Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2020-09-09

RS 2020-0408

Regionstyrelsen

Yttrande över God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Föredragande regionråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

2. Beslutet justeras omedelbart.

Regionrådsberedningens motivering

Region Stockholm har givits möjlighet att yttra sig över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Under perioden 2017-2020 har utredningen lämnat flera delbetänkande.
Utredarna lämnar ett antal förslag för att främja delaktighet och samverkan inom hälso- och sjukvården. För en hållbar och utvecklingsdriven hälso- och sjukvård krävs gott samarbete mellan patienter, vårdgivare och berörda myndigheter. Detta samarbete förtydligas i den primärvårdsstrategi som Region Stockholm beslutade om 2019. Husläkarmottagningarna fyller en viktig funktion i invånarnas sjukvård och patienternas behov av husläkare, barnavårdscentraler och barnmorskemottagningar står i centrum, såväl fysiskt som digitalt. En väl fungerande primärvård är en viktig del för att främja en god och nära vård.

Det finns delar av utredningen där Region Stockholm ser behov av tydliggöranden. Det gäller bland annat innebörden av patientkontrakt samt hur kontraktet förhåller sig till andra planer. Region Stockholm välkomnar

att LOL och LOF upphör på det sätt betänkandet föreslår och förordar det som beskrivs som scenario 2, som är ett mindre omfattande intrång i det kommunala självstyret, och som inte innebär obligatoriska vårdval inom psykiatri och fysioterapi.

Hälsofrämjande insatser och förebyggande arbete är en viktig faktor för en hållbar hälso- och sjukvård. Med en god hälsa följer många positiva effekter, både för sjukvården men också för samhället i stort. Utredningen belyser särskilt betydelsen av hälsofrämjande insatser bland barn, unga och unga vuxna. Tidiga insatser för denna grupp stärker delaktighet och skapar möjligheter för ett friare liv.

Samverkan är viktigt för en sammanhållen hälso- och sjukvård. Patienten ska känna sig trygg, välinformerad och uppdaterad kring sin vård. Samarbetet mellan region och kommun behöver fortsatt utvecklas och samverkan mellan olika vårdnivåer behöver stärkas. Förhoppningen är att vi genom detta kan dämpa vårdbehovet och att patienterna behöver färre vårdkontakter för att behålla en god hälsa.

Beslutsunderlag
Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 25 augusti 2020
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande den 17 juni 2020

Irene Svenonius Anna Starbrink

Regionstyrelsen
Regionledningskontoret
Ekonomi och Finans

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-08-26

RS 2020-0408

Regionstyrelsen

Yttrande över God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Beslutsunderlag

Regiondirektörens tjänsteutlåtande
Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 25 augusti 2020
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande den 17 juni 2020

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

2. Beslutet justeras omedelbart.

Regionledningskontorets förslag och motivering

Sammanfattning
Region Stockholm har givits möjlighet att yttra sig över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). I betänkandet ges en övergripande beskrivning av centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet. Utredarna redovisar ett antal förslag som syftar till att stärka olika dimensioner av samverkan och skapa ett mer sammanhanhängande hälso-

och sjukvårdssystem. Vidare lämnas förslag på att tydliggöra hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att medverka i utbildning samt två olika alternativa vägar för att integrera de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Slutligen lämnas i betänkandet också förslag kring vidare översyn och förändringar gällande den grundläggande strukturen med uppdelningen i öppen vård och sluten vård. Sammantaget bedömer utredningen att dessa förslag, tillsammans med förslag i tidigare betänkanden utgör grunden för en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Region Stockholm anser att betänkandet överlag utgör ett gediget material med en omfattande kunskapsöversikt. En stärkt primärvård ligger väl i linje med Region Stockholms Framtidsplan för hälso- och sjukvård och Primärvårdsstrategi.

Region Stockholms synpunkter på betänkandet sammanfattas nedan.

- Region Stockholm ser positivt på och håller med om vikten av hälsofrämjande insatser, personcentrentrering och patientdelaktighet. När det gäller personcentrentrering anser regionledningskontoret att egenvården som är en betydelsefull och resurseffektiv framgångsfaktor borde lyftas fram ännu tydligare i betänkandet.
- Utveckling och underlättande av samverkan på alla nivåer är angeläget och därför behövs ett förtydligande gällande ansvar och förutsättningar för samverkan.
- Det är viktigt med den enskildes möjligheter till stöd genom individuella planer. Det är positivt att individuella planer kan tas fram av enbart en huvudman.
- Region Stockholm anser att det finns ett behov av en tydligare definition i utredningen av den befintliga termen patientkontrakt. Regionledningskontoret anser att det är en olyckligt vald term som inte motsvarar vad det innebär. Det ingås inte ett avtal och utöver patienter finns brukare inom kommunernas verksamheter.
- Region Stockholm tillstyrker betänkandets förslag att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), samt tillhörande förordningar, upphör att gälla vid utgången av år 2022 liksom möjligheten till ersättningsetableringar upphör vid samma tidpunkt. Region

Stockholm avstyrker förslaget enligt scenario 1 om obligatoriska vårdval inom psykiatri och fysioterapi, vilket innebär ett större intrång i regionens självstyre. Istället tillstyrks scenario 2 som består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system. Detta scenario innebär inte lika stora osäkerhetsfaktorer för huvudmännen som inrättande av obligatoriska vårdval.

- Regionledningskontoret håller med om att en förändring i hela hälso- och sjukvårdssystemet är nödvändigt för nå målet om en nära vård. Uthållighet och tålamod är viktigt. Regionledningskontoret anser dock att den ekonomiska resursfördelningen inte är helt klarlagd.

Då betänkandet God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem arbetats fram före pandemin kan det finnas nya förutsättningar som behöver beaktas. Den 30 juni 2020 tillsatte regeringen en kommission för utvärdering av åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av covid-19 och spridningens effekter. Regionledningskontoret vill uppmana utredarna att ta ställning till insikter, lärdomar och nödvändiga åtgärder som framkommer i kommissionens utvärdering.

Bakgrund
Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja de dåvarande landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Utredningen har lämnat flera delbetänkanden. Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53), RS 2017-0928. Den 1 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), RS 2018-0839. Den 5 juni 2019 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42), RS 2019-1003.

Det betänkande som Socialdepartementet nu bjudit in Region Stockholm och andra att yttra sig över är betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). I betänkandet

ges en övergripande beskrivning av det utredarna under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet. Dessutom lämnar utredarna ett antal förslag som syftar till att stärka olika dimensioner av samverkan och skapa ett mer sammanhanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vidare lämnas förslag på att tydliggöra hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att medverka i utbildning samt två olika alternativa vägar för att integrera de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Slutligen lämnas i betänkandet också förslag kring vidare översyn och förändringar gällande den grundläggande strukturen med uppdelningen i öppen vård och sluten vård. Sammantaget bedömer utredningen att dessa förslag, tillsammans med förslag i tidigare betänkanden utgör grunden för en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Ärendet har remitterats till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Överväganden

Region Stockholms yttrande till socialdepartementet över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Då betänkandet God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem arbetats fram under de förutsättningar som rådde före pandemin med covid-19 kan det finnas antagande som behöver omvärderas utifrån de nya förutsättningarna. Den 30 juni tillsatte regeringen en kommission för utvärdering av åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av covid-19 och spridningens effekter. Därmed vill Region Stockholm även uppmana till att inte enbart beakta inkomna remissvar utan att även ta ställning till insikter, lärdomar och nödvändiga åtgärder som framkommer i kommande utvärderingar av covid-19 pandemin.

Region Stockholm har i sina överväganden inte tagit någon hänsyn till eventuella framtida konsekvenser av covid-19-pandemin eller vilka långsiktiga effekter pandemin kan få på hälso- och sjukvårdens samordning, organisation och/eller drift inom kommuner och regioner.

Generellt anser Region Stockholm att betänkandet utgör ett gediget material med en omfattande kunskapsöversikt. Målsättningen att stärka

primärvården ligger väl i linje med Region Stockholms Framtidsplan och framtagen Primärvårdsstrategi.

Region Stockholm redovisar nedan sina kommentarer på respektive kapitel i betänkandet med de överväganden och ställningstaganden som gjorts samt tillför hittillsvarande erfarenheter där det kan ses som ett möjligt framtida lärande.

Kapitel 3 Framgångsfaktorer och hinder
Utredningen redogör för en rad framgångsfaktorer och hinder för omställning till nära vård. Region Stockholm håller med om flera av de hinder och möjligheter som beskrivs.

Region Stockholm menar att det är särskilt positivt att utredningen lyfter personcentrering som en framgångsfaktor för att skapa en god och nära vård. Utredningen konstaterar att ”patienters medskapande av sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas”. Det omnämns vidare att den enskilde ska få tillgång till relevant information och att hen ska kunna medverka utifrån egna förutsättningar och behov. En väl informerad och uppdaterad individ behöver mindre vård och färre vårdkontakter för att behålla god hälsa. Egenvården är en betydelsefull och resurseffektiv framgångsfaktor för att nå en mer jämlik, god och nära vård och bör betraktas som en integrerad del i vårdkedjan. Region Stockholm anser att detta, tillsammans med påvisandet av de stora digitala spång som tagits under pandemin hittills möjliggör för en annan mer utvecklad egenvård, borde framgå ännu tydligare i betänkandet.

Region Stockholm ser det också som positivt att utredningen lyfter förebyggande, hälsofrämjande och rehabilitering som viktiga områden med utvecklingspotential för att stärka hälsan. Region Stockholm anser dock att habilitering och hjälpmedel samt tandvård inte lyfts fram i tillräcklig stor utsträckning. Det är även viktigt att habiliterande insatser särskiljs från rehabiliterande eftersom det är två helt olika patientgrupper med olika behov.

Hälsofrämjande insatser påverkar bland andra hälsan hos barn, ungdomar och unga vuxna. Region Stockholms bedömning är att utredningen kan tydliggöra hur och var det hälsofrämjande uppdraget för denna målgrupp ska bedrivas. Utifrån lägsta effektiva omhändertagandenivå är det viktigt att uppmärksamma den utvecklingspotential, inte minst ungdomsmottagningarnas, som finns i ett breddat hälsofrämjande uppdrag

som inkluderar ungas levnadsvanor. Det kan vara särskilt viktigt för äldre ungdomar och unga vuxna som saknar kontakt med skola eller arbetsliv, där de hälsofrämjande insatserna kan utgöra en brygga till annan vårdform t.ex. vårdcentral. Goda exempel i form av användandet av sociala medier i ansatsen att nå unga används redan idag och kan utvecklas vidare.

Utredningen påtalar också vikten av salutogent förhållningsätt men den berör enligt Region Stockholms uppfattning inte tillräckligt väl betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningsätt. Det innebär att i ett möte i vården ska avstamp tas i individens möjligheter och förmågor oavsett om vårdmötet handlar om förebyggande insatser, behandling, rehabilitering eller egenvård.

Utredningen lyfter patientens delaktighet som centralt hos personer med kroniska sjukdomar men har inte tagit upp andra patientgrupper med funktionsnedsättning som har svårare att uppnå delaktighet.

Utredningen gör en tydlig och klar bedömning av de svårigheter och utmaningar som föreligger idag. En av de stora utmaningarna i hälso- och sjukvården är de senaste årens ökning av stressrelaterade sjukdomar och lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Det föreligger idag, trots olika satsningar, kvarstående brister i kunskap och rutiner inom hälso- och sjukvården för omhändertagande av patientgrupper med stress, psykiska och arbets-relaterade besvär. Detta kan riskera ökande ohälsotal, långa sjukskrivningar med negativa följder för individen, hälso- och sjukvården och samhället i stort. Det behövs därför ännu starkare incitament och styrning för att förebyggande insatser, främjandet av patientens egna resurser, kunskap om sjukskrivningens potentiella negativa effekter samt vikten av att förebygga återfall ska bli en naturlig del av sjukvård och behandling.

Kapitel 4 Samverkanstrukturer

Utredningen innefattar ett resonemang kring hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården kan underlättas. Förslag finns på att begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet. Detta för att tydliggöra att det handlar om hälso- och sjukvård som kan jämställas med all annan hälso- och sjukvård. Region Stockholm har inga invändningar mot ett förändrat begrepp utan tillstyrker förslaget som förtydligar att det handlar om hälso- och sjukvård med likartade kvalitetskrav, behov av resurssättning samt kompetensbehov som den övriga hälso- och sjukvården.

Utredaren konstaterar att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda ligger på primärvårdsnivå. Samtidigt konstateras att kommunalt anställd personal kan medverka i hälso- och sjukvård som är regionens ansvar. Region Stockholm anser att det är bra med tydlighet och samsyn så att det inte uppstår något glapp mellan huvudmännens ansvarsområden gällande primärvårdsnivån.

Region Stockholm tillstyrker förslaget i utredningen att förtydliga kraven på regioners och kommuners särskilda samverkansansvar vid planering och utveckling av hälso- och sjukvård. Det behöver dock klarläggas exempelvis hur aktörerna ska ansvara för den övergripande gemensamma plan som föreslås. För att nå målet att huvudmännen ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården behöver regioner och kommuner förändra processerna så att kommunerna kan involveras i planering och utveckling av hälso- och sjukvården och regioner på motsvarande sätt kan involveras i kommunernas planering. Det är viktigt att en sådan plan knyter an till de regionala mål som i bred samverkan sätts för regional utveckling. Det är också aktuellt att se över hur kommunerna deltar i kunskapsorganisationen.

Region Stockholm håller särskilt med om att samverkan skulle kunna utvecklas ytterligare på utförarnivå. I och med pandemin har det gemensamma arbetet med kommunerna utökats med mycket gott resultat. Vi har fått en helt ny och välfungerande lokal och regional samverkan som även innefattar privat primärvård. Ett tydliggörande av samverkan på utförarnivå skapar bättre förutsättningar för både uppföljning och tillsyn av verksamheterna utifrån samverkansaspekten. Det är bra med resonemang om nätverk och horisontella organisationer. För att det ska ha effekt och vara genomförbart måste utredningen påtala att samsyn måste finnas avseende mål och effekter samt att likartade förutsättningar ges för t ex samverkan för vårdens professioner. I utredningen saknas diskussion om tandvårdens roll i samverkansstrukturerna mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen. Redan idag samverkar tandvården med hälso- och sjukvården och kommunal omsorg i stor utsträckning och det är viktigt att fortsatt samverkan med tandvården möjliggörs och synliggörs i samband den föreslagna reformen.

Utredningen framhåller även vikten av att förutsättningar för samverkan ska finnas för att en god vård ska kunna ges. Region Stockholm efterlyser mer konkret besked om vilka förutsättningar som utredningen syftar på.

Individuell vårdplan
Olika former av krav på vårdplaner finns i nuläget och utredningen har sett över lagstiftningen. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL, socialtjänstlagen (2001:453) SoL, och lagen (2017:162) om samverkan vid utskrivning från sluten vård, LUS, påverkar formerna för de individuella planerna. Region Stockholm ser positivt på utredningens slutsats att fler patienterna ska ges möjlighet till individuell plan men det är fortfarande otydligt hur de olika planerna förhåller sig till varandra. Förslaget är att individuell plan ska utökas till att också gälla när den enskilde får hälso- och sjukvård från flera vårdgivare och oavsett om kommunen är involverad. Region Stockholm bejakar förslaget om möjligheterna att ta fram en plan när enbart den ena huvudmannens aktörer är inblandade. Planen ska också kunna initieras utan samband med utskrivning från slutenvården. Den fasta vårdkontakten ska fortsatt ansvara för den individuella planen och den enskilde ska kunna initiera planen. Detta är inga nyheter utan det har funnits möjligheter i tidigare lag. Region Stockholm ser dock positivt på att detta blir förstärkt utifrån förtydligande i lagstiftning. Informationsinsatser måste dock göras så att den enskilde blir mer informerad om möjligheterna.

Tandvården bör lyftas fram som en aktör i huvudmännens samverkansansvar, främst den tandvård som ges på uppdrag av regionen i form av uppsökande verksamhet till patienter i eget boende och särskilt boende samt medicinsk tandvård, orofacial medicin, pedodonti med flera till patienter och brukare med komplexa vårdbehov och/eller systemsjukdomar. Även om systemen för tandvård och hälso- och sjukvård regleras på olika sätt är det viktigt för patienter och brukare med en god samverkan.

Region Stockholm tillstyrker förslaget att målet med insatserna för den enskilde ska framgå i den individuella planen. Det är viktigt att stärka den enskildes roll och angeläget att syftet med samverkan är tydligt, även för vårdgivaren. Utredningen lyfter likaså att det är viktigt att de medicinska insatserna är realistiska och att det inte ska vara möjligt att kräva särskilda insatser som inte är medicinskt motiverade.

Region Stockholm ser positivt på att det i den individuella planen ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Planen bör dock kompletteras med habiliterande insatser då behov av sådana finns. Det är också viktigt att förtydliga vad som är hälso- och sjukvårdens ansvar i förhållande till förebyggande insatser och egenvård. Det är angeläget med förtydligande av gränsdragning, områden som kräver överenskommelser med kommunerna för tydliggörande, prioritering av

resurser och långa tidsperspektiv. Förebyggande insatser kan löna sig både på kort och längre sikt. I sammanhanget är det också viktigt att utredningen lyfter fram att hälso- och sjukvården inte är den enda aktören som bidrar till förebyggande arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan nämns som exempel. I ett hälsofrämjande och förebyggande arbete krävs även en ökad samverkan med andra aktörer i samhället, t ex med näringsliv, kommunal trafik- och infrastruktur, skola och socialtjänst, kultur & fritid, frivilligorganisationer och intresseorganisationer. Hela samhället kan bidra i det förebyggande arbetet och bidra till stödjande miljöer för hälsa. Även samordningsförbunden har en viktig roll gällande samverkan med andra parter.

I förslag om individuell plan för patienter bör även tandvården lyftas fram som en aktör och att tandvården ges möjlighet att bli en del av den individuella planen. Detta med anledning av att tandvården både arbetar sjukdomsförebyggande och behandlande vilket påverkar vilken typ av vård och insatser som behövs inom hälso- och sjukvården samt omsorgen.

Elevhälsan
Utredningen beskriver att elevhälsans roll att stödja hälsan har uppmärksammats i olika forum. I och med förslaget att utöka bestämmelserna om individuell plan till att omfatta kommunernas hälso- och sjukvård så bedömer utredarna att elevhälsan nås av skyldigheterna. Region Stockholm instämmer med utredningens referens- och expertgrupp och Inspektionen för vård och omsorg som har påtalat att elevhälsan har en viktig roll och att vårdgivaransvaret inte är tillräckligt känt. Utöver detta vill Region Stockholm lägga till att det behövs ett förtydligande gällande ansvar för arbetet med levnadsvanor. Det behövs ytterligare klargörande av huruvida den individuella planen och/eller begreppet vårdprocesser skall innefatta såväl hälsofrämjande som förebyggande insatser gällande levnadsvanor. För att underlätta tolkning av förslaget behövs förtydligande kring vilka delar av elevhälsan som utförs inom ramen för HSL och som därmed kan komma att ingå i den individuella planen enligt utredningens förslag. Vidare behövs förtydligande av hur tolkning av verksamhet inom HSL skall ske gentemot verksamhet inom skollagen (2010:800). Därtill vore det önskvärt med ett förtydligande av huruvida hälsofrämjande insatser gällande levnadsvanor innefattas i begreppet vårdprocesser enligt utredningens förslag. Begreppet vårdprocesser kan tolkas som att förslaget endast innefattar förebyggande insatser (då individen redan har t.ex. ohälsosamma matvanor, jämfört hälsofrämjande insatser som vanligen definieras som att bibehålla det friska dvs innan ohälsosamma matvanor utvecklats).

Region Stockholm vill påpeka att koordineringsinsatser och koordinator för rehabilitering inte omnämnts i utredningen men att denna funktion har en viktig del i sammanhanget samverkan. Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet trädde ikraft februari 2020. Under flera år har med stöd av en statlig överenskommelse den nya funktionen ”Rehabkoordinator” formats och implementerats runt om i landet. Denna struktur och satsning bör enligt Region Stockholm ligga på primärvårdsnivå, helt i enlighet med de beskrivningar i utredningen som trycker på att skyndsamma, ändamålsenliga åtgärder ska erbjudas. Kompetensen måste finnas i och utgå från den nära vården, vilket går hand i hand med avsikten att reglera utbildningsansvar i HSL, och förslaget att verksamhetsförlagd utbildning ska regleras i lag.

Begreppet ”Återgång i arbete” saknas i utredningen men kan antas ingå i begreppet rehabiliterande insatser. Begreppet bör ändå nämnas eftersom det rör sig om en relativt ny forskning och ett viktigt steg för sjukvården att integrera återgång i arbetet för ett salutogent förhållningssätt och för att stärka hälsan.

Kapitel 5 Patientkontrakt

Utredningen har i uppdrag att klargöra hur patientkontrakt förhåller sig till samordnad individuell plan (SIP). Patientkontrakt beskrivs som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten, en sammanhållen plan (SIP) och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten. I utredningen föreslås att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska få möjlighet till ett patientkontrakt. Region Stockholm ser en del otydligheter med beskrivningen av patientkontraktet och att det behövs en tydligare definition av patientkontrakt. Det går att tolka förslaget som att det främst handlar om en IT-lösning som är kontraktet. Alla i befolkningen har inte tillgång till IT så även analoga lösningar är angeläget. Det måste även säkerställas att personer med nedsatt autonomi får möjlighet till patientkontrakt och att detta anpassas till den enskildes förmåga att ta till sig det. Ett ombud borde också kunna initiera patientkontrakt eller SIP. Informationsinsatser till befolkningen om möjlighet till patientkontrakt behöver beskriva hur planerna och patientkontraktet ska hänga ihop och vad som är skillnaden mot dagens journaler på 1177.

Region Stockholm menar att det är viktigt att frågan om patientkontrakt inte stannar vid formalia eller utveckling av ett digitalt verktyg utan det

viktiga i diskussionen är innehållet i kontraktet. Angående begreppet patientkontrakt instämmer regionen i utredningens konstaterande att det är en olyckligt vald term som inte motsvarar vad det innebär, då det snarare rör sig om en överenskommelse. Ett avtal ingås inte. Dessutom är ordet patient illa valt om det även ska omfatta brukare i kommunernas verksamheter. Även tandvården bör lyftas fram som en aktör i patientkontraktet.

Kapitel 6 Utbildningens roll i omställningen

Utbildning och forskning är en viktig del i omställningen till Nära Vård. Utredningen beskriver att ”Läkaryrket är ett legitimationsyrke och ett ensamrättsyrke”, vilket innebär att endast legitimerade läkare eller läkare med ett visst särskilt förordnande har rätt att utöva det. Förutsättningarna för en legitimerad läkare att uppnå specialistkompetens regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. Vidare beskrivs att under specialiseringstjänstgöringen är läkaren anställd av regionen som också bär kostnadsansvaret för den avlönade tjänstgöringen. Det är Socialstyrelsen som genom föreskrifter och allmänna råd beslutar vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som gäller inom respektive specialitet.

Region Stockholm anser att utredningens mycket lovvärda fokus på att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården borde ha inneburit att utredningen också studerade hur läkarnas specialiseringstjänstgöring påverkas och hur tjänstgöringen kan behöva anpassas för att harmonisera med ett ökat fokus på nära vård. Vårdens organisation utgör en mycket viktig förutsättning för möjligheterna att bedriva ST-utbildning (specialisttjänstgöring) samt på vilket sätt den kan genomföras. Dessutom handlar det om utbildningens kvalitet, patientsäkerhet, och läkarnas arbetsmiljö.

Utflyttningen av basal sjukvård från akutsjukhus till närsjukvård och primärvård innebär att ST-utbildningar i olika utsträckning påverkas. Delar eller till och med en majoritet av utbildningen inom vissa specialiteter måste flytta ut från akutsjukhusen i och med att ett eller många delmål i Socialstyrelsens förskrifter om läkarnas ST inte längre går att genomföra på akutsjukhusen. Detta bör vidare hanteras av regionerna och högskolorna.

Region Stockholm instämmer helt i utredningens förslag att utbildningsuppdraget ska regleras i HSL. Det skulle enligt Region Stockholm tydliggöra utbildningens viktiga roll för kompetensförsörjningen och stärka utbildningsuppdraget som en självklar del i vårdverksamheten. Det bör även underlätta med lagkrav när vårdavtal skrivs. En dialog mellan region och utbildningsanordnare måste även fortsättningsvis föras kring hur behoven ser ut i fråga om i vilken omfattning och i vilken verksamhet platser för verksamhetsförlagt lärande behövs. Detta för att regionen ska kunna skapa sig en helhetsbild och utifrån denna kunna ställa krav på vårdgivarna i behövlig utsträckning.

Region Stockholm anser att omfattningen av verksamhetsförlagd utbildning är något regioner måste vara med och besluta om så att regionerna inte är helt styrda av lärosätenas kravställande. Därför är det Region Stockholms bedömning att det även fortsättningsvis behövs kompletterande avtal eller överenskommelser mellan region och lärosäte som reglerar kvantitet, kvalitet etcetera. Regionerna behöver även fortsatt involveras inför uppstart och utökning av utbildningar.

Region Stockholm ser även positivt på utredningens förslag att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. I tillägg till utredningens tidigare lämnade förslag om reglering av primärvårdens grunduppdrag genom införande av bestämmelsen 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80), föreslås en ytterligare punkt i samma bestämmelse, punkt 9, i vilken nu nämnda uppdrag avseende utbildning anges.

Region Stockholm anser att det är positivt att behovet av reglering av verksamhetsförlagd utbildning med förtydligande och skärpning av berörda parters ansvar lyfts. Det vore därtill bra att i utredningen lyfta behovet av framtidens vårdkompetens där det även behövs formaliserad utbildning under statligt ansvar Exempelvis finns behov av såväl generalister som specialister inom bland annat logopedi, fysioterapi och arbetsterapi. För vissa specialiseringsområden finns det inte tillräckligt utbud av akademiska kurser.

I Stockholm deltar redan många privata aktörer inom primärvården i utbildningsuppdraget. Det finns dock en otydlighet om huruvida

fysioterapeuter verksamma enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi omfattas av utbildningsuppdraget, vilket vore önskvärt.

Utredaren menar att när fler vårdgivare är med och tar ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen minskar risken för att studenter inte i rimlig tid kommer ut i den verksamhetsförlagda utbildning som studenten efterfrågar och är intresserad av. Vidare menar utredaren att förslagen förväntas medföra en bättre genomströmning av studenter på olika vårdutbildningar med resultatet att utbildningsperioden kortas och studenterna snabbare kan komma ut i tjänst och sysselsättning. Region Stockholm menar att det kan gynna kompetensförsörjningen om antalet utbildningsplatser på programmen kan utökas på grund av att fler vårdgivare deltar i utbildningsuppdraget.

Kapitel 7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi
Region Stockholm tillstyrker betänkandets förslag att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), samt tillhörande förordningar, upphör att gälla vid utgången av år 2022. Regionen tillstyrker även att möjligheten till ersättningsetableringar upphör vid samma tidpunkt.

I likhet med flera tidigare utredningar avseende lagstiftningen, redogör denna utredning för väsentliga brister och tillämpningsproblem i systemet med LOL och LOF.[1] Region Stockholm bekräftar dessa redogörelser. Lagstiftningens svagheter är välkända och tillämpningen leder för regionens del till omfattande tolkningsproblem, kostnader och rättsprocesser. Framförallt står lagstiftningen och dess ersättningsmodeller inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Ersättningsrätten för den som har en etablering i enlighet med LOL eller LOF är livslång och regionerna som finansierar verksamheten har inget inflytande över var verksamheten bedrivs, eller över dess utbud, tillgänglighet och kvalitet.

I Region Stockholm är vårdgivare inom LOL och LOF koncentrerade till vissa stadsdelar och kommuner. Befolkningen inom dessa områden står vidare för höga andelar av de patientbesök som regionen ersätter genom

[1]God och nära vård, Vård i samverkan, SOU 2019: 29, kap. 6, s. 159 ff.; Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi, Ds 2018:31; Mona Boströms Nationell taxa, slutredovisning av uppdrag 2012 utredning 2012.

LOL och LOF, medan befolkningen i andra områden besöker dessa vårdgivare i begränsad omfattning. Ur Region Stockholms perspektiv är det angeläget att ersättningsmodeller är anpassade till verksamheterna, samt att regionen kan ställa likvärdiga krav på all regionfinansierad hälso- och sjukvård. Det är inte möjligt med LOL och LOF. Lagstiftningen ger inte heller möjlighet att komma till rätta med de problem som påvisats vid löpande och fördjupade uppföljningar. Region Stockholms uppföljningar har exempelvis påvisat problem med bristande eller obefintliga patientjournaler, samt felaktig förskrivning av läkemedel.

För att uppnå god och nära vård på lika villkor, med patientperspektivet i fokus, och vårdbehovet som styrande av insatsernas omfattning och karaktär, är det enligt Region Stockholm angeläget att integrera vårdgivarna inom LOL och LOF i den ordinarie primärvården och övriga öppenvården.[2] Betänkandets grundläggande förslag, att LOL och LOF upphävs, är enligt Region Stockholm avgörande för att en sådan integrering ska kunna ske.

Scenario 1
Region Stockholm avstyrker förslaget om obligatoriska vårdval inom psykiatri och fysioterapi. Detta då ett obligatoriskt inslag i varje region innebär ett oproportionerligt stort ingrepp i det regionala självstyret. De skäl som enligt betänkandet bär upp förslaget om inrättande av obligatoriska vårdval, är enligt Region Stockholm, inte tillräckliga för att väga upp nackdelarna med ett sådant inrättande.

Region Stockholm menar att den tillitsproblematik som enligt betänkandet råder i nuvarande system, och vikten av möjligheten att som mindre aktör kunna få offentlig ersättning för hälso- och sjukvårdstjänster, kan hanteras på mindre ingripande sätt än genom obligatoriska vårdval. Obligatoriska inslag kan snarare ge upphov till fortsatt tillitsproblematik, än skapa förutsättningar för ett gott samarbete. Varken förtroendet eller samarbetet mellan parterna i nuvarande system torde ha gynnats av att LOL och LOF är nationella och tvingande, utanför parternas kontroll. Vidare kan Region Stockholm notera att det inte endast är mindre aktörer som är verksamma inom LOL och LOF i Region Stockholm, även om ersättningsrätten är personlig.

Region Stockholm menar att kommunalt självstyre, med intresse och ansvar för planering och genomförande av hälso- och sjukvård, är en bättre

[2] Jfr. betänkandet, SOU 2020:19, s. 276

drivkraft och garant för att skapa god och nära vård än vad obligatoriska vårdval är. Förutsättningarna för att utveckla hälso- och sjukvården i riktning mot patientcentrerad och jämlik vård på lika villkor skiljer sig åt mellan regioner och mellan områden inom en region, liksom mellan yrkesområden och specialiteter. För att kunna möta olika förutsättningar med nödvändig flexibilitet menar Region Stockholm att det är mer ändamålsenligt med kommunalt självstyre utan obligatoriska inslag.

Som ett exempel på problematiken med obligatoriska vårdval kan nämnas att Region Stockholm under 2015 utredde fördelar och nackdelar med ett eventuellt inrättande av vårdval inom just psykiatri. Regionen beslutade att inte inrätta vårdval inom denna specialitet, utan i stället prioritera andra avtalsformer för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård inom detta vårdområde.

Region Stockholm bekräftar betänkandets konstaterande att vårdval innebär att medborgarna behöver ta en mer aktiv roll i sin kontakt med vården, och välja utförare i större utsträckning.[3] Region Stockholm menar att det är särskilt problematiskt att förvänta sig sådana aktiva val av patienter med psykisk ohälsa. Region Stockholm vill i detta sammanhang även lyfta fram att den föreslagna lösningen med ett obligatoriskt vårdval inom psykiatri inte bedöms tillgodose behovet av en mer integrerad och samordnad vård, med ett teambaserat arbetssätt där olika professioner tillsammans möter patientens behov.

Det är även värt att nämna att Region Stockholm har analyserat åldersfördelningen hos regionens cirka 50 verksamma psykiatriker inom LOL. Analysen visar att det enbart är ett tiotal av dessa psykiatriker som inte kommer att ha uppnått pensionsålder vid den föreslagna övergångsperiodens slut.

Avseende fysioterapi, anser Region Stockholm att ett obligatoriskt vårdval inte skulle underlätta för vare sig patienterna, vårdgivarna eller regionen. Region Stockholm har redan flera vårdval tillgängliga för fysioterapeuter, inom dels specialiserad fysioterapi och dels primärvårdsrehabilitering. Fysioterapeuter kan dessutom vara verksamma inom andra vårdval som finns inom regionen, exempelvis vårdval inom ortopedi och inom rehabilitering vid vårdval långvarig smärta.

---

[3] Jfr. betänkandet, SOU 2020:19, s. 276.

Scenario 2
Det andra förslaget består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre.

Region Stockholm förordar scenario 2 framför scenario 1. Regionen instämmer i betänkandets konstaterande att scenario 2 innebär ett mindre omfattande intrång i det kommunala självstyret än scenario 1, samt att det inte innebär lika stora osäkerhetsfaktorer för huvudmännen som inrättande av obligatoriska vårdval.[4] Region Stockholm anser vidare att frivilligheten i scenario 2 är tilltalande.

Region Stockholm noterar att Region Stockholm i egenskap av storstadsregion har begränsad erfarenhet av problematik kopplad till hälso- och sjukvård i glesbygd. Regionen bejakar ändå att förslaget kan medföra fördelar för de regioner som berörs i större utsträckning.

Sammanfattningsvis tillstyrker Region Stockholm att LOL och LOF upphör på det sätt betänkandet föreslår. Region Stockholm avstyrker scenario 1, och förordar scenario 2.

Region Stockholm bedömer att det finns goda möjligheter till samarbete med regionens vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF, representerade av fackförbund, yrkesföreningar och intresseföreningar. Genom ett konstruktivt samarbete utifrån regionspecifika förutsättningar bedöms en integrering i den ordinarie primärvården och övriga öppenvården kunna ske. Regionen har redan initierat ett sådant samarbete.

<u>Kapitel 8 En ändamålenslig struktur för styrning av hälso- och sjukvården</u>
Utredningen har analyserat huruvida vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är aktuell och ändamålsenlig. Enligt bedömningen är uppdelningen i dessa vårdformer fortsatt lämplig. Region Stockholm delar uppfattningen att denna uppdelning fortsatt är aktuell.
Öppen vård kan vara både primärvård och specialiserad vård.
Primärvården utgör alltid öppen vård. Kommunal hälso- och sjukvård utgör också primärvård. Den öppna vården är enligt HSL all vård som inte är sluten vård enligt befintlig definition.

---

[4] Betänkandet s. 292.

I ett förändringsarbete till nära vård är det bra med en översyn av begrepp och beskrivningssystem för att säkerställa användbarheten samt att begrepp och indelning gynnar förändringsarbetet. Mer vård ska bedrivas närmare invånarna och mindre vård ska ske på sjukhusen. Vården måste vara förenlig med förändringen och kunna beskrivas och följas upp. Det är också viktigt att den vård som kommunerna ansvarar för kommer med i samma beskrivningssystem. Många olika begrepp används i dagsläget, som exempelvis komplex vård och avancerad vård. Det är inte alltid den vård som är mest. avancerad som är den mest resurskrävande. En koppling till ersättningsmodellerna måste också göras. Hälso- och sjukvården har förändrats, utvecklats, och behöver därför kunna beskrivas utifrån hur vi vill att den ska se ut. Region Stockholm stödjer förslaget att Socialstyrelsen tilldelas ett uppdrag att utreda på vilket sätt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras för att underlätta och stimulera en överföring av mer vård till öppna vårdformer. Förslaget innefattar även att utreda om kommunen omfattas tillräckligt väl i vårdens beskrivningssystem för att säkerställa god kvalitet och relevanta uppföljningsmöjligheter i all hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården har ett uppdrag att bedöma förmåga till, stödja, och följa upp egenvårdsråd. I en översyn av beskrivningssystemen bör det även ingå att se över begrepp kopplat till egenvård så att även den vårdformen inkluderas på ett adekvat sätt i beskrivningssystem. Det är viktigt för att möjliggöra relevant uppföljning, på såväl individnivå som på systemnivå, och för att synliggöra en viktig del i omställningen till god och nära vård.

Utredningen för ett resonemang att begreppet, sluten vård avskaffas och att ett nytt begrepp ”särskild vård” införs. Region Stockholm har svårt att ta ställning till om just särskild vård är rätt begrepp. Det skulle vara betydelsefullt att inledningsvis klassificera vilken vård som ska kallas S*pecialiserad*. Därefter kan avgöras om den specialiserade vården även är särskild, utifrån de obligatoriska rekvisiten som utredningen definierat. Annars finns risk för likartad inlåsning som i nuläget. Behandlingsmetoder och vårdförlopp bör styras inom ramen för kunskapsstyrning. Huruvida begreppet ska ändras skulle kommuner och regioner kunna utreda inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Kapitel 9 Förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet
Utredningen framhåller att om målen med omställningsarbetet ska uppnås måste förändringar och omställningsarbete göras i hela den svenska hälso- och sjukvården. Primärvårdsreformen är en del av förändringen.

Omställningsarbetet omfattar även kommuner, civilsamhället och andra aktörer. Svårigheter finns dock med att mäta effekter av omställningsarbeten. . En del förändringar i exempelvis attityder tar längre tid att se effekter av. Det finns många goda exempel på gott samarbete som har uppstått i och med pandemin. Arbete bör ta vid och utvecklas utifrån det goda samarbetsklimat som har uppstått.

Den påbörjade omställningen till nära vård är komplex men det finns goda möjligheter att bygga upp en primärvård som kan vara navet i hälso- och sjukvårdssystemet med rätt incitament och styrmedel. Resonemanget om resursöverföring är viktigt. Det är svårt att dra ner på resurser på sjukhusen innan primärvården hunnit bygga upp funktionalitet eftersom detta kan riskera att skada tillit och förtroende för primärvården. Primärvården måste få möjlighet att bygga upp kapacitet för att klara det utökade uppdraget och sjukhusen behöver ändra synsätt och stödja primärvården. Samverkan mellan sjukhus och primärvård är fortsatt mycket viktig. Utredningen konstaterar att omställningen inte går att beskriva i enbart ekonomiska termer utan handlar om överföring av kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning. Utredningen pekar på behovet av en systematisk uppföljning av primärvården och det är viktigt att se över uppföljningssystemen för att följa upp relevanta data.

Region Stockholm menar att den kommunala hälso- och sjukvården måste inkluderas, den är i allra högsta graden viktig del i omställningen.

Det är viktigt att de stödstrukturer som utredningen föreslår också stödjer arbete mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Många av de framtida utmaningar som utredningen lyfter är centrala för arbetet för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, alltifrån kunskap om systemet och systemets legitimitet. Det är positivt att utredningen föreslår en mer samlad styrning. Region Stockholm menar att det är grundläggande för förändringsarbetet att det sker och är förankrat där effekter förväntas uppnås. Detta skapar bättre förutsättningar för långsiktigt arbete och ger tydligare planeringsförutsättningar i det framtida förändringsarbetet.

<u>Kapitel 10 Lättare psykisk ohälsa</u>
Regeringen har i tilläggsdirektiv givit utredningen ytterligare uppdrag att undersöka förutsättningarna för att utveckla skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bland annat förebygga svårare ohälsa och sjukskriving. Utredningstiden förlängs i och med tillägget till januari 2021.

Region Stockholm ser positivt på att utredningen fortsätter med att utreda insatser inom lättare psykiska ohälsa men vill påminna om att även tandvårdens roll bör beaktas i uppdraget psykisk ohälsa. Tandvården kan upptäcka tecken av psykisk ohälsa och våld i nära relationer vid undersökningar av käkar och tänder.

Förslaget innebär positiva konsekvenser för patientsäkerheten. Utredningen lyfter fram en integrerad och personcentrerad vård vilket stärker patientsäkerheten och den innehåller ett flertal förslag som syftar till att öka patientsäkerheten. Patientdelaktighet, kontinuitet och samordning i vården är betydelsefulla delar för att uppnå patientsäkerhet. Även arbetsmiljön påverkar patientsäkerheten och det är viktigt att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Tydliga kompetenskrav för den fasta läkarkontakten ökar patientsäkerheten.

Ett tydligt och nationellt uppdrag för primärvården bör kunna bidra till en mer jämlik vård och öka patientsäkerheten. Även möjligheten att kvantitativt avgränsa uppdraget (antal listade) kan både öka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön. Region Stockholm anser att utredningen i allt för liten grad belyser patienternas autonomi och rätt till valfrihet.

Ett upphörande av LOL och LOF förväntas medföra positiva konsekvenser för patientsäkerheten, bland annat genom att ersättningsrätt, utan möjlighet att styra kvalitet i hälso- och sjukvård, upphör.
Förslaget förväntas få positiva konsekvenser för jämlik och jämställd vård. Region Stockholm uppmärksammar att det hälsofrämjande och förbyggande perspektivet inom en god och nära vård lyfts och förtydligas genom utredningens förslag. Den nära vården kan lägga en adekvat grund för en mer jämlik hälsa i befolkningen vilket är förtroendeingivande. Men det definierar också nya krav på insatser, förhållningssätt, samarbeten och resursfördelningen.

Det är av största vikt att det hälsofrämjande och förbyggande perspektivet lyfts på motsvarande sätt i utveckling av insatser, förankring av förhållningssätt, stöd till fortbildning, utveckling av systemstöd samt vid budgetallokering.

Ekonomiska konsekvenser
En gemensam plan för hälso- och sjukvården är en ambitionshöjning och aktualiserar finansieringsprincipen. Det är viktigt att inte hela ansvaret för genomförandet läggs på regionerna.

En viktig förutsättning för genomförande av God och nära vård är att omfördelning av resurser kan göras från sjukhusvård till primärvård. Detta är ett regionalt och kommunalt ansvar. I alla regioner bedöms en puckelkostnad att uppstå och statliga medel bör tillskjutas under en omställningsperiod. Då omställningen också är kommunernas ansvar bör medel för omställningen även inbegripa dem.

Region Stockholm tillstyrker förslaget om en långsiktig omställning till en nära hälso- och sjukvård.

Carina Lundberg Uudelepp
Regiondirektör

Katarina Holmgren
Ekonomidirektör

Beslutsexpediering:
Akt
Regionledningskontoret Ekonomi och finans
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Godkänd av Carina Lundberg Uudelepp, 2020-08-26

Sammanfattning

Om betänkandet

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förlagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om propositionen 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). De förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet. En proposition avseende en primärvårdsreform är aviserad av regeringen under våren 2020.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och om hur arbetet fortskred. Delbetänkandet innehöll analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i detta huvudbetänkande lämnar förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i detta betänkande.

Förslagen i detta betänkande, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Vi bedömer att våra

förslag är steg på vägen i utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de bedömningar och förslag som lämnas. De kapitel som inte innehåller explicita bedömningar och förslag sammanfattas mycket kort. Kapitel 1 och 11 innehåller författningsförslag samt författningskommentarer, och sammanfattas inte närmre här. De bör i stället läsas tillsammans med respektive förslagskapitel.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs för betänkandets utgångspunkter och upplägg. Vi beskriver våra hittills redovisade uppdrag, samt redogör för ett antal avgränsningar i uppdraget. Vi beskriver också hur vi fullgjort vårt uppdrag att ta fram våra förslag i bred dialog med samtliga berörda aktörer. Vi ger i kapitlet en nulägesbild av omställningen till nära vård och redogör för redan beslutade milstolpar i färdplanen, samt milstolpar som kvarstår för beslut. Avslutningsvis presenteras vår bild av några av de effekter den pågående förändringen kan förväntas ge för patienter och invånare.

Kapitel 3. Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

I kapitlet redogör vi för framgångsfaktorer och hinder för omställningen till nära vård. Vi lyfter bland annat personcentrering och involvering av såväl invånare som patienter, närstående och medarbetare. Interprofessionellt lärande och salutogent förhållningssätt betonas. Kompetensförsörjning, logistik och infrastruktur lyfts fram,

liksom forskning och undervisning samt digitalisering utifrån patienternas och verksamheternas behov.

Hinder såsom bristande uthållighet, brist på helhetssyn, olika tolkning av regelverk och ekonomiska utmaningar, inklusive omfattande investeringar i byggnader, reflekteras. Bristen på aggregerade data på primärvårdsnivå betonas på nytt. Behovet av att lyfta ledarskapets betydelse poängteras. Risken med att konstruera system som minskar tillgängligheten och blir exkluderande, i stället för inkluderande, av grupper med de största behoven, eller nedsatt möjlighet att själva agera utifrån sitt vårdbehov, belyses.

Kapitel 4. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

Vi har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut samt att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Vi har också i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

Att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner innebär också att det är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Det är ett viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, liksom för patienter och närstående.

Vi lägger i kapitlet ett antal förslag för att stärka samverkan för patienter och brukares bästa. Vi *föreslår* att begreppet hemsjukvård ska ersätts med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på. Detta förslag tydliggör att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som övrig hälso- och sjukvård.

Vi gör *bedömningen* att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda utgör primärvård, men att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och

sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda. Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar däremot till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för de med störst och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen.

Utredningen *föreslår* vidare att utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen.

För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Vi *föreslår* därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Detta förslag avser inte att i detalj reglera innehåll eller tidsomfattningen i en sådan länsövergripande plan. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig planering för det gemensamma åtagandet primärvård, där planen förslagsvis kan omfatta strategiska frågor såsom t.ex. kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

Utredningen beskriver vidare att gällande rätt när det gäller samverkan i hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad på makro- (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå) i systemet, men till stora delar saknas på meso-nivå (utförarnivå). Bestämmelser som träffar utförare, och därmed hur det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikro-nivå ska kunna tillämpas, är inte tillräckligt tydligt reglerat i dag. Därför *föreslår* utredningen att det lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Genom att i HSL förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs, tydliggör vi kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå.

Hälso- och sjukvårdens planeringsskyldighet för insatser för en enskild patient har bland annat kommit till uttryck genom olika

planverktyg, där ett antal av dem är författningsreglerade. Många olika aktörer vi haft dialog med har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som finns tillgängliga. Utredningen *föreslår* därför att regleringen av individuell plan i HSL och socialtjänstlagen (SoL) ska harmonieras med regleringen i lagen om samverkan vid sluten hälso- och sjukvård (LUS) så att den kommunala hälso- och sjukvården genomgående omfattas, inte bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska även patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

Utredningen *föreslår* vidare när det gäller den individuella planen att det ska regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas.

Vidare *bedömer* vi att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Vi *föreslår* också att av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv, och bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. Ibland kan den enskilde behöva stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att vårdens företrädare är lyhörda och aktivt efterfrågar behoven på olika områden.

Slutligen *föreslår* utredningen när det gäller den individuella planen att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

Kapitel 5. Patientens stöd för en sammanhållen vård

En personcentrerad vård förutsätter jämlik samverkan mellan patienten och hälso- och sjukvårdens medarbetare. För att möjliggöra det krävs tillgång till samma informationsmängd för båda parter, och att det finns möjlighet till ett samskapande av de aktiviteter som ska genomföras. Utredningen har i uppdrag att se över befintlig lagstiftning när det gäller vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Vi har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, i dagligt tal kallad SIP.

Arbetet med patientkontrakt har pågått under en längre tid. Regeringen aviserade redan under hösten 2016 en pilotverksamhet, vilken genomfördes i tre regioner. Patientkontrakt har sedan 2018 ingått i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR). I implementeringsarbetet beskrivs patientkontraktet som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen plan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten.

Utredningen *föreslår* att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

Tillhandahållandet av den övergripande planeringen behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste göras i olika former, t.ex.

digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Tillhandahållandet av ett patientkontrakt kommer enligt våra förslag att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, och att region respektive kommun som huvudman för hälso- och sjukvården åläggs att tillhandahålla ett. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett sådant upprättas, bestående av patientens sammanhållna plan, bokade tider och kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt(er).

Kapitel 6. Verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppen vård.

Det finns i dag en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga verkar. Kritiken består bl.a. i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken från de som verkar på taxan består bl.a. i att innehållet i vad som får göras och hur, samt befintligt ersättningssystem, inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts.

Flera tidigare förslag till förändringar har lämnats. Det system som aktuella läkare och fysioterapeuter verkar i, och de lagar och förordningar som reglerar detsamma, är dock alltjämt gällande och har i stora delar varit oförändrade i många år. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten det bästa sättet att förändra är förstås olika hos olika aktörer, i olika verksamheter och också över tid. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi lämnar här förslag som i möjligaste mån beaktar den kritik som har förts fram mot systemet men som också anammar

värdet av flera sätt att verka i hälso- och sjukvården. De förslag vi lämnar i denna del ingår i en kontext och en helhet där övriga pågående förändringar i hälso- och sjukvården beaktas i enlighet med uppdraget i våra direktiv.

Vi lämnar två alternativa *förslag* på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras.

Det *ena förslaget* innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. Det *andra förslaget* består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Båda förslagen inkluderar att LOL och LOF samt förordningen om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen om ersättning för fysioterapi (FOF) upphävs. Vi lämnar *förslag* på övergångsbestämmelser som gör det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

Kapitel 7. Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

I utredningens tidigare betänkande har vi genomgående belyst området forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Att säkerställa utveckling och innovation är en avgörande och central del i ett hållbart och uthålligt samhällssystem, omfattande såväl miljömässig, social som ekonomisk hållbarhet. FoUU är ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella sjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn är en av de största moderna samhälleliga utmaningarna i Sverige och många andra länder. Utifrån detta resonemang blir också

utbildning i alla dess former, som grund för en adekvat kompetensförsörjning, en central fråga i utredningens dialoger liksom i utredningens arbete. Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning (utöver AT och ST för läkare) inte reglerat i HSL, något som vi lyft i tidigare betänkanden. Många har påtalat till oss att även om det är självklart för alla att ett så kunskapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Vi har tidigare meddelat vår avsikt att återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

Vi *föreslår* att det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Vidare *föreslår* vi att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Vad gäller forskning har vi redan tidigare belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I detta betänkande redogör vi för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett inspel på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området.

Kapitel 8. En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen har i enlighet med direktiven att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas

effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag.

Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag, inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en lagteknisk lösning. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

Det råder enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning. Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården som genomförs. Vi är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammats på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet. Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård.

Initialt i kapitlet presenteras ett antal av utredningen fastslagna utgångspunkter utifrån gällande rätt och våra egna analyser.

I kapitlet presenterar vi sedan skäl för vår *bedömning* att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig. Vi gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför *förslag* om att de

behöver utredas och anpassas. Vår uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs, bör på sikt definitionen av sluten vård moderniseras till namn och innehåll. Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en *bedömning.* I kapitlet presenteras ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Kapitel 9. Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

För att uppnå målet med en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården räcker det, som utredningen påpekat alltsedan den första dagen, inte att göra förändringar enbart i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården, vilken har såväl region som kommun (och till en liten del även staten) som huvudman, samt alla oss som på olika sätt verkar i den. Tillsammans utgör vi ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner och framför allt med alla de olika människor vars hälso- och sjukvårdsbehov vi har till uppgift att möta.

Att genomföra en samordnad utveckling mot det gemensamma målet är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla. Det kommer inte att räcka med ett eller ett par stora politiska beslut på statlig nivå de närmsta åren. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över längre tid. I detta kapitel lyfter vi olika former av stödstrukturer som vi ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller till huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Som vi beskrivit i tidigare betänkanden kan en sådan resursöverföring inte beskrivas enbart i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att till-

gängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar.

Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så bedömer utredningen att det, i likhet med hur det utrycks i våra direktiv, finns behov av att också specifikt titta på hur primärvården resurssätts. Utan en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård kommer inte omställningen att vara möjlig

Vi gör *bedömningen* att staten, under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, bör samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen. Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid. En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

Kapitel 10. Om uppdraget lättare psykisk ohälsa

I augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning. Utöver vad som sägs i tidigare direktiv ska utredas förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. I och med detta tilläggsuppdrag förlängs utredningstiden till januari 2021.

Bakgrunden till direktiven är regeringens uppfattning att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna ge förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är därmed lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ligger också att definiera begreppet lättare psykisk ohälsa. Det är enligt direktiven upp till utre-

daren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

Utredningen har redan i tidigare betänkanden haft området psykisk ohälsa med i arbetet. I våra tidigare förslag vad gäller primärvårdens utformning är en utgångspunkt primärvårdens grunduppdrag, som omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa. I en personcentrerad hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Inom området psykisk ohälsa blir det också självklart att knyta an till utredningens tidigare förslag som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

Utredningen kommer i detta uppdrag att arbeta med samma breda dialog som tidigare, i enlighet med ursprungsdirektiven. I kapitlet finns därför ett antal dialogfrågor som utredningen gärna tar emot inspel på.

Till sist…

…vill vi tacka alla som gjort denna resa möjlig. Alla som på olika sätt bidragit till den rörelse som omställningen till en god och nära vård kommit att bli. Resan har bara börjat. Kanske är hela poängen att vi aldrig blir färdiga, utan ständigt måste vidareutveckla och anpassa, med lyhördhet och med avsikten att bevara det goda och förändra det som är mindre bra. Vi har förhoppningsvis bidragit med några delar av vägbygget. Vi har tagit fram en färdplan och en målbild. Föreslagit milstolpar och visat på vägval. Vi vill till sist påminna om det vi sagt från början. Hälso- och sjukvård är en lagsport, och en sådan här förändring, om den ska vara möjlig att göra, är ett stort tillsammans-arbete. Avgörande är involvering av personer med patienterfarenhet och vårdens medarbetare. Lärandet och kunskapen ligger i den gemensamma processen.

”Nog finns det mål och mening i vår färd – men det är vägen som är mödan värd.”[1]

[1] Boye, K, *I rörelse*, 1927.

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsnämnden

PROTOKOLLSUTDRAG
2020-08-25

§ 166
Yttrande över God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

HSN 2020-0711

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Betänkande God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Yrkanden
Ordföranden Anna Starbrink (L) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Propositionsordning
Ordföranden Anna Starbrink (L) ställer proposition på eget yrkande och finner att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar enligt det.

Beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionstyrelsen.

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Deltar ej i beslut
Jonas Lindberg (V) anmäler att V-ledamöterna inte deltar i beslutet.

Särskilt uttalande
Jonas Lindberg (V) lämnar för V-ledamöterna ett särskilt uttalande (bilaga).
Talla Alkurdi (S) lämnar för S-ledamöterna ett särskilt uttalande (bilaga).

Expedieras till
Regionstyrelsen
Akten

Region Stockholm

HSN **SÄRSKILT UTTALANDE**

2020-08-25

Vänsterpartiet

Ärende nr 6

HSN 2020-0711

Bilaga § 166 HSN 200825

Yttrande över God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU:2020:19)

Vänsterpartiet deltar inte i beslutet.

Vänsterpartiet vill dock understryka att vi, liksom HSF, ser positivt på flera delar av betänkandet. Målsättningen är bra, att skapa en hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där patienten och närstående känner delaktighet, trygghet och förtroende samt att medarbetare väljer att arbeta i. Likaså stöder vi de mer konkreta förslagen om personcentrering, patientdelaktighet och hälsofrämjande insatser.

Viktigt är också förslagen hur samverkan ska utvecklas och förbättras mellan primärvården och den kommunala hälso-och sjukvården/omsorgen, liksom att samverkan måste förbättras på utförarnivå genom nätverk och horisontella organisationer. Vi är överens om att begreppet hemsjukvård ersätts med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet, det markerar den kvalité och kompetens som krävs för denna typ av vård.

Vänsterpartiet instämmer också i utredningens förslag att utbildningsuppdraget ska regleras i HSL. Liksom förvaltningen anser vi att det skulle tydliggöra utbildningens viktiga roll för kompetensförsörjningen och stärka utbildningsuppdraget som en självklar del i vårduppdraget.

När det gäller HSF:s yttrande så stöder Vänsterpartiet den kritik som förvaltningen framför mot betänkandet på flera konkreta punkter. Till exempel följande:

- Att utredningen inte tagit upp hur patienter med nedsatt kommunikationsförmåga och/eller intellektuell funktionsnedsättning ska kunna uppnå delaktighet som patient. För Vänsterpartiet är det avgörande att människor med en funktionsvariation inte bara i ord, utan i praktiken ges samma rättigheter som alla andra. Det är en del i skapandet av en jämlik sjukvård.

- Att utredningen inte tillräckligt utreder problematiken kring patienter med stress-, psykiska och arbetsrelaterade besvär och sjukdomar. Utvecklade skrivningar kring nödvändiga försäkringsmedicinska åtgärder hade varit betydelsefulla. Vänsterpartiet menar att det är speciellt viktigt när i denna tid när olika svenska regeringar sedan

länge försökt spara pengar på detta område, med konsekvens att dessa patienter drabbats hårt och deras hälsa försämrats.

- Att utredningen inte tar upp tandvårdens roll i samverkansstrukturerna mellan primärvården och den kommunal hälso- och sjukvården samt omsorgen. Tandvården är mycket viktig för en god hälsa, det är därför märkligt att den förbigåtts i betänkandet. Inte minst den uppsökande vuxentandvården är avgörande för många äldre och utsatta människors hälsa. Vänsterpartiet hade önskat att betänkandet föreslagit att denna typ av tandvård i framtiden skulle skötas av folktandvården med ett icke-marknadsstyrt regelverk.

- Att utredningen föreslår obligatoriskt vårdval inom psykiatri och fysioterapi. Vi instämmer i HSF:s kritik att ”det innebär ett oproportionerligt stort ingrepp i det regionala självstyret”. Förvaltningen konstaterar också att ”kommunalt självstyre, med intresse och ansvar för planering och genomförande av hälso- och sjukvård, är en bättre drivkraft och garant för att skapa en god och nära vård än vad obligatoriska vårdval är.” Förvaltningen har här en briljant formulerad kritik av vårdvalen som Vänsterpartiet helt och fullt kan instämma i. I konsekvens med sin egen formulering borde förvaltningen och regionstyret därför också instämma i Vänsterpartiets krav på att avskaffa det obligatoriska vårdvalet för primärvården. Vi anser att en demokratisk vald regionledning ”med intresse och ansvar för planering och genomförande av hälso- och sjukvård, är en bättre drivkraft och garant för att skapa en god och nära vård än vad obligatoriska vårdval är”. Vårdval är ju egentligen fel ordval, vad det egentligen handlar om är fri etableringsrätt för vårdföretag med vinstintresset som drivkraft. Så skapas inte den jämlika och rättvisa vård, där den som har störst behov kommer först i vårdkön, som hälso- och sjukvårdslagen utlovar.

Detta är också huvudorsaken till varför Vänsterpartiet inte deltar i beslutet och istället markerar vår position i detta SU.

Vi vill dessutom peka på problemet idag där läkare inte kan anställas kommunalt. Det hade varit bra om utredningen mer ingående resonerat kring detta och försökt peka på lösningar som kan förbättra den del av hälso- och sjukvården som ligger under det kommunala ansvaret.

Vänsterpartiet vill avslutningsvis understryka vår principiella syn att vård och omsorg är områden som inte ska utsättas för vinstjagande företag och konkurrenstänkande. Därför måste den fria etableringsrätten, de s.k. vårdvalen, avskaffas. Därför måste hela köp- och säljfilsofin, marknadstänkandet, bort från vården.

Vård och omsorg handlar om människors hälsa och värdighet och ska därför handhas av en demokratiskt styrd offentlig hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

SÄRSKILT UTTALANDE
2020-08-25

Socialdemokraterna
FRAMTIDSPARTIET

Ärende 6
HSN 2020-0711
Bilaga § 166 HSN 200825

Yttrande över God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Vi socialdemokrater ställer oss positiva till utredningens förslag och instämmer i huvudsak med förvaltningens skrivningar. En utbyggd primärvård mycket viktigt för att minska hälsoklyftorna och bidra till ökad kontinuitet och effektivitet i hälso- och sjukvården.

Endast 6 av 10 invånare i Stockholmsregionen anger att de har förtroende för vårdcentralerna. När man inte kan vara trygg i att få den vård man behöver på sin vårdcentral söker sig många till de redan ansträngda akutmottagningarna. Detta leder till än längre vårdköer på sjukhusen. Ska vi vända denna utveckling måste vi satsa på både vårdcentralerna och sjukhusen.

Samtidigt försvåras möjligheten att bygga ut en stärkt primärvård av marknadsstyrningen inom sjukvården. Den fria etableringsrätten innebär att det är svårt att planera vården efter behov. Ska vården bli mer sammanhållen behöver även uppsplittringen av vården i flertalet separata vårdvalsmarknader med fri etableringsrätt för privata vårdbolag, ses över. Vi hade önskat att utredningen hade lyft fram denna problematik tydligare. Däremot ställer vi oss bakom förvaltningen avstyrkande av förslaget om obligatorisk LOV inom psykiatri och fysioterapi.

Förvaltningen skriver i sitt yttrande att det finns en oklarhet kring innebörden av patientkontrakt. Vi vänder oss mot denna beskrivning då patientkontrakt redan är en överenskommelse mellan regeringen och regionerna. Vidare har ett antal regioner redan börjat införa patientkontrakt. Många patienter och anhöriga, inte minst äldre, upplever idag att svårigheter på grund av kontakten med en mängd olika vårdgivare. Detta förstärks inte minst av vårdvalens upphackning av sjukvården. Vi ser därför gärna att även Region Stockholm inför patientkontrakt.

Sammantaget är vi övergripande positiva till utredningens förslag. Vår förhoppning är att Region Stockholm ska spela en viktig roll i utbyggnaden av framtidens förstärkta primärvård.

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Samverkan och stöd
Gunilla Benner Forsberg

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-08-10

HSN 2020-0711

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Betänkande God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionstyrelsen.

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Förslagen i detta betänkande, tillsammans med tidigare betänkanden ska leda till att bidra till en hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där patienten och närstående känner delaktighet, trygghet och förtroende samt att medarbetare väljer att arbeta i.

Sammanfattning av delbetänkandets innehåll

Utredningen redogör för framgångsfaktorer och hinder för en omställning till nära vård. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvård belyses och utredningen ger förslag på hur samverkan mellan primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården/omsorgen kan underlättas. Exempelvis finns förslag på att upprätta gemensam plan för hälso-och sjukvård för den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. De olika individuella planerna beskrivs samt förslag ges på att förebyggande och rehabiliterande insatser ska beskrivas i individuella planen. Utredningen föreslår även en reglering i patientlagen (2014:821) om möjligheten för patienten att få patientkontrakt.

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård.

Utbildningens och forskningens roll i omställningen till nära vård belyses med förslag på tydliggörande av regioners och kommuners roll. Utredningen gör även en analys om ändamålsenlig struktur för vårdens uppdelning och landar i att en uppdelning i öppen och sluten vård är fortsatt ändamålsenlig.

För att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet bör enligt utredningen förändringar göras i hela svenska sjukvårdssystemet för såväl regioner som kommuner.

Slutligen presenteras tilläggsdirektivet kring förutsättningar för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. I och med tilläggsuppdraget förlängs utredningstiden till januari 2021.

Hälso-och sjukvårdsförvaltningens överväganden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) anser att betänkandet överlag är ett gediget material med en imponerade kunskapsöversikt. En stärkt primärvård ligger väl i linje med Region Stockholms framtidsplan för hälso- och sjukvård och en framtagen Primärvårdsstrategi.

Kort sammanfattning av synpunkter beskrivs nedan:

- HSF ser positivt på och håller med om flera delar i utredningen. Exempelvis vikten av hälsofrämjande insatser, personcentrentrering och patientdelaktighet.

- HSF håller också med om att utveckling och underlättande av samverkan på alla nivåer är angeläget men anser att ett förtydligande behövs gällande ansvar och förutsättningar för samverkan.
- HSF tycker att det är viktigt med den enskildes möjligheter till stöd genom individuella planer. Det är positivt att en individuell plan kan bli aktuell även vid enbart insatser från en huvudman.
- HSF ser dock behov av ett tydliggörande av delar i utredningen; exempelvis innebörden av patientkontrakt samt hur kontraktet förhåller sig till andra planer.
- HSF tillstyrker ett upphävande av LOL och LOF. HSF avstyrker förslaget om obligatoriska vårdval inom psykiatri och fysioterapi (scenario 1).
- HSF ser positivt på att utreda beskrivningssystemen som ska underlätta övergång till öppna vårdformer.
- HSF håller med om att en förändring i hela hälso- och sjukvårdssystemet är nödvändigt för nå målet. Uthållighet och tålamod är viktigt. HSF anser dock att den ekonomiska resursfördelningen inte är helt klarlagd.

Kapitel 3 Framgångsfaktorer och hinder

Utredningen redogör för en rad framgångsfaktorer och hinder för omställning till nära vård. HSF håller med om flera av dessa hinder och möjligheter som beskrivs. Särskilt positivt är att utredningen lyfter personcentrering som en framgångsfaktor för att skapa en god och nära vård. Utredningen konstaterar att ”patienters medskapande av sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas”. Det omnämns vidare att den enskilde ska få tillgång till relevant information och att hen ska kunna medverka utifrån egna förutsättningar och behov. En väl informerad och uppdaterad individ behöver mindre vård och färre vårdkontakter för att behålla god hälsa. Egenvården är en betydelsefull resurseffektiv framgångsfaktor för att nå en mer jämlik, god och nära vård och bör betraktas som en integrerad del i vårdkedjan. HSF anser att detta borde framgå ännu tydligare i betänkandet. Det är glädjande att utredningen lyfter förebyggande, hälsofrämjande och rehabilitering som viktiga områden med utvecklingspotential för att stärka hälsan. HSF anser dock att habilitering och hjälpmedel samt tandvård inte lyfts fram i tillräcklig stor utsträckning. Det är även viktigt att habiliterande insatser särskiljs från rehabiliterande.

Hälsofrämjande insatser påverkar hälsan hos barn, ungdomar och unga vuxna. Vår bedömning är att utredningen kan tydliggöra hur och var det hälsofrämjande uppdraget för denna målgrupp ska bedrivas. Utifrån lägsta effektiva omhändertagandenivå är det viktigt att uppmärksamma den utvecklingspotential som finns i ett breddat hälsofrämjande uppdrag som inkluderar ungas levnadsvanor, exempelvis ungdomsmottagningarna. Det kan vara särskilt viktigt för ungdomar och unga vuxna som saknar kontakt med skola eller arbetsliv, där de hälsofrämjande insatserna kan utgöra en brygga till annan vårdform t.ex. vårdcentral.

Utredningen påtalar också vikten av salutogent förhållningsätt men den berör enligt HSF inte tillräckligt väl betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningsätt. Det innebär att man i ett möte i vården ska ta avstamp i individens möjligheter och förmågor oavsett om vårdmötet handlar om förebyggande insatser, behandling, rehabilitering eller egenvård.

Utredningen lyfter patientens delaktighet som centralt hos personer med kroniska sjukdomar men har inte tagit upp patienter med nedsatt kommunikationsförmåga och/eller intellektuell funktionsnedsättning som har svårare att uppnå delaktighet.

Utredningen gör en tydlig och klar bedömning av de svårigheter och utmaningar som föreligger idag. En av de stora utmaningarna i hälso-och sjukvården är senaste årens ökning av stressrelaterade sjukdomar och lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Det föreligger i dag trots olika satsningar kvarstående brister i kunskap och rutiner inom hälso- och sjukvården för omhändertagande av patientgrupper med stress, psykiska och arbets-relaterade besvär. Detta kan riskera ökande ohälsotal, långa sjukskrivningar med negativa följder för individen, hälso- och sjukvården och samhället i stort. Det behövs därför ännu starkare incitament och styrning för att förebyggande insatser, främjandet av patientens egna resurser, kunskap om sjukskrivningens potentiella negativa effekter samt vikten av att förebygga återfall ska bli en naturlig del av sjukvård och behandling. Begreppet *Försäkringsmedicin* är ett eget kunskapsområde och vården har ett försäkringsmedicinskt uppdrag. Men detta nämns inte någonstans i utredningen. Den vanligaste försäkringsmedicinska åtgärden är sjukskrivning men också förmåner vid funktionsnedsättning vilket borde ha beskrivits i utredningen.

Kapitel 4 Samverkanstrukturer
Utredningen har ett resonemang kring hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården kan underlättas. Förslag finns på att begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet. Detta för att tydliggöra att det handlar om hälso- och sjukvård som kan jämställas med all annan hälso-och sjukvård. HSF har inga invändningar mot ett förändrat begrepp utan tillstyrker förslaget som förtydligar att det handlar om hälso- och sjukvård med likartade kvalitetskrav, behov av resurssättning samt kompetensbehov som den övriga hälso- och sjukvården.

Utredaren konstaterar att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda ligger på primärvårdsnivå. Samtidigt konstateras att kommunalt anställd personal kan medverka i hälso- och sjukvård som är regionens ansvar. HSF anser att det är bra med tydlighet och samsyn så att det inte uppstår något glapp mellan huvudmännens ansvarsområden gällande primärvårdsnivån. HSF menar dock att utredningen inte är tydlig med vad som avses med att kommunens personal kan utföra insatser inom regionens område. Är tanken att upprättade avtal mellan huvudmännen ska tydliggöra detta? Region Stockholm har en särställning i och med att regionen, till skillnad från kommunerna i övriga landet, ansvarar för hemsjukvården. Kommunerna i Stockholms län ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre samt i LSS-boende.

HSF tillstyrker förslaget i utredningen att förtydliga kraven på samverkan mellan regioners och kommuners särskilda samverkansansvar vid planering och utveckling av hälso- och sjukvård. Det behöver dock klarläggas exempelvis hur aktörerna ska ansvara för den övergripande gemensamma plan som föreslås. För att nå målet med att huvudmännen ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården behöver regioner och kommuner förändra processerna så att kommunerna kan involveras i planering och utveckling av hälso- och sjukvården och på motsvarande sätt kan regioner bli involverade i kommunernas planering. Det är viktigt att en sådan plan knyter an till de regionala mål som i bred samverkan sätts för regional utveckling. På lång sikt kan det också vara aktuellt att se över hur kommunerna deltar i kunskapsorganisationen.

HSF håller särskilt med om att samverkan även bör utvecklas på utförarnivå. Ett tydliggörande av samverkan på utförarnivå skapar bättre förutsättningar för både uppföljning och tillsyn av verksamheterna utifrån samverkansaspekten. Det är bra med resonemang om nätverk och

horisontella organisationer. För att det ska ha effekt och vara genomförbart måste utredningen påtala att samsyn måste finnas avseende mål och effekter samt att likartade förutsättningar ges för t ex samverkan för vårdens professioner. I utredningen saknas diskussion om tandvårdens roll i samverkansstrukturerna mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen. Redan idag samverkar tandvården med hälso- och sjukvården och kommunal omsorg i stor utsträckning och det är viktigt att fortsatt samverkan med tandvården möjliggörs och synliggörs i samband den föreslagna reformen.

Utredningen framhåller även vikten av att förutsättningar för samverkan ska finnas för att en god vård ska kunna ges. HSF efterlyser mer konkret besked vilka förutsättningar som utredningen syftar på. Vad anses som bra förutsättningar och vem bedömer det? Det är bra att ansvaret ligger på både kommunen och regionen, men vem ansvarar för vad? HSF menar att det är viktigt att tydliggöra syftet och målsättningen med samverkan och vad som ska lösas gemensamt.

Individuell vårdplan
Olika former av krav på vårdplaner finns i nuläget och utredningen har sett över lagstiftningen. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL, socialtjänstlagen (2001:453) SoL, och lagen (2017:162) om samverkan vid utskrivning från sluten vård, LUS, påverkar formerna för de individuella planerna. HSF ser positivt på utredningens slutsats att fler patienterna ska ges möjlighet till individuell plan men det är fortfarande otydligt hur de olika planerna förhåller sig till varandra. Förslaget är att individuell plan ska utökas till att också gälla när den enskilde får hälso- och sjukvård från flera vårdgivare och oavsett om kommunen är involverad. HSF bejakar förslaget om möjligheterna att ta fram en plan när enbart den ena huvudmannens aktörer är inblandade. Planen ska också kunna initieras utan samband med utskrivning från slutenvården. Den fasta vårdkontakten ska fortsatt ansvara för den individuella planen och den enskilde ska kunna initiera planen. Detta är inga nyheter utan det har funnits möjligheter i tidigare lag. HSF ser dock positivt på att detta blir förstärkt utifrån förtydligande i lagstiftning. Informationsinsatser måste dock göras så att den enskilde blir mer informerad om möjligheterna.

Även om systemen för tandvård och hälso- och sjukvård regleras på olika sätt är det viktigt för patienter och brukares skull att denna samverkan kan fortsätta då de befinner sig i ett nog så komplicerat system. Tandvården bör

lyftas fram som en aktör i huvudmännens samverkansansvar, främst den tandvård som ges på uppdrag av regionen i form av uppsökande verksamhet till patienter i eget boende och särskilt boende samt medicinsk tandvård, orofacial medicin, pedodonti m.fl. till patienter och brukare med komplexa vårdbehov och/eller systemsjukdomar.

HSF tillstyrker förslaget att målet med insatserna för den enskilde ska framgå i den individuella planen. Det är viktigt att stärka den enskildes roll och angeläget att syftet med samverkan är tydligt, även för vårdgivaren. Utredningen lyfter likaså att det är viktigt att de medicinska insatserna är realistiska och att det inte ska vara möjligt att kräva särskilda insatser som inte är medicinskt motiverade.

HSF ser positivt på att det i den individuella planen ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Planen bör dock kompletteras med habiliterande insatser då behov av det finns. Det är också viktigt att förtydliga vad som är hälso- och sjukvårdens ansvar i förhållande till förebyggande insatser och egenvård. Det är angeläget med förtydligande av gränsdragning, områden som kräver överenskommelser med kommunerna för tydliggörande, prioritering av resurser och långa tidsperspektiv. Förebyggande insatser kan löna sig både på kort och längre sikt. I sammanhanget är det också viktigt att utredningen lyfter fram att hälso- och sjukvården inte är den enda aktören som bidrar till förebyggande arbete. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan nämns som exempel. I ett hälsofrämjande och förebyggande arbete krävs även en ökad samverkan med andra aktörer i samhället, t ex med näringsliv, kommunal trafik- och infrastruktur, frivilligorganisationer, intresseorganisationer. Hela samhället kan bidra i det förebyggande arbetet och bidra till stödjande miljöer för hälsa. Även samordningsförbunden har en viktig roll gällande samverkan med andra parter.

I förslag om individuell plan för patienter bör även tandvården lyftas fram som en aktör och att tandvården ges möjlighet att bli en del av den individuella planen. Detta med anledning av att tandvården både arbetar sjukdomsförebyggande och behandlande vilket påverkar vilken typ av vård och insatser som behövs inom hälso- och sjukvården samt omsorgen.

Informationsdelning
Informationsdelningen mellan kommun och region är i nuläget inte optimal. Utredningen menar att för att utöka bestämmelserna om

individuell plan till att också gälla kommunal hälso- och sjukvård krävs inga ändrade bestämmelser. HSF upplever dock att det finns fortsatta problem att dela information mellan huvudmän och aktörer trots möjligheten att använda sammanhållen journalföring. Kommuner och regioner måste ha tillgång till samma tekniska lösningar eller åtminstone lösningar som är kompatibla med varandra för att detta ska bli möjligt. Alla aktörer använder dessutom inte samma journaler, exempelvis Socialtjänsten.

Elevhälsan
Utredningen beskriver att elevhälsans roll att stödja hälsan har uppmärksammats i olika forum. I och med förslaget att utöka bestämmelserna om individuell plan till att omfatta kommunernas hälso- och sjukvård så bedömer utredarna att elevhälsan nås av skyldigheterna. HSF instämmer med utredningens referens -och expertgrupp och Inspektionen för vård och omsorg som har påtalat att elevhälsan har en viktig roll och att vårdgivaransvaret inte är tillräckligt känt. Utöver detta vill HSF lägga till att det behövs ett förtydligande gällande ansvar för arbetet med levnadsvanor. Det behövs ytterligare klargörande av huruvida den individuella planen och/eller begreppet vårdprocesser skall innefatta såväl hälsofrämjande som förebyggande insatser gällande levnadsvanor. För att underlätta tolkning av förslaget behövs förtydligande kring vilka delar av elevhälsan som utförs inom ramen för HSL och som därmed kan komma att ingå i den individuella planen enligt utredningens förslag. Vidare behövs förtydligande av hur tolkning av verksamhet inom HSL skall ske gentemot verksamhet inom skollagen (2010:800). Därtill vore det önskvärt med ett förtydligande av huruvida hälsofrämjande insatser gällande levnadsvanor innefattas i begreppet vårdprocesser enligt utredningens förslag. Begreppet vårdprocesser kan tolkas som att förslaget endast innefattar förebyggande insatser (individen redan har ohälsosamma matvanor, jämfört hälsofrämjande insatser som vanligen definieras som att bibehålla det friska dvs innan ohälsosamma matvanor utvecklats). I skollagen anges om Hälsobesök (27 §): ”Varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller. Eleven ska dessutom mellan hälsobesöken erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller”.

HSF vill påpeka att koordineringsinsatser och rehabkoordinator inte omnämnts i utredningen men att denna funktion har en viktig del i sammanhanget samverkan. Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i

arbetslivet trädde i kraft februari 2020. Under flera år har med stöd av en statlig överenskommelse den nya funktionen ”Rehabkoordinator” formats och implementerats runt om i landet. Denna struktur och satsning bör enligt HSF ligga på primärvårdsnivå, helt i enlighet med de beskrivningar i utredningen som trycker på att skyndsamma, ändamålsenliga åtgärder ska erbjudas. Kompetensen måste finnas i och utgå från den nära vården, vilket går hand i hand med avsikten att reglera utbildningsansvar i HSL, och förslaget att verksamhetsförlagd utbildning ska regleras i lag.

Begreppet ”Återgång i arbete” saknas i utredningen men kan antas ingå i begreppet rehabiliterande insatser. Detta bör ändå nämnas eftersom det rör sig om en relativt ny forskning och ett viktigt steg för sjukvården att integrera arbetsåtergång för ett salutogent förhållningssätt och för att stärka hälsan.

Kapitel 5 Patientkontrakt

Utredningen har i uppdrag att klargöra hur patientkontrakt förhåller sig till samordnad individuell plan (SIP). Patientkontrakt beskrivs som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten, en sammanhållen plan (SIP) och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten. I utredningen föreslås att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska få möjlighet till ett patientkontrakt. HSF ser en del otydligheter med beskrivningen av patientkontraktet och att det behövs en tydligare definition av patientkontrakt. Man kan få uppfattningen att det främst handlar om en IT-lösning som är kontraktet. Alla i befolkningen har inte tillgång till IT så analoga lösningar är angeläget. Det måste även säkerställas att personer med nedsatt autonomi får möjlighet till patientkontrakt och att detta anpassas till den enskildes förmåga att ta till sig det. Ett ombud borde också kunna initiera patientkontrakt eller SIP. Informationsinsatser till befolkningen om möjlighet till patientkontrakt behöver beskriva hur planerna och patientkontraktet ska hänga ihop och vad som är skillnaden mellan dagens journaler på 1177.

HSF menar att det är viktigt att frågan om patientkontrakt inte stannar vid en formalia eller utveckling av ett digitalt verktyg utan det viktiga i diskussionen är ändå alltid innehållet i kontraktet. Angående begreppet patientkontrakt instämmer regionen i utredningens konstaterande att det är en olyckligt vald term som inte motsvarar vad det innebär. Ett avtal ingås inte. Dessutom är ordet patient illa valt om det även ska omfatta brukare i

kommunernas verksamheter. Även tandvården bör lyftas fram som en aktör i patientkontraktet.

Kapitel 6 Utbildningens roll i omställningen
Utbildning och forskning är en viktig del i omställningen till Nära Vård. Utredningen beskriver att ”Läkaryrket är ett legitimationsyrke och ett ensamrättsyrke, vilket innebär att endast legitimerade läkare eller läkare med ett visst särskilt förordnande har rätt att utöva det. Förutsättningarna för en legitimerad läkare att uppnå specialistkompetens regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. Vidare beskrivs att under specialiseringstjänstgöringen är läkaren anställd av regionen som också bär konstadsansvaret för den avlönade tjänstgöringen. Det är Socialstyrelsen som genom föreskrifter och allmänna råd beslutar vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som gäller inom respektive specialitet.

HSF anser att utredningens mycket lovvärda fokus på att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården borde ha inkluderat att utredningen också studerade hur läkarnas specialiseringstjänstgöring påverkas och hur tjänstgöringen kan behöva anpassas för att harmonisera med ett ökat fokus på nära vård. Vårdens organisation utgör en mycket viktig förutsättning för möjligheterna att bedriva ST-utbildning samt på vilket sätt den kan genomföras. I slutändan handlar det naturligtvis om utbildningens kvalitet, patientsäkerhet, och läkarnas arbetsmiljö.

Utflyttningen av basal sjukvård från akutsjukhus till närsjukvård och primärvård innebär att ST-utbildningar i olika utsträckning påverkas. Delar eller en majoritet av utbildningen inom vissa specialiteter måste flytta ut från akutsjukhusen i och med att ett eller många delmål i Socialstyrelsens förskrifter om läkarnas ST inte längre går att genomföra på akutsjukhusen.

Detta är en stor pågående förändring som det är viktigt att lagstiftaren och Socialstyrelsen också granskar och förhåller sig till. Utvecklingen som har pågått under en period, att fler offentliga och privata vårdgivare, har möjlighet att bedriva ST-utbildning, inom hela sjukvårdsorganisationen från akutsjukhus till närsjukvård och primärvård behöver belysas och analyseras. Utvecklingen mot en större mångfald med vårdgivare med olika uppdrag som bedriver ST-utbildning kan resultera i större skillnader i

tolkningen av hur de olika delmålen eller utbildningen i sin helhet bör eller kan genomföras.

För att ge ett mycket konkret exempel på förslag till åtgärd skulle Socialstyrelsen kunna stötta specialitetsföreningarna i deras arbete med att ta fram rekommendationer (mer detaljerade beskrivningar av Socialstyrelsens målbeskrivningar) för sina respektive ST-utbildningar. Det skulle kunna ske genom ett ekonomiskt stöd till föreningarna eller att myndigheten deltar i framtagandet av rekommendationerna.

Utredningen föreslår vidare att det uppdrag som genom överenskommelser och andra avtal åvilar regioner och kommuner att medverka i utbildningsfrågan och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I en ny bestämmelse i 18 kap 4 § HSL föreslås anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen föreslås i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan.

HSF instämmer helt i utredningens förslag att utbildningsuppdraget ska regleras i HSL. Det skulle enligt HSF tydliggöra utbildningens viktiga roll för kompetensförsörjningen och stärka utbildningsuppdraget som en självklar del i vårdverksamheten. Det bör även underlätta med lagkrav när vårdavtal skrivs. En dialog mellan region och utbildningsanordnare måste även fortsättningsvis föras kring hur behoven ser ut i fråga om i vilken omfattning och i vilken verksamhet platser för verksamhetsförlagt lärande behövs. Detta för att regionen ska kunna skapa sig en helhetsbild och utifrån denna kunna kravställa vårdgivarna i behövlig utsträckning.

HSF anser att omfattningen av verksamhetsförlagd utbildning är något regioner måste vara med och besluta om så att regionerna inte är helt styrda av lärosätenas kravställande. Därför är det HSF:s bedömning att det även fortsättningsvis behövs kompletterande avtal eller överenskommelser mellan region och lärosäte som reglerar kvantitet, kvalitet etc. Regionerna behöver även involveras inför uppstart och utökning av utbildningar.

HSF ser även positivt på utredningens förslag att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. I tillägg till utredningens

tidigare lämnade förslag om reglering av primärvårdens grunduppdrag genom införande av bestämmelsen 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårds-förordningen (2017:80), föreslås en ytterligare punkt i samma bestämmelse, punkt 9, i vilken nu nämnda uppdrag avseende utbildning anges.

HSF anser att det är positivt att man lyfter behovet av reglering av verksamhetsförlagd utbildning med förtydligande och skärpning av berörda parters ansvar. Det vore därtill bra att i utredningen lyfta behovet av framtidens vårdkompetens där det även behövs formaliserad utbildning under statligt ansvar. Exempelvis finns behov av såväl generalister som specialister inom bl.a. logopedi, fysioterapi och arbetsterapi. För vissa specialiseringsområden finns det inte tillräckligt utbud av akademiska kurser.

I Stockholm deltar redan många privata aktörer inom primärvården i utbildningsuppdraget. Det finns dock en otydlighet om huruvida fysioterapeuter verksamma enligt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi omfattas av utbildningsuppdraget, vilket vore önskvärt.

Utredaren menar att när fler vårdgivare är med och tar ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen minskar risken för att studenter inte i rimlig tid kommer ut i den verksamhetsförlagda utbildning som studenten efterfrågar och är intresserad av. Vidare menar utredaren att förslagen förväntas medföra en bättre genomströmning av studenter på olika vårdutbildningar med resultatet att utbildningsperioden kortas och studenterna snabbare kan komma ut i tjänst och sysselsättning. HSF ser dock inte hur förslagen vare sig påverkar genomströmning av studenter eller förkortar utbildningen. Däremot menar HSF att det kan gynna kompetensförsörjningen om antalet utbildningsplatser på programmen kan utökas pga. att fler vårdgivare deltar i utbildningsuppdraget.

Kapitel 7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi
HSF tillstyrker betänkandets förslag att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), samt tillhörande förordningar, upphör att gälla vid utgången av år 2022. HSF tillstyrker även att möjligheten till ersättningsetableringar upphör vid samma tidpunkt.

I likhet med flera tidigare utredningar avseende lagstiftningen, redogör denna utredning för väsentliga brister och tillämpningsproblem i systemet med LOL och LOF.[1] HSF bekräftar dessa redogörelser. Lagstiftningens svagheter är välkända och tillämpningen leder för Region Stockholms del till omfattande tolkningsproblem, kostnader och rättsprocesser. Framförallt står lagstiftningen och dess ersättningsmodeller inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Ersättningsrätten är livslång och regionerna som finansierar verksamheten har inget inflytande över var verksamheten bedrivs, eller över dess utbud, tillgänglighet och kvalitet.

I Region Stockholm är vårdgivare inom LOL och LOF koncentrerade till vissa stadsdelar och kommuner. Befolkningen inom dessa områden står vidare för höga andelar av de patientbesök som regionen ersätter genom LOL och LOF, medan befolkningen i andra områden besöker dessa vårdgivare i begränsad omfattning. Ur Region Stockholms perspektiv är det angeläget att ersättningsmodeller är anpassade till verksamheterna, samt att regionen kan ställa likvärdiga krav på all regionfinansierad hälso- och sjukvård. Det är inte möjligt med LOL och LOF. Lagstiftningen ger inte heller möjlighet att komma till rätta med de problem som påvisats vid löpande och fördjupade uppföljningar. HSF:s uppföljningar har exempelvis påvisat stora problem med bristande eller obefintliga patientjournaler, samt felaktig förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.

För att uppnå god och nära vård på lika villkor, med patientperspektivet i fokus, och vårdbehovet som styrande av insatsernas omfattning och karaktär, är det enligt HSF angeläget att integrera vårdgivarna inom LOL och LOF i den ordinarie primärvården och övriga öppenvården.[2] Betänkandets grundläggande förslag, att LOL och LOF upphävs, är enligt HSF avgörande för att en sådan integrering ska kunna ske.

Scenario 1
HSF avstyrker förslaget om obligatoriska vårdval inom psykiatri och fysioterapi. Detta då ett obligatoriskt inslag i varje region innebär ett oproportionerligt stort ingrepp i det regionala självstyret. De skäl som enligt betänkandet bär upp förslaget om inrättande av obligatoriska

[1] God och nära vård, Vård i samverkan, SOU 2019: 29, kap. 6, s. 159 ff.; Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi, Ds 2018:31; Mona Boströms Nationell taxa, slutredovisning av uppdrag 2012 utredning 2012.
[2] Jfr. betänkandet, SOU 2020:19, s. 276.

vårdval, är enligt HSF inte är tillräckliga för att väga upp nackdelarna med ett sådant inrättande.

HSF menar att den tillitsproblematik som enligt betänkandet råder i nuvarande system, och vikten av möjligheten att som mindre aktör kunna få offentlig ersättning för hälso- och sjukvårdstjänster, kan hanteras på mindre ingripande sätt än genom obligatoriska vårdval. Obligatoriska inslag kan snarare ge upphov till fortsatt tillitsproblematik, än skapa förutsättningar för ett gott samarbete. Varken förtroendet eller samarbetet mellan parterna i nuvarande system torde ha gynnats av att LOL och LOF är nationella och tvingande, utanför parternas kontroll. Vidare kan HSF notera att det inte endast är mindre aktörer som är verksamma inom LOL och LOF i Region Stockholm, även om ersättningsrätten är personlig. Verksamheterna bedrivs inte sällan tillsammans med en eller flera kollegor i gemensamt ägda företag, eller inom ramen för en mångårig anställning i ett större bolag.

HSF menar att kommunalt självstyre, med intresse och ansvar för planering och genomförande av hälso- och sjukvård, är en bättre drivkraft och garant för att skapa god och nära vård än vad obligatoriska vårdval är. Förutsättningarna för att utveckla hälso- och sjukvården i riktning mot patientcentrerad och jämlik vård på lika villkor skiljer sig åt mellan regioner och mellan områden inom en region, liksom mellan yrkesområden och specialiteter. För att kunna möta olika förutsättningar med nödvändig flexibilitet menar HSF att det är mer ändamålsenligt med kommunalt självstyre utan obligatoriska inslag.

Som ett exempel på problematiken med obligatoriska vårdval kan nämnas att HSF under 2015 utredde fördelar och nackdelar med ett eventuellt inrättande av vårdval inom just psykiatri. Regionen beslutade att inte inrätta vårdval inom denna specialitet, utan i stället prioritera andra avtalsformer för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård inom detta vårdområde.

HSF bekräftar betänkandets konstaterande att vårdval innebär att medborgarna behöver ta en mer aktiv roll i sin kontakt med vården, och välja utförare i större utsträckning.[3] HSF menar att det är särskilt problematiskt att förvänta sig sådana aktiva val av patienter med psykisk

[3] Betänkandet s. 301.

ohälsa. HSF vill i detta sammanhang även lyfta fram att den föreslagna lösningen med ett obligatoriskt vårdval inom psykiatri inte bedöms tillgodose behovet av en mer integrerad och samordnad vård, med ett teambaserat arbetssätt där olika professioner tillsammans möter patientens behov.

Det är även värt att nämna att HSF har analyserat åldersfördelningen hos regionens cirka 50 verksamma psykiatriker inom LOL. Analysen visar att det enbart är ett tiotal av dessa psykiatriker som inte kommer att ha uppnått pensionsålder vid den föreslagna övergångsperiodens slut. Enligt HSF är befintliga möjligheter till verksamhet inom regionens övriga psykiatriska verksamheter, såsom upphandlade avtal, tillräckliga för att säkerställa en framtida integrering av dessa vårdgivare.

Avseende fysioterapi, anser HSF att ett obligatoriskt vårdval inte skulle underlätta för vare sig patienterna, vårdgivarna eller regionen. Region Stockholm har redan flera vårdval tillgängliga för fysioterapeuter, inom dels specialiserad fysioterapi och dels primärvårdsrehabilitering. Fysioterapeuter kan dessutom vara verksamma inom andra vårdval som finns inom regionen, exempelvis vårdval inom ortopedi och inom rehabilitering vid vårdval långvarig smärta.

Scenario 2
HSF förordar scenario 2 framför scenario 1. HSF instämmer i betänkandets konstaterande att scenario 2 innebär ett mindre omfattande intrång i det kommunala självstyret än scenario 1, samt att det inte innebär lika stora osäkerhetsfaktorer för huvudmännen som inrättande av obligatoriska vårdval.[4] HSF anser vidare att frivilligheten i scenario 2 är tilltalande.

HSF noterar att Region Stockholm i egenskap av storstadsregion har begränsad erfarenhet av problematik kopplad till hälso- och sjukvård i glesbygd. HSF bejakar ändå att förslaget kan medföra fördelar för de regioner som berörs i större utsträckning.

Sammanfattning
Sammanfattningsvis tillstyrker HSF att LOL och LOF upphör på det sätt betänkandet föreslår. HSF avstyrker scenario 1, och förordar scenario 2.

[4] Betänkandet, s. 292.

HSF bedömer att det finns goda möjligheter till samarbete med regionens vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF, representerade av fackförbund, yrkesföreningar och intresseföreningar. Genom ett konstruktivt samarbete utifrån regionspecifika förutsättningar bedöms en integrering i den ordinarie primärvården och övriga öppenvården kunna ske. HSF har redan initierat ett sådant samarbete.

Kapitel 8 En ändamålenslig struktur för styrning av hälso- och sjukvården
Utredningen har gjort en analys huruvida vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är aktuell och ändamålsenlig. Enligt bedömningen är uppdelningen i dessa vårdformer fortsatt lämplig. HSF delar uppfattningen att denna uppdelning fortsatt är aktuell. Öppen vård kan vara både primärvård och specialiserad vård. Primärvården utgör alltid öppen vård. Kommunal hälso- och sjukvård utgör också primärvård. Den öppna vården är enligt HSL all vård som inte är sluten vård enligt befintlig definition.

I ett förändringsarbete till nära vård är det bra med en översyn av begrepp och beskrivningssystem för att säkerställa användbarheten samt att begrepp och indelning gynnar förändringsarbetet. Mer vård ska bedrivas närmare invånarna och mindre vård ska ske på sjukhusen. Vården måste i förenlighet med förändringen kunna beskrivas och följas upp. Det är också viktigt att den vård som kommunerna ansvarar för kommer med i samma beskrivningssystem. Många olika begrepp används i dagsläget, som exempelvis komplex vård och avancerad vård. Det är inte alltid den vård som är avancerad som är den mest resurskrävande. En koppling till ersättningsmodellerna måste också göras. Hälso- och sjukvården har förändrats, utvecklats, och behöver därför kunna beskrivas utifrån hur vi vill att den ska se ut. HSF stödjer förslaget att Socialstyrelsen tilldelas ett uppdrag att utreda på vilket sätt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras för att underlätta och stimulera en överföring av mer vård till öppna vårdformer. Förslaget innefattar även att utreda om kommunen omfattas tillräckligt väl i vårdens beskrivningssystem för att säkerställa god kvalitet och relevanta uppföljningsmöjligheter i all hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvården har ett uppdrag att bedöma förmåga till, stödja, och följa upp egenvårdsråd. I en översyn av beskrivningssystemen bör det även ingå att se över begrepp kopplat till egenvård så att även den vårdformen inkluderas på ett adekvat sätt i beskrivningssystem. Det är viktigt för att

möjliggöra relevant uppföljning, på såväl individnivå som på systemnivå, och för att synliggöra en viktig del i omställningen till god och nära vård.

Utredningen för ett resonemang att begreppet, sluten vård avskaffas och att ett nytt begrepp ”särskild vård” införs. HSF har svårt att ta ställning till om just särskild vård är rätt begrepp. Det skulle vara betydelsefullt att inledningsvis klassificera vilken vård som ska kallas *specialiserad*. Därefter kan man avgöra om den specialiserade vården även är särskild, utifrån de obligatoriska rekvisiten som utredningen definierat. Annars finns risk för likartad inlåsning som i nuläget. Behandlingsmetoder och vårdförlopp bör styras inom ramen för kunskapsstyrningen. Huruvida begreppet ska ändras bör bli en del i det utredningsuppdrag som är föreslaget för Socialstyrelsen.

Kapitel 9 Förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet
Utredningen framhåller att om målen med omställningsarbetet ska uppnås måste förändringar och omställningsarbete göras i hela den svenska hälso- och sjukvården. Primärvårdsreformen är en del av förändringen. Omställningsarbetet omfattar även kommuner, civilsamhället och andra aktörer. Svårigheter finns dock med att mäta effekter av omställningsarbeten. Vissa projekt kan leda till stora effekter men samtidigt få andra konsekvenser i systemet. En del förändringar i exempelvis attityder tar längre tid att se effekter av.

Den påbörjade omställningen till nära vård är komplex. För att stärka primärvården måste man också bygga förtroende för dess verksamhet. Det gäller att skapa rimliga förväntningar och vetskap om att det kan ta tid att förändra strukturer och arbetssätt samt bygga upp en primärvård som kan vara navet i hälso- och sjukvårdssystemet. Resonemanget om resursöverföring är också viktigt. Det är svårt att dra ner på resurser på sjukhusen innan primärvården hunnit bygga upp funktionalitet eftersom detta kan riskera att skada tillit och förtroende för primärvården. Primärvården måste få möjlighet att bygga upp kapacitet för att klara det utökade uppdraget och sjukhusen behöver ändra synsätt och stödja primärvården. Samverkan mellan sjukhus och primärvård är fortsatt mycket viktig. Utredningen konstaterar att omställningen inte går att beskriva i enbart ekonomiska termer utan handlar om överföring av kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning. Utredningen pekar på behovet av en systematisk uppföljning av primärvården men det är viktigt att se över uppföljningssystemen för att följa upp relevanta data.

HSF menar att den kommunala hälso- och sjukvården måste inkluderas, den är i allra högsta grad den viktig del i omställningen.

Det är viktigt att de stödstrukturer som utredningen föreslår också stödjer arbete mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Många av de framtida utmaningar som utredningen lyfter är centrala för arbetet för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, alltifrån kunskap om systemet och systemets legitimitet. Det är positivt att utredningen föreslår en mer samlad styrning. Detta skapar bättre förutsättningar för långsiktigt arbete och ger tydligare planeringsförutsättningar i det framtida förändringsarbetet.

Kapitel 10 Lättare psykisk ohälsa
Regeringen har i tilläggsdirektiv givit utredningen ytterligare uppdrag att undersöka förutsättningarna för att utveckla skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa, i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskriving. Utredningstiden förlängs i och med tillägget till januari 2021.

HSF ser positivt på att utredningen fortsätter med att utreda insatser inom lättare psykiska ohälsa men vill påminna om att även tandvårdens roll bör beaktas i uppdraget psykisk ohälsa. Tandvården kan upptäcka tecken av psykisk ohälsa och våld i nära relationer vid undersökningar av käkar och tänder.

Ekonomiska konsekvenser
En gemensam plan för hälso- och sjukvården är en ambitionshöjning och aktualiserar finansieringsprincipen. Utredningen lyfter finansierings-principen i flera av de förslag som läggs, vilket är positivt. Däremot framgår inte med önskvärd tydlighet hur nivåer och belopp är framräknade. När det gäller nivån för justering av statsbidraget bör en mer noggrann genomlysning göras. Utredningen föreslår vidare att de medel som tillkommer via finansieringsprincipen ska kanaliseras som höjt generellt statsbidrag via regionen. HSF menar att det är viktigt att inte hela ansvaret för samverkan läggs på regionen.

En viktig förutsättning för genomförande av God och nära vård enligt utredningen är att omfördelning av resurser kan göras från sjukhusvård till primärvård. Omfördelningen av resurser är en fråga för regioner och kommuner, och kan organiseras på olika sätt genom exempelvis fördelning av ekonomiska medel, eller förändrade arbetssätt. Precis som utredningen konstaterar är detta ett regionalt och kommunalt ansvar. HSF anser också att beslut från staten om en fördelning av resurser inom ett område, som

enligt lagstiftning är regioners och kommuners ansvar, vore ett mycket stort intrång i den kommunala självstyrelsen. Enligt utredningen går inte detta att motivera utifrån nuvarande ansvarsförhållanden. I alla regioner kommer dock en puckelkostnad att uppstå och statliga stimulansmedel kan hjälpa till under en omställningsperiod. Stimulansmedlen bör dock inte vara för detaljstyrande.

HSF menar att även kommunerna bör ta ansvar kring omställningen. Det är därför viktigt att kommunerna får del av stimulansmedel för omställning eftersom samverkan inte enbart är en regional fråga och ett regionalt ansvar. Det kan annars finnas risk för att befintliga strukturerna cementeras om detta endast beskrivs som ett regionalt ansvar.

HSF tillstyrker förslaget om en långsiktig övergripande överenskommelse om omställning till nära vård med långsiktiga planeringsförutsättningar. Regeringen fattar årliga beslut men HSF anser att en avsiktsförklaring vore bra. De riktade statsbidragen måste på sikt bli färre men det är viktigt att alla satsningar hänger ihop.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget innebär positiva konsekvenser för patientsäkerheten. Utredningen lyfter fram en integrerad och personcentrerad vård vilket stärker patientsäkerheten och den innehåller ett flertal förslag som syftar till att öka patientsäkerheten. Patientdelaktighet, kontinuitet och samordning i vården är betydelsefulla delar för att uppnå patientsäkerhet. Även arbetsmiljön påverkar patientsäkerheten och det är viktigt att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Tydliga kompetenskrav för den fasta läkarkontakten ökar patientsäkerheten.

En förstärkning av primärvården i sig skulle ge möjlighet att öka patientsäkerheten med god tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård. Ett tydligt och nationellt uppdrag för primärvården bör kunna bidra till en mer jämlikvård vård och öka patientsäkerheten. Ett otydligt uppdrag kan istället hota patientsäkerheten. Även möjligheten att kvantitativt avgränsa uppdraget (antal listade) kan både öka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön. HSF anser att utredningen i allt för liten grad belyser patienternas autonomi och rätt till valfrihet.

Ett upphörande av LOL och LOF förväntas medföra positiva konsekvenser för patientsäkerheten, bl.a. genom att ersättningsrätt utan möjlighet att styra kvalitet i hälso- och sjukvård upphör.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget förväntas få positiva konsekvenser för jämlik och jämställd vård. HSF uppmärksammar att det hälsofrämjande och förbyggande perspektivet inom en god och nära vård lyfts och förtydligas genom utredningens förslag. Den nära vården kan lägga en adekvat grund för en mer jämlik hälsa i befolkningen vilket är förtroendeingivande. Men det definierar också nya krav på insatser, förhållningssätt, samarbeten och resursfördelningen.

Det är av största vikt att det hälsofrämjande och förbyggande perspektivet lyfts på motsvarande sätt i utveckling av insatser, förankring av förhållningssätt, stöd till fortbildning, utveckling av systemstöd samt vid budgetallokering.

Ett upphörande av LOL och LOF förväntas medföra positiva konsekvenser för jämlik och jämställd vård, bl.a. eftersom nuvarande parallella system med LOL och LOF innebär en väl känd problematik utifrån perspektivet jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas få oförändrande konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget kan ge förändrade eller ökade administrativa konsekvenser på sikt vid förändrade krav på registrering utifrån utredning om beskrivningssystem.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-08-10