheter av ett patientorienterat synsätt, med det menade man att det fanns en tydlig viljeinriktning mot att patienten skulle ha en namngiven PAL och högsta möjliga läkarkontinuitet. Vid andra fann man dock en mer organisationsorienterad tillämpning innebärande att inriktningen var att uppfylla de formella kraven.

I granskningsrapporten lyfte Socialstyrelsen också fram vissa speciella problem avseende PAL-funktionen inom området tumörsjukdomar. Vid större kliniker kunde det vara svårt att tillämpa PAL då behandlings- och uppföljningsperioderna kunde sträcka sig över flera år och innebära skiftande behandlingsmetoder. En specialistläkare vid en onkologisk klinik kunde inte kunskapsmässigt täcka hela ämnesområdet. Det framhölls att ansvaret måste läggas på en grupp av läkare och att en lösning på problemet kunde vara att en sjuksköterska fungerar som kontaktperson.

4.2.2 Socialstyrelsens utvärdering år 2000

Enligt Socialstyrelsen hade PAL-funktionen haft betydelse när det gällde att öka förståelsen för att kontinuitet och samordning är nödvändiga delar av en god vård. Det framhölls att en särskild läkare som den enskilde kan vända sig till skapar trygghet. Dock

framhölls att kontinuitet och samordning i vården och behandlingen inte är något som bärs upp enbart av *en* person i personalkollektivet, utan att ansvaret för patienten många gånger uppfattas mer falla på ett *behandlingsteam* än på en enskild läkare. Det framhölls som en del av tryggheten att under en vårdperiod ha kontakt med samma personal vid en sjukvårdsenhet, inte bara med en särskild läkare. Vissa av PAL:s uppgifter kräver inte alltid medicinsk kompetens.

I slutsatserna påpekades att uppgiften som PAL ofta uppfattades enbart som ett behandlingsansvar inom ramen för läkarens specialitet. En del av de läkare som hade intervjuats framhöll att sjukvården var så specialiserad att läkarna och övrig personal inom den enskilda specialiteten inte var skickade att ta något generellt ansvar för information och samordning. PAL-ansvaret upplevdes föreligga så länge patienten befinner sig på den enhet där läkaren har sin tjänst. Ingen av de intervjuade läkarna uppfattade sig ha ett sådant övergripande ansvar för kontinuitet, samordning och information som låg i PAL-funktionen. Däremot uppfattade specialistläkarna ett ansvar för att kontinuiteten upprätthölls men begränsad till den aktuella specialiteten. Det uppfattades dock inte som något särskilt PAL-ansvar av läkarna utan som läkarens medicinska ansvar.

Om patienten återintogs på sjukhus var det inte självklart att patienten fick samma PAL som tidigare. Förutsättningarna för att kunna upprätthålla kontinuitet och säkerhet genom en och samma läkare *skiljde sig mellan stora och små sjukhus*. På små sjukhus med enbart en ordinarie överläkare vid varje enhet fick överläkaren rent automatiskt rollen som patientansvarig. Vid de stora sjukhusen med flera överläkare och specialistläkare vid varje enhet kunde kontinuiteten, om den enskilde återintogs på sjukhuset, inte alltid upprätthållas. Det kunde bero på att läkaren var kompledig, hade en forsknings- och undervisningsperiod osv.

När det gällde den öppna vården, vid vårdcentraler eller läkarinsatser vid kommunala eller enskilda äldreboenden, framhöll Socialstyrelsen att det var tydligt att ansvariga läkare liksom övrig personal satte likhetstecken mellan fast läkarkontakt enligt 5 § HSL och PAL. Eftersom den enskilde patienten alltid har rätt till en fast läkarkontakt inom primärvården förekom det inte att PAL utsågs i särskild ordning.

Socialstyrelsens överväganden och förslag

Trots att PAL-funktionen hade haft stor betydelse vad gäller fokuseringen på den enskilde patientens behov av kontinuitet och samordning ifrågasattes om PAL hade den betydelse för kontinuitet, samordning och säkerhet som var motivet till att den infördes.

Det konstaterades att behov av en särskild läkare med ett tydligt definierat ansvar för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet beror på patientkategori. Här lyfts patienter med långvariga sjukdomstillstånd (kroniker), patienter med svåra livshotande tillstånd eller patienter i terminalvård, patienter med multipla problem och patienter med bristande autonomi. Det framhölls att det gällde även om patienten hade behov av insatser från olika specialiteter. Socialstyrelsen ansåg att det i sådana fall var rimligt att den läkare som svarade för den huvudsakliga delen av patientens vård och behandling hade detta ansvar.

Som ett särskilt problem lyftes oklarhet vem som skulle ansvara för uppgifterna som ligger på PAL för patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården, som ofta tillhör de som har stort behov av den kontinuitet, samordning och säkerhet.

Det var enligt Socialstyrelsen tydligt att olika patientkategorier har olika behov av att kopplas till en viss läkare. Men det var inte enligt Socialstyrelsen alltid en förutsättning att en särskild läkare utsågs för att behovet av kontinuitet, samordning och säkerhet skulle kunna tillgodoses, även andra personalgrupper kunde uppfylla det.

Socialstyrelsen menade att avgörande för *patientsäkerheten* är i första hand de olika yrkesutövarnas kompetens och skicklighet. Material, teknik, organisation, samarbetsklimat, tillgänglighet, att journalerna sköts på ett korrekt sätt samt att patienterna har möjlighet att kunna påverka vården och behandlingen är andra faktorer som har betydelse för patientsäkerheten eller hur patienten upplever säkerheten. Socialstyrelsen menade att det t.o.m. kunde finnas en viss risk att säkerheten för patienten motverkas av att *en* läkare ensam har ansvaret för patientens vård och behandling, om denne låser sig till en viss bedömning kan det innebära att patienten inte *ges* möjlighet till "second opinion". Socialstyrelsen bedömde att det i mycket begränsad utsträckning övervägdes behovet av PAL med utgångspunkt i patientsäkerheten. Det som styrde var den tidigare regeln att PAL alltid skulle utses om enheten leddes av en chefsöverläkare (före år 1997).

När det gäller *kontinuiteten* anförde Socialstyrelsen att kontinuitet i vården framför allt är beroende av möjligheterna att organisera arbetet på ett effektivt sätt. I verksamheter som har liten omsättning av personal eller där personalen har regelbundna arbetstider är det lättare att upprätthålla kontinuiteten än i verksamheter där personalomsättningen är stor eller där personal ofta är frånvarande p.g.a. andra uppdrag. Här pekade Socialstyrelsen på att det kunde finnas en motsättning i säkerhet och kontinuitet i den meningen att säkerheten för patienterna ofta förutsätter att de olika yrkesutövarna vidareutvecklar sin kompetens vilket i sin tur medför större bortovaro från det ordinarie arbetet.

Samordningen av olika sjukvårdsinsatser var enligt Socialstyrelsen inte heller något som krävde en PAL. Här skiljde Socialstyrelsen på logistisk samordning och medicinsk/professionell samordning. Vem som i olika situationer borde ha ansvar för olika typer av samordning är närmast en chefs ansvar.

Det fanns också enligt utvärderingen en oklarhet i hur man skulle se på uppgifterna för en PAL. Att svara för de olika uppgifter som anges i förarbetena kan innebära antingen att man själv utför dessa uppgifter eller att man har ansvar tillse att de blir utförda. Båda tolkningarna har skäl för sig enligt Socialstyrelsen. Socialstyrelsen konstaterade att det inte föreföll möjligt att närmare ange vilka yrkesgrupper som ska kunna svara för olika uppgifter av betydelse för kontinuitet, samordning och patientsäkerhet. Socialstyrelsen kom fram till att ansvar för att kvaliteten i sjukvården är god i första hand faller på vårdgivarna. Närmast ansvarig för kvaliteten vid en sjukvårdsenhet är verksamhetschefen som har det medicinska och administrativa ledningsansvaret för enheten. Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och

sjukvård⁴⁷ framgår att verksamhetschefen ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Sedan för Socialstyrelsen ett resonemang om att PAL-funktionen som sådan därmed kunde ses som en inskränkning i verksamhetschefens yttersta ansvar för enheten. PAL-funktionen innebar att någon annan än verksamhetschefen skulle ha ett yttersta ansvar för att kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses för vissa patienter vid enheten. Eftersom alla dessa faktorer har stor betydelse såväl för vårdens kvalitet som för kostnadseffektiviteten låg det nära till hands enligt Socialstyrelsen att se verksamhetschefen som ytterst ansvarig härför.

Socialstyrelsen landade i att det med ett tydligt ansvar för verksamhetschefen inte behövdes någon särskild PAL-bestämmelse. Verksamhetschefen avgör hur kontinuitet, samordning och patientsäkerhet ska tillgodoses, t.ex. genom att utse någon som inte nödvändigtvis behöver vara läkare, med ansvar för dessa uppgifter eller genom att ge ett team uppgiften att tillgodose behoven. Genom att ge verksamhetschefen ett tydligt ansvar kan man komma bort från missuppfattningen att se PAL-funktionen enbart som ett behandlingsansvar. Det blir tydligare för personalen vad som ligger i kontinuitet, samordning och patientsäkerhet och hur dessa faktorer relaterar till vars och ens behandlingsansvar om verksamhetschefen utifrån de lokala förhållandena vid enheten fördelar uppgifter och ansvar utan att vara låst i en viss regel om PAL, enligt Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens utvärdering ledde inte omedelbart till att PAL avskaffades i lagstiftningen. Den dåvarande regeringens bedömning var att bestämmelsen om PAL inte skulle avskaffas, utan istället stärkas.⁴⁸ Regeringen ansåg att det tydligt framgick av Socialstyrelsens rapport att *kunskaperna* om vilken *funktion* en PAL skulle ha och under vilka förhållanden en sådan skulle utses var mycket *bristfälliga* inom hälso- och sjukvården. Regeringens slutsats var att kunskaperna i första hand borde stärkas inom hälso- och sjukvården och att ansvaret för detta låg på verksamhetschefen.

Efter regeringsskiftet år 2006 tillkallade den nya regeringen år 2007 en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kunde stärkas. Av direktivet (Dir.. 2007:90) framgick bl.a.:

”I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om patientansvarig läkare (PAL). Syftet med patientansvarig läkare är att främja kontinuiteten och säkerheten för patienterna genom att en särskilt utsedd läkare har ansvar för patienten genom hela vårdprocessen. En utvärdering från Socialstyrelsen (S2000/2567/HS) tyder på att bestämmelserna i lagstiftningen och tillämpningen av densamma i vissa fall brister.” /--/ ”Utredaren skall även lämna förslag till en

⁴⁷ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård upphävdes februari 2015

⁴⁸ Regeringens proposition (prop. prop. 2005/06:115) Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre

stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.”

I delbetänkandet Patientens rätt SOU 2008:127 konstaterade utredningen att bland områden där patientens ställning anses svag kan nämnas att patienter ges ett för stort eget samordningsansvar för olika vårdinsatser. Det är tydligast i samband med överflyttningar från sjukhus till exempelvis fortsatt vård i hemmet eller under rehabilitering, men finns nära nog i alla vårdprocesser som omfattar flera inblandade kompetenser, vårdnivåer och vårdgivare.

Utredningen hänvisade bl.a. till Socialstyrelsens granskning från oktober 1995 och till utvärderingen år 2000. Utredningen föreslog att verksamhetschefen enligt en ny bestämmelse, 29 a § hälso- och sjukvårdslagen, skulle ges en uttrycklig skyldighet att se till att en fast vårdkontakt utsågs eller att en likvärdig rutin fanns för att säkerställa patientens behov av samordning, kontinuitet och patientsäkerhet. Bestämmelsen om patientansvarig läkare i 27 § HSL föreslogs upphävas. Regeringen delade i huvudsak utredningens slutsatser och föreslog att bestämmelsen om PAL skulle upphävas.⁴⁹

4.3 PAL och fast vårdkontakt uppvisar liknande problem

Varför fungerade inte PAL-reformen? Det fanns flera orsaker till det. I anslutning till att reformen genomfördes framhölls vikten av att landstingen tog fram riktlinjer och att rutiner togs fram lokalt på sjukhus, kliniker och vårdcentraler. Utvärderingarna visar att det inte fullföljdes. Socialstyrelsens granskningsrapport år 1996 visade att det enbart var en tredjedel av de besökta enheterna som hade skriftliga rutiner. Av utvärdering år 2000 framgår att mindre än hälften av de besökta klinikerna hade skriftliga direktiv om hur ansvarig läkare skulle utses.

Både år 1996 och år 2000 påpekas att PAL utsågs ”med automatik”. Den praktiska tillämpningen varierade från klinik till klinik, men det var en vanligt förekommande modell år 1996 att PAL utsågs ”med automatik” eller av ”systemet”. Med det menades att man mer var inriktad på att uppfylla de formella kraven i lagen än på att patienten skulle ha en namngiven PAL och hög läkarkontinuitet. Även år 2000 påpekades att PAL utsågs med automatik och i mindre utsträckning med ett formellt beslut.

I granskningen från år 1996 som avsåg tumörsjukdomar framhölls svårigheten att tillämpa PAL vid större kliniker, då behandlings- och uppföljningsperioderna kunde sträcka sig över flera år och innebära skiftande behandlingsmetoder. En specialistläkare kunde inte kunskapsmässigt täcka hela ämnesområdet. Det framhölls att ansvaret måste

⁴⁹ I avsnitt 3.1.1 redogörs för lagstiftarens motiveringar. För närmare redogörelse av den statliga utredningens analys och förslag se Patientens rätt (SOU 2008: 127) och regeringens proposition 2009/10:67

läggas på en grupp av läkare, och att en lösning på problemet kunde vara att en sjuksköterska fungerar som kontaktperson. Det framkom även i utvärderingen år 2000. Uppgiften som patientansvarig läkare uppfattades som ett behandlingsansvar inom ramen för läkarens specialitet. En del av de intervjuade framhöll att sjukvården var så specialiserad att läkarna och övrig personal inom den enskilda specialiteten inte var skickade att ta något generellt ansvar för information och samordning. Specialistläkarna uppfattade att ansvar för att kontinuiteten upprätthålls men begränsad till den aktuella specialiteten. Det var skillnad på små och stora sjukhus. Det framgår också att det var oklart vilka som kunde vara PAL. Den statliga utredningen om patientens rätt föreslog därefter en stärkt skyldighet att vid behov ge patienten en fast vårdkontakt. Verksamhetschefen föreslogs ha ansvar för att så skedde. Ett tydligare ansvar för verksamhetschefen medförde enligt utredningens bedömning att det inte behövdes någon särskild PAL-bestämmelse.⁵⁰ Regeringens bedömning var därefter att PAL-funktionen inte hade haft avsedd effekt och den ersattes av ett tydligare ansvar för verksamhetschefen att svara för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodosågs och om det var nödvändigt, eller om en patient begär det, skulle en fast vårdkontakt utses. Regeringen menade att det tydliggjorde ansvaret för att tillgodose patientens behov på en mer övergripande verksamhetsnivå. Bestämmelsen skapade enligt regeringen, bättre förutsättningar att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet och anpassa samordning och information efter behov hos den enskilde patienten. Den tydliggjorde verksamhetschefens ansvar när det gällde rutiner för samordning av vård för en enskild patient. Samtidigt var det nödvändigt enligt regeringen att landsting, kommuner och övriga vårdgivare säkerställde att det fanns rutiner och modeller på övergripande nivå för att tillgodose patienters behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet.⁵¹

Har det då blivit så? Har ett tydligare ansvar på verksamhetschefen och skyldigheten att utse en fast vårdkontakt fått avsedd effekt med avseende på trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården?

Socialstyrelsens utvärdering från år 2012 av fast vårdkontakt visade att fyra av de 19 landsting som besvarade Socialstyrelsens enkät hade tagit fram rutiner och modeller på övergripande nivå för hur fasta vårdkontakter ska arbeta. Majoriteten av hälso- och sjukvårdsverksamheterna saknar rutin eller modell för hur bestämmelsen om fast vårdkontakt ska omsättas i praktiken. Socialstyrelsens uppföljning identifierade inte några verksamheter där direktiv om gemensamma vårdkontakter tagits fram. Slutsatsen var att det finns ett behov för vårdgivarna att tydliggöra hur en fast vårdkontakt ska fungera i praktiken, särskilt när det gäller samverkan med andra verksamheter. Vidare att

⁵⁰ Patientens rätt (SOU 2008:127)

⁵¹ Regeringens proposition (prop. 2009/10:67) om stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning

regleringen inte var särskilt väl känd och att det fanns behov av informations- och utbildningsinsatser från vårdgivarnas sida till såväl patienter som personal.

Man kan uttrycka det som att PAL-reformen inte riktigt fick fäste, den fungerade inte i praktiken på det sätt som var avsett. PAL-bestämmelsen ersattes av en bestämmelse som regeringen hade förhoppning om att skulle kunna ge förutsättningar för en mer övergripande samordning, även mellan olika verksamheter. Inte heller den verkar ha fått fäste, bestämmelsen om fast vårdkontakt är okänd och det är oklart för verksamheterna hur den ska fungera i praktiken. Utvärderingen av fast vårdkontakt visar således på liknande problem som den tidigare PAL-bestämmelsen.

Då en ny PAL-funktion utreds bör man fokusera på det som visade sig vara svårt med den tidigare regleringen. Bl.a. är det viktigt att det tas fram riktlinjer och rutiner och görs lokala anpassningar om det är en lagreglering vi pratar om. Då man beskriver en ny PAL-funktion är det uppgifter, ansvar och befogenheter som bör förtydligas. Det verkade oklart hur brett ansvar en specialist kunde ta och hur PAL-ansvaret skiljde sig från behandlingsansvaret. Det bör även, mot bakgrund av att PAL ofta utsågs ”med automatik” övervägas om lagreglering verkligen är att eftersträva, eller om det leder till en oflexibilitet där energin är inriktad på att uppfylla lagkravet till lite nytta för patienter och vården i praktiken.

5 Vad tycker läkarna och patienterna?

I detta kapitel redogörs för det nya material som, utöver förarbeten och utvärderingar av nuvarande fast vårdkontakt och tidigare PAL-bestämmelse, utgör underlag för våra bedömningar och förslag i kapitel 6.

PAL har diskuterats på två representantskapsmöten i oktober 2014, dels med lokala läkarföreningar, dels med specialitetsföreningar. Ett tjugotal föreningar har även skriftligen svarat på våra frågor. En sammanfattning av svaren ges i avsnitt 5.1.

Därefter har fördjupade diskussioner genomförts i tre fokusgrupper i januari 2015 – två grupper med läkare som i första hand utsetts av specialitetsföreningarna och i andra hand via kontakter och förslag, samt en grupp med chefer som i första hand utsetts via Chefsföreningen och i andra hand via kontakter och förslag. Diskussionerna sammanfattas i avsnitt 5.2.

Slutligen sammanfattas i avsnitt 5.4 ett möte som hölls med ett antal företrädare för patientföreningar och PRO i februari 2015.

5.1 Representantskapsmöten

På specialitetsföreningarnas representantskapsmöte i oktober 2014 diskuterades PAL-frågan, liksom på lokala läkarföreningarnas representantskapsmöte, också i oktober 2014. Då tiden för diskussion blev för kort skickades frågorna ut per mail i efterhand, till alla föreningarna. Svar inkom från 10 specialitetsföreningar och 10 lokala läkarföreningar, även om alla inte har svarat på alla frågor.

Positiv inställning till PAL

Samtliga har en övergripande positiv inställning till PAL som idé (dock framhåller några att exempelvis mer patienttid och andra organisatoriska förändringar måste till för att man ska kunna ha PAL). En förening (och det finns fler) vittnar till exempel om att en PAL som känner patienten, är insatt i sjukhistoria och behandling underlättar vårdkontaktarna, minskar risken för oro och minskar andelen onödiga sjukvårdskontakter. En annan förening framhåller att det i dagen sjukvård finns ett större behov av PAL än tidigare.

Vem/vilka behöver en PAL?

Svaren från specialitetsföreningarna och lokalföreningarna är i stort samstämmiga om vem som behöver en PAL. De patientgrupper som nämns är kroniskt sjuka, sköra äldre, patienter med nedsatt autonomi, multisjuka, patienter med komplicerade sjukdomstillstånd och/eller långvarig sjukvårdskontakt, patienter under behandling eller utredning, cancerpatienter och patienter vid slutet eller specialiserad vårdinsättning som behöver uppföljning. Ett fåtal föreningar menar att alla patienter inom slutenvården/sjukhusvården behöver en PAL. Ett par specialitetsföreningar svarade

utifrån vad som gäller inom deras specialitet, exempelvis anser Svensk förening för hematologi att alla patienter med hematologisk sjukdom som ska följas upp på hematologisk enhet behöver en PAL. De patienter som oftast nämns i svaren är kroniskt sjuka, multisjuka och patienter med komplicerade sjukdomstillstånd och/eller långvarig sjukvårdskontakt.

Några föreningar har exemplifierat vilka grupper som de anser inte behöver en PAL inom slutenvården/sjukhusvården; patienter med kortvarig sjuklighet, såsom appendicit, och ”yngre” patienter.

När det gäller behovet av PAL inom primärvården menar vissa föreningar att alla patienter behöver en PAL, medan andra föreningar menar att endast de som är sjuka behöver en PAL inom primärvården.

Ett problem som nämns är att det kan vara svårt att identifiera vem som behöver en PAL. Personer i de grupper som är i behov av PAL kan behöva ett aktivt uppsökande, men det är problematiskt eftersom vården idag inte är organiserad på detta sätt. Som exempel nämns att det kan vara svårt att identifiera vem som är en ”skör äldre”, eftersom många i denna grupp har kognitiva nedsättningar och därför behöver ett aktivt uppsökande från vårdens sida.

Kan en patient ha fler än en PAL?

Samtliga som har svarat på frågan om en patient kan ha fler PAL har svarat ja.

Vilken roll ska PAL ha i teamet?

De flesta menar att PAL ska ha det medicinska ansvaret och ska vara ”spindeln i nätet”/den som håller ihop behandlingen. Några föreningar skriver att PAL ska vara patientens kontaktperson, men detta är inte det vanligaste svaret. Det ena utesluter i och för sig inte det andra. Fokus verkar dock ligga på att PAL ska ha det medicinska ansvaret och vara spindeln i nätet. I primärvården: PAL har helhetsansvaret för patienten.

Vad skulle hända med PAL-skapet då patienten flyttar mellan primärvård och sjukhusvård? Eller inom olika enheter inom sjukhuset?

När det gäller flytt mellan sjukhus och primärvård framhåller flera föreningar att primärvården har en viktig roll. Ett par föreningar menar att patientens PAL inom den specialiserade vården endast är ansvarig för aktuell åkomma, medan PAL i primärvården är ansvarig för övriga åkommor. När en patient remitteras över från sjukhusvård till primärvården vilar PAL-skapet inom slutenvården tills det eventuellt behöver ”väckas upp” om en försämring inträtt för patienten. En förening skriver att patientens PAL:ar inom den specialiserade vården ska hålla PAL:en inom primärvården underrättad om patientens tillstånd, där PAL i primärvården har det övergripande och samordnande patientansvaret. Föreningen liknar denna modell vid det system som finns i England och skriver att denna modell kräver fler allmänläkare än det idag finns att tillgå i Sverige.

När det gäller flytt mellan sjukhusenheter tycks den gängse bilden hos föreningarna vara att PAL-skapet kvarstår om patienten har en grundsjukdom, men behandlas av olika kliniker. Om patienten däremot har olika sjukdomar råder viss oenighet bland föreningarna om hur det ska skötas. Vissa föreningar menar att olika sjukdomar innebär att patienten kan ha flera olika PAL, medan andra förespråkar en modell där en PAL har det övergripande ansvaret. Vem som ska ha det övergripande ansvaret föreslås till exempel utses utifrån patientens "huvuddiagnos".

Endast ett fåtal föreningar beskriver hur själva flytten mellan enheter ska ske. De föreningar som i övergripande ordalag beskriver att förflyttningen bör ske via samarbete, bra kommunikation mellan PAL:ar och påpekar att det måste finnas en kontinuitet om patienten byter PAL.

En reflektion utifrån delföreningarnas svar är att det råder oklarhet kring hur PAL-skapet ska skötas när patienten flyttar mellan vårdenheter.

Skulle PAL-uppdraget se olika ut inom primärvården och sjukhusvården?

En skillnad är att PAL-skapet inom primärvården måste vara långsiktigt, medan PAL-skapet inom sjukhusvården antingen kan vara kortsiktigt (när det är begränsat till ett vårdtillfälle) eller långsiktigt (vid behandling av patienter med kronisk sjukdom). En annan skillnad är att PAL i sjukvården endast har ansvar för aktuell sjukdom, medan PAL i primärvården har ett övergripande ansvar för patienten. I övrigt är principen för PAL-uppdraget densamma i primärvård och sjukhusvård.

Den tidigare regleringen av PAL-funktionen utgick från patientens behov av kontinuitet, samordning och säkerhet. Hur ser förutsättningarna ut idag för att ta ett sådant ansvar?

Svaren varierar, förutsättningarna för att ta ett sådant ansvar anses både bra och dåliga. Förutsättningarna tycks se olika bra/dåliga ut beroende på vilken specialitet/sjukdomsgrupp det gäller.

Flera föreningar framhåller att det idag finns en bemanningsbrist och att tiden per patient har minskat, vilket ger sämre förutsättningar för ett fungerande PAL-system.

Flera föreningar framhåller vikten av vårdens organisation – att det till stor del handlar om att organisera vården för att möjliggöra PAL-skapet. En förening menar att senare års organisatoriska beslut inom såväl sjukhus- som primärvård motverkar den kontinuitet i patient-läkarrelationer som ger patienttrygghet, mindre kommunikationsmissar och ökat ansvarstagande av läkarkåren. En annan förening framhåller att vården måste organiseras på ett sådant sätt att PAL-funktionen är överordnad viss annan verksamhet, till exempel läkares personliga preferenser när det gäller hur de vill jobba. Exempelvis kan schemalagningen anpassas.

En förening framhåller att utvecklingen av gemensamma journalsystem ger bättre förutsättningar för PAL-funktionen. Med gemensamma journalsystem ökar

förutsättningarna för att olika vårdgivare känner till vad andra gör. Det kan bli lättare att ta ett aktivt PAL-skap då man ser vad konsulter och kollegor gör och man har tillgång till gemensamma läkemedelslistor.

För patientgruppen sköra äldre skriver Svensk geriatrisk förening att förutsättningarna är ganska dåliga på grund av dagens användning av stafettläkare inom primärvården samt att den geriatriska öppenvården är dåligt utbyggd.

En förening skriver att de aldrig har tagit bort PAL-skapet, och att de har ett bra system.

Finns det fackliga aspekter på PAL-frågan?

Denna fråga ställdes endast till de lokala läkarföreningarna. De fackliga faktorer som nämns i svaren handlar om bemanning av jourlinjer, rutiner vid PAL:s frånvaro, arbetssituation (antalet PAL-patienter per specialist måste vara rimligt), att läkarna gör rätt saker, med mera. Ett par föreningar menar att ett välfungerande PAL-system kan ge bättre arbetsmiljö, eftersom kontinuiteten ökar och man får ett tydligare ansvar. Å andra sidan finns en risk att beslut och ansvar övervältras, men med adekvata riktlinjer borde detta kunna undvikas.

Exempel där PAL finns

Några föreningar ger exempel på ”success stories”, där man har PAL i sin verksamhet (t.ex. Skåne och ÖNH-föreningen). Man har goda erfarenheter och skriver att detta har gjort arbetsbelastningen blev jämnare, att patientnöjdheten ökat och att kvalitet på vården blivit högre.

5.2 Fokusgrupper

Fördjupade diskussioner om PAL har genomförts i tre fokusgrupper under januari 2015 – två grupper med läkare, som i första hand utsetts av specialitetsföreningarna och i andra hand via kontakter och förslag, samt en grupp med chefer som i första hand rekryterades via chefsföreningen och i andra hand via kontakter och förslag. Diskussionerna i de tre grupperna fokuserade särskilt på uppgifter, ansvar och befogenheter samt hinder och förutsättningar. Läkarförbundet anlidade Ipsos att genomföra diskussionerna. I det följande sammanfattas diskussionerna. Ipsos rapport i sin helhet tillhandahålls på begäran av Läkarförbundet.

Gruppen med cheferna resonerar i högre utsträckning kring de rationella fördelarna med PAL-skapet, medan läkarna även refererar till emotionella fördelar med PAL-skapet i form av yrkesstolthet och trygghet för patienterna. De negativa attityderna till PAL-skapet handlar om svårigheterna att genomföra idén i praktiken.

När syftet med PAL-skapet diskuteras i grupperna är begreppet kontinuitet en självklarhet som samtliga medverkande strävar efter, men ett problem som vården idag brottas med. Samtliga läkare är överens om att det är tidskrävande att i för hög utsträckning sätta sig

in i nya patienter och journaler. En högre grad av kontinuitet skulle även bidra till att spara tid och pengar.

Patientsäkerhet är en hygienfaktor, och en självklarhet som går före allt. Patientsäkerheten ska inte hänga på ett PAL-skap eller inte.

Samordning är ett begrepp som majoriteten av läkarna inte prioriterar, exempelvis anser man att administrativ samordning kan läggas på andra yrken inom vårdens värld, exempelvis läkarsekreterare eller sköterskor. Läkarna bör ansvara för den medicinska samordningen och är inte positiva till att ansvara för administrativ logistik.

Trygghet, som begrepp, väcker minst diskussioner i grupperna. Tryggheten kommer på köpet vid förbättrad kontinuitet, patientsäkerhet och samordning. Tryggheten är ett emotionellt mervärde.

Ett eventuellt återinförande av PAL väcker blandade reaktioner. Majoriteten anser att det inte går att lova patienterna en patientansvarig läkare, det finns en stor risk att förväntningarna blir höga vilket kan resultera i besvikelser. Bristerna i vården löses inte genom att införa begrepp som kräver en annan struktur.

Specialister inom allmänmedicin anser att de automatiskt tar ett PAL-skap, men att bristen på allmänläkare är en stor utmaning för den svenska vården. Sjukhusspecialisterna menar att rulljangsen (forskning, undervisning etc.) på specialister hindrar ett PAL-skap i realiteten.

Ett PAL-team (PALT) kan vara en framtida lösning och möjlighet för ett återinförande av PAL-skapet. I teamet finns det en övergripande medicinskt ansvarig specialist. Teamtanken kan även bidra till att patienterna inte förväntar sig en och samma läkare.

Patienter som deltagarna anser vara i störst behov av PAL är de kroniskt sjuka, de svårt sjuka, multisjuka och psykiskt sjuka. Alla patienter behöver inte en PAL.

Specialisterna i allmänmedicin ser listningen som ett lika-med-tecken till PAL.

Ipsos drog vissa slutsatser av diskussionerna i de tre grupperna var att en diskrepans finns mellan den spontana glädjen inför PAL-skapet och kommentarer och argument i den fördjupade diskussionen. En spontant positiv känsla och attityd övergår till en tveksam och ifrågasättande inställning till PAL-skap.



- Å ena sidan säger sig läkare och chefsläkare arbeta med PAL-skap i sin dagliga verksamhet och läkare svarar positivt på frågan om ett behov av återinfört PAL-skap finns.
- Å andra sidan visar sig läkare och chefsläkare skeptiska till ett återinförande av PAL-skap i sin dagliga verksamhet och ifrågasätter syftet med återinförandet och tankar kring hur återinförandet ska gå till.

Ipsos menar att oklarheter och frågor måste redas ut innan läkare och chefsläkare kan få en genomgående positiv inställning till ett återförande till PAL-skap.

- Det finns en rädsla för en administrativ börda, eventuellt en byråkratisk sådan som varken gynnar patienter eller vårdgivare.
- Det finns en svårighet att genom ett PAL-skap komma åt de besvärligaste fallen inom sjukvården: samordning och kontinuitet när det gäller multisjuka.
- Det finns en rädsla för en övertro på PAL-skap. Det är viktigt att ha en rimlig tilltro till ett PAL-skap och ha förståelse för att ett PAL-skap inte kan lösa sjukvårdens bemanningssystem.
- Deltagarna efterfrågar rekommendationer i hur ett PAL-skap kan ske, hellre än att få riktlinjer.



Svagheter och hot behöver tas på allvar

Styrkor 	Svagheter
<ul style="list-style-type: none"> • Det finns ingen rädsla att ta PAL-ansvar bland läkare. • Redan idag är man van vid att arbeta med PAL-skap - på ett eller annat sätt. • Läkare vill gärna arbeta för ökad kontinuitet, patientsäkerhet och trygghet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamheter inom sjukvården är olika och det är svårt att definiera ett PAL-skap som passar alla. • Risk är att PAL-skap inte löser hur multisjuka på bästa sätt tas om hand inom vården. Man önskar inte ett övergripande PAL-skap, en super-PAL. • Få allmänläkare och brist på vissa specialister finns idag. PAL-skapet löser inte bemanningsbristen.
Möjligheter 	Hot 
<ul style="list-style-type: none"> • Man strävar efter kontinuitet i sjukvården. Olika verksamheter har hittat olika sätt att arbeta för att nå bästa kontinuitet. • Team, där flera läkare är uppdaterade om en patient, löser problem med tillgänglighet och risken för allians mellan läkare och patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Är en PAL-funktion dåligt anpassad till den egna verksamheten, utgör den ett hinder för effektiv sjukvård. Det finns en stor rädsla för överbyråkrati • Man är rädd att läkare får lägga tid på samordning, som andra funktioner kan lösa bättre.

5.3 Samtal med patientföreningar

I ett möte med företrädare för patientföreningar och pensionärer som hölls i början av februari 2015, deltog Nätverket mot cancer, Riksförbundet Attention, Ung cancer, Riksförbundet Hjärt Lung och PRO.

Behov av PAL/vårdkontakt

Alla föreningar framhåller att en fast kontakt inom vården är viktig. Vissa föreningar menar att denna kontakt inte nödvändigtvis måste vara en läkare, medan andra föreningar ser att den fasta vårdkontakten bör vara en läkare. De flesta föreningarna poängterade dock att det viktiga för patienten är att det finns någon som svarar när de söker kontakt och att det ska finnas kunskap om patientens sjukdomshistoria och tillstånd vid kontakt. De flesta föreningar verkar dock mena att det bör finnas en modell där det finns en namngiven läkare i bakgrunden som har det övergripande ansvaret och har helhetsbilden, ifall den fasta vårdkontakten inte är en läkare. En slutsats utifrån patientföreningarnas synpunkter är att behovet ser olika ut för olika patientgrupper och var i sjukdomsförloppet som man befinner sig.

När det gäller fast vårdkontakt råder samstämmighet bland patientföreningarna om att bestämmelsen inte har fått fäste. Samtliga föreningar intygar att bristande kontinuitet och svårigheter att komma i kontakt med en läkare som är insatt i sjukdomshistoria och aktuellt tillstånd är vanligt förekommande. De har många exempel från sina medlemmar. En del vittnar om att det är den egna patientföreningen och en psykolog som står för kontinuiteten, eftersom vården inte erbjuder detta. Samtidigt framhöll föreningarna att det många exempel när kontinuitet och läkarkontakt fungerat.

Patientföreningarna intygande att den kontinuerliga kontakten, vetskapen och information om att en läkare eller annan vårdpersonal kommer att ta kontakt ökar tryggheten hos patienten, vilket besparar vården onödiga kostnader samtidigt som behandlingsresultaten blir bättre och patientsäkerheten ökar. En förening menar till och med att bristen på kontinuitet och information gör att patienter tappar livsgnistan och att anhöriga sjukskrivs.

Önskemål om utformning av PAL

Frågan om PAL ska vara lagstiftad eller något som verksamheterna själva ska bestämma om är svår. Föreningarna håller med om att det finns en risk för att en lagstiftad PAL/fast vårdkontakt blir en "papperstiger", där intentionen med PAL försvinner. Föreningarna ansåg generellt att PAL/fast vårdkontakt måste utformas på ett sådant sätt att det är lätt att följa upp. Några föreningar menade att vissa funktioner måste vara definierade, såsom vem kontaktsjuksköterskan och/eller kontaktläkaren är, eftersom det annars är svårt att göra en uppföljning. Andra föreningar svarade att man är emot en statisk definition av PAL, och att det måste vara behovet som styr. En förening föreslog att uppföljningen av PAL/fast vårdkontakt kunde ske utifrån om patienterna upplevde att de hade en PAL.

Alla föreningar är väl medvetna om och har förståelse för att kontaktläkaren inte kan vara densamma hela tiden, det är självklart att läkaren har semester eller är borta av annan orsak, eller att den byts ut. Föreningarna har förståelse för att läkarna arbetar i team. Det som efterfrågas är att man inte ska behöva upprepa sin sjukdomshistoria varje gång man tar kontakt med vården, att det finns kunskap om ens sjukdomstillstånd hos den man pratar med och att det finns någon som svarar när man söker kontakt. Det finns också en förståelse för att man inte kan få tala med sin ansvariga läkare exakt när man ringer, utan

det man efterfrågar är vetskapen om att läkaren kommer att ringa upp. Vetskapen om att läkaren kommer att ringa upp eller att man vet att man har en inbokad kontakt gör att man inte åker in akut, vilket ger en mer patientsäker vård, eftersom risken för felaktig medicinering minskar, och en mer kostnadseffektiv vård, eftersom man besparar vården onödiga akutbesök som kostar pengar.

Ett annat problem som nämndes är samordningen mellan kliniker och verksamheter. Problemet gäller både medicinsk och logistisk samordning. Föreningarna framhåller att det självfallet inte behövs en läkare till all typ av samordning, utan att det bör skötas av annan personal. En förening berättar att det är vanligt att samordning fungerar inom en och samma klinik, men att det finns stora brister då exempelvis verksamheter inom kommunen behöver engageras.

En förening menade att det också kan vara så att om samma läkare och patient har träffat varandra under en längre tid, kan det vara bra att en annan läkare får träffa patienten som kan se på situationen med nya ögon och eventuellt omvärdera pågående behandling. Det är viktigt att PAL-system tillåter att även andra läkare än PAL gör bedömningar av patienten. Föreningarna påpekade vikten av *second opinion*, vilket de anser att inte användas tillräckligt.

Föreningarna påpekade också att det är viktigt att patienterna blir informerade om vilka rättigheter de har, till exempel rätt till en fast vårdkontakt. Att så få patienter känner till att fast vårdkontakt finns kan ses som ett uttryck för att det finns en informationsbrist. Ett annat exempel var rätt till en *second opinion*. En oinformerad patient är en otrygg patient.

När det gäller uppföljning var föreningarna överens om att det är viktigt att man så långt som möjligt har samma läkare. Flera av föreningarna påpekade att det är viktigt att en läkare har det övergripande medicinska ansvaret för att undvika felmedicinering.

Föreningarna framhöll också att det är viktigt att skilja på de olika typerna av vårdkontakter som en patient kan ha. Det är stor skillnad mellan en läkarkontakt som håller reda på behandling och det medicinska, en kontaktsjuksköterska och en kontaktperson inom vården som ordnar logistik och praktiska göromål.

En representant påpekade att man kan tänka i alternativa banor. Tack vare dagens teknik kan vårdpersonal på distans följa en patients hälsotillstånd, och själva ta kontakt med patienten när de ser att tillståndet försämrats. Detta menade representanter hade uppfattats som en trygghet av de patienter som använde tekniken.

Det poängterades att journalsystemet också kan ge kontinuitet. Dock kan journalen aldrig ersätta en fast vårdkontakt. Möjligheten för patienterna att följa sin sjukdomsutveckling via ett öppet journalsystem nämndes också. Å ena sidan ger det öppna journalsystemet en kontinuitet för patienten, å andra sidan kan det stå "tuffa" saker i journalen och begrepp användas som man inte förstår, vilket kan leda till ökad oro och otrygghet. Om man har ett öppet journalsystem efterfrågas att vården tar ett ansvar för vad som står i journalen och hur det tas emot av patienten.

Faktorer som missgynnar ett fungerande PAL-system

Problem som nämns som idag förhindrar ett fungerande PAL-system är läkarbrist inom vissa specialiteter (till exempel inom psykiatri), att vården organiseras i stuprör och att hälsoekonomin har tagit för stor plats. Det påpekas att hälsoekonomiperspektivet ofta saknar insikt om vilket inflytande dessa modeller får i praktiken, då man har bristande insikt om patienternas behov och av vårdpersonalens behov. Kontinuitet och samordning gynnas inte av en vård som är organiserad utifrån produktionskrav.

”Trygghet i vården. Det är det som det handlar om.”

6 Överväganden och förslag

6.1 Allmänna utgångspunkter

Våra bedömningar och förslag tar sin utgångspunkt från tre olika perspektiv. Den främsta utgångspunkten är att *patienter efterfrågar kontinuitet* i läkarkontakten.⁵² Att få träffa samma läkare och slippa upprepa sin sjukdomshistoria varje gång, och vetskap om att en läkare eller annan vårdpersonal kommer att ta kontakt upplevs öka tryggheten hos patienten.

Det har också tydligt framkommit i underlagen för denna rapport att *kontinuitet är viktig även för läkaren* och i läkarrollen. Det handlar om fördelar med att känna och kunna följa sin patient och om ett tydligt ansvar. Men även om relationen till patienten och om motivation. Det som behövs är bättre förutsättningar för ett sådant arbetssätt. Även om allt inte är på plats varken i dag eller i morgon så måste inriktningen vara, på alla nivåer – i verksamheterna, från vårdgivare, huvudman och stat - att arbeta för en högre läkarkontinuitet.

Att *kontinuitet är effektivitet* har också varit en synpunkt som vi genomgående stött på. Det handlar om mindre inläsning för varje patient, men även högre patientsäkerhet. Detta menar även regeringens samordnare för ett effektivare resursutnyttjande som framhåller att det finns mycket som talar för att kontinuitet med vårdpersonalen är en viktig faktor för ett effektivare resursutnyttjande – det handlar om tid både inför patientmötet och i patientmötet, om ett minskat användande av laboratorieundersökningar och det är med stor sannolikhet också en viktig faktor för patientsäkerheten.⁵³

”Trygghet i vården. Det är det som det handlar om” Från samtal med patientföreningarna och PRO

”Jag kan egentligen inte se ett enda vettigt argument mot att vi skall arbeta väldigt aktivt för vården skall genomföras mer av PAL-tänkandet...” Läkare

⁵² Framgår bl.a. av *Vem vill veta vad för att välja?* (Vårdanalys 2014), *VIP i vården* (Vårdanalys 2014) och i våra samtal med patientföreningarna och PRO (se avsnitt 5.3).

⁵³ Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/01/Diskussions-PM_effektivare_resursutnyttjande_webb.pdf

6.2 Problembilden – våra reflektioner

6.2.1 Fortfarande brister i kontinuitet och samordning

Även om det på sina håll fungerar väl, så visar olika undersökningar att det fortfarande finns problem när det gäller kontinuitet och samordning. Detta bekräftas av de synpunkter vi inhämtat från patienter och läkare, som redovisats i kapitel 5.

Patientföreningarna och PRO framhåller vikten av kontinuitet för att inte behöva upprepa sin sjukdomshistoria varje gång och efterfrågar att läkaren har kännedom om sjukdomstillståndet och historiken samt att det finns någon som svarar när kontakt söks. En förståelse finns för att det inte alltid är möjligt att få träffa samma läkare, på grund av semester eller annan frånvaro, liksom för att läkare arbetar i team. När det gäller samordningen påtalas problem mellan kliniker/verksamheter, det gäller både medicinsk och logistisk samordning. Det förväntas inte en läkare till all typ av samordning. Brister i samordning påtalades särskilt då insatser från kommunen också ska samordnas.

Läkarna i fokusgrupperna framhåller brister i läkarbemanningen som ett problem när det gäller *kontinuitet*. Det gäller främst inom primärvården. I kommentarer från representantskapsmötena påtalade Svensk förening för allmänmedicin även konsekvenser av listning på vårdcentral i stället för på läkare. Både i fokusgrupperna och underlagen från representantskapsmöten framhålls stora fördelar med ökad kontinuitet, bl.a. att patienten känner trygghet, att läkarna har mer kunskap om patientens sjukdomsbild och att man sparar tid och pengar. När det gäller *samordning* framkommer det av fokusgrupperna att medicinsk samordning ses som självklart att läkare ansvarar för, däremot anses annan personal kunna ansvara för administrativ samordning. Underbemanning nämns som ett problem även för samordningen. Ett annat problem som nämns är multisjuklighet, och att medicinsk samordning är enklare inom ett avgränsat område. Det uppfattas som lättare att samordna på små sjukhus och svårare ju mer specialiserad vården blir. En annan synpunkt är att ersättningsystem kan skapa oklarheter och försvåra samordning.

Det kan konstateras att problemen med kontinuitet och samordning inte har lösts genom att ersätta PAL med den nuvarande bestämmelsen om fast vårdkontakt. Det är givetvis så att alla problem inte kan lösas med en fast vårdkontakt, och inte heller med en ny PAL-funktion, men det finns utrymme för förbättring när det gäller läkarkontinuitet.

6.2.2 Funktionerna PAL och fast vårdkontakt

Vi har konstaterat i det föregående att den tidigare lagstiftningen om PAL och nuvarande fast vårdkontakt uppvisar liknande problem, förenklat skulle det kunna sammanfattas med bristande lokal anpassning. I det följande konstaterar vi också att brister i samordningen och att patienten själv fick ta ett för stort samordningsansvar motiverade införandet av fast vårdkontakt, men att det kan ha kommit att innebära att kontinuiteten i läkarkontakterna tonats ner då PAL samtidigt togs bort ur lagstiftningen.

Bristande lokal anpassning

Avsikten var att intentioner med den tidigare PAL-bestämmelsen skulle förverkligas av landstingen genom administrativa rutiner. Lokala förutsättningar och möjligheter liksom enhetens verksamhet och karaktär skulle i praktiken påverka hur man organiserade sättet att utse PAL. Som framgått visar utvärderingarna att riktlinjer och rutiner till stor del saknades. Den praktiska tillämpningen varierade från klinik till klinik. Vissa hade ett fungerande PAL-system andra inte. Lagregleringen ledde visserligen till att PAL utsågs, men det skedde mer per automatik i syfte att uppfylla ett formellt lagkrav snarare än att bedöma och uppfylla det behov som PAL var till för att fylla.

Den tidigare bestämmelsen var inte så flexibel då den inte tog hänsyn till skillnader i kontinuitetsbehovet mellan t.ex. kroniker, multisjuka och patienter med lindriga och enstaka kontakter med sjukvården. PAL skulle mer eller mindre utses "obligatoriskt", eftersom det gällde för alla patienter vid enheter som leddes av en chefsöverläkare. Trots en förändring i reglerna år 1997, som innebar att PAL skulle utses om det behövdes med hänsyn till patientsäkerheten, så ändrades inte den "automatiska" tillämpningen.

Då rutiner och riktlinjer till stor del saknades blev det också oklart vad PAL:s uppgifter, ansvar och befogenheter var. Det framgår tydligt av den andra utvärderingen av Socialstyrelsen.

Då bestämmelsen om fast vårdkontakt infördes var det ett uttalat syfte att ge verksamheterna större möjlighet att göra anpassningar efter lokala förutsättningar. Genom att ge verksamhetschefen en tydlig skyldighet att svara för patientens behov skulle det ge större möjligheter för vårdgivarna att forma system efter patientens behov men också efter lokala och regionala förutsättningar. Till skillnad från systemet med PAL öppnade det enligt regeringen för andra typer av lösningar där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kunde konstrueras. Stora förhoppningar uttalades i förarbetena. Men som framgått i det föregående visar även utvärderingarna av fast vårdkontakt att riktlinjer och rutiner till stor del saknas.

I våra nya underlag finns en positiv inställning till PAL, både bland läkarna i fokusgrupperna och i underlaget från representantskapsmötena. Trots den positiva inställningen råder viss tveksamhet till hur PAL ska gå att genomföra i praktiken, här hänvisas till strukturer och brister på specialister i allmänmedicin och vissa andra specialister. Det finns också en oro för att en ny PAL skulle bli något administrativt och byråkratiskt, som inte är anpassad till den egna verksamheten. Oron handlar också om att utlova patienten en PAL och höja förväntningar på kontinuitet som man sedan inte kan uppfylla. När det gäller samordning anser läkarna i fokusgrupperna att medicinsk samordning självklart är ett ansvar för läkaren medan annan personal bör ansvara för den administrativa samordningen.

Fast vårdkontakt, en oklar funktion

I utvärderingen av PAL framhöll Socialstyrelsen att kontinuitet och samordning i vården och behandlingen inte är något som bärs upp enbart av *en* person i personalkollektivet, en

läkare, utan att ansvaret för patienten många gånger uppfattas mer falla på ett behandlingsteam än på en enskild läkare och att vissa av PAL:s uppgifter inte alltid krävde medicinsk kompetens. Socialstyrelsen menade att genom att ge verksamhetschefen ett tydligt ansvar kunde man komma bort från missuppfattningen att se PAL-funktionen enbart som ett behandlingsansvar. Det skulle bli tydligare för personalen vad som ligger i kontinuitet, samordning och patientsäkerhet och hur dessa faktorer relaterar till vars och ens behandlingsansvar om verksamhetschefen utifrån de lokala förhållandena vid enheten fördelar uppgifter och ansvar utan att vara låst i en viss regel om PAL, enligt Socialstyrelsen.

Av utvärderingen år 2012 framgår att fast vårdkontakt är okänt bland patienter och personal både avseende begreppet som sådant och dess funktion. Det är oklart vem som kan vara fast vårdkontakt och vilka befogenheter denne har.

Då fast vårdkontakt kan vara alltifrån en administrativ funktion till ett medicinskt ansvar måste uppgifter ansvar och befogenheter skifta beroende på vilken yrkesgrupp som utses till fast vårdkontakt. Rutiner och dokumentation om vem som kan vara fast vårdkontakt och vad den fasta vårdkontakten ska ha för uppgifter, ansvar och befogenheter måste således tas fram för varje yrkesgrupp eftersom dessa skiljer sig markant åt.

Det påverkar vilka förväntningar patienten kan ha på den fasta vårdkontakten och vem patienten ska kontakta för att få svar på sina frågor. Patienter kan t.ex. inte förvänta sig att få svar på sina medicinska frågor av den fasta vårdkontakten om det är en administratör.

Fokus har flyttats från läkarkontinuitet till samordning

En reflektion vi gör utifrån förarbeten är att det skedde en glidning mellan regleringarna av PAL och fast vårdkontakt, från fokus på kontinuitet i läkarkontakterna till samordning av vårdinsatser. Enligt förarbetena var syftet med PAL främst att förbättra *kontinuiteten* i vården men också att *ansvaret* för patienten skulle bli mer entydigt. Med kontinuitet åsyftades patienternas möjligheter att träffa samma vårdpersonal vid skilda besök.

I förarbetena till fast vårdkontakt är det i stället vårdens ansvar för *samordning* som lyfts fram. Regeringen anförde att patientens ställning blev svag på grund av att patienten förväntades ta för stort samordningsansvar, som egentligen var hälso- och sjukvårdens skyldighet. Patientens ställning kunde också bli svag på grund av oklarheter om vem som var ansvarig för patientens hälso- och sjukvård. Regeringen menade att en fast vårdkontakt kunde stärka patientens ställning genom att patienten fick en tydligt utpekad person som skulle bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser.⁵⁴ Det gavs en beskrivning av vad den fasta vårdkontakten skulle kunna ha för uppgifter. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienterna i att

⁵⁴ Prop. 2009/10:67, s. 61

samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan.

Vi tolkar att man i förarbetena liksom Socialstyrelsen menade att enbart *en* person, en läkare, inte kunde stå för all kontinuitet och samordning. Vi uppfattar att fast vårdkontakt, som kunde vara en person eller ett team, beskrivs på ett sätt som mer fokuserar på samordning av patientens vård för att uppnå kontinuitet än på den relationella kontinuiteten, dvs. att träffa samma vårdpersonal. En reflektion är att beskrivningen av fast vårdkontakt tillsammans med att PAL samtidigt togs bort ur lagstiftningen kan ha kommit att tona ner vikten av läkarkontinuit, även om regeringen i sin proposition⁵⁵ framhöll att patientens medicinska och övriga behov avgör vem som bör utgöra den fasta vårdkontakten. Det kan sannolikt inte ha varit lagstiftarens intentioner!

6.3 Bedömningar och förslag

6.3.1 Flytta fokus!

Då läkarna i fokusgrupperna resonerade kring begreppen trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning framkommer att begreppen uppfattas hänga ihop på så sätt att om kontinuitet och samordning fungerar så förbättras patientsäkerhet och trygghet. Tryggheten uppfattas stiga i takt med främst kontinuitet och patientsäkerhet, men även med en fungerande samordning.

Som framgår av avsnitt 2.3 finns det flera typer av vårdkontinuitet; relationell kontinuitet, management kontinuitet och informations kontinuitet. Då PAL infördes var det kontinuiteten i relationen patient och läkare som var i fokus. I dagens sjukvård har fokus mer varit på samordning och samordningsfunktioner för att hålla ihop vårdkedjan och bistå och hjälpa patienten att hitta rätt i vården. Patienten uppfattas själv ha fått ta ett för stort samordningsansvar, som egentligen är sjukvårdens ansvar. Vården uppfattas som fragmenterad, insatsstyrd och brista i helhetssynen, särskilt om patienten har stora behov av insatser, från många olika håll. Med rätta har därför fokus varit på att hålla ihop vårdprocesserna.

Men, vi menar att synsättet att kontinuitet enbart är att hålla ihop vårdkedjan, att vårdpersonalen är utbytbara så länge teamet, enheten eller någon lotsfunktion säkerställer att vården ges vid rätt tid, måste nyanseras. Det är dags att prioritera värden som de

⁵⁵ Regeringens proposition (prop. 2009/10:67) om stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning

mänskliga relationerna. Patienter vill inte vara en del i en produktionsprocess lika lite som läkarna vill ses som en utbytbar kugge i processen.

Det rådande synsättet framkommer bl.a. i Vårdanalys undersökning av vården för personer med kronisk sjukdom:

"/---/"Läkarkontinuitet verkar vara viktigare för personer med kronisk sjukdom; en större andel i denna grupp anger möjligheten att träffa samma läkare som ett viktigt kriterium vid valet av vårdcentral än bland personer utan kronisk sjukdom (Myndigheten för vårdanalys 2014)."/---/"Att inte ha en fast läkarkontakt kan i viss mån kompenseras av tydliga vårdprogram, som minskar personberoendet och gör det mer sannolikt att rätt behandling kan ges även om olika läkare involveras vid olika besök. I intervjuer med vårdgivare betonas att "kontinuerlig" vård inte behöver vara det samma som att träffa en och samma läkare; stabila rutiner för att hålla en regelbunden kontakt med patienter med kronisk sjukdom, även när de själva inte söker vård, kan vara ett sätt att skapa en annan sorts kontinuitet."/---/⁵⁶

Vår bedömning är att teamet runt patienten självklart är viktigt för trygghet, kontinuiteten, säkerheten och samordningen. Emellertid kan teamet, eller kontinuitet på enheten, inte ersätta läkarkontinuiteten. Därutöver behöver patienten en namngiven ansvarig läkare som har kontakten med patienten. Ansvarig läkare ska tillsammans med övrig personal i teamet främja patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning. Alla behövs!

6.3.2 PAL i praktiken

Patienterna efterfråga läkarkontinuitet, läkare ser stora fördelar med ökad kontinuitet och kontinuitet bidrar sannolikt till effektivisering av vården. Detta ger, menar vi, en god grund för att PAL ska kunna återinföras.

Vi har genomgående i huvudsak mött en positiv inställning till PAL både i underlaget från representantskapsmötena, i fokusgrupperna och de samtal vi har fört med enskilda läkare. I fokusgrupperna lyfts fördelar som kontinuitet, tydligt ansvar och trygghet för patienten fram. Läkarna refererar till fördelar som yrkesstolthet, motivation och professionens status. I chefsgruppen förs fördelar som ansvar, planering, strategier och effektivitet fram. Spontant uppskattas PAL med fördelar som gynnar såväl läkare, patienter samt effektivitet. Dock framkommer en oro för att PAL ånyo enbart skulle bli "något byråkratiskt" och en oro för ökade administrativa uppgifter. Hinder som lyfts fram är, som tidigare nämnts, bl.a. strukturer och bemanningen, det senare främst i primärvården. Inom den specialiserade vården framhålls forskning, undervisning och dylika uppdrag som försvårande omständigheter.

Hur ett återinförande av PAL ska göras kräver eftertanke för att funktionen ska få bästa möjliga genomslag i praktiken, och bättre än vad både den tidigare PAL fick och nuvarande fast vårdkontakt har fått. Vår utgångspunkt är att PAL ska göra skillnad!

⁵⁶ VIP i vården? - Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Vårdanalys 2014.

Erfarenheter visar att en lagreglering i sig inte automatiskt leder till att målet uppnås i praktiken. Om intentionerna inte fullföljs lokalt och funktionen kan anpassas till den egna verksamheten finns risker för att PAL ånyo blir ”något byråkratiskt”, där uppgifter, ansvar och befogenheter förblir oklara.

Vår bedömning är att en ny PAL måste ta avstamp i det som är viktigt för patienterna, utformas utifrån behov och verksamhetens karaktär och det måste göras i nära samråd med professionerna. Det måste vara tydligt för den som blir PAL vilka uppgifterna, ansvaret och befogenheterna är. Det måste vara klart vad som förväntas av PAL, både i förhållande till patienten och andra behandlande läkare, teamet och eventuellt andra PAL:ar. Den vilja läkare visar att ta ett PAL-skap måste, för att arbetet ska bli rimligt, stödjas av strukturer och ersättningssystem.

6.3.3 PAL som fast vårdkontakt

Enligt 29 a § HSL ska en fast vårdkontakt utses om det behövs för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning. Även om det inte längre explicit uttrycks i lagen att en PAL ska utses, menar vi mot bakgrund av den beskrivning som ges i förarbetena och Socialstyrelsens utvärdering, att det inte var lagstiftarens intention att försämra patienternas möjligheter till att få en namngiven ansvarig läkare som fast vårdkontakt. Avsikten var snarare att komma bort från den rådande tillämpningen att PAL många gånger utsågs per automatik för alla patienter, oavsett behov i syfte att uppfylla lagens krav. Genom att ge verksamhetschefen ett tydligt ansvar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning menade lagstiftaren att det gavs större utrymme för verksamheterna att göra lokala anpassningar utifrån patienternas behov. Därigenom ansågs det bli tydligare att uppgiften att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet inte enbart kan ligga på *en* läkares, utan att det kan behöva kompletteras med andra funktioner så som t.ex. team. Därmed uteslöt inte lagstiftaren att för patienter med vissa sjukdomstillstånd kan en fast vårdkontakt behöva vara en läkare.

Vem som bör utgöra patientens fasta vårdkontakt ska, enligt förarbetena, grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Patientens egna önskemål ska också beaktas så långt det är möjligt. Det är således patientens behov och önskemål som ska styra när en läkare ska utses till fast vårdkontakt. Inom varje verksamhet måste man därför göra en noggrann behovsanalys så alla som behöver eller vill ha en läkare som fast vårdkontakt får det.

I primärvården gäller, förutom bestämmelsen om fast vårdkontakt, kravet på att alla invånare som så önskar ska kunna välja en fast läkarkontakt. Denna skyldighet för landstingen regleras i 5 § HSL och syftar till att främja kontinuiteten i vården. Den fasta läkarkontakten i primärvården bör anses fylla funktionen som fast vårdkontakt.

Vår bedömning är således att verksamheterna fortsatt inom ramen för gällande lagstiftning har en skyldighet att utse en läkare som fast vårdkontakt för patienter som har behov eller själva önskar ha en namngiven ansvarig läkare som fast vårdkontakt. Inom primärvården är det patientens egna val som styr vem som blir den fasta läkarkontakten.

Benämningen PAL ska användas för den läkare som utses till fast vårdkontakt

Begreppet fast vårdkontakt är idag inte känt, varken för patienter eller vårdpersonal. En orsak kan vara att man inom vården vanligtvis använder andra benämningar kopplade till respektive profession. För patienten är det viktig information att få veta vilken profession den fasta vårdkontakten har. För patienten blir det därigenom tydligare vilka förväntningar som kan ställas på den fasta vårdkontakten och vem patienten ska kontakta för att få svar på sina frågor. När det gäller läkare som fast vårdkontakt används olika benämningar. PAL används fortfarande på sina håll, men även ansvarig läkare eller medicinskt ansvarig läkare används.

Vår bedömning är att det av flera skäl är angeläget att få en mer enhetlig benämning för funktionen när den innehas av en läkare. Det blir tydligare för patienten och annan vårdpersonal vad som ligger i ansvaret, det underlättar också uppföljning och utvärdering av lagens tillämpning. Vi föreslår därför att den läkare som utses till fast vårdkontakt ska benämnas PAL. I primärvården ska den fasta läkarkontakten betraktas som PAL.

Det är verksamhetschefens ansvar att en PAL utses som fast vårdkontakt för patienter med livshotande tillstånd och andra patienter som behöver eller själva önskar det. I ansvaret ligger att ta fram rutiner för när fast vårdkontakt bör utses, när det behöver vara en läkare samt vilken typ av uppgifter, ansvar och befogenheter som ingår i uppdraget. Verksamhetschefen kan uppdra åt den som är medicinskt ledningsansvarig att ta fram rutiner, oavsett vilket är det enligt vår uppfattning viktigt att rutinerna arbetas fram i nära samråd med vårdens professioner för att säkerställa att de fungerar i praktiken. Vilken läkare som för den enskilde patienten blir PAL ska också framgå av rutinerna. Under en vårdprocess kan ny läkare behöva utses som PAL beroende på vem som står för den huvudsakliga behandlingen. För det fall man arbetar i team med flera olika läkare inblandande kan man inom teamet komma överens om vem som ska vara PAL.

Vår bedömning är vidare att PAL måste vara legitimerad läkare. För att kunna ge god och säker vård är det många gånger nödvändigt att PAL är specialist inom relevant område. Vi anser dock att det bör finnas möjlighet att även läkare i slutet av sin ST ska kunna vara PAL, under förutsättning att det bedömts lämpligt utifrån patientens behov.

Vilka patienter har behov en PAL?

Bedömning av vilka patienter som har behov av en PAL som fast vårdkontakt ska, som vi konstaterat ovan, grunda sig på patientens medicinska behov och egna önskemål. I Socialstyrelsen utvärdering nämns att patienter med t.ex. med kroniska sjukdomar, livshotande tillstånd, multipla sjukdomar eller patienter med nedsatt autonomi kan behöva en PAL. I förarbetena nämns att den fasta vårdkontakten bör vara läkare t.ex. för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid. Dessa patientkategorier är också de som lyfts av läkarna i våra underlag. Efter införandet av fast vårdkontakt har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter som ska tillämpas för patienter med livshotande

tillstånd. För dessa patienter ska en läkare utses som fast vårdkontakt.⁵⁷ Föreskriften är emellertid begränsad, det är fler patienter som har behov av en patientansvarig läkare.

Vår bedömning är att rätten till PAL som fast vårdkontakt inte kan begränsas till patienter med livshotande tillstånd. Även patienter med kroniska sjukdomar, livshotande tillstånd, andra allvarliga eller komplicerade sjukdomstillstånd, sköra och multisjuka äldre och patienter med nedsatt autonomi har behov av en PAL som fast vårdkontakt. Vi anser att de verksamheter som regelmässigt vårdar patienter som kan anses tillhöra någon av de ovan nämnda kategorierna ska utse en PAL som fast vårdkontakt, redan i dag. För att detta ska vara tydlig menar vi att Socialstyrelsen, i nära samråd med professionen, bör se över och vid behov utvidga föreskriften till att gälla fler patientkategorier.

I primärvården gäller att alla som önskar ska ha möjlighet att välja en fast läkarkontakt, oberoende av sjukdom och antal vårdkontakter. Både i förarbetena och i våra underlag sätter läkarna likhetstecken mellan fast läkarkontakt i primärvården och PAL. I primärvården är en förutsättning för att patienterna ska kunna välja en fast läkarkontakt dels att denna rätt är tydlig för patienten, dels att det finns tillräckligt många läkare i primärvården. I dag verkar listning i många fall ske på enhet. Det är viktigt att patienten är informerad om att listning på enhet inte utesluter att även välja sin fasta läkarkontakt.

6.3.4 PAL-funktionen

Vi menar att syftet med PAL är att främja läkarkontinuiteten och tydliggöra vem som är medicinskt ansvarig, och därigenom förbättra patientsäkerheten, öka tryggheten för patienten och få ett effektivare resursutnyttjande. PAL ska vara en namngiven ansvarig läkare, inte bara en funktion. Härigenom blir det tydligt för patienten och övrig vårdpersonal vem som är ansvarig läkare och som ska stå för läkarkontinuiteten dvs. vara den som träffar patienten.

PAL:s uppgifter och ansvar

Exakt vilka uppgifter, ansvar och befogenheter som ska ingå i ett PAL-uppdrag kan inte fastställas på ett generellt plan. Detta är inte heller något som efterfrågas av läkarna. Läkarna i fokusgrupperna uttryckte tvärtom önskemål om flexibilitet i utformningen av PAL-skapet och såg en fara i en rigid utformning som inte tillåter läkaren/teamet/enheten att utforma PAL-skapet så att de på bästa möjliga sätt anpassas till den egna verksamheten.

För att ett PAL-skap ska kunna fungera i praktiken måste uppdraget preciseras och anpassas utifrån varje verksamhets lokala förutsättningar. Det innebär att innehållet i ett PAL-skap kan se olika ut i olika verksamheter. Viss vägledning om vilka uppgifter, ansvar och befogenheter som kan ingå i ett PAL-uppdrag kan hämtas dels från förarbetena till den tidigare PAL-bestämmelsen

⁵⁷ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7)

i HSL och bestämmelsen om fast läkarkontakt i primärvården, dels i Socialstyrelsens föreskrifter om fast vårdkontakt för patienter med livshotande tillstånd.

En tydlig ansvarsfördelning är en viktig förutsättning för en patientsäker vård och ett fungerande PAL-skap. Oklara ansvarsförhållanden är ofta en bidragande orsak till brister och vårdskador (IVO) Ansvarsfrågor som bör klargöras i lokala rutiner är t.ex. hur PAL:s ansvar ser ut i förhållande till andra läkare eller andra yrkesgrupper som också är involverade i patientens vård och vem som är ansvarig när PAL inte är i tjänst. Lika viktigt är att klargöra vilka beslutsmandat/befogenheter som följer med PAL ansvaret. Om kopplingen mellan ansvar och befogenheter inte finns riskerar PAL att stå kvar med ansvaret, men utan tillräckliga möjligheter att påverka viktiga beslut som får medicinska konsekvenser.

Enligt patientsäkerhetslagen har all hälso- och sjukvårdspersonal ett eget ansvar (yrkesansvar) för hur han eller hon utför sina arbetsuppgifter. Även när det finns en utsedd PAL för en patient har alla andra läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är delaktiga i patientens vård ett ansvar för sina bedömningar och åtgärder. Ansvarsförhållandena inom vården kan ibland vara komplicerade i synnerhet när flera läkare är inblandade i patientens vård. Det är därför viktigt att så långt det är möjligt i rutiner klargöra vem som ansvarar för vad och när, t.ex. när och vem som kan ändra en upprättad behandlingsplan, om hur PAL informeras om att ändring i behandlingsplanen har gjorts, osv.

I varje verksamhet måste det finnas skriftliga rutiner som beskriver och preciserar vilka uppgifter, ansvar och befogenheter som ingår i PAL-uppdraget. Ansvaret för att sådana skriftliga rutiner finns på plats, är kända och tillämpas av personalen, ligger hos verksamhetschefen. När det handlar om sådana verksamhetsnära rutiner är det självklart viktigt att läkarna och annan personal involveras och deltar i arbetet med att utveckla ändamålsenliga rutiner. Ett ständigt förändrings- och utvecklingsarbete kräver också att rutinerna uppdateras kontinuerligt. Verksamhetschefen har också ett ansvar att se till att personalen har de resurser och den kompetens som den behöver för att utföra sina uppgifter.

”Det är så olika på olika ställen beroende både på arbetsplats och arbetsdag. Därför är det viktigt att teamet, enheten sätter upp reglerna för hur man vill ha det vid ett eventuellt återinförande.” Läkare

”Man måste inse att vården är en komplex apparat. Det är svårt att säga ”Så här ska vi göra!” Det är bra att arbeta för att lyfta en patient mot kontinuitet så långt det går, så att man undviker att organisera emot det.” Läkare

PAL i teamet

Många gånger är det flera läkare och andra professioner involverade i patientens vård. Teamet runt patienten är viktigt för kontinuiteten och säkerheten och något som läkarna i fokusgrupperna starkt betonade. Vi delar uppfattningen att teamet är viktigt, men anser att patienten därutöver behöver ha en namngiven ansvarig läkare, en PAL. PAL ska vara en del av teamet.

Vilka uppgifter och ansvar PAL ska ha i förhållande till teamet kan bero på vilken typ av team det är; multiprofessionella team eller multidisciplinära team. Generellt beskrivs PAL:s roll i teamet, i våra underlag, vara den som är medicinskt huvudansvarig läkare och den som ska planera

och hålla ihop de medicinska delarna. PAL ska också vara den läkare som ansvarar för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd, vård och behandling i enlighet med patientsäkerhetslagens informationsskyldighet. PAL ska vara den läkare som patienten huvudsakligen ska kunna hålla kontakt med, d.v.s. vara "patientens läkare". Som vi tidigare anfört innebär PAL-skapet inte att denne läkare ensam bär ansvaret för patientens vård. Andra läkare som ingår i teamet kring patienten har givetvis kvar sitt ansvar för de bedömningar och åtgärder som de vidtar. Det är också ett ansvar för övriga läkare i teamet att fungera som back-up om PAL är frånvarande. Skriftliga rutiner kring roll- och ansvarsfördelning i teamet är viktigt för att alla ska veta vem som ska göra vad och när.

Samverkan mellan patientens olika PAL

Hur ska PAL-skapet fungera när patienten flyttar mellan olika vårdenheter, olika vårdgivare, mellan primärvård och sjukhusvård? För läkarna i fokusgrupperna är det denna fråga som det råder störst oklarhet kring. Inte så förvånande eftersom samordning av patienters vård mellan olika verksamheter generellt är ett stort problem som svensk sjukvård brottas med. Det gäller både medicinsk- och administrativ samordning.

Att en patient som behöver vård från flera olika håll kan ha flera PAL är läkarna i fokusgrupperna och representantskapsmötena eniga om. Patienten har sin PAL i primärvården parallellt som patienten kan ha en eller fler PAL i specialistvården, beroende på sjukdomsbild. PAL-skapet i primärvården ska vara långsiktigt medan PAL-skapet inom specialistvård kan vara mer eller mindre avgränsat i tid och till ett vårdtillfälle, t.ex. kan en patient med kronisk sjukdom ha en långvarig kontakt med sin PAL i specialistvården. Hur ska man kunna säkerställa att den medicinska samordningen vid övergången mellan vårdnivåer och vårdenheter fungerar när patienten har flera PAL? Läkarna i vår undersökning tror inte på ett system med *en* läkare som har ett övergripande samordningsansvar för all patientens vård. En samverkansmodell mellan patientens olika PAL tycks vara det som läkarna föredrar. Det medicinska samordningsansvaret kan se olika ut beroende på patientens behov. PAL i primärvården har ett mer generellt samordningsansvar för patientens olika vårdinsatser, medan PAL i specialistvård har ett ansvar för att samordna de medicinska insatser som berör en specifik sjukdom. En god vårdplanering där man tar hänsyn till patientens samlade vårdbehov bidrar till bättre kontinuitet och säkrare vård. Bra kommunikation mellan patientens PAL är också enligt läkarna viktigt, särskilt mellan primärvården och slutenvården. Samarbetet och kommunikationen underlättas om läkarna vet vem som är patientens PAL.

Vår bedömning är att ett välutvecklat PAL-system och överenskommelser om samverkansmodell mellan olika verksamheter skulle bidra till en förbättrad samordning av patientens vård. Vårdgivare måste ta fram rutiner för en fungerande PAL-samverkan mellan vårdenheter. Det är också nödvändigt att vårdgivarna skapar rutiner för samverkan sinsemellan, t.ex. mellan patientens olika PAL. Även sjukvårdens huvudmän måste på en övergripande nivå organisera hälso- och sjukvården så att samordning mellan olika PAL möjliggörs. För att en samverkansmodell ska kunna vara användbar i praktiken krävs att läkarprofessionen involveras i utvecklingen av en sådan modell.

6.4 Förutsättningar och hinder för PAL i praktiken

6.4.1 Lagstiftningens krav på god kontinuitet måste efterlevas

Vårdgivarna har skyldighet att leva upp till de kvalitetskrav som anges i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Enligt 2 a § HSL ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning. En fast vårdkontakt ska enligt 29 a § HSL utses om det krävs för att tillgodose dessa behov hos patienten. För patienter med livshotande tillstånd ska den fasta vårdkontakten vara läkare, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7). Som vi konstaterat i avsnitt 6.3.3. finns det flera patientkategorier som har behov av att ha en läkare som fast vårdkontakt och då ska en sådan utses enligt 29 a §. Därtill ska vårdgivarna säkerställa att patienter ska få möjlighet att välja fast läkarkontakt i primärvården (5 § HSL). Ansvaret för att vården lever upp till dessa kvalitetskrav ligger alltså hos vårdgivaren. Detta innebär att verksamheten ska uppfylla samtliga krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvården.

Vårdgivarna ska enligt patientsäkerhetslagen planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls. För att säkra att vården lever upp till kraven på en god vård är vårdgivaren skyldig att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vårdgivarna ska i sitt kvalitetsarbete identifiera, beskriva och fastställa de rutiner och processer som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som lagstiftningen ställer på verksamheten. Vårdgivaren har alltså en skyldighet att genom rutiner och riktlinjer säkerställa att den vård denne bedriver tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning, att en läkare utse som fast vårdkontakt för patienter med livshotande tillstånd och andra patientkategorier utifrån behovsprövning samt att patienten ges rätt till att välja fast läkarkontakt i primärvården.

Som vi har konstaterat i avsnitt 6.3.4 är samordningen av patientens vård särskilt problematisk när patienten rör sig mellan olika vårdenheter, vårdgivare och huvudmän. För att säkerställa att samverkan inom vårdgivarens organisation t.ex. samverkan mellan olika enheter och mellan personalgrupper ska vårdgivaren också identifiera, beskriva och fastställa processer för sådan samverkan. De fastställda processerna och rutinerna ska också säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och huvudmän.

Det räcker inte med att vårdgivaren tar fram nya rutiner och riktlinjer utan de måste också implementeras och göras kända i verksamheten. Även i denna del har vårdgivarna en skyldighet att säkerställa att rutinerna är kända och följs av personalen.

Som vi konstaterat i avsnitt 6.2.1 finns det fortfarande brister när det gäller kontinuitet i vården. De brister som föreligger är något som vårdgivarna ytterst bär ansvaret för. Att vårdgivarna brister i sitt kvalitetsarbete och sin egenkontroll är något som förts fram från flera håll. Socialstyrelsen konstaterade i tillsynsrapporten 2012 att vårdgivare och huvudmän inom hälso- och sjukvården inte tar sitt ansvar när det gäller kvalitetsarbetet.

IVO har i en rapport år 2014 påtalat att vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete behöver utvecklas. Enligt IVO är bristande rutiner och riktlinjer den vanligaste bakomliggande orsaken till händelser som lett till allvarliga vårdskador. Det kan handla om att det saknas rutiner, att verksamheterna inte har uppdaterat dem, att de inte är kända och att följsamheten till befintliga rutiner är dåliga. Enligt IVO brister vårdgivarna i uppföljning av att verksamhetens rutiner följs och att patienten får en god och säker vård och behandling. Även Vårdanalys har konstaterat att vårdgivaren har stora svårigheter att leva upp till de lagstadgade skyldigheter de har och att det finns utrymme för förbättringar när det gäller att uppfylla lagstiftningens intentioner som syftar till att stärka patientens ställning.

Vår bedömning är att vi har den lagstiftning som behövs för att ge patienten rätt till en namngivet ansvarig läkare (PAL) som fast vårdkontakt. Problemen är att den inte följs. Det är enligt vår uppfattning inte acceptabelt att vårdgivarna inte lever upp till de lagstadgade skyldigheter de har. Vårdgivarna måste förbättra sitt kvalitetsarbete och sin egenkontroll, särskilt med fokus på åtgärder som syftar till att stärka patientens ställning. För att sätta press på vårdgivarna anser vi att IVO måste skärpa tillsynen på hur vårdgivarna lever upp till kvalitetskraven i lagstiftning och då med särskilt fokus på kontinuitetskraven.

Vi föreslår också att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att göra en ny uppföljning av tillämpningen av fast vårdkontakt i 29 a § HSL och föreskriften om livsuppehållande behandling. Uppföljningen bör bland annat fokusera på huruvida verksamheternas behovsbedömning säkerställer att de patienter som har behov av att få en läkare som fast vårdkontakt får det. En sådan utvärdering av fast vårdkontakt kan sedan utgöra underlag för att ta ställning till om det finns behov av ytterligare reglering t.ex. genom att utvidga Socialstyrelsens föreskrift till att omfatta fler patientgrupper.

6.4.2 Organisation, ersättnings- och styrsystem som stödjer kontinuitet och samordning

Vårdens organisation och ersättningssystemen är särskilda utmaningar för patienter som behöver många insatser från olika håll i vården, och även omsorg. Det är också dessa patienter som är i störst behov av behov av kontinuitet och samordning. I våra underlag framkommer synpunkter på att dagens organisation i ”stuprör” eller efter specialiteter, och ersättningssystem försvårar. Det blir särskilt komplicerat då det t.ex. handlar om sköra äldre. Strukturerna i sjukvården uppfattas inte stödja ett sådant brett ansvar för samordning som patienterna skulle behöva.

Detta uttrycks av Stiftelsen Leading Health Care, som har gått igenom olika modeller för ersättningssystem anpassade till de mest sjuka äldre, som att det finns många gränssnitt - mellan vårdnivåer, professioner, huvudmän osv. - där tvister om ansvar och resurser kan uppstå. Det är när patienten korsar dessa organisatoriska gränser som problem med bristande kontinuitet, kommunikation och samverkan uppstår. Den ekonomiska styrningen fokuserar nästan uteslutande på enhetsspecifik resursoptimering, vilket

tenderar öka fragmenteringen mellan vårdgivare eftersom man fokuserar på den egna verksamheten snarare än på resultat av den sammantagna vårdprocessen.⁵⁸

Det är också väl känt från den allmänna debatten och synpunkter från läkarkåren, att ersättningssystem inte alltid uppfattas stödja det som uppfattas som viktigt i mötet mellan patient och läkare/annan vårdpersonal. Den ökade detaljstyrning med många uppföljningsparametrar, som inte alltid upplevs relevanta, minskar utrymmet för professionens egna bedömningar och initiativ, skapar en ökad administrativ börda med ”onödiga” registreringar och minskad motivation.

Under senare år har även styrningen från staten, med stimulansmedel, intensifierats och inriktats på olika områden som man velat att vårdgivarna ska prioritera, t.ex. tillgänglighet, men även mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa. Förutom att det kan öka antalet indikatorer så finns en risk för målkonflikter mellan de olika satsningarna, t.ex. premierade kömiljarden tillgänglighet och nybesök, vilken det finns indikationer på att i sin tur hade undanträngningseffekter på mest sjuka äldre. Resultatet riskerar bli en spretig och mycket detaljerad styrning, som lämnar lite utrymme för professionens egna bedömningar och beslut.

Detta är ett problem som har adresserats både staten och landstingen, inte minst av den nationelle samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården som framhåller att styrsystemen inte är ändamålsenliga och att för patienten avgörande frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn inte främjas genom nuvarande sätt att styra vården. Resultatet är enligt samordnaren en splittrad, mångfaldig och ibland detaljerad styrning. Samordnaren har lämnat preliminära förslag bl.a. att landstingens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas. Samordnare anser att utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem bör brytas och att vården i ökad utsträckning bör styras mot att stimulera kontinuitet för patienten. Vidare framhålls att staten behöver tydliggöra sin roll i hälso- och sjukvårdssystemet, bl.a. behöver regeringen i högre grad samordna styrningen genom överenskommelser med SKL.⁵⁹

Vår bedömning är att ersättningssystemen måste stödja de medicinska prioriteringarna och gå i takt med läkaretiken. Detaljstyrningen av sjukvården måste begränsas, till förmån för tillit och fortlöpande uppföljning! Antalet kvalitetsindikatorer måste begränsas och professionen måste involveras i arbetet med att ta fram indikatorerna. Styrningen bör vara

⁵⁸ *På väg mot en värdefull styrning* - Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. Stiftelsen Leading Health Care 2012.

⁵⁹ *Diskussions-PM* från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/01/Diskussions-PM_effektivare_resursutnyttjande_webb.pdf

mer generell och övergripande, bygga på tillit till professionerna och stödja mötet mellan patient och läkare/annan vårdpersonal liksom kontinuitet och kvalitet i vården.

När det gäller statens styrning och stimulansmedel är det, som påpekats, viktigt att inte målkonflikter mellan de olika satsningarna uppstår och att ytterligare indikatorer skapas. Regeringen har t.ex. aviserat en ”Professionsmiljard”. Det kan delvis sägas vara ett svar på den omfattande debatten om att vårdpersonalen har för många administrativa uppgifter. För att inte riskera förstärka det med den beslutade professionsmiljarden är det viktigt att den statliga styrningen ger utrymme för professionens bedömningar och kontinuitet mellan patient och läkare/annan vårdpersonal.

Vem tar ansvar för att förändringarna sker? Landstingen äger själva frågan, men den aviserade statliga utredningen om styrsystemen inom offentlig sektor kommer att få en mycket viktig uppgift härvidlag.

”Vi har organiserat i stuprör och då jobbar vi i stuprör.” Läkare

6.4.3 God informationskontinuitet

En viktig förutsättning för att läkaren ska kunna ge en god och säker vård är tillgång till korrekt och relevant information om patientens hälsotillstånd, bedömningar och vårdåtgärder som vidtagits av andra läkare. Journalen är ett viktigt verktyg för att förmedla denna information mellan vårdpersonal inom samma klinik men också mellan olika verksamheter och vårdgivare.

Bristar i informationsöverföringen inom vården, mellan vårdgivare är idag ett välkänt problem. Icke-kompatibla journalsystem i primär- och specialistvård försvårar kommunikation och samordning mellan olika vårdgivare. Samtliga läkare som vi talat med framhåller problemen med att journalinformation inte alltid finns tillgänglig mellan olika vårdgivare, t.ex. primärvård och specialistvård. Ostrukturerad journalinformation är också ett problem som gör det svårt för läkaren att snabbt hitta relevant information. Att gå igenom stora mängder journalinformation är tidsödande och den tiden saknas oftast.

Flera statliga utredningar har lagt fram förslag som syftar till att förbättra förutsättningarna för mer ändamålsenlig och säkrare informationsöverföring inom vården.

Vår bedömning är att det är mycket angeläget att de förslag som lagts fram av utredningarna Rätt information i vård och omsorg⁶⁰ och E-hälsokommittén⁶¹ genomförs för att skapa förutsättningar för en bättre informationskontinuitet inom vården. Förutom

⁶⁰ Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23)

⁶¹ Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32)

att journalinformationen ska finnas tillgänglig för den läkare som behöver uppgifterna måste den också vara strukturerad så att det snabbt går att hitta den information läkaren behöver.

En viktig uppgift som tydligt måste framgå av journalen är vem som för varje vårdtillfälle är PAL. Såväl primärvårds- som specialistvårdsläkare framhåller att det skulle underlätta betydligt att veta vem man ska kontakta när man behöver ta kontakt. Det kan synas vara en självklarhet att en uppgift om vem som är ansvarig läkare ska finnas lätt tillgänglig och synlig i journalen, men så ser verkligheten inte ut. Det har i vår undersökning framkommit att det finns journalsystem som kräver att PAL anges, den som anges som PAL i journalsystemet behöver dock inte alltid vara den som faktiskt är ansvarig läkare. Andra har fört fram att det i systemet inte går att särskilt ange ansvarig läkare utan det skrivs in i löptext. Att det saknas en enhetlig standard och praxis kring angivande av ansvarig läkare i journalen försvårar givetvis kontakterna och kommunikationen inom vården. Det är ett angeläget utvecklingsarbete för huvudmän och vårdgivare att ett enhetligt begrepp, PAL, används och görs synligt.

6.4.4 God läkarbemanningen

Även om det är en självklarhet att inom ramen för befintliga resurser sträva efter bästa möjliga trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning för patienterna så måste bristerna i läkarbemanningen påtalas som ett problem när det gäller att uppnå bra läkarkontinuitet. Det är tydligt att läkarna i våra underlag uppfattar brister i läkarbemanningen, särskilt inom primärvården, som ett hinder och en av orsakerna till brister i kontinuitet. Även IVO har, i sina två senaste tillsynsrapporter, påpekat att tillfälliga anställningar och bristande bemanning leder till kontinuitetsproblem och bristande patientsäkerhet. Detta gäller såväl primärvård som den specialiserade vården.

Det är vårdgivaren som enligt hälso- och sjukvårdslagen är ansvarig för att se till det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Detta innebär att vårdgivaren ska se till att läkarbemanningen är tillräcklig för att kontinuiteten i läkarkontakterna ska uppnås.

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår också att alla som önskar ska ha möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Av den s.k. IHP-studien framgår också att de patienter som har en fast läkarkontakt i större utsträckning har en positiv erfarenhet av koordinering i vården än de patienter som endast har en särskild vårdcentral eller mottagning att gå till. Vi menar därför att listningen i primärvården bör ske på läkare, då detta stödjer patienternas möjlighet att få en fast läkarkontakt, en PAL.

Det är emellertid inte så enkelt för vårdgivaren att uppfylla skyldigheterna då det råder stor brist på läkare inom vissa specialiteter. Läkarförbundet har i en kartläggning under år 2012 visat att det saknas cirka 1 400 specialister i primärvården om man ska klara målet om 1 läkare per 1 500 invånare, som är riksdagens mål. I en annan rapport från Läkarförbundet visas att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader inte har förändrats det senaste decenniet trots att primärvårdens andel av läkarbesöken har ökat. Det råder en obalans mellan resurser och uppdrag. Den omstrukturering från slutna

till öppna vårdformer som skett har inte balanserats av en tillräcklig utbyggnad av den öppna vården, det gäller både primärvården och den specialiserade vården. Många vårdcentraler är beroende av vikarier och hyrläkare för att kunna fullgöra sina uppdrag. Då en fast läkarkontakt saknas påverkas även möjligheten att uppfylla Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, dvs. att vårdplanerna ska innehålla uppgifter om den eller de läkare som ska ha det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen efter utskrivningen.⁶²

Brister i läkarbemanningen har även påtalats som ett hinder inom den specialiserade vårdnivån. Kontinuitet och samordning är särskilt viktigt för äldre med många olika sjukdomar, personer med kroniska sjukdomar, vid psykisk ohälsa och svåra sjukdomar. Flera av specialiteterna som möter dessa patienter är uttalade bristspecialiteter, som specialister i geriatrik och psykiatri. Annat som påtalats inom den specialiserade nivån, som kanske inte direkt är en bemanningsfråga men som indirekt har med det att göra, är att sjukvårdens andra uppdrag, som forskning och ansvaret för utbildning påverkar möjligheterna att ge kontinuitet och samordning. Det har också påtalats att samordningen blir svårare ju mer specialiserad vården är.

Vår bedömning är att ett skäl till att dessa brister uppstått är att försörjningen när det gäller läkare inom olika specialiteter i huvudsak sker på mycket decentraliserad nivå utan vare sig regional eller nationell samordning. Därutöver saknas långsiktiga analyser på nationell nivå för att utröna det framtida behovet av läkare och specialistläkare i Sverige. Läkarförbundet har därför under flera år bedrivit ett aktivt påverkansarbete riktat mot regeringen och Socialstyrelsen, där vi påtalat det stora behovet av bättre prognoser och planeringsstöd som inkluderar den framtida efterfrågan på läkare.

⁶² Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård