Stockholms läns landsting

22

Yttrande över delbetänkandet God och Nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

HSN 2018-1087

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Samverkan och stöd
Peder Eskesen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-10-24

HSN 2018-1087

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över delbetänkandet God och Nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över delbetänkandet God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Sammanfattning av delbetänkandet God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande över delbetänkandet God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattning av delbetänkandets innehåll
Utredningen föreslår att primärvårdens uppdrag moderniseras i hälso- och sjukvårdslagen och att primärvårdens uppdrag tydliggörs och skapar förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Primärvårdens grunduppdrag föreslås regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Utredningen föreslår att patientens möjlighet att få tillgång till, och välja en fast läkarkontakt i primärvården, förtydligas. För att stimulera tillgången till allmänläkare i primärvården föreslår

utredningen att staten under åren 2019–2027 finansierar 1250 specialiseringstjänster i allmänmedicin.

Landsting/regioner ska till en nationell databas rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården. I dag saknas systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå.

Utredningen föreslår att samtliga föreslagna lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Överväganden
I detta yttrandet kommenteras i första hand förslag där HSF har en avvikande uppfattning än utredningen, eller sådant som HSF önskar beaktas i den fortsatta beredningen av utredarens förslag.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens övergripande bedömning
Delbetänkandet är ett gediget material med en imponerade kunskapsöversikt, och förslaget om en stärkt primärvård ligger väl i linje med SLLs framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Det är dock viktigt att betrakta denna utrednings förslag i relation till flera andra närliggande utredningar såsom ” Kunskapsbaserad och jämlik vård”, ”Med tillit växer handlingsutrymmet”, ”En lärande tillsyn”, ”Ordning och reda i Välfärden” och ”Jämlikhetskommissionen” Även om statens ambition att förbättra välfärden är lovvärd riskerar många samtidiga statliga initiativ att öka mängden styrsignaler, vilket går tvärs emot tillitsdelegationens slutsatser om att förenkla och basera styrningen mer på en övergripande tillit och dialog. Följaktligen anser förvaltningen att det är angeläget att alla nationella utredningars förslag samordnas, deras konsekvenser bedöms och sjukvårdshuvudmännen erbjuds en samlad dialog kring styrningen och ges förutsättningar som krävs för att säkerställa att vi har en kunskapsbaserad, säker, individanpassad, tillgänglig, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård.

<u>Nationell färdplan</u>
HSF ser positivt på att utredningen i den gemensamma färdplanen och målbilden tydligare än tidigare lyfter ett personcentrerat arbetssätt, och inkludering av den kommunala verksamheten. Patientens delaktighet betonas och det görs tydligare att primärvården är navet i vården och omsorgen, och samspelar med övriga insatser från annan specialistvård på och utanför sjukhuset, samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.

När det gäller primärvårdens samordnande roll ser HSF positivt på detta. Det krävs dock att vårdgivare får de förutsättningar som behövs för att ta

den rollen, inte minst gällande informationsöverföring. I dagsläge finns alltför många hinder för den samordnande rollen och det är viktigt att de problem som utredningen beskriver kan lösas, till exempel att införa bättre digitala stödstrukturer. Så länge det ej är möjligt att dela information mellan aktörer är det svårt att utveckla samverkan. Om samverkan ska fungera måste de juridiska förutsättningarna för detta finnas. För att detta ska var möjligt behöver förslagen i *SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid* genomföras. Det blir också viktigt att förtydliga kommunernas samordningsfunktion när de har ansvar för primärvården, till exempel fast vårdkontakt på ett särskilt boende för äldre. När det gäller det samordnande ansvaret kommer det även att bli viktigt för övrig vård att kommunicera med den fasta vårdkontakten och tydliggöra vem som ska ansvara för vad.

En stark primärvård

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) ställer sig positiv till en nationell definition av primärvården, men avstyrker utredningens förslag då primärvården utifrån denna definition inte utgör basen och förstahandsvalet. Den definieras fortfarande som att primärvården ska utföra den vård som andra inte gör, samt att definitionen utgår från att det finns olika kvalitetsnivåer i vården, där primärvården är en lägre nivå.

HSF avstyrker utredningens förslag att primärvårdens grunduppdrag regleras i en förordning. Att uppdraget regleras i förordning ökar risken för att uppdraget både kan förändras och få en ökad detaljeringsgrad utan att frågan beretts bredare, vilket försvårar ett långsiktigt arbete med utvecklingen av den regionala primärvården utifrån dess behov och förutsättningar.

HSF avstyrker förslaget till ett nationellt vårdval primärvård. Landstingen behöver kunna lösa uppdraget med de vårdval som passar bäst utifrån regionala behov och förutsättningar.

Överlag är begreppet primärvård något oklart i delbetänkandet. Inledningsvis beskrivs primärvård som både landsting och kommuners uppdrag, men på flera ställen uppfattar vi att det bara är landstingets verksamhet som avses i analys och förslag. HSF föreslår att landstingets primärvård och kommunal hälso- och sjukvård inte sammanblandas begreppsmässigt. Vi ser också att det brister i kopplingen mellan den definition som utredningen gör av primärvård och författningsförslagen. HSF ser fram mot utredningens fortsatta arbete med att utreda hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas.

I kapitlet om kontinuitet beskrivs att primärvården har förstärkts med andra kompetenser än allmänläkare och distriktssköterskor. Trots detta är mycket av kapitlet koncentrerat på att beskriva tillgång och produktivitet av allmänläkare och vikten av fast läkarkontakt. Tillgång till andra vårdprofessioner är minst lika viktigt för att skapa en kvalitativ god primärvård. Inte minst när det gäller att arbeta med förebyggande insatser, tidigt upptäcka och behandla sjukdomstillstånd och möjliggöra patientens delaktighet i sin vård och behandling.

Vi välkomnar en tydlig markering att primärvården är första vårdnivån dit patienter i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov. HSF instämmer att det är i linje med landstingets intentioner att ta bort ordet grundläggande i definitionen. Vi ser det som positivt att det förebyggande och hälsofrämjande lyfts fram i förslaget. Detta ställer dock krav på utformningen av uppdrag samt hur dessa insatser ska ställas i förhållande till krav på tillgänglighet och vård med brådskande behov. Detta blir svårt att genomföra utan resursförstärkning och tydligare uppdrag. Mycket av det förebyggande arbetet finns också inom uppdragen för BVC och MVC. Begreppsförvirringen gör det dock svårt att se om något förslag berör kommunerna. Frågan blir också aktuell kring om förebyggande och rehabiliterande åtgärder även omfattar kommunerna.

Enhetlig ersättningsmodell

Utredningen rekommenderar landstingen att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval inom primärvård för att underlätta jämförelser mellan landstingen och underlätta för de privata vårdvalsaktörer som är verksamma i flera landsting. HSF är positiva till att påbörja en mer likriktad riktning men dock med hänsyn till att landstingen och regionerna har olika förutsättningar för att skapa likartade system. Därför behöver landstingen även fortsättningsvis ha olika ersättningsmodeller som passar bäst utifrån regionala behov och förutsättningar

Övergångsbestämmelser

HSF ställer sig kritisk till att utredningens lägger förslag om en primärvårdsreform, utan att beskriva hur övergången till detta ska gå till.

Kontinuitet

Stockholms läns landsting (SLL) ser det som positivt att alla ska erbjudas en fast läkarkontakt i primärvården. Utredningens användande av och förslag om fast läkarkontakt och fast vårdkontakt behöver dock bli tydligare. Begreppen fast läkare och fast vårdkontakt blir svårgreppbart, det blir

begreppsförvirring med fast vårdkontakt i kommun (kommunal hemsjukvård) när en fast vårdkontakt i lag *2017: 612 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård* ska vara i landstingets öppenvård. SLL har idag fast läkare kopplat till det särskilda boendet för äldre i ett eget vårdval.

SLL ser positivt på att flera olika specialister kan vara fast läkarkontakt, men att styra bemanning måste vara ett huvudmannabeslut. Vi avstyrker därför utredningens förslag där fler angivna specialister än specialist i allmänmedicin får vara fast läkarkontakt. SLL föreslås att det istället är specialist i allmänmedicin, eller sådan kompetens som landstinget beslutar.

Läkarförsörjningen

Utredningen föreslår 1250 statligt finansierade ST-läkare i allmänmedicin under tiden 2019-2027. Förslaget är mycket lovvärt även om bristen på verksamma specialister i allmänmedicin inte enbart beror på alltför liten utbildningsvolym. En ansträngd arbetssituation har medfört att många specialister i allmänmedicin idag arbetar deltid eller försörjer sig på andra sätt. Förutom utökad utbildningsvolym är det av största vikt att arbetet som allmänläkare ges sådana förutsättningar att fler befintliga specialister stannar i yrket. Idag noteras ett alltför stort avhopp från allmänmedicin till andra specialiteter under en pågående specialistutbildning. Statistisk risk för att en ST-läkare under sin pågående ST-utbildning byter från allmänmedicin till annan specialitet är drygt 15 procent.

Det finns sedan ett flertal år stora svårigheter att finna sidoutbildnings-platser i framför allt gynekologi, och i viss omfattning även i akutmedicin och pediatrik. SLL har redan ökat utbildningsplatserna, och en snabb och stor ökning av antalet ST-läkare i allmänmedicin i SLL ökar svårigheter att finna sidoutbildningsplatser, handledare, rumslig plats, kursplatser, och kommer med största sannolikhet att begränsas av brist på antal intresserade och för utbildningen lämpade individer. En uppenbar risk med alltför snabb och alltför omfattande ökning i antal ST-läkare är att utbildningskvaliteten för samtliga ST-läkare i allmänmedicin försämras till en nivå som i förlängningen hotar patientsäkerheten.

För att SLL ska ha goda förutsättningar att ge en god utbildning föreslår därför HSF att ökningen av ST-läkare genomförs under längre tid än den föreslagna. Samtidigt bör ökade insatser ske för handledare, studierektorer och kursarrangörer.

Även formerna för de olika delarna i utbildningen bör ges tid för att kunna justeras och moderniseras vilket kräver såväl tid som resurser. Som

exempel kan nämnas att traditionella kurser och placeringar till viss del med fördel kan ersättas med interaktiv utbildning på distans. Sådana utbildningsformer finns dock idag endast i begränsad omfattning.

Ändamålsenlig administration
HSF delar utredningens bedömning att det kan finnas anledning att se över förutsättningarna för en mer professionsneutral intygsskrivning. Den som är bäst lämpad för att skriva intyget bör också göra det, förutom i de fall när det är lagreglerat till en viss profession. Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården bör också kravställas att ha tydliga lokala riktlinjer för intygshantering. Att regeringen ger myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att kommunen bör se över sitt behov av intyg ses som positivt för att minska belastningen på vården genom intygsskrivandande. För att främja jämlikheten bör kostnaden för ett intyg ligga på den myndighet/huvudman som efterfrågar intyget. Genom digitalisering borde intygsprocessen kunna förenklas, men det bör också utredas vem som ska bära denna kostnad.

Ekonomiska konsekvenser
En viktig förutsättning för genomförande av God och nära vård enligt delbetänkandet är att omfördelning av resurser kan göras från sjukhusvård till primärvård. Betänkandet konstaterar att detta inte går att beskriva i enbart ekonomiska termer utan det handlar om överföring av kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning.

HSF saknar en mer djuplodande konsekvensanalys av de förslag som föreslås träda ikraft juni 2020. Eftersom utredningen inte kommer att redovisa sina fullständiga förslag, och bedömning av ekonomiska konsekvenser av dessa, förrän i slutbetänkandet mars 2020, är det svårt att med endast detta underlag bedöma ekonomiska konsekvenser på längre sikt. Det som detta delbetänkandet föreslår konkret för överföring av resurser till primärvård är överenskommelser mellan staten och huvudmännen (alternativt Sveriges kommuner och landsting, SKL) med riktade statsbidrag för att förstärka primärvården. Överenskommelserna ska kopplas till föreslagna insatser för att följa färdplanen. De förslag som också ligger i betänkandet om tillskott av statligt finansierade ST-läkare i allmänmedicin innebär aven de en förstärkning av primärvården. Därutöver konstateras att största möjligheten ligger i omfördelning av landstingens/regionernas egen budget.

Förvaltningen instämmer i att det viktiga för att få en real omfördelning är just överföring av kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning. Den satsning på ST-läkare som föreslås är därför en bra insats

för att nå en förändring i den önskade riktningen. Överenskommelser med riktade statsbidrag kan vara ett bra verktyg för att stödja genomförandet av förslagen men problemet är att statsbidragen är tidsbegränsade och också kan innebära svårigheter att hantera lokala skillnader i förutsättningar för att disponera resurserna på bästa sätt.

Det är naturligt att den största möjligheten ligger i landstingens och regionernas egen styrning men förvaltningen konstaterar att den senaste tioårsperioden för Stockholms läns landstings del trots flera stora riktade satsningar på husläkare och annan primärvård ändå inte inneburit någon relativ förstärkning av primärvården i förhållande till sjukhusvården. Primärvården har idag som för 10 år sedan cirka 17 procent av sjukvårdens resurser och sjukhusen och övrig så kallad somatisk specialistvård cirka 46 procent. Risken är att kommande period trots fortsatta riktade satsningar inte heller innebär någon relativ omfördelning då stora ekonomiska resurser bundits i sjukhusen i de mycket stora investeringar som gjorts och även görs fortsättningsvis.

Konsekvenser för patientsäkerhet
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 på den fasta läkarkontakten ökar patientsäkerheten. Utredningen ger även förslag om att legitimation ska införas för ytterligare personalkategorier inom hälso- och sjukvården och den lyfter fram att undantag från signering av vissa journalanteckningar får bedömas och anpassas efter verksamheten av varje vårdgivare utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

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 öka såväl patientsäkerheten och som förbättra arbetsmiljön.

Utredningen belyser även ur patientsäkerhetsaspekt i alltför liten grad patienternas autonomi och rätt till valfrihet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan inte se några uppenbara risker för negativa konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan inte se några uppenbara risker för negativa konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan inte se några uppenbara risker för negativa administrativa konsekvenser för vårdgivarna.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Landstingsstyrelsen

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-10-24

Sammanfattning

Bakgrund

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landsting, 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 (S 2017:01).

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Utifrån förslagen i delbetänkandet förväntas riksdagen i slutet av maj 2018 fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av satsningar på akutsjukhus och annan specialiserad vård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk vård goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns en insikt om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser. Om vi ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande.

Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

En central strategi för att uppnå Agenda 2030 och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO fastslår att om det målet ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Med utgångspunkt i detta förespråkar WHO en integrerad och personcentrerad ansats när våra hälsotjänster och system utvecklas. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför. Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet.

Om Sverige ska leva upp till Agenda 2030:s mål vad gäller såväl hälsa som den övergripande målsättningen om hållbar utveckling så krävs insatser på alla nivåer i samhället för att skapa ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem. För att klara att möta de nya behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste ett sådant hälsosystem ha en stark första linje/primärvård som bas. Utredningen bedömer därmed att vårt uppdrag även är att se som en central del av arbetet med att skapa förutsättningar för att uppnå målen i Agenda 2030 i Sverige.

Primärvården är även i Sverige den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför dit patienterna i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av bristande möjlighet att tillräckligt snabbt få en tid i primärvården. Bristen på kontinuitet och avsaknad av långvariga väl fungerande relationer gör också att det inte är självklart, så som i många andra länder och sjukvårdssystem, att vända sig dit med sina vardagliga hälso- och sjukvårdsbehov. Utifrån detta blir också det förebyggande arbetet, som har bäst förutsättningar att äga rum nära befolkningen och i samspel med civilsamhället, lidande. Vård på sjukhus, eller inom akutsjukvården, som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i icke optimal vård för patienten, i höga kostnader och risk för vårdskador.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet måste därför reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd och förebyggande arbete. En förstärkning av primärvården, såväl den del som har region/landsting som huvudman som den del som har kommunen som huvudman, är nödvändig. Särskilt viktigt är det att förbättra vården och omsorgen för dem med större behov.

Utgångspunkter

Utredningen ska i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. Utredningen har också valt att särskilt vinnlägga sig om omställningen till den personcentrerade vården och omsorgen. Förslagen i Effektiv vård tog sikte på ett antal olika aspekter och riktade sig till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården. Denna utredning ska enligt direktiven särskilt beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård

I enlighet med tilläggsdirektiv ska utredningen också

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få samt
- utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Sedan Effektiv vård överlämnades i januari 2016, och sedan utredningens första delbetänkande lämnades till regeringen i juni 2017, har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård samt vår utrednings första betänkande God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild. Andra beslut, som också påverkar strukturen i svensk hälso- och sjukvård i grunden, har också fattats, såsom beslutet om den högspecialiserade vårdens organisering och huvudmännens sammanhållna struktur för kunskapsstyrning.

Såväl i analys som förslag fokuserar detta delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehåller såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för huvudmännen. En omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet har tagit sin början. Tillsammans utgör utredningens förslag i föreliggande betänkande grunden för en primärvårdsreform.

Betänkandets inledande kapitel

Detta delbetänkande inleds med utredningens uppdrag och arbetssätt, utredningens syn på behovet av förändring och internationella utgångspunkter. Behovet av omställning sätts i ett sammanhang av pågående förändringar och åtagandet i Agenda 2030. Vi ger en demografisk beskrivning av de svenska förhållanden som ligger bakom behovet av en större förändring av hälso- och sjukvårdssystemet.

Härefter följer ett avsnitt som ur omvärldsperspektiv beskriver såväl begreppet primärvård som ger exempel på ett antal hälso- och sjukvårdssystem som ofta framhålls som intressanta ur svensk synvinkel, med exempel inte minst från våra nordiska grannländer.

Efter detta följer, på liknande sätt som i utredningens första delbetänkandet, en översikt över nationella arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och/eller vårt utredningsuppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande.

Härefter följer beskrivande texter och analyser av nuvarande situation som bakgrund till utredningens förslag. Vi beskriver aktuell situation vad gäller reglering och organisering av svensk hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården. Vi belyser den förvirring som

i dag finns kring begreppet svensk primärvård, som i många sammanhang har kommit att bli synonymt med den verksamhet som traditionellt bedrivs vid en vård- eller hälsocentral. Primärvård är i lagstiftarens mening bredare än så, och omfattar hälso- och sjukvård och omsorg som har såväl landsting/region som kommun som huvudman.

I därpå följande avsnitt beskrivs på motsvarande sätt aktuell situation vad gäller reglering och hantering av vissa frågor kopplade till ändamålsenlig administration.

Den avslutande delen i bakgrundkapitlen ger en kort introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen och den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård.

Utredningens förslag i sammanfattning

Målbild och färdplan

Utredningen föreslår att den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemet fördjupas. Detta sker genom ett tydliggörande avseende ett personcentrerat arbetssätt, och tydligare inkludering av den kommunala verksamheten. Patientens delaktighet betonas. Det görs tydligare att primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar med övriga insatser från annan specialistvård på och utanför sjukhuset samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Även i färdplanen tydliggörs det personcentrerade arbetssättet och medarbetarperspektivet lyfts. Kompetensförsörjning betonas liksom digitalisering, kopplat till Vision e-hälsa 2025. Regionala och lokala analyser och beslut hos landsting/regioner och kommuner lyfts fram som förutsättningar för att omställningen ska kunna genomföras.

För att följa omställningen i enlighet med den föreslagna färdplanen föreslår utredningen att fyra storheter följs med bestämda tidsintervall. Dessa storheter är avsedda att utgöra underlag för diskussion och dialog mellan och tillsammans med systemets olika berörda aktörer.

Utredningen föreslår också nationella samråd om genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. år 2027. Dessa bör samla representanter för såväl lokal som regional och statlig nivå för att

gemensamt stämma av status för omställningen och vid behov föreslå justeringar i inriktningen av färdplanen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås följa omställningen mot en god och nära vård på övergripande nivå och bistå med underlag för sådana gemensamma dialoger.

Behovet av ökade möjligheter till uppföljning på aggregerad nivå

Utredningen föreslår att landsting/regioner ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården till en nationell databas.

Utredningens bedömning är att det i dagsläget i Sverige, liksom i många andra länder, saknas en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Därmed saknas i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning inom området, samt för att systematiskt följa upp, utvärdera, och på aggregerad nivå kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Den typen av aggregerade data är nödvändiga för att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.

Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

En modernisering av primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen föreslås. Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med denna ändring är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån, och att det är dit befolkningen i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Vidare läggs förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Utredningen föreslår att primärvårdens grunduppdrag regleras i förordning. Skälen för utredningens förslag till att reglera uppdraget i förordning, och inte i lag, redovisas. Utredningen lämnar också förslag på utformningen av en sådan förordning. Vi föreslår att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska regleras att

det i primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för primärvårdens grunduppdrag. De erforderliga kompetenserna kan finnas inom ramen för ett eller flera vårdval inom landsting/regioners vårdvalssystem. En utmaning för dagens primärvård är tillgängligheten. Vi tydliggör i förslag att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som ligger inom primärvårdens uppdrag. Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

I förslaget synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. För en god och hållbar hälso- och sjukvård är utbildning och forskning av avgörande betydelse. Vi förslår därför att det förtydligas att det ska bedrivas forskning i primärvården. Vår bedömning är också att landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå. En nyckel till framtidens hälso- och sjukvård är förebyggande insatser. Vårt förslag är att det av primärvårdens grunduppdrag ska framgå att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov. I primärvården ska också tillhandahållas rehabiliterande åtgärder.

Utredningen ser behov av att tydliggöra särställningen hos det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Det bör benämnas Vårdval primärvård. Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Utifrån utredningens många dialoger runt om i landet presenteras också ett antal goda exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för hur man som huvudman kan organisera primärvård.

Kontinuitet i primärvården

Utredningen bedömer att frågan om betydelsen av väl fungerande hållbara relationer i svensk hälso- och sjukvård under lång tid varit underskattad. Kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är central för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utredningen belyser att det inte finns någon motsättning mellan funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningen föreslår ett förtydligande av patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Utredningen ser det som avgörande för det fortsatta förtroendet i befolkningen för primärvårdens insatser att verksamheten bedrivs med minst lika höga kvalitetskrav som i dag. Ett så brett uppdrag som primärvården har ställer särskilda krav på kompetens hos de som verkar där. Utredningen föreslår därför att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

En hög patientsäkerhet förutsätter en god arbetsmiljö. Det är därför av betydelse att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Utredningen bedömer också att det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Det finns även behov av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård. Detta bör ske inom ramen för den pågående utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård”, som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

För att säkra den tillgång på specialister i allmänmedicin som behövs för att tillgodose målet om en fast läkarkontakt i primärvården till hela befolkningen föreslås att staten under en omställningsperiod ska stimulera adekvat tillgång till allmänläkare i primärvården genom

finansiering av 1250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027.

Ändamålsenlig administration

Om intyg

Utredningen bedömer att det kan finnas anledning att se över om förutsättningarna för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall. Kommuner bör se över i vilken utsträckning kompetenskrav vid utfärdande av intyg i lokala tillämpningsföreskrifter kan göras mer professionsneutrala.

Utredningen bedömer också att verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg. Kommunerna bör se över sitt behov av intyg från vården.

Slutligen bedömer utredningen att landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte att skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

Om signeringskrav

Utredningen föreslår att en journalanteckning ska signeras av den som är ansvarig för uppgiften, om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer – lämpligen Socialstyrelsen – bör likt i dag få meddela föreskrift om när signering inte behövs.

Utredningen bedömer att signeringskravet som helhet inte orsakar någon onödig administrativ börda, men att vårdgivare bör besluta om när signering inte behövs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det ingår i verksamhetschefens ansvar att säkerställa att det finns tydliga rutiner för signering, anpassade efter den egna verksamheten. Socialstyrelsen bör i sina föreskrifter och vägledning tydligare skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att samtliga föreslagna lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Utredningens fortsatta arbete

Utredningen vill uppmärksamma att även om detta delbetänkande i mycket fokuserar på utformningen av en primärvårdsreform är utredningens hela uppdrag mer omfattande än primärvården. Det återspeglas delvis i detta delbetänkande, och understryks särskilt i de delar som behandlar den fortsatta vägen framåt och de frågeställningar som kommer att hanteras i utredningens slutbetänkande.

Omfattningen på utredningens uppdrag är en särskild utmaning, i det att alla frågeområden inte är möjliga att beskriva vid samma tillfälle. Därför kommer ofrånkomligen vissa aktörer och intressenter att känna att deras fråga eller område inte är tillräckligt belyst i detta delbetänkande. Utredningen har full förståelse för det. Det betyder på inget sätt att de frågor som utredningen avser återkomma till i slutbetänkandet är av mindre betydelse. Ett urval av dessa frågeområden är samverkan mellan kommun och landsting, mer om hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet, forskning, utveckling och utbildning (FoUU) samt ytterligare omfördelning av resurser, inte minst i förhållande till utredningens uppdrag att analysera ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård. Samtliga dessa har förstås mycket stor betydelse för det framtida systemets utformning. Dessa områden hanteras i utredningens arbete parallellt med arbetet med föreliggande delbetänkande vad gäller insamling av material, analyser och i pågående dialog med alla de olika aktörer utredningen löpande träffar.

Utredningen kommer också fortsatt följa utvecklingen inom några särskilt för utredningens uppdrag intressanta processer och projekt, såsom den fortsatta utvecklingen av den högspecialiserade vården, utvecklingen av den prehospitala vården, olika aktörers uppdrag och initiativ gällande bemanning och kompetensförsörjning gällande vårdens olika professioner, arbetet med Vision e-Hälsa 2025, det intensiva och pågående arbetet med omställningen till nära vård hos landets alla huvudmän och det fortsatta arbetet med avgiftsfri primärvård i Sörmland.

Förtroende och tillit

Framtidens hälso- och sjukvård ligger sannolikt i möjligheten till väl fungerande samverkan mellan olika inblandade aktörer. Framgångsfaktorer synes vara arbete i nätverk, mer än i traditionella linjestrukturer. Arbete i partnerskap med de vården är till för, mer än i hierarkiskt utformade system. En förändring till en personcentrerad vård. En god och jämlik hälso- och sjukvård, grundad i den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar.

Vi återknyter till resonemang i utredningens första delbetänkande om tillitens betydelse. Det är i våra dialoger fortsatt tydligt att svensk hälso- och sjukvård till dels präglas av en brist på tillit mellan olika aktörer och organisatoriska nivåer, och att det riskerar att påverka ett förändringsarbete negativt. Vår förhoppning är att den dialog som utredningen fått vara en del av att initiera och driva, tillsammans med andra pågående initiativ såsom Tillitsdelegationens arbete, gemensamma projekt mellan landstingen, den ökade samverkan mellan regioner/landsting och kommuner i olika landsdelar, ska bidra till ett mer förtroendefullt klimat mellan olika aktörer.

Glädjande nog urskiljer utredningen en i vissa delar större samstämmighet än i utredningens initiala skede. Att stärka primärvården, och skälen till varför det måste göras, lyfts av alltfler aktörer. Behovet av en ökad kontinuitet och betydelsen av väl fungerande relationer för en god och säker vård betonas av allt fler. Förståelsen för att det inte finns något motsatsförhållande mellan personcentrerad vård och strukturerade kunskapsbaserade arbetssätt, att det ena tvärtom är en förutsättning för det andra synes öka. Förståelsen för att vården och omsorgens medarbetare måste involveras i förändringsarbetet för att något ska hända på riktigt lyfts oftare än tidigare. Insikten om behovet av att använda alla vårdens och omsorgens kompetenser på ett klokt sätt med hjälp av interprofessionellt lärande och arbetssätt, och förståelsen för behovet av träning i dessa arbetssätt verkar få spridning.

Utredningen ser förtroendefulla dialoger, med utrymme för dynamiska åsiktsutbyten, och uthållighet på alla nivåer i systemet som en nödvändighet för en konstruktiv utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. En utveckling till en personcentrerad god och nära vård, en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård och omsorg och också en

vård och omsorg som har förutsättningar att vara en attraktiv arbetsgivare nu och i framtiden.