Gävle KOMMUN

Kallelse

Omvårdnadsnämnden kallas till sammanträde 2018-10-31

Plats och tid
Omvårdnad Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen 10:00-17:00

Ordförande
Anders Jansson (M)

Förhinder anmäls till
Lena Wigg, tfn 026-17 88 13, e-post: lena.wigg@gavle.se

Presskonferens: den 1 november, kl 08.15, Magasinsplan 19, Ebony, plan 1.
Gruppmöte, den 31 oktober, kl 08.15-10.00, Magasinsplan 19:
(M), (L), (C), (KD): Gevaliasalen
(S), (MP): Intensivo, plan 1
(V), Ebony, plan 1
(SD): Rum 137, plan 1

Gävle KOMMUN

Kallelse

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum den 18 oktober, kl 08.15 - 09.25.
Närvarande var ordförande Anders Jansson (M), vice ordförande Elisabeth Carlson (C), Anna-Lena Hellman (L), Gunilla Berglund (KD) och Lena Lundgren Rörick (S).

6. Remiss från Socialdepartementet - God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

18ON346

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Lena Isokivelä.

Handlingar i ärendet

- Missiv - Delbetänkande från utredningen samordnad utveckling för god och nära vård "God och nära vård - En primärvårdsreform" (SOU 2018:39)
- Delbetänkande från utredningen samordnad utveckling för god och nära vård "God och nära vård - En primärvårdsreform" (SOU 2018:39), dnr S2018/03436/FS
- Remiss från Socialdepartementet - God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

7. Möjligheten till att Moränens lokal kan samutnyttjas med civilsamhället - uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

18ON165

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Lena Isokivelä.

Handlingar i ärendet

- Möjligheten till att Moränens lokal kan samutnyttjas med civilsamhället - uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

8. Utformning av krav som syftar till att minimera hemtjänstverksamhetens miljöpåverkan genom att samordning sker mellan kommunen och externa utförare - uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Lena Isokivelä.

Handlingar i ärendet

- Utformning av krav som syftar till att minimera hemtjänstverksamhetens miljöpåverkan genom att samordning sker mellan kommunen och externa utförare - uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan

9. Översyn och ett utvecklingsarbete av hur hemsjukvård/specialistvård kan göras effektivare - Uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Lena Isokivelä.

Handlingar i ärendet

- Översyn och ett utvecklingsarbete av hur hemsjukvård,specialistsjukvård kan göras effektivare - uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

10. Verksamhetsplan för perioden 2019 - 2022 för Omvårdnadsnämnden
18ON400

Förslag till beslut

- Att anta förslag till verksamhetsplan för omvårdnadsnämnden för perioden 2019 - 2022, samt
- Att överlämna verksamhetsplanen till kommunstyrelsen för kännedom.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Rolf Hammar.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Verksamhetsplan för perioden 2019 - 2022 för Omvårdnadsnämnden
- Verksamhetsplan för perioden 2019 - 2022 för Omvårdnadsnämnden

11. Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, september 2018
18ON63

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende september 2018, samt
- Att till kommunstyrelsen överlämna kommentarer om omvårdnadsnämndens resultat avseende september 2018 samt helårsprognos för hela 2018.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Rolf Hammar.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, september 2018
- Bilaga till ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, september 2018

12. Kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

13. Delegationsbeslut

Ärendebeskrivning

Beslutsärende.

14. Förändrade rutiner vid tjänstetillsättningar

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Anita Bjurström.

15. Månadsuppföljning, september 2018

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Rolf Hammar.

16. Återrapport om enheten för vård i livets slut på Gävle Strand

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

17. Aktuellt från förvaltningen

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Lena Isokivelä.

18. Frågor till förvaltningen från nämndens ledamöter/ersättare

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

19. Rapport från kontaktpolitikerbesök och deltagande i kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

20. Anmälningsärenden

18ON79

Handlingar i ärendet

- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180918, § 178

Gävle KOMMUN

Kallelse

- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 4
- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 8
- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 9
- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 16
- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 17
- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 18
- Protokollsutdrag från sammanträde med Kommunfullmäktige 180924, § 15

Remiss från Socialdepartementet - God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

6

18ON346

Gävle KOMMUN

Missiv

Handläggare
Ulrika Carlsson
Tfn 026-17 89 38
ulrika.carlsson@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Delbetänkande från utredningen samordnad utveckling för god och nära vård ”God och nära vård – En primärvårdsreform” (SOU 2018:39)

Förslag till beslut

att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Bakgrund

Gävle kommun har mottagit remiss från Socialdepartementet ”God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)”.
Gävle kommun har överlämnat remissen till Omvårdnad Gävle för direktbesvarande till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Omvårdnad Gävle instämmer i huvudsak med förslagen och bedömningarna i utredningen. Omvårdnad Gävle ser särskilt positivt på det tilläggsdirektiv som tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen och ser fram emot att få ta del av slutbetänkandet. Dock anser Omvårdnad Gävle att vissa begrepp som används i förslaget till gemensam färdplan och målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården måste definieras och förtydligas.

Lena Isokivelä
Tillförordnad Förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

Gävle KOMMUN

Remissvar

Handläggare
Ulrika Carlsson
Tfn 026-17 89 38
Ulrika.carlsson@gavle.se

Socialdepartementet

Delbetänkande från utredningen samordnad utveckling för god och nära vård ”God och nära vård – En primärvårdsreform” (SOU 2018:39), dnr S2018/03436/FS

Bakgrund

Gävle kommun har mottagit remiss från Socialdepartementet ”God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)”.
Gävle kommun har överlämnat remissen till Omvårdnad Gävle för direktbesvarande till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Omvårdnad Gävle instämmer i huvudsak med förslagen och bedömningarna i utredningen. Omvårdnad Gävle ser särskilt positivt på det tilläggsdirektiv som tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen och ser fram emot att få ta del av slutbetänkandet. Dock anser Omvårdnad Gävle att vissa begrepp som används i förslaget till gemensam färdplan och målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården måste definieras och förtydligas.

Yttrande

Avsnittet 7.1 i delbetänkandet

Utredningen

Den 21 september 2017 fick utredningen ett tilläggsdirektiv i två delar, där den ena delen tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Denna del, som ska redovisas i slutbetänkandet, innebär att utredningen ska ”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.”

Positivt med tydliggörande av gränssnitt och kompetenskrav

Omvårdnad Gävle ser positivt på tilläggsdirektivet om samverkan och ser fram emot att få ta del av slutbetänkandet som utlovar en fördjupning av målbild och färdplan som även belyser gränssnitt. Det finns också ett stort behov av att tydliggöra vilka kompetenskrav som ska ställas på personal inom primärvård respektive kommunal vård- och omsorg.

Avsnittet 8.1 i delbetänkandet

Utredningen

Utredningen föreslår att den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvården behöver fördjupas. I anslutning till förslaget återfinns begreppen ”vård- och omsorg”, ”hälso- och sjukvård och omsorg”, ”övrig kommunal hälso- och sjukvård” samt ”socialtjänst”.

Behov av att förtydliga olika begrepp

Utifrån den föreslagna ändringen i hälso- och sjukvårdslagens 2 kap 6 § är det svårt att se vilken typ av kommunal hälso- och sjukvård som inte kan betraktas som primärvård. Omvårdnad Gävle anser därför att begreppen ”kommunal primärvård” och ”övrig kommunal hälso- och sjukvård” behöver definieras i utredningens fortsatta arbete.

Utredningen använder omväxlande begreppen ”vård- och omsorg” samt ”hälso- och sjukvård och omsorg”. I något fall används begreppet ”omsorg” fristående. Därutöver används begreppet ”socialtjänst”. Omvårdnad Gävle anser att det inte finns några tydliga gränser mellan dessa olika begrepp. I Socialstyrelsens termbank definieras exempelvis ”vård och omsorg” som ”åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar”. För att det ska vara tydligt vad som avses när begreppen används anser Omvårdnad Gävle att begreppen i fråga behöver definieras i förhållande till varandra i utredningens fortsatta arbete.

Avsnittet 11.1 i delbetänkandet

Utredningen

Det kan finnas anledning att se över om förutsättningar 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 föreskrifter/rutiner kan göras mer professionsneutrala. Verksamhetschefer
inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Socialstyrelsen bör överväga att stödja vården genom att förtydliga vem som får utfärda vilka intyg.

Positivt med en översyn av kompetenskrav vid utfärdande av intyg

Omvårdnad Gävle tillstyrker behovet av översyn gällande kompetenskrav vid utfärdande av intyg. Detta för att få en mer ändamålsenlig hantering av intyg utan att kvalitetskraven på utfärdade intyg sänks.

Lena Isokivelä
Tf. Förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

Gävle kommun har gett Omvårdnad Gävle i uppdrag att svara på denna remiss. Beslutet om remissvaret är fattat vid Omvårdnadsnämndens sammanträde den 31 oktober 2018. Medicinskt ansvarig sjuksköterska Ulrika Carlsson har varit handläggare i ärendet. I den slutliga handläggningen har också kvalitetscontroller Patrik Bergman, myndighetschef Katarina Stistrup, områdeschef Anette Falk samt verksamhetscheferna Helen Polmé, Carina Andersson, Sarah Bydén och Lena Carlsson deltagit.

Gävle KOMMUN

Remissmissiv

Ärende Dnr 18KS326
Dok/Handl id 18KS326-3
2018-07-12

Erika Greis
Telefon 026-17 81 03
erika.greis@gavle.se

Till Omvårdnad Gävle

Ärende Remiss från Socialdepartementet - God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Vårt dnr **18KS326**

Begäran om yttrande i rubricerat ärende.

Handlingar Remiss från Socialdepartementet och betänkande (SOU 2018:39)

Svarsdatum Socialdepartementet önskar svar senast **15 november 2018**

Upplysningar

Remissen översändes för direktbesvarande av er och beslut om det är fler förvaltningar som ska besvara remissen. Omvårdnad sammanställer svaren innan det skickas till Socialdepartementet.

Kopia på yttrandet som ni skickar till Socialdepartementet ska skickas till Kommunledningskontorets diarium kommunstyrelsen@gavle.se för registrering med hänvisning till diarienummer 18KS326.

Erika Greis
Registrator
Administrativa avdelningen

Regeringskansliet

Remiss

2018-07-02
S2018/03436/FS

GÄVLE KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -07- 05
Dnr

Socialdepartementet

God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Apotekarsocieteten

Arbetsmiljöverket

Arjeplog kommun

Barnombudsmannen

Blekinge läns landsting

Dalarnas läns landsting

Danderyd kommun

Datainspektionen

Dietisternas riksförbund

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Finspång kommun

Folkhälsomyndigheten

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Föreningen Sveriges Socialchefer

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-723 11 91
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Förvaltningsrätten i Umeå

Gotlands kommun

Grums kommun

Gävle kommun

Gävleborgs läns landsting

Hallands läns landsting

Halmstad kommun

Hjo kommun

Huddinge kommun

Håbo kommun

Härryda kommun

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Justitiekanslern (JK)

Jämtlands läns landsting

Jönköping kommun

Jönköpings läns landsting

Kalmar läns landsting

Karlstad kommun

Karolinska Institutet

Kommunal

Kronobergs läns landsting

Kungsbacka kommun

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR)

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Lika unika

Lunds universitet

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mölndal kommun

Nora kommun

Nordmaling kommun

Norrbottens läns landsting

Norrtälje kommun

Nyköping kommun

Orust kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Regelrådet

Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)

Rättvik kommun

Sjukhusläkarna

Skåne läns landsting

Skövde kommun

Socialstyrelsen

Sollefteå kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholm kommun

Stockholms läns landsting

Svedala kommun

Swedish medtech

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk Kuratorsförening

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska naprapatförbundet

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Säffle kommun

Södermanlands läns landsting

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Umeå universitet

Uppsala kommun

Uppsala läns landsting

Vetenskapsrådet

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Värmlands läns landsting

Västerbottens läns landsting

Västernorrlands läns landsting

Västmanlands läns landsting

Västra Götalands läns landsting

Åre kommun

Älvkarleby kommun

Örebro läns landsting

Örkelljunga kommun

Östergötlands läns landsting

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 15 november 2018. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2018/03436/FS och remissinstansens namn i ämnes raden på e-postmeddelandet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst två exemplar av betänkandet. Exemplaren beställs hos Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm. Telefon 08-598 191 90, e-post kundservice@nj.se. Ange vid beställning att exemplaren är avsedda för remissändamål.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

God och nära vård

En primärvårdsreform

Delbetänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård

Stockholm 2018

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2018:39

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Inlagefigurer: Gullers Grupp, Combined
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24806-5
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet Annika Strandhäll

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja 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).

Till särskild utredare förordnades chefsläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes den 9 oktober 2017 juristen Malin Lundberg. Jens Eriksson har praktiserat i sekretariatet under våren 2018.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreterare Malin Bolinder, kansliråd Anna Brooks, departementssekreterare Fredrik Friberg, departementssekreterare Elin Persson samt departementssekreterare Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digital strateg Niklas Eklöf; representant för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktsköterska Hanna Lundberg, folkhälsoråd Iréne Nilsson Carlsson samt SKL:s samordnare för nära vård Emma Spak. Departementssekreterare Malin

Bolinder entledigades den 19 januari 2018. Den 19 januari 2018 förordandes departementssekreterare Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredning tilläggsdirektiv två i delar (dir. 2017:97). Detta tilläggsuppdrag kommer att redovisas i slutbetänkandet.

I detta delbetänkande presenterar utredningen en fördjupad färdplan och målbild för omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. Som ett centralt steg på vägen i denna omstrukturering presenteras ett antal förslag för att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten. Tillsammans utgör dessa förslag grunden för en primärvårdsreform. Slutligen presenteras även förslag som syftar till en mer ändamålsenlig administration i hälso- och sjukvården.

Utredningen vill rikta ett tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till utredningens arbete.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39).

Stockholm i maj 2018

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Jens Eriksson
Malin Lundberg
Karin Träff Nordström
Marie Öberg Lindevall

Innehåll

Sammanfattning **13**

1 Författningsförslag **25**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 25

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 29

1.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 31

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 32

2 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter **35**

2.1 Utredningens uppdrag och arbete 35
2.1.1 Uppdraget 35
2.1.2 Betänkandets struktur: en läsanvisning 37
2.1.3 Utredningens dialogarbete 39

2.2 Utredningens syn på behovet av förändring 43
2.2.1 En modern hälso- och sjukvård 43
2.2.2 Behovet av samordning 46
2.2.3 Bemanning och kompetensförsörjning 47
2.2.4 En omstrukturering i flera steg 50
2.2.5 Några ord särskilt om delaktighet 50
2.2.6 Det är av flera skäl viktigt att satsa på primärvården 51
2.2.7 En pågående omstrukturering av hela sjukvårdssystemet 52

2.3 Utgångspunkter och begrepp ... 53
2.3.1 Centrala begrepp för detta delbetänkande ... 53
2.3.2 Internationella utgångspunkter ... 58
2.3.3 Nationella utgångspunkter ... 64
2.3.4 Demografisk situation, sjukdomsbörda och jämlik hälsa ... 66

3 Omvärldsbevakning ... 83

3.1 Primärvård – vad är det i en internationell kontext? ... 83

3.2 Utblick mot Europa ... 85
3.2.1 Blickarna vänds mot primärvården runtom i Europa ... 85
3.2.2 Gemensamma utgångspunkter och trender ... 87

3.3 Översiktlig utblick på ett urval av andra länders hälso- och sjukvårdsystem, med fokus på primärvården ... 93
3.3.1 Norge ... 93
3.3.2 Danmark ... 99
3.3.3 Finland ... 104
3.3.4 Storbritannien, med viss fördjupning i Skottland ... 107
3.3.5 Nederländerna ... 112

4 Nulägesbild: vad har hänt sedan förra delbetänkandet? ... 117

4.1 Förslag från betänkandet Effektiv vård som tagits vidare i olika processer ... 118
4.1.1 Styrande principer ... 118
4.1.2 Minskad detaljstyrning ... 119
4.1.3 Arbetssätt ... 120
4.1.4 Särskilt om kontinuitet ... 123
4.1.5 Verksamhetsstöden ... 124
4.1.6 Kompetensförsörjning ... 125

4.2 Andra för uppdraget relevanta processer 130
4.2.1 Andra propositioner och utredningar 130
4.2.2 Specifikt om processer relaterat till integritetsfrågor 147
4.2.3 Statliga myndigheters arbete 151
4.2.4 Överenskommelser mellan staten och SKL 156
4.2.5 SKL:s arbete 161

5 Fördjupad analys av primärvårdens uppdrag och verksamhet 165

5.1 Grundläggande reglering för hälso- och sjukvården 165
5.1.1 Ett omfattande regelverk med patienten i centrum 165
5.1.2 Grundläggande principer för hälso- och sjukvården 166
5.1.3 Informationshantering i hälso- och sjukvården... 172
5.1.4 Primärvård och andra centrala begrepp 176
5.1.5 Den rättsliga styrningen av primärvården 181
5.1.6 Patientens ställning 183
5.1.7 Tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i svensk hälso- och sjukvård 186
5.1.8 Tidigare övervägande om ett nationellt primärvårdsuppdrag 195

5.2 Dagens primärvårduppdrag 198
5.2.1 Omfattning och utformning av primärvårdsuppdragen 198
5.2.2 Landstingens vårdval för primärvård – 21 versioner 200
5.2.3 Grunduppdrag 201
5.2.4 Akutuppdrag för primärvården 205
5.2.5 Kompetenser och arbetssätt 207
5.2.6 Kunskapsstyrning 213
5.2.7 E-hälsa och digitalisering 213
5.2.8 Förebyggande arbete 214
5.2.9 Egenvård och stöd till egenvård 216
5.2.10 Hemsjukvård 216
5.2.11 Rehabilitering 217
5.2.12 Forskning 218

5.2.13 Utbildning och fortbildning ... 221
5.2.14 Uppföljning ... 222
5.2.15 Ersättningssystem ... 223

5.3 Primärvårdens uppföljning på aggregerad nivå ... 228

5.4 Kunskapsstyrning ... 233

5.5 E-hälsa och digitalisering ... 235

5.6 Prehospital och mobil vård ... 237

6 Fördjupad analys av förslag för ändamålsenlig administration ... 241

6.1 Utfärdande av intyg i vården ... 241
6.1.1 Utredningens uppdrag ... 241
6.1.2 Den rättsliga regleringen av intyg ... 242
6.1.3 Några pågående initiativ ... 249

6.2 Signeringskrav ... 254
6.2.1 Utredningens uppdrag ... 254
6.2.2 Den rättsliga regleringen ... 255
6.2.3 Den praktiska hanteringen ... 261
6.2.4 Finns behov av kontroll? ... 264

7 Samverkan mellan huvudmännen ... 267

7.1 Utredningens uppdrag ... 267

7.2 Utgångspunkter för samverkan mellan huvudmännen ... 267
7.2.1 Vad är samordnad vård och omsorg? ... 267
7.2.2 Utmaningar med bristande samordning mellan vården och omsorgen ... 270
7.2.3 Olika patient- och brukargruppers behov av samordning ... 272

7.3 Förslagen i Effektiv vård ... 273

7.4 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ... 276
7.4.1 Lagens syfte och innehåll ... 276
7.4.2 Initial implementering av den nya lagen ... 277

8 Nationell plan för en god och nära vård 281

8.1 Vart är vi på väg? 281
8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård 281
8.1.2 Hur hänger vården ihop? 286

8.2 Utredningens fortsatta arbete 292

8.3 Att följa färdplanen 293

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå 298
8.4.1 Systematisk uppföljning av primärvården: en förutsättning för omstruktureringen 298

8.5 Överföring av resurser 302

8.6 Det traditionella sjukhusets roll i framtidens vård 304

8.7 Konsekvensanalys 307

9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten 311

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras 311

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården 316
9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas 316
9.2.2 Vilka behov ska mötas? 322
9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov 330
9.2.4 Primärvårdens stödjande uppdrag 335
9.2.5 Primärvårdens samordnande roll 336
9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område 340
9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete 342
9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete 344

9.3 Vårdval i primärvården 345
9.3.1 Hälso- och sjukvårdstjänster i primärvårdens vårdval 345

9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård ... 349
9.4.1 Arbetssätt och anställningsformer ... 349
9.4.2 Kunskapsstyrning ... 352
9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende ... 353
9.4.4 Forskning och utbildning ... 355
9.4.5 Åtgärder för att minska beroende av inhyrd vårdpersonal ... 356
9.4.6 Digitalisering ... 357
9.4.7 Ersättningssystem ... 358
9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård ... 359

9.5 Konsekvensanalys ... 360
9.5.1 Ekonomiska konsekvenser ... 360
9.5.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 366
9.5.3 Övriga konsekvenser för landsting/regioner ... 369
9.5.4 Konsekvenser för en jämlik vård ... 369
9.5.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ... 370
9.5.6 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 370
9.5.7 Konsekvenser för vårdens medarbetare ... 372
9.5.8 Konsekvenser för företagen ... 372
9.5.9 Konsekvenser för EU-rätten ... 373
9.5.10 Övriga konsekvenser ... 374

10 Kontinuitet i primärvården ... 375

10.1 Vikten av kontinuitet ... 375

10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas ... 376
10.2.1 Vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården? ... 380
10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas ... 382

10.2.3 Rollen som fast läkarkontakt och förhållandet till funktionen fast vårdkontakt ... 386
10.2.4 Patienter som inte valt fast läkarkontakt ... 387
10.2.5 Tillgången till fast läkarkontakt bör följas upp ... 388
10.2.6 Relaterade frågor med behov av vidare utredning ... 388

10.3 Steg mot säkrad bemanning ... 389
10.3.1 Aktuell situation ... 389
10.3.2 Fler ST-tjänster i allmänmedicin ... 394

10.4 Konsekvensanalyser ... 396
10.4.1 Ekonomiska konsekvenser ... 396
10.4.2 Konsekvenser för en jämlik vård ... 399
10.4.3 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ... 400
10.4.4 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 401
10.4.5 Administrativa konsekvenser ... 401
10.4.6 Konsekvenser för vårdens medarbetare ... 402
10.4.7 Konsekvenser för företagen ... 403
10.4.8 Konsekvenser för EU-rätten ... 403
10.4.9 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 405
10.4.10 Övriga konsekvenser ... 405

11 Ändamålsenlig administration ... 407

11.1 Utfärdande av intyg ... 407
11.1.1 Kompetens för att utfärda intyg ... 407
11.1.2 Intygshantering kräver stora arbetsinsatser ... 411
11.1.3 En mer jämlik intygshantering ... 412
11.1.4 Konsekvensanalys ... 412

11.2 Signering av journalanteckningar ... 413
11.2.1 Signeringskravet bör finnas kvar men ändras ... 413

11.3 Konsekvensanalys av förslaget om hanteringen av patientjournalen ... 417
11.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 417

12 Författningskommentar 419

12.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 419

12.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 426

12.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 427

13 Ikraftträdande 429

13.1 Ikraftträdande 429

Referenser 431

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:24 455

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:97 473

Bilaga 3 Interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt 481

Bilaga 4 Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård 505

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.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 2 kap. 6 §, 6 kap. 1–2 § och 7 kap. 3 § ska ha följande lydelse

dels att det ska införas två nya paragrafer *7 kap. 3 a § och 3 b § av följande lydelse*.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
6 §	
Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver *sjukhusens* medicinska *och* tekniska resurser eller annan särskild kompetens.	Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan medicinsk *bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte *av kvalitets- eller effektivitetsskäl* kräver *andra* medicinska *eller särskilda* tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

6 kap.

1 §

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting,

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara, *och*

3. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara,

3. primärvårdens grunduppdrag, och

4. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,

2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning,

3. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och

4. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda

3. de bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården som behövs för att garantera en god och säker vård,

4. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och

5. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

7 kap.

3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.	Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt *hos den valda utföraren i Vårdval primärvård* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.

3 a §

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.

3 b §

Landstinget ska rapportera in uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 § och 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 kap.
	2 §
Patienten ska även få information om	
1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, *fast läkarkontakt samt* vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård	1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få *en ny medicinsk bedömning och* en fast *vårdkontakt*	*2.* möjligheten att få *tillgång till* och *välja* en fast *läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård*,
3 vårdgarantin, och	*3.* möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.	*4.* vårdgarantin, och
	5. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

6 kap.

3 §

Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt *inom primärvården*.	Patienten ska få *tillgång till och* möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare som patienten valt i Vårdval primärvård.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

1.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 10 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
10 §	
En journalanteckning ska, *om det inte finns något synnerligt hinder*, signeras av den som *ansvarar* för uppgiften.	En journalanteckning ska signeras av den som *är ansvarig* för uppgiften, *om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder*.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att

dels det ska införas ett nytt kapitel, 3 a kap. med rubrik, av följande lydelse,

dels det ska införas två nya rubriker före nya 3 a kap. 1 § och före 3 a kap. 4 § av följande lydelse.

Ny lydelse

3 a kap. Primärvård

Primärvårdens grunduppdrag

1 §

Landstingen och kommunerna ska inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar säkerställa att primärvården särskilt

1. tillhandahåller kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som av kvalitets eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,

2. svarar för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,

3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder,

4. bedriver forskning,

5. samordnar patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård,

6. tillhandahåller förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,

7. tillhandahåller rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser, och

8. har en mycket god tillgänglighet.

2 §

Landstingens rapporteringsskyldighet enligt 7 kap. 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om kontakttyp, yrkeskategori och i förekommande fall om diagnos och åtgärdskoder till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Landsting.

3 §

Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om landstingens rapporteringsskyldighet enligt 7 kap. 3 b § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Fast läkarkontakt

4 §

Den som har specialistkompetens i allmänmedicin, geriatrik, barn- och ungdomsmedicin eller annan likvärdig kompetens, eller som fullgör specialisttjänstgöring i allmänmedicin får vara fast läkarkontakt.

5 §

Socialstyrelsen får meddela de bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2020.

2 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter

2.1 Utredningens uppdrag och arbete

2.1.1 Uppdraget

Den 2 mars 2017 beslutade regeringen att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (se bilaga 1 för utredningens direktiv, 2017:24). Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården.

För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen. Primärvården är också den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov.

En förstärkning av primärvården är därför nödvändig. För att säkerställa både uthållighet och bibehållen kvalitet och effektivitet i vården

bör dock en överföring av resurser till primärvården ske gradvis och med en tydlig långsiktig målbild.

Mot denna bakgrund har utredaren i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Direktiven lyfter särskilt fram att följande förslag ska beaktas:

- 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 juni 2017 överlämnade vår utredning sitt första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). I det betänkandet presenterade vi förslag på nya styrande principer för hälso- och sjukvården som utgick från närheten till patienten och tydliggjorde att öppen vård ska vara förstahandsvalet. Baserat på dessa styrande principer presenterade vi också en gemensam målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården och en färdplan för den samordnade omställningen till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Färdplanen har sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia och tar sikte på målbilden. Den omfattar såväl utredningens tid fram till slutbetänkande mars 2019 som de fortsatta tidsintervallen 2019–2022 och 2022–2027, eftersom det finns förändringar som kommer att behöva genomföras såväl på kortare som på längre sikt.

I det första delbetänkandet föreslog vi även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården skulle ändras, så att den enskilde inom en viss tid garanteras en *medicinsk bedömning* av läkare *eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.* Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens

som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Med syfte att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer än den fysiska samt betona det kvalitativa innehållet i mötet föreslogs en garanti om en medicinsk bedömning ersätta dagens garanti om besök. Dessa förslag låg till grund för regeringens proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, vilken riksdagen förväntas fatta beslut om i slutet av maj 2018. De föreslagna lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Den 21 september 2017 fick utredningen ett tilläggsdirektiv i två delar, vilka ska redovisas i slutbetänkandet. Den första delen är att 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. Den andra delen tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Denna del innebär att utredningen ska ”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.” I direktiven framhålls också att vår utredning i denna del särskilt förväntas beakta införandet av den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

2.1.2 Betänkandets struktur: en läsanvisning

I detta delbetänkande lämnar utredningen förslag på en fördjupad målbild och färdplan för hela omstruktureringen av den svenska hälso- och sjukvården. En nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten.

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. De senare ämnade som inspiration för huvudmännen. Tillsammans utgör utredningens förslag i föreliggande betänkande grunden för en primärvårdsreform.

Utredningens förslag, bedömningar och exempel på framgångsfaktorer presenteras i kapitel 8–11. Dessa kan med fördel läsas tillsammans med kapitel 1 som innehåller själva författningsförslagen

samt kapitel 12 som innehåller författningskommentarer. Kapitel 2–7 är bakgrundskapitel som bör läsas för en förståelse av såväl aktuell situation som den rättsliga regleringen gällande de områden som delbetänkandet behandlar. Betänkandet har också bilagor som fördjupar sig i några aktuella frågor med koppling till den fortsatta omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. Nedan ges en kort översikt av innehållet i de olika kapitlen.

Kapitel 2 ger en en introduktion till utredningens uppdrag, dialogarbete och utgångspunkter samt några för utredningen centrala begrepp.

Kapitel 3 presenterar en internationell utblick som sätter utredningens uppdrag och förslag i en internationell kontext.

Kapitel 4 ger på motsvarande sätt som i vårt första delbetänkande. en – icke-exklusiv – överblick av olika 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.

Kapitel 5 beskriver aktuell situation vad gäller reglering och organisering av svensk hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården.

Kapitel 6 beskriver på motsvarande sätt aktuell situation vad gäller reglering och hantering av vissa frågor kopplade till ändamålsenlig administration, vilka Effektiv vård lyfte fram.

Kapitel 7 ger en kort introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen och den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård. Dessa frågor kommer att fördjupas i slutbetänkandet och utredningen lägger inga förslag i dessa delar i detta delbetänkande.

I kapitel 8 fördjupas den färdplan och målbild för omstruktureringen som ursprungligen presenterades i vårt första delbetänkande. Vidare läggs förslag på hur omstruktureringen ska följas upp och inriktningen på utredningens fortsatta arbeta beskrivs.

I kapitel 9 presenteras förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. En modernisering av definitionen av primärvård i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) föreslås liksom att närmare bestämmelser om vad som är primärvårdens grunduppdrag ska regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Vidare lyfts ett antal framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården fram som

inspiration och reflektion över hur man som huvudman kan organisera primärvård.

I kapitel 10 lyfts vikten av att stärka kontinuiteten i svensk primärvård och det föreslås att regleringen om möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas. Vidare presenteras utredningens bedömning av åtgärder som behöver vidtas för att kunna bemanna primärvården med specialister i allmänmedicin (eller likvärdig kompetens) i den omfattning som krävs för att kunna tillhandahålla en fast läkarkontakt till hela befolkningen.

I kapitel 11 presenteras vissa bedömningar och förslag som syftar till att bidra till en mer ändamålsenlig hantering av intyg från vården. Vidare föreslås att signeringskravet av journalanteckningar ska finnas kvar men ändras.

I kapitel 12 återfinns författningskommentarer och i kapitel 13 redogörs för när förslagen föreslås träda i kraft.

Utöver de obligatoriska bilagorna med utredningens direktiv och tilläggsdirektiv återfinns också två tematiska bilagor om Interprofessionellt lärande och arbetssätt (bilaga 3), samt ett svar från SBU:s Upplysningstjänst om ”Påverkan av egenavgifter inom hälso- och sjukvården på patienters hälsa och efterfrågan av vård” (bilaga 4).

2.1.3 Utredningens dialogarbete

Utredningens uppdrag att arbeta i bred dialog med samtliga berörda aktörer

Utredningens övergripande uppdrag beskrivs i våra direktiv som att vi ska stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården.

Ett så brett uppdrag, som berör i princip allt och alla i den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen, kräver av förklarliga skäl också en bred dialog och förankring. Av utredningens direktiv framgår att en viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna. Det ingår även att lyfta fram goda exempel och att samråda med SKL samt företrä-

dare för landstingen samt med statliga myndigheter med för uppdraget centrala uppgifter och med andra berörda aktörer. Likaså tydliggörs i direktiven att utredningen i den mån det bedöms lämpligt ska föra dialog med andra pågående utredningar samt att utredningen ska inhämta synpunkter från de referensgrupper som biträder utredningen.

Utredningen har därmed två uppgifter. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag. Dels ett uppdrag att föra dialog och förankra utredningens arbete och förslag brett. Mot bakgrund av kunskapen om att avgörande för reformers legitimitet är att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, ser utredningen detta dialoguppdrag som centralt. Vår utredning har därför från sin start lagt sig vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog. Detta angreppssätt har konkret tagit sig utryck på olika sätt, varav vi vill framhålla några.

En bred dialog med huvudmän och olika organisationer

Under framför allt hösten 2017 men till viss del även våren 2018, har utredningen lagt mycket tid på möten och dialog med olika aktörer i hälso- och sjukvården runtom i landet. Utredningen har med stor glädje kunnat konstatera att det finns ett enormt engagemang och vilja till dialog och samarbete kring utredningens uppdrag. Givet det mycket stora antal inbjudningar som ställs till utredningen har utredningen tyvärr inte kunnat tacka ja till samtliga utan en prioriteringsordning har fastställts som också aviserats på hemsidan. Under den gångna perioden har besök i landsting/regioner och vårdverksamheter prioriterats. Vid dessa besök har utredningen också varit mån om att den kommunala hälso- och sjukvården involveras och att få se exempel på samverkan mellan landsting/region och kommuner. Utredningen har även prioriterat, och uppmanat till, inbjudningar från vårdens yngre och kommande medarbetare, givet deras viktiga roll som bärare av förändring. Sammantaget har utredningen gjort formella besök i 17 av 21 landsting/regioner (och planerar besök i resterande) och haft mer än 200 olika dialogtillfällen under det gångna året. Utöver detta har utredningen också träffat många patient- och brukarorganisationer, organisationer som representerar vårdens medarbetare, samt företrädare för enskilda vårdverksamheter och för politiska partier.

En kontinuerlig kommunikation om utredningens arbete via hemsidan www.sou.gov.se/godochnaravard

I september 2017 lanserade utredningen sin hemsida på den gemensamma webbplatsen för statliga utredningar. Utifrån de tekniska möjligheter som bereds på sou.gov.se har utredningen presenterat relevant information om utredningen, dess arbete och medarbetare, för att denna ska vara lätt tillgänglig för alla berörda aktörer. Där finns även information om hur man kan komma i kontakt med utredningen. För att löpande och i lättillgänglig form informera om arbetet har utredningen valt att publicera blogginlägg varje fredag. Vid våra besök och möten runtom i landet har det från många håll framförts att dessa är uppskattade och bl.a. används vid utbildningar och arbetsplatsträffar.

På utredningens hemsida finns även en kort informationsfilm om utredningens arbete. Skälet till att utredningen tog fram filmen var återkommande frågor om vi hade en film eller annat material som beskrev utredningens uppdrag, arbetssätt och utmaningar. Filmen är därmed tänkt att kunna fungera som en inledning till egna diskussioner om framtidens vård och omsorg, och hur olika aktörers eget arbete kan ansluta till det uppdrag som utredningen har. Den riktar sig framför allt till vårdens medarbetare, men kan användas även i andra sammanhang. Den är fri att användas där och när man som medarbetare i vården eller medborgare tycker att man kan ha nytta av den.

Referensgrupper och expertgrupp

I enlighet med våra direktiv, och som beskrevs i vårt första delbetänkande, har utredningen etablerat fyra referensgrupper. De består av företrädare för politiska partier, för professionerna, för patienter/brukare samt för huvudmännen. Efter sommaren 2017 utökades referensgruppen för professionerna från sex till tolv organisationer.[1] Under våren 2018 roterade större delen av medlemmarna i patient- och brukarrådet på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) ut från rådet, men i överenskommelse med Vårdanalys har beslutats att

[1] Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Kommunal, Läkarförbundet, SSR, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges farmaceuter, Sveriges psykologförbund, Vision, och Vårdförbundet.

såväl gamla som nya medlemmar är inbjudna att framöver delta i arbetet som referensgrupp åt utredningen.

Givet den avgörande roll utredningen tillskriver vårdens yngre och kommande medarbetare valde vi att genom vår referensgrupp för professionerna i januari 2018 bjuda in yngre representanter från respektive organisation till en heldagsworkshop. Syftet var såväl att få viktiga inspel kring utformningen av framtidens hälso- och sjukvård från dem som ska jobba i den som att bidra till en bättre systemförståelse bland vårdens medarbetare.

I mars 2018 valde utredningen att samla alla sina fyra referensgrupper till ett gemensamt möte där inriktningen på kommande förslag presenterades. Syftet var dels att säkerställa att alla berörda fick samma information men även att låta de olika grupperna få ta del av varandras olika perspektiv på de frågor utredningen har att behandla. Utredningen sätter stort värde på det stora engagemanget och den goda och konstruktiva dialog som samtliga referensgrupper bidrar med.

Inför utredningens arbete med tilläggsdirektivet som bl.a. rör samverkan mellan huvudmännen kommer ytterligare en referensgrupp, med företrädare för kommuner, att etableras.

Under senhösten 2017 förordnade regeringen ett antal sakkunniga och experter till utredningen (gemensamt härefter benämnda expertgruppen). Bland dessa finns företrädare för departement, myndigheter och SKL, men även företrädare för profession och patienter. Utredningen har träffat expertgruppen vid tre tillfällen.

Möten med andra utredningar, myndigheter, SKL och internationella organisationer

Utöver de ovan beskrivna dialogerna har utredningen också träffat och fört dialog med ett stort antal andra utredningar såsom Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08), Utredningen reglering av yrket undersköterska (S 2017:07), Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04), Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Läkemedelsutredningen (S 2016:07), Utredningen Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S 2017/00594/FS), Arbetsgruppen med uppdrag att utreda formerna

för en permanent rehabiliteringskoordinator (S 2017/00946/SF), Kommissionen för jämlik hälsa (2015:02), Statens medicinsk-etiska råd (SMER) (S 1985:A), Kommunutredningen (Fi 2017:02), Tillitsdelegationen (Fi 2016:03), Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (U 2017:08), samt Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06).

Utredningen har fört dialog och på olika sätt samverkat med eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Vårdanalys samt Rådet för styrning med kunskap. Vidare har utredningen besökt och fört dialog med ett stort antal nätverk och grupperingar under SKL. Slutligen har utredningen också fört dialog med såväl OECD som WHO:s Europakontor.

Bidrag från externa aktörer

Som en del i utredningens dialogarbete har även ett antal personer bidragit med exempeltexter till detta delbetänkande. Utredningen vill särskilt tacka Sara Riggare, *doktorand i hälsoinformatik, Karolinska Institutet och projektledare för Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, Angelica Frithiof, *Bemötandeutbildare och vårddebattör*, Åke Åkesson, *verksamhetschef Hälsocentralen i Borgholm* och Jonas Löf, *Basenhetschef Ambulanssjukvården, Kalmar län*. Vi vill även tacka Anette Nilsson med medarbetare i Region Jönköping och Elmar Keppel med kollegor i projektet Oskar, Oskarshamn, samt de organisationer som är representerade i vår referensgrupp för professionerna. Vi vill även tacka Socialstyrelsen för underlag till figurer i detta kapitel.

2.2 Utredningens syn på behovet av förändring

2.2.1 En modern hälso- och sjukvård

Befolkningens behov

”Samordnad utveckling för en jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården” är namnet på utredningens direktiv. Utredningens uppfattning är att ett modernt hälso- och sjukvårdssystem är ett hälso- och sjukvårdssystem som tar höjd för invånarnas behov och förväntningar i dagens och morgondagens

samhällskontext. Svensk hälso- och sjukvård, liksom många andra hälso- och sjukvårdssystem, kom till i en annan tid och för andra utmaningar än vad systemet har att hantera i dag. De kom till i en tid när de flesta utmaningar i sjukvården var av akut karaktär, såsom olycksfall och infektioner, medan det som i dag ska hanteras till övervägande del är av kronisk och långvarig karaktär. Det kan exemplifieras med gruppen äldre med många sjukdomar, och insatser under lång tid, ofta från flera huvudmän och olika aktörer, där det i dag i hög utsträckning saknas strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande.

Ett ytterligare exempel är cancersjukdom, där många cancerberörda i dag har ett behov av ett omhändertagande som sträcker sig över lång tid och med inblandning av många olika kompetenser inom sjukvården. Till följd av fantastiska medicinska framgångar är många cancerdiagnoser som tidigare hade ett snabbt och fatalt förlopp, i dag att betrakta som kroniska tillstånd. Allt fler lever med cancer som en kronisk sjukdom, med efterverkningar av behandlingar eller med psykosocial pålagring av en cancersjukdom. Det kräver ett omhändertagande i vardagen som är uthålligt över tid, finns nära, motsvarar volymen av tillståndet i befolkningen, och som vid behov och under perioder kan samverka med andra och mer specialiserade delar av sjukvården.

Det finns också hela grupper av individer, diagnoser och behov som i dag är bland de största utmaningarna för samhället och sjukvården, men som när sjukvårdssystemen utformades inte var lika vanligt beskrivna eller förekommande. Kanske är det tydligaste exemplet området psykisk ohälsa, men det gäller även andra områden såsom långvariga smärttillstånd eller missbruksproblematik av olika slag.

En modern hälso- och sjukvård som utgår från befolkningens behov i dag måste därför byggas utifrån möjligheten att bistå och stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. Strukturen måste underlätta koordinering av olika vårdinstanser och aktörer, utifrån varje persons individuella behov.

Befolkningens förväntningar

Flera rapporter på senare tid visar att dagens system inte fullt ut motsvarar invånarnas förväntningar, trots goda medicinska resultat. Framför allt infrias förväntningarna i lägre utsträckning än i många andra länder när det gäller delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Hur bör man se på dessa resultat? Att det är viktigt att hälso- och sjukvården motsvarar befolkningens behov verkar för de flesta vara en självklarhet. Men hur viktigt är det att hälso- och sjukvårdssystemet motsvarar invånarnas förväntningar? Är det ens möjligt, i ett samhälle där utvecklingen gått mot allt större möjligheter att enkelt få de allra flesta behov och önskemål tillfredsställda, och där dessutom den gemensamma resursen som kan läggas på hälso- och sjukvård fortfarande är begränsad.

Det kanske inte är så överraskande att dessa resultat/uppfattningar rapporteras om man påminner sig att så länge de flesta tillstånd var av akut och tillfällig karaktär, motsvarades förväntningarna väl av ett system med fokus just på den akuta, kortvariga vårdinsatsen. I ett samhälle med utmaningar framför allt av kronisk och långvarig karaktär däremot, blir behovet av delaktighet i beslut om långsiktig målsättning med givna insatser och behandling, tillgänglighet till planerade åtgärder och personkontinuitet i kontakten med vården viktigare än förr. Behövs då insatser för att stärka dessa områden? Utredningens uppfattning är att det är av avgörande betydelse att hälso- och sjukvårdssystemet uppfattas motsvara förväntningarna. Ett starkt skäl till det är upprätthållandet av viljan till ett fortsatt solidarisk finansierat sjukvårdssystemsystem, vilket är grundläggande för att ingen av ekonomiska skäl ska behöva avstå hälso- och sjukvård som man har behov av. Detta, att även fortsättningsvis försäkra invånarna en allmän hälso- och sjukvård, är också en av WHO:s huvudsakliga prioriteringar och en förutsättning för att uppnå Agenda 2030:s mål om hälsa och välbefinnande.

Just förtroendefrågan ställer enligt utredningens uppfattning krav på en tydlig och transparant kommunikation avseende de gemensamma samhällsöverenskommelser som ligger till grund för hur svensk hälso- och sjukvård organiseras och prioriteras. Hälso- och sjukvården ska styras utifrån de grundläggande etiska principer som riksdagen har bestämt ska utgöra den etiska plattformen för prioritering i vården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för

den enskilda människans värdighet (människovärdesprincipen). Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras (behovs- och solidaritetsprincipen). Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (kostnadseffektivitetsprincipen). Dessa tre etiska principer, där kostnadseffektivitetsprincipen är underställd övriga principer, ska ligga till grund för prioriteringar i vården. Att diskutera prioriteringar utifrån grupper och enskilda individers behov är, och kommer alltid att vara, en mycket stor utmaning inte minst på den politiska nivån, men utredningens bedömning är att det är nödvändigt att finna vägar att göra det. Befolkningens förväntningar på vårdens medicinska innehåll och möjligheter måste vara rimliga utifrån den gemensamma resurs som står till buds för att förtroendet för systemet ska kunna upprätthållas.

Sammanfattningsvis betraktar utredningen en modern hälso- och sjukvård som ett hälso- och sjukvårdsystem som tar hänsyn till befolkningens behov och invånarnas förväntningar i en modern samhällskontext.

2.2.2 Behovet av samordning

Den svenska befolkningen om 10 miljoner människor är med internationella mått mätt inte något stort sjukvårdssystem. Det är enligt utredningens bedömning en utmaning att på ett ändamålsenligt och jämlikt sätt tillhandahålla högkvalitativ och kostnadseffektiv vård med det befolkningsunderlaget uppdelat på 21 landsting/regioner[2] och 290 kommuner. Det ställer tilltagande krav på samverkan och samordning i en värld där rörligheten ökar och kraven på transparens är större än tidigare. Kunskapsmassan inom varje enskilt medicinskt område ökar ständigt, och med den behovet av subspecialisering, vilket i sin tur påverkar möjligheten till kompetensförsörjning överallt i landet. Det finns samtidigt regionala och lokala skiftande förutsättningar och behov, som gör huvudmännens ansvar fortsatt betydelsefullt i svensk hälso- och sjukvård och omsorg. Vår uppfattning är att när olika typer av samverkan, och ibland nationell samordning, i systemet blir vanligare är det viktigare än någonsin att rollerna för olika

[2] I lagstiftningen heter landsting fortsatt just landsting, men givet att flertalet i dag kallar sig regioner, samt liggande förslag om att beteckningen landsting ändras till region (se avsnitt 4.2.1) väljer vi att genomgående använda bägge begreppen.

aktörer tydliggörs, sinsemellan men också för befolkningen. Bilden av hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar måste tydliggöras för att skapa rätt förväntningar, och ge möjlighet till stöd och vägledning vad gäller den egna hälsan och hur kontakten med olika vårdnivåer är tänkt att fungera.

Utredningen har inte i uppdrag att förändra den grundläggande ansvarsfördelningen i systemet mellan stat, landsting/region och kommun. Detta sätter naturliga ramar för detaljeringsnivån i utredningens förslag. Utredningen lägger i huvudsak förslag på *vad* som ska göras, men *hur* det ska göras lämnas i de allra flesta fall till berörda huvudmän att besluta om. Utredningens förslag syftar till att underlätta den förflyttning av hälso- och sjukvårdssystemet mot mer öppen vård, en stark primärvård och ett förhållningssätt till nära vård som redan pågår hos många landsting/regioner och kommuner.

2.2.3 Bemanning och kompetensförsörjning

Som en av de största utmaningarna vad gäller framtidens hälso- och sjukvård framhålls ofta bemanning och kompetensförsörjning. Det är en uppfattning som utredningen delar. Även om nya effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens (AI) av vissa ses som lösningen på dessa utmaningar är vår uppfattning att det inom överskådlig tid kommer att råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Det är för vissa yrkesgrupper en relativ brist, då utbildade personer väljer att söka sig bort från vården och till andra branscher, men för andra en absolut brist. Inte minst gäller det inom områden som på senare år måste betraktas som samhällets största utmaningar, t.ex. psykisk ohälsa, där yrkesgrupper med specifik kompetens om detta behöver finnas i större omfattning och kanske på nya platser i hälso- och sjukvårdssystemet.

Även inom det förebyggande arbetet förändras och ökar behoven av kompetenser. I dag är till exempel felnäring en källa till ohälsa i flera subgrupper av befolkningen. Detta medför att en yrkesgrupp som dietister måste betraktas alltmer som en bristgrupp i flera vårdformer. Motsvarande kan sägas om ökat stillasittande bland barn och unga och fysioterapeutens roll, eller stödjande insatser inom skolans värld och arbetsterapeutens kompetens.

Utredningen välkomnar de initiativ som tas på området kompetensförsörjning såväl av enskilda huvudmän, huvudmännen i samverkan via SKL samt via regeringsuppdrag till statliga myndigheter. Däribland föreliggande regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) att så långt det är möjligt säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården, oavsett driftsform eller huvudman. Utredningens uppfattning är samtidigt att den typ av omstrukturering av sjukvårdssystemet som vi föreslår är nödvändig för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö, och därmed för möjligheten att rekrytera och behålla dagens och framtidens medarbetare. I dag sätter sjukvården alltför ofta enskilda medarbetare att lösa frågor som inte är lösta på strukturell nivå. Ett exempel är medarbetaren som från sjukhusets akutmottagning fåfängt letar lediga vårdplatser natt efter natt. En omöjlig uppgift när förutsättningar i systemet saknas, såsom t.ex. tydlig samverkan mellan landsting och kommun gällande äldre med många sjukdomar, eller tidiga och snabba läkarinsatser i särskilda boenden. De förutsättningar som minskar behovet av oplanerade och onödiga besök på akutmottagningen eller slutenvårdstillfällen inom akutsjukvården. På samma sätt är det inte möjligt för en enskild medarbetare i dagens primärvård, som på sin mottagning träffar en patient med behov av insatser från flera olika aktörer inom såväl landsting som kommun, att möta de behoven på ett för båda parter tillfredsställande sätt. Strukturen stöder inte det arbetssätt som skulle behöva finnas, där samordning och koordinering av olika insatser med självklarhet ska kunna erbjudas. Medarbetarens möjligheter att känna tillfredsställelse i arbetet blir mycket begränsad, och risken för samvetsstress i slutet av arbetsdagen är uppenbar. Utredningens uppfattning är därför att strukturella förändringar av de slag utredningen föreslår, tillsammans med initiativ som direkt adresserar bemanning och kompetensförsörjning, är nödvändiga för att möjliggöra skapandet av hållbara arbetsplatser.

Interprofessionella arbetssätt

Ytterligare en nyckel till bemanningen av framtidens hälso- och sjukvård är att använda alla vårdens kompetenser på ett klokt sätt. Därför vill utredningen lyfta fram interprofessionella förhållningssätt, arbets-

sätt och lärandemiljöer. Att använda alla kompetenser klokt kräver god kännedom om inte bara den egna yrkesgruppen och -rollen, utan också kunskap och förståelse för vad andra yrkesgrupper har för uppdrag och kompetenser. Synen att teamarbete är likställt med att placera flera olika professioner i samma lokaler måste stryka på foten för ett interprofessionellt synsätt där olika kompetenser bidrar i ett team tillsammans med patienten/brukaren för att uppnå gemensamt ställda mål. Utredningen vill framhålla att interprofessionellt teamarbete är något som behöver tränas för att fungera väl. På samma sätt som man inom akutsjukvården regelbundet övas i ATLS (Advanced Trauma Life Support) finns sannolikt behov av att skapa strukturerade former för att träna och vidmakthålla interprofessionellt teamarbete, reflektera över roller i teamet vid olika situationer och förståelse för teamteknik inom olika former av öppen vård (se även bilaga 3).

Ledar- och medarbetarskap

Utredningen ser också att en modernisering och en ökad kunskap behövs i frågor om såväl ledar- som medarbetarskap. Ett exempel är möjligheten till tjänstgöring hos flera huvudmän eller inom olika organisationer. På många ställen i landet kommer det att vara en omöjlighet att bemanna ”dubbla strukturer”, exempelvis med sjuksköterskekompetens, både hos landsting och kommun, och enheter med dygnetrunt-vård i samverkan mellan huvudmännen finns redan i dag. På andra ställen vi besökt diskuteras möjligheten att bemanna jourlinjer eller upprätthålla kompetens inom en opererande specialitet genom att möjliggöra arbete och anställning inom såväl sluten som öppen vård, även om verksamheten bedrivs inom olika organisatoriska enheter. Utredningen vill också framhålla att det fortfarande inom landstingens och kommunernas vård- och omsorgsverksamheter förekommer arbetsgrupper på upp till 40, 50 och 60 anställda underställda en ansvarig linjechef. Utredningens uppfattning är att det inte kommer att vara hållbart med så stora arbetsgrupper utifrån vad flera undersökningar och rapporter visat, vare sig ur aspekten hållbart ledarskap eller medarbetarens behov av att vara sedd och uppskattad som individ av sin arbetsgivare.

2.2.4 En omstrukturering i flera steg

Utredningen vill liksom tidigare betona vikten av att de förändringar som görs utifrån utredningens förslag genomförs strukturerat och i flera steg. Förändringarna bör följas på myndighetsnivå utifrån olika myndigheters ansvarsområden, men också med fördel via följeforskning. Utredningens uppfattning är att alltför många förändringar i hälso- och sjukvården sker utan strukturerade beslut, uppföljning eller utvärdering. Ett sådant exempel är förändringen av antal vårdplatser inom den traditionella slutenvården. Det kan vara funktionellt med färre vårdplatser, men bara om det i hela sjukvårdssystemet finns en hållbar struktur och planering för väl bemannade, och utifrån behovet kompetensförsörjda, vårdplatser i särskilda boenden, i hemmet, nåbara för mobila team eller inom andra vård- och omsorgsinstanser. Att antalet vårdplatser sjunker till följd av otillräcklig bemanning, brist på vissa yrkesgrupper, av primärt ekonomiska skäl eller andra praktiska omständigheter är däremot inte önskvärt och riskerar att vara kontraproduktivt för trovärdigheten i den fortsatta processen med omstruktureringen av sjukvårdssystemet.

2.2.5 Några ord särskilt om delaktighet

I de följande texterna kommer utredningen att återvända till ledorden delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Även om begreppet delaktighet förstås är kontextberoende visar ett flertal rapporter att Sveriges förhållandevis väl utbildade och pålästa invånare inte är så delaktiga i sin hälso- och sjukvård som man önskar vara. Detta är problematiskt av flera skäl. Det förekommer fortfarande att hög patientdelaktighet framför allt betraktas som en ”service- och trevlighetsaspekt”, och därför skulle vara lägre prioriterat än regelrätta medicinska insatser. Men en patient som utifrån sina förutsättningar varit delaktig i de beslut som fattats och är väl införstådd med och informerad om den vårdprocess som är överenskommen är en förutsättning för att de resultat som båda parter förväntar sig ska kunna uppnås. Ytterligare en aspekt på hög delaktighet är att de patienter som önskar ta ett större eget ansvar för sin hälso- och sjukvård ska beredas självklar möjlighet att göra det. Det medför också att mer av de stödjande insatserna kan läggas på de som så behöver. I varje möte

med den personcentrerade vården och omsorgen ska den självklara frågan ställas ”Vad är viktigt för dig?”.

Utredningen vill också uppmärksamma skillnaden mellan begreppen hög patientdelaktighet och efterfrågestyrd vård. Utredningens uppfattning är att det inte finns något hälso- och sjukvårdssystem som oprioriterat kan tillgodose alla invånares önskan om vilka medicinska insatser som helst när som helst. Det är heller inte önskvärt. Sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, och det finns en rad exempel på insatser och åtgärder som vid fel tillfälle och på fel indikation är direkt skadliga, såsom överdriven användning av antibiotika eller strålningsrisker vid onödiga röntgenundersökningar. Varje medborgare ska kunna känna sig trygg med att få vård där och när det behövs, utifrån medicinsk kunskap, evidens och väl beprövad erfarenhet. En trygghet som också innebär att kunna lita på att inte bli utsatt för vare sig överbehandling eller fördröjd diagnos eller behandling.

2.2.6 Det är av flera skäl viktigt att satsa på primärvården

Det framhålls ofta att den svenska primärvården under lång tid inte varit föremål för någon nationell satsning. Det innebär t.ex. att primärvården i förhållandevis liten del omfattats av de överenskommelser som ingåtts mellan staten och SKL. Detta innebär i sin tur att primärvården inte varit föremål för det fokus vad gäller uppföljning som naturligt följt med den typen av satsningar. Nackdelen med detta är att den nationella uppföljningen av primärvården som vårdform inte hållit jämna steg med andra delar av hälso- och sjukvården. Detta gäller även olika typer av benchmarking och jämförelser. Dessa har i och för sig ibland framhållits medföra onödiga administrativa pålagor för andra vårdgrenar, men också medfört en slags gemensam utveckling av nationella strukturer. Exempelvis omfattar få kvalitetsregister primärvårdens insatser. Bristen på gemensamma uppföljningsrutiner gör i sin tur att när det gäller diagnoser, resursanvändning, kvalitetsuppföljning och kompetensförsörjning saknas historiskt grundläggande nationella data gällande primärvården. Utredningen ser mot bakgrund av detta fördelar med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården, och därpå följande möjligheter till en sammanhållen och ökad kunskap om svensk primärvård. Detta

medger i nästa steg ett utvecklat arbete med uppföljning som grund för ständiga förbättringar såväl på mikro-, meso- och makronivå, och en möjlighet att ta fram väl grundade och kunskapsbaserade policydokument på alla relevanta nivåer.

2.2.7 En pågående omstrukturering av hela sjukvårdssystemet

Utredningen vill uppmärksamma att även om detta delbetänkande i mycket fokuserar på utformningen av en primärvårdsreform är utredningens hela uppdrag mer omfattande än området primärvård. 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 – samverkan mellan kommun och landsting/region, forskning och undervisning, ytterligare omfördelning av resurser, ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård har förstås mycket stor betydelse för det framtida systemets utformning. De 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.

Modern hälso- och sjukvård – ett rörligt mål

Till sist krävs ett stort mått av ödmjukhet i arbetet med att ställa om hälso- och sjukvården till ett modernt system motsvarande invånarnas behov och förväntningar. Hälso- och sjukvårdens organisering är ett rörligt mål. Nya medicinska upptäckter, utveckling av nya arbetssätt, nya läkemedel och ny teknik gör utvecklingen snabb och dynamisk. Ett framtida hälso- och sjukvårdssystem måste därför ta

höjd för *att* sådana förändringar kommer, inte *om* de kommer. Utformningen måste så långt möjligt är anpassas därefter.

Framtidens hälso- och sjukvård ligger sannolikt i möjligheten till väl fungerande samverkan mellan olika inblandade aktörer. Arbete i nätverk, mer än i traditionella linjestrukturer. Arbete i partnerskap med de vården är till för, mer än i hierarkisk utformade system. Detta återknyter till resonemang i utredningens första delbetänkande om tillitens betydelse. Det har i våra dialoger blivit 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 samt den ökade samverkan mellan landsting/regioner och kommuner i olika landsdelar ska bidra till ett mer förtroendefullt klimat mellan olika aktörer. Utredningen ser det som en nödvändighet för en konstruktiv fortsatt diskussion om den svenska hälso- och sjukvården, och för möjligheten att uppnå den vision vi gemensamt delar – 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.

2.3 Utgångspunkter och begrepp

2.3.1 Centrala begrepp för detta delbetänkande

God vård

God vård är en övergripande beskrivning av hur vården ska bedrivas för att uppfylla kraven i HSL.

Vården ska, enligt 5 kap. HSL:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och
5. vara lätt tillgänglig.

Begreppet god vård, i nuvarande och tidigare form, är också väl inarbetat i sjukvårdens ledningssystem för kvalitet, i dag reglerat i ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och ligger till grund för Socialstyrelsens arbete med bl.a. nationella indikatorer för God vård (se även avsnitt 5.1.2).

Nära vård

Under flera decennier har angetts att hälso- och sjukvården bl.a. ska präglas av närhet. Det som avsetts har framför allt varit att i möjligaste mån flytta vården från sjukhus och i stället utföra den i öppna vårdformer. Begreppet nära vård har på senare tid vuxit fram i hälso- och sjukvården. Någon närmare reglering av vad som är nära vård finns inte. Principen om nära vård har delvis kodifierats för den landstingsbedrivna hälso- och sjukvården genom en föreslagen ny bestämmelse i 7 kap. 2 a § HSL, som föreslås träda i kraft den 1 januari 2019 (prop. 2017/18:83). Bestämmelsen innebär att landstingen är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, ska vården däremot få koncentreras geografiskt.

I utredningens första delbetänkande redogjorde vi övergripande för vår syn på innehållet i begreppet ”nära”. Vi bedömde då också att det fanns behov av att återkomma till begreppet, och behovet av en gemensam definition, i samband med utvecklingen av ett nationellt uppdrag för primärvården. Under det senaste årets utredningsarbete har utredningen diskuterat denna fråga med bl.a. sina referensgrupper och gör – baserat på dessa dialoger – i dag bedömningen att det inte finns behov av att kodifiera en gemensam definition i författningstext, termbank eller liknande. Denna bedömning grundar sig på att nära vård inte är en ny organisationsnivå, eller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer också med det arbete som pågår inom SKL, tillsammans med huvudmännen, med att beskriva begreppet nära vård, ett arbete som vi från utredningens sida gärna vill framhålla.

Huvudmännens arbete med att beskriva den nära vården

Under ledning av SKL har huvudmännen gemensamt ett pågående arbete med beskrivningen av begreppet nära vård. Arbetet har bedrivits som en iterativ process och har tagit sin utgångspunkt i de strategiska arbeten som genomförts av kommuner och landsting/regioner i olika lokala kontexter.

Som exempel kan nämnas Västra Götalandsregionen (VGR), där man började med att belysa termen närhet. Här beskrevs närhet i flera olika dimensioner; geografisk närhet, tillgänglighet i tid och relationell närhet. Den relationella närheten är en dimension som uppmärksammas allt mer. En viktig slutsats i arbetet i VGR, som stöds av fler aktörer, är att patientens/brukarens upplevelse är central för definitionen av närhet och därmed hur kommuner och landsting behöver arbeta för att kunna tillhandahålla närhet.

Härav följer att den nära vården inte är en ny organisationsnivå. Det är heller inte en ny benämning på dagens primärvård. I den nära vården finns primärvården med som en viktig del, men den innefattar också insatser från andra specialiteter och organisatoriska vårdformer. Nära vård är ett synsätt, som tar sin utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser, med beaktande av hela hens livssituation. Just helhetssynens betydelse betonas för att kunna arbeta hälsofrämjande, förebyggande och proaktivt. Den närmsta vården är egenvården. Den vård patienter och brukare kan tillhandahålla sig själva med eller utan stöd av hälso- och sjukvården och/eller omsorgen.

Den nära vård som organiseras av kommuner och landsting/region har primärvården som tydlig bas, med ett tydligt kulturskifte från dagens mer sjukhusorienterade vård. Primärvården ska vara den första naturliga kontaktytan, men hela eller delar av andra hälso- och sjukvårdsverksamheter kan också vara att betrakta som nära vård. Som exempel kan nämnas delar av socialtjänsten, delar av sjukhusvården och den specialiserade öppenvården. Den slutliga utformningen av den nära vården måste varje landsting/region och kommun göra i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov. Vården och omsorgen består av många olika byggstenar. Oavsett hur den organiseras uppstår gränssnitt någonstans. Den nära vården innefattar verksamheter men också mellanrummen mellan verksamheterna. Arbetet med att utveckla den nära vården handlar

mycket om hur väl alla förmår att överbrygga dessa mellanrum och skapa en sammanhållen vård och omsorg för patienter och brukare. Ibland kan detta lösas genom nya arbetssätt, såsom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och mobila team. Det kan också göras med digitala mottagningar som stöd för ett mer proaktivt förhållningssätt. På olika sätt kan möjligheter skapas för att fylla ut glappen mellan organisationerna. Den nära vården kan inte enbart organiseras fram. Den nära vården handlar också om kulturförändring. Alla verksamheter bör ha en uppdragsbeskrivning som inte bara tydliggör den egna verksamhetens roll utan också beskriver den egna verksamhetens roll i helheten. Den nära vården utgår från patienternas och brukarnas individuella behov, förutsättningar och preferenser. Den utgår från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest rationella arbetssättet och att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet. Den nära vården ska bidra till jämlik vård för jämlik hälsa.

Primärvård: mer än det som ryms i Vårdval primärvård eller på vårdcentralen

En utmaning för den som i dagsläget vill beskriva och diskutera svensk primärvård är den begreppsförvirring som råder kring vad ”primärvård” faktiskt är i en svensk kontext.

Många gör felaktigt tolkningen att primärvård enbart är den vård som ges på hälso- eller vårdcentral/husläkarmottagning (det faktum att olika landsting/regioner kallar denna verksamhet olika saker är inte heller hjälpsamt för en gemensam förståelse av hur vården är organiserad). Vissa, men inte alla, vet att även kommuner, inte bara landstingen, är huvudmän för primärvård i Sverige. I avsnitt 5.1 ges en mer ingående beskrivning av hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad och av vad som ryms i begreppet primärvård i enlighet med svensk lagstiftning. För den fortsatta läsningen och förståelsen av betänkandet och dess förslag vill vi dock redan här klargöra följande.

Vad är primärvård?

Enligt nuvarande definition i HSL är primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för be-

hovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvård betecknar alltså en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård inte är en organisationsform inom den öppna vården.

Vem kan bedriva primärvård?

Begreppet primärvård omfattar såväl primärvård med offentlig finansiering som primärvård som utförs av privata vårdgivare oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel. Den offentligt finansierade primärvården kan ha såväl landsting som kommun och stat (t.ex. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) som huvudman. Vem som bedriver verksamheten, i vilken organisatorisk del eller i vilken form den bedrivs är alltså inte avgörande för om det är primärvård eller inte.

Landstingen/regionernas och kommunernas roll som huvudmän för primärvård

Den stora merparten av svensk primärvård, liksom övrig hälso- och sjukvård, är offentligt finansierad primärvård och har landsting/region eller kommun som huvudman.

När det gäller *landstingens primärvårdsuppdrag* så är landstingen skyldiga att organisera sin primärvård så att alla som omfattas av landstingets ansvar kan välja utförare (vårdvalssystem) (jfr avsnitt 9.3). Med utförare avses vårdenhet eller mottagning.

Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får landsting/regioner själva bestämma utifrån lokala förutsättningar, så länge vissa grundläggande principer respekteras (jfr avsnitt 9.3). Det innebär att landsting/regioner kan organisera sin del av primärvårdsuppdraget i ett samlat vårdval för primärvården eller organisera delar av uppdraget i andra vårdval, genom upphandling enligt LOU eller i egen regi. De flesta landsting har valt att lägga merparten av sin primärvård i ett samlat vårdval, och det tillhandhålls då via hälsocentral/vårdcentral/husläkarmottagning, vilket därmed för många har kommit att bli synonymt med primärvård. Vissa landsting

har i stället valt att t.ex. ha fysioterapi eller basrehabilitering i ett eget vårdval, eller att organisera mödrahälsovård och barnhälsovård i egen regi, och dessa verksamheter utgör också de en del av vårdnivån primärvården.

Genom sitt ansvar för hälso- och sjukvård åt de äldre eller funktionshindrade som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende, samt för hälso- och sjukvård åt dem som vistas dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) (samt i de flesta landsting för hemsjukvården), är *kommunerna* också huvudmän för en del av primärvården.

2.3.2 Internationella utgångspunkter

Agenda 2030

Agenda 2030 ett globalt åtagande

I september 2015 antog FN:s generalförsamling en historisk resolution med 17 globala mål för en bättre värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Agendan innebär att alla medlemsländer i FN förbundit sig att tillsammans uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling. Agendan rör alla delar av hållbar utveckling såsom fred, rättvisa, hälsa, jämlikhet och jämställdhet, fattigdomsbekämpning, ekonomisk utveckling samt klimat och miljö.

Arbetet med att genomföra agendan följer flera viktiga principer, bland annat att:

- agendan är universell, vilket innebär att den riktar sig till alla världens länder, och att alla länder bär ett gemensamt ansvar för dess genomförande.
- målen är integrerade och odelbara. Det betyder att inget mål kan nås på bekostnad av ett annat – och framgång krävs inom alla områden för att målen ska kunna uppnås.
- ingen ska lämnas utanför. Agendan måste genomföras med särskild hänsyn till de människor och samhällen som har sämst förutsättningar.

Hälsa är både ett mål och ett medel för att uppnå en hållbar utveckling. Samtliga mål har på olika sätt kopplingar till och betydelse för hälsans utveckling. Det tredje målet i agendan handlar dock specifikt om hälsa, nämligen att ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”.[3] Kopplat till detta mål finns en rad olika delmål, bl.a. om att genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande (delmål 3.4).

Sveriges arbete för att genomföra Agenda 2030

Olika länder tar sig an agendan utifrån sina olika utgångspunkter och kontexter. I mars 2016 tillsatte regeringen en delegation med uppgift att stödja och stimulera arbetet med genomförandet av Agenda 2030 i Sverige: Agenda 2030-delegationen. Den 31 maj 2017 lämnade delegationen en nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för Sveriges genomförande av agendan.

I en internationell jämförelse faller Sverige väl ut i förhållande till merparten av målen. I nulägesanalysen i sin rapport från 2017 belyser delegationen ett antal utmaningar på nationell nivå som framkommit inom respektive mål. För hälsomålet konstateras att befolkningen i Sverige har en hög medellivslängd, god självskattad hälsa och god tillgång till hälso- och sjukvård. Hälsan är dock ojämlikt fördelad mellan olika grupper i samhället. Bland de utmaningar som identifieras finns bl.a. den ökande psykiska ohälsan i alla åldrar samt livsstilsbetingade riskfaktorer för icke-smittsamma sjukdomar, såsom ohälsosamma matvanor, stillasittande, rökning och alkohol.

Agenda 2030 innehåller också ett specifikt mål om att ”minska ojämlikheten inom och mellan länder”. För Sveriges del gör delegationen den sammanfattande analysen att ” Sverige är ett av de mest jämlika länderna i världen, men är samtidigt det OECD-land där den ekonomiska ojämlikheten ökar allra mest. Det finns även ojämlikheter mellan grupper gällande faktorer såsom hälsa, utbildning och arbete”[4].

---

[3] Agenda2030-delegationen, *Om delegationen*.

[4] Agenda 2030-delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2017.

Delegationen lyfter också fram den viktiga roll kommuner och landsting har för agendans genomförande i Sverige, givet deras roll som huvudmän för centrala verksamheter såsom just hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Av en enkätundersökning bland samtliga kommuner och landsting framgår att utifrån det hållbarhetsarbete som bedrivs i kommuner, landsting och regioner sågs några av målen i Agenda 2030 som särskilt prioriterade; däribland just mål 3 om hälsa och välbefinnande.[5]

I sitt förslag till handlingsplan för Sveriges genomförande av agendan identifierar delegationen sex prioriterade områden. Områdena är tvärsektoriella, vilket innebär att de spänner över flera politikområden och flera av målen i Agenda 2030 och de balanserar de ekonomiska, sociala och miljömässiga dimensionerna.[6] Ett av områden är ”Ett jämlikt och jämställt samhälle”. Härunder lyfts bl.a. tydliga ojämlikheter i psykisk och fysisk hälsa och välmående mellan olika grupper i samhället. Vidare framhålls att de demografiska förändringarna påverkar de nationella och lokala förutsättningarna för en hållbar välfärd och att det är av vikt att hitta former för samverkan mellan kommuner för att stärka deras förmåga att tillgodose en hållbar välfärd.

En nationell handlingsplan för Agenda 2030, för åren 2018–2020, ska tas fram av regeringskansliet under våren 2018. Underlag till den nationella handlingsplanen utgörs bl.a. av Agenda 2030-delegationens delrapport från 2017.[7]

Syftet med handlingsplanen är:

- att identifiera existerande politik samt redan beslutade insatser som bidrar till att målen uppnås
- att reflektera kring Agenda 2030-delegationens analys av i vilken utsträckning agendans delmål motsvaras av existerande svenska nationella mål
- att vidta åtgärder inom ett antal centrala tvärsektoriella frågor, bland annat genom uppdrag till myndigheter

[5] Agenda 2030-delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2017, s. 74.
[6] Agenda 2030-delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, 2017, s. 88.
[7] Regeringens skrivelse 2017/18:146, *Politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030.*

- att underlätta Regeringskansliets samordning i genomförandet av de nationella målen i relation till målen i Agenda 2030, inklusive former för en mer systematisk uppföljning och utvärdering
- att uppmuntra och underlätta för kommuner och landsting att bidra till att målen uppnås, samt
- att uppmuntra och underlätta för näringsliv, civilsamhälle, kunskapssamhälle och individer att bidra till att målen uppnås.

Utredningens uppdrag i förhållande till Agenda 2030

Om Sverige ska leva upp till agendans 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.

En internationell rörelse mot allmän hälso- och sjukvård, med en integrerad, personcentrerad ansats och primärvården som bas

En central strategi för att uppnå Agenda 2030:s mål om hälsa och välbefinnande och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO definierar detta som att alla människor har tillgång till de hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande hälsotjänster de behöver och att dessa tjänster är av en tillräcklig kvalitet för att vara effektiva. Detta ska dessutom göras på ett sätt så att människor inte lider ekonomisk skada om/när de betalar för tjänsterna. 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 vi utvecklar våra hälsotjänster och system. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför.

År 2016 antog WHO:s beslutande församling ett ramverk för integrerade, personcentrerade hälsotjänster (Framework on Integrated people-centred health services (IPCHS)[8]. Ramverket är en vidareutveckling av Alma Ata deklarationen om Primärvård från 1978, liksom av Världshälsorapporten om primärvård från 2008 (Now more than ever). Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet. Likaså konstaterar WHO att sjukhusen framöver kommer behöva se förbi sina egna väggar för att möta patienterna, och även bidra till förbättrad folkhälsa och samordning med primärvård men även till t.ex. sociala tjänster, på ett mer holistiskt sätt.

Hälsa2020

I WHO:s Europaregion antog de 53 medlemsländerna i september 2012 ett nytt värde- och evidensbaserat policyramverk, en samling rekommendationer, för hälsa – Hälsa2020. Hälsa2020 framhåller att verkliga hälsoförbättringar kan uppnås om beslutsfattare på alla nivåer inom den offentliga förvaltningen verkar för att uppfylla två strategiska mål som är kopplade till varandra:

- Att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa.
- Att förbättra ledarskap och delaktighet i styrning av hälsa.

Ramverket identifierar också fyra prioriterade områden för åtgärder:

- Att investera i hälsa ur ett livscykelperspektiv och ge människor inflytande över sina liv.
- Att ta itu med regionens största hälsoutmaningar i fråga om icke smittsamma och smittsamma sjukdomar.

[8] WHO, *Resolution WHA69.24*, 2016.

- Att stärka människocentrerade hälso- och sjukvårdssystem, folkhälsokapacitet och beredskap, övervakning och svarsåtgärder vid nödsituationer.
- Att skapa motståndskraftiga samhällen och stödjande miljöer.

Hälsa2020 framhåller att samma saker som får samhällen att blomstra och utvecklas gör också människor friska. Rättvis tillgång till utbildning, ett anständigt arbete, bostad och inkomst bidrar alla till bättre hälsa. En god hälsa bidrar till ökad produktivitet, en mer effektiv arbetskraft, ett friskare åldrande och mindre utgifter för sjukfrånvaro och sociala förmåner samt mindre förlorade skatteintäkter. Hälsa och ekonomi går hand i hand – att förbättra hälsosektorns resursanvändning är avgörande. Hälsosektorn är viktig för såväl dess direkta som indirekta effekter på ekonomin: den påverkar inte bara människors hälsa och produktivitet, utan är också numera en av de ekonomiskt mest betydelsefulla sektorerna i alla medel- och höginkomstländer. Hälsosektorn är en stor arbetsgivare, producent och konsument. Den har också stor betydelse för forskning och innovation och är en viktig sektor inom den internationella konkurrensen om människor, idéer och produkter. Dess betydelse kommer att fortsätta öka. I takt med hälsosektorns ökade betydelse, ökar också dess bidrag till de bredare samhälleliga målen.

Verkliga hälsofördelar kan dock uppnås till en rimlig kostnad och inom begränsade ramar med effektiva strategier. Hälsa2020 pekar på att ett ökande antal ekonomiska vetenskapliga underlag gällande sjukdomsprevention visar hur kostnaderna kan hållas nere, men bara om åtgärder också inkluderar en utjämning av ojämlikheten längs den sociala gradienten och stöder de mest utsatta människorna. För närvarande avsätter regeringarna bara en mycket liten del av sina hälsobudgetar på att främja hälsa och förebygga sjukdomar, cirka 3 procent i OECD-länderna. Sociala och tekniska framsteg kan, om de används effektivt, skapa verkliga hälsofördelar, särskilt inom områdena information, social marknadsföring och sociala medier.[9]

[9] WHO, *Hälsa 2020 – Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion.*

2.3.3 Nationella utgångspunkter

Normgivningsmakten och det kommunala självstyret

All offentlig makt utgår från folket och den offentliga makten utövas under lagarna.[10] Utgångspunkten är att riksdag och regering har normgivningsmakten inom olika områden. Kommuner och myndigheter kan också ha normgivningsmakt men behöver normalt ett särskilt bemyndigande. Normgivning resulterar i författningar som kan vara grundlag, lag, förordning och andra föreskrifter. Riksdagen skapar lagar. Regeringen skapar förordningar.[11] Författningar som meddelas av en kommun och myndighet brukar benämnas föreskrifter. Gemensamt för författningar är att de är juridiskt bindande och generellt tillämpliga rättsregler. I regeringsformen (RF) används dock begreppet föreskrifter som samlingsnamn på författningar, vilket kan vara lite förvirrande.

Den kommunala självstyrelsen utgör grunden för det svenska samhällssystemet och är grundlagsfäst i Sverige. Av 14 kap. 2 § RF framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Kommuner finns på lokal och regional nivå. Med uttrycken kommun eller kommunal i 14 kap. RF avses alltså även landsting.[12] Utredningen använder i detta stycke begreppet kommun på samma sätt. Utöver det preciseras inte den kommunala självstyrelsen närmare, utöver att det även har föreskrivits att kommunerna har en rätt att ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter. Det har länge ansetts varken lämpligt eller möjligt att dra orubbliga eller preciserade gränser mellan statens och kommunernas kompetens. Vid tillkomsten av 1974 års regeringsform betonades i stället att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun i ganska vid omfattning måste ändras i takt med samhällsutvecklingen. Staten har det yttersta ansvaret för verksamheten i samhället. Utgångspunkten är därför att riksdagen har rätt att i lag göra vissa inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Regeringen behöver ett särskilt bemyndigande från riksdagen för att kunna reglera sådana inskränkningar i förordning. Inskränkningar kan motiveras med vikten av en reglering som ger en likvärdig

[10] 1 kap. 1 § RF.
[11] 1 kap. 4 § och 8 kap. 1 § RF.
[12] 1 kap. 7 § RF, 1 kap. 1 § KL och Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*, s. 209.

service för invånare oavsett var de är bosatta. I 14 kap. 3 § RF återfinns en proportionalitetsprincip som innebär att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.[13]

Av 8 kap. 2 § RF följer bl.a. att grunderna för kommunernas organisation, verksamhetsformer och bestämmelser om deras befogenheter och skyldigheter ska regleras i lag. Av kommunallagen (2017:725, KL) framgår att kommuner och landsting själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till dess område eller invånare och som inte åligger någon annan.[14] Lagregleringen av landstingens och kommunernas skyldigheter och möjligheter att organisera hälso- och sjukvården finns i huvudsak i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Gränsen för kommunernas handlingsutrymme avgörs slutligen av Högsta förvaltningsdomstolen efter laglighetsprövning av kommunala beslut.[15]

Områden som inte omfattas av kravet på att de ska regleras i lag faller inom regeringens s.k. restkompetens. Frågor som inte är t.ex. grunder för kommunernas organisation kan därmed regleras i förordning utan bemyndigande från riksdagen.[16] Det har sedan länge ansetts att både regeringen och kommunerna själva kan meddela detaljerade föreskrifter inom detta område. Regeringen grundar då sin behörighet direkt på regeringsformen, medan kommunerna via regeringen behöver stöd i lag.[17] Det förutsätts däremot att regeringen är återhållsam med att reglera den kommunala verksamheten med hänsyn till det kommunala självstyret.[18]

Vid en intresseavvägning måste intresset för den kommunala självstyrelsen vägas mot intresset av en statlig styrning i frågor som är knutna till nationella mål och intressen. En grundläggande princip i lagstiftningen som styr de kommunala verksamheterna är att medborgarna ska garanteras en likvärdig samhällsservice oberoende av var de bor i landet. Statens styrning syftar därför ofta till att skapa större

[13] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973*, s. 190 och Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*, s. 211 f.
[14] 2 kap. 1–2 §§ KL.
[15] 13 kap. KL.
[16] Se 8 kap. 7 § första stycket andra punkten RF.
[17] Se 8 kap. 9 § RF.
[18] Se Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973*, s. 306.

nationell likvärdighet mellan kommunerna (obs att begreppet kommun alltså här omfattar såväl kommuner som landsting) inom viktiga samhällsområden.[19]

Dagens ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvårdssystemet är resultatet av en rad reformer som bl.a. vägt principen om kommunal självstyrelse mot behovet av samordning och stöd på en mer övergripande nivå.

2.3.4 Demografisk situation, sjukdomsbörda och jämlik hälsa

Den svenska befolkningsstrukturen

Ett hälso- och sjukvårdsystems främsta uppgift är att svara mot befolkningens behov. Dessa behov är inte statiska. Befolkningens behov av vård är tvärtom under ständig förändring. Dessutom påverkas de av faktorer som ligger bortom hälso- och sjukvårdens kontroll. Exempelvis kan det handla om demografiska förändringar i form av en ökad urbanisering tillsammans med en åldrande befolkning. Behoven ser också olika ut i olika grupper. Det är därför nödvändigt att ha kunskap om befolkningens sammansättning och hur hälsan och behoven ser ut i olika grupper.

Invånarnas ålderssammansättning ser i dag annorlunda ut än förr. Medellivslängden har sedan 1900-talets början ökat från 50 till drygt 80 år.[20] Ur ett långsiktigt perspektiv är det i synnerhet hos barn och unga som dödlighet har minskat även om vi från 1800-talet och framåt kan se en nedgående dödlighet också hos de allra äldsta. Exempelvis avled nära var tionde pojke och drygt 7 procent av flickorna i de första årskullarna under 1900-talets första år.[21] År 2015 låg spädbarnsdödligheten i Sverige långt under genomsnittet inom OECD.[22] Även medellivslängden i Sverige placerar sig högt i internationella jämförelser. År 2015 var den svenska medellivslängden den femte högsta i EU, och 1,6 år högre än genomsnittet.[23]

Det förra århundradets dramatiska utveckling har drivits av en mängd faktorer. En genomgående demokratisering av det svenska

[19] Statskontorets rapport (2016:24) *Statens styrning av kommunerna*, s. 28.
[20] Statens folkhälsoinstitut, *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv,* 2005, s. 39.
[21] Statens folkhälsoinstitut. *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, 2005, s. 88.
[22] OECD, *Infant mortality rates (indicator), 2018*.
[23] OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2017,* 2017, s. 2.

samhället, ett växande välstånd, utbyggnaden av välfärdsstaten, vetenskaplig utveckling och en omfattande ekonomisk strukturomvandling har alla varit viktiga för att frambringa det samhälle vi lever i i dag. Förändringarna har också gett upphov till en omfattande demografisk transition av den svenska befolkningsstrukturen.[24]

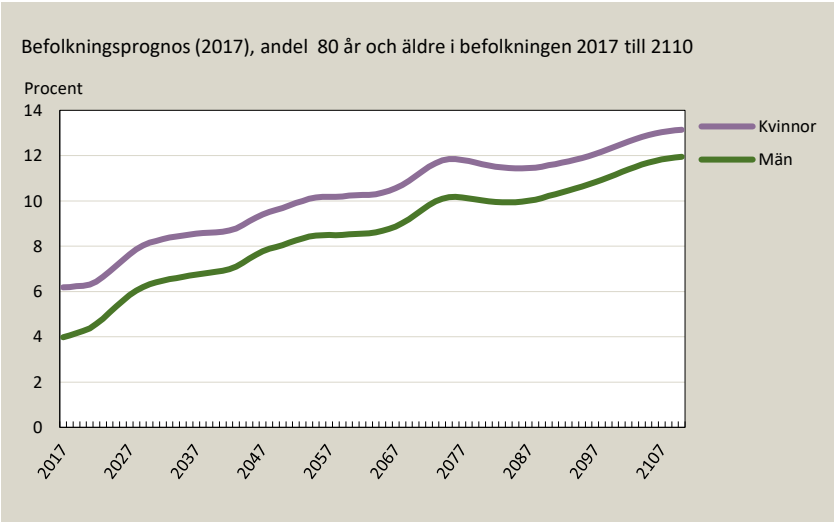
Äldre i befolkningen

Ett lands befolkningsstruktur redovisas vanligen med hjälp av en befolkningspyramid, vilken åskådliggör ålders- och könssammansättning. Den svenska pyramiden har med tiden alltmer kommit att likna ett torn. En tidigare bred bas av unga åldersklasser har stegvis ersatts av ett växande antal i äldre åldersgrupper. Från slutet av 1980-talet till mitten av 2000-talet har antalet över 64 år varit drygt 1,5 miljoner, men under det senaste decenniet har antalet ökat och översteg år 2017 2 miljoner. Innan år 2060 beräknas den delen av befolkningen som är äldre än 64 år överstiga 3 miljoner.[25] Att allt fler äldre får en längre och friskare ålderdom är ett gott betyg för det svenska välfärdssystemet. Utvecklingen är ytterst ett resultat av vårt ökade välstånd.

De demografiska förändringarna innebär samtidigt även utmaningar. Förändringarna medför bl.a. ett nytt sjukdomspanorama för hälso- och sjukvården. Det förra århundradets kraftiga nedgång av infektionssjukdomar har i dag ersatts av ett ökande antal som lever med kroniska sjukdomar. Exempelvis har över hälften i åldersgruppen 65–74 år minst två kroniska sjukdomar, för personer över 85 år är den andelen drygt 80 procent. Prognoser visar på en växande andel av befolkningen i åldersgrupper över 80 år. Efter år 2025 väntas andelen öka i snabb takt. Inom hundra år beräknas andelen kvinnor som är 80 år eller äldre att vara dubbelt så stor som i dag. Antalet män som är 80 år eller äldre förväntas tredubblas.[26]

[24] Statens folkhälsoinstitut, *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, 2005, s. 92.
[25] Statistiska centralbyrån, *Prognos folkmängd 2016–2060*.
[26] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 74.

Figur 2.1 Andel av befolkningen 80 år och äldre, utveckling framöver



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Ett växande antal äldre, och deras inte sällan mer komplexa och sammansatta behov innebär följaktligen nya utmaningar för hälso- och sjukvården. Vi kan efter en historisk återblick konstatera att en befolknings sammansättning och behov av vård och omsorg är under en ständig förändring. Det är grundläggande för hälso- och sjukvården att följa med i den utvecklingen.

Demografisk försörjningskvot

En befolkning som lever längre och är friskare är en positiv utveckling. Det ställer dock krav på en ökad sysselsättning av människor i arbetsför ålder. Vårt skattefinansierade välfärdsystem förutsätter att en betydande andel av befolkningen har en sysselsättning. Om gruppen över arbetsför ålder ökar mer än grupper i arbetsför ålder resulterar det i ett demografiskt gap mellan samhällets försörjare och försörjda.[27]

[27] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 56.

I dag är Sveriges försörjningskvot knappt 75.[28] Det innebär att på 100 personer i arbetsför ålder finns det 75 personer som är yngre eller äldre och står utanför arbetsmarknaden. Denna kvot antas öka till en nivå på 92 personer per 100 i yrkesaktiv ålder år 2060.[29]

Den generella ökningen av försörjningskvoten väntas slå särskilt hårt mot vissa delar av landet. Många kommuner i Norrlands inland och sydöstra Sverige väntas innan år 2040 komma i ett läge där en person i förvärvsarbetande ålder förväntas försörja en i övriga åldersgrupper.[30] Utvecklingen är en stor utmaning för ett land som Sverige som lägger en förhållandevis stor andel av BNP på offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Systemets överlevnad bygger på att en tillräckligt stor andel av befolkningen förvärvsarbetar för att skapa de nödvändiga skatteinkomster som behövs för att finansiera det offentligt finansierade systemet. Om välfärdssystemen inte levererar det som människor förväntar sig riskerar tilliten och stödet till välfärdsystemen att urholkas.

Migration

Ett lands befolkningsstruktur påverkas även av migration. Sveriges befolkning skulle i dag vara betydligt mindre och mer ålderstigen om vi inte mottagit det tillskott av migranter vi historisk haft. Invandring är oavsett reglering till stora delar koncentrerad till yngre förvärvsarbetande åldrar.[31] En förstärkning av den åldersgruppen är en förutsättning för att vi i framtiden ska kunna försörja och vårda allt fler äldre. Den invandrade befolkningens sysselsättningsgrad behöver dock bli högre för att den utväxlingen [fullt ut] ska kunna göras. För detta krävs det sannolikt att gruppens utbildningsnivå och kompetenser kan höjas och tas tillvara på ett bättre sätt än i dag. Prognoser för migration är dock svåra att fastställa. Migration påverkas i stor utsträckning av oförutsedda omvärldshändelser och politiska beslut.[32]

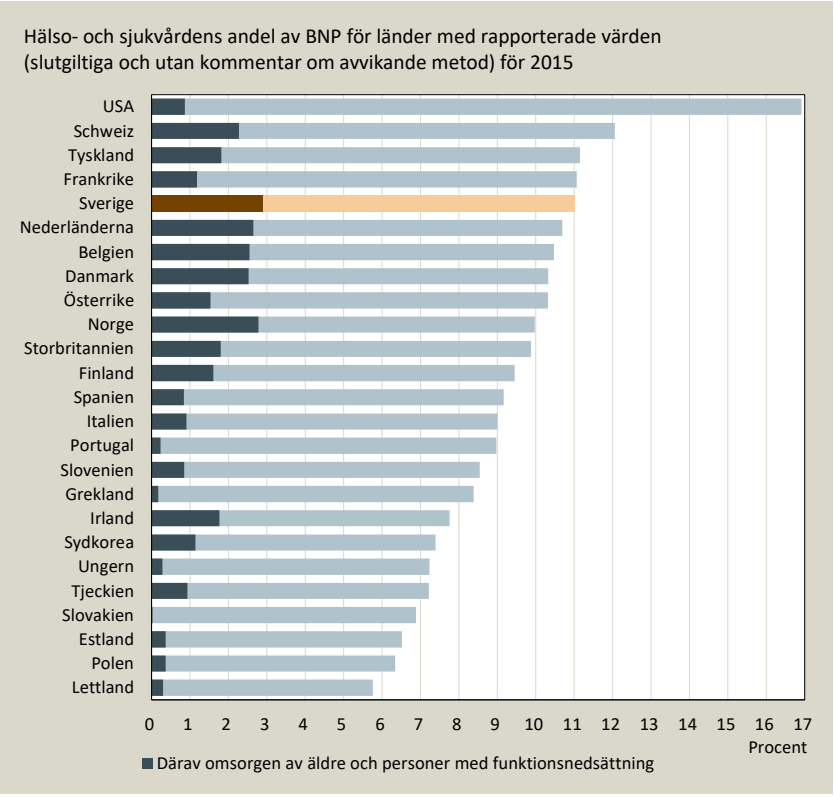
[28] Försörjningskvoten beräknas ofta enbart utifrån befolkningssammansättningen genom att antalet i åldrarna 0 till 19 + 65-divideras med antalet i åldrarna 20 till 64. Mer rättvisande vore att relatera antalet som inte är sysselsatta med de sysselsatta, men det kräver antaganden om sysselsättningen, se Anderstig, C. (2012). Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050. Underlagsrapport 8 till Framtidskommissionen. Statsrådsberedningen. s. 10.
[29] SCB, *Försörjningskvot 1960–2016 och prognos 2017–2060.*
[30] SOU 2015:101, *Långtidsutredningen 2015*, Bilaga 7. s. 29.
[31] Lundkvist, L, *Migration ger en yngre befolkning, 2016,* s. 8–9.
[32] SOU 2015:101, *Långtidsutredningen 2015*, Bilaga 7, s. 225.

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP har haft en oregelbunden utveckling sedan 1970-talet. Sverige har sedan mitten av 1980-talet placerat sig bland mellanskiktet av de europeiska länderna. Det senaste decenniet har emellertid hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat och inom EU var det 2016 endast Tyskland som lade en större andel av BNP på hälso- och sjukvård.[33] Det handlar dock framför allt om att hälsoräkenskaperna har anpassats till en internationell standard för redovisning. I dag redovisas tjänster som gäller personlig omvårdnad inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning till hälso- och sjukvårdkostnader, även om de insatserna i svensk lagstiftning inte faller under HSL.[34] Kostnaderna för omsorgen av äldre och personer med funktionshinder är i Sverige stor, och i internationella jämförelser större än i de flesta andra länder. Andra länder med hög andel av hälso- och sjukvårdkostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Norge, Danmark, Nederländerna och Belgien. Den höga andelen av utgifterna speglas emellertid av goda resultat i omsorgens kvalitet. Exempelvis faller Sverige mycket väl ut i OECD:s jämförelser både när det gäller den självskattade hälsan och upplevda begränsningar av dagliga aktiviteter hos personer över 65 år.[35]

[33] OECD, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, 2017.
[34] Statistiska centralbyrån, *Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015*, 2015.
[35] OECD, *Health at glance 2017*, 2017.

Figur 2.2 Hälsan och sjukvårdens andel av BNP – omsorg inräknad



Källa: OECD.

Hälsan i befolkningen

Även om den demografiska situationen rymmer utmaningar är det viktigt att understryka att folkhälsan i Sverige i flera avseenden utvecklas positivt. Medellivslängden ökar samtidigt som den självskattade hälsan förbättras. Dödligheten har t.ex. minskat i sjukdomar kopplade till cirkulationsorganen och i de fyra vanligaste formerna av cancer.[36] Allt oftare används data från det globala sjukdomsbördeprojektet (GBD, Global Burden of Disease) för att kvantifiera folkhälsan både nationellt och internationellt. Sjukdomsbördeprojektet visar på den

[36] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*, 2017, s. 11.

relativa betydelsen olika sjukdomar och riskfaktorer har för folkhälsan i olika länder och utvecklingen över tid.[37]. Av de 230 indikatorer som knutits till Agenda 2030 (jfr avsnitt 2.3.2) är 47 direkt kopplade till hälsa.[38] Av dessa ingår 33 i det globala sjukdomsbördeprojektet. Sverige placerade sig utifrån ett samlingsmått av dessa indikatorer år 2015 på en delad förstaplats av totalt 188 länder. Sverige kan därför sägas vara ett land med en god folkhälsa ur ett internationellt perspektiv.[39]

Samtidigt finns det, i Sverige liksom i resten av världen, stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Mot den bakgrunden tillsatte regeringen i juni 2015 en Kommission för jämlik hälsa. Till grund för kommissions uppdrag låg regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. I sitt slutbetänkande SOU 2017:47 redogjorde kommissionen för sju centrala områden där jämlika villkor och möjligheter skulle bidra till mer jämlik hälsa. Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper, och att dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner. Hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel. Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa uppkommer som ett resultat av ojämlikhet till resurser, villkor och möjligheter mellan olika sociala grupper.[40] Regeringen valde i april 2018 att gå vidare med vissa av förslagen från kommissionens slutbetänkande, se avsnitt 4.2.1.

Sverige har historiskt spelat en aktiv roll i arbetet med FN och WHO:s resolutioner och EU-rådslutsatser om social jämlikhet i hälsa. Medlemsländerna har genom dessa gjort vissa frivilliga åtaganden att tillämpa ett sektorsövergripande arbetssätt (health in all policies) i arbetet med folkhälsans sociala bestämningsfaktorer.[41] Kommissionen för jämlik hälsa är enig med WHO om att hälso- och sjukvården inte

[37] IHME, *About GDB – The Global Burden of Disease: a critical resource for informed policymaking.*
[38] Lim, SS, Allen, K, Bhutta, ZA, Dandona, L, Forouzanfar, MH, Fullman, N, et al. *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, 2015, s. 1813–1850.
[39] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017, En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. 2018, s. 14.
[40] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 31.
[41] WHO, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, 2014.

ensam kan lösa den växande hälsoproblemen. I stället menar man att ett tålmodigt arbete med många olika frågor inom ett brett spektrum av sektorer är nödvändigt.[42]

Levnadsvanor

Tobak, narkotika och alkoholvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, och ohälsosamma matvanor är välkända riskfaktorer för att insjukna i våra stora folksjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Hälsan påverkas därför direkt av en individs levnadsvanor.

Folkhälsomyndigheten samlar regelbundet in information om dessa levnadsvanor. Myndigheten konstaterar i sin årsrapport 2018 att utvecklingen det senaste decenniet har varit positiv. Daglig tobaksrökning minskade mellan 2006 och 2016 från 13 till 9 procent. Även riskkonsumtionen av alkohol minskar något. Folkhälsomyndigheten kan dock konstatera en sämre utveckling när det gäller fysisk aktivitet och en stillasittande fritid.[43] Den generella positiva utvecklingen är å andra sidan inte positiv för alla. Många hälsorisker är avsevärt mer omfattande bland låginkomsttagare och lågutbildade. Exempelvis är rökning tre gånger vanligare hos den delen av befolkningen med lägst utbildning jämfört med den delen med högst utbildning. Fetma är också 50 procent vanligare bland de med lägst utbildning. Vi kan också se vissa skillnader mellan män och kvinnor. Riskkonsumtion av alkohol är exempelvis högre bland män än hos kvinnor. Detsamma gäller fysisk aktivitet där något fler män än kvinnor uppger att de har en stillasittande fritid.[44]

Livsvillkor

Folkhälsomyndighetens årsrapport 2018 visar att livsvillkoren i likhet med levnadsvanor generellt har förbättrats det senaste decenniet. Den ekonomiska standarden har förbättrats för de flesta samtidigt som sysselsättningsgraden har höjts. År 2016 befann sig 67 procent av invånarna mellan 17 och 74 år i sysselsättning. Andelen som varken arbetar eller studerar har sjunkit något under perioden.

[42] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 298.
[43] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 14.
[44] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018.

Utbildningsnivåerna i Sverige stiger och en allt större del av befolkningen har gymnasial och eftergymnasial utbildning. År 2016 gick 87 procent av eleverna i årkurs 9 ut grundskolan med behörighet till gymnasiet. Vidare är andelen gymnasielever som tar examen inom 4 år 71 procent 2016. Flickor visar ett generellt bättre skolresultat än pojkarna. Ett större antal flickor än pojkar lämnar årkurs 9 med behörighet till gymnasiet. Det är också en större andel flickor som tar examen från gymnasieskolan inom 4 år. Det har konsekvenser för möjligheten till sysselsättning. Sysselsättningsgraden är lägst i gruppen med endast förgymnasial utbildning (61 procent), jämför med gymnasial (84 procent) respektive eftergymnasial examen (89 procent). Män har emellertid fortfarande både en högre sysselsättningsgrad och högre inkomst än kvinnor.[45]

Hälsan i olika grupper

Hälsan i befolkningen ser olika ut för olika grupper. Hälso- och sjukvården ska enligt lag sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem med störst behov.[46] En jämlik hälso- och sjukvård innebär enligt Socialstyrelsen att vård ska ges på lika villkor till alla oavsett bostadsort, ålder, kön, etnisk eller religiös tillhörighet och sexuell läggning.[47] I detta avsnitt redovisas skillnader som de senaste åren uppmärksammats utifrån dimensioner som utbildning, geografi, ålder och kön. Även skillnader i hälsa mellan särskilt utsatta grupper och övriga invånare lyfts fram. Utbildningsnivå används som huvudsaklig indikator för socioekonomisk position. Det är också den indikator som oftast används i hälsostatistik.[48] Utbildning är självklart inte den enda eller viktigaste gradienten för social position. En examen från gymnasieskolan är emellertid en av de starkaste determinanterna för en god hälsa.

[45] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 15–16.
[46] *Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30), kap. 3 § 1.
[47] Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård*, Lägesrapport, 2017, s. 31.
[48] SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa – delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 51.

Medellivslängd

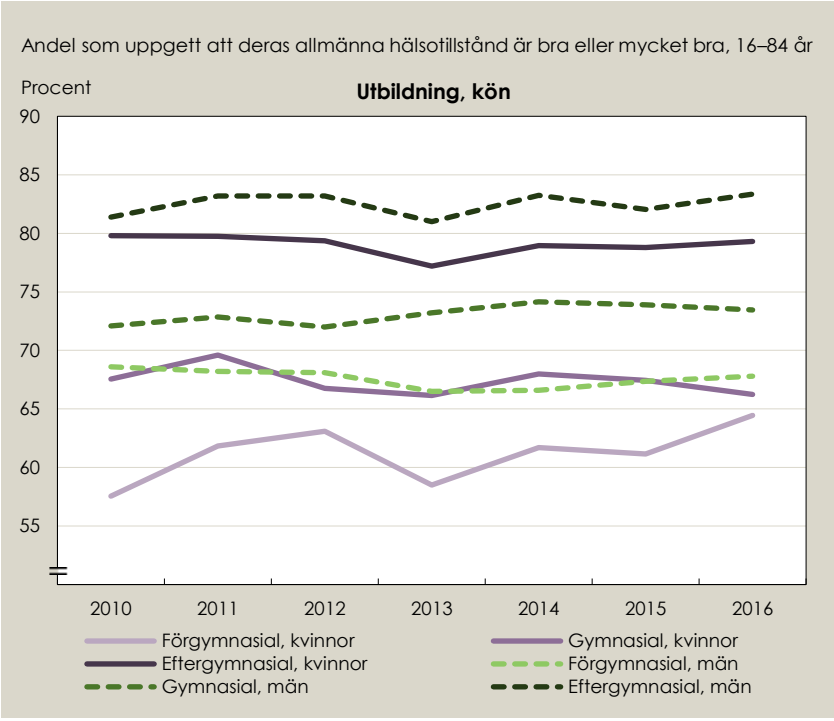
År 2016 var medellivslängden 80 år för män och 84,1 år för kvinnor. Medellivslängden har det senaste decenniet ökat för alla utbildningsgrupper utom dem med endast förgymnasial utbildning. Skillnaderna återspeglas också i återstående medellivslängd vid 30 års ålder. 2016 skiljde det 6,2 år mellan dem med förgymnasial och dem med eftergymnasial utbildning. Skillnaden mellan män och kvinnor var 3,3 år. Ojämlikhet i livslängd mellan endast grundskoleutbildade och de med någon form av eftergymnasial utbildning har ökat sedan 1994. Exempelvis har män med enbart grundskoleutbildning under en 20-årsperiod fått två extra levnadsår. Samtidigt har utvecklingen varit betydligt mer gynnsam för män med någon form av eftergymnasial utbildning som sedan 1994 fått fyra extra levnadsår. Ojämlikhet i livslängd har alltså ökat de två senaste decennierna.[49] Kvinnor är särskilt drabbade. Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder i princip stått oförändrad sedan mitten av 1990-talet. Det finns fortfarande stora skillnader mellan kvinnor och män, mellan och inom utbildningsgrupper. En generell trend det senaste decenniet är att män inom samma utbildningsgrupp har haft en mer positiv utveckling än kvinnor, men från en lägre nivå.

Folkhälsomyndigheten belyser att det är viktigt att också påpeka att uppgifter om utbildningsnivå ofta saknas för många utrikes födda. Dessa inkluderas därför inte i statistiken.[50] Det kan vara problematiskt då det är vanligare med ekonomiska och sociala problem i denna grupp. Trots stora skillnader i livslängd står sig Sverige bra i internationella jämförelser. Medellivslängden var 2016 den femte högsta i EU.[51]

[49] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 12.
[50] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*, 2016, s. 15.
[51] OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2017*, 2017, s. 2.

Självskattad hälsa

Figur 2.3 Utbildning – Självskattat allmänt hälsotillstånd



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Den självskattade hälsan, dvs. hur befolkningen själva bedömer sin egen hälsa mäts i SCB:s undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) och den nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor).

Den självskattade hälsan har övergripande haft en god utveckling under den senaste tioårsperioden. I Eurostats jämförelser mellan de europeiska länderna uppvisar Sverige det fjärde högsta värdet. Andelen som svarat att hälsan är bra eller mycket bra var i Sverige 80 procent jämför med Lettlands 46 procent.[52] Trots det förekommer det också här stora skillnader mellan könen och olika utbildningsgrupper. Kvinnor upplever inte lika god hälsa som män samtidigt som lågutbildade skattar sin hälsa som sämre än de med högre utbildning. Bland männen

[52] Eurostat, *Self-perceived health statistics*.

uppger 76 procent att de anser sig ha god eller mycket god hälsa. Hos kvinnorna är den siffran 71 procent.

När det kommer till självskattat psykiskt välbefinnande existerar inga större skillnader mellan utbildningsgrupper. Däremot är andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande lägre bland män än bland kvinnor. En liknande utveckling kan konstateras också hos skolelever. Flickor uppger oftare än pojkarna att de upplevt psykiska eller somatiska besvär.

Vi kan också se ett sämre självskattat psykiskt hälsotillstånd hos invånare födda utanför Europa. Bland personer födda utanför Europa är det 26 procent som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande under 2016, jämfört med 14 procent bland personer födda i Sverige.[53]

Dödlighet och dödsorsaker

Den ökande medellivslängden speglas av att den förtida dödligheten minskar på flera områden. Dödligheten i cirkulationsorganen har t.ex. minskat redan 1980-talet, både för kvinnor och män. Även i tre av de fyra vanligaste formerna av cancer: prostatacancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer har dödligheten minskat. Hjärtsjukdomar är trots sjunkande nivåer fortfarande den totalt sett vanligaste dödsorsaken i Sverige.

Den sociala gradienten är likväl tydlig också i den förtida dödligheten. Uppdelat i olika utbildningsgrupper syns en högre dödlighet bland de med kort utbildning jämfört med de med en lång utbildning. Dödsorsaker som hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade orsaker är alla vanligast bland de med kort utbildning. Både bland kvinnor och män har dödligheten i såväl cancer som hjärt- och kärlsjukdomar minskat betydligt mer bland de med eftergymnasial utbildning än dem med förgymnasial utbildning.[54]

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är i dag ett av de stora folkhälsoproblemen. Nedsatt psykiskt välbefinnande är särskilt tydligt bland kvinnor och yngre åldersgrupper. Folkhälsomyndigheten har visat att under perioden

[53] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018, s. 13.
[54] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*, 2016, s. 7.

2006–2016 ökade andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande bland både kvinnor och män, i de flesta åldersgrupper och bland grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå. Ökningen har framför allt skett i de yngre åldersgrupperna. I åldersgruppen 16–29 år uppgav 23 procent att de har nedsatt psykiskt välbefinnande. Motsvarande andel bland personer i åldern 30–44 år var 17 procent och i gruppen 45–64 år var andelen 14 procent. I åldersgruppen 65–84 år var andelen 8,7 procent. Folkhälsomyndigheten konstaterar också en skillnad mellan kvinnor och män. År 2016 uppgav 19 procent bland kvinnor och 12 procent bland män nedsatt psykiskt välbefinnande. Nationella folkhälsoenkäten visar bara på små skillnader utifrån utbildningsnivå.[55]

Befolkningens psykiska ohälsa återspeglas också i övrig statistik. Socialstyrelsens utvärdering visar bland annat på en ökad dödlighet i somatiska sjukdomar för personer med psykisk ohälsa. Den totala ökningen i medellivslängd omfattar inte personer med psykiatriska diagnoser.[56]

Regionala skillnader

Det finns även stora regionala variationer i hälsa. Medellivslängden skiljer sig mellan norra och södra Sverige och mellan stad och landsbygd. Folkhälsan är generellt bättre i södra än i norra Sverige samt i vissa typer av kommuner. Det finns stora skillnader mellan storstäder och förortskommuner. I Danderyd, Lidingö, Kungsbacka och Vellinge är medellivslängden bland de högsta i Sverige. I förortskommuner som Botkyrka och Sundbyberg är medellivslängden betydligt kortare.[57] Generellt är gradienter som utbildningsnivå lägre i glesbygd och mindre kommuner än i städer. Aktuella studier har visat att hälsoutvecklingen i storstäderna är bättre än i övriga landet.[58] Det är i sammanhanget viktigt att vara medveten om de demografiska förändringar som sker i Sverige i dag, inte minst i form av en snabb urbanisering. Storstadsregionerna har en snabbare befolkningstillväxt tillsammans med gene-

[55] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering*, 2016, s. 18–21.
[56] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*, 2017.
[57] Statistiska centralbyrån, *Befolkningsstatistik – Kommuner med högst och lägst medelålder*.
[58] *Läkartidningen, Agardh et al, Hälsoutvecklingen i Stockholm bättre än i övriga landet – Jämförelse av hälsoläget utifrån globala sjukdomsbördeprojektet.*

rellt högre utbildningsnivå än övriga landet. Individer med högre utbildning lämnar i dag i stor utsträckning övriga delar av landet till fördel för storstadsregionerna.[59]

Särskilt utsatta grupper

Barn och ungdomar

Våren 2018 föreslog regeringen att göra FN:s barnkonvention till svensk lag. Lagen är menad att synliggöra barnets rättigheter i all offentlig verksamhet.[60] Sverige har historisk placerat sig väl i internationella jämförelser av barns hälsa och välbefinnande. När OECD 2009 rankade villkoren för barn unga i 30 OECD-länder fanns Sverige på en delad förstaplats tillsammans med Island.[61] Aktuella rapporter pekar dock på sämre resultat.[62] I UNICEF:s jämförelse av välbefinnandet hos barn i åldrarna 11–15 år hamnar Sverige först på plats 22 av 35. Psykosomatiska besvär blir allt vanligare. Nästan var femte barn i Sverige uppger att de dagligen har besvär med huvudvärk och illamående. Flickor mår generellt sämre än pojkar. Folkhälsomyndighetens återkommande undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” visar att andelen 13-åringar som anger att de har minst två psykiska eller psykosomatiska besvär mer än en gång i veckan har ökat under de senaste 20 åren.[63] Även Socialstyrelsen har visat att barn- och ungdomars psykiska ohälsa har ökat under 1990-talet och 2000-talet. Framför allt är det depressioner och ångestsjukdomar som ökar.[64]

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering har undersökt i vilken utsträckning barns hälsa i Sverige skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status.[65] Bland annat visar man på att barn med högst socioekonomisk status har 40–45 procent lägre sannolikhet att bli inskriven på sjukhus. Ohälsa i barn och ungdomsåren väntas även få konsekvenser längre fram i livet.

[59] SOU 2015:101, Långtidsutredningen 2015, *Bilaga 7*, s. 160.
[60] Prop. 2017:18:186, *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter*.
[61] OECD, *Doing Better for Children*, 2009.
[62] UNICEF, *'Fairness for Children: A league table of inequality in child well-being in rich countries'*, *Innocenti Report Card 13*, 2016.
[63] Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2016.
[64] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016, Stockholm*, 2017, s. 8.
[65] Mörk, E., Sjögren, A., och Svaleryd, H, *”Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa”*, 2014.

Exempelvis tar bara 60 procent av barn med psykisk ohälsa examen från gymnasiet.[66]

Personer med funktionsnedsättning

I den senaste kartläggningen från Folkhälsomyndigheten redovisas att personer med funktionsnedsättning genomgående har sämre livsvillkor, sämre levnadsvanor och sämre hälsa än personer utan funktionsnedsättning. Endast 42 procent av personer med funktionsnedsättning uppgav att hälsan var god, hos övriga befolkningen var siffran 82 procent.[67] Hälsan bland personer med fysisk funktionsnedsättning har dock förbättrats på vissa områden de senaste tio åren.

Skillnader i hälsa kan delvis förklaras utifrån att personer med funktionsnedsättning har sämre förutsättningar för hälsa. Exempelvis förvärvsarbetar personer med funktionsnedsättning i mindre utsträckning än övriga befolkningen. Särskilt kvinnor med funktionsnedsättning har svårt att komma in på arbetsmarknaden. Dessutom är en stillasittande fritid, fetma, rökning och en låg konsumtion av frukt och grönt vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning.[68]

I Socialstyrelsens slutrapport om den funktionshinderspolitiska strategin 2011–2016 visar man bland annat att personer med funktionsnedsättning inte alltid får samma somatiska vård som andra patienter. Exempelvis är risken att dö i bröstcancer mer än dubbel så stor för patienter med LSS-insatser jämfört med bröstcancerpatienter utan.[69] Våren 2017 besvarade drygt två tusen personer med funktionsnedsättning frågor om bland annat hälsa i Myndigheten för delaktighets undersökningspanel Rivkraft. Flera deltagare uttryckte behov av en stödperson i kontakten med vården. Många som inte haft möjlighet till en sådan person upplevde ett dåligt bemötande, och en oförståelse inför deras vårdbehov. Nästan hälften av deltagarna i Rivkraft uppgav att de känt sig diskriminerade i sin kontakt med vården.

[66] Mörk, E., Sjögren, A., och Svaleryd, H, *"Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa"*, 2014.
[67] Folkhälsomyndigheten, *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinders-politiken 2011–2016"*, 2016, s. 56.
[68] Folkhälsomyndigheten, *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinders-politiken 2011–2016"*, 2016, s. 30, 44.
[69] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin – Slutrapport*, 2016.

Upplevd diskriminering är särskilt vanligt bland kvinnor. Orsaker till diskriminering uppgavs bland annat vara otillgängliga bokningssystem, vårdlokalers fysiska otillgänglighet och ett kränkande bemötande från vårdpersonalen.[70]

Utrikes födda

En betydande del av Sveriges befolkning består i dag av personer födda i ett annat land. Dessa invånare har flyttat till Sverige av olika anledningar och har diversifierade bakgrunder och förutsättningar. Hälsan varierar stort mellan olika grupper. Barnombudsmannen har uppmärksammat att ungefär en tredjedel av flyktingar i Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa såsom hög nivå av stress, posttraumatiskt stressyndrom och depression. Barn och ungdomar är särskilt utsatta.[71] Utrikes födda bedömer sitt hälsotillstånd som sämre än inrikes födda. Stora skillnader i utbildningsbakgrund gör det emellertid svårt att prata om utrikes födda som en enhetlig grupp. Ojämlikheten i hälsa mellan utrikes och inrikes födda återspeglas likväl inte i en ökad förtida dödlighet. Totalt sett skiljer den återstående medellivslängden lite mellan utrikes och inrikes födda, i synnerhet bland kvinnor.[72]

Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner (Hbtq-personer)

Skillnader i hälsa mellan hbtq-personer och övriga befolkningen återfinns i synnerhet vad gäller psykisk hälsa. I Folkhälsomyndighetens årsrapport 2017 rapporteras det att hbtq-personer uppger genomgående sämre livsvillkor och främst sämre psykisk hälsa i jämförelse med heterosexuella och CIS-personer. Det gäller främst självskattad hälsa, suicidtankar, suicidförsök, självrapporterade psykiska och somatiska besvär bland unga, ängslan, oro eller ångest samt självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande.[73] Socialstyrelsen publicerade 2016 en rapport som analyserar förekomsten av psykisk ohälsa genom användning

[70] Myndigheten för delaktighet, *Uppföljning av funktionshinder-politiken, 2017, s. 12.*
[71] *Barnombudsmannen, Nyanlända barns hälsa*, 2017.
[72] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*, s. 46.
[73] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*, 2017, s. 15.

av psykofarmaka och mortalitet utifrån registeruppgifter om personer i samkönade äktenskap.[74] Rapporten är följaktligen begränsad. Rapporten pekade bland annat på ett högre riskbruk av alkohol hos kvinnor i samkönade äktenskap. Bland männen i samkönade äktenskap fanns en ökad förekomst av allvarlig psykisk sjukdom. Vidare konstaterar rapporten att hbtq-gruppen löpte högre risk att dö i förtid. Stressrelaterad ohälsa kan till viss del tolkas som en ökad risk för diskriminering.[75]

[74] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*, 2016.
[75] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*, 2016, s. 15.

3 Omvärldsbevakning

3.1 Primärvård – vad är det i en internationell kontext?

I en kommande flaggskeppsrapport från OECD om ”Primärvårdens framtid” framhålls att det i dagsläget saknas en entydig gemensam internationell definition av primärvård. En av de tidigaste och kanske mest välkända definitionerna är dock den som återfinns i Alma Ata deklarationen, antagen vid WHO-konferensen om primärvård i Alma Ata 1978. Den fastslår bl.a. att primärvård är

> … the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

Deklarationen framhåller även att primärvård omhändertar de huvudsakliga hälsoutmaningarna i ett samhälle och tillhandahåller såväl hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande tjänster som behandlande och rehabiliterande. Vidare fastslås att primärvård går utöver den vård som ges av allmänläkare, och omfattar även andra vårdprofessioner såsom t.ex. sjuksköterskor, barnmorskor och stödpersonal.[1]

Efter Alma Ata deklarationen har flera olika experter och organisationer kommit med justeringar och egna versioner av definition på primärvård. Bland dessa kan följande exempel noteras:

- *Starfield (1994):* Primärvård är den nivå i hälsosystemet som utgör ingång till systemet för alla nya behov och problem, som ger personfokuserad (inte sjukdomsorienterad) vård över tid, som ger vård för alla behov förutom väldigt sällsynta tillstånd samt koordinerar eller integrerar vård som ges på andra håll, av andra aktörer.[2]

[1] WHO, *Alma Ata Deklarationen*, 1978.
[2] Utredningens översättning. Fritt efter Starfield 1994.

Sida 89 av 303

- *Internationella migrationsorganisationen (IOM)* (1994): Primärvård är tillhandahållandet av integrerade, tillgängliga hälso- och sjukvårdstjänster av kliniker som är ansvariga för att adressera en övervägande del av personliga hälsobehov, under utvecklande av ett sammanhängande partnerskap med patienter och praktiserande i kontexten av familj och samhälle.[3]
- *Kringos et Al. (2014):* Primärvård är den första nivån av professionell vård dit människor kommer med sina hälsoproblem och där majoriteten av befolkningens behandlande och förebyggande hälsobehov tillgodoses.[4]
- *European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2014)*: Primärvård är tillhandahållande av allmänt tillgängliga, integrerade, personcentrerade, (vitt)omfattande hälso- och sjukvårds- samt samhällstjänster som ges av ett team av yrkespersoner, vilka ansvarar för att möta en stor majoritet av personliga hälsobehov. Dessa tjänster ges i ett sammanhängande partnerskap med patienter och informella vårdgivare och i kontext av familj och samhälle, samt spelar en central roll i den övergripande koordineringen och kontinuiteten i människors vård.[5]

Begreppet primärvård (primary care) kan alltså referera till såväl en viss typ av vård (allt ifrån delar av perinatal vård till vård i livets slutskede och vård vid psykisk ohälsa) som en nivå i hälsosystemet, jämte sekundär vård och tertiär vård. Som OECD konstaterar i sin rapport ”The Future of primary care” delar de flesta olika definitioner ändå visa huvuddrag, nämligen att primärvården

– utgör första linjens vård och ingång för alla ”nya” hälsoproblem
– inkluderar tillhandahållande av mobila tjänster/mobil vård
– ges nära patientens hem, eller t.o.m. i hemmet
– är patientfokuserad, till skillnad från sjukdoms- eller organfokuserad
– ger generell vård och tillhandhåller en bredd av tjänster för alla vanligt förekommande hälsobehov i befolkningen

[3] Utredningens översättning. Fritt efter IOM 1994.
[4] Utredningens översättning. Fritt efter Kringos et al 2014.
[5] Utredningens översättning. Fritt efter EC expert panel on effective ways of investing in health 2014.

– är en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet och koordinerar även den vård som eventuellt ges av andra vårdgivare, samt har möjlighet att remittera till övrig specialistvård.[6]

3.2 Utblick mot Europa

3.2.1 Blickarna vänds mot primärvården runtom i Europa

Det finns i dagsläget alltmer övertygande evidens, även om det fortsatt förkommer olika resultat vad gäller vissa av relationerna, för att en välfungerande primärvård är associerat med lägre nivåer av undvikbar sluten vård, färre besök på akutmottagningar, bättre hälsoutfall, mer jämlikhet samt långsammare ökningar i kostnaderna för hälso- och sjukvården.[7] Det är mot denna bakgrund som vi ser en internationell rörelse av ökade satsningar på en stärkt första linjens vård, en stärkt primärvård, här i Europa och runtom i världen. En stark primärvård bedöms vara ett effektivt sätt att adressera nuvarande och kommande utmaningar kopplat till den demografiska situationen, ökningen av sjukdomsbördan från kroniska sjukdomar samt en ojämlik hälsa.

När man då idag internationellt talar om en välfungerande primärvård tar man generellt sikte på en primärvård som är:

- Tillgänglig: geografiskt såväl som ekonomiskt, men även vad gäller väntetider.
- Vittomfattande: den erbjuder en bred rad av tjänster, såväl behandlande som preventiva.
- Sammanhängande: vårdgivaren/utföraren känner till såväl patientens medicinska historik som dess livssituation och den samordnar patientens vårdprocesser som skär över olika delar av hälsosystemet samt guidar patienten genom systemet.[8]

I takt med att uppmärksamheten hos fler och fler länder riktats mot primärvården har beslutsfattare och andra aktörer även börjat efterfråga mer kunskap och evidens om primärvården. Både på hemmaplan och vad gäller jämförelser med andra länder. De senaste åren har

[6] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 6.
[7] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 8.
[8] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 7–8.

diverse olika kartläggningar och projekt som tar sikte på att belysa primärvårdens funktion, organisering och resultat påbörjats i olika organisationer. Till exempel publicerade det europeiska hälsoobservatoriet[9] 2015 två volymer på temat ”Building primary care in a changing Europe”. Den ena innehåller jämförelser av primärvården i de europeiska länderna ur en rad olika aspekter. Den andra innehåller landspecifika rapporter. EU och OECD har också intresserat sig för området. EU:s ”State of the Health in EU” – rapport från 2017 framhåller som en av sina fem huvudslutsatser att ”En stark primärvård guidar patienter genom hälsosystemet och bidrar till att undvika onödiga utgifter”.[10] OECD:s hälsokommitté beslutade i sitt arbetsprogram för 2017–2018 att ta fram en flaggskeppsrapport om ”Primärvårdens framtid”. Rapporten ska diskutera hur primärvården behöver utvecklas för att möta behoven och utmaningarna i hälsosystemen i OECD-länderna samt försöka identifiera hur en välfungerande primärvård kommer att se ut om 10–20 år. En förhandsversion av rapporten utgör underlag till vår utredning[11]. OECD har även under 2017 publicerat olika arbetspapper kring olika aspekter av primärvård, t.ex. sjuksköterskor i mer avancerade roller i primärvården samt organisering av primärvård utanför kontorstid. Även EU:s expertgrupp för hälsa (Expert Panel on Health) har intresserat sig för primärvården. I februari 2018 publicerade man t.ex. ett ”yttrande” kring verktyg och metoder för att utvärdera primärvården. Detta yttrande har också spelats in till den större rapport på samma tema som EU:s expertgrupp om utvärdering av hälsosystem publicerade i mars 2018.[12]

Dessa olika studier och rapporter utgör mycket välkomna tillskott till den samlade kunskapsbasen om primärvård. Överlag är det dock så, vilket de olika rapporterna och organisationerna också framhåller, att vi i jämförelse med övriga delar av våra hälsosystem har mycket knapphändig information om vår primärvård. Det är en iakttagelse som gäller generellt, inte bara i Sverige. På grund av avsaknaden av en tydligt internationellt gemensamt överenskommen definition av primärvården, och hur den bör utvärderas och följas upp, så blir det också så att de jämförelser man nu försöker göra ofta dels baseras

[9] Ett partnerskap, där Sverige ingår, som organisatoriskt sorteras under WHO EURO.
[10] European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017.
[11] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017.
[12] Expert Group on Health Systems Performance Assessment, *A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies, 2018.*

på bristfälliga data och dels jämförs en hel del data som inte lämpar sig för jämförelser mellan länder.[13]

Varje hälsosystem har dessutom utvecklats i sin lokala historiska och politiska kontext. Olika länders hälso- och sjukvårdssystem, och deras ”primärvårdar”, är sinsemellan mycket olika vad gäller såväl hur dessa är styrda som finansierade och organiserade. I många länder är t.ex. primärvården historiskt sett framför allt uppbyggd kring (privata) enmanspraktiker med allmänläkare och kanske någon enstaka sjuksköterska/stödpersonal. I Sverige däremot har vi sedan 1970/1980-tal framförallt organiserat oss kring större vård-/hälsocentraler där många fler olika legitimerade grupper av vårdpersonal arbetar. Internationellt sett har Sverige kommit relativt långt i det man internationellt benämner ”kompetensväxling” (task shifting), dvs. att använda sina personalresurser på bästa sätt genom att skifta över en del av uppgifter som kanske av tradition gjorts av en viss yrkesgrupp till andra yrkesgrupper. Yrkesgrupper som med modern utbildning, kunskap och sammansättning av vårdteam än mer effektivt och kvalitativt kan utföra uppgiften än de som av tradition/hävd gjort det.

Ett ökande intresse och olika initiativ för att skapa mer kunskap och mer jämförbar statistik är ett mycket välkommet och nödvändigt steg i sig för att skapa förutsättningar för en mer kunskaps- och evidensbaserad primärvård. Vi måste dock samtidigt i nuläget alltså vara försiktiga med alltför långtgående tolkningar av olika internationella jämförelser.

3.2.2 Gemensamma utgångspunkter och trender

Även om hälsosystemen runtom i världen och Europa skiljer sig åt vad gäller utformning och kontext så har dock analyserna av varför det finns ett behov av att satsa på att stärka första linjens vård och primärvården en tydlig gemensam kärna. I Världshälsorapporten om primärvård från 2008 framhåller WHO tre trender som är karakteristiska för våra konventionella hälsosystem och som underminerar hälsosystemens förmåga att leverera en god och jämlik vård:

[13] Utredningens dialog/möten med WHO EURO, OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 11, European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017, s. 13.

- De är sjukhustunga och har ett oproportionerligt fokus på sjukhus, subspecialisering och tertiärvård. WHO pekar på att detta bl.a. drivs av professionella traditioner och intressen men även i hög grad av den teknologiska utvecklingen och den ekonomiska tyngden i läkemedels- och medicinteknikbranschen. Rapporten understryker att detta leder till onödiga kostnader i form av onödig medikalisering samt behandlingsrelaterade skador.
- De lider av fragmentisering, bl.a. på grund av ökande (sub)specialisering, kortsiktighet i hur resultat följs upp och för mycket fokus på enskilda program och projekt.
- Genomgripande kommersialisering av hälso- och sjukvård i system som inte är reglerade.[14]

Knappt 10 år senare visar OECD också på en rad gemensamma utmaningar som dess medlemsländer står inför i förhållande till såväl innehåll som struktur för utbyggnaden av en stark primärvård. I princip genomgående står man inför stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen av primärvården. Utmaningarna är bl.a. kopplade till stora pensionsavgångar samt en ändrad och ökande arbetsbörda p.g.a. ändrad demografi och sjukdomsbörda. Utmaningarna riskerar att göra primärvården mindre attraktiv som arbetsplats. En ojämn fördelning av allmänläkare och andra vårdkompetenser mellan större städer och mer glesbefolkade områden är också en utmaning som återfinns i de flesta länder. Ändrade attityder och värderingar hos yngre medarbetare, som t.ex. i lägre grad attraheras av den typ av ensamarbete, dygnet runt, som traditionellt sett förknippats med rollen som allmänläkare i många system, utgör en annan utmaning för kompetensförsörjningen.

Många olika länder är också i en process av att omfördela ansvar för vissa uppgifter från en av vårdens yrkeskategorier till en eller flera andra, dvs. man jobbar med att i sina respektive system kompetensväxla för att använda alla resursers kompetens på optimalt sätt. På många håll möter dock sådana förändringar också på motstånd från professioner som inte vill släppa ifrån sig uppgifter. OECD lyfter också utmaningar med att säkerställa att utbildning och fortbildning

[14] WHO, *Now more than ever, World Health Report 2008*, 2008.

för de olika yrkeskategorierna inom primärvården svarar mot de – föränderliga – behov som primärvården förväntas svara upp mot.[15]

Det finns också en gemensam trend i OECD-länderna att gå mot gruppraktiker (där flera allmänläkare tjänstgör tillsammans och även tillsammans med andra yrkeskategorier) snarare än enmanspraktiker (där enskilda allmänläkare har egna praktiker). OECD framhåller också att detta är ett steg i rätt riktning när det gäller att tillhandhålla personcentrerad vård. Det finns god evidens för att gruppraktiker främjar samarbete med andra vårdgivare, vilket uppmuntrar till bättre samordning av vården och leder till förbättringar i vårdens kvalitet. Gruppraktiker har t.ex. påvisats vara associerade med bättre patientutfall, minskade inläggningar på sjukhus och ökad nöjdhet hos såväl patienter som personal.[16]

I princip samtliga OECD-länder lider som ovan nämnts av bristande information om mönster och utfall i sin primärvård. Information som de är i behov för att kontinuerligt kunna lära om och utveckla sin primärvård, på basis av väl underbyggda policies. Det finns alltså en stor potentiell vinst för länder att göra genom att förbättra sina hälsoinformationssystem så att dessa också på ett ändamålsenligt sätt omfattar primärvården, och att man sedan använder den informationen för ett systematiskt förbättringsarbete.

”Ny” teknik och digitala lösningar bedöms generellt kunna medföra nya möjligheter att öka tillgänglighet, öka kvalitet och personcentrera vården. Till exempel i form av mobila lösningar som i hög grad tillåter patienter med kroniska tillstånd att hantera sina tillstånd och följa sina värden i sin hemmiljö. På så sätt kan man både bidra till stärkt autonomi och ökad hälsolitteracitet[17] samtidigt som man undviker onödiga läkarbesök eller sjukhusvistelser.[18]

Blickar man ut i världen och inte minst EU ser man också tydligt en stark rörelse mot ökad patientdelaktighet. Patienten ses mer och mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet och evidensen pekar på

[15] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 12, 14, 15.
[16] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 22.
[17] Hälsolitteraticitet handlar om människors förmåga att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information. Individers grad av hälsolitteracitet har betydelse när de gör bedömningar och fattar beslut som har med sjukvård, sjukvårdsprevention och hälsopromotion att göra och är betydelsefull för att behålla och förbättra livskvaliteten under hela livet (HFS-nätverket).
[18] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 11.

att det också ger bättre utfall. Till exempel leder investeringar i patientcentrerad kommunikation till att substantiellt fler patienter följer behandlingsrekommendationer samt ger större nöjdhet hos såväl patienter som vårdens medarbetare.[19] I OECD-jämförelse ligger Sverige dock relativt lågt vad gäller hur stor andel av läkare som involverar patienter i beslut om vård och behandling.[20] En generell utmaning för OECD-länderna i relation till patientdelaktighet är också att man är för dåliga på att följa upp patienternas perspektiv och uppfattningar när man följer upp primärvården (i den mån man gör det). Här finns en stor utvecklingspotential.[21]

Det finns fortfarande ganska betydande skillnader mellan länder vad gäller i vilken grad primärvården har patientavgifter, om den fungerar som grindvakt och om det finns krav på listning, samt om det finns finansiella incitament för att få patienter att lista sig På många håll är dock normen att läkarbesök i primärvård är avgiftsfria[22] Vad gäller ersättningssystemen finns det en gemensam trend av att man går mot mer blandade former, i syfte att bidra till mål kring såväl tillgänglighet som kvalitet och effektivitet (framförallt en mix av kapitering och betalning per tjänst/FFS). Enbart 9 av 44 länder använder sig av en ensam ersättningsprincip.[23]

[19] European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017, s.24.
[20] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 31.
[21] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 30.
[22] Kringos, DS et al, *Building Primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 1, 2015, s. 69–72.
[23] OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 22.

Tabell 3.1 Allmänläkarens roll och ersättning i ett urval av OECD-länder, 2016

OECD countries	Is there post-training requirement to become GP, family physician or PCP?	Are patients required or encouraged to register with a primary care physician or practice?	Predominant form of primary care provision	Primary care payments
Belgium	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Capitation/Fee-for-service
Denmark	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Capitation/Fee-for-service
Estonia	Yes	Patients are required to register	Solo practice	Capitation/Fee-for-service /Pay for performance/other
Finland	No	Patients are required to register	Group practice	Global Budget
France	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Group practice	Fee-for-service/Pay for performance /other
Germany	Non response	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Fee-for-service
Iceland	No	No incentive and no obligation to register	Group practice	Global budget/Fee-for-service
Israel	Yes	Patients are required to register	Group practice	Capitation//Global budget/Pay for performance
Netherlands	Yes	No incentive and no obligation to register	Group practice	Capitation/Fee-for-service/Pay for performance
Norway	Yes	Patients are required to register	Group practice	Capitation /Fee-for-service
Spain	Yes	Patients are required to register	Group practice	Capitation/ Pay for performance/Global budget
Sweden	Yes	No incentive and no obligation to register	Group practice	Capitation/Fee-for-service
Switzerland	Yes	Patients are not required to register but have financial incentives to do so	Solo practice	Capitation /Fee-for-service
United Kingdom	Yes	No incentive and no obligation to register	Group practice	Capitation/Fee-for-service/Pay for performance

Källa: 2016 OECD Health System Characteristics Survey, http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm

Slutligen kan konstateras att världens länder står inför en gemensam utmaning när det gäller förändringsledning för att åstadkomma de önskade förflyttningarna mot hälsosystem som verkligen har en stark och väl utbyggd primärvård som bas för att tillhandhålla god och jämlik vård. I Världshälsorapporten från 2008 framhåller WHO också just behovet av ett nytänkande, uthålligt, dynamiskt och inkluderande ledarskap. WHO framhåller att omstruktureringar naturligtvis ska vara baserade på evidens och ett rationellt hanterande av osäkerhet, men de måste samtidigt också klara av att integrera människors förväntningar på hälsa och hälso- och sjukvården, för sig själva, sina familjer och sina samhällen. Detta, konstaterar WHO, kräver noggranna avvägningar mellan olika intressen och ett brett engagemang med en rad olika aktörer, dvs. ett radikalt annorlunda tillvägagångsätt än traditionell toppstyrning.[24] Man framhåller samtidigt att det inte är att förvänta sig att formering av (förändrad) primärvårdspolicy skulle kunna vara helt samstämmig, det finns det alltför många kolliderande intressen för. Studier visar dock att det avgörande för reformers legitimitet är att processerna de utvecklats genom upplevs som rättvisa och transparenta.[25]

För att möjliggöra den nödvändiga breda policydialogen framhåller WHO också behovet av att ha och använda sig av informationssystem som förser aktörer med basen för dialogen, att systematiskt utnyttja innovationer samt att dela goda exempel. För att skapa uthållighet krävs också skapandet av en kritisk massa av dedikerade medarbetare och organisationer i olika delar av systemet. Likaså bred politisk uppslutning och uthållighet över tid. Även vikten av att förstå den tveksamhet till förändring från det invanda till något nytt som ofta kan finnas hos medarbetare i de organisationer/roller som ska reformeras lyfts fram i rapporten. Liksom behovet av att bygga in mekanismer som följer implementeringen och kan identifiera problem som uppstår längs med vägen, så att dessa kan korrigeras.[26]

[24] WHO, *Now more than ever*, 2008, s. XV.
[25] WHO, *Now more than ever*, 2008, s. 85.
[26] WHO, *Now more than ever*, 2008, s. 93.

3.3 Översiktlig utblick på ett urval av andra länders hälso- och sjukvårdsystem, med fokus på primärvården

3.3.1 Norge

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård = 10,5 procent (2016).[27]
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården = 5,8 procent[28] (2008) (obs. att det inte finns någon gemensam definition för primärvården och att denna siffra troligen enbart inkluderar kostnaden för fastlegesystemet, inte övriga delar av primärvårdsnivån).
- Antal läkare per 1 000 invånare 4,4 (2015).[29]
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren:18,92 procent (2015).[30]
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 84,2/80,5 år,
  - vid 40 års ålder: 44,8/41,5 år (2015).[31]

Allmänt om hälso- och sjukvården

Liksom i Sverige har staten ansvar för att stifta lagar och regler (den normerande makten) för hälso- och sjukvården, samt att tillse efterlevnaden av lagarna. Det norska systemet är dock betydligt mer centraliserat än det svenska systemet, där det kommunala självstyret är starkt. 2001 genomfördes en omfattande strukturreform av det norska hälso- och sjukvårdsystemet. Det snabba genomförandet av reformen möjliggjordes bl.a. av en kort utrednings- och remissperiod. Reformen innebar att staten tog över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från 19 fylkeskommuner, dvs. den regionala nivån.

[27] OECD, *Health database*.
[28] Kringos, DS et al, *Building Primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 1, 2015.
[29] OECD, *Health database*.
[30] OECD, *Health database*.
[31] OECD, *Health database*.

I stället inrättades fem (numera fyra) så kallade regionala hälsoföretag, vilka ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen (drivs som statliga företag) fick också ansvaret för att styra egna så kallade hälsoföretag vilka består av ett eller flera offentliga sjukhus.[32] De regionala företagen producerar alltså inte själva hälso- och sjukvårdstjänster, utan är rent administrativa företag. De lokala hälsoföretagen (sjukhusen) fungerar som dotterbolag till de regionala hälsoföretagen och ansvarar självständigt för drift och för investeringar.[33] Primärvården ansvarar däremot de 422 kommunerna för tillsammans med äldreomsorg och övrig socialtjänst (fr.o.m. 2020 ska antalet kommuner genom en reform minska till 354[34]).

Värt att notera i sammanhanget är dock att finansieringen i Norge även innan reformen 2001 varit påtagligt styrd från centralt håll. Sedan sjukhuslagen 1969 hade fylkena finansieringsansvar för sjukhusen, men intäkterna kom från två håll, som i slutändan bägge två huvudsakligen fastställdes av staten. Den ena delen var lokala skatteintäkter och den andra delen utgjordes av ramanslag från staten. Jämfört med övriga skandinaviska länderna fastställdes såväl skatterna på nationell som på fylkesnivå huvudsakligen av staten. Utifrån givna finansieringsramar och nationella mål styrde sedan de folkvalda i fylkena prioriteringar och investeringar i hälso- och sjukvården inom sina respektive geografiska områden.[35] Detta är en väsentlig skillnad gentemot Sverige där samma nivå – dvs. landstingen/regionerna – till större delen har ansvar för såväl driftsfrågor som finansiering.

Ett annat syfte med reformen 2001 var att stärka patienters och brukares medverkan i sjukhusvården. I samband med reformen tillkom krav på att hälsoföretagen ska ansvara för att representanter för patienter och andra brukare blir lyssnade till i samband med utvecklingen av årliga planer för verksamheten (enligt 7 kap. 35 § Hälsoföretagslagen (LOV 2001-06-15-93).[36]

Införandet av ”fastlegeordningen” (dvs. ett fastläkarsystem) utgjorde också ett ben i strukturreformen i början av 2000-talet. Fastlegordningen tillkom mot bakgrund av att Norge under 1990-talet hade stora problem med läkartillgång i primärvården. Framför allt i glesbygd.

[32] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 9.
[33] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 81.
[34] Regjeringen, *Kommuner og regioner*.
[35] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 78.
[36] Vårdanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014, s. 84.

Det är dock värt att notera att redan innan fastläkarreformen byggde det norska primärvårdssystemet främst på privatläkare med egna mottagningar, och cirka 67 procent av befolkningen hade en fast läkare redan innan införandet av fastlegeordningen[37].

Dagens primärvård

Den norska staten har mindre inflytande över primärvården än över övrig specialistsjukvård. Med det sagt sätter de ramarna för kommunernas ansvar och uppgifter, bl.a. genom lagstiftning.

Dagens norska primärvård är i hög grad uppbyggd kring den s.k. ”fastlegeordningen”. Den infördes alltså 2001 som en del av de större reformerna av hälso- och sjukvården och tog bl.a. avstamp i modellerna från Danmark, UK och Nederländerna. Den är uppbyggd kring lagstiftning (Lov om helse- og omsorgstjenester i kommune), förordning (Forskrift om fastlegeordning i komunerne samt Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen), centrala avtal och individuella avtal. Finansieringen av systemet regleras i en egen förordning och revideras årligen på grundval av förhandlingar mellan läkarföreningen och staten samt den norska kommunorganisationen.[38]

Av förordning framgår bl.a. att listansvaret för läkare under fastlegeordningen omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk, för personerna på hens lista. Av förordning framgår även att läkaren ska prioritera egna listade patienter, med undantag för patienter som behöver omedelbar hjälp. I enlighet med förordning kan kommunerna också ålägga fastlegern att delta i andra allmänmedicinska uppgifter i kommunen, under maximalt 7,5 h per vecka. Fastlegen är också förpliktigad att delta i ”legevakt”, dvs. jour (vilket faller utanför de 7.5 h per vecka). I själva avtalet med kommunen regleras bl.a. öppettider, listningstak, lokalisering m.m. En fastlege ska inte ha mer än 2 500 personer på sin lista. Om man vill sätta ett listningstak under 500 personer måste detta avtalas med kommunen.[39] Sista kvartalet 2016 låg den genomsnittliga listan på 1 120 patienter/läkare.[40]

[37] Norges forskningsråd, *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*, 2006, s. 16.
[38] Den norske Legeforening, *Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave*, 2013.
[39] Den norske Legeforening, *Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave*, 2013.
[40] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.

Alla invånare har rätt att välja en allmänpraktiserande läkare – fastlege – att lista sig hos oss. 2016 var 97,9 procent av befolkningen listade hos en fastlege.[41] Invånarna får enligt regelverket byta fastläkare max två gånger per år. I praktiken begränsas dock möjligheten p.g.a. fulla listor. I slutet av 2016 var det t.ex. 117 kommuner där det fanns färre än två öppna listor.[42] I samband med införande av fastlegeordningen inrättades 300 nya årsläkartjänster, för att svara upp mot befolkningens behov. Då, vid reformens införande, kunde även läkare som ej var specialister i allmänmedicin etablera sig som fastlege. Sedan mars 2017 gäller dock att man måste vara specialist i allmänmedicin, alternativt vara under specialiseringsutbildning, för att sluta avtal med, eller anställas av, kommunerna som fastlege.[43] I slutet av 2016 var 57,5 procent av fastlegene specialister i allmänmedicin och 3,3 procent i samhällsmedicin.[44]

Fastlegene kan arbeta antingen som egna företagare med individuella avtal med respektive kommun och ersättning enligt en nationell taxa, eller som löneanställda av kommunerna. Den stora majoriteten (cirka 95 procent) jobbar som egenföretagare. Antalet löneanställda har i princip sjunkit varje år sedan reformens införande men under 2016 (sista året för vilket data finns) började en ökning återigen att synas.[45] I den allmänna debatten hörs vittnesmål om ökande svårigheter att rekrytera nya fastleger bland de yngre generationerna.[46] Dels är det dyrt att ta över en lista (kräver skuldsättning) dels kräver privata praktiker ett omfattande åtagande av läkaren, bl.a. för att ordna ersättare vid sjukdom och semester. Detta är möjligtvis något mindre attraktivt för en generation med andra värderingar än de som utgör kärnan i dagens fastlegekår.

Norges Forskningsråd fick i uppdrag att genomföra en forskningsbaserad utvärdering av fastlegeordningen åren 2001–2005. Utvärderingen tittade framför allt på läkartäckning, kontinuitet, tillgänglighet och effektivitet. Man konstaterade då att reformen lett till att 98.5 procent av befolkningen var listade hos en fastlege. Antalet patienter i mindre kommuner som uppgav att man träffat samma läkare ökade något, medan det redan fanns god kontinuitet i större städer

[41] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[42] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[43] Helfo, *Nytt kompetansekrav for leger i allmennpraksis*.
[44] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[45] Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.
[46] Dagens medisin, *Fastleger i 40-årener slutter, 2017-09-28.*

och kommuner och där förändrades detta inte nämnvärt. Läkare som innan reformen hade få fasta patienter var också de som tydligast gav uttryck för att den var nyttig. För övriga innebar den troligen inte lika stor skillnad. Tillgängligheten hade ökat, delvis som en följd av de 300 nya årsläkartjänsterna som infördes, men även utifrån att konkurrensen drev på enskilda fastleger att öka sin tillgänglighet. Samtidigt visade en studie på att patienter med allvarlig psykisk ohälsa upplevde fastlegene som mycket upptagna och utan tid att verkligen hjälpa dem. Reformen bedömdes dock generellt bidragit till högre nöjdhet hos såväl patienter som läkare.[47]

Reformer med bäring på primärvården.

2102 påbörjades genomförandet av annan större reform inom hälso- och sjukvården i Norge: Samhandlingsreformen. Denna bygger på ett vitpapper som lades fram till Stortinget 2009, vilket identifierade tre huvudsakliga utmaningar för det norska hälso- och sjukvårdssystemet:

1. Patienternas behov av samordnade hälsotjänster tillgodoses inte tillräckligt väl.
2. Tjänsterna präglas av för små insatser för att begränsa och förebygga sjukdom.
3. Ändringar i den demografiska utvecklingen och sjukdomsbilden ger utmaningar som kan hota den ekonomiska hållbarheten för samhället.[48]

Genom samhandlingsreformen ville den norska regeringen försöka att säkra en framtida hälso- och omsorgstjänst som både lever upp till patienternas behov av samordnade tjänster och till de samhällsekonomiska utmaningarna. Detta genom fem huvudsakliga åtgärdsområden:

- Tydliggörande av patientrollen, genom ökad patientmedverkan och integrerade vårdkedjor mellan statens och kommunernas ansvarsområden.
- Utvecklande av kommunernas roll genom ökat fokus på förebyggande insatser och mer av ett holistiskt grepp.

[47] Norges forskningsråd, *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*, 2006, s. 9–16.
[48] Stortingsmelding, nr 47, *2008–09 – Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, 2009.

- Införande av ekonomiska incitament, inklusive kommunal medfinansiering av den specialiserade hälso- och sjukvården.
- Utvecklande av den specialiserade hälso- och sjukvården så att den bättre kan nyttja sin specialistkompetens, bl.a. genom förtydligad ansvarsfördelning mellan den specialiserade hälso- och sjukvården och kommunerna.
- Underlätta för tydligare prioriteringar, bl.a. genom en utveckling av den nationella hälsoplanen till att bli ett mer operativt budskap.[49]

Man har bl.a. antagit en folkhälsolag som tydliggör kommunernas ansvar för förebyggande och hälsofrämjande arbete inom alla sektorer. Genom en gemensam lag för hälso- och omsorgstjänsterna i kommunerna (LOV-2011-06-24-30) ställs bl.a. krav på kommuner och hälsoföretag att ingå samarbetsavtal. Sedan 2016 finns även krav på kommunerna att tillhandahålla sängplatser för behov av ögonblicklig vård, dygnet runt (Kommunale akutte døgnplasser [KAD])[50]. Vidare har resurser flyttats över från såväl staten som sjukhusen till kommunerna för deras nya uppgifter och för att kommunerna skulle betala sin del av ”sjukhusräkningen”.[51]

I samband med påbörjandet av reformerna beslutade man även om två uppdrag för att följa effekterna av reformen:

- Uppdrag till Norges forskningsråd (NFR) om följeforskning (EVASAM)
- Uppdrag till Helsedirektoratet (motsvarande Socialstyrelsen) att driva ett förvaltningsmässigt följeupplägg, för genomförande av samhandlingsreformen.

I sin utvärdering från 2016 konstaterar NFR bl.a. att man ser en tydlig utveckling i linje mot en del av de mål som låg till grund för samhandlingsreformen, däribland en reducering av vårddygn i sluten vård (liggetid i spesialisthelsetjenesten), förbättring vad gäller utbudet av akut/omedelbar hälso- och sjukvård, stärkt fokus på folkhälsoarbetet och förebyggande insatser i kommunerna, samt förstärkt och möj-

[49] Stortingsmelding, nr 47, *2008–09 – Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, 2009.
[50] Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, s. 8.
[51] Regjeringen, *Samhandlingsreformen i kortversjon*. 2014-10-03.

ligen mer flexibelt samarbete med kommuner och hälsoföretag. Samtidigt sägs samarbetsavtalen mellan kommuner och hälsoföretag inte i någon större utsträckning ha lett till en upplevelse av förändringar i samarbetet. De flesta konflikter som uppstår gäller utskrivningsklara patienter och där upplevs maktbalansen oförändrad, till sjukhusläkarna fördel, och kommunerna upplever sig sällan bli involverade i besluten. I nuläget kan man inte heller säga om reformen gett tydlig utdelning vad gäller mer sammanhållna vårdförlopp för patienterna.[52]

Slutligen är det också värt att notera att det för närvarande pågår en intensiv debatt/diskussion i Norge om hur man ska ”rädda fastlegeordningen”. Läkarna som jobbar i den upplever inte att man har tid att utföra sitt arbete och enligt en nyligen publicerad undersökning överväger nästan hälften av dagens fastleger att sluta inom fem år, givet hur situationen ser ut idag.[53]

3.3.2 Danmark

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 10,3 procent år 2015.
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: ingen uppgift[54].
- Antal läkare per 1 000 invånare: 3,66 år 2014.
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren: 19,47 procent år 2014.
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 82,7/78,8 år (2015)
  - respektive vid 40 år: 43,4/39,8 år (2015).

Allmänt om hälso- och sjukvården

Danmarks hälso- och sjukvårdsystem finansieras liksom det svenska främst via skatter, är decentraliserat och tillhandahåller allmän hälso- och sjukvård till hela befolkningen. I likhet med det svenska systemet

[52] Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016, s. 9.
[53] Hermansen M, Øren, T.O, *Fastlegeordningen slår sprekker*, 2018-04-16.
[54] Som tidigare redogjorts för finns det inga gemensamma definitioner för primärvård, och inte heller några standarder för hur det ska mätas. Motsvarande uppgift finns inte heller för Sverige i den studie som är vår källa, Kringos et al 2015 (Vol 1).

är den nationella nivån ansvarig för lagar och reglering, tillsyn och kvalitetsuppföljning, medan själva tillhandahållandet av tjänster är regioner och kommuners ansvar.

Tidigare var också ansvar för akut vård, primärvård och folkhälsa spritt över de tre olika administrativa nivåerna (stat, region, kommun). Vid en större reform år 2007 minskades antalet regioner från 14 till 5 och kommunerna från 275 till 98. Regionerna ansvarar nu för att utforma och driva hälso- och sjukvård och kommunerna ansvarar för sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande (finns dock stor variation i nivån på investeringar på dessa två områden), rehabilitering, hemsjukvård och tjänster och insatser vid långvarigt vård- och omsorgsbehov (long term care). Till skillnad från i Sverige har dock regioner sedan reformen år 2007 inte längre egen beskattningsrätt utan hälso- och sjukvården finansieras genom en kombination av statliga och kommunala skatter. Regioner tilldelas medel från den statliga nivån baserat på sociala och demografiska faktorer. Regionernas arbete finansieras till 75 procent via generella bidrag (block grants), men även aktivitetsbaserad ersättning förekommer. Syftet med att staten och kommunerna delarna på finansieringen är att ge incitament till kostnadskontroll samt till preventivt och hälsofrämjande arbete.[55]

Redan sedan tidigare var det obligatoriskt för regioner och kommuner att utveckla en gemensam hälsoplan vart fjärde år som omfattar såväl förebyggande som behandlande vård. Detta krav stärktes också i reformen 2007 genom att standardavtal togs fram som täcker in koordinering, prevention och rehabilitering. Avtalen hanteras löpande av regionala kommittéer där såväl regioner och kommuner som privata vårdgivare finns representerade.

Cirka en femtedel av Danmarks läkare är allmänläkare. De jobbar huvudsakligen på privata enmanskliniker. Samtidigt har Danmark EU:s högsta antal sjuksköterskor per invånare (16,7/1 000 invånare). Trots det har inte några mer omfattande förändringar genomförts när det gäller skifte av vilken profession som utför vilka uppgifter (kompetensväxling).[56] Det är endast 1.3 procent av den danska befolkningen som beräknas ha hälsobehov som inte tillgodoses (p.g.a. Kostnader, avstånd eller annat), att jämföra med EU-snittet på 3.2 procent.

[55] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 6, 15.
[56] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 12.

Dagens primärvård

Den danska primärvården är på liknande sätt som i Norge uppbyggt kring ett fastläkarsystem, främst bestående av små privata kliniker, vilka tecknar avtal med regionerna. 99 procent av Danmarks invånare har valt att tillhöra s.k. grupp 1, vilket betyder att de måste registrera sig hos en allmänläkare som sedan ska tillhandhålla primärvård, samt fungera som grindvakt. Den resterande procenten som tillhör grupp 2 kan fritt välja allmänläkare eller att gå direkt till specialistvården men måste då betala patientavgifter för besöken, till skillnad från grupp 1. Danmark var det EU-land som 2011–2013 hade den lägsta andelen patienter som besökte akuten p.g.a. bristande tillgång till primärvården.[57] Patientavgifter krävs för besök i den öppna psykiatrin samt för besök hos fysioterapeuter liksom för tandvård samt hjälpmedel för hörsel, i varierande utsträckning. Allt som allt betalas cirka 14 procent av kostnaderna för den danska sjukvården genom patientavgifter.

Fragmenteringen lyfts ofta som en utmaning för den danska vården. I ett försöka att motverka denna har vissa kommuner satsat på så kallade hälsohus där allmänläkare och associerade professioner samt vissa specialistvårdstjänster tillhandahålls under samma tak. Än så länge har man dock inte kunnat visa på några vinster när det gäller koordineringen. Danmark har infört ett gemensamt elektroniskt journalsystem, i vilket alla vårdgivare kan få tillgång till information, göra ändringar och förskriva. Det är ännu inte helt integrerat, det finns olika plattformar på olika vårdinrättningar, men gemensamma interoperabilitetsstandarder tillåter dem ändå att utbyta information.

Reformer med bäring på primärvården

2016 tillsatte den danska regeringen en kommitté om ”Det nära och sammanhängande hälsosystemet”, bestående av representanter för såväl staten som intresseorganisationerna för kommuner respektive landsting. I juni 2017 presenterade de sin slutrapport med 20 förslag på hur primärvården kan stärkas och koordineringen av vården förbättras.[58] I december 2017 kom Sundhedsministeriets svar på rapporten i form av skriften ”Sundhed hvor du er”. Skriften sammanställer

[57] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017, 2017*, s. 13.
[58] Regeringen, *Udvalg om det naere og sammenhaengenede sundhedsväsende, Afrapportering, juni 2017*.

dels pågående och dels nya initiativ som ska stärka de lokala hälsoinsatserna och lanserar även starten för arbetet med en nationell kvalitetsplan för det nära och sammanhängande hälsosystemet. För 2018 annonserades dessutom en pott om 200 miljoner DKR, som kommuner, regioner och läkare i allmän praksis kan ansöka om medel från för att etablera ”läkar- och hälsohus” (ungefär svenska hälso-/vårdcentraler).[59] Den danska regeringen konstaterar att för att stärka kvaliteten i det nära hälsosystemet är det avgörande att de allmänpraktiserande läkarna samlar sig runt större enheter, där de även kan gå samman med sjuksköterskor, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer och andra professioner för att erbjuda patienterna ett brett och kvalitativt hälsoutbud. Det är också önskvärt att de allmänpraktiserande läkarna samlokaliserar sin verksamhet med t.ex. det kommunala hälsoutbudet och öppenvård utgående från sjukhusen. Samlokalisering och större enheter förväntas bidra till en mer sammanhängande vård för patienterna och även stärkt kunskapsmiljö och kunskapsutbyte mellan de olika professionerna, liksom mer effektivt utnyttjande av såväl administrativa funktioner och utrustning.[60]

Den danska regeringen har också gått vidare med förslaget från kommittén om en ny specialistsjuksköterskeutbildning för sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården och i allmän praksis. Utbildningen (60 ECTS-poäng) kommer att titeln specialistsjuksköterska i medborgarnära sjukvård (Specialsygeplejerske i Borgernær Sygepleje).[61]

Som en del av den danska regeringens ”sammanhangsreform”[62] har man också initierat en översyn av styrningen inom hälsoområdet. Målsättningen är att utveckla nya styrmodeller som säkerställer en mer sammanhållen vård och behandling och mer patientnära behandlingsförlopp. Förslag ska presenteras under våren 2018 och medel finns avsatta för genomförande 2018–2021.

Den danska akutvården håller på att omorganiseras med avsikt att lägga större tyngd på den prehospitala vården samt utbyggda akutmottagningar med seniora specialister.[63] Ur detta perspektiv är Köpenhamnsregionens organisation intressant (Region Hovedstaden). Som

[59] Sundheds og ældreministeriet, *Sundhed, hvor du er*, december 2017, s. 6.
[60] Region Sjaelland, *Ansøgning til Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse*.
[61] Sundheds og ældreministeriet, *Sygeplejersker får ny specialuddannelse i kommuner og almen praksis*, 2018-08-02.
[62] Regeringen, *Sammenhængsreform*.
[63] OECD, *Denmark: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 8.

enda region av de fem danska regionerna har man valt att organisera den prehospitala vården som ett sammanhängande förlopp. Politiskt beslut om detta fattades 2008 och förändringarna har sedan införts stegvis. 2009 togs nya kontrakt fram för ambulansverksamheten som innebar större organisatoriska förändringar och att mer verksamhet gick över i egen regi, eller underleverantörer till dem. Från och med 2011 tar regionens prehospitala verksamhet dessutom emot alla samtal – från hela Danmark – till 112 som rör medicinska frågor. 2012 etablerades ”Akutberedskapen” som en egen verksamhet med ansvar för bl.a. ambulans, akutläkarbilar och beredskapsverksamhet. Om ambulans skickas ut och de ser att det ej är behov av inläggning, kan de koppla upp sig mot resten av systemet för att istället boka in t.ex. hembesök (de kan dock inte boka in patienten direkt till hens allmänläkare).

År 2012 startades även rådgivningstelefonen ”1813”. Dagtid förväntas medborgarna i vanlig ordning vända sig till sin egen allmänläkare (som utgör ”grindvakt” till övrig vård.) Före 2013 var det till ”legevakten” som medborgarna skulle vända sig om man behövde hjälp efter allmänläkarnas ordinarie arbetstid. Så är det också fortfarande i övriga danska regioner. Sedan 2013 gäller dock för Köpenhamnsregionens invånare att de efter kl. 16.00 istället ska vända sig med frågor som inte kan vänta till nästa dag till ”1813”, som sedan, utifrån ett beslutstöd – och med översyn över kapacitet på olika sjukhus – triagerar patienterna vidare till olika vårdnivåer (inklusive psykiatri och tandvård) alternativt ger råd om egenvård.

Sedan 2014 är det inte längre tillåtet för invånarna att vända sig direkt till akutsjukhusen (cirka 18–20 procent gör det fortfarande). Istället är det ”1813” som avgör om invånaren ska till sjukhus, till den egna allmänläkaren (nästa dag) alternativt ska stanna hemma. Cirka 35–37 procent skickas till akutmottagning, större delen ges rådgivning, och invånarna är generellt nöjda. Den största effekten av den förändrade organisationen uppges vara att väntetiden tillbringas hemma istället för i väntrummet, och väntetiderna är kortare. Peakarna från akutmottagningarna är nu flyttade till ”1813”.[64]

[64] Utredningens besök vid den prehospitala verksamhet, 2018-01-29.

3.3.3 Finland

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 9,4 procent (2015).
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: ingen uppgift[65].
- Antal läkare per 1 000 invånare: 3,21 (2014).
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren: 37,45 procent (2015).
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 84,4/78,7 år (2015)
  - vid 40 års ålder: 45,1/39,9 år (2015).

Allmänt om hälso- och sjukvården

Även det finska hälso- och sjukvårdssystemet är i hög grad decentraliserat (även om reformer för att centralisera mer är på gång, se ”Reformer med bäring på primärvården” nedan). Den statliga nivån är ansvarig för lagstiftning och att utveckla och implementera policies och reformer, men det är den lokala nivån som huvudsakligen organiserar sjukvården. Kommunerna (i dagsläget över 300) ansvarar för att tillhandhålla grundläggande service såsom skola, hälsa och omsorg. De finansierar och organiserar primärvård (ofta gemensamt) och utgör totalt 20 olika sjukhusdistrikt, i vilka de finansierar och tillhandhåller sjukhusvård.

Den finska hälso- och sjukvården finansieras dels genom kommunala skatter och dels genom den nationella sjukvårdsförsäkringen. Den senare hanteras av ”Folkpensionsanstalten (FPA)” vilken svarar inför riksdagen. Sjukförsäkringsfonden har två delar – en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring – och är bl.a. ansvarig för att finansiera öppenvårdsmediciner, hälsorelaterade resekostnader och sjukersättning samt föräldraförsäkring. Utöver det subsidierar den även kostnader för företagshälsovård (vilket finska arbetsgivare är skyldiga att tillhandhålla sina anställda).[66]

[65] Som tidigare redogjorts för finns det inga gemensamma definitioner för primärvård, och inte heller några standarder för hur det ska mätas. Motsvarande uppgift finns inte heller för Sverige i den studie som är vår källa, Kringos m.fl 2015 (Vol 1).
[66] FPA, *FPA finansiering 2016*.

År 2015 spenderade Finland 9.4 procent av sin BNP på hälso- och sjukvården. Cirka 74 procent av vården är offentligt finansierad och privat finansiering står för cirka 26 procent (betydligt högre än i övriga nordiska länder). Den privata finansieringen utgörs främst av patientavgifter (20 procent). Sådana finns för de flesta av de tjänster kommunerna tillhandahåller, med ett årligt tak/högkostnadsskydd på 691 euro. Vissa tjänster är dock avgiftsfria för vissa grupper, såsom t.ex. primärvård för barn samt barn- och mödrahälsovård. Även för mediciner finns ett tak/högkostnadsskydd, om 605 euro per år.[67]

Finland har 3.2 läkare/1 000 invånare (under EU-snittet på 3.6) och 14.6 sjuksköterskor/100 invånare (över EU-snittet på 8.4). På senare år har det också skett en förflyttning mot alltmer utökade funktioner för sjuksköterskor, även om antalet som har dessa utökade roller fortfarande är relativt litet.

Överlag anser sig 70 procent av finländarna ha en god hälsa. Dessa fördelar sig dock ojämnt mellan olika inkomstgrupper. I den högsta inkomstkvintilen är det 82 procent som anser sig ha god hälsa men bara 56 procent i den lägsta. Skillnaden/ojämlikheten mellan dessa grupper är därmed större än i både Sverige, Danmark och EU.[68] Liksom i de flesta andra länder är också levandsvanerelaterade riskfaktorer mycket mer vanligt förekommande i grupper med lägre utbildning eller inkomstnivå (undantaget ”berusningsdrickande” bland vuxna som är något mer frekvent bland högutbildade).[69] 4 procent av finländarna anser sig ha hälsobehov som ej tillgodoses, vilket är högre än EU-snittet på cirka 3 procent. Den främsta anledningen till dessa icke tillgodosedda behov är väntetider. Dubbelt så många lågutbildade som högutbildade uppgav att de hade icke tillgodosedda hälsobehov.[70]

Dagens primärvård

Primärvården i Finland omfattar ett relativt brett tjänsteutbud inom öppenvård samt sjukdomsförebyggande, tandvård och mödra- och barnhälsovård. Dessa tjänster tillhandahålls i hälsocenter och i före-

[67] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 6–7, 11.
[68] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 4.
[69] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 5.
[70] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 11.

tagshälsovårdsenheter. Hälsocenter har vanligen även enheter för intagna patienter, framför allt för patienter med kroniska sjukdomar och långvarigt vård- och omsorgsbehov.[71] Otillräcklig koordinering mellan sjukhusdistrikten och primärvårdsmyndigheterna lyfts som en utmaning, liksom en mer integrerad vård generellt. Koordinering mellan offentliga och privata vårdgivare lyfts också specifikt som en utmaning. Detta bedöms bl.a. bero på uppdelat ansvarsutkrävande för primärvården, övrig specialistvård och vård på särskilda boenden. Även ersättningssystemens brist på incitament för att stärka koordineringen mellan vårdgivare ses som en faktor.

För att förbättra koordineringen har Finland bl.a. investerat i eHälsa. Ett gemensamt nationellt harmoniserat elektroniskt journalsystem (the national Patient Data Repository, ”KANTA”) har införts som omfattar alla offentliga och privata vårdgivare. Sedan 2016 omfattar KANTA hela befolkningen och det inkluderar obligatorisk elektronisk förskrivning av mediciner och även en hälsoportal för medborgare där man kan se sin egen hälsoinformation.

Reformer med bäring på primärvården

Den finska regeringen är på väg att genomföra omfattande reformer av den finska hälso- och sjukvården. Den s.k. Landskaps- och vårdreformen innebär att nya landskap inrättas, att social- och hälsovårdens strukturer, tjänster och finansiering reformeras och att nya uppgifter överförs till landskapen. Det uttalade målet för dessa reformer är att förbättra jämlikheten, tillgängligheten och effektiviteten i hälso- och sjukvården och omsorgen, med kostnadskontroll. Ett övergripande mål är att bryta kurvan av ökade utgifter genom kostnadsbesparingar. De huvudsakliga föreslagna ändringarna är:

- Administration: ansvar för organisering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård och omsorg flyttas från dagens kommuner till 18 landskap (en ny självstyrande förvaltningsnivå som dock motsvarar nuvarande landskapsindelning). Antalet organisationer som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården och kommunernas gemensamma lagstadgade organisationer minskas därmed från närmare 190 olika ansvariga myndigheter till 18 landskap.

[71] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 8.

- Finansiering: förflyttning från ett system med flera finansiärer till ett system med en ensam finansiär, finansierat genom generell skatt.
- Tillhandhållande av tjänster: en uppdelning av rollerna som inköpare och utförare av vård introduceras. Utökad valfrihet, stärkt kontinuitet och integrering av tjänster samt centralisering av akutsjukvården och vissa specialisttjänster.[72]

Landskapen får ingen beskattningsrätt. Huvudprincipen är att de får finansiering från staten utifrån vilka tjänster kunderna i landskapet behöver. Avsikten är att reformen ska träda i kraft den 1 januari 2020.[73] Landskapslagen, lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om kundens valfrihet inom social- och hälsovården behandlas samtidigt i den finska riksdagen under våren 2018. Tentativt väntas beslut i juni 2018. Landskapsval hålls sedan i oktober 2018.[74]

3.3.4 Storbritannien, med viss fördjupning i Skottland

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 9,9 procent (2015).
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: 19,9 procent (för England).
- Antal läkare per 1 000 invånare: 2,81 (2016).
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren:27,99 procent (2016).
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 82,8/79,2 år (2015)
  - vid 40 års ålder: 43,7/40,5 år (2015).

Allmänt om hälso- och sjukvården

I Storbritannien har de fyra nationerna (England, Skottland, Wales och Nordirland) egna skattebaserade hälso- och sjukvårdssystem. Samtliga utgår dock från en offentlig nationell ”hälsomyndighet”

[72] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 6.
[73] Landskaps- och vårdreformen, *Allmän presentation av landskaps- och vårdreformen.*
[74] Landskaps- och vårdreformen, *Tidtabell.*

(National Health Service, NHS) och tillhandhåller omfattande offentlig hälso- och sjukvård till invånarna, utan patientavgifter vid vårdtillfället. Totalt lägger UK 9.9 procent av sin BNP på hälso- och sjukvården (i paritet med EU-snittet) och offentliga källor står för cirka 80 procent av den totala kostanden för hälso- och sjukvården. Den största andelen, 29,8 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna går till öppenvården (inklusive mobil vård) och cirka 28,7 procent går till slutenvården.[75]

Lokala myndigheter har en viss frihet vad gäller vilka tjänster man väljer att tillhandahålla inom ramen för sin budget och skillnader förekommer t.ex. vad gäller elektiv kirurgi och IVF-behandling. Patienters direkta kostnader vid vårdtillfällen/för mediciner är relativt låg och förkommer framförallt för receptbelagda mediciner, tandvård, glasögon samt vården för personer med långvarigt vård- och omsorgsbehov (long term care).

Jämfört med EU-snittet (3,6) har UK få läkare (2,8) per 1 000 invånare. Likaså har man få och sedan 2013 minskande antal, sjuksköterskor per 1 000 invånare jämfört med EU-snittet (7,9 jämfört med 8,4).[76]

Vid 65 års ålder har kvinnor en förväntad återstående livslängd om 20,8 år och män 18.6 år. Av dessa år kan kvinnor förvänta sig att cirka 50 procent är friska år och män cirka 55 procent.[77] Stora ojämlikheter finns vad gäller förekomst av t.ex. kroniska sjukdomar. Jämfört med de som har högst utbildning har de med lägst utbildning en 50 procent högre risk att drabbas av astma, nästan dubbelt så hög risk att drabbas av depression och nästan 2,5 gånger så hög risk att de har diabetes.[78] Dessa ojämlikheter återfinns också vad gäller hur stor andel av befolkningen som anser sig ha god hälsa. På totalen anser sig cirka 70 procent av Storbritanniens befolkning ha en god hälsa. I den övre inkomstkvintilen är det dock 80 procent som anser sig ha god hälsa och i den lägre enbart 60 procent. Vad gäller icke-tillgodosedda behov av hälso- och sjukvård fördelar de sig dock förhållandevis jämt mellan olika inkomstgrupper, tack vare frånvaron av finansiella hinder för att få tillgång till vård.[79]

[75] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 14.
[76] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 7.
[77] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 2.
[78] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 4.
[79] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 11.

Dagens primärvård

Primärvården i Storbritannien är generellt sett uppbyggd kring allmänläkarmottagningar med team av allmänläkare, sjuksköterskor och stödpersonal och står för första linjens hälso- och sjukvård samt innehar en grindvaktsroll till övrig specialistvård.[80] Traditionellt sett bestod allmänläkarmottagningarna av egenföretagare, som arbetade själva eller i partnerskap, men på senare tid har det skett en ökning av löneanställda allmänläkare, vilka år 2007 utgjorde cirka 20 procent av allmänläkarna. Egenföretagare ersätts via en mix av kapitering och betalning per tjänst.[81]

Patienter kan fritt välja vilken allmänläkare de vill registrera sig hos, inom sitt boendeområde, även om det finns rapporter om att vissa patienter har svårigheter att registrera sig.[82] 2003 låg den genomsnittliga listningen per läkare i hela Storbritannien på 1 745 patienter/läkare. Allmänläkarnas ansvar regleras i kontrakt, vilka bl.a. ålägger dem att tillhandahålla tjänster mellan kl. 8.00 och 18.30.[83]

Via NHS ges även tillgång till distriktssköterskor, barnmorskor, hembesök, familjeplanering och fysioterapi, utan patientavgifter. Dessa kan vara knutna till en allmänläkarpraktik eller till ett geografiskt område. Transporter till sjukhus är gratis för låginkomsttagare om det finns ett bedömt behov av sjukhusvård.

Liksom i Sverige är socialtjänst och hälso- och sjukvård uppdelade i England, Wales och Skottland (Nordirland har dock ett integrerat upplägg). I dessa tre nationer är den sociala omsorgen finansierad genom de lokala styrande myndigheterna och utförs huvudsakligen av privata genomförare. På olika håll pågår dock nu olika initiativ för att få till en bättre integration mellan hälso- och sjukvård och social omsorg/socialtjänst.

[80] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 8.
[81] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s.298.
[82] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, s. 12.
[83] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s. 299.

Reformer med bäring på primärvården

- *England*

Englands senaste långsiktiga policy för hälso- och sjukvården (Next Steps on the Five Year Forward View NHS England, 2017) tonar ner marknadernas och konkurrensens roll och signalerar ett steg tillbaka från uppdelning i inköpare/utförare för att istället lyfta modeller som främjar samarbete på lokal nivå. Sedan 2015 pågår också en rad initiativ kring nya vårdmodeller (s.k. 'vanguard' sites) och organisatoriska former, med syfte att förbättra koordineringen, kunna leverera mer integrerad vård och mer vård utanför sjukhusen. Förhoppningen är att detta ska bidra till både förbättrad kvalitet och effektivitetsvinster.[84]

I juli 2015 lämnade den engelska kommissionen för primärvårdens arbetsstyrka sin slutrapport, till "Health Education England" (en myndighet för ledarskap och utbildning som sorterar under Storbritanniens hälsodepartement). Kommissionens uppdrag var att identifiera och lyfta fram innovativa modeller för primärvård som kan möta framtida behov hos patienter och NHS. Kommissionen beskriver sin vision för framtidens primärvård som en primärvård med aktivt samarbete mellan vårdens medarbetare och personerna som de är till för. En primärvård med en bredare bas av olika yrkeskategorier, och med mer samarbete mellan olika praktiker samt med t.ex. apotek. Givet komplexiteten i många personers hälsobehov och behovet av att engagera människor i sin egen vård kommer många besök att behöva vara längre. Samtidigt kommer man att bättre kunna nyttja teknologins möjligheter för att kunna kommunicera med patienter samt ge stöd till dem för egenvård. Vården kommer även i högre grad, där relevant, kunna guida patienter till resurser hos lekmanna- och frivilligorganisationer utanför hälso- och sjukvården. Visionen beskriver vidare hur även läkare och sjuksköterskor på sjukhus kommer att arbeta mer tillsammans med andra närmre medborgarna, bl.a. vad gäller vård av äldre. I rapporten ges sedan 38 rekommendationer för hur man ska uppnå denna vision. Rekommendationerna tar sikte på en multidisciplinär arbetsstyrka i primärvården, bättre nyttjande av teknologi, nätverk mellan praktiker, integrerad vård, kvalitet och säkerhet i primärvård, grupper med speciella behov, utbildning och

[84] OECD, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, s. 15.

fortbildning samt bättre data för uppföljning och evidensbaserad utveckling.[85]

I HEE:s svar, gällande de rekommendationer som rör deras uppdrag, konstateras att flera av rekommendationerna redan är en del av HEE:s strategi och i hög grad möjliga att implementera förhållandevis snabbt. Man framhåller dock, liksom kommissionen, att de rekommendationer som kräver kulturförändringar eller utveckling som skär över flera organisationsgränser kommer att ta längre tid.[86]

- *Skottland*

För att möta utmaningarna som följer med en åldrande befolkning och ändrad epidemiologisk börda har skotska regeringar sedan 1999 arbetat systematiskt för att bättre integrera hälso- och sociala tjänster, och därigenom förbättra hälsoutfallen. År 1999 etablerades 79 lokala hälsovårdskooperativ runtom i landet som sammanförde allmänläkare med andra primärvårdsmedarbetare samt socialarbetare. Tillsammans skulle de tillhandahålla en rad primärvårds- och samhälls-/omsorgstjänster och främja gemensamt arbete med lokala myndigheter och frivilligsektorn. Därefter har utvecklingen skett i flera olika steg. De har bl.a. inkluderat ett nationellt ramverk för att få det skotska NHS att fokusera mer på preventivt arbete och flytta fokus från akutsjukhus till miljöer närmre invånarna (2005). Detta ramverk följdes 2007 av en femårsplan från den skotska regeringen som gav NHS i uppdrag att leda arbetet att, tillsammans med partners, flytta ut mer vård från sjukhusen och närmre invånarna. 2014 antogs så till slut lagen som lägger grunden för dagens system ”Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Bill”.

Denna lag ålägger relevanta aktörer att integrera såväl planering som utförande av hälso- och sjukvård och sociala tjänster. I och med lagen har partnerskapsarrangemang mellan hälso- och socialmyndigheter etablerats runtom i landets 32 olika områden. Varje partnerskap kan välja om man vill utse en ”ledarmyndighet” av de två, alternativt om man vill skapa en gemensam styrelse, med en egen chefstjänsteman, till vilken bägge myndigheterna delegerar ansvar. Oavsett vilken av dessa två former de s.k. ”integrationsmyndigheterna” tar så ska de

[85] The Primary Care Workforce Commission, *The future of Primary Care-Cretaing teams for tomorrow*, 2015.
[86] Health Education England, *Response to ”The future of primary care: Creating teams for tomorrow”*.

etablera en integrerad budget för att stödja genomförandet av de integrerade funktionerna. Dessa måste omfatta socialtjänst för vuxna, hemsjukvård/vård i närmiljö (community health care), vissa delar av sjukhusvård för vuxna samt syfta till att stödja prevention och förbättrade hälsoutfall. Varje integrationsmyndighet etablerar också en ”strategisk uppdragsplan” (commissioning plan), vilken konsulteras brett med olika intressenter såsom patient- och brukarorganisationer.

Ett nationellt ramverk är under utvecklande för att kunna följa upp effekterna för invånarna av den integrerade hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Nio nationella önskade resultat för hälsa och välmående har fastslagits, vilka tar sikte på kvalitet och sammanhang/kontinuitet i tjänster för såväl individer som vårdgivare, deras familjer och de som arbetar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. De lokala hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstmyndigheterna och integrationsmyndigheterna är gemensamt ansvariga för att uppnå dessa resultat.[87] Indikatorer för att följa upp utvecklingen vad gäller de önskade resultaten har tagits fram och testats i piloter, varefter 23 kärnindikatorer har kopplats till de nio nationella önskade resultaten.[88]

3.3.5 Nederländerna

- Andel av BNP till hälso- och sjukvård: 10,7 procent (2015).
- Andel av landets kostnader för hälso- och sjukvård som går till Primärvården: 14,7 procent (2008).[89]
- Antal läkare per 1 000 invånare: 3,47 (2015).
- Andel allmänläkare av totala läkarkåren: 44,61 procent (2015).
- Förväntad livslängd för kvinnor/män
  - vid födsel: 83,2/79,9 år (2015)
  - vid 40 års ålder: 43,9/41 år (2015).

[87] Eurohealth, *Developing integrated Health and Social care models in Scotland*, 2016, *s. 11–15.*
[88] Skottlands regering, *National Health and Wellbeing Outcomes: Information Framework*.
[89] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015.

Allmänt om hälso- och sjukvården

Nederländerna har ett försäkringsbaserat hälso- och sjukvårdsystem, som täcker in hela befolkningen (98.4 procent år 2014).[90] Före 2006 byggde systemet på en socialförsäkring kombinerat med privata försäkringar för dem med mer resurser. År 2006 genomfördes dock en omfattande reform vilken etablerade en enda privat försäkringsmarknad med reglerad konkurrens. I dag är det obligatoriskt för alla invånare att ha en försäkring som täcker ett definierat åtgärdspaket. Försäkringsgivare måste acceptera alla som ansöker om en försäkring och förväntas kontraktera tjänsteleverantörer baserat på kvalitet och pris. Regeringen övervakar hälso- och sjukvårdsförsäkringen och dess marknader, med hjälp av olika myndigheter.

2006 års reform gav även patienterna en viktig roll som marknadsaktör. I och med detta har patientdeltagande blivit en allt viktigare policyfråga i Nederländerna. Offentligt finansierade vårdgivare har ända sedan 1996 haft krav på sig att ha ett representativt klientråd. Dessutom måste försäkringsgivarna involvera patienter i inköpsbeslut. [91]

För barn täcks försäkringen av regeringen. Vuxna betalar en områdesbaserad taxa till sin försäkringsgivare samt ett inkomstrelaterat bidrag via sin arbetsgivare. Dessa går till en central fond, vilken sedan fördelas mellan försäkringsgivare baserat på riskjusteringar. Cirka 40 procent av de försäkrade får ett skatteavdrag för att köpa sin hälso- och sjukvårdsförsäkring. Det har kommit alltmer krav på kostnadsdelning/patientavgifter, men det är fortsatt avgiftsfritt att besöka allmänläkare samt mödravård och distriktssköterska. En stor majoritet (81.4 procent år 2015) köper även kompletterande försäkringar – utöver den obligatoriska – för att täcka in tandvård och fysioterapi.[92]

Vid 65 års ålder är den resterande förväntade livslängden 18,4 år för män (har ökat från 15,4 år 2000) och 21,1 år för kvinnor (19,3 år 2000). Medan män överlag får spendera 57 procent av den tiden vid god hälsa är motsvarande andel för kvinnorna bara 45 procent (år 2015).[93] Enbart 5 procent av holländarna upplever sig ha dålig hälsa, men det finns en tydlig ojämlikhet i hur denna grupp fördelar sig på

[90] OECD, *Finland: Country Health Profile 2017*, s. 10.
[91] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 15.
[92] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 5–6.
[93] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, 2017, s. 2.

befolkningen. I den högsta inkomstkvintilen[94] uppger enbart 2 procent att de har dålig hälsa men i den lägsta inkomstkvintilen är det 10 procent som upplever sig ha dålig hälsa. Det är även tydliga skillnader i förekomst av t.ex. diabetes utifrån utbildningsnivå, där grupper med lägre utbildning har betydligt högre prevalens än grupper med högre utbildning.

Dagens primärvård

Sedan 2002 har Nederländerna haft ett fokus på att flytta över mer av vården från den sekundära vårdnivån till primärvården. Det gäller framförallt för kroniska sjukdomar och enkla, lågriskbehandlingar såsom t.ex. mindre kirurgi. Primärvården fungerar också som grindvakt för besök på sjukhus och övrig öppen specialistvård.

Den holländska primärvårdens medarbetare återfinns alltmer i större organisatoriska enheter, såsom hälsocentraler, och i multidisciplinära team. 85 procent av allmänläkare är egenföretagare och 15 procent är avlönade av en allmänläkare som är egenföretagare.[95] Alla invånare är registrerade hos en allmänläkare. I princip har invånare rätt att själva välja sin allmänläkare men dessa kan också säga nej, t.ex. p.g.a. att personen bor för långt från läkarmottagningen eller för att läkaren har för många patienter på sin lista. Normen för liststorleken är mellan 800 och 2 750 patienter. 2008 låg den genomsnittliga listan på 2 322 patienter.[96]

Vanligen samarbetar samhälls-apotekare/farmaceuter på ett strukturerat sätt med allmänläkare inom sitt upptagningsområde. Arbete med kompetensväxling har lett till nya positioner som ”practice nurses, nurse practitioners, nurse-specialists” (vilka också får förskriva läkemedel) och läkarassistenter. Allmänläkare har ett förstalinjen ansvar även för psykisk hälsa och cirka 80 procent av allmänläkarpraktikerna har specialistsjuksköterskor för psykisk hälsa anställda hos sig.

---

[95] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s. 184.
[96] Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 2, 2015, s. 186.

Allmänläkare ersätts genom en kombination av ersättning per tjänst, kapitering, paketbetalningar för olika ”paket” av integrerad vård samt resultatbaserade ersättningar.

Behov av primärvård utanför kontorstider täcks genom cirka 122 speciella center för just detta syfte. I snitt finns ett sådant inom 6.2 km avstånd för varje medborgare.[97]

Folkhälsotjänster är primärt kommunernas ansvarar och de tillhandahåller tjänster kopplade till hälsofrämjande, screening, vaccinering och ungdomshälsa. [98]

Reformer med bäring på primärvården

År 2015 reformerade Nederländerna vården för personer med långvarigt vård- och omsorgsbehov (long term care), med syfte att begränsa kostnader samt att göra den mer personcentrerad och mindre institutionaliserad.[99] Kommunerna tog över ansvaret för social omsorg/vård, dock med en minskad budget eftersom lokalt organiserad vård antogs bli mer effektiv. Försäkringsgivarna tog över ansvaret för hemsjukvård given av sjuksköterskor och distriktssköterskor fick en nyckelroll när det gäller att integrera vård och stöd.

Nederländerna har också sedan 2007 prövat en ersättningsform med kapitering för patienter med kroniska sjukdomar (typ 2 diabetes, KOL och ”hjärt-kärlsjukdom”) där vårdgivaren har ett totalt ansvar under ett år och där patienten kan välja vårdgivare. För typ 2 diabetes består ersättningen i en samlad ersättning per patient som betalas ut en gång per år för all standarddiabetesvård. Betalningen sker till ”vårdgrupper” som vanligen består av grupper av allmänläkare, vilka ansvarar för att tillhandahålla vård. De kan sedan i sin tur välja att utföra alla tjänster själva eller underkontraktera andra aktörer, däribland sjuksköterskor eller andra grupper av vårdpersonal för vissa delar av de tjänster som ingår i paketet. Små kvalitetsförbättringar har observerats för flera process- och utfallsindikatorer, däribland BMI, samt blodtrycks- och kolesterolvärden.[100]

[97] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, s. 12.
[98] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, s. 7.
[99] OECD, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, s. 5.
[100] Vårdanalys, *PM 2017:4, Primärvården i Europa – En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*, 2017, OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017.

4 Nulägesbild: vad har hänt sedan förra delbetänkandet?

För vårt uppdrag att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård ska denna utredning ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:02). Det betänkandets många förslag tar sikte på ett antal olika aspekter och riktar sig också till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården, inte bara den statliga nivån. Till sin natur är förslagen därför också olika. Vissa tar sikte på ändringar i lagar och andra regelverk, andra uppmanar till ökad samverkan (i olika utsträckning reglerad) och åter andra har snarare ett signalvärde i att tydliggöra centrala principer som olika aktörer bör utgå ifrån och införliva i sin egen verksamhet. Förslagen berör också allt ifrån specifika problem till övergripande styrande principer för svensk hälso- och sjukvård.

Som vi beskrev i vårt första delbetänkande har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård[1]. Liksom i vårt förra delbetänkande vill vi här bidra till att ge en viss överblick av olika arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och vårt uppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande, och kan med fördel läsas tillsammans med kapitel 3 i vårt första delbetänkande för att få en mer samlad bild. Översikten är dock inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas den framför allt till arbete på nationell nivå. Vissa relaterade arbeten återges i stället i kapitel 5, 6, 7, givet deras mer direkta kopplingar till de frågor vi analyserar i de kapitlen.

[1] SOU 2017:53, *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, kapitel 3.

4.1 Förslag från betänkandet Effektiv vård som tagits vidare i olika processer[2]

4.1.1 Styrande principer

Vården ska ges nära befolkningen

Effektiv vård menade att de styrande principer som fanns i den tidigare 5 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) var föråldrade och i alltför hög grad utgick ifrån sjukhusvårdens perspektiv. Man föreslog därför att dessa skulle ersättas av nya principer som anger närheten till patienten som en inriktning för vårdens organisation (se vidare i SOU 2016:2, kapitel 7). Effektiv vård lämnade också förslag på utformningen av sådana principer vilka innebar att; vården ska ges nära befolkningen om det inte är motiverat att koncentrera vården av kvalitets- eller effektivitetsskäl; Vården ska ges som öppen vård i första hand; Sluten vård kan ges när vården inte kan ges som öppen vård och sluten vård kan ges på vårdinrättning eller annan plats.

Av direktiven till vår utredning framgår att förslagen om ändrade styrande principer är ett av de förslag från Effektiv vård som vi med nödvändighet ska beakta och analysera vidare. Vi gjorde så i vårt första delbetänkande (SOU 2017:53) där vi lämnade förslag på en ny bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) med innebörden att:

- hälso- och sjukvården ska ordnas nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.
- vården ska ges som öppen vård i första hand.

Vi konstaterade även att ytterligare analys behöver göras av definitionerna av öppen och sluten vård i syfte att säkerställa att systemets beroende av dessa inte hindrar organisering av vården utifrån patientens behov och högsta möjliga effektivitet.

I slutet av maj 2018 förväntas riksdagen fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Propositionen är baserad på utredningens första delbetänkande och innebär att det i 7 kap. HSL införs en ny

[2] Rubrikerna motsvarar namnen på de kapitel i Effektiv vård där motsvarande förslag presenterades.

bestämmelse (2 a §) som innebär att landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. Givet att vår utredning efter överlämnandet av det första delbetänkandet fått tilläggsdirektiv (dir. 2017:97) att analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård avstod regeringen i aktuell proposition från att lägga förslag som berör dessa begrepp. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Utredningen kommer i enlighet med tilläggsdirektiven redovisa sin analys av ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård i slutbetänkande, vilket ska överlämnas till regeringen senast i mars 2019.

4.1.2 Minskad detaljstyrning

Vårdgarantin ska vara behovsstyrd och tidsfristen tre dagar

Effektiv vård föreslog att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården skulle ändras så att den enskilde inom viss tid fick en medicinsk bedömning inom primärvården, av den profession som bäst kan möta patientens behov (i stället för att vårdgarantin, som tidigare, enbart skulle omfatta läkarbesök). Vidare föreslogs att tidsfristen skulle anges till tre dagar, i stället för tidigare sju dagar, om en bedömning inte kunde göras direkt när den enskilde söker kontakt med primärvården (se vidare SOU 2016:2, avsnitt 11.2).

Av direktiven till vår utredning framgår att förslagen om en professionsneutral vårdgaranti är ett av de förslag från Effektiv vård som vi med nödvändighet ska beakta och analysera vidare. Vi gjorde så i vårt första delbetänkande där vi fördjupade analysen och lämnade förslag på det vi valde att kalla en ”behovsstyrd vårdgaranti”, i stället för ”professionsneutral” vårdgaranti. Detta namnbyte gjorde vi på inrådan av våra referensgrupper. Som de framhöll så leder termen ”professionsneutral” fel. Det ger intrycket av att det är neutralt – att det inte spelar någon roll – vilken yrkesgrupp du träffar, vilket inte är fallet. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkeskategori patienten träffar. Ibland är det en läkare, en annan gång kanske en fysioterapeut, sjuksköterska eller kurator. På samma sätt som med den hittillsvarande vårdgarantin i HSL reglerar dock inte förslaget i

sig vem det är patienten ska träffa (även om det är ett vanligt missförstånd att tidigare reglering innebär att man alltid har rätt att träffa läkare i primärvården inom sju dagar). Vårdgarantin i sig reglerar inte *om* vård ska ges eller *vilken* vård som kan komma i ifråga. De besluten vilar, som alltid, på avgöranden av de medicinska professionerna. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom, som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen (se avsnitt 5.1.2) Det enda vårdgarantin reglerar är hur lång tid man maximalt ska behöva vänta på de olika steg i vårdkedjan som omfattas av vårdgarantin, *när* de medicinska professionerna har bedömt att de stegen behövs.

I slutet av maj 2018 förväntas riksdagen fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Propositionen är baserad på utredningens första delbetänkande och i den återfinns ett förslag om att ändra så att vårdgarantin inom primärvården innebär att landstingen ska garantera att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvård (ändring i, 9 kap. 1 §, andra punkten HSL samt Patientlagen [2014:821] [PL] 2 kap. 3 § andra punkten). I författningskommentaren förtydligas bl.a. att oftast görs en medicinsk bedömning vid ett fysiskt möte, men att bedömningen även kan göras med hjälp av olika digitala och virtuella lösningar. Det framhålls även att det är patientens behov som ska avgöra såväl vilken yrkeskategori som kommer ifråga för den medicinska bedömningen som om den bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller kan göras på distans. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

4.1.3 Arbetssätt

Fortsatt översyn av kunskapsstyrningen

Effektiv vård bedömde bl.a. att statens roll, i förhållande till andra aktörer, när det gäller kunskapsstöd i hälso- och sjukvården samt förutsättningarna för att samordna kunskapsstöd från olika aktörer borde utredas vidare (se SOU 2016:2, avsnitt 12.2.2).

Den 1 juni 2017 överlämnade Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07) sitt slutbetänkande, Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48), till regeringen. Betänkandet har remitterats och bereds i regeringskansliet.

Som vi redogjorde för i vårt första delbetänkande beslutade SKL:s förbundsstyrelse i maj 2017 att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.2). Under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, detta gemensamma system för kunskapsstyrning. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården och därmed möjliggöra att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i mötet med patienten och dess närstående. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet i systemet för kunskapsstyrning.

I dagsläget omfattar systemet för kunskapsstyrning den verksamhet som landstingen och regionerna ansvarar för, men målet är att också hitta former för ett gemensamt arbete med kommunerna.[3]

Strukturen har i dagsläget 18 nationella programområden som i sin tur kommer att skapa nationella arbetsgrupper (NAG) inom olika diagnosområden och vid behov för specifika frågor. Ett nationellt programområde (NPO) består av experter med bred kompetens inom området och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Alla representanter företräder regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Uppdragen för varje NPO är:

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält,
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och GAP-analyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd),
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används,
- omvärldsbevaka,
- ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar,

[3] *SKL, Landsting och regioners system för kunskapsstyrning,* 2018-04-23.

- nivåstrukturering,
- bidra i arbete med eventuella statliga satsningar.[4]

Nationella samverkansgrupper (NSG) har bildats för att leda och samordna landsting och regioners nationellt gemensamma arbete i olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer och/eller arbeten. De nationella samverkansgrupperna är:

- metoder för kunskapsstöd,
- kvalitetsregister,
- uppföljning och analys,
- läkemedel och medicintekniska produkter,
- forskning och life science,
- patientsäkerhet,
- eventuella tillfälliga satsningar.[5]

Kopplat till kunskapsstyrningsstrukturen finns även ”Styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan” (SKS). Dess uppdrag är att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och vårdprofessioner. Gruppen är sammansatt av två representanter från landstings- och regiondirektörsföreningen, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och en representant från SKL. Representanter från samtliga sex sjukvårdsregioner ska finnas med. Vid behov kan styrgruppen utökas med ytterligare ledamöter. Till sin hjälp har den NSK-regiongrupp som är beredningsgrupp till styrgruppen[6] (se även avsnitt 5.2.6).

[4] SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.
[5] SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.
[6] SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.

4.1.4 Särskilt om kontinuitet

Patientkontrakt

Effektiv vård rekommenderade att kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra organisation och arbetssätt. I det betänkandet framhöll också att personlig kontinuitet är särskilt viktigt för vårdens storkonsumenter (se vidare SOU 2016:2, avsnitt 13.1).

Som vår utredning beskrev i vårt första delbetänkande aviserade regeringen under hösten 2016 en pilotverksamhet med patientkontrakt, vilken genomfördes i tre landsting, Landstinget i Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten, under 2017 (Se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.3). I januari 2018 avrapporterades pilotprojektet om patientkontrakt till regeringskansliet. Pilotverksamhetens uppdrag var att utveckla ett koncept för patientkontrakt med en interaktiv sammanhållen plan. I slutrapporten beskrivs patientkontrakt som ett stöd för gemensam planering och samordning, vilket för närvarande består av fyra delar: överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid och sammanhållen plan på 1177.se. Patientkontrakt ska leda till förbättrad samordning, delaktighet, tillgänglighet och samverkan för patienten. Rapporten framhåller även att det krävs en rensning av antalet planer och en lagstiftning som främjar samverkan mellan vårdgivare och patient. Vidare menar man att nuvarande lagstiftning i vissa avseenden utgör hinder för samverkan och därför behöver omprövas. Detta för att utifrån patientens perspektiv och behov möjliggöra att gemensamt hantera all information om vård och omsorg på en plats på 1177.se, oavsett huvudman. Från och med 2018 ingår pilotverksamheten om patientkontrakt som ett utvecklingsprojekt inom SKL, som en del av överenskommelsen om patientmiljarden.

Överenskommelsen om den s.k. patientmiljarden, vilken aviserats för åren 2018–2021, presenterades av regeringen och SKL i december 2017. Satsningen ska främja huvudmännens förutsättningar att förbättra tillgängligheten till primärvården samt en mer patientcentrerad vård genom samordning, kontinuitet och helhetssyn. Överenskommelsen inriktas mot införandet av en förstärkt vårdgaranti inom primärvården (baserat på förslagen i vårt första delbetänkande SOU 2017:53) samt att stödja införandet av patientkontrakt.

Med patientkontrakt avses en sammanhållen vårdplan över en patients samtliga vårdkontakter. Patientkontrakten ska fungera som

ett slags paraplyöverenskommelse för patientens samtliga vårdinsatser och vårdplaner, t.ex. min vårdplan inom cancervården, rehabiliteringsplan eller samordnad individuell plan (SIP). För att få ta del av insatser under överenskommelsen ska landstingen bl.a. se till att det finns dokumenterade rutiner för etablering av fast vårdkontakt som ska vara införda i verksamheten.

4.1.5 Verksamhetsstöden

Arbete under visionen för e-hälsa

Effektiv vård bedömde bl.a. att en effektiv informationshantering i hälso- och sjukvården krävde samlade insatser av regeringen och huvudmännen. Vidare menade de att staten behövde ta ett samlat ansvar för infrastruktur, regelverk m.m. (se vidare i SOU 2016:2, kapitel 14).

I vårt första delbetänkande redogjorde vi övergripande för bl.a. Socialstyrelsens instruktionsenliga uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer samt en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde. Vi beskrev även övergripande den av regeringen och SKL beslutade ”Vision e-hälsa 2025”, och dess tre insatsområden samt vissa specifika pågående arbeten kopplat till dessa insatsområden (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.4).

Sedan vårt första delbetänkande har arbetet med läkemedelslistan gått vidare och regeringen har i april 2018 beslutat om en proposition, vilken överlämnats till riksdagen (se vidare under avsnitt 4.2.2 i detta kapitel).

I mars 2018 avrapporterade eHälsomyndigheten det uppdrag man haft tillsammans med Vinnova att utveckla ramverk för öppna standarder (N2016/04455/IF). I rapporten konstaterar eHälsomyndigheten att i deras bedömning är en nationell förvaltningsorganisation för gemensamma, nationella specifikationer en av de allra mest centrala förutsättningarna för att nå den interoperabilitet som eftersträvas på nationell nivå och målen med Vision e-hälsa 2025. Man framhåller att för att nå målen om enhetligare begreppsanvändning och standarder behövs både nationellt stöd och nationell styrning. Deras förslag på organisering och ansvarsfördelning har dock sin tyngdpunkt i det stödjande perspektivet, det vill säga att utgöra ett

nationellt stöd vid utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer (snarare än att vara en modell för styrning av nationell standardisering). Rapportens förslag på förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer kan sammanfattas i tre övergripande delar:

- Utgöra kompetenscenter som ger stöd och råd i standardiseringsfrågor
- Möjliggöra kontaktpunkt för samarbete och erfarenhetsutbyte
- Tillgängliggöra nationellt gemensamma specifikationer.

Rekommendationen är att den nationella förvaltningsorganisation som föreslås i rapporten ska placeras på E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten har planerat att under 2018 etablera förvaltningsorganisationen i enlighet med förslaget i rapporten, som ett direkt bidrag till Vision e-hälsa 2025.[7]

4.1.6 Kompetensförsörjning

Nationell samordning

Effektiv vård föreslog bl.a. att regeringen skulle besluta om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i fråga om kompetensförsörjning (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.1). Som redogjordes för i vårt första delbetänkande (se SOU 2017:53, avsnitt 3.1.5) gav regeringen under 2015 och 2016 olika uppdrag som anknyter till Effektiv vårds förslag i dessa delar. Det handlar framför allt om:

- Uppdrag till Socialstyrelsen att ge stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning
- Uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) om samverkan kring kompetensfrågor.

Av Socialstyrelsens och UKÄ:s gemensamma årsrapport för 2017 framgår att följande aktiviteter genomförts från februari 2017 t.o.m. januari 2018:

[7] E-hälsomyndigheten, *Digitalt pedagogiskt stöd för e-hälsolösningar – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens likalydande regeringsuppdrag S2017/02466/FS*, 2018.

- Nationell konferens om framtidens vårdkompetens den 15 juni 2017.
- Dialogmöten med professionsgrupper och referensgruppsmöten (referensgruppen omfattar representanter från tre lärosäten, tre landsting, fyra kommuner och en från den privata vårdsektorn).
- Hur samverkansarenor på nationell och regional nivå kan utvecklas långsiktigt:
  - *kartläggning av samverkansformer mellan berörda aktörer inom kompetensförsörjningsområdet.* Kartläggningen visar på att det sammantaget finns cirka 100 forum för samverkan mellan landsting, regioner och lärosäten, på flera olika nivåer. De flesta forum som framkom i kartläggningen var forum på regional nivå. Kommunerna omnämndes delta i cirka femton av dessa forum. Av kartläggningen framgår också att det finns ett tiotal forum för samverkan mellan lärosäten och kommuner. I många fall är det VFU-avtal mellan aktörerna som utgör grund för samverkan.
  - *strategiska dialogmöten i samtliga sjukvårdsregioner*. Från dessa dialoger framhålls bl.a. att samverkan mellan huvudmän och lärosäten försvåras av att de har olika uppdrag (regionalt uppdrag kontra nationellt uppdrag). Dialogerna har även tydliggjort att huvudmännen och lärosätena har svårt att av egen kraft utarbeta exempelvis de gemensamma målbilder och språk eller den stödjande struktur som efterfrågas och som bedöms vara en viktig utgångspunkt för utvecklingen av samverkansarenor som stödjer en effektiv och ändamålsenlig kompetensförsörjning. Vidare konstateras att huvudmän och lärosäten har starka önskemål om att exempelvis roller och uppdrag blir tydligare, att kunskaps- och faktaunderlag samordnas bättre samt att färdriktningen ur ett nationellt perspektiv blir tydligare.
- Förbättrad tillgång till statistik och prognoser:
  - *kartläggning av befintlig statistik och de prognoser som görs.* Här konstaterades bl.a. att ingen statistik och inte heller någon prognos omfattar samtliga relevanta yrkesgrupper inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vissa prognoser har så långa prognos-

perioder att det förefaller svårt för de olika aktörerna att förhålla sig till och agera utifrån dem. Många av prognoserna ges enbart på nationell nivå.

– *statistikbaserad flödesbeskrivning för specialistsjuksköterskor och barnmorskor*. Målet är att ta fram fungerande flödesmodeller för samtliga 21 ingående yrkesgrupper. Under våren 2018 kommer flödesanalyser till att börja med göras för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister (utifrån expertgruppens bedömning om vilka grupper som var mest angelägna).
– *utveckling av prognoser för kompetensförsörjningsbehov – möte med expertgrupp som stöd i arbetet.* Under senhösten 2017 påbörjades ett arbete med att ta fram en testprognosmodell. Testmodellen kommer att bygga vidare på den modell som används av Statistiska centralbyrån (SCB) i deras Trender och prognoser, kompletterat med den regionspecifika prognosmodell 2025 och den prognos för sjuksköterskor som har tagits fram i Skåne. En första pilotprognos är planerad till sommaren 2018.

- Kommunikation: kommunikationsplattform, digitala kanaler och nyheter. En separat webbplats för uppdraget, www.framtidensvardkompetens.se, lanserades i början av juni 2017. I samband med detta introducerades även ett digitalt nyhetsbrev samt en diskussionsgrupp på LinkedIn där intresserade kan följa arbetet med uppdraget och komma med tips, inspel, diskussionsinlägg med mera.[8]

Utred Sjuksköterskeutbildningen

Effektiv vård föreslog att regeringen snarast skulle besluta om en utredning för att ta ställning till utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning. Man framhöll framför allt behovet av att utreda specialistutbildningen för sjuksköterskor men menade att grundutbildning och specialistutbildning bör ses som en helhet, varför även grundutbildningen behövde en genomgång (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.2).

[8] Framtidens vårdkompetens, *Samverkan om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården – Årsrapport för 2017*, 2018-02-20.

Regeringen beslutade den 20 juli 2017 att en särskild utredare ska se över specialistsjuksköterskeutbildningen (dir. 2017:86). Syftet med översynen är att den framtida utbildningen ska möta hälso- och sjukvårdens förändrade behov och ge studenterna den kunskap och förmåga som krävs för att självständigt arbeta som specialistsjuksköterska. Utredaren ska också se över frågor som rör vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar.

Utredaren ska bl.a.

- analysera vårdens tillgång på och behov av specialistsjuksköterskor,
- föreslå åtgärder för att öka specialistsjuksköterskeyrkets attraktivitet,
- föreslå en ny examensbeskrivning för specialistsjuksköterskeexamen,
- se över kraven på tillträde till specialistsjuksköterskeutbildningen,
- bedöma behoven av en ändrad examensbeskrivning för barnmorskeexamen,
- bedöma behoven av en specialiströntgensjuksköterskeexamen, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningen leds av Kenth Nauclér och har tagit namnet ”Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar” (U 2017:08). Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2018.

Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Effektiv vård föreslog att utformningen av tjänstgöring inom primärvården för ST-läkare skulle utredas (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.3).

Som vi redogjorde för i vårt första delbetänkande gav regeringen i juli 2016 i uppdrag åt professor Jens Schollin att genomföra en översyn samt lämna förslag avseende läkarnas specialiseringstjänstgöring (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.1.5). Baserat på Schollins utredning presenterade Socialdepartementet i november 2017 Ds 2017:56 Bastjänstgöring för läkare. Bastjänstgöring föreslås bli en ny gemensam

klinisk introduktion till specialiseringstjänstgöringen (ST) och ska utformas som en fristående första del i ST. Förslaget är tänkt att gälla ihop med en förnyad läkarutbildning enligt förslaget från Läkarutbildningsutredningen (SOU 2013:15) och ska gälla för såväl svenskt utbildade läkare, som läkare med utbildningar från andra länder som specialiserar sig i Sverige. Socialstyrelsen föreslås utarbeta föreskrifter och målbeskrivningar utifrån tio generella lärandemål som ska representera de kompetenser bastjänstgöringen ska leda till. Vad gäller placeringen inom vården av bastjänstgöringen föreslås endast två tydliga regleringar: tre till fyra månader inom primärvård och motsvarande tid inom akutsjukvård. Dessutom anges att kunskaper inom psykiatri särskilt ska beaktas och rymmas inom bastjänstgöringen. Departementspromemorian har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar

Effektiv vård föreslog att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 16.4).

Regeringen beslutade den 19 oktober 2017 att en särskild utredare ska överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska bl.a.

- beskriva yrkets innebörd och yrkesrollens beskaffenhet,
- föreslå en ändamålsenlig reglering för yrkesgruppen undersköterska, dvs. att yrkesgruppen ska omfattas antingen av bestämmelserna om legitimation, skyddad yrkestitel eller annan reglering,
- förtydliga vilken kompetens som ska krävas, och
- lämna de författningsförslag som behövs.

Utredningen leds av Harriet Wallberg och har tagit namnet Utredningen Reglering av yrket undersköterska (S 2017:07). Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

Regeringen har även gett Skolverket samt Socialstyrelsen två relaterade uppdrag i sina regleringsbrev för 2018. Socialstyrelsen ska

under 2018 sätta upp nationella kompetenskrav för undersköterskeyrket, för ökad likvärdighet i hela landet. Det kan exempelvis gälla en gemensam grundnivå för vad som ska ingå i utbildningen. Förutom att föreslå nationella kompetenskrav för yrket undersköterska, ska Socialstyrelsen beskriva vilka författningsändringar som krävs för att kompetenskraven ska kunna fastställas i föreskrift. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 1 december 2018. Skolverket har fått i uppdrag att föreslå justeringar i programstruktur och examensmål för vård- och omsorgsprogrammet samt ta fram förslag till de förordningsändringar som krävs med anledning av ett införande av en undersköterskeexamen inom såväl gymnasieskolan som inom kommunal vuxenutbildning. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet) senast den 30 november 2018.

4.2 Andra för uppdraget relevanta processer

4.2.1 Andra propositioner och utredningar

God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (proposition 2017/18:249)

Regeringen överlämnade i april 2018 en proposition till riksdagen med förslag på en utvecklad folkhälsopolitik.[9] Regeringen bedömer att hälsoläget i Sverige i huvudsak är gott men att det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället som bör uppmärksammas. Man anser att villkoren bör förbättras för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och för tidig död. Propositionen understryker att folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar och kräver insatser från de flesta sektorer i samhället. En strävan att minska de ojämlika förutsättningarna för en god folkhälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer. Förslagen utgår bland annat ifrån Kommissionen för jämlik hälsas slutbetänkande, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.[10] Förslagen syftar till

[9] Prop. 2018/18:249, God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.
[10] SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.*

att underlätta folkhälsoarbetet på samtliga samhällsnivåer genom en tydligare fördelning av ansvar på nationell nivå och förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsoarbetet med fokus på skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen. Regeringen föreslår följande:

Fokus på jämlik hälsa

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken omformuleras med ett tydligare fokus på jämlik hälsa. Det nya målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Åtta målområden

Folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur med elva målområden omvandlas till åtta:

1. Det tidiga livets villkor.
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning.
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter.
5. Boende och närmiljö.
6. Levnadsvanor.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Fysisk aktivitet och bra matvanor för alla

För att stärka det långsiktiga arbetet med matvanor och fysisk aktivitet aviserar regeringen ett delmål: Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.

Folkhälsomyndighetens verksamhet utvecklas

Folkhälsomyndigheten föreslås få nya uppgifter. Myndigheten bör verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås och verksamheten omfatta samtliga åtta målområden. Myndigheten föreslås även få ett samordningsansvar för folkhälsoarbetet på statlig nivå och bidra till samverkan av insatser för en god och jämlik hälsa.

Pilotprojekt på regional nivå

För att skapa bättre förutsättningar för det lokala främjande och förebyggande folkhälsoarbetet vill regeringen ta initiativ till ett pilotprojekt på två länsstyrelser och Folkhälsomyndigheten. Syftet är att utveckla metoder och arbetssätt för samordning av regionalt arbete för en god och jämlik folkhälsa utifrån bestämningsfaktorerna i de åtta målområdena.

En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40)

Riksdagen beslutade i mars 2018 om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.[11] Processen kommer att ersätta systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2018. Ändringen i 2 kap. 7 § HSL innebär att rikssjukvård ersätts med nationell högspecialiserad vård som är offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Enligt 7 kap. 5 § HSL ska den myndighet som regeringen bestämmer besluta vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.[12] Socialstyrelsen ska vara ansvarig myndighet även i den nya strukturen. Socialstyrel-

[11] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*
[12] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, s. 5.

sen ska utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag på vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra högspecialiserad vård.[13] För att få bedriva nationell högspecialiserad vård ska det krävas tillstånd. Dagens Rikssjukvårdsnämnd ersätts av ett nytt särskilt beslutsorgan, Nämnden för nationell högspecialiserad vård. Nämnden ska bestå, utöver ordföranden, av representanter för sjukvårdsregionerna. Nämndens uppgift ska vara att, efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillstånden ska kunna återkallas under vissa förutsättningar.[14] I samband med att riksdagen antog propositionen uppmanade den även regeringen att tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan staten och de nuvarande huvudmännen.

Lag om försäkringsmedicinska utredningar (prop. 2017/18:224)

Regeringen lämnade i april 2018 förslag på en ny lag om försäkringsmedicinska utredningar.[15] Förslagen syftar till att skapa en sammanhållen lagstiftning om försäkringsmedicinska utredningar och samtidigt stärka de försäkrades integritet och säkerhet, se avsnitt 6.1.3. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019. Riksdagen förväntas ta beslut om propositionen den 31 maj 2018.

Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer (prop. 2017/18:138)

I mars 2018 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag om att legitimation ska införas för kuratorer inom hälso- och sjukvården och att yrkestiteln ska vara hälso- och sjukvårdskurator.[16] Syftet med förslaget är att öka patientsäkerheten, dels genom att det ställs krav på lämplighet och kompetens för att få legitimation, dels genom att legitimationen kan återkallas om hälso- och sjukvårdskuratorn exempelvis skulle vara grovt oskicklig eller uppenbart olämp-

[13] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, s. 37.
[14] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, s. 49.
[15] Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar.*
[16] Prop. 2017/18:138, *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer.*

lig att utöva yrket.[17] Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2019. Riksdagen förväntas ta beslut om propositionen den 7 juni 2018.

En generell rätt till kommunal avtalssamverkan (prop. 2017/18:151)

Regeringen lämnade i mars 2018 ett förslag till nya bestämmelser i kommunallagen som ger kommuner och landsting generella möjligheter till avtalssamverkan.[18] Propositionen bygger bland annat på förslagen i Kommunutredningens första delbetänkande.[19] Genom avtalssamverkan ska kommuner och landsting få möjlighet att överlåta utförandet av sina uppgifter till en annan kommun eller ett annat landsting. Förslaget är tänkt att förenkla möjligheterna till kommunal samverkan och extern delegering. Till följd av förslaget om generella bestämmelser i kommunallagen föreslås även ett antal följdändringar i andra lagar. Det innebär ändringar bland annat i socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Regleringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2018. Riksdagen förväntas ta beslut om propositionen den 23 maj 2018.

Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum

Den 23 januari 2018 aviserade regeringen sitt ”Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum”. I det fortsatta arbetet har regeringen identifierat elva punkter där det behövs ytterligare insatser.

1. *En utredning om ”normalt förekommande arbete” och ”särskilda skäl”* Regeringen anser att tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete behöver analyseras närmare. En utredning har tillsatts, se vidare i avsnitt 6.1.3.
2. *Förstärkt arbete inom Försäkringskassan med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*. Försäkringskassan ska redovisa en plan för vilka åtgärder man avser att vidta för att se till

[17] Prop. 2017/18:138, *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*.
[18] Prop. 2017/18:151, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.
[19] SOU 2017:77, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

att individen ges nödvändigt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och för att övriga aktörer involveras. Denna plan ska redovisas senast i april 2018. Därefter ska myndigheten årligen redovisa resultaten av vidtagna åtgärder i årsredovisningen fram till och med 2020.

3. *Permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården.* Regeringen lämnade i mars 2018 en promemoria med förslag till en ny lag om koordineringsinsatser för patienter med behov av särskilt stöd för att främja återgång till arbetslivet.[20] Man anser att det bör införas en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Arbetet med att koordinera vården bör dokumenteras. Dokumentationen bör ske genom journalföring gemensamt med övrig dokumentation inom hälso- och sjukvården. Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

4. *Se över möjligheten till skäligt rådrum i SGI-skyddet*. Översynen syftar till att åstadkomma en skäligare reglering, ett rådrum, som möjliggör att SGI-skyddet inte går förlorat direkt efter avslutad sjukperiod hos Försäkringskassan.

5. *Långa sjukfall och sjukersättning*. En översyn inom Regeringskansliet har startat som genomför en fördjupad analys av orsakerna till nuvarande nivåer av nybeviljande och avslagsandelar i sjuk- och aktivitetsersättningen. I översynen ska regelverket för sjukersättningen analyseras för att säkerställa att gränsdragningen mellan vilka långtidssjukskrivna som fortsätter med sjukpenning och vilka som i stället beviljas sjukersättning är ändamålsenlig. Man ska även analysera eventuella hinder för den som har sjukersättning att delta i aktiviteter eller att prova på att återgå i arbete samt analysera behovet av ytterligare åtgärder i syfte att minska antalet långa sjukfall. Översynen ska slutföras hösten 2018.

6. *Stöd till arbete eller studier för personer med aktivitetsersättning*. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete på Försäkringskassan. Regeringen bedömer att detta kommer att leda till att flera unga

[20] Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser.*

med aktivitetsersättning får stöd för återgång i arbete eller studier. För att stödja och säkerställa detta arbete har Försäkringskassan fått ett mål i regleringsbrevet som innebär att myndigheten ska verka för att flera unga med aktivitetsersättning ska få sitt rehabiliteringsbehov kartlagt i samverkan med Arbetsförmedlingen.

7. *Sjukförsäkringen i en föränderlig arbetsmarknad*. Visstidsanställningar har blivit allt vanligare. Det finns därför ett behov av att närmare analysera hur sjukförsäkringens regelverk förhåller sig till dagens arbetsmarknad. Dessa delar kommer ingå i den utredning som tillsätts som också ser över tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete.

8. *Ökade möjligheter till arbete inom sjukförsäkringen*. För allvarligt sjuka personer kan det vara viktigt att kunna arbeta i den omfattning som sjukdomen medger i stället för att vara sjukskrivna på heltid. Försäkringskassan och Sahlgrenska sjukhuset har i ett gemensamt projekt samverkat för att underlätta för patienter med cancersjukdom att arbeta på sin tidigare arbetsplats som en del av sin rehabilitering. Erfarenheterna från projektet bör tas tillvara. Dessa delar kommer ingå i den utredning som tillsätts som också ser över tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete.

9. Regeringen tillsatte i april 2018 en nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.[21] Utredaren ska arbeta för att göra det lättare för alla medverkande att samverka i sjukskrivningsprocessen. Arbetet ska ske i dialog med bland annat hälso- och sjukvårdens huvudmän, personal, rehabiliteringsaktörer samt patient- och brukarorganisationer.

10. *Ett Nolltoleransuppdrag: Ge stöd till individer som går från sjukförsäkringen till Arbetsförmedlingen.* Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behov av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete.

[21] Dir. 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

11. *Förbättrad samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Uppdraget ska genomföras i samråd med Läkarförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och landstingen. Uppdraget ska delredovisas i juni 2018 och slutredovisas i juni 2019.

Utredningen en nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå.[22] I december 2016 fick utredningen i tilläggsuppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Vid översynen ska utredaren bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas av andra tvångsåtgärder eller ändras.[23] I januari 2018 lämnade utredningen sitt första delbetänkande.[24] I det föreslår man bland annat att det ska inrättas ett särskilt utvecklings- och kontrollorgan – Nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn. Vidare föreslår man att det i patientsäkerhetslagen införs en bestämmelse om att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att lämna ut sådana uppgifter som den föreslagna nämnden för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård av barn behöver för sin verksamhet.

[22] Dir. 2015:138, *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.*
[23] Dir. 2016:106, *Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.*
[24] SOU 2017:111, *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.*

Tillitsdelegationen (Fi 2016:03)

I vårt första delbetänkande beskrev vi att regeringen i juni 2016 beslutade att inrätta en delegation som skulle arbeta för ökad tillit i styrningen av den offentliga sektorn och välfärdstjänsterna (se vidare i SOU 2017:53. avsnitt 3.2.2).[25] I juni 2017 lämnade Tillitsdelegationen ett första delbetänkande.[26] I det görs bedömningen att all styrning av offentlig sektor måste beaktas som en helhet och att ersättningsmodeller endast utgör en avgränsad del av denna. Ersättningsmodellers betydelse bör inte överdrivas, men heller inte underskattas. Delegationen rekommenderar att styrning genom ersättningsmodeller inte bör vara mer detaljerad än vad som är nödvändigt. Detaljerade ersättningsmodeller har ofta begränsade möjligheter att uppnå avsedda effekter, i stället medför de inte sällan negativa sidoeffekter. Möjligheten till flexibilitet och innovation utifrån lokala kontexter bör särskilt beaktas. Tillitsdelegationen bedömer att ersättningsmodellernas möjligheter att styra verksamheter i önskad riktning inte ska överskattas relativt andra styrmedel. Man lyfter särskilt fram kommunikation, dialog och ledarskap.

I december 2017 fick Tillitsdelegationen ett tilläggsdirektiv (dir. 2017:119). Delegationen ska dels genomföra projekt som syftar till att ge stöd till statliga myndigheter som vill utveckla verksamheten med målet att uppnå en mer tillitsbaserad styrning vid myndigheten, dels projekt som syftar till att skapa en mer samordnad offentlig verksamhet. Det innebär bl.a. att delegationen ska organisera och driva nätverk där grupper av statliga myndigheter praktiskt söker och prövar konkreta förändringar i styrningen utifrån ett tillitsperspektiv. De återstående delarna av uppdraget enligt de ursprungliga direktiven ska redovisas senast den 18 juni 2018. De nya delarna av uppdraget ska redovisas i en slutrapport senast den 13 oktober 2019.[27]

[25] Dir. 2016:51, *Tillit i styrningen.*
[26] SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*
[27] Dir. 2017:119, *Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen.*

Utredningen om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07)

I vårt första delbetänkande beskrev vi att regeringen i november 2016 beslutade att tillsätta en utredare för att genomföra en övergripande översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (se vidare i SOU 2017:53. avsnitt 3.2.2). I november 2017 lämnade utredningen sitt första delbetänkande.[28] Betänkandet innehöll en analys av dagens system samt av de olika alternativa handlingsvägar som finns vad gäller systemen för såväl finansiering som prissättning av läkemedel.

Fortsatta analyser kommer inkludera:

- Diskussionen kring de problem som landsting, patienter och andra aktörer framfört angående uppdelningen av finansieringen i öppen- och slutenvård.
- Frågan, som anges i direktiven, om det finns ett fortsatt behov av uppdelning i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel vad gäller finansieringen.
- Eventuella behov av någon annan form av uppdelning vad gäller finansieringen.
- Behovet av kostnadsutjämning och förutsättningarna för landstingen, särskilt de mindre, att klara ökade kostnader för läkemedel och i vilken mån utjämningssystemet kan säkerställa jämlik vård och en ändamålsenlig introduktion av nya läkemedel.
- Problem som uppstår genom att ett och samma läkemedel kan ha olika pris beroende av om det förskrivs inom förmånen eller rekvireras och om det är möjligt att införa ett prissättningssystem som inte är beroende av om ett läkemedel förskrivs eller rekvireras.
- Analys av faktiska läkemedelspriser i Sverige jämfört med andra länder.
- Analys av vilka hinder och förutsättningar som finns för att på kort och lång sikt utveckla möjligheterna till uppföljning och utvärdering kopplat till processen för prissättning och finansiering.

[28] SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt.*

I det fortsatta arbetet ingår därmed frågeställningar som vilka problem som kan lösas genom att ta bort uppdelningen mellan förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i fråga om finansiering och prissättning, vilka praktiska och juridiska möjligheter respektive hinder som finns för att ta bort gränsdragningen samt vilka konsekvenser det skulle få för landsting, patienter och andra aktörer som exempelvis apoteken. Slutbetänkande ska presenteras senast 1 december 2018.[29]

Översyn av Socialtjänstlagen (S 2017:03)

I vårt första delbetänkande beskrev vi att regeringen i april 2017 beslutade att utse en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av socialtjänstlagen (2001:453) och vissa av socialtjänstens uppgifter (se vidare i SOU 2017:53. avsnitt 3.2.2).

Slutbetänkandet ska redovisas senast den 1 december 2018. I april 2018 kom dock utredningen med ett delbetänkande.[30] I betänkandet redogör utredningen för bedömningar som ligger till grund för utredningens arbete. Det övergripande syftet med delbetänkandet är att fördjupa kunskaperna om och möjligheterna med att arbeta förebyggande. Bland annat lyfter man fram att:

- Det kommer att behövas en kombination av olika åtgärder och styrmedel för att ett förebyggande perspektiv i socialtjänsten ska bli verklighet.
- Socialtjänstens förebyggande arbete syftar till att förebygga sociala problem och social utestängning.
- Socialtjänstens förebyggande arbete bedrivs på samhälls-, grupp- och individnivå.
- Kommunen bör ta ett övergripande och aktivt ansvar för att samordna det förebyggande arbetet i kommunen och för socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen.
- Former och arbetssätt för socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen behöver utvecklas och etableras.

[29] SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt.*
[30] SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.*

- Det finns behov av metodutveckling och metodstöd till kommunerna, bland annat för att integrera ett förebyggande perspektiv i verksamheten, ta fram lokala kunskapsunderlag till samhällsplanering samt för samhällsekonomiska analyser.
- Det förebyggande arbetets innehåll, omfattning och utveckling över tid behöver synliggöras.
- Metodstöd behövs för att utveckla socialtjänsten till en lärande organisation.
- Regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten behöver vara stabila och långsiktigt hållbara.
- Behovet av samordnad kunskapsutveckling, kunskapsspridning samt utveckling och förvaltning av evidensbaserade förebyggande metoder är stort.

Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04)

I april 2017 beslutade regeringen att en särskild utredare ska se över förutsättningarna för finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Utredaren ska enligt direktiven (dir. 2017:44) lämna förslag på hur finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården bör utformas för att bidra till effektiva insatser för individer och minskade kostnader för sjukvårdshuvudmännen och sjukförsäkringen. Förslagen bör vara utformade så att den finansiella samordningen ska kunna omfatta hela landet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2018.[31]

Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)

Den 18 december 2017 gavs en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag till regeringen som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt direktiven ska utredningen också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom

[31] Dir. 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.*

olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Direktivet lyfter särskild fram vår utredning, Samordnad utveckling för god och nära vård, som en sådan.[32]

Det övergripande syftet med utredningen är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Styrsystem i hälso- och sjukvården ska utformas så att det säkerställs att utförare tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal. I linje med det ska utredaren bland annat se över lagen om valfrihetssystem (2008:962). Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara. Utredningen ska också utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård. Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande[33] Vidare fick utredningen den 1 mars 2018 ett tilläggsdirektiv. Utöver tidigare nämnda punkter får utredaren i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.[34] Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2018.

Utredningen nationell samordning för life science (U 2015:08)

Hösten 2015 utsåg regeringen en särskild utredare för att bidra med underlag och samordna regeringens arbete med att stärka Sveriges position inom livsvetenskap (life science).[35] I sin delrapportering 2017

[32] Dir. 2017:44, Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, s. 8.
[33] Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården.*
[34] Dir. 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården.*
[35] Dir. 2015:105, *En nationell samordnare för området livsvetenskap.*

föreslog utredningen bland annat en lagändring av hälso- och sjukvårdslagen och lagen om läkemedelskommittéer. Förslaget innebar att lyfta fram sjukvårdens skyldighet att delta i forskning, utveckling och innovation samt ändra skyldigheten för landstingen att inrätta läkemedelskommittéer till att vara frivilligt. Utredningen föreslog även ett program med karriärtjänster för disputerad vårdpersonal som är anställda av landsting, regioner och kommuner.[36] Utredningen avslutades i januari 2018. I februari samma år meddelade regeringen att man etablerar ett kontor för life science inom Näringslivsdepartementet. Arbetet ska främja kunskapsutveckling, innovation och kvalitet i hälso- och sjukvården samt förbättra förutsättningarna för life science-företag att etableras och verka i Sverige.[37]

Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06)

Regeringen gav i juni 2015 en särskild utredare uppdraget att fungera som nationell samordnare och att främja förbättrad samverkan mellan myndigheter, kommuner, landsting och organisationer på nationell, regional och lokal nivå kring insatser för unga som varken arbetar eller studerar.[38] Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i februari 2018. Utredningen föreslog flera åtgärder på olika nivåer för att förändring och förbättring ska kunna ske. Det handlar om allt från förbättrade insatser för enskilda individer, förändringar i regelverk, styrning och organisering av olika myndigheter och aktörer, till större samhällsförändringar. Utredning föreslog vidare ett tilläggsuppdrag till vår utredning. Förslaget omfattar att utreda förutsättningarna för, och lämna förslag på hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård för åldersgruppen 0 till 25 år kan säkerställas.[39]

[36] U 2015:08, Delrapportering för U 2015:08 *en nationell samordnare för livsvetenskaperna.*
[37] Regeringskansliet, *Sverige vässar arbetet inom life science*, 2018-02-08.
[38] Dir. 2015:70, *Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar.*
[39] SOU 2018:11, *Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar,* s. 18.

Utredningen om inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn (Fi 2017:09)

Regeringen fattade i december 2017 beslut om att inrätta en ny myndighet för en digitalisering av den offentliga sektorn. Den nya myndigheten ska ha i uppgift att utveckla, samordna och stödja digitaliseringen av statliga myndigheter och förvaltningen i kommuner och landsting, med undantag för försvarsmyndigheterna. En särskild utredare har utsetts för att förbereda och genomföra den nya myndigheten.[40] Utredaren ska vidta de åtgärder som krävs för att myndigheten ska kunna inleda sin verksamhet den 1 september 2018. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2018.

Kommunutredningen (Fi 2017:02)

I februari 2017 gavs en parlamentariskt sammansatt kommitté i uppdrag att med bakgrund i den demografiska utvecklingen utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. De åtgärder som föreslås ska kunna genomföras inom dagens system för finansiering av den kommunala sektorn och ska inte innebära en ökning av statens utgifter. Eventuella förslag om kommunsammanläggningar ska bygga på frivillighet. Kommittén gavs även i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtalssamverkan. I linje med det presenterades i oktober 2017 kommitténs första delbetänkande[41] (se tidigare i detta avsnitt om ”En generell rätt till kommunal avtalssamverkan”). Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 15 oktober 2019.

Kostnadsutjämningsutredningen (Fi 2016:12)

En särskild utredare gavs i november 2016 i uppdrag att göra en översyn av systemet för kostnadsutjämning för kommuner och landsting.[42] Utredaren ska överväga om större samhällsförändringar, som påverkar kostnaderna för kommuner och landsting, i tillräcklig grad fångas upp av det nuvarande systemet. Kommunerna och landstingen

[40] Dir. 2017:117, *Inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn.*
[41] SOU 2017:77, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan.*
[42] Dir. 2016:91, *Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting.*

ansvarar för en stor del av den offentliga verksamheten, såsom skattefinansierade välfärdstjänster inom skola, social verksamhet samt hälso- och sjukvård. Samtidigt skiljer sig de ekonomiska förutsättningarna åt mellan enskilda kommuner och landsting. Därför har det sedan lång tid tillbaka funnits olika system för utjämning av dessa skillnader. Utredningen ska bland annat överväga om vissa delmodeller behöver ändras, eller bör utgå, och om nya delmodeller bör införas och i så fall lämna förslag till sådana modeller. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2018.

Indelningskommittén (Fi 2015:09)

I juli 2015 tillsatte regeringen Indelningskommittén med uppdrag att föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebar att Sverige skulle delas in i väsentligt färre län och landsting (dir. 2015:77). Den 22 juni 2017 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv där uppdraget att dela in Sverige i färre län och landsting utgick. Uppdraget i fråga om statliga myndigheters regionala indelning förtydligades och kommittén fick i uppdrag att föreslå en samordnad regional indelning för relevanta myndigheter (dir. 2017:72).

I mars 2018 lämnade Indelningskommittén sitt slutbetänkande, Myndighetsgemensam indelning (SOU 2018:10). Kommittén föreslår bland annat en myndighetsgemensam regional indelning för följande statliga myndigheter:

- Arbetsförmedlingen.
- Försvarsmakten.
- Kriminalvården.
- Migrationsverket.
- Polismyndigheten.
- Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige.
- Tillväxtverket (strukturfondsprogram).
- Trafikverket.
- Säkerhetspolisen.
- Åklagarmyndigheten.

Vidare föreslås en myndighetsgemensam indelning som överensstämmer med de sex sjukvårdsregionerna, men med den justeringen att Halland, som i dag delas mellan två sjukvårdsregioner, ingår i samma område som Västra Götaland. De myndigheter som föreslås ska följa en gemensam indelning i sex geografiska områden som omfattar följande län:

- Jämtland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland.
- Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro.
- Gotland, Stockholm.
- Jönköping, Kalmar, Östergötland.
- Halland, Västra Götaland.
- Blekinge, Kronoberg, Skåne.

Indelningskommittén föreslår också att beteckningen landsting ändras till region.

Regeringen inrättar ett patientråd för hälso- och sjukvården

Regeringen har beslutat att inrätta ett patientråd för hälso- och sjukvården. Syftet är att underlätta regelbundna kontakter mellan regeringen och organisationer som företräder patienter inom svensk hälso- och sjukvård. Gruppen är tänkt att förenkla möjligheten för regeringen att få ett patientperspektiv på aktuella frågor. Socialministern kommer under juni 2018 att presentera vilka organisationer som ska företrädas i patientrådet. Regeringen har sedan tidigare ett pensionärsråd och en funktionshindersdelegation som är exempel på liknande råd. Det nya rådet kommer att fokusera på hälso- och sjukvården.[43]

[43] Regeringskansliet, *Regeringen inrättar ett patientråd för hälso- och sjukvården*, 2018-04-30.

Uppdrag till Myndigheten för arbetsmiljökunskap

I september 2017 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att inrätta Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Myndigheten ska starta sitt arbete den 1 juni 2018.[44] Regeringen gav i regleringsbrevet för 2018 myndigheten i uppdrag att analysera behovet av utbildningar av relevans för olika yrkesgrupper inom företagshälsovården. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2019.[45]

4.2.2 Specifikt om processer relaterat till integritetsfrågor

Nedan följer korta beskrivningar av några aktuella initiativ. För mer ingående resonemang om informationshantering i hälso- och sjukvården se avsnitt 5.1.3.

Utredningen om rättsliga förutsättningar för en digitalt samverkande förvaltning (Fi 2016:13)

En särskild utredare gavs i november 2016 i uppdrag att kartlägga och analysera i vilken utsträckning det förekommer lagstiftning som i onödan försvårar digital utveckling och samverkan inom den offentliga förvaltningen.[46] Utredningen lämnade i mars 2018 sitt slutbetänkande. Utredningen föreslog bland annat en ny lagstiftning om straffsanktionerad tystnadsplikt vid utkontraktering av IT-drift eller andra IT-baserade funktioner till privata leverantörer och en reglering av sekretessöverväganden inför sådan utkontraktering.[47]

Nationell läkemedelslista

I april 2018 överlämnade regeringen en proposition om ett nytt personregister till riksdagen.[48] Registret föreslås få namnet den nationella läkemedelslistan och ska föras av E-hälsomyndigheten. Ett övergripande mål med registret är att skapa en samlad källa av en patients förskrivna läkemedel och andra varor samtidigt som patientens behov

[44] Dir. 2017:94, *Inrättande av Myndigheten för arbetsmiljökunskap.*
[45] Regeringskansliet, *Ny arbetsmiljömyndighet placeras i Gävle*, 2018-04-20.
[46] Dir. 2016:98, *Rättsliga förutsättningar för en digitalt samverkande förvaltning.*
[47] SOU 2018:25, *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering.*
[48] Prop. 2017/18:223, *Nationell läkemedelslista.*

av integritetsskydd tillgodoses. Den nationella läkemedelslistan förväntas bidra till ökad patientsäkerhet och en effektivisering av arbetsmomenten vid ordination och förskrivning av läkemedel. Exempelvis förväntas behörig hälso- och sjukvårdspersonal snabbare kunna hitta relevanta uppgifter om ordinerade läkemedel i patientjournalen samt att det ska bli lättare att extrahera uppgifter till hälsodata- eller kvalitetsregister utan dubbelinmatning. Även uppföljning av eventuella avvikelser i samband med ordination och hantering av läkemedel underlättas. Det nya registret kommer att ersätta två befintliga register, receptregistret och läkemedelsförteckningen.

Regeringen föreslår att en ny lag, lag om nationell läkemedelslista, ska ersätta lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Ändamålen för behandling av uppgifterna i de befintliga registren förs till stor del över till den nya lagen. Registret ska i allt väsentligt få innehålla samma uppgifter som de befintliga. Hälso- och sjukvårdspersonal, expedierande personal på öppenvårdsapotek och patienten ska ha ändamålsenlig åtkomst till uppgifterna i registret. Lagen föreslås träda i kraft den 1 juni 2020, men krav på hälso- och sjukvårdens aktörer och uppgiftsskyldighet i samband därmed föreslås träda i kraft den 1 juni 2022. Riksdagen förväntas besluta om propositionen den 13 juni 2018.

Vårdanalysrapport om befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter

Vårdanalys har i rapporten ”För säkerhets skull” undersökt befolkningens inställning till användning av digitala uppgifter om vård och hälsa i förhållande till risker ur ett integritetsperspektiv.[49] Fokus har framför allt legat på elektroniska patientjournaler, en samlad läkemedelslista och hälsorelaterade register.

Resultatet visar att de flesta är villiga att acceptera, eller rent av förväntar sig, att digitala uppgifter om den egna vården och hälsan används på många sätt som rör vård och forskning. Den positiva inställningen till användning av digitala hälsouppgifter ses genomgående, och för alla områden som arbetet omfattat: delning av journaler mellan vårdenheter, registrering av uppgifter för forskning och en samlad läkemedelslista. Vårdanalys noterar samtidigt att inom alla

[49] Vårdanalys, *Rapport 2017:10 För säkerhets skull, Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, 2017.

dessa områden svarar en liten andel att de inte vill att deras digitala hälsouppgifter ska användas på det föreslagna sättet. Personer som är negativa till en viss användning är också mer benägna än övriga att vara negativa även till användning inom andra områden.

Vårdanalys utgångspunkt när det gäller användning av digitala hälsouppgifter är att det är viktigt att bibehålla det höga förtroendet för hälso- och sjukvårdens hantering och skydd av digitala hälsouppgifter. Dessutom anser man att det är viktigt att leva upp till förväntningarna på att hälso- och sjukvården använder sig av digitaliseringens möjligheter att skapa nytta i form av god och säker vård och medicinsk utveckling. Vårdanalys presenterar i rapporten ett antal rekommendationer. Myndigheten menar att all hantering och användning av digitala hälsopuppgifter bör vägledas av dessa principer, på alla nivåer och av alla aktörer – vårdgivare, landsting och regioner, myndigheter, forskningsaktörer och andra som samlar in, lagrar, analyserar och överför digitala hälsouppgifter. Vårdanalys rekommenderar:

- Sjukvårdshuvudmännen att säkerställa att digitala hälsouppgifter nyttjas på ett effektivt sätt och att systemen för informationsutbyte är ändamålsenliga. Regeringen bör följa utvecklingen inom digitaliseringen av hälso- och sjukvården och se över om nuvarande åtgärder för att förbättra möjligheterna till informationsutbyte och användning av digitala hälsouppgifter är tillräckliga.
- Regeringen, myndigheterna, sjukvårdshuvudmännen och forskningshuvudmännen att prioritera säkerhetsfrågorna i digitaliseringsarbetet liksom vid användningen av digitala hälsouppgifter i andra sammanhang. Insamling, lagring, användning och spridning av digitala hälsouppgifter måste vara säker så att uppgifter inte används eller hamnar fel. Därtill bör det genomgående prövas, när digitala hälsouppgifter ska användas för andra syften än vård, om detta kan göras efter att uppgifterna avidentifierats.
- Berörda myndigheter, sjukvårdshuvudmännen och forskningshuvudmännen att säkerställa att felaktigheter som upptäcks i digitala hälsouppgifter rättas och att systemen utformas så att korrigeringar genomförs på alla ställen där en felaktighet förekommer. Regeringen bör se över om regelverken, och tillämpningen av dessa, för korrigering, blockering och förstörelse av patientjournaler är ändamålsenliga.

- Regeringen, myndigheterna, sjukvårdshuvudmännen och forskningshuvudmännen att prioritera medborgarnas insyn i användningen av digitala hälsouppgifter. Sjukvårdshuvudmännen bör följa upp hur vårdens verksamheter lever upp till kraven om information till patienter om hur digitala hälsouppgifter används till exempel i register och sammanhållen journalföring och vid behov vidta åtgärder för att förbättra insynsmöjligheter och informationskanaler. Dessutom bör möjligheter för den enskilde att följa hur digitala uppgifter om hens vård och hälsa används för olika syften, exempelvis via olika digitala tjänster, utvecklas vidare.
- Sjukvårdshuvudmännen att i det fortsatta digitaliseringsarbetet, så långt det bedöms möjligt, visa hänsyn till önskemålen om eget inflytande över användningen av digitala uppgifter om hälsa och vård. Detta handlar om att leva upp till ambitionerna bakom befintliga krav på medbestämmande så att patienter kan göra reella ställningstaganden. Vidare bör regeringen utreda om formerna för samtycke kan utvecklas i syfte att bättre tillmötesgå de varierade önskemål som finns kring på vilket sätt, hur ofta och på vilken detaljeringsnivå personer vill ta ställning till hur digitala uppgifter om deras vård och hälsa används.
- De som är ansvariga för att samla in och använda digitala uppgifter om vård och hälsa – sjukvårdshuvudmän, forskningshuvudmän och andra myndigheter – att se till att patienter och medborgare erbjuds stöd i ställningstaganden kring hur digitala uppgifter om deras vård och hälsa används. Regeringen och sjukvårdshuvudmännen bör också se till att de lösningar som tas fram i det pågående digitaliseringsarbetet både möjliggör en ändamålsenlig informationsöverföring och ger ett gott integritetsskydd – även för dem som inte själva kan eller vill ta aktiv ställning till att exempelvis begränsa användningen av sina uppgifter.

4.2.3 Statliga myndigheters arbete

Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess

Riksdagen beslutade den 8 mars 2018 om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.[50] (se avsnitt 3.2.1). Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att pröva en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå, samt att ta fram en plan för att fasa ut dagens system med rikssjukvård. Uppdraget att pröva arbetsprocessen ska rapporteras till regeringen den 15 juni 2018.[51] Socialstyrelsen planerar att med hjälp av sakkunniggrupper genomlysa ett 20-tal nationella vårdområden/programområden för att identifiera vad som bör vara högspecialiserad vård på nationell nivå. Socialstyrelsen har valt att först prioritera kvinnosjukvård och förlossning samt nervsystemets sjukdomar. Inom dessa har sex pilotområden valts ut, däribland avancerad kirurgi vid endometrios och avancerad Parkinsonbehandling. Efter genomlysningen ska Socialstyrelsen ta beslut om vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget. En särskild nämnd tar sedan beslut om var någonstans vården ska bedrivas. I arbetet med nivåstrukturering av nationell högspecialiserad vård verkar Socialstyrelsen i samråd med landstingen, andra myndigheter, SKL samt företrädare för profession och patienter.

Två olika uppdrag för att växla upp Socialstyrelsens arbete med att bidra till en god tillgång på specialistläkare med rätt kompetenser

Regeringen beslutade i mars 2018 om två uppdrag för att växla upp Socialstyrelsens arbete med att bidra till en god tillgång på specialistläkare med rätt kompetenser.[52] Det ena uppdraget innebär att myndigheten för 2018 ska upphandla fler specialistkompetenskurser så att läkare ska kunna fullgöra sin specialiseringstjänstgöring. Upphandlingen ska anpassas efter hälso- och sjukvårdens behov och bidra till den långsiktiga kompetensförsörjningen av specialistläkare.

[50] Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*
[51] Socialstyrelsen, *Nu prövas ny modell för nationell högspecialiserad vård*, 2018-02-12.
[52] Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03.

I uppdraget ingår också att göra en studie om hur tillgången på kursgivare bäst ska kunna säkras framöver för att svara mot det behov som finns av specialistkompetenskurser. Det andra uppdraget innebär att Socialstyrelsen, utöver den rapportering de årligen gör kring tillgången och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, ska göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Kartläggningen och bedömningen ska göras både på nationell och regional nivå och omfatta både offentliga och privata vårdgivare.

I uppdraget ingår att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensionering av specialiseringstjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt, i syfte att minska bristen av olika sorters specialistläkare och uppnå målsättningen om en jämlik vård i hela landet. Fokus ska läggas på de specialiteter där det finns en tydlig brist. Socialstyrelsen ska samarbeta med Sveriges Kommuner och Landsting samt Läkarförbundet i genomförandet av uppdraget.

Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa

Regeringen beslutade i mars 2018 om att ge Socialstyrelsen 20 miljoner kronor för att stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa.[53] Arbetet ska ske i nära samverkan med berörda verksamheter och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 15 miljoner kronor ska fördelas till landstingen för utvecklingsarbetet. Satsningen är tidsbegränsad och ska genomförs under åren 2018–2020. Uppdraget ska redovisas varje år och slutredovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2021.

[53] Regeringskansliet, *Stärkt arbete med kunskap att bemöta psykisk ohälsa i primärvården*, 2018-03-22.

Vårdanalys rapport om ledarskap

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att se över hur staten kan stödja landstingen och regionerna att utveckla och stärka ledarskapet, som ett led i att stärka hälso- och sjukvårdens utvecklingskraft.

Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra relevanta aktörer. I uppdraget anges att ledningens kompetens och förutsättningar är centrala för att verksamheterna inom hälso- och sjukvården ska kunna genomföra uppdragen, utveckla kvaliteten i vården samt bland annat vidta nödvändiga åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning.

Vårdanalys publicerade 2017 i linje med uppdraget rapporten – Visa vägen i vården.[54] Myndigheten lämnar i rapporten rekommendationer till både regering och landsting som syftar till att stärka ledarskapets förutsättningar och ledarskapsutvecklingen:

- Landstingen och regeringen bör stärka förutsättningarna för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap.
- Regeringen och landstingen bör arbeta för att öka chefskapets attraktivitet.
- Landstingen bör erbjuda kompetensutveckling och stöd till chefer för att arbeta med förändring och förbättring och regeringen bör överväga att stärka systemförståelsen och kompetensen i förbättringskunskap genom förändringar i grundutbildningarna.
- Landstingen bör utveckla strukturerna för ledarskapsutveckling och behandla ledarskapsfrågorna tillsammans med andra strategiska frågor.
- Regeringen bör ta initiativ till ett program för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.
- Landstingen bör se över hur deras styrning kan bli mer strategisk, sammanhållen, långsiktig och inriktad på samverkan kring patientens behov.
- Regeringen bör utveckla sin dialog med landstingen för att skapa ett samlat nationellt ledarskap i hälso- och sjukvården.

[54] Vårdanalys, *Rapport 2017:7 Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, 2017.

Vårdanalys gör bedömningen att statens styrning av hälso- och sjukvården, men även omsorgen, i högre grad måste hänga ihop, vara konsekvent och ta sikte på de viktigaste utvecklingsområdena. Det finns därför ett behov av utökad strategisk dialog mellan huvudmännen och det nationella ledarskapet för att diskutera gemensamma strategier för att möta vårdens utmaningar. Både staten och landstingen behöver skapa långsiktiga förutsättningar för ett starkt och närvarande ledarskap, till exempel genom mindre personalgrupper och förbättrade stödstrukturer för chefer. Chefer behöver också få bättre förutsättningar och stöd för att bedriva utvecklingsarbete – särskilt utvecklingsarbete som sträcker sig över verksamhetsgränser och som förbättrar vården för patienter med många olika vårdkontakter.

Uppdrag till eHälsomyndigheten och Socialstyrelsen att utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar (S2017/02466/FS)

I april 2017 gav regeringen Socialstyrelsen och eHälsomyndigheten uppdraget att tillsammans utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar utifrån gällande rätt. Stödet ska utgå från analysen som gjordes av Utredningen rätt information i vård och omsorg.[55] I januari 2018 slutredovisade eHälsomyndigheten i linje med direktivet myndigheternas uppdrag.[56] Stödet innebar bland annat en ny utbildning digital verksamhetsutveckling i vården. Socialstyrelsen och eHälsomyndigheten har bland annat tagit fram en webbsida med klargörande frågor och svar som rör journalföring och dokumentation – ett digitalt pedagogiskt stöd.[57] Myndigheterna menar att inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänsten finns ett stort behov av juridiskt stöd kring frågor om vad som gäller för journaler och personakter. Webbsidan är tänkt att vara ett hjälpmedel i sådana frågor.[58]

[55] SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*
[56] E-hälsomyndigheten, *Digitalt pedagogiskt stöd för e-hälsolösningar – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens likalydande regeringsuppdrag (S2017/02466/FS. 2018)*, 2018.
[57] Socialstyrelsen, *Digital verksamhetsutveckling i vården*.
[58] Socialstyrelsen, Digital verksamhetsutveckling i vården.

eHälsomyndighetens samordningsuppdrag

eHälsomyndigheten har uppdrag i instruktion och regleringsbrev att samordna regeringens satsningar på e-hälsa. Målet med samordningsuppdraget är att eHälsomyndigheten ska vara proaktiv och drivande utifrån regeringens satsningar inom e-hälsa samt att myndigheten ska skapa förutsättningar för, och öka kunskapen kring e-hälsa för sektorn som helhet. Syftet med samordningen är att underlätta för alla aktörer inom e-hälsa och att skapa förutsättningar för att målen i Vision e-hälsa 2025 uppnås.

eHälsomyndighetens etablerade under 2017 en ny samordningsavdelning, vilken ger förutsättningar för att skala upp och ytterligare stärka myndighetens samordningsarbete och instruktionsenliga uppdrag att samordna regeringens satsningar. För 2018 planerar myndigheten bl.a. en tydligare samordning av regeringens satsningar med fokus på att samordna de statliga aktörer inom området som har omfattande uppdrag inom e-hälsa, exempelvis Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. Genom att utnyttja varandras olika kompetensområden i gemensamma arbetsprocesser, kan staten stärka sin roll som e-hälsoaktör. Myndigheten bedömer att även aktörer utanför vårdmyndigheterna, såsom landstingen och kommunerna, privata vårdgivare, Försäkringskassan och Swedac bör ingå i myndighetens samordningsansvar. Vidare konstateras att myndigheten under 2018 behöver göra en mer grundläggande analys och kartläggning av statens satsningar inom vård och omsorg, där e-hälsa kan vara ett verktyg för att uppnå mål som inte direkt har med digitalisering att göra. I detta sammanhang nämns specifikt regeringens satsning på God och nära vård (SOU 2017:53, S2017/03549/FS).[59]

Uppdrag att göra en förstudie om hur internetombud inom vård och omsorg kan etableras över hela landet

Regeringen gav i februari 2018 Post- och telestyrelsen (PTS) i uppdrag att göra en förstudie av och hur s.k. internetombud inom vård och omsorg kan etableras i Sverige.[60] Anställda som arbetar inom

[59] E-hälsomyndigheten, *Samordning av regeringens satsningar på e-hälsa – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2017 (S2017/00838/FS)*, 2017.
[60] Regeringskansliet (Näringsdepartementet), *Uppdrag att göra en förstudie om hur internetombud inom vård och omsorg kan etableras över hela landet, N2018/00718/D*.

hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och i verksamheter inom funktionshinderområdet ska kunna bli ett s.k. internetombud. Internetombuden ska erbjudas utbildning och inom sin ordinarie tjänst åta sig ett särskilt ansvar för att främja användning av it och internet hos sina klienter. En samordningstjänst bör också inrättas på lämplig myndighet i syfte att ansvara för utbildning och fortbildning av internetombuden. PTS ska i arbetet samråda med Myndigheten för tillgängliga medier och Myndigheten för delaktighet. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 31 december 2018.

4.2.4 Överenskommelser mellan staten och SKL

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen sluter årligen överenskommelser inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner, landsting och regioner. Överenskommelserna omfattar all vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen kan komma att omfattas. En viktig utgångspunkt vid överenskommelser mellan regeringen och SKL är en tillitsbaserad dialog som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar.

För de kommande åren handlar det gemensamma utvecklingsarbetet främst om omställningen mot en nära vård, vilket inkluderar att åstadkomma ökad tillgänglighet och bättre samordning, förbättrad kompetensförsörjning, ökad digitalisering samt ökat fokus på att verksamheten ska styras utifrån kunskap och beprövad erfarenhet. Överenskommelser mellan SKL och regeringen sträcker sig vanligen över ett antal år. Fleråriga överenskommelser är dock underkastade riksdagens årliga beslut om regeringens budgetproposition. Flera av de nu gällande överenskommelserna inom hälso- och sjukvårdsområdet har också bäring på denna utrednings uppdrag.[61] Den totala omfattningen av dessa överenskommelser uppgick 2018 till drygt 9 miljarder kronor. Vi vill i detta skede särskilt framhålla följande överenskommelser:

[61] SKL. *Överenskommelser mellan SKL och regeringen inom vård och omsorg.*

Förlossningsvård och kvinnors hälsa

- *Tidsram:* 2018–2022.
- *Omfattning*: 1 831 miljoner kronor för 2018. Av dessa är 141 miljoner särskilt öronmärkta för primärvården.
- *Huvudsakligt innehåll*: Överenskommelserna utgör en del i arbetet för en mer jämställd hälso- och sjukvård och sker mot bakgrund av de utvecklingsområden som finns inom såväl förlossningsvården som hälso- och sjukvård med betydelse för kvinnors hälsa i övrigt. Parterna är vidare överens om att inom ramen för överenskommelsen inleda ett arbete med att utveckla och förbättra primärvårdens arbete i syfte att stärka kvinnors hälsa. Det innebär att landstingen i första hand ska välja insatser som bidrar till att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor.

Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

- *Tidsram:* 2016–2018.
- *Omfattning:* Totalt 976 miljoner kronor. Av dessa är 651 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. 300 miljoner kronor är särskilt avsedda för att erbjuda möjlighet för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning.
- *Huvudsakligt innehåll:* Syftet med medlen är att de ska användas för bland annat IT-stöd och förenklad administration, smartare användning av medarbetarnas kompetens samt stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelse Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

- *Tidsram:* 2018–2021.
- *Omfattning:* Totalt 1 999 miljoner kronor. Av dessa är 1 975 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. 24 miljoner särskilt till SKL för utveckling av samverkan.

- *Huvudsakligt innehåll:* Överenskommelsen ska ses som ett komplement till Professionsmiljarden och dessa kommer att följas upp gemensamt. Medlen inom ramen för överenskommelsen kan bland annat användas till:
  - erbjuda kompetensutveckling eller vidareutbildning till alla kategorier av vårdpersonal,
  - öka bemanning,
  - utveckla arbetssätt i syfte att vårdpersonal ska arbeta kvar inom hälso- och sjukvården.

Ökad tillgänglighet i barnhälsovården

- *Tidsram:* 2018. Målsättning om att träffa liknande överenskommelser för 2019 och 2020.
- *Omfattning:* Totalt 122 miljoner kronor.
- *Huvudsakligt innehåll:* Överenskommelsen är särskilt riktad till insatser som ska öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden.

Överenskommelse om en patientmiljard

- *Tidsram*: 2018.
- *Omfattning*: 1 miljard. Av de totala medlen är 980 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. Av dessa är hälften öronmärkta till utbetalning av medel för insatser för att införa förstärkt vårdgaranti (baserat på förslagen i vårt första delbetänkande SOU 2017:53) och en lika stor del går till insatser som bidrar till att införa patientkontrakt.
- *Huvudsakligt innehåll:* Målet med överenskommelsen är att bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Överenskommelsen är i linje

med denna utrednings arbete. För att ta del av medlen inom överenskommelsen ska landstingen uppnå ett antal krav. Landstingen ska bland annat:

- Förbereda införandet av den förstärkta vårdgarantin inom primärvården som utredningen, God och nära vård, föreslår ska börja gälla 2019.
- Landstingen ska rapportera vilka insatser som genomförs under 2018 för att förbereda förändrade arbetssätt i enlighet med den förstärkta vårdgarantin.
- Landstingen ska börja rapporteringen av måluppfyllelse för den förstärkta vårdgarantin till den nationella väntetidsdatabasen senast den 1 januari 2019.
- Landstingen ska se till att det finns dokumenterade rutiner för etablering av fast vårdkontakt som ska vara införda i verksamheten.
- Landstingen ska skapa förutsättningar för att patienten själv ska kunna välja tid till besök/behandling som passar patienten och verksamheten. Landstingen ska också skapa förutsättningar för breddinförande av webbtidsbokning via 1177.

Kortare väntetider i cancervården

- *Tidsram*: 2014–2018.
- *Omfattning*: 447,5 miljoner kronor, varav 391 miljoner utgör stimulansmedel till landstingen.
- *Huvudsakligt innehåll*: Överenskommelsen syftar bland annat till att ytterligare främja införandet av standardiserade vårdförlopp. Målet med överenskommelsen är förbättrad tillgänglighet inom cancervården genom kortare väntetider och minskade regionala skillnader. Införandet av vårdförlopp ska ge en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten och öka nöjdheten hos cancerpatienterna, bland annat genom bättre information och mer delaktighet.

Stöd till Nationella Kvalitetsregister

- *Tidsram:* 2018.
- *Omfattning*: Totalt 200 miljoner kronor, varav landstingen bidrar med 100 miljoner kronor och staten 100 miljoner kronor.
- *Huvudsakligt innehåll*: Kvalitetsregistren ska utveckla delar som täcker primärvården samt den hälso- och sjukvård och omsorg som utförs av kommunerna, exempelvis vård på särskilda boenden. I linje med detta ska överenskommelserna bidra till att stärka preventiva och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2018

- *Tidsram:* 2018. Regeringen har för avsikt att fortsätta förstärkningen 2019 och 2020.
- *Omfattning:* Totalt 1 414 miljoner kronor (ökning med 529 miljoner jämfört med 2017). 1 364 miljoner fördelas till kommuner och landsting/regioner för att möjliggöra utvecklingsarbete. En särskild satsning görs på primärvården. 220 miljoner av den utökade satsningen ska användas till att utveckla första linjens psykiatri för både barn och vuxna.
- *Huvudsakligt innehåll:* Överenskommelsen lyfter särskilt fram att primärvårdens möjligheter att möta behovet av insatser för psykisk ohälsa är stora om det finns tillgång till adekvata metoder och arbetssätt och till personalresurser med rätt kompetens. Vidare menar man att primärvården också är en viktig aktör för att upptäcka, diagnosticera och behandla kroppslig ohälsa hos personer med psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar.

En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018

- *Tidsram*: 2017–2018.
- *Omfattning:* Totalt 2,88 miljarder kronor. Av dessa är 500 miljoner avsatta per år för ersättning till landstingen för rehabiliteringsinsatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, och cirka 730 miljoner för landstingens utvecklingsarbete inom olika områden.
- *Huvudsakligt innehåll*: Överenskommelsen syftar till att fortsatt stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att förebygga eller förkorta sjukskrivning och främja kvinnors och mäns återgång i arbete. Det gäller bland annat kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering och utvecklingsarbetet inom utökat elektroniskt informationsutbyte. Särskilt viktigt är att kontakt tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen, förutsatt att patienten ger sitt medgivande.

4.2.5 SKL:s arbete

Tillgänglighet i primärvård

I vårt första delbetänkande beskrev vi att SKL under 2016 tillsammans med landstingen i ett pilotprojekt tagit fram en modell för utökad uppföljning av primärvård, till väntetidsdatabasen (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.2.5).

Den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård stödjer färdplanen mot en god och nära vård bland annat genom uppföljningen av en förstärkt vårdgaranti. I flera landsting pågår förberedelser för att börja använda uppföljningsmodellen. Region Jönköpings län och Region Örebro län skickar månadsvis in data automatiskt till väntetidsdatabasen enligt den utökade uppföljningsmodellen. Resultat presenteras på vantetider.se.

Region Halland, landstinget Blekinge, landstinget Sörmland, landstinget Dalarna, Region Uppsala, Region Jämtland/Härjedalen samt landstinget Västerbotten har påbörjat arbetet med att införa den nya

uppföljningsmodellen. Fler landsting har visat intresse för och vill få mer information av uppföljningsmodellen.[62]

Flippen

I vårt första delbetänkande beskrev vi övergripande SKL:s innovationsprojekt ”Flippen”, som syftade till att utveckla nya patientcentrerade arbetssätt inom primärvården (se vidare i SOU 2017:53, avsnitt 3.2.5).

Projekttiden för Flippen gick ut 2107 och sedan vårt förra delbetänkande har projektet lämnat sin slutrapport. Sammanfattande slutsatser från projektgruppen i Flippen tillsammans med dess kontaktpersoner i landsting och regioner är:

- Det är framgångsrikt att systematiskt bli bättre på att förstå invånarnas behov, exempelvis genom tjänstedesign.
- Primärvården behöver stödfunktioner i innovations- och utvecklingsarbete.
- Vårdcentraler behöver ett baspaket för data/statistik och stöd i att analysera detta.
- Ett gott ledarskap på alla nivåer i organisationen är en av de absolut viktigaste framgångsfaktorerna.
- Befintlig samverkan behöver utvecklas och nya aktörskonstellationer för samverkan behövs. Nätverk behöver utnyttjas i högre grad för att bli bättre på att dela kunskap med varandra.
- Ersättningsmodeller som gynnar utvecklingsarbete behöver utvecklas.
- Stöd att lätt och snabbt kunna pröva och införa modern teknik. Ett IT-stöd som ligger närmare verksamheterna, fångar och aggregerar behov och stödjer utveckling kring dessa. Denna funktion finns i mycket liten utsträckning i dag.
- Att gå från traditionellt förbättringsarbete till innovationer kräver ett mer utvecklat stöd än det som finns i dag. [63]

[62] *SKL. Tillgänglighet i primärvården, 2018-01-08.*
[63] *SKL. Flippen i primärvården*, 2018.

Sveriges kommuner och landstings Strategi för hälsa

Strategi för hälsa beslutades av SKL:s styrelse i december 2017. Strategin innebär att Sveriges viktiga välfärdsverksamheter; skola, socialtjänst, vård och omsorg och hälso- och sjukvård ska styras och samordnas för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta genom att arbeta mot gemensamma mål, oavsett verksamhet. Det övergripande nationella målet är en god och jämlik hälsa för alla. Samtliga verksamheters arbete och konkreta delmål värderas utifrån detta.

I strategin formuleras gemensamma mål och indikatorer för Strategi för hälsa fram till 2022. Målen är formulerade i beskrivande termer, under tre övergripande målområden. Dessa ska sedan brytas ned och anpassas till respektive kommuns, landstings och regions förutsättningar. De tre målområdena är:

- God och jämlik hälsa.
- God kvalitet.
- Hållbart och uthålligt.[64]

[64] SKL, *Strategi för hälsa, 2018-04-11.*

5 Fördjupad analys av primärvårdens uppdrag och verksamhet

I detta kapitel beskrivs inledningsvis hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad, med fokus på primärvårdsnivån. I anslutning till detta redogörs även för tidigare överväganden om ett nationellt uppdrag för primärvården. Därefter beskrivs hur den svenska primärvården ser ut i dag, med fokus på den del av primärvården som organiseras i landstingens vårdval för primärvård. Slutligen resonerar vi kort om den prehospitala och mobila vårdens betydelse för en god och nära vård.

5.1 Grundläggande reglering för hälso- och sjukvården

5.1.1 Ett omfattande regelverk med patienten i centrum

Det svenska hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Det består av mer än 250 författningar, dvs. lagar, förordningar eller myndighetsföreskrifter. De lagar som är mest centrala för arbetet med detta delbetänkande är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), patientlagen (2014:821), patientdatalagen (2008:355) samt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är lagtekniskt sett utformad som en skyldighetslagstiftning i stället för en rättighetslagstiftning. Det innebär att den tar utgångspunkt i det allmännas ansvar för hälso- och sjukvården, inte patienternas eller befolkningens rättigheter.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdens område. Under

2000-talet har patientens ställning i vården tydliggjorts och stärkts på flera olika sätt i syfte att skapa en mer personcentrerad vård.[1] I patientdatalagen (PDL) finns bestämmelser om behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården som både syftar till att säkerställa patientsäkerheten och skydda den enskildes integritet. I den lagen regleras vårdens informationshantering. I patientsäkerhetslagen (PSL) finns generella bestämmelser om vårdgivarnas skyldighet att bedriva ett patientsäkert arbete, behörighetsfrågor och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Avsikten med patientlagen (PL) är att tydliggöra paradigmskiftet som innebär att vården ska utgå från patienten i stället för vårdens organisation. I den lagen finns därför bestämmelser som ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Där finns även bestämmelser om vilken information som patienten ska få om bl.a. möjligheten att få en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt. Den 1 januari 2018 trädde en ny lag (2017:612) om samordning vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft, som ersatte den tidigare s.k. betalningsansvarslagen, lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den nya lagen ger primärvården en tydligare samordnande roll, se avsnitt 7.4.

5.1.2 Grundläggande principer för hälso- och sjukvården

Inledning

Hälso- och sjukvården utvecklas ständigt. För att inte hindra en dynamisk utveckling eller i onödan inskränka det kommunala självstyret har HSL utformats som en målinriktad ramlag. Det innebär att målen i lagen ska uppfyllas, men att de som är ansvariga inom vissa givna ramar är fria att anpassa genomförandet till särskilda förutsättningar i ett geografiskt område eller invånarnas behov. I HSL anges bl.a. hälso- och sjukvårdens övergripande mål samt vissa grundläggande principer för hälso- och sjukvården. Dessa mål och principer är centrala när bestämmelser om hälso- och sjukvårdens styrning ses över.

[1] Se bl.a. *prop. 2007/08:126, Patientdatalag m.m.*; prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*; prop. 2013/14:106, Patientlag och *prop. 2016/17:106, Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

En god hälsa och en jämlik vård

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.[2]

Målet med hälso- och sjukvården är enligt HSL en god hälsa och en vård på lika villkor. Med en vård på lika villkor menas att vården ska vara jämlik.[3] Det innebär att hela befolkningen vid behov och på lika villkor ska få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheten att få vård ska inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, utbildning, nationalitet eller förmågan att ta egna initiativ. Därutöver utgör även könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, alla former av funktionsnedsättning och sexuell läggning lagstadgade diskrimineringsgrunder. Vilken vård man får ska inte heller bero på var man bor i landet. Hälso- och sjukvården ska även förebygga ohälsa.[4] Målen kompletteras av syftet med PL som ska stärka och tydliggöra patientens ställning i vården och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.[5]

De etiska principerna

Hälso- och sjukvården ska styras utifrån de grundläggande etiska principer som riksdagen har bestämt ska utgöra den etiska plattformen för prioritering i vården. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (människovärdesprincipen). Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras (behovs- och solidaritetsprincipen).[6]

Det är även viktigt att resurser i offentligt finansierad hälso- och sjukvård används så effektivt som möjligt. Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (kostnadseffektivitetsprincipen).[7]

---

[2] 2 kap. 1 § HSL.
[3] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 112 f.
[4] 3 kap. 1 § första meningen och 2 § HSL.
[5] 1 kap. 1 § PL.
[6] 3 kap. 1–2 §§ HSL och 1 kap. 6 § PL.
[7] 4 kap. 1 § HSL.

Dessa tre etiska principer, där kostnadseffektivitetsprincipen är underställd övriga principer, ska ligga till grund för prioriteringar i vården.[8] Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa hälso- och sjukvårdslagens grundtema och mål, en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Principen om god vård

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls.[9] Begreppet god vård är sedan länge väl etablerat men dess innebörd har i viss mån förändrats över tid.[10] Av 5 kap. 1 § HSL framgår att en god vård framför allt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. God vård är lätt tillgänglig, bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främjar goda kontakter mellan patienten och personal.

Regleringen innebär bl.a. att det i varje verksamhet ska finnas tillräckliga förutsättningar såsom personal, lokaler och utrustning för att bedriva en god vård. Det förutsätts även att verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och kvalitetssäkras.[11] Kraven som räknas upp i lagen anger den yttre ramen för vad som krävs för att en god vård ska erbjudas. Det finns däremot inget som hindrar att ytterligare krav ställs upp eller att kraven specificeras närmare.

Av förarbeten till 1982 års HSL[12] framgår att uttrycket ”lätt tillgänglig” inte enbart ska kopplas till geografiska förhållanden. Närhet måste förenas med lätt tillgänglighet även i andra avseenden. Det som avsågs var främst vårdmottagningarnas öppettider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården.[13] I vårdgarantireformer har begreppet tillgänglighet framför allt kopplats till

[8] *Riksdagens skrivelse 1996/97:186, Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, *Prop. 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Socialutskottets betänkande, 1996/97:SoU14, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[9] 5 kap. 1–2 §§ och 4 § HSL och 2 kap. 1 § PL.
[10] *Prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag.*, s. 95.
[11] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 55 f. och s. 114 f.; *Prop. 2005/06:50, Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar*, s. 26 f och s. 53; *Prop. 2005/06:115, Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 46 f.
[12] HSL (1982:763).
[13] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 117.

väntetider för kontakt och besök.[14] Regeringen uttalade nyligen att lätt tillgänglig vård innebär att vården i första hand ska vara geografiskt nära patienten, men i allt större utsträckning också nära patienten med hjälp av nya tekniska lösningar för till exempel kontakt och bedömning.[15]

Landstingets ansvar som huvudman

Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Öppen vård ska dessutom erbjudas oavsett var patienten är bosatt. I 8 kap. 1–3 §§ HSL anges till vilka ytterligare grupper landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård. Landstinget ska även verka för en god hälsa hos hela befolkningen. I landstingens planeringsansvar ingår att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen ska även avse den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata och andra vårdgivare.

Kommunens ansvar som huvudman

Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de äldre eller personer med funktionsnedsättning som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende (läkarinsatser omfattas dock inte av kommunens ansvar). Även i sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) ska kommunen ansvara för hälso- och sjukvård åt dem som vistas i verksamheten. När det gäller hemsjukvård ligger det primära ansvaret på landstingen även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Landstingen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård.[16] I dag har alla landsting utom Stockholms läns landsting ingått sådana överenskommelser. En kommun får även sluta avtal med någon annan, exempelvis en privat vårdgivare, om att utföra de

[14] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*.
[15] *Prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*, s. 46.
[16] 12 kap. 1–3 §§ och 14 kap. 1 § HSL.

uppgifter som kommunen ansvarar för.[17] Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. Planeringen ska även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare[18]

I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det i stället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet,
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov,
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt,
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra,
- besluten om delegering är patientsäkra,
- patientjournaler förs,
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.[19]

Huvudmannaansvaret

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att vård erbjuds till de olika grupper som räknas upp i HSL. Vården kan utföras i egen regi, men måste inte göra det. Driften kan också läggas ut på en fristående vårdgivare, såsom idéburna eller privata aktörer. Sedan år 2010 är landstingen tvungna att införa s.k. vårdvalssystem i primärvården som innebär att alla utförare som uppfyller av landstingen angivna villkor har rätt att utföra sådana hälso- och sjukvårdstjänster och få ersättning enligt lokala principer. När hälso- och

[17] 15 kap. 1 § HSL.
[18] 11 kap. 2 § HSL.
[19] Socialstyrelsen, *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*, 2018-04-27.

sjukvård drivs genom en vårdenhet som är direkt knuten till huvudmannen är landstinget både huvudman och vårdgivare. Landstinget har då olika ansvar i de olika rollerna.

När en kommun eller ett landsting ingår avtal med en annan aktör om att utföra en uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi, har huvudmannen kvar det yttersta ansvaret för verksamheten. Det innebär att den ska följa upp och säkerställa att entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten. Huvudmännen har däremot ingen bestämmanderätt över vårdgivarens dagliga verksamhet. Huvudmannen är dock skyldig att se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.[20]

Kommuner och landsting har alltså ett ansvar för att genom exempelvis relevanta krav i avtal med utförarna säkerställa att invånare får en god vård. Hälso- och sjukvårdsverksamhet med helt privat finansiering som tillhandahålls utan något offentligt uppdrag omfattas inte av huvudmannens ansvar.

För kommunal verksamhet gäller lokaliseringsprincipen. Med kommuner avses det som tidigare kallades primär- och sekundärkommuner, dvs. även landsting.[21] Den innebär att kommuner och landsting får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse inom kommungränsen. Kommuner och landsting har stor frihet att organisera sin verksamhet. Det är tillåtet att bedriva kommunal verksamhet i kommunala bolag.[22] Vård och omsorg får även överlåtas till privata utförare.[23]

EU rättsliga principer

Grundläggande EU rättsliga principer i EUF-fördraget om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet ska gälla i vårdvalssystem.[24] Dessa principer ska alltid iakttas. Det innebär bl.a. att samma förutsättningar och samma krav ska ställas på såväl externa utförare som verksamhet i egen regi. Helt konkurrensneutralt kan det däremot aldrig bli eftersom landsting

[20] 6 kap. 6 § KL.
[21] 2 kap. 1 § KL.
[22] 10 kap. 1 § KL.
[23] 7 kap. 3 § HSL och *lagen om valfrihetssystem* (2008:962).
[24] Artikel 2 f, 3, 5a-5b, 6-6b och 16-16c *Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt* och Prop. 2008/09:29, Lag om valfrihetssystem.

och kommun fortfarande har kvar det yttersta ansvaret för att alla hälso- och sjukvårdstjänster tillhandahålls.

5.1.3 Informationshantering i hälso- och sjukvården

EU:s dataskyddsreform

Från och med 25 maj 2018 ska bestämmelser i EU:s allmänna dataskyddsförordning[25] (dataskyddsförordningen) tillämpas på behandling av personuppgifter, i stället för personuppgiftslagen (1998:204, PUL). Grundläggande bestämmelser om informationshantering inom hälso- och sjukvård kommer i stället regleras av dataskyddsförordningen med kompletterande nationell allmän lagstiftning. Därutöver kommer kompletterande bestämmelser fortsatt finnas i patientdatalagen (2008:355, PDL) men en del bestämmelser i den lagen försvinner eller ändras.

Det pågår för närvarande ett intensivt arbete med att genomföra EU:s dataskyddsreform i svensk rätt och samtliga författningar som reglerar behandling av personuppgifter ses över. Bestämmelser i PDL måste framöver förhålla sig till dataskyddsförordningen och tolkas i ljuset av bestämmelserna i den.

Vid behandling av personuppgifter i vårdgivares verksamhet som omfattas av brottsdatalagens (2018:000), som genomför EU:s dataskyddsdirektiv[26], tillämpningsområde ska den lagen tillämpas i stället. Brottsdatalagen är avsedd att särskilt reglera behandling av personuppgifter som sker i syfte att bekämpa brott, lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder. Den kommer t.ex. att gälla behandling av personuppgifter när vårdpersonal fullgör sin skyldighet att utfärda intyg och utlåtanden till polis, åklagare och domstol inom ramen för en brottmålsprocess (jfr SOU 2017:29 s. 183).

För att en behandling av personuppgifter ska vara laglig kräver dataskyddsförordningen att det finns en rättslig grund som är fastställd i lag. Behandling av personuppgifter får därför bara ske under

[25] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG* (allmän dataskyddsförordning).
[26] Europaparlamentets och rådets direktiv, (EU) 2016/680, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behöriga myndigheters behandling av personuppgifter för att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, och det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av rådets rambeslut 2008/977/RIF*.

de omständigheter som särskilt anges i lagstiftningen. I dataskyddsförordningen räknas dessa rättsliga grunder upp i artikel 6.1. Regleringen i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen motsvarar i stora drag artikel 7 i dataskyddsdirektivet, som har genomförts i svensk rätt genom 10 § PUL. Den största skillnaden är att det enligt dataskyddsförordningen inte är tillåtet för myndigheter att, när de fullgör sina uppgifter, behandla personuppgifter med stöd av den rättsliga grund som utgår från en avvägning mellan den ansvariges berättigade intressen och den registrerades rättigheter och intressen (jfr 10 § f PUL). Den möjligheten kvarstår däremot för privata aktörer som behandlar personuppgifter.

Uppräkningen i artikel 6.1 är uttömmande. Om inget av dessa villkor är uppfyllda är behandlingen inte laglig och får därmed inte utföras. De olika villkoren är i viss mån överlappande. Flera rättsliga grunder kan därför vara tillämpliga avseende en och samma behandling.

Den omständigheten att behandlingen är laglig enligt artikel 6.1 i dataskyddsförordningen, dvs. att den är rättsligt grundad, innebär inte att behandling kan ske av vilka uppgifter som helst eller på valfritt sätt. Den personuppgiftsansvarige måste också uppfylla kraven i övriga bestämmelser i förordningen, t.ex. de allmänna principerna i artikel 5. I artiklarna 7 och 8 anges närmare villkor för tillämpningen av artikel 6.1 a, dvs. den rättsliga grund som utgörs av den registrerades samtycke, avseende barns samtycke.

Kompletterande reglering i patientdatalagen

Rättslig grund och närmare ändamål

Som nämnts ovan innehåller PDL kompletterande regler till dataskyddsförordningen. PDL gäller vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Med vårdgivare avses enligt lagen statlig myndighet, landsting, kommun (offentlig vårdgivare) och andra juridiska personer eller enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns i 2 kap. 2 § PDL. Där framgår att behandling som huvudregel är tillåten även om den enskilde motsätter sig det, såvida inget annat är särskilt reglerat eller framgår av annan lag eller

förordning. Viss behandling kan vara olaglig även om patienten samtycker till den. Behandling är tillåten för något av de ändamål som anges i 2 kap. 4 § PDL. Behandling får även ske för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in (den s.k. finalitetsprincipen).

Behandling av personuppgifter i patientjournalen

Att dokumentera uppgifter om patientens vård i dennes journal kräver inte patientens samtycke. En journal får däremot bara innehålla de uppgifter som behövs för att personalen ska fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. PDL eller annan nödvändig administration. Syftet med patientjournalen redogörs för i avsnitt 6.2.2. Endast den personal som deltar i vården av patienten vid den aktuella vårdepisoden eller annars behöver uppgifterna för sitt arbete får ta del av uppgifter om en patient.[27] Hur uppgifterna sprids inom hälso- och sjukvården kan däremot patienten påverka genom att samtycka till viss spridning.

Socialstyrelsen har meddelat närmare föreskrifter om tillgången till personuppgifter. Av föreskrifterna framgår att vårdgivaren ska göra en individuell behovs- och riskanalys för varje anställd. It-system ska konstrueras på ett sådant sätt att naturliga sökbegränsningar kräver flera aktiva val av användaren för att användaren ska kunna ta del av uppgifter på olika nivåer.[28]

Patientens samtycke krävs i vissa fall

Det krävs den enskilde patientens samtycke för att uppgifter som dokumenterats i en patientjournal får göras tillgängliga för någon som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare.[29] Med vårdprocess menas en standardiserad eller individualiserad process avseende hälso- och sjukvården som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett visst resultat. En vårdprocess kan även initieras

[27] 4 kap. 1 § PDL.
[28] Se 4 kap. 2 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd* (HSFL-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
[29] 4 kap. 4 § PDL.

av vården i dess förebyggande arbete. Med vårdenhet avses en organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Det krävs även samtycke för att enskildas uppgifter ska få göras tillgängliga hos andra vårdgivare genom direktåtkomst, s.k. sammanhållen journalföring och i nationella eller regionala kvalitetsregister.[30] Dessutom får patienter inte medges direktåtkomst till sin egen journal utan att först själv ha begärt det.[31] Även här krävs i princip patientens samtycke. Det kan nämligen inte anses självklart att alla patienter vill ta del av sin journal. Direktåtkomst får inte beviljas till någon utan stöd i lag eller förordning.[32] En anhörig eller annan typ av ombud kan för närvarande inte beviljas direktåtkomst genom egen inloggning till någon annans patientjournal eftersom en sådan åtkomst inte har stöd i lag eller förordning (jfr Högsta förvaltningsdomstolens dom i mål nr 3716-16).

Skälen till samtyckeskravet är att uppgifter om hälsa är känsliga personuppgifter. För att patienter ska vilja lämna ut nödvändig men känslig information förutsätts att patienter har ett starkt förtroende för informationshanteringen i hälso- och sjukvården. En omfattande tillgång till patientens journal vid flera vårdenheter eller vårdprocesser eller hos en annan vårdgivare innebär att många personer kommer att få tillgång till känsliga uppgifter om den enskilde patienten. Det innebär alltså ett stort intrång i den enskildes integritet som i de angivna fallen anses väga tyngre än vårdens intresse av att kunna dela information. Tillgången till uppgifter om patienten måste därför begränsas om patienten önskar det. För att kunna ta ställning till om patienten ska tillåta viss behandling av sina personuppgifter behöver patienten få information om vad den innebär. Patientens samtycke ska dokumenteras och det kan när som helst återkallas. Det innebär att vårdpersonal återkommande behöver hålla sig uppdaterade om patientens inställning till hur hens uppgifter behandlas.

Om samtycke inte lämnas eller tidigare samtycke återkallas ska uppgifterna om den aktuella patienten spärras för andra vårdenheter eller vårdprocesser hos samma vårdgivare eller för andra vårdgivare. En teknisk spärr ska innebära att ingen annan än den personal som vid det aktuella tillfället deltar i vården vid en vårdenhet eller är involverad i den aktuella vårdprocessen hos samma vårdgivare kan få

[30] 6 kap. 2 § PDL och 7 kap. 2 § PDL.
[31] 5 kap. 5 § PDL.
[32] 5 kap. 4 § PDL.

tillgång till uppgifterna. Däremot får det framgå för andra användare av gemensamma system att det finns ytterligare uppgifter om patienten som är spärrade. I vissa fall får spärren hävas även utan den enskildes samtycke.[33]

Vårdgivarens personuppgiftsansvar

Vårdgivaren är ytterst ansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs i verksamheten, dvs. är personuppgiftsansvarig.[34] Vilka skyldigheter som följer av personuppgiftsansvaret regleras i dataskyddsförordningen. Personuppgiftsansvaret innebär bl.a. ansvar för att det finns organisatoriska och tekniska förutsättningar att följa dataskyddslagstiftning, att det finns rutiner till stöd för personalen och att personalen har tillräcklig utbildning om dataskyddsregler. Vårdgivaren ansvarar för att behörigheter tilldelas och begränsas till vad som behövs för att en enskild anställd ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.

5.1.4 Primärvård och andra centrala begrepp

Inledning

Tydliga gränssnitt mellan verksamhetsområden och tydlig ansvarsfördelning är avgörande för en välfungerande vård. För att utredningen ska kunna fullgöra sitt uppdrag att ta fram ett nationellt utformat uppdrag för primärvården är det nödvändigt att först klargöra vad som avses med begreppet primärvård och hur gränssnitten ska dras i förhållande till andra delar av hälso- och sjukvården.

De begrepp som är relevanta för utredningens uppdrag regleras i HSL. HSL har relativt nyligen varit föremål för en lagteknisk översyn. Ett övergripande syfte var att göra lagen mer överskådlig, tydligare och mer lättillgänglig. Lagen har strukturerats om men är i stort sett oförändrad i sak. Det har bl.a. förts in definitioner av några nya eller i lagen tidigare beskrivna centrala begrepp.

[33] 4 kap. 5 § PDL.
[34] 2 kap. 6 § PDL.

Öppen och sluten vård

Hälso- och sjukvårdsstrukturen skiljer sedan 1940-talet på sluten och öppen vård. Med sluten vård avses vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vad som är en vårdinrättning definieras inte i HSL. I stället anges att det för sådan hälso- och sjukvård ska finnas sjukhus.[35] Vad som är ett sjukhus är däremot inte heller definierat någonstans. Av kravet på en god vård följer dock bl.a. att det i varje verksamhet ska finnas tillräckliga förutsättningar såsom personal, lokaler och utrustning för att kunna bedriva en god vård. Med öppen vård avses annan vård än sluten vård.[36]

När begreppsstrukturen infördes fanns i princip bara vårdinrättningar i form av sjukhus av lasarettstyp. Den traditionella slutna vården tar sikte på längre intagning på sjukhus. På 1960-talet utvidgades begreppet till att även omfatta vissa halvöppna former av vård som utfördes på sjukhusen, såsom dagsjukvård och kortare nattsjukvård. Denna utvidgning av begreppet sluten vård ansågs inte kräva någon lagändring.[37] Traditionellt är begreppet sluten vård alltså kopplat till sjukhusbyggnaden. Därefter har andra typer av vårdinrättningar successivt växt fram och allt mer vård har flyttat ut från sjukhusen. Gränssnittet mellan öppen och sluten vård är därför inte längre lika tydligt.

Till öppen vård räknas dels primärvård, dels övrig öppen vård som ges till någon som inte är intagen på ett sjukhus. Detta utesluter alltså inte att övrig öppen vård faktiskt ges på sjukhus, vilket de facto också sker i hög utsträckning. I övrig öppen vård ingår insatser från andra specialistkompetenser än allmänmedicin. Övrig öppen vård räknas med WHO:s terminologi till den sekundära vårdnivån.[38] Det gör den även i den svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen, även om det inte framgår så tydligt av HSL.

Sluten vård är betydligt dyrare för samhället än vård som ges i öppen form. Utredningen har i uppdrag att analysera om uppdelningen mellan sluten och öppen vård fortfarande är ändamålsenlig och återkommer till begreppen i sitt slutbetänkande.

---

[35] 2 kap. 4 § och 7 kap. 4 § HSL.
[36] 2 kap. 5 § HSL.
[37] Prop. 1969:125 *om läkarvårdsersättning*, s. 18–19.
[38] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 72 f och 120 f.; prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 47 och prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 129.

Primärvård

Av 2 kap. 6 § HSL framgår att primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

En liknande reglering fanns tidigare i 5 § första stycket 1982 års HSL. De ändringarna som har gjorts i 2017 års HSL är endast språkliga och redaktionella. Någon ändring av vad som avses med primärvård har inte skett.[39] Det innebär att dagens definition bygger på en syn på primärvård som har funnits i snart 40 års tid.

Avsikten med definitionen är att förtydliga att primärvård inte är en organisationsform inom den öppna vården. Det viktiga och avgörande är i stället verksamhetens inriktning, innehåll och kvalitet. Primärvård betecknar en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Det svenska begreppet är därmed avsett att motsvara synen på begreppet internationellt, se avsnitt 2.4.1.[40]

Begreppet primärvård omfattar inte bara landstingets s.k. vårdvalssystem, se avsnitt 5.1.5. Den inkluderar även annan primärvård i landstingets regi och primärvård som utförs av kommuner och privata vårdgivare, oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel. Vem som bedriver verksamheten, i vilken organisatorisk del eller i vilken form den bedrivs är alltså inte avgörande.[41]

Definitionen är allmänt hållen för att skapa förutsättningar för en flexibel hälso- och sjukvårdsstruktur. Den ska bygga på ett patientcentrerat arbetssätt där verksamheterna organiseras utifrån patienten och dennes behov snarare än utifrån olika specialistfunktioner. Flexibla arbetssätt har länge ansetts vara en förutsättning för att snabbt kunna möta förändrade och nya behov av hälso- och sjukvård.[42]

Primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och svara för grundläggande medicinsk behandling av alla typer av

[39] Se prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag,* s. 89 och s. 130.
[40] Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 46 f och 80 f.
[41] Se Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f. och 80 f. och prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag, s. 130.
[42] Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 47.

sjukdomar. Den är inte begränsad när det gäller patientgrupper eller ålder på patienten. Primärvården ska därför erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar för att ge den enskilde god vård.[43]

Gränsdragningen mot annan öppen vård görs i dag enligt förarbeten när vården kräver annan specialistkompetens än allmänmedicinsk. Gränsdragningen mot sluten vård dras i dag enligt HSL när det är nödvändigt att vården av särskilda skäl utförs på ett sjukhus. Patientsäkerheten kan kräva att vårdkedjor med flera olika specialistkompetenser upprätthålls dygnet runt. Vissa vårdinsatser kräver särskild medicinsk utrustning som av olika skäl inte kan hållas tillgänglig inom primärvården. Avancerad utrustning kan kräva särskild kompetens av användaren. Viss utrustning kan även vara så kostsam att ekonomiska skäl talar för att användningen koncentreras. Sådana vårdinsatser på den sekundära vårdnivån kommer under lång tid behöva utföras på särskilda vårdinrättningar av sjukhuskaraktär.[44]

Gränsen mellan vilken vård som kan ges i öppen och sluten form är flytande och förändras över tid. På senare år har den medicinska och tekniska utvecklingen inneburit att även många kirurgiska ingrepp kan utföras och utförs utanför traditionell sjukhusmiljö. Motsvarande förändring sker inom andra specialiteter. Det innebär att utbudet inom primärvården likt annan vård kan förändras över tid. Det är därför centralt att definitionen av primärvård i HSL inte hindrar en sådan dynamisk utveckling.

Hemsjukvård

Begreppet hemsjukvård används sedan länge i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Uttrycket förekommer även i 2017 års HSL men någon definition av begreppet finns inte i lagen.[45]

I förarbeten till 2017 års HSL anges att hemsjukvård framför allt består av insatser som sker i särskilt eller ordinärt boende, men att även enstaka besök i daglig verksamhet eller dagverksamhet torde

[43] Se Prop. 1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m.m., s. 44–47 och Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling*, s. 27.
[44] Se Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 72 f och s. 120 f och prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f och s. 80 f och Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 129.
[45] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.

kunna omfattas.[46] Landstinget ansvarar för läkarinsatser i hemsjukvården medan kommunen ansvarar för medicinsk vård av annan personal.[47] Kommunens hemsjukvård ska skiljas från hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (2001:453, SoL) som inte utgör hälso- och sjukvård i HSL mening.[48]

Enligt utredningens mening är hemsjukvård en vårdform som kan förekomma såväl inom primärvården som på andra vårdnivåer. Vården kan pågå såväl under en längre tid som avse enstaka insatser. Begreppet är således inte en organisatorisk verksamhet. Basal hemsjukvård (i ordinärt eller särskilt boende) bör utgöra primärvård.

Egenvård

Begreppet egenvård har vuxit fram inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Av 1 kap. 6 § andra punkten lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel följer att egenvård kan avse basala åtgärder som den enskilde själv kan vidta till skillnad från insatser som utförs av hälso- och sjukvården. Basal egenvård utgör åtgärder som enskilda själva kan vidta vid enkla och vardagliga sjukdomar och skador, såsom att använda receptfria läkemedel, lägga om sår, lindra huvudvärk eller annars följa rådgivning från 1177 Vårdguiden.[49] Sådan egenvård ska skiljas från patientens medverkan vid avancerad vård som patienten får utföra efter särskilt beslut.[50] Patienten kan själv eller med hjälp av en närstående utföra viss specialistvård utanför sjukhuset. Patientens möjlighet att medverka i sin egen specialistvård är i viss mån reglerad i 5 kap. PL, men någon rätt till sådan egenvård finns inte. Begreppet egenvård används inte heller i lagen.

Socialstyrelsen har tagit fram närmare föreskrifter som ska tillämpas när patienten medverkar i avancerad vård enligt 5 kap. PL. Socialstyrelsen benämner sådan medverkan för egenvård. Där definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso-

[46] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.
[47] Se 12 kap. 1–2 §§ och 14 kap. 1 § HSL.
[48] 2 kap. 1 § HSL.
[49] *Prop. 2014/15:91*, *En ny läkemedelslag*, s. 71–72, se även 2 kap. 6 § lagen (2009:366) *om handel med läkemedel*, Apoteket, *Egenvård – Självval och egenvård moderniserade apoteken.*
[50] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.*

och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra.[51] Begreppet egenvård används därför även i forskningssammanhang i motsvarande bemärkelse liksom av andra myndigheter.[52] För att skilja begreppen åt benämner utredningen fortsättningsvis patientens medverkan i vården enligt HSL för avancerad egenvård. Eftersom avancerad egenvård utförs av annan, nämligen patienten själv eller dess anhöriga, än hälso- och sjukvårdspersonal utgör åtgärderna efter ett sådant beslut inte längre hälso- och sjukvård.

5.1.5 Den rättsliga styrningen av primärvården

Primärvårdens uppdrag

Primärvårdens uppdrag framgår i viss mån av definitionen i 2017 års HSL. Regleringen motsvarar i stort sett beskrivningen i 1982 års HSL. Beskrivningen är relativt allmänt hållen och ger därmed landsting och kommun stor frihet att själv dra upp gränserna för hur hälso- och sjukvården organiseras lokalt och regionalt. Under decennier verkar det politiskt ha funnits en samstämmig bild av vilka verksamheter som ska omfattas av primärvårdens uppdrag och ges som förstahandsalternativ inom hälso- och sjukvården. En bild som har tagit sin utgångspunkt i beskrivningen i HSL.

Enligt förarbeten till 1982 års HSL omfattar primärvården enligt en allmänt accepterad beskrivning både miljö- och individinriktad förebyggande verksamhet, all utredande och behandlande verksamhet som kan ges utanför sjukhus av lasarettstyp, samt all omvårdnad som behövs av medicinska skäl och kan ges utanför sådana sjukhus.[53] Primärvården omfattar mottagningsverksamhet vid t.ex. vårdcentral, förebyggande verksamhet t.ex. i form av hälsoupplysning och barn- och mödrahälsovård, sjukvård i hemmet samt hälso- och sjukvårdsservice till bl.a. socialtjänst, skolhälsovård och företagshälsovård. Någon närmare beskrivning av primärvårdens uppgifter ansågs inte behöva komma till uttryck när 1982 års HSL först kom till. Med hänsyn till den medicinska utvecklingen var ambitionen att den vård

[51] 2 kap. 1 § SOSFS 2009:6.
[52] Se t.ex. Skolverket, *Egenvård i förskola och skola*, 2014-02-18.
[53] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 69 f.

som av medicinska skäl inte krävde sjukhusens resurser skulle ges i öppen form, i första hand av primärvården.[54]

I syfte att bl.a. förstärka primärvårdens ansvar och uppgifter infördes på mitten av 1990-talet ovan angivna beskrivning av primärvården i 1982 års HSL, i form av en ansvarsreglering för landstingen. Det framhölls att hälso- och sjukvården ska präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. En nära samverkan med andra service- och vårdgivare och god kännedom om lokala förhållanden var av central betydelse. En god primärvård förutsatte även regelbunden fortbildning. Vikten av att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på rätt nivå lyftes fram. Det upprepades att det var nödvändigt ur resurssynpunkt att omfördela sjukhusens öppenvårdsutbud för att utveckla primärvården.[55]

Primärvårdens organisering

Ansvarsfördelningen

Landstinget är huvudman för den största delen av primärvården. Som berörts i avsnitt 5.1.4 ansvarar även kommunen för delar av primärvården. Det gäller framför allt primärvårdsinsatser, med undantag för läkarinsatser, inom ramen för kommunens sjukvård i särskilt eller ordinärt boende.[56] Det finns även en mindre del helt privatfinansierad primärvård.

Landstinget ska erbjuda öppen vård på lika villkor oavsett till vilket landsting patienten hör. En utomlänspatient omfattas visserligen inte av vårdgarantin i 9 kap. 1 § HSL, men behovs- och solidaritetsprincipen ska fortfarande styra prioriteringar mellan olika patienter. Det innebär att om en utomlänspatient har större behov av vård ska den få vård först. Det har av samma skäl inte heller någon betydelse vilket vårdval en patient har gjort. Det innebär att det inte är tillåtet att göra skillnad mellan patienter som aktivt har valt att lista sig på en viss vårdenhet och de som inte gjort det.

Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos de som omfattas av landstingets ansvar.[57]

---

[54] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 69 f. och prop. 1984/85:181, *om utvecklingen av hälso- och sjukvården*.
[55] Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 30 f. och 47 f.
[56] 12 kap. 1–2 § och 14 kap. 1 § HSL.
[57] 7 kap. 2 § HSL och 8 kap. 1–2 §§ HSL.

Vårdvalssystemet

Sedan år 2010 är det enligt 7 kap. 3 § HSL obligatoriskt för landstingen att organisera primärvården så att alla de som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få möjlighet att välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystemet).

Vårdvalssystemet innebär att varje landsting preciserar lokalt anpassade krav som varje vårdgivare måste uppfylla för att bli godkända som vårdgivare av offentligt finansierad primärvård. Avsikten är att kraven ska ta utgångspunkt i vad som är primärvårdens övergripande uppgift enligt HSL utan att knytas till en viss yrkesgrupp. Tanken är inte att styra vården med detaljerade regler. Tanken är i stället att kraven ska utgå från vilka insatser primärvården ska kunna fullgöra och vilka kompetenskrav som krävs för uppgiften.[58] Givet regleringen i 7 kap. 3 § HSL är det naturligt att kräva att vårdgivaren ska organisera sin verksamhet så att alla patienter som vill kan få tillgång till en fast läkarkontakt.

Lagstiftningen medger inte att enskildas val begränsas till ett visst geografiskt område inom det egna landstinget. Det innebär att landstinget i dag inte kan hindra enskilda från att göra ett fritt val av utförare eller fast läkarkontakt genom att hänvisa till t.ex. resursbrist hos en viss vårdgivare. I samband med vårdvalsreformen konstaterade den bakomliggande utredningen Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) att det föreslagna systemet aldrig tidigare prövats i svenska förhållanden och på sikt behöver utvärderas och reformeras.[59]

5.1.6 Patientens ställning

Patientbegreppet

Det finns olika åsikter om användningen av ordet patient. Exempelvis upplevs begreppet av vissa vara för snävt, eftersom ”patient” är något man bara är när man är i vården, och i förhållande till vården. Lever man med t.ex. kronisk sjukdom så lever man med och hanterar sin/a sjukdom/ar hela tiden. Inte bara när man är i vården. Vi har i vår utredning valt att använda uttrycket patient eftersom det används

[58] Se Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 31–32.
[59] SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 13.

i den författningsreglering inom hälso- och sjukvårdens område som är mest relevant vid fullgörandet av vårt uppdrag. Hälso- och sjukvård är också något annat än socialtjänst och det finns därför grund för att använda olika benämningar beroende på vad saken gäller.

Skyldighet att tillhandahålla vård

Den pågående omstruktureringen inom hälso- och sjukvården innebär som tidigare nämnts att vårdens utförande och utformning ska utgå från patienten, inte från hur vården har organiserat sig. Enligt utredningens mening innebär detta att vården ska utgå från patientens behov, förutsättningar och preferenser. Samtidigt ska beaktas att hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte är en rättighetslag. Frågan övervägdes av riksdagen senast år 2014 när patientlagen kom till, men medförde ingen ändring jämfört tidigare. Det ska ankomma på samhället – stat, kommun och landsting – att tillhandahålla den vård som befolkningen och enskilda individer behöver. Det är en förutsättning för att etiska principer ska kunna styra tillgången till vård. Om det överlåts till varje patient att ta tillvara sin rätt till vård så finns risken att den som ropar högst får mest och bäst vård, vilket inte nödvändigtvis är den som är i störst behov. En sådan ordning kan också förväntas ha sämre förutsättningar att ge en jämlik vård då alla inte har samma förutsättningar att tillvarata sin rätt.

Även om lagstiftningen är utformad som en skyldighet för samhället att tillhandahålla vård kan och ska patientens preferenser beaktas i den mån det är möjligt. Detta innebär att vården i möjligaste mån ska beakta patientens uppfattning om sitt vårdbehov, men att behovet slutligt avgörs av vården. Det innebär också att den enskilda patientens förutsättningar måste beaktas vid beslut om vårdens utförande. Det finns en mängd faktorer som påverkar den enskilda patientens förutsättningar. Alla patienter ska känna sig delaktiga och involverade i utformningen av sin vård utifrån var och ens egna förutsättningar. En del patienter har närstående som vill stödja patienten, men det bör inte krävas av en närstående eller av patienten. Samtidigt ska de närstående och andra som med patientens samtycke vill involveras i vården också göra det. Vissa patienter har däremot sva-

gare socialt skyddsnät och kan behöva mötas på ett annat sätt. Vården behöver se varje patients unika situation och anpassa vården efter den.

Om vården utgår från patientens behov, förutsättningar och preferenser skapas förutsättningar för patientens delaktighet, självbestämmande och integritet. Det är en grund för att patienten ska känna trygghet och tillit till vården. Att en patient aktivt engagerar sig och deltar i sin sjukvårdssituation och behandling har positiv effekt på både vårdresultatet och patientens hälsa. En mer individanpassad vård bidrar även till en jämlikare vård. Samordning mellan och kontinuitet i vårdkontakter är centralt för att skapa helhetssyn i vården av patienten. Kontinuitet och samordning i vården är viktiga faktorer för att uppnå patientsäkerhet och en god vård. Det leder även till att vården blir mer effektiv.

Tillsammans skapar vi bästa möjliga hälsa och jämlik vård – en lärresa från Region Jönköping

Hur kan vi stödja individer utifrån deras behov och förmåga att själva tillvarata sina egna resurser och nätverk för bästa möjliga hälsa och skapa tjänster där varje vårdtillfälle möter invånarnas behov?

I Region Jönköping har vi haft en lång lärresa som fortfarande i högsta grad pågår där vi bygger förståelse och lärande kring hur vården tillsammans med patienter och närstående kan utveckla partnerskap. Nedan följer ett axplock med några exempel på hur vi gör och lär.

Vad är viktigt för Esther? Den frågan startade ett utvecklingsarbete i slutet av 1990-talet där berättelsen om **Esther** lärde oss att arbeta personcentrerat och samverka mellan olika huvudmän genom hela vårdkedjan.

När patienter började med **självdialys** lärde vi oss att lita till patientens egen förmåga och ändrade vår roll i vården till att bli mer stödjande.

I **Passion för livet** lärde vi oss hur viktigt det är att frigöra och tillvarata invånarkraft som skapas när seniorer själva med hjälp av moderna kvalitetsmetoder arbetar med sina egna livsstilsförändringar som påverkar hälsa och livskvalitet. Vi lärde oss också att verklig folkrörelse startar när invånarna själva sprider sitt koncept vidare och coachar andra.

I **Hälsocafé** lär vi tillsammans med volontärer hur personer med erfarenheter från att leva med kronisk sjukdom kan bli till stöd för varandra i att hantera livet och främja hälsa genom att bygga värdefulla nätverk som också kan ersätta behov av vårdkontakt.

När vi utvecklar nya arbetssätt gör vi det tillsammans med personer från ”**levande bibliotek**” som är ett nätverk med personer med patienterfarenheter som gärna bidrar med sina erfarenheter och kunskaper i olika utvecklingsarbeten.

Värdet av samskapande utifrån patientperspektivet beskriver några personer som deltar i olika grupperingar så här:

> Samarbete mellan vården och patienterna ger en mer komplett bild av allas behov. Vad behöver patienten och hur kan vården leverera detta men också vad krävs av patienten i utbyte för att detta ska fungera på ett tillfredställande sätt.
>
> Med volontärers erfarenheter och kunskaper kan vi göra livet lättare för berörda. Vi är också med och underlättar för vårdpersonalen då vi kan ta emot många besökare på ett enkelt och kostnadseffektivt sätt
>
> Genom dialog sker förbättringar.
>
> Jag önskar att alla kunde våga se värdet och vinsten av att ta del av patienters otroliga erfarenhet och kunskap i sitt utvecklingsarbete.

5.1.7 Tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i svensk hälso- och sjukvård

Tillgänglighet

Att primärvården upplevs som tillgänglig för patienten kan betyda olika saker för olika patienter. Vanligen tänker man sig tillgänglighet per telefon till rådgivning och tidbokning, samt möjlighet att inom rimlig tid få bedömning och behandling av den yrkeskategori som bäst kan möta patientens behov. Här spelar även öppettider roll och vilken typ av vård som finns tillgänglig kvällar, helger och nätter.

Geografisk tillgänglighet betyder olika saker i olika delar av landet, beroende på vilket avstånd man är van att ha till olika serviceinrättningar. Till viss del kan ett längre geografiskt avstånd kompenseras med tekniska lösningar, som t.ex. möjliggör vissa konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans. Landsting/regioner i norra

Sverige ligger i framkant vad gäller att tillhandahålla sådana möjligheter. Motsvarande lösningar skulle dock med fördel även kunna tillämpas i mer tätbefolkade områden.

Informationstillgänglighet är en annan form av tillgänglighet, som bl.a. innebär att alla relevanta aktörer i vården vid behov och efter patientens samtycke har tillgång till relevant medicinsk information om patienten, inklusive ordinerade läkemedel och hjälpmedel samt i förekommande fall samordnad individuell plan (SIP).

Tillgänglighet kan också handla om anpassning utifrån särskilda förutsättningar hos patienter med olika typer av funktionsnedsättning. Det kan röra sig om fysisk tillgänglighet, men också om möjlighet att kommunicera per telefon eller digitalt för patienter med begränsad förmåga till muntlig kommunikation eller som av andra skäl föredrar dessa sätt att kommunicera.

I 9 kap. 1 § HSL regleras den s.k. vårdgarantin där ett par punkter riktar sig direkt till primärvården. Vårdgarantin reglerar väntetider inom hälso- och sjukvården. En patient ska inom viss tid dels erbjudas kontakt med primärvården dels få besöka läkare inom primärvården, om vårdpersonalen bedömer att patienten behöver träffa läkare.[60]

Den första vårdgarantin infördes redan på 1990-talet. Från och med den 1 januari 2019 förväntas vårdgarantin utvidgas på så sätt att landstingen ska garantera att den enskilde inom en viss tid får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Samtidigt kommer väntetiden att kortas jämfört med tidigare.[61] Syftet med ändringen är att öka tillgängligheten till primärvården ur ett tidsmässigt perspektiv. Det beräknas även skapa utrymme för ett effektivare resursutnyttjande genom att fler kompetenser inom primärvården nyttjas utifrån patientens behov. Samtidigt införs en ny bestämmelse i 7 kap. 2 a § HSL som innebär att landstingen är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvård så att den kan ges nära befolkningen.[62]

[60] Se 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. En upplysningsbestämmelse finns även i 2 kap. 3 § PL.
[61] Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*.
[62] Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*, s. 6. (Riksdagen förväntas fatta beslut om proposition i slutet av maj.)

Delaktighet

Hälso- och sjukvården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.[63] Patientens medverkan i vården ska alltid utgå från patientens önskemål och egna förutsättningar.[64]

Patienten ses mer och mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet och evidensen pekar på att det också ger bättre utfall. Till exempel leder investeringar i patientcentrerad kommunikation till att substantiellt fler patienter följer behandlingsrekommendationer samt ger större nöjdhet hos såväl patienter som vårdens medarbetare.[65] Patientens ökade delaktighet innebär ett paradigmskifte i vården, ett skifte som ställer krav på ökad lyhördhet från vårdens professioner för patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det avser såväl utredning och behandling som val av kontaktvägar, närståendes involvering samt hur patientens egna resurser kan tas tillvara. Slutligen måste vården skapa förutsättningar för att tolka symtomen i ett vidare perspektiv än det strikt medicinska, detta gäller inte minst patienter med medicinskt oförklarliga symptom.[66]

Vissa patienter vill själva ta ansvar för en större del av besluten rörande sin vård, medan andra känner sig tryggare om hälso- och sjukvårdspersonal fattar besluten. Oavsett har vården ansvar för att patienten blir informerad om olika alternativ för utredning och behandling och kan fatta väl avvägda beslut. Avancerad egenvård som en patient utför i hemmet blir ofta en angelägenhet även för dem som patienten lever tillsammans med. Även närstående ska ha möjlighet att medverka vid utformningen.[67] För sådan medverkan gäller särskilda föreskrifter som Socialstyrelsen har tagit fram.[68]

---

[63] 5 kap. 1 § PL.
[64] 5 kap. 2 § PL.
[65] European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017, s. 24.
[66] Ekman et al, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*, 2013, s. 147.
[67] 5 kap. 3 §§ PL.
[68] Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6), *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.

Några aktuella initiativ kopplat till ökad delaktighet

SKL har genomfört ett utforskande och kunskapsspridande projekt med målsättningen att främja utvecklingen av innovativa, personcentrerade arbetssätt, kallat Flippen i primärvården[69]. Patienters behov har där beskrivits utifrån personliga behov, egenskaper och beteenden[70]. Dessa har delats in i fyra grupper som beskrivs närmare i avsnitt 9.2.2. Indelningen kan användas som ett verktyg för vården att arbeta mer strukturerat kring olika sätt att möta personer utifrån individens egen utgångspunkt.

För att styra mot en mer personcentrerad vård föreslår ett antal patientföreningar[71] bl.a. ökade möjligheter till hemmonitorering, sammanhållen vårdplanering, hög tillgänglighet till vårdkoordinator, patientutbildningar samt strukturer för uppföljning av vårdplaner.

I ett pågående Vinnovaprojekt[72] har benämningen ”spetspatient” utvecklats och definieras som en patient (eller närstående) som i kontakt med livsomvälvande sjukdom utvecklar strategier och metoder för att maximera må-bra-tiden. Projektet förväntas leda till att fler kunniga patienter blir aktivt engagerade i sin egenvård och vårdens förbättringsarbete. Detta leder till att efterfrågan på vård förändras genom att patienter som kan och vill ta ett större ansvar för sin hälsa får bättre möjligheter att göra det. Detta kommer att leda till kulturförändringar i vården vilket i sin tur leder till ett mer långsiktigt hållbart system för hälsa.

[69] SKL, *Flippen i primärvården – Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård – slutrapport*, 2018.
[70] SKL, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården.*
[71] Astma- och allergiförbundet, Diabetesorganistaionen i Sverige. Neuroförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung och Storstockholms diabetesförening, *Vägen mot världsklass*, 2018.
[72] Vinnova, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*.

En spetspatients tankar om Patientdelaktighet

Patientlagen, som trädde i kraft 1 januari 2015, syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta är en positiv utveckling, en tydlig signal från lagstiftaren och det ger avstamp för den nödvändiga och viktiga omställningen av svensk hälso- och sjukvård som krävs. Dock visar ett flertal utredningar och studier, bl.a. från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att patienter i Sverige är långt ifrån att vara så delaktiga som de vill vara.

Vad menar vi egentligen med patientdelaktighet? Patientdelaktighet kan innebära olika saker i olika sammanhang och det är därför viktigt att vara tydlig vad gäller användningen av ordet. Man kan som patient vara delaktig i det egna vårdmötet och man kan även vara delaktig i organisationen av vården, t.ex. genom att medverka i patientråd eller liknande. Dessa bör ses som distinkt olika typer av delaktighet och båda typerna beskrivs kortfattat nedan.

Patientdelaktighet i det egna vårdmötet

Det är troligen framför allt denna typ av delaktighet som avses i patientlagen och den förekommer i samtliga vårdmöten. En patient som inte har viljan, förmågorna eller förutsättningarna att vara delaktig bör självfallet inte tvingas till att vara det. Patientlagens syfte är dock att i all hälso- och sjukvårdsverksamhet främja patientens självbestämmande och delaktighet och verksamheten behöver därför ställas om från att leverera vård till att i samtliga möten och interaktioner konkret och tydligt stödja patienternas egenvård. Detta kommer att kräva förändringar i bland annat arbetssätt, lagstiftning och styr- och ersättningssystem och detta arbete måste påbörjas omgående. SKL genomförde nyligen en studie som visar att primärvårdens nuvarande system är anpassat efter behoven och beteenden som endast 5 procent av invånarna uppvisar.[73]

[73] SKL, *Rapport Analysuppdrag: Flippen* och SKL, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården*.

Patientdelaktighet i vårdens förbättringsarbete

Denna typ av delaktighet har förmodligen inte alla patienter intresse av att själva delta i och det är nog inte heller önskvärt. För att man som patient aktivt ska kunna medverka i vårdens förbättringsarbete bör man besitta kunskaper och kompetenser som passar för det specifika sammanhanget. Ett exempel på en framgångsrik modell är arbetet med ”brukarinflytandesamordnare” (BISAM) inom psykiatrin på flera håll i landet.[74] BISAM är tidigare långvariga patienter inom psykiatrin som är anställda inom verksamheterna för att, med utgångspunkt från sina patienterfarenheter, medverka i det kontinuerliga förbättringsarbetet.

Det är av största vikt för framtiden att båda typerna av patientdelaktighet utvecklas och tydliggörs. På detta sätt kan vi alla tillsammans skapa ett långsiktigt hållbart välfärdssystem för att möte framtidens hälsoutmaningar.

Kontinuitet och samordning

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Patienten ska få information om möjligheten att få fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa detta behov och att en sådan utses.[75]

Bestämmelsen infördes i syfte stärka patientens ställning. Funktionen kan finnas i alla hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är patientens egen uppfattning av behovet av en fast vårdkontakt som ska styra om en sådan utses. Om patienten inte önskar en fast vårdkontakt får samordningen av vården lösas på annat sätt. Vem som bör utgöra patientens fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet. Så långt möjligt bör även patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Beroende

[74] Stockholm Läns Landsting, *Norra Stockholms psykiatri*, 2015-10-09.
[75] 3 kap. 1 § och 6 kap. 1–2 § PL och 4 kap. 1 § HSF.

på vilket behov patienten har i det enskilda fallet kan det finnas en eller flera fasta vårdkontakter. Dessa ska då tillsammans skapa ett samordnat vårdflöde för patienten.[76]

En fast vårdkontakt kan framför allt behövas i vårdprocesser där flera aktörer är involverade. Funktionen kan dels behöva samordna olika vårdinsatser dels erbjuda patienten både informationskontinuitet och relationskontinuitet. Framför allt kroniskt sjuka, äldre och andra med många sjukdomar och patienter med andra långvariga sjukdomar kan behöva ha en läkare som fast vårdkontakt.[77] En fast vårdkontakt ska t.ex. utses i samband med att en patient skrivs ut från sluten vård om patienten bedöms ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården eller den kommunala hälso- och sjukvården.[78] För patienter som bor i särskilt boende är det rimligt att kommunens omsorgsansvariga sjuksköterska är fast vårdkontakt. Bestämmelsen gäller även i helt privatfinansierad verksamhet.

Regleringen om fast vårdkontakt som infördes 2010 ersatte den tidigare regleringen om patientansvarig läkare (PAL) med motivering att den inte fungerat som tänkt. Det ursprungliga syftet med PAL var att en utpekad läkare skulle ansvara för patientens behov av kontinuitet, samordning och säkerhet. För patienter med sammansatta vårdbehov är det viktigt att vården fungerar ur medicinsk synvinkel. Det är då en fördel om en utpekad läkare ansvarar för att samordna vårdinsatser och tillgodose patientens behov av kontinuitet. I primärvården fyller vanligen den fasta läkarkontakten denna funktion.

Kontinuitet och samordning är inte beroende av endast en läkare utan snarare olika professioner tillsammans, ett team. Vårdens insatser behöver samordnas. Det är även viktigt att vårdprocesserna är effektiva och rationella ur patientens perspektiv. Det ansågs därför inte ändamålsenligt att begränsa den fasta funktionen till en viss profession inom den specialiserade sjukvården utanför primärvården. För att underlätta samordning och kontinuitet i vårdens insatser för den enskilde ersattes PAL därför med en fast vårdkontakt. Om en

[76] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 60 f; Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 47 f.
[77] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 57, 61–62 och 75.
[78] 2 kap.1 § och 5 § lagen (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

fast vårdkontakt inte är medicinskt ansvarig för patientens vård, bör det klargöras vem som har det ansvaret.[79]

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska patienter med livshotande tillstånd få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt.[80] Även vid andra tillstånd kan den fasta läkarkontakten behöva vara läkare, t.ex. om instabila sjukdomsförlopp kräver flera medicinska bedömningar och behandlingar.[81] Utredningen bedömer att Socialstyrelsens vägledning om vilka uppgifter fast vårdkontakt har framför allt fokuserar på att lyfta fram det administrativa samordningsansvar som funktionen enligt förarbetena kan ha.[82] Att funktionens ansvar i det avseendet sedan 1 januari 2018 även regleras i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård bidrar också till en sådan förstärkning.

Fast läkarkontakt i primärvården

Landsting ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar både får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården och att det finns en möjlighet att byta till en annan än den som först utses om relationen inte fungerar. Regleringen om fast läkarkontakt har funnits under lång tid. Den ersatte det tidigare, mycket kortlivade, husläkarsystemet från början av 1990-talet.

För många patienter, speciellt de med hälsoproblem som innebär de ofta behöver ha kontakt med primärvården, är det viktigt att få möta samma person. En god kännedom om patientens olika hälsotillstånd underlättar även läkarens uppgift att diagnostisera och behandla dessa sjukdomsbesvär.[83] Den fasta läkarkontakten ska tillgodose patientens behov av kontinuitet i primärvården. Den fyller i den utsträckningen därmed motsvarande funktion som en fast vårdkontakt.[84] Det finns inget som hindrar att den fasta läkaren också är fast vårdkontakt. Men det kan också vara så att en patient behöver en fast vårdkontakt av mer administrativ karaktär som komplement

[79] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 57 f.
[80] 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7), *om livsuppehållande behandling.*
[81] Socialstyrelsen, *Nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.*
[82] Jämför Socialstyrelsens meddelandeblad nr 9/2012; Socialstyrelsens vägledning.
[83] Jämför Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
[84] Jämför Prop. 2009/10:67, Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning, s. 57.

till en fast läkarkontakt i primärvården. Som redogjorts för ovan kan en patient ha behov av flera fasta vårdkontakter i olika delar av hälso- och sjukvården. I vissa fall är det lämpligt att den fasta läkarkontakten i primärvården samordnar patientens medicinska kontakter i vården. I andra fall kan patientens behov av kontinuitet bättre tillgodoses av en fast vårdkontakt som är läkare inom annan specialistvård. Det är t.ex. aktuellt om primärvården inte är involverad i patientens vård eller om vårdbehovet inte kan tillgodoses inom primärvården. Beroende på hur omfattande samordningsbehov en patient har kan patienten behöva en fast vårdkontakt av mer administrativ art utöver sin fasta läkarkontakt.

En patient är alltid i ett utsatt och känsligt läge. Möjligheten till kontinuitet i vårdkontakterna gör att patienten inte behöver upprepa sin historia vid varje möte. Det kan även underlätta för patienten att berätta om sina hälsoproblem, inte minst problem såsom psykisk ohälsa, beroendeproblematik eller våld i nära relationer, om hen har fått möjlighet att bygga en förtrolig relation till en viss läkare. Om relationen inte fungerar måste det finnas möjlighet att byta fast läkarkontakt. Att relationen fungerar mellan patient och läkare har även stor betydelse för hur effektiv vården blir.[85]

Patientens ställning förstärktes år 2015 genom att en uttrycklig reglering om att patienten ska få information bl.a. om möjligheten att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. I praktiken måste informationen anpassas efter vad som är aktuellt i det enskilda fallet, men det ansågs vara en självklarhet som inte behöver komma till uttryck i lagtexten.[86]

Det kan noteras att regleringen om fast läkarkontakt, till skillnad mot fast vårdkontakt, bara gäller för primärvård som bedrivs med landsting som huvudman.[87] Landstinget är fortfarande huvudman för offentligt finansierad primärvård även om driften har överlåtits till en privat utförare. Privata vårdgivare utan offentlig finansiering faller däremot utanför regleringen.

Den ursprungliga regleringen innebar att den fasta läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin. Det kravet togs bort i vård-

[85] Se Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 41–42.
[86] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, s. 51–52.
[87] Se 1 kap. 2 § andra stycket PL.

valsreformen år 2010. Skälet var framför allt att bristen på specialister i allmänmedicin medförde att skyldigheten i praktiken inte skulle kunna uppfyllas för hela befolkningen. Det ansågs i sig kunna riskera primärvårdens förtroende.[88]

5.1.8 Tidigare övervägande om ett nationellt primärvårdsuppdrag

Vårdvalsreformen

Förslag om ett tydligare nationellt uppdrag för primärvården har förts fram och övervägts tidigare. I samband med riksdagens beslut om riktlinjer för hälso- och sjukvårdens utveckling under 2000-talet lyfte regeringen fram vikten av ett tydligt primärvårdsuppdrag för att uppnå en vård på lika villkor. En nationell reglering ansågs då inte lämpligt med hänvisning till att primärvårdens organisation måste kunna anpassas till lokala förhållanden. [89]

Knappt tio år senare var frågan aktuell igen. I vårdvalsreformen övervägde Utredningen Vårdval i Sverige en nationell vårdvalsmodell för primärvården. Den utredningen föreslog slutligen en regional vårdvalsmodell som i huvudsak skulle utformas av landstingen, men där staten skulle fastställa primärvårdens grunduppdrag med krav som varje utförare måste uppfylla. Med det nationella uppdraget som utgångspunkt skulle landstinget kunna formulera tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden.[90]

De relativt självklara inslagen i ett enhetligt grunduppdrag motsvarade den sedan länge gemensamma bilden av landstingets primärvårdsuppdrag. Förslaget innebar att grunduppdraget skulle omfatta mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitetssäkring och intygsskrivning. Primärvården skulle även ha en samordnande funktion. Innehållsmässigt var Utredningen Vårdval i Sveriges förslag om primärvårdens uppdrag alltså inte kontroversiellt. Den utred-

[88] Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 33, 41 f. och s. 81; prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 38.
[89] Se Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling* och prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.
[90] SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 106–107.

ningen ansåg det däremot inte lämpligt att närmare reglera det grundläggande primärvårdsuppdraget i lag. Den främsta anledningen till det var att gränserna mellan vad som är sluten vård, primärvård och annan öppen vård kontinuerligt förflyttas. I stället föreslog Utredningen Vårdval i Sverige att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att specificera grunduppdraget närmare.[91]

Förslaget mötte kritik från remissinstanser och regeringen ansåg att det mot den bakgrunden då inte fanns förutsättningar att gå vidare med förslaget om ett nationellt uppdrag för primärvården.

Många remissinstanser, även vissa landsting och kommuner, stödde visserligen en större enhetlighet i utbudet av vårdtjänster inom primärvården. Dessa ansåg även att Utredningen Vårdval i Sveriges förslag till regional vårdvalsmodell var en bra avvägning mellan statligt inflytande och kommunalt självstyre. Flera av dessa ansåg även att ett nationellt uppdrag skulle skapa bättre förutsättningar för en likvärdig vård i hela landet samt bidra till att garantera en jämn och god kvalitet på de tjänster som erbjuds. Förslaget fick viss kritik för att det inte redogjorde för det närmare innehållet i grunduppdraget eller hur förslaget skulle genomföras. Många avvisade även den delen av förslaget med hänvisning till det kommunala självstyret och landstingens behov av frihet att fullt ut kunna anpassa primärvården efter regionala och lokala behov. Det politiska läget vid denna tid medgav inte att man gick vidare med förslaget om ett nationellt uppdrag. Den oklara gränsen mellan primärvård och annan vård lyftes också fram som ett hinder mot att precisera primärvårdens uppdrag. Kritik framfördes mot att kommunernas roll i primärvården genom den utökade hemsjukvården inte beaktades i förslaget.[92]

Regeringen konstaterade slutligen att det i en vårdvalsmodell i primärvården behöver preciseras vilka krav som utföraren ska uppfylla och att kraven borde utgå från vad som anges om primärvården i HSL. Liksom vid tidigare reformer av primärvården bedömde regeringen att det fanns en relativt samstämmig bild av vad som är primärvårdens övergripande uppgift. Samtidigt ansågs det fortsatt vara bäst att landstingen fick bedöma vilka krav som bör ställas utifrån regionala och lokala förhållanden. Regeringen påpekade samtidigt vikten av att landstingen samverkar för att skapa en så bred gemensam

[91] Se SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*, s. 106–107.
[92] Se Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 29 f.

definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen avsåg att följa upp arbetet.[93]

Riksrevisionens granskning av vårdvalsreformen och vårdgarantin

Vid sin granskning av vårdvalsreformen och den lagstadgade vårdgarantin rekommenderade Riksrevisionen under år 2013 ett försök att göra vårdvalssystemen mer lika bl.a. genom ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Det betonades att primärvårdsuppdraget inte bör göras för brett eftersom det riskerar mångfalden i utbudet. Revisionen ansåg att skillnaderna mellan landstingen vad gäller primärvårdens uppdrag och ersättningsvillkor består men utan att vara motiverade av regionala skillnader. Skillnaderna i primärvårdens innehåll bedömdes medföra att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård för alla och prioritering av de svårt sjukaste inte har uppfyllts. Primärvårdens kostnader har ökat, utan att kostnaderna för den specialiserade vården minskat. Det rekommenderades även att göra ersättningsprinciperna så enkla som möjligt och styra mot hälso- och sjukvårdens etiska principer.

Regeringen konstaterade vid sin beredning av Riksrevisionens rapport att det finns fördelar med ett tydligare formulerat grunduppdrag för primärvården. Ett sådant uppdrag bör ta hänsyn till och respektera det kommunala självstyret, behovet av regionala skillnader samt vara flexibelt i förhållande till den medicinska utvecklingen som innebär att vad som kan utföras i öppen respektive sluten vård varierar över tid.[94] Regeringen gav därefter Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur landstingen formulerar sina primärvårduppdrag, se avsnitt 5.2.

Aktuella förutsättningar för ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag

Utredningen konstaterar att landstingen under lång tid har haft möjlighet att samordna sitt arbete med att definiera primärvårdens grunduppdrag. Som framgår av ovan samt avsnitt 5.2. visar såväl Riks-

[93] Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 32.
[94] Regeringens skrivelse 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*, s. 9, 13 och s. 119–120.

revisionens granskning som både Socialstyrelsens och utredningens kartläggningar att samordningen har uteblivit. Effektiv vård föreslår att primärvårdens uppdrag regleras i författning eftersom andra styrmedel som används för att skapa en mer jämlik primärvård inte har fungerat. Det är en av orsakerna till att vår utredning har fått ett uttryckligt uppdrag att formulera ett tydligare nationellt utformat uppdrag och ansvarsfördelning för primärvård. Under utredningens många dialoger och möten runtom i Sverige har vi fått en i stort sett samstämmig bild av att samtliga berörda aktörer, även huvudmän, nu ser ett mervärde i och ställer sig bakom att staten formulerar ett nationellt primärvårdsuppdrag. Utredningens arbetssätt med en omfattande dialog med samtliga berörda aktörer samt det politiska läget på lokal, regional och statlig nivå borgar alltså för att det nu finns förutsättningar för att föreslå ett nationellt utformat uppdrag för primärvården.

5.2 Dagens primärvårduppdrag

Som tidigare redogjorts för är såväl landsting/regioner som kommuner huvudmän för primärvården. I det följande ges viss översiktlig statistik om vård som bedrivs på primärvårdsnivå i både landsting/region och kommun. Därefter avgränsas texterna till att i huvudsak fokusera på den delen av primärvården som bedrivs med landsting/region som huvudmän, och framför allt den del av deras primärvård som bedrivs inom vårdvalssystem för primärvård.

5.2.1 Omfattning och utformning av primärvårdsuppdragen

Statistik om primärvård

Enligt SKL – Statistik om hälso- och sjukvård[95] – fanns det år 2016 1 144 vårdcentraler i landet, en minskning med 6 stycken jämfört med 2015. Av dessa drevs 658 (58 procent) i offentlig regi och 486 (42 procent) i privat regi.

Antalet läkarbesök i primärvården var totalt 14,4 miljoner, en minskning med drygt 200 000 besök jämfört med 2015. Besök hos övriga personalkategorier ökade med drygt 700 000 till 27,7 miljoner.

[95] SKL, *Statistik om Hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2016.*

Dessa kan delas upp i besök hos sjuksköterska (9,2 miljoner), fysioterapi och arbetsterapi (8,8 miljoner), barnhälsovård (2,4 miljoner), primärvårdsansluten hemsjukvård (2,3 miljoner), mödrahälsovård (2,0 miljoner) och övriga (3,0 miljoner). Även antalet telefonkontakter ökade med cirka 140 000 jämfört med 2015 till drygt 16,3 miljoner.

Sluten primärvård, innebärande observationsplatser, bedrevs enligt statistiken i sex landsting (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Gävleborg, Värmland och Halland) och hade totalt 3 655 vårdtillfällen under 2016, varav merparten i de två nordligaste landstingen.

Nettokostnaderna för primärvården, exklusive läkemedelsförmånen, var 2016 42,7 miljarder kronor, en ökning med 2,6 procent jämfört med 2015. Primärvårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård i landstingen låg oförändrat på 17 procent. Genomsnittskostnaden per invånare var 4 271 kronor, en ökning med 1 procent jämfört med föregående år. Kostnaden skiljer sig åt mellan olika landsting.

Enligt Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser[96] var nästan 400 000 personer någon gång under 2016 mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Bland dem var 83 procent 65 år eller äldre. Bland dessa finns en betydande skillnad mellan könen. För hela året 2016 var det över 80 000 fler kvinnor än män och i genomsnitt 58 000 fler kvinnor varje månad som fick kommunal hälso- och sjukvård.

Över 40 procent av alla som fått kommunal hälso- och sjukvård har fått minst en åtgärd varje månad från samma kommun under 2016. Dessa personer är troligtvis i behov av kontinuerlig och regelbunden vård. Andelen som fått kontinuerlig vård är marginellt högre för kvinnor.

Landstingens styrning av primärvårdsuppdragen

Den primära styrningen och organiseringen av den del av landstingens primärvård som utförs under vårdval för primärvård sker i form av förfrågningsunderlag för vårdcentralers verksamhet, (och för andra verksamheter om landstinget valt att ha flera vårdval inom primärvården). Förfrågningsunderlagen ligger sedan till grund för avtal som upprättas med utförare som uppfyller kraven och önskar etablera sig

[96] Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser*, 2017-05-18.

inom landstinget. Samma förfrågningsunderlag gäller som underlag för utförare i offentlig regi. Som redogjorts för ovan är tanken att kraven ska ta utgångspunkt i primärvårdens uppdrag och de skyldigheter som landstinget har som huvudman. I förfrågningsunderlagen anges även enhetliga principer för ersättning till utförare etablerade i det egna landstinget. Kraven och ersättningssystemens konstruktion varierar däremot mellan landsting, se avsnitt 5.2.15.

5.2.2 Landstingens vårdval för primärvård – 21 versioner

Landstingens utformning av primärvårdens uppdrag har kartlagts vid flera tillfällen sedan det 2010 blev obligatoriskt för landstingen att införa vårdval i primärvården. Den senaste är gjord av Socialstyrelsen 2016[97] och bekräftar tidigare kartläggningars bild att primärvården i alla landsting har ett kärnuppdrag, kompletterat med varierad grad av tilläggsuppdrag, inom eller utom vårdvalet för primärvård.

Utredningen har gjort en uppdaterad kartläggning genom att läsa de senaste tillgängliga förfrågningsunderlagen gällande vårdval i primärvården.[98]Utredningen konstaterar att det saknas enhetlig terminologi och underlagen har olika namn i olika landsting, till exempel förfrågningsunderlag, regelbok eller ackrediteringsvillkor, även om Lagen om valfrihetssystem, LOV, (2008:962)) anger att namnet bör vara förfrågningsunderlag[99].

Enligt LOV ska grunderna för den ekonomiska ersättningen till en leverantör framgå av förfrågningsunderlaget liksom samtliga andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras. I förfrågningsunderlaget ska också anges på vilket sätt ansökan ska ges in samt inom vilken tid den upphandlande myndigheten kommer att fatta beslut om godkännande. Förfrågningsunderlagen skiljer sig åt mellan olika landsting avseende omfattning, disposition och i hur sammanhållna de är. I vissa landsting finns hela underlaget samlat i ett dokument, i andra är det uppdelat i flera dokument. Olika landsting väljer också att låta vårdvalet omfatta olika stora delar av primärvårdens uppdrag.

[97] Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.
[98] I de flesta fall är det underlag gällande för 2017 men i några fall har underlag för 2018 funnits tillgängliga.
[99] Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

I vissa landsting finns flera vårdval inom primärvården, t.ex. rehabilitering, barnhälsovård och mödrahälsovård. Vissa delar av primärvården styrs och organiseras i stället i egen regi eller via upphandling enligt LOU.

Primärvårdens övergripande uppdrag beskrivs i termer som ”basen för hälso- och sjukvården”, ”huvuddelen av människors vardagliga hälso- och sjukvård”, ”75–80 procent av behoven ska tillgodoses lokalt” och ”naturligt förstahandsval”. Ofta används definitionen av primärvård från HSL:

> öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av en sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I vissa förfrågningsunderlag finns egna kompletteringar av definitionen, till exempel:

- hälsofrämjande och förebyggande,
- utan avgränsning vad gäller fysiska och psykiska sjukdomar,
- sekundär prevention (i stället för förebyggande),
- patientgrupp efter professionell bedömning, tillgodose och svara för.

5.2.3 Grunduppdrag

I Socialstyrelsens kartläggning från 2016[100] beskrivs att den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting omfattar:

- mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser,
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter,
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård,

[100] Socialstyrelsen, *Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

- medverkan i landstingets smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.

Medicinskt åtagande

Det medicinska åtagandet beskrivs i förfrågningsunderlagen med olika detaljeringsgrad. En beskrivning som återfinns i flera landsting är att åtagandet omfattar:

- mottagning – akut och planerad (läkare och sjuksköterska),
- hembesök – akut och planerat,
- rådgivning,
- utredning,
- diagnostik,
- behandling,
- uppföljning,
- rehabiliteringsinsatser,
- insatser vid psykisk ohälsa,
- smittskydd,
- sjukskrivning,
- utfärdande av intyg.

Som exempel på mer detaljerade beskrivningar specificeras t.ex. i Landstinget i Kalmar län att utförarna har ett ansvar för läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk, att nedtrappning av läkemedel vid läkemedelsberoende ska erbjudas samt att utföraren ska handlägga körkortsärenden vid rattfylleri orsakat av alkohol.

I flera förfrågningsunderlag förtydligas att utförarens mottagning ska vara utrustad så att man kan utföra exempelvis EKG, spirometri, inhalationsbehandling, rektoskopi och audiogram.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa har ett eget avsnitt i samtliga förfrågningsunderlag, men uppdraget skiljer sig i omfattning och beskrivs på olika sätt. Utförarna ska kunna möta psykisk ohälsa där behov av specialistpsykiatri inte föreligger. Gränssnittet gentemot specialistpsykiatrin anges ibland i förfrågningsunderlaget, i andra fall hänvisas till särskilda dokument. Det exakta gränssnittet förefaller också att skilja sig mellan olika landsting.

När det gäller uppdrag för psykoterapi är skillnaderna ännu större. I många landsting beskrivs att ”psykoterapeutiska behandlingar av korttidskaraktär” ingår i grunduppdraget, i andra är det inte lika tydligt. I vissa landsting ska utförarna kunna erbjuda internet-KBT, i andra står det inget om denna lösning i förfrågningsunderlagen. I två landsting (Skåne och Uppsala) finns särskilda vårdval för psykoterapi.

Mer detaljerade beskrivningar kopplade till uppdragen kring psykisk ohälsa återfinns t.ex. i Region Skåne där vårdcentralerna ”ska erbjuda hälsoundersökningar till patienter med psykossjukdomar och bipolär sjukdom”. I Sörmland anges att ”Besökstid hos beteendevetare bör som regel vara kort, 20–30 minuter. Antalet besök bör vanligtvis ligga mellan 1 och 10 besök. Behandlingsmetoderna bör företrädesvis vara FACT, ACT, KBT och motiverande samtal. Behandling i grupp bör erbjudas.”

Kontinuitet och samverkan

Vikten av kontinuitet lyfts i alla landstings förfrågningsunderlag, ofta övergripande formulerat som t.ex. ”vården ska vara tillgänglig, av god kvalitet och tillgodose behovet av kontinuitet”. I flertalet landsting lyfts särskilt vikten av kontinuitet för äldre patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka, samt personer med funktionsnedsättning.

Den lagstadgade funktionen fast läkarkontakt nämns endast i tolv av förfrågningsunderlagen, uttryckt som att alla patienter ska ”få möjlighet att välja” fast läkarkontakt eller att utföraren ”ska, för de personer som så önskar, erbjuda tillgång till fast läkarkontakt”. Tre landsting har system för listning på fast läkarkontakt/husläkare som komplement till listning på vård/hälsocentral och ger också möjlighet för läkaren att avgränsa antalet patienter på sin lista, uttryckt som

t.ex. ”full lista”. I två av dessa landsting finns möjlighet för patienten att ställa sig i kö till önskad läkare, se även 10.2.2.

Samverkan lyfts som viktig i samtliga förfrågningsunderlag, ibland brett angivet som ”samverkan med olika organisationer kring hälso- och sjukvårdsfrågor”, men ofta med mer konkreta exempel. Det kan vara samverkan med kommunerna, specialistpsykiatrin, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kring personer med psykisk ohälsa. Andra områden där samverkan lyfts är sjukskrivning, rehabilitering, våld i nära relationer, barn som far illa, vårdplanering och kring äldre.

I en del landsting är samverkansuppdraget i vissa frågor knutet till ett särskilt geografiskt områdesansvar. Detta gäller till exempel ansvar för dödsbevis, vårdintyg, befolkningsinriktat folkhälsoarbete, jour och beredskap, familjecentral, hälsoundersökningar av asylsökande, stöd till hemsjukvård, krisberedskap och smittskydd som inte rör enskilda individer. I några fall har varje utförare ansvar för sitt närområde, i andra är hela eller delar av områdesansvaret formulerat som ett tilläggsuppdrag till vissa utförare. Enheterna som får tilläggsuppdrag kan vara utsedda av uppdragsgivaren eller utsedda efter ett ansökningsförfarande.

Endast i ett fåtal förfrågningsunderlag formuleras ett reellt samordningsuppdrag, där det är tydligt att vårdcentralen ska vara patientens samordnare och lots i en sammanhållen hälso- och sjukvård. Detta uppdrag är tydligare beskrivet i de underlag som vid kartläggningen fanns tillgängliga för 2018, då med hänvisning till lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård[101] som trädde i kraft 1 januari 2018.

Tilläggsuppdrag

Vissa delar av primärvårdsuppdraget kan ges som tilläggsuppdrag till vissa utförare. Dessa uppdrag kännetecknas antingen av att uppdraget omfattar samverkan med andra aktörer eller att det är ett försök att flytta vård från den specialiserade vården till primärvården. Även forskningsvårdcentral, studierektor för AT- och ST-läkare[102] och verksamhetsförlagd utbildning är i vissa landsting formulerade som tilläggsuppdrag.

[101] Lag (2017:612), *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*
[102] AT-läkare = läkare under allmäntjänstgöring; ST-läkare = läkare under specialiseringstjänstgöring.

Exempel på samordningsuppdrag är det geografiska områdesansvar som finns beskrivet ovan. Här finns också äldrevårdsmottagningar, familjecentraler, mottagning för unga vuxna, mottagning för personer med flera funktionsnedsättningar och riskbruk/missbruk.

I några landsting finns möjlighet att få tilläggsuppdrag för olika specialistmottagningar, såsom hjärtsviktsmottagning, gynekologisk specialistmottagning och mottagning med specialist i öron-, näs- och halssjukdomar.

Gemensamt för tilläggsuppdragen är att de ofta är mer i detalj beskrivna avseende öppettider, kompetenskrav och aktiviteter för att man ska erhålla den särskilda ersättningen för uppdraget.

5.2.4 Akutuppdrag för primärvården

Akutuppdraget i primärvården så som det är beskrivet i förfrågningsunderlagen, är ett annat uppdrag än det akutuppdrag som akutsjukhusen har. Primärvårdens akutuppdrag innefattar tillstånd som ska bedömas inom 24 timmar, men som inte är akut livshotande. Även akut livshotande tillstånd kan uppstå när en patient vistas på vårdcentralen. Vårdcentralen ska då kunna ge livsuppehållande behandling i väntan på att ambulans anländer för vidare transport till akutsjukhus. I glesbygd kan akutuppdraget vara mer omfattande.

Uppdraget beskrivs på olika sätt i de olika landstingen, men kan delas upp i tre olika områden – akutuppdrag när vårdcentralen är öppen, akutuppdrag jourtid samt vårdintyg och konstaterande av dödsfall.

Generellt beskrivs uppdraget som att utföraren ska kunna svara för första linjens sjukvård för alla som vistas i vårdcentralens närområde. Det är tydligt att akutuppdraget gäller lika för listade och olistade patienter. Ibland specificeras krav på tillgång till akuta hembesök, främst till särskilt boende eller patienter med hemsjukvård i ordinärt boende, men också till exempelvis häkten.

Akutuppdrag under vårdcentralens ordinarie öppettider

Landstingen har olika krav på öppethållande i sina uppdrag för vårdcentraler. I vissa landsting anges klockslag under vilka man minst måste hålla öppet, vanligen kl. 8–17, måndag–fredag. I andra anges antal timmar, t.ex. minst 45 timmar i veckan. I ytterligare något är

kraven mindre specificerade, t.ex. att vårdcentralen ska ”uppfylla triagehandbokens hänvisningsnivå öppenvård akut – senast inom 24 timmar ska bedömning och eventuell behandling kunna ske” och utföraren får själv avgöra öppettider utifrån sina patienters behov.

Akutuppdrag utanför vårdcentralens ordinarie öppettider, dvs. på jourtid

Som regel är uppdraget formulerat så att vårdcentralen har uppdraget dygnet runt, alla dagar i veckan, men hur man löser det uppdraget ser olika ut.

Den vanligaste lösningen är att landstinget har definierat jourområden med en jourmottagning som har öppet helger och ofta även vardagkvällar. I uppdraget ingår att utföraren är skyldig att bemanna med läkare, ibland även med sjuksköterskor från vårdcentralen. Ofta har dock jourmottagningarna egna sjuksköterskor för att hålla kontinuitet i bemanningen och säkra rutiner. I Stockholms läns landsting finns sedan 2018 närakuter som en mellanform mellan primärvårdens vanliga jourmottagningar och akutsjukhusens akutmottagningar.

I vissa landsting överlåter man i stället åt utförarna att avgöra hur man ska samarbeta jourtid. I ytterligare något landsting har man en lösning, där man kan få särskild ersättning för att driva jourmottagning på ett sätt som landstinget har definierat som önskvärt, till exempel i närheten av sjukhusets akutmottagning. Andra speciallösningar finns också, anpassade till lokala förhållanden.

Vårdintyg och konstaterande av dödsfall

Det vanliga är att utförare med avtal i landstingens vårdval för primärvård har ansvar för att dödsbevis utfärdas för avlidna som är listade på vårdcentralen eller som vistas i närområdet, om de avlider i hemmet eller på någon annan plats utanför sjukhus. Vårdgivaren ska i dessa fall också tillse att intyg om dödsorsak utfärdas.

Samma ansvar gäller som regel för vårdintygsbedömningar[103], utfärdande av vårdintyg samt begäran om polishandräckning i samband med sådant.

[103] Vårdintyg = läkarintyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Jourtid brukar detta ansvar ligga på en läkare i beredskap, som då också ofta är ansvarig för läkarstöd till sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård i ordinärt och på särskilda boenden.

I ett landsting omfattas hela detta ansvarsområde av en upphandling enligt LOU och drivs av en privat enhet, som vårdcentralen kan använda sig av i stället för att fullgöra uppgiften själva. I något annat landsting ansvarar ambulanssjukvården för oplanerade hembesök nattetid.

5.2.5 Kompetenser och arbetssätt

I primärvården arbetar sedan länge specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor. Båda kompetenserna innebär en bred generalistkompetens med förmåga att möta olika typer av behov och även att arbeta förebyggande. Innan införandet av obligatoriskt vårdval inom landstingens primärvård organiserades arbetet ofta i vårdlag läkare/distriktssköterska med ansvar för patienter inom ett visst geografiskt område.

Alltfler legitimerade yrkeskategorier har successivt tillkommit för att kunna utföra primärvårdens allt större och mer komplexa uppdrag. Det är t.ex. arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, psykologer och i viss mån även farmaceuter. Därutöver kuratorer, undersköterskor och medicinska sekreterare.

Kompetenskraven för utförare är beskrivna med olika detaljeringsgrad. En vanlig skrivning är: ”Vårdgivaren ansvarar för att personalen har för uppdraget adekvat utbildning och legitimation samt är lämplig för sin uppgift”. Utöver denna allmänna skrivning anges alltid att utföraren ska bemanna med specialist i allmänmedicin, men kraven vad gäller miniminivå och omfattning varierar. Alla landsting/regioner utom fyra ställer krav på att utföraren har tillgång till distriktssköterska, i olika omfattning.

Utöver dessa centrala kompetenser anges i vissa underlag att utföraren ska ha tillgång till barnmorska (MVC), arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, medicinsk fotvård, psykolog, kurator eller annan särskild kompetens, till exempel sjuksköterska med annan specialistkompetens än distriktssköterska. I vissa landsting kan utföraren också få tilläggsuppdrag om man har tillgång till viss annan specialist-

kompetens för läkare, t.ex. specialist i psykiatri, öron-, näs- och halssjukdomar, kardiologi eller gynekologi.

Teamarbete, ibland kallat vårdteam, lyfts fram i många uppdrag, men oftast utan att närmare definiera vad man menar med dessa begrepp. Ibland avses interprofessionellt teamarbete inom vårdenheten, ibland samarbete med andra aktörer, till exempel personal inom kommunal hälso- och sjukvård.

I dag vanligt förekommande yrken i primärvården

Arbetsterapeut

Arbetsterapeutens uppgifter är att utreda och bedöma personers aktivitetsförmåga samt vid behov vidta åtgärder för att öka förmåga till aktivitet och delaktighet. Förebyggande och rehabiliterande insatser kan genomföras vid en primärvårdsenhet, i personens hem, arbete eller i annan för personen aktuell miljö. Inom primärvården arbetar arbetsterapeuten vanligen med patienter som har aktivitetsnedsättningar relaterade till t.ex. sjukdomar och skador i rörelseorganen, långvarig smärta, stress, kognitiv svikt och demens, kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa och sjukdom. Arbetsterapeuten har förskrivningsrätt för hjälpmedel och kan utfärda intyg exempelvis inför bostadsanpassning. Arbetsterapeuten kan även göra aktivitetsbedömning i försäkringsmedicinska ärenden samt ha uppdrag som rehabkoordinator.

Barnmorska

Barnmorskor är verksamma inom Sexuell och reproduktiva hälsa med ett brett verksamhetsområde. Inom primärvården omfattar detta arbete inom mödravården, barnmorskemottagningar, och på ungdomsmottagningar. Även rådgivning inom sexologi, obstetriskt ultraljud och urologi i både privat och offentlig regi.

Biomedicinsk analytiker

Biomedicinsk analytiker är verksamma inom laboratoriemedicin eller klinisk fysiologi. I primärvården arbetar biomedicinsk analytiker främst inom laboratoriemedicin, med att ansvara för den analytiska processen på vårdcentralens laboratorium, kvalitetssäkring och delta i provtagnings- och analysarbetet.

Dietist

Dietisten behandlar och förebygger nutritionsrelaterade tillstånd med mål att optimera patientens näringsstatus. I primärvården kan det handla om nutritionsbehandling till patienter vid olika symptom eller sjukdomstillstånd som t.ex. födoämnesintoleranser, mag-tarmsjukdomar, diabetes, KOL, ät- och sväljsvårigheter, undernäring och obesitas. Det kan också innebära stöd för mer hälsosamma matvanor. Kompetensen innefattar såväl teoretisk kunskap om olika nutritionsterapier som förmåga att vägleda människor i hur näringsrekommendationerna skall omsättas i praktiken genom medvetna val av livsmedel och matlagningsmetoder.

Distriktssköterska

Distriktssköterskan är sjuksköterska med specialistutbildning som omfattar ett hälsofrämjande arbetssätt för att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla en person och dennes familj i livets alla skeenden utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom. Inom primärvården kan distriktssköterskan arbeta med bl.a. självständig mottagningsverksamhet, barnhälsovård, hemsjukvård, vård av äldre och eller funktionshindrade i särskilt boende, specialmottagning riktad mot sjukdomstillstånd som till exempel diabetes, inkontinens, hjärtsvikt, astma eller infektion, palliativ vård och rådgivning. Distriktssköterskan utfärdar också vissa intyg samt ordinerar och förskriver medicinsktekniska produkter, vissa läkemedel och vaccinationer.

Farmaceut

Farmaceut är ett samlingsnamn för receptarier och apotekare. Skillnaden mellan dem är utbildningens omfattning (tre år respektive fem år). Inom primärvården arbetar framför allt apotekare, många gånger som expertstöd i läkemedelsgenomgångar för patienter inom hemsjukvården eller på särskilda boenden. Apotekarna kan också arbeta med att ta fram läkemedelslistor, följa upp läkemedelsförskrivning, leda utbildningsinsatser till övriga medarbetare och bidra med specifik kunskap om t.ex. läkemedelsinteraktioner.

Fysioterapeut

Fysioterapeuten har kompetens att självständigt undersöka, diagnostisera och behandla patienter. I primärvården lämpar sig kompetensen för bedömning av patienter med symptom från bl.a. rörelse- och stödjeorganen. Utöver detta kan fysioterapeuten hjälpa människor att förbättra sin hälsa, förebygga sjukdomar och skador samt rehabilitera dessa för att bättre kunna möta livets krav inom skilda områden såsom äldres hälsa, smärta, psykisk hälsa, neurologi, andning och cirkulation, idrottsmedicin och kroniska sjukdomar.

Hälso- och sjukvårdskurator

Hälso- och sjukvårdskuratorn kan inom primärvård arbeta med kvalificerat självständigt psykosocialt behandlingsarbete enskilt och i grupp. Målet med patientarbetet är att stärka individers och gruppers förmåga att hantera inre och yttre påfrestningar. En psykosocial aspekt kan läggas på alla olika sjukdomstillstånd och patientgrupper. Hälso- och sjukvårdskuratorns breda kunskap även inom juridik och socialförsäkringsområdet är en viktig kompetens i samverkan med andra aktörer internt och externt. Områden som hälso- och sjukvårdskuratorn särskilt inriktat sig på är kristillstånd, lätta och medelsvåra tillstånd av depression, ångest, oro och sömnbesvär, arbetsrelaterade problem som inte kan tillgodoses inom företagshälsovården, beroendeproblematik på primärvårdsnivå och stressrelaterade sjukdomstillstånd.

Medicinsk sekreterare

Medicinska sekreterare arbetar med vårddokumentation och administration i vården. Medicinska sekreterare ansvar främst för att skriva journalanteckningar från diktat men hanterar också remisser och uppföljningsdokumentation. Vanliga arbetsuppgifter är också att bemanna reception, boka patientbesök, ansvara för statistik, vara chefsstöd samt arbete med personaladministration, it-support och ekonomirutiner.

Psykolog

Psykologen kan bedöma och diagnostisera frågeställningar kring psykisk ohälsa och funktion. Bedömning kan ske initialt i vårdkedjan utan föregående triagering eller remittering, eller senare som del i vårdteamsinsats. Arbetet kan omfatta psykologisk behandling, rådgivning, hälsofrämjande insatser (t.ex. stress, sömn, ångest), handledning av andra professioner och vårdflödesansvar för området psykisk ohälsa.

Sjuksköterska

Sjuksköterskor har en viktig roll såväl inom landstingens/regionernas som kommunens hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan arbetar inom särskilda boenden och på landstingens/regionernas vårdcentraler. På dessa arbetar sjuksköterskor vid mottagningar och i triage per telefon. Sjuksköterska med specifik utbildning inom t.ex. astma/KOL, diabetes, hjärtsvikt eller demens kan arbeta självständigt inom ramen för sitt specifika kompetensområde.

Specialist i allmänmedicin

Allmänläkaren har specialistutbildning i allmänmedicin och är utbildad för att känna igen, utreda och behandla de flesta medicinska, psykiatriska och kirurgiska tillstånd som kan uppträda hos patienter i alla åldrar. Patienter med flera olika sjukdomar eller symtom kan tas om hand. Om tillståndet kräver bedömning av annan specialist eller vård på sjukhus remitteras patienten vidare. En viktig del i uppdraget är att följa individen över tid vilket gör att allmänläkaren står för kontinuitet för patienten och helhetssyn i vården. Allmänläkare har god kunskap om samsjuklighet och om risk för överdiagnostik och överbehandling. Allmänläkare deltar i förebyggande arbete. Arbetet sker huvudsakligen på mottagning men kan ske på distans, i patientens hem, på särskilt boende och på BVC.

Specialist i barn- och ungdomsmedicin

Specialistområdet barn och ungdomsmedicin innefattar breda kunskaper om sjukdomstillstånd, tillväxt och utveckling hos barn och ungdomar 0–18 år. Specifika kunskaper inom de barnmedicinska subspecialistområdena som exempelvis barn- och ungdomsneurologi, allergologi, kardiologi, endokrinologi och neonatologi ingår. Barnläkaren har även en mer generaliserad kompetens kring utredning, diagnostik, behandling och bemötande av barn och ungdomar i relation till ålder och mognad. Inom primärvården arbetar barnläkare främst inom barnhälsovården och bidrar med andra preventiva insatser exempelvis inom elevhälsan i samverkan med flera aktörer och huvudmän.

Specialist i geriatrik

Specialistområdet omfattar bl.a. kunskaper och färdigheter i att självständigt kunna utreda, diagnostisera, behandla och följa upp akuta och kroniska sjukdomar hos äldre samt kunskaper om det normala åldrandet och dess konsekvenser för funktionsförmåga och sårbarhet. Geriatrik innebär ett fokus på patientens hela situation: medicinskt, funktionellt, psykologiskt och socialt. Kompetensområdet kännetecknas dessutom av ett tvärprofessionellt förhållningssätt där det krävs samordning av insatser mellan olika vårdformer och huvudmän. Inom primärvården kan specialist i geriatrik främst arbeta som generalistläkare för äldre patienter samt i hemsjukvård, mobila team och på särskilda boenden.

Undersköterska

Undersköterskans kompetens i hälso- och sjukvården kan sammanfattas i tre punkter: omvårdnad och stöd till patient och närstående; logistik- och materialansvar och provtagning samt att samarbeta med andra yrkesgrupper i vårdteamet. Undersköterskor har i dag ingen yrkeslegitimation men står i sin yrkesutövning under tillsyn av Socialstyrelsen Utredningen Reglering av yrket undersköterska (S 2017:07) har fått i uppdrag att överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

5.2.6 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Primärvården omfattar ett mycket brett kunskapsområde, vilket gör att behovet av kunskapsstöd är särskilt stort i primärvårdens verksamheter.

I förfrågningsunderlagen beskrivs kunskapsstyrning ofta i allmänna ordalag, såsom att vårdenheten ska följa för uppdraget tillämpliga nationella riktlinjer samt relevanta regionala och lokala vård- och handlingsprogram. Det ställs krav på att vårdenheterna ska följa anvisningar från läkemedelskommittéer och STRAMA[104] samt ofta också att man systematiskt ska förbättra sin verksamhet och i många landsting ska man årligen beskriva hur detta går till.

Antalet kvalitetsregister som vårdcentralerna ska rapportera till varierar mellan olika landsting. De kvalitetsregister som är vanligast förekommande är Nationella diabetesregistret, RiksSvikt, Luftvägsregistret, SweDem, Senior Alert och Palliativa registret.

PrimärvårdsKvalitet (se vidare avsnitt 5.3), som SKL tagit fram särskilt för att rapportera och följa kvalitetsparametrar i primärvården, nämns inte i underlagen. Detta beror sannolikt på att PrimärvårdsKvalitet ännu inte är tillräckligt etablerat.

5.2.7 E-hälsa och digitalisering

Digitaliseringen är ett verktyg för verksamhetsutveckling. Det handlar om allt från medarbetarnas tillgång till rätt information i möten med patienter till hantering av data för uppföljning och jämförelser av verksamheternas resultat. För medarbetare och företag öppnas även möjligheter att skapa nya lösningar som kan effektivisera verksamheterna, bidra till nya och innovativa arbetssätt, utveckla verksamhetsprocesserna samt öka möjligheterna för forskning och utveckling.

Enligt förfrågningsunderlagen ska utförarna vara anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster och erbjuda för uppdraget relevanta tjänster. Leverantören ska under 2017 fortsätta påbörjat arbete med att utveckla och erbjuda patienter e-hälsotjänster genom bland annat virtuella vårdmöten/distansbesök.

[104] Samverkan mot antibiotikaresistens.

5.2.8 Förebyggande arbete

Svensk grundlag fastslår att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa[105]. För att leva upp till detta åtagande krävs åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är hälso- och sjukvården. Enligt HSL ska sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Primärvården ska – i enligheten med definitionen i HSL – svara för förebyggande arbete som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.[106]

Förebyggande åtgärder definieras enligt Socialstyrelsens termbank som åtgärder för att förhindra uppkomst av, eller påverka förlopp av, sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Förebyggande åtgärder delas in i primär- och sekundärprevention. Man brukar även tala om tertiärprevention men Socialstyrelsen avråder i sin termbank från denna term och hänvisar i stället till termerna behandling och rehabilitering.

Med primärprevention avses förebyggande åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador eller problem. De kan användas inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst och kan vara riktad till individ (ex. rökslut), grupper (rökslut i grupp) eller samhällsstrukturer (rökförbud i vissa miljöer). Vaccination är en form av primärprevention liksom olika typer av profylax, t.ex. avseende trycksår, antibiotika, och kariesprofylax.

Med sekundärprevention avses förebyggande åtgärder för att i tidigt skede förhindra negativ utveckling, återinsjuknande eller latent sjukdomstillstånd att utvecklas till klinisk sjukdom. Åtgärderna kan också användas inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst och vara riktade till individ eller grupper, t.ex. screening (mammografi, gynekologiska cellprover) eller rökslutarstöd efter hjärtinfarkt.

I april 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[107] I riktlinjerna delas vården in i fyra prioriteringsgrupper:

I prioriteringsgrupp I ingår vård av livshotande akuta sjukdomar, sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, svåra kroniska sjukdomar, vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

---

[105] Regeringsformen 1 kap. 2 §.
[106] HSL, 2 kap. 6 §, 3 kap. 1 §.
[107] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

I prioriteringsgrupp II ingår prevention och habilitering/rehabilitering, i grupp III, vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och i grupp IV, vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Prevention finns således i prioriteringsgrupp två och ska därmed prioriteras före t.ex. vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Den första upplagan av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kom 2011. Riktlinjerna lyfter fram vilka metoder som utifrån evidens rekommenderas för vårdens arbete med att förbättra levnadsvanorna rökning, alkohol, kost och fysisk aktivitet. En utvärdering gjordes 2014[108], då det konstaterades att landstingen kommit olika långt i implementeringen av riktlinjerna och att det utifrån vad som dokumenterats endast var en liten andel av patienterna som fått åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor. I utvärderingen lyfter Socialstyrelsen fram förslag på förbättringsområden såsom fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor, utveckling av samverkan mellan olika aktörer, uppmärksammande av personer med psykisk sjukdom, behov av kompetensutveckling för personalens samt bättre kunskap om och rutiner för att minska riskbruk av alkohol. En ny remissversion av riktlinjerna har därefter tagits fram[109] som stöd för det fortsatta arbetet.

Det individpreventiva arbetet för den listade befolkningen finns beskriven i samtliga landstings förfrågningsunderlag, ofta med hänvisning till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor[110]. Riktlinjerna omfattar levnadsvanorna matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol.

Beskrivningar som ”hälsofrämjande förhållningssätt” och ”proaktiv hälsostyrning” används. I något förfrågningsunderlag är det tydligt att vårdcentralen på individnivå, ska arbeta såväl primär- som sekundärpreventivt. I andra underlag nämns särskilt ”mest sköra äldre” som en prioriterad grupp för förebyggande arbete, då främst att förebygga fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa. I ett fåtal förfrågningsunderlag ingår också i uppdraget att erbjuda hälsosamtal till särskilt utvalda åldersgrupper. Vilka och hur många åldersgrupper varierar mellan de landsting som har detta i uppdraget.

---

[108] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering, 2014 Sjukdomsförebyggande metoder*, 2015.
[109] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, remissversion*, 2017.
[110] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, remissversion*, 2017.

5.2.9 Egenvård och stöd till egenvård

Begreppet egenvård beskrivs närmare i avsnitt 5.1.3.

I samtliga landstings förfrågningsunderlag för vårdval i primärvården framgår att det ingår i utförarnas uppdrag att ge rådgivning till patienter med upplevda hälsoproblem. Ofta är detta i form av egenvårdsråd. Man kan också hänvisa till 1177.se eller till att man kan ringa 1177 Vårdguiden för egenvårdsråd.

1177 Vårdguiden håller på att utveckla verktyg för ”egentriagering”, så att patienten själv genom att fylla i ett antal frågor, kan få besked om hen behöver söka vård och i så fall på vilken nivå. Detta utan att behöva ha personlig kontakt med 1177 Vårdguiden eller vårdcentralen.

5.2.10 Hemsjukvård

Hemsjukvård består framför allt av insatser som sker i särskilt eller ordinärt boende, men även enstaka besök i daglig verksamhet eller dagverksamhet kan omfattas, (se avsnitt 5.1.4). I samtliga landsting utom Stockholms läns landsting är kommunerna huvudman för sjukvårdsinsatser i hemmet upp till och med sjuksköterskenivå. I flertalet landsting, men inte alla, innebär det att även rehabiliteringsinsatser ligger inom ramen för kommunernas ansvarsområde. I Stockholms läns landsting är landstinget huvudman för den samlade hälso- och sjukvården förutom gällande särskilda boenden där landstinget endast svarar för läkarinsatsen.

I förfrågningsunderlagen för landstingens vårdval i primärvården i övriga landsting framgår att vårdcentralerna ska bistå med läkarstöd till den kommunala hemsjukvården. Till hemsjukvården räknas som regel både vård i ordinärt boende, särskilt boende och korttidsboende.

I vissa landsting är uppdraget kopplat till den utförare, där patienten är listad. I andra är läkarstödet till hemsjukvården områdesindelat och utförs av särskilda utförare, i synnerhet gäller detta särskilt boende och korttidsboende. Ibland utförs uppdraget enbart av utförare i egen regi, ibland är det uppdrag som vilken utförare som helst kan få som tilläggsuppdrag. I flera förfrågningsunderlag betonas vikten av kontinuitet i uppdraget.

Utöver läkarstödet i individärenden finns ofta särskilda uppdrag kring utbildning, råd och stöd till kommunens hemsjukvårdspersonal.

5.2.11 Rehabilitering

Enligt Socialstyrelsens termbank är rehabilitering ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

I flertalet landsting ingår rehabilitering i vårdcentralernas grunduppdrag. I två landsting, Västra Götaland (fysioterapi och arbetsterapeuter) och Värmland (enbart fysioterapeuter) är rehabilitering ett eget vårdval. Olika lokala överenskommelser finns också när det gäller vem som gör vad kring äldre patienter, där rehabilitering kan ske antingen från primärvården eller kommunen.

I förfrågningsunderlagen beskrivs rehabiliteringsuppdraget på olika sätt. Vanligast är att man kopplar uppdraget till tillgång till specifika kompetenser, oftast fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Ibland nämns även psykologer/kuratorer i rehabiliteringsuppdraget, men ofta särskiljs det psykosociala uppdraget i särskilt avsnitt.

Rehabiliteringsuppdraget kan också vara kopplat till diagnosgrupper. Landstinget Kronoberg skriver ”Diagnosgrupper som kan vara aktuella i primärvårdens rehabilitering är bland annat hjärtsvikt, KOL, stroke samt besvär från rörelseorganen.” I Skåne anges att man ska kunna erbjuda rehabilitering i varmvattenbassäng och i Dalarna, med flera, att man ska kunna erbjuda multimodal rehabilitering.

Utöver grunduppdraget finns i några landsting särskilda vårdval för mer specialiserad rehabilitering, t.ex. i Skåne och i Stockholm. I Halland och Gävleborg drivs viss specialiserad rehabilitering på enheter i egen regi, utanför vårdvalet. Utöver detta bedrivs rehabilitering på sjukhus och det saknas ofta tydliga riktlinjer om vilken typ av rehabilitering som ska bedrivas i de olika delarna av hälso- och sjukvården.

I flera landstings förfrågningsunderlag nämns att utföraren ska ha tillgång till rehabiliteringskoordinator för samordning i rehabiliteringsärenden, främst kopplade till sjukskrivning.

I några förfrågningsunderlag nämns särskilt att utföraren ska ha personal som kan stå för utprovning av hjälpmedel och ortoser.

Habilitering

Habilitering nämns i några av förfrågningsunderlagen, i så fall oftast som ett primärvårdsuppdrag som inte ingår i grunduppdraget för vårdcentralerna. I Västernorrland står det att vårdcentralen ska erbjuda re-/habilitering, utan att närmare specificera vilken del av habiliteringsuppdraget som åligger utföraren. Även i Norrbotten nämns att habilitering ingår i grunduppdraget, utan närmare specifikation.

Utredningen har för avsikt att återkomma med frågor relaterade till habilitering i slutbetänkandet, kopplat till samverkan mellan olika aktörer.

5.2.12 Forskning

I dag upplevs forskningskulturen av många som svag inom primärvården, enligt vår erfarenhet även på många av de vårdcentraler som har ett särskilt akademiskt uppdrag, kallade Akademiska vårdcentraler eller liknande. Uppdragen för denna typ av vårdcentraler skiljer sig avsevärt åt mellan olika regioner och landsting. Ofta är en forskare, som arbetare på vårdcentralen, knuten till allmänmedicinsk enhet vid närmsta universitet och har i sitt uppdrag att stödja forskningsinsatser på vårdcentralen och i närområdet. I praktiken är det dock svårt att få tillräckligt med tid och resurser att bedriva forskning i primärvården, då ersättningssystemen i landstingens vårdval för primärvård inte stödjer detta arbetssätt. Det är inledningsvis heller inte lätt för primärvårdens enheter att få en tydlig plats i det nya begreppet universitetssjukvård, se särskilt avsnitt nedan. En bidragande faktor är också avsaknad av tillgång till individdata i primärvården, till följd av att patientregistret inte omfattar primärvården och att alla vårdcentraler ännu inte är anslutna till PrimärvårdsKvalitet (se avsnitt 5.2.6 om kunskapsstyrning).

För primärvården är det av värde att ha personer med forskningserfarenhet knutna till verksamheten, även om dessas akademiska område inte är direkt knutet till primärvårdens patienter. Detta då dessa personer bidrar positivt till forskningsklimatet på arbetsplatsen.

Effektiv vård föreslår att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård samt att hälso- och sjukvårdslagen bör ses över i syfte att förtydliga kopplingen mellan forskning och utveckling och ansvaret för detta. Utredningen har för avsikt att återkomma med en djupare analys av FoUU-frågorna i slutbetänkandet.

I förfrågningsunderlagen till landstingens vårdval för primärvård nämns forskning som regel under rubrik ”Forskning och utveckling” och inbegriper även regionalt och lokalt utvecklingsarbete. De vanligaste formuleringarna är att utföraren ska ”underlätta för forskning och kliniska prövningar” genom att ”tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning”. Utförare kan också delta i forskningsarbete som bedrivs inom primärvården, ofta genom att ansöka om särskilt avsatta medel vid FoU-enhet eller motsvarande.

Akademiska vårdcentraler

I några landsting finns tilläggsuppdrag för forskning för vissa utförare. Dessa har olika namn och uppdrag i olika landsting. I Sörmland definieras till exempel Akademisk vårdcentral som ett ”tilläggsuppdrag att i interprofessionell miljö stärka klinisk patientnära forskning, utbildning, utveckling och fortbildning” samt ta emot forskarstudenter.

Ett annat exempel är Stockholms läns landsting där uppdraget för utbildning, forskning och utveckling i primärvården samlas i Akademiskt primärvårdscentrum. Det finns åtta Akademiska vårdcentraler som beskrivs som motorn i arbetet. Forsknings- och utvecklingsarbetet omfattar allt från små utvecklingsprojekt nära primärvårdens vardag till omfattande, långsiktiga projekt om stora folksjukdomar och hälsoproblem – exempelvis diabetes, hjärt-/kärlsjukdom, smärta, psykisk ohälsa, astma och KOL, infektionssjukdomar, stroke, fysisk inaktivitet och mag-/tarmsjukdomar. Likaså ingår att ta fram kunskap om hälsofrämjande och förebyggande insatser.[111]

[111] Stockholms Läns Landsting, *Akademiskt Primärvårdscentrum, För en starkare primärvård!*.

Allmänmedicinska enheter

Det finns allmänmedicinska enheter/sektioner inom ramen för större medicinska institutioner, vid samtliga sju universitet som bedriver läkarutbildning.[112] Totalt finns 13 professorer i allmänmedicin anställda vid enheterna samt ytterligare några som på annat sätt är anknutna till enheterna eller är professor emeriti. Antalet lektorer är ungefär lika många. Därutöver finns ett stort antal till enheterna knutna docenter. Många av uppdragen är på deltid. Vid enheterna produceras drygt tio avhandlingar årligen.

Universitetssjukvård enligt ALF-avtalet[113]

Socialstyrelsen har utvärderat universitetssjukvården i förhållande till ALF-avtalet, i första hand inriktat på strukturer och processer.[114] I utvärderingen ingår en fördjupad granskning inom några områden, bl.a. allmänmedicin/primärvård. Samtliga universitet som bedriver läkarutbildning har universitetssjukvårdsenheter i primärvården. Universitetssjukvårdsenheterna har enligt utvärderingen en påfallande stor variation i uppbyggnad, från att de omfattar samtliga primärvårdsenheter i området till enbart enstaka mindre universitetssjukvårdsenheter. Rapporten uppmärksammar särskilt att en förhållandevis låg andel av doktoranderna är allmänläkare/ST-läkare i allmänmedicin samt att det kan vara svårt att få tid för forskning på grund av den stora mängden läkarstudenter och personalbrist i den kliniska verksamheten. Noterbart är också att medan primärvårdens utbildningsuppdrag motsvarar cirka 10 procent av ALF-medlen för grundutbildning, står allmänmedicin/primärvård endast för 1–2 procent av ALF-medlen för forskning.

I en annan utvärdering[115], fokuserad på den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet framhålls att det i Västerbotten finns en etablerad struktur för forskning inom primärvården och även Centrum för primärvårdsforskning i Skåne lyfts i rapporten fram som ett initiativ av enastående kvalitet.

---

[112] Umeå, Uppsala, Stockholm, Örebro, Göteborg, Linköping och Lund.
[113] ALF-avtalet = avtal mellan staten och vissa landsting om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.
[114] Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.
[115] Vetenskapsrådet, *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet, 2018.*

Nationella forskarskolan i allmänmedicin[116]

Vetenskapsrådet utlyste 2009 medel för stöd till etablering av forskarskolor inom ett flertal ämnesområden och däribland en forskarskola i allmänmedicin. Vetenskapsrådets mål med stödet var att: skapa livskraftiga kliniska forskningsmiljöer och vetenskapligt mervärde, stimulera och förstärka forskarutbildning och därigenom främja rekrytering inom det kliniska forskningsområdet; skapa grund för nätverksbygge och handledning samt tid för forskning och utbildning för forskare med klinisk frågeställning; stimulera mång- och tvärvetenskap samt att bidra till samverkan nationellt och internationellt. Umeå universitet fick uppdraget att, i samarbete med Linköpings och Göteborgs universitet, koordinera och administrera den Nationella forskarskolan i allmänmedicin. Forskarskolan har under åren fått ekonomiskt stöd (utöver det från Vetenskapsrådet) från samtliga medicinska fakulteter och medicinskt universitet. Härtill har de Allmänmedicinska enheterna i landet stött forskarskolan med lärare. Samtliga yrkesgrupper i primärvården kan delta i nationella forskarskolan.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin har under åren 2010–2017 i konkurrens tagit in 89 doktorander, vilket hittills resulterat i 35 stycken genomförda disputationer. År 2018 har man inte tagit in några nya doktorander då forskarskolans långsiktiga finansiering ännu inte är säkrad.

Enligt Socialstyrelsens utvärdering[117] upplevs den nationella forskarskolan i allmänmedicin av alla universitetssjukvårdsenheter i allmänmedicin som ett mycket värdefullt bidrag till doktorandernas möjligheter att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk.

5.2.13 Utbildning och fortbildning

Verksamhetsförlagd utbildning

Som regel är det enligt förfrågningsunderlagen ett krav att utföraren ska kunna ta emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för de professioner man har som är verksamma på vårdcentralen och

[116] Nationella forskarskolan i allmänmedicin, *Målsättning med Nationella forskarskolan i allmänmedicin*.
[117] Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.

att man kan garantera erforderlig handledarkompetens. I verkligheten har dock inte alla utförare möjlighet att handleda studenter, antingen p.g.a. brist på handledarkompetens eller brist på lokaler. Utredningen uppfattar också att utförare ibland nekar till att ta emot studenter då man upplever att ersättningen för handledning är för låg för att täcka produktionsbortfall för verksamheten.

AT/ST-utbildning

Även när det gäller utbildning och handledning av AT- och ST-läkare, är det oftast ett krav att utföraren ska kunna ta emot utbildningsläkare. Samtidigt ställs krav på studiemiljön och tillgång till utbildade handledare, varför alla vårdcentraler i praktiken inte har AT- och ST-läkare. AT-läkarna är oftast anställda på närliggande sjukhus eller centralt i landstinget, medan ST-läkarna oftast är anställda på vårdcentralen, men i vissa fall centralt.

Studierektorsuppdraget är ett tilläggsuppdrag för vissa individer, som på deltid är kopplade till en central studierektorsenhet.

Fortbildning

Endast ett fåtal landsting ställer krav på att utförare ska redovisa den fortbildning som medarbetarna fått. Ett av dem är Kalmar som också hänvisar till riktlinjer för kompetensutveckling för läkare respektive för övrig vårdpersonal. Annars är formuleringen som regel mer allmänt hållen, till exempel som i Dalarna: ”Vårdgivaren ska ansvara för att personalen får den fortbildning och vidareutbildning som fordras för att upprätthålla kompetensen och tillhandahålla god och säker vård”.

5.2.14 Uppföljning

I förfrågningsunderlagen anges vilka indikatorer landstingen följer upp avseende utförarnas verksamheter. Antalet indikatorer och detaljeringsgraden skiljer sig stort mellan olika landsting liksom måltal för enskilda indikatorer. Vissa indikatorer kan vara föremål för målrelaterad ersättning, se 5.2.15.

5.2.15 Ersättningssystem

Samtliga landsting och regioner har sedan år 2010 infört vårdvalssystem i primärvården. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska enligt HSL[118] följa den enskildes val av utförare. Landstingen ska också utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Hur villkoren och principerna för vårdvalen bestäms av respektive landsting. Det betyder att uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter utformats på olika sätt. Målsättningar och prioriteringar när vårdvalssystemen konstruerats har varierat, liksom förutsättningar och traditioner när det gäller primärvårdens organisation. Beroende på hur vårdvalssystemen utformas kommer utförare att påverkas av olika villkor och ekonomiska incitament. Det kan i sin tur leda till att vårdval i primärvården får olika effekter för befolkning och patienter i olika landsting och regioner. Det svenska systemet med kommunalt självstyre, där landsting och kommuner har ansvar för att organisera och finansiera merparten av hälso- och sjukvården, gör att Sverige i vissa avseenden mer liknar federala länder. Givet detta fattar landsting/regioner självständigt beslut om vilka ersättningsprinciper som ska gälla i sitt/sina vårdval inom primärvården. Enligt Vårdanalys[119] innebär det att ersättningsprinciperna kan ändras snabbt utan att vårdgivarna kan påverka beslutet, vilket har både för och nackdelar. En fördel är att det ger snabbare möjlighet till anpassning till ändrade yttre förutsättningar, en nackdel att det skapar osäkerhet och ryckighet i planeringsvillkoren för utförarna.

Samtliga 21 landsting/regioner tillämpar enligt förfrågningsunderlagen för vårdval i primärvården en kombination av kapitering (fast ersättning per listad individ), rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder samt målrelaterad ersättning baserat på indikatorer som återspeglar kvalitet och effektivitet, eller särskilda aktiviteter såsom läkemedelsgenomgångar. Dessutom finns särskilda ersättningar för tilläggsuppdrag. Det finns många studier om för- och nackdelar med olika former av ersättningsprinciper i primärvården. Sammantaget visar studier att det inte finns några optimala lösningar, varför litteraturen ofta rekommenderar en kombination av principer samt att

[118] 7 kap., 3 § HSL.
[119] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 157.

aktiviteter bland utförare följs upp. Sammanfattningsvis kan sägas att kapitering riskerar ge incitament till undervård medan ersättning för enskilda aktiviteter riskerar styra mot övervård.[120]

Förändringar i ersättningsmodellerna under senare år syftar till att finna nya vägar att nå mål som etablerats tidigare, snarare än att nya mål införs. Viktiga övergripande mål är rättvisa i fördelningen av resurser mellan utförare med avseende på patientgrupper med olika behov, prioritering av insatser för patientgrupper med högst prioriterade medicinska behov samt att främja en utveckling mot att en större andel av öppenvårdsbesöken ska ske i primärvård.

Kapitering

Den fasta ersättningen viktas i flertalet landsting utifrån sjukdomsbörda och utgår huvudsakligen utifrån ACG, Adjusted Clinical Groups. Ett så kallat ACG-värde räknas ut av patientens diagnos/er, genus och ålder och är ett mått på det samlade vårdbehovet för alla listade patienter på vårdcentralen. Sambandet mellan vårdcentralens resursbehov och patientens vårdbehov är högre om ACG används som underlag för ersättning. Att endast använda ålder och genus ger ett lägre samband.[121]

Ett annat sätt att vikta den fasta ersättningen är via Care Need Index (CNI) som används som grund för att mäta socioekonomisk tyngd bland listade patienter. CNI bygger på data från SCB och kan omfatta ålder över 65 år och ensamstående, utlandsfödd, arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, person ett år eller äldre som flyttat in i området, lågutbildad 25–64 år och ålder yngre än fem år.

Andelen av ersättningen per individ som justeras utifrån socioekonomiska förutsättningar varierar. Ofta används en kombination av viktning med ACG och CNI, med varierande proportioner mellan de två viktningsmodellerna, men även andra viktningar förekommer. Flera landsting justerar också den fasta ersättningen utifrån vårdenheters geografiska lokalisering. En extra ersättning utgår t.ex. till vårdenheter i särskilda orter eller baserat på avstånd till närmaste

[120] Anell, Anders, *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt – rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4)*, 2015.
[121] SKL, *ACG, Adjusted Clinical Groups, nätverk*, 2018-04-06.

sjukhus kombinerat med andra faktorer som återspeglar gles befolkning i närområdet. Storleken på ersättningen utifrån vårdenhetens lokalisering varierar.

Målbaserad ersättning

De flesta landsting använder sig av någon form av målbaserad ersättning. Principerna varierar stort avseende både antalet mål och ersättningens storlek och konstruktion. Landstingen avsätter mellan en och fem procent av den totala ersättningen till målrelaterad ersättning. Exempel på mål som kan ge ersättning är telefontillgänglighet, hälsofrämjande åtgärder och medverkan i Nationella diabetesregistret. En annan typ av målbaserad ersättning är kopplad till enskilda aktiviteter, t.ex. läkemedelsgenomgångar. Trenden går generellt mot en mindre andel målbaserad ersättning, men det varierar stort mellan olika landsting. Även om målbaserad ersättning endast omfattar en liten del av den totala ersättningen kan marginaleffekten leda till oönskade undanträngningseffekter.[122]

Besöksersättning

De flesta landsting ersätter för icke-listades besök enligt bestämd taxa, alternativt att vårdenheter själva får komma överens om belopp i samverkan. Detta gäller även utomlänsbesök. Beloppen som regleras av landstingen varierar mellan 200–700 kronor per läkarbesök. När det gäller besöksersättning för listade patienter finns en stor variation, liksom för ersättning för andra typer av vårdkontakter.

Justering utifrån täckningsgrad

I flertalet landsting justeras ersättningen till vårdenheter utifrån så kallad täckningsgrad, dvs. hur stor andel av den listade befolkningens besök som sker på primärvårdsnivå och/eller på den vårdcentral där patienten är listad. Ersättning för täckningsgrad innebär att vårdcentralens ersättning ökar om de personer som har valt vårdcentralen

[122] Regeringskansliet, Finansdepartementet, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010.

som utförare i vårdvalet, gör en större andel av sina öppenvårdsbesök inom den verksamhet som vårdcentralen har kostnadsansvar för alternativt i primärvården som helhet. I de flesta landsting omfattas i princip listade individers samtliga besök i öppen vård oavsett typ av vård och vårdnivå.

Täckningsgraden är oftast högre ju längre ifrån ett sjukhus vårdcentralen ligger, vilket gör ersättning enligt täckningsgrad till en variant av glesbygdstillägg. Syftet med justering utifrån täckningsgrad är att styra mot att individer ska konsumera en större andel av den öppna vården i primärvården. Avdrag och tillägg för täckningsgrad utgår i de flesta fall från den fasta ersättningen per listad individ. Justering utifrån täckningsgrad blir på så sätt en justering av den fasta ersättningen per listad individ utifrån utförarens faktiska ansvar för listades individers totala konsumtion av öppen vård

Kostnadsansvar

Ersättningssystemen omfattar inte bara intäkter utan även vilka kostnader en utförare har ansvar för. Det gäller främst områden som läkemedel, medicinsk service[123], hjälpmedel och listade patienters vård på annan primärvårdsenhet eller på jourcentral.

Utförarnas kostnadsansvar för medicinsk service samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar är svåröverblickbart med olika definitioner, avgränsningar och ”gråzoner”. Oftast omfattar kostnadsansvaret undersökningar som utföraren själv beställt, oavsett om det gäller patient som är listad på enheten eller ej. I vissa fall finns undantag eller högkostnadsskydd för dyra undersökningar, främst inom bilddiagnostik (röntgen och liknande). När det gäller kostnadsansvar för hjälpmedel och förbrukningsartiklar är det främst gränsdragningar gentemot kommunernas kostnadsansvar som varierar. I ett flertal landsting är tekniska, personliga aktivitetshjälpmedel som är allt från enkla vardagshjälpmedel till tekniskt avancerad utrustning, generellt undantagna från kostnadsansvar.

För allmän/basläkemedel finns i de flesta landsting ett relativt omfattande kostnadsansvar. De flesta landsting utgår från principen att vårdenheter ansvarar för kostnader för listade patienters allmän/

[123] Medicinsk service = laboratorieprover, röntgen och andra undersökningar.

basläkemedel oavsett förskrivare. Definitionen av allmän/basläkemedel och gränsdragningar mellan primärvårdens och specialistvårdens ansvarsområde kan variera mellan olika landsting.

I flertalet landsting har utföraren också kostnadsansvar för besök en listad patient gör vid en annan primärvårdsmottagning. Ofta sker detta enligt fast taxa, vid besök i annat landsting enligt utomlänstaxan, som enligt nuvarande regelverk även omfattar digitala besök. Huruvida utföraren har kostnadsansvar för digitala besök hos andra utförare i det egna landstinget varierar också mellan olika landsting.

Enligt en rapport från Vårdanalys[124] skiljer Sverige ut sig i internationell jämförelse, i det att primärvårdsmottagningarna har ett så omfattande kostnadsansvar. Detta kostnadsansvar innebär att svenska mottagningar har ett betydligt större finansiellt ansvar än mottagningar i andra länder, i synnerhet i kombination med en hög andel fast ersättning per listad individ.

Patientavgifter

Avgiften som patienten får betala vid besök på vårdcentralen, varierar i landstingen mellan 0 och 300 kronor. Det är endast Sörmland som har avgiftsfri primärvård, detta sedan 2017.

I mars 2018 beslöt SKL att rekommendera landstingen att tillämpa en gemensam lägsta avgift för digitala vårdkontakter om 100 kronor per besök för att skapa en enhetlig och konkurrensneutral prissättning för vårdtjänster som är platsoberoende.

[124] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 160.

Avgiftsfri primärvård i Sörmland

Sörmland införde avgiftsfri primärvård 2017. Orsaken var att göra primärvården mer tillgänglig för samtliga invånare. Ytterligare ett skäl var att barn och äldre redan hade avgiftsfri vård och att administrationen för att hantera patientavgifter därför inte var motiverad utifrån intäkter. Som beskrivits i kapitel två är avgiftsfri primärvård vanligt förekommande i andra hälso- och sjukvårdsystem.[125]

Samtidigt som avgiftsfrihet i primärvården infördes, utökade man också öppettiderna. Under 2017 har man gjort 41 000 fler besök i primärvården än tidigare, på en befolkning om 295 000, en ökning med 4,7 procent. Samtidigt sågs en minskning i antal besök på länets akutmottagningar med cirka 1 000 besök. Utfallet av den administrativa besparingen är inte känd.

5.3 Primärvårdens uppföljning på aggregerad nivå

Som vi redogjort för i kapitel 2 har Sverige, liksom de flesta andra jämförbara länder, mycket knapphändig information om vår primärvård i jämförelse med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I nuläget saknas lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I detta avseende skiljer sig därmed primärvården från övrig öppen vård samt sluten vård. Det innebär att majoriteten av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården i Sverige inte följs upp på samma systematiska sätt som övrig vård.[126]

Övrig öppen vård samt sluten vård följs upp i patientregistret (förvaltas av Socialstyrelsen). Både den öppna och den slutna vården har lagstadgad uppgiftsskyldighet till patientregistret – primärvården undantagen. Detta gäller både privat och offentlig vård. Patientregistret innehåller:

- alla avslutade vårdtillfällen i sluten vård,
- uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den delen av den öppna vården som inte är primärvård (sedan 2001),
- diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV,

[125] Se även bilaga 4, *Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård.*
[126] Socialstyrelsen, *Patientregistret.*

– Patientregistret innehåller sedan mars 2017 även andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrin. Inom psykiatrin finns även pågående vårdtillfällen inom den slutna vården registrerade i patientregistret.

Syftet med patientregistret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Registret tillhandahåller data för bland annat statistik, forskning och utvärdering. Patientregistret samlar in uppgifter som kan delas in i fyra huvudkategorier:

– Uppgifter om patienten.
– Uppgifter om vårdenheten.
– Administrativa uppgifter om vårdkontakten.
– Medicinska data.

Patientregistret ger alltså en helhetsbild av vården som utförs i Sverige medan de olika kvalitetsregistren fokuserar på enskilda områden. Olika lagrum styr också registernas verksamhet och sekretess. Inrapporteringen till patientregistret är lagstadgad enligt Lag om hälsodataregister (SFS 1998:543), Offentlighets- och sekretesslagen (1980:100), Dataskyddsförordningen (tidigare personuppgiftslagen (1998:204), PUL) och Förordning om patientregister hos Socialstyrelsen (SFS 2001:707). Inrapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig att delta i för både patient och rapportör, och regleras enligt Patientdatalagen 2008:355 och dataskyddsförordningen (tidigare personuppgiftslagen (1998:204), PUL). Vissa av kvalitetsregistren, såsom Nationella diabetesregistret, RiksSvikt, Luftvägsregistret, SweDem, Senior Alert och Palliativa registret inkluderar också relevanta data från primärvården.

Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret

Den 4 november 2010 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen ett uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården.[127] Socialstyrelsen avrapporterade uppdraget den 29 mars 2012. I sin rapport konstaterar Socialstyrelsen att om ett bredare underlag för statistik och forskning samt uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring finns tillgängligt kan en större del av den vård som bedrivs synliggöras. Vidare kan möjligheterna för uppföljningen av en god vård på lika villkor förbättras. Socialstyrelsen föreslog därför att patientregistret skulle utökas till att omfatta även primärvården samt gav förslag på utvecklingsarbete och tidsplan för hur förslaget skulle kunna realiseras. Förslaget innebär att man, liksom för övrigt öppen vård, initialt skulle begränsa sig till läkarbesök och rapportera in individuppgifter (personnummer, kön, födelseår, folkbokföringsort), administrativa uppgifter (besöksdatum, vårdenhet, form av öppenvårdskontakt) samt kliniska uppgifter (diagnoser, yttre orsaker till sjukdom och död, åtgärder).[128]

Regeringen gav 2017 Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera vissa uppgifter som redovisats i rapporteringen 2012. Socialstyrelsen överlämnade i november 2017 promemorian ”kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården”. I denna lyfter Socialstyrelsen fram två huvudsakliga aspekter för varför det är av vikt att patientregistret även kan omfatta primärvården:

- Möjligheten att följa patientens hela vårdkedja och på så sätt kunna utvärdera vårdens sammantagna innehåll, tillgänglighet och funktionssätt.
- Möjligheten att beskriva och utvärdera medicinsk praxis, kvalitet, effektivitet och utveckling av vården som helhet.

Enligt den enkätundersökning som Socialstyrelsen gjort skulle vissa landsting redan i dag kunna leverera framför allt individdata och administrativa data utan alltför stora behov av bearbetningar. Vad gäller användandet av diagnos och åtgärdsklassifikationer samt kodverk behöver dessa dock utvecklas och förbättras. Socialstyrelsen

[127] Regeringskansliet, *Uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården.*
[128] Socialstyrelsen, *Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret.*

konstaterar att det varierar i vilken omfattning diagnoskodning används i primärvården, något som troligtvis beror på att det hittills inte finns något krav i författning på att rapportera detta. Deras enkät visar vidare på att användningen av åtgärdskodning i primärvården är mycket begränsad. Socialstyrelsen lyfter också behovet av att vidareutveckla befintliga nationella klassifikationer så att de utgör ett bättre stöd för dokumentation och beskrivning av primärvårdens verksamhet. Trots utvecklingsbehoven menar Socialstyrelsen dock att en insamling skulle kunna påbörjas.

I promemorian gör Socialstyrelsen också en analys av hur en utökning skulle förhålla sig till dataskyddsförordningen som träder i kraft den 25 maj 2018. Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att patientregistret kan utvidgas till att omfatta även primärvården givet att man bedömer att behandlingen är proportionell mot de legitima mål som eftersträvas. En utvidgning av patientregistret skulle innebära att Socialstyrelsen kommer att föra ett utökat antal uppgifter om enskilda. Rapporteringen till patientregistret är en skyldighet för vårdgivare och enskilda skulle alltså inte kunna välja att neka vårdgivaren att lämna uppgifter vidare till Socialstyrelsen. Detta kan uppfattas som integritetskränkande och ställer därmed särskilda krav på att väga nyttan med utökad uppgiftslämning mot skyddet av den personliga integriteten. Socialstyrelsen bedömer att de nya analyser som skulle möjliggöras genom en utökning av patientregistret till att även omfatta primärvården är mycket viktiga för att kunna följa patientens väg genom vården, vilka insatser som ges samt för att följa vårdens utveckling på nationell nivå. De föreslagna behandlingarna bedöms ha ett högt samhälleligt intresse, inte minst för patientsäkerheten och vårdens jämlikhet. Man framhåller vidare att de uppgifterna ej används för att följa enskilda medborgares hälsa och att de analysmöjligheter som man redogör för enbart avser aggregerad nivå.[129]

Dialog förs mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka patientregistret till att omfatta även primärvården.

[129] Socialstyrelsen, *Kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården.* 2017.

Rekommendation från SCB för Sveriges genomförande av Agenda 2030

Regeringen gav 2017 Statistiska centralbyrån (SCB) i uppdrag att genomföra en statistikbaserad analys av Sveriges genomförande av Agenda 2030. Slutredovisningen, som lämnades till regeringen i oktober 2017, innehåller förslag kring en nationell indikatorlista, förslag kring rapporteringsmekanismer och styrning samt förslag till integrerade analyser.

I slutrapporten framhålls bl.a. att flera av de globala indikatorerna inte går att ta fram i Sverige trots att uppgifterna finns i primärvården. Skälet till detta är att lagstiftningen är utformad så att information från primärvården inte kan användas för statistikframställning. SCB rekommenderar därför regeringen att se över lagstiftningen för att utöka möjligheten att göra statistik av information från primärvården. SCB menar att en lagändring avsevärt skulle förbättra möjligheten att producera dessa indikatorer med hög kvalitet och samtidigt ge utrymme för långtgående analyser av hur olika fenomen korrelerar.[130]

PrimärvårdsKvalitet

Ett annat initiativ för att stärka möjligheten att följa primärvården är projektet PrimärvårdsKvalitet, som sedan hösten 2015 samordnas av SKL. PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det är ett stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete. De anslutna vårdcentralerna kan se alla uppgifter om sin egen verksamhet och även följa upp vården av enskilda patienter. Genomsnittsvärden från hela landet visas som referensvärden.

Genom att ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet åtar sig landsting/regioner att rapportera, återkoppla och använda data. Varje landsting/region och privat aktör bestämmer själv hur de utformar sina arbetsformer och it-lösningar. Cirka 50 procent av alla vårdcentraler i Sverige är i dag anslutna till PrimärvårdsKvalitet. I Västra Götalands Regionen pågår t.ex. ett utvecklingsarbete på regionnivå för att införa PrimärvårdsKvalitet i hela regionen. Målet för 2017 var att 70 procent av vårdcentralerna i landet, både de privata och landstingsdrivna, använder uppföljningen och att data används i det lokala förbättringsarbetet. Till skillnad från ett eventuellt inkluderande av

[130] SCB, *Om statistikbaserad uppföljning av Agenda 2030*, 2017, s. 8.

primärvården i patientregistret syftar PrimärvårdsKvalitet främst till att just stödja förbättringsarbete hos de anslutna vårdgivarna/huvudmännen.

5.4 Kunskapsstyrning

Utvecklingen av kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården sker i dag på tre nivåer.

Statlig nivå

Flera statliga myndigheter bidrar till att utveckla kunskapsstöd för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen tar fram olika icke bindande kunskapsstöd riktade till hälso- och sjukvården, bland dem nationella riktlinjer. Riktlinjerna tas fram utifrån en värdering av befintlig kunskap. Medicinsk kunskap byggs oftast utifrån studier på gruppnivå. Denna kunskap kan vara vägledande när det gäller val av diagnostisk metod eller behandling, men individens speciella förutsättningar och preferenser, liksom vårdgivarens erfarenhet är också viktiga delar i en evidensbaserad medicin. Studier tar sällan hänsyn till multisjuklighet, och olika riktlinjer för enskilda sjukdomar riskerar därför bli svåra att tolka utifrån en enskild patients behov. Komplexiteten och den snabba utvecklingen gör också att riktlinjer snabbt blir inaktuella.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar etablerade och nya metoder som bl.a. används i hälso- och sjukvården. De oberoende utvärderingarna ska användas som stöd av alla som på olika nivåer i samhället bestämmer hur hälso- och sjukvården ska utformas. Utöver dessa två aktörer tar bl.a. Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten fram behandlingsrekommendationer och andra kunskapsunderlag till hälso- och sjukvården. Sedan den 1 juli 2015 samverkar nio myndigheter i Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst för att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad och till stöd för huvudmän och professionen.

I Sverige finns ett stort antal nationella kvalitetsregister. Dessa är oftast ursprungligen framtagna av professionen. Flertalet kvalitetsregister är diagnos- eller åtgärdsspecifika, men några senare register

omfattar vårdförlopp av mer komplexa tillstånd, såsom Palliativregistret och Senior Alert.

Patientregister för hälsodata från primärvård saknas i dag. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete avseende datainsamling i primärvården[131] (jfr avsnitt 5.3).

I december 2015 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Utredningen om kunskapsbaserad och jämlik vård lämnade sitt betänkande i juni 2017. I betänkandet lyfts särskilt balansen mellan behov av en centraliserad struktur för kunskapsstyrning/stöd och huvudmännens och verksamheternas behov av att själva äga de processer man är ansvarig för. Förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet.

Regional nivå

På regional nivå bedrivs historiskt ett omfattande arbete med framtagande av olika typer av riktlinjer och vårdprogram. Arbetet sker dels via exempelvis läkemedelskommittéer, professionsföreningar, patientföreningar eller i samverkan mellan olika vårdgrenar och specialiteter inom en region/landsting. På senare tid har landsting/regioner i större utsträckning samverkat gällande kunskapsstyrning. Det finns en överenskommen samverkan mellan olika regionala strukturer såsom regionala cancercentrum (RCC) eller kvalitetsregistercentrum (QRC) i samverkan. Huvudmännen (SKL) har utarbetat en modell för kunskapsstyrning och under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, ett nationellt system för kunskapsstyrning, se även avsnitt 4.1.3. Syftet är att göra det enklare att på ett effektivt sätt samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården, att de tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda i mötet med patienten. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet i systemet för kunskapsstyrning. Arbetet kopplar också till utvecklingen av kvalitetsregister.

Sedan tidigare finns nationella programråd inom områdena Astma/KOL, Diabetes, Stroke, ADHD, Barn och ungas psykiska hälsa,

[131] S2010/7914/HS.

Depression och ångest, Antibiotikaförebyggande arbete, Biobanker, Internetbaserad stöd och behandling, Levnadsvanearbete i hälso- och sjukvården och Primärvård. Dessa finns kvar i väntan på att det nya systemet med 18 nationella programområden byggs upp. Arbetet leds av en styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).

Som beskrivits i föregående stycke finns också Primärvårds-Kvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, samordnat av SKL (jfr avsnitt 5.3).

Tillsammans med SKL tar landsting och regioner fram ett gemensamt kunskapsstöd för vårdpersonal i primärvården, Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården. Kunskapsstödet består av mer än 350 nationella rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning.

Lokal nivå

För att kunskap ska implementeras och utvecklas så att det ger bästa möjliga nytta för patienterna, krävs att relevanta kunskaps/beslutsstöd finns tillgängliga i den lokala digitala miljön på ett smidigt sätt.

Verksamheter och enskilda medarbetare behöver också ha möjlighet att följa sina egna patienters data över tid, såväl på grupp- som individnivå. Det är huvudmännens ansvar att skapa förutsättningar för detta genom såväl system för att tillgängliggöra data, som metodstöd för verksamhetsutveckling och uppföljning. Data kan vara medicinska uppgifter, förskrivning av läkemedel, uppgifter om medicinsk service, liksom uppgifter om produktivitet och effektivitet.

5.5 E-hälsa och digitalisering

2016 beslutade regeringen om en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om ”Vision e-hälsa 2025”. Den övergripande visionen är att Sverige år 2025 *ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet*. En ökad digitalisering ska stödja brukarnas, klienternas och patienternas situation samt ge mer ändamålsenliga stöd för medarbetarna. Visionen klargör den grundläggande ansvarsfördelningen

mellan parterna och fastslår även tre insatsområden: regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standardiseringsfrågor.[132]

Sverige har goda förutsättningar att tillgodogöra sig digitaliseringens möjligheter. Invånarna är bland de mest digitalt mogna i världen och näringsliv och offentlig sektor har i stor utsträckning digitaliserat sin verksamhet. Sverige har också världsledande företag inom informations- och kommunikationsområdet som drivit utvecklingen framåt internationellt. Det pågår en digitalisering inom samtliga samhällssektorer och tillämpning av nya tekniker som både ökar tillgänglighet, kvalitet och effektiviserar offentliga samhällsuppgifter.

En ny digitaliseringsmyndighet ska inrättas från och med den 1 september 2018. Myndigheten inrättas i syfte att säkerställa styrning, säkerhet och effektivitet i digitaliseringen av den offentliga förvaltningen. Myndigheten ska stötta andra myndigheter, kommuner och landsting i digitaliseringsarbetet.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är välfärdsområden där digitaliseringen bär med sig stora möjligheter. Dessa sektorer står för en stor del av de offentliga utgifterna och är också sektorer som de flesta invånare någon gång kommer i kontakt med. För socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens målgrupper innebär digitaliseringen helt nya möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande. De allra flesta människor vill vara oberoende och delaktiga samt ha inflytande och kontroll över frågor och beslut som rör hälsan och den sociala livssituationen. För att kunna möta dessa behov behövs verktyg för kommunikation inom och mellan verksamheterna samt mellan verksamheterna och patienterna. Digitaliseringen medför goda möjligheter att förbättra insatser som rör barn, ungdomar, äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Digitaliseringen ger nya möjligheter till kommunikation vilket kan stärka delaktighet och självbestämmande då beslut i högre utsträckning kan fattas i samråd med den berörda personen. Det är viktigt att digitalisering och utvecklingen av it-stöd är inkluderande och sker utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. I grunden handlar det om att stödja ett individanpassat arbetssätt där verksamheterna tar tillvara och utgår från individens resurser vilket kan leda till såväl bättre hälsoresultat som ökad delaktighet och en effektivare verksamhet.

[132] Regeringskansliet, *Överenskommelse om Vision e-hälsa 2025*, 2016-03-14.

En snabb tillämpning av digitala tekniker börjar nu ske inom hälso- och sjukvården. I dag kan alla vårdgivare erbjuda digitala tjänster. Utveckling sker t.ex. avseende videofunktioner, appar och digitala vårdplaner. Sedan 2016 är alla landsting och regioner anslutna till den nationella tjänsten Stöd och behandling via 1177 Vårdguiden. Tjänsten kan erbjudas av alla vårdgivare i landstingens regi samt privata vårdgivare. Arbete pågår med att utveckla tjänsten på 1177 Vårdguiden.

Landstingen har kommit olika långt i sina satsningar med att erbjuda digital vård som ersättning för och komplement till fysiska vårdkontakter. Vissa landsting erbjuder läkarbesök med video eller chatt för förstagångsbesök, andra erbjuder digitala besök vid återbesök. Utvecklingen påverkas i och med etableringen av nya privata utförare och tjänster av digital vård. 2016 etablerades de första utförarna som endast erbjuder digitala vårdtjänster med chatt och video.

Utredningen Styrning för en jämlik vård (S 2017:08) fick i mars 2018 ett tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.[133]

5.6 Prehospital och mobil vård

Den prehospitala vården har på senare år utvecklats i en snabb takt till följd av såväl praktiska behov som ökad teoretisk kunskap inom området. Den ambulanssjukvård som en gång i tiden fokuserade på akut transportverksamhet har utvecklats till ett aktivt omhändertagande, med möjlighet till avancerade sjukvårdsinsatser som med självklarhet inleds redan på en skadeplats och under transporten till en vårdinrättning. Ett flertal utredningar på senare år har adresserat området, inte minst vad gäller samordningen av alarmeringsinsatser.[134] [135] Området adresseras också i den rapport om den svenska traumasjukvården som Socialstyrelsen genomfört på uppdrag av regeringen.[136] Slutbetänkandet Träning ger färdighet, om organiseringen av den högspecialiserade vården, föreslog också att den prehospitala

[133] Dir 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården*.
[134] SOU 2013:33, *Alarmeringstjänstutredningen*.
[135] SOU 2018:28, *En nationell alarmeringstjänst*.
[136] Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig* händelse 2015.

vården, tillsammans med området regional akutsjukvård, var i behov av en särskild utredning.[137]

Den svenska prehospitala vården har under lång tid inte varit i samma nationella fokus som i många andra länder med delvis jämförbara geografiska förhållanden, såsom till exempel i Norge. Där finns ”Luftambulanestjenesten” nationellt utvecklad sedan slutet av 1980-talet och ett rikstäckande ambulanshelikopternät. Området mobil vård är i dag större än enbart det traditionella prehospitala uppdraget, och omfattar många varierande vårdgrenar, som tillhandahålls såväl med landsting som kommun som huvudman. Den mobila vården kan ha sin organisatoriska tillhörighet inom såväl primärvård inom landsting och kommun som utgående från den traditionella akutsjukvården. Ett av flera nyliga exempel på organisatorisk samordning av olika typer av traditionell akut prehospital vård och annan mobil vård, är Sjukvårdens larmcentral i VGR, lokaliserad inom Närhälsan.[138]

Utredningens uppfattning är att olika former av prehospital och mobil vård står inför en omfattande utveckling, att den utvecklingen delvis behöver samordnas nationellt men också ske regionalt och lokalt. Detta kommer att ställa krav på ökad samordning och ibland samorganisering av vårdgrenar och vårdformer som historiskt organiserats i parallella spår och var för sig, med allt vad detta innebär av egen historik, traditioner och organisationskulturer.

[137] SOU 2015:98, *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*.
[138] Västra Götalandregionen, *Sjukvårdens Larmcentral VGR (SvLc)*.

Behov av utvecklad samverkan inom mobil vård, reflektioner från lednings- och verksamhetsnivå

Om mobil sjukvård

”Om vi ska nå målet att sluta transportera medborgare och patienter till akuten med vårdbehov som skulle kunna tas om hand i kommunens och landstingens primärvård måste en omfördelning av resurser från dagens slutenvård till den mobila vården göras. Motsvarande resurser för omhändertagande måste finnas inom olika delar av första linjens sjukvård dygnet runt, t.ex. vårdteam med undersköterska, sjuksköterska och tillgång till läkare. I dag finns i allt för liten utsträckning operativa läkare inom den mobila sjukvården. Men det förekommer – till exempel projekt där patienter med cancer vid behov kan få blodtransfusion i hemmet med stöd av mobila prehospitala läkare och ambulanssjukvården”.

Ledning och dirigering av mobil vård

”Den mobila sjukvården är under utveckling och i både utförande och synen på den behövs regelstöd av myndigheter gällande ansvar, logistik och samverkan. Vi behöver tydliggöranden av hur sjukvårdens resurser bäst dirigeras och samordnas. Det vore bra om olika dirigenter av sjukvård har möjlighet till samverkan och kan göra vårdnivåbedömningar innan mobil sjukvård kontaktas, till exempel när medborgaren trycker på sitt trygghetslarm så finns möjlighet för mottagande larmoperatör att samverka med 112, 1177, 114 14, kanske direkt med en vårdcentral eller jourläkare eller ett helt mobilt team.”

Ambulanssjukvården är en del av den moderna mobila vården

”Även om en stor del av den mobila vården historiskt utgjorts av den traditionella ambulanssjukvården tror jag behoven ser annorlunda ut i framtiden. Exempel på kompetenser inom den mobila vården kanske är hemtjänstpersonal, distriktssköterska, psykiatrisjuksköterska, räddningstjänst, jourläkare från primärvården, bedömningssjuksköterska i ambulans, trygghetsteam från kommunen, psykiatrisjuksköterska i ambulanssjukvård. Vi behöver börja betrakta ambulanssjukvården som *en* resurs i den mobila vården, med grunduppdrag akutsjukvård. För att ambulansen ska kunna fortsätta ge akutsjukvård i rätt tid måste övriga vårdgivare som har medborgare med sjukvårdsbehov i den nära vården vara tillgängliga dygnet runt med mobil kompetens.

Ambulanssjukvården, tillsammans med övriga aktörer i den mobila vården, ska kunna ge vård på rätt nivå, då behöver vi utveckla standardiserade bedömningsstöd och likartad kommunikationsteknik. Kunna nå den information om patienten eller brukaren som behövs vid tillfället.”

Både vardagsnära och högspecialiserad mobil vård behövs

”Vården måste bli bättre på att beskriva och redovisa vilken tillgänglighet till vård vi får, och hur den tillhandahålls, beroende på var vi väljer att bosätta oss. Kommuner och landsting har olika geografiska förutsättningar. Den mobila vården blir en viktig del i nivåstrukturering av sjukvårdssystemet. I dag är mobila insatser, kanske än mer än andra hälso- och sjukvårdsinsatser, uppdelade i olika stuprör, och de som arbetar i verksamheterna styrs av olika organisationsformer och regelverk och kommer från olika arbetssätt och organisationskulturer. I ett tydligare nivåstrukturerat sjukvårdssystem måste landstingen utveckla sin samverkan när det gäller användningen av högspecialiserade resurser och transporter för högspecialiserad vård. Vårdgivare som tar ansvar för högspecialiserad vård måste även beskriva transportprocessen till och från den nära vården, för att tillgodose samma höga kvalitet i hela vårdkedjan, inklusive under transporter. I dag mäter vi till exempel hur bra vi lyckas med vårdhygien och trycksårsprofylax inom sluten vård. Men när vi planerar för transport av de svårast sjuka patienterna under många timmar gör vi det ibland under omständigheter som absolut skulle kunna förbättras avseende planering av trycksårsprofylax och utifrån vårdhygieniska aspekter. Vi måste förstå att den mobila vården, oavsett var och när den utförs, är en viktig och ofta avgörande del i sjukvårdssystemet.”

6 Fördjupad analys av förslag för ändamålsenlig administration

6.1 Utfärdande av intyg i vården

6.1.1 Utredningens uppdrag

Det finns en omfattande efterfrågan på medicinska bedömningar från olika aktörer i samhället. Intygshanteringen är därför resurskrävande för hälso- och sjukvården. Det är viktigt att en begäran om medicinskt underlag eller intyg är motiverad. Eftersom många intyg får långgående konsekvenser för samhället och för enskilda är det även angeläget att intyg utfärdas av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet.

Effektiv vård gör gällande att det finns många omotiverade rättsliga krav på att just läkare ska upprätta vissa intyg. Effektiv vård gör även gällande att vården får ägna för mycket tid åt många intyg.

Hälso- och sjukvården utfärdar cirka 200 stycken olika intyg.[1] Det finns ett 70-tal reglerade krav enligt lag och förordning på att läkare ska utfärda intyg. Effektiv vård har föreslagit att det utreds i vilken utsträckning nuvarande rättsliga reglering kan göras professionsneutral. Vår utredning har inom ramen för detta delbetänkande inte möjlighet att generellt utreda om kompetenskraven är motiverade i varje enskilt fall eller om andra intyg som vården upprättar omfattas av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Hälso- och sjukvårdens centrala roll i dessa sammanhang och de diskussioner som uppstått om den ökade administrativa bördan i vården medför att det finns anledning för vår utredning att bidra till att klargöra det styrande regelverket. Vi ser att det finns skäl för oss att redovisa en sammanställning av vilka krav på läkarintyg som regleras i lag och förordning samt klargöra enskild vårdpersonals skyldighet att utfärda vissa intyg.

[1] Inera, *Kartläggning intyg*, 2013.

Effektiv vård föreslår även att regeringen initierar ett myndighetsöverskridande arbete med syfte att samordna och begränsa kraven på intyg som berörda myndigheter ställer. Kommuner uppmanas att se över sina intygskrav. Vår utredning kan konstatera att flera myndigheter därefter ser över sina intygskrav, se avsnitt 6.1.3. Hälso- och sjukvårdens roll i sjukförsäkringsprocessen uppfattas som den enskilt mest betungande intygshanteringen. Det pågår när detta skrivs våren 2018 omfattande arbete på flera håll för att bl.a. utveckla vårdens roll i den processen. Regeringen har i april 2018 beslutat om en proposition om att hälso- och sjukvårdens roll i försäkringsmedicinska utredningar lagregleras.[2] Flera andra aktörer har också uppdrag som bl.a. syftar till att minska hälso- och sjukvårdens administrativa börda i den processen, se närmare beskrivning av pågående initiativ i avsnitt 6.1.3. Vår utredning kommer därför inte utreda frågan om hälso- och sjukvårdens roll i sjukförsäkringsprocessen närmare.

6.1.2 Den rättsliga regleringen av intyg

Samhällets behov av intyg

Från samhällets sida kan det av olika skäl finnas behov av intyg om en persons hälsostatus, vårdbehov, genomförda behandlingar m.m. Intygen kan motiveras av rättssäkerhetsskäl, olika trafiksäkerhetsskäl eller andra skäl för liv och hälsa eller liknande. En persons hälsostatus kan också ha stor betydelse för andra frågor än hälso- och sjukvård. Samtliga intyg som grundar sig på en rättslig reglering kan få långtgående konsekvenser. Även överväganden om intygshantering som inte grundar sig på ett rättsligt krav kan få konsekvenser för enskilda.

Effektiv vård efterfrågar en översyn om vården upprättar många onödiga intyg. SKL kartlägger för närvarande vilka intyg som vården utfärdar. Vår utredning kan bidra med en översyn av de rättsliga regleringar om intyg som finns. Att göra en uttömmande sammanställning över alla rättsliga regleringar som innebär att det behövs en medicinsk undersökning och ett intygande av en medicinsk bedömning är däremot inte görligt eller meningsfullt inom ramen för vår utrednings uppdrag.

[2] Se Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*, *SOU 2015:17*, *För kvalitet – Med gemensamt ansvar* och Ds 2016:41, *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna*.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag

Av 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) följer att hälso- och sjukvårdens uppdrag bl.a. är att fullgöra åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvårdens uppdrag styrs även av de mål verksamheten ska uppfylla enligt HSL, se avsnitt 5.1.2. I hälso- och sjukvårdens uppdrag ryms därmed även att göra medicinska bedömningar som kan utgöra en del av det förebyggande eller utredande arbetet. Vissa sådana medicinska bedömningar behöver intygas i förhållande till andra aktörer i samhället. Hälso- och sjukvårdens uppdrag innefattar alltså även att utfärda intyg om olika medicinska bedömningar. Det finns en mängd rättsliga regleringar som innefattar behov av att en medicinsk bedömning görs av hälso- och sjukvården. Det finns ett fåtal rättsliga regleringar som innebär en skyldighet för enskild vårdpersonal att på begäran av vissa särskilt angivna myndigheter eller patienten själv att utfärda ett visst intyg. Det rör sig om intyg som lagstiftaren ansett att vården måste prioritera med hänsyn till att behovet av medicinska bedömningar som andra samhällsaktörer har i dessa fall bedöms vara akut. Det behövs t.ex. beslutsunderlag innan ett barn, personer med missbruk eller beroende eller en psykiskt sjuk person kan omhändertas. Ett körkort för en person med missbruk eller beroende kan behöva återkallas snabbt för att undvika trafikolyckor. En påföljdsbedömning måste kunna göras i en rättegång utifrån den misstänktes behov av vård. Patienten har alltid rätt att få ut viss information från sin patientjournal.

Enskild vårdpersonals skyldighet att utfärda vissa intyg och andra utlåtanden

Att utfärda intyg och att avge utlåtanden är ett viktigt inslag i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. Den som är skyldig att föra patientjournal är enligt 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355, PDL) även skyldig att på patientens begäran utfärda intyg om vården. Utöver den som har legitimation eller är särskilt förordnad att utöva ett visst yrke är även vissa yrkeskategorier utan legitimation skyldiga att föra patientjournal över den vård som de ger en patient. Regleringen är en naturlig följd av det medicinska ansvaret.[3]

[3] Se 3 kap. 3 § PDL, 4 kap. och 6 kap. 2 § PSL.

En verksamhetschef ansvarar enligt 4 kap. 3 § första stycket första punkten hälso- och sjukvårdsförordningen, (2017:80, HSF) för att den som varit intagen på sjukhus på begäran avgiftsfritt får ett intyg om orsaken till intagningen och tiden för intagning och utskrivning.

I 6 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) regleras skyldighet för läkare att utföra undersökningar och upprätta utlåtanden. Regleringen innebär att läkare som huvudsakligen är verksamma inom öppen vård, på begäran av länsstyrelsen, domstol, åklagarmyndighet, Polismyndigheten eller överförmyndare, är skyldiga att göra en bedömning av och intyga en patients hälsostatus. Andra läkare i offentligt bedriven hälso- och sjukvård har motsvarande skyldighet i den omfattning övriga skyldigheter i yrkesutövningen inte hindrar det eller det annars inte finns särskilda skäl mot det. Alla läkare är däremot utan begränsning skyldiga att göra undersökningar och lämna utlåtanden om alkoholpåverkan. I lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott finns särskilda bestämmelser om utlåtanden i vissa fall som innefattar särskilda kompetenskrav hos intygsgivaren. Regleringen innebär bl.a. att läkare, men inte tandläkare, är skyldiga att under vissa omständigheter utföra kroppsbesiktning på begäran av polisman.[4] Att regleringen skiljer på om läkare arbetar i öppen eller sluten vård ligger i linje med den ansvarsfördelning och kompetens som sedan länge har utgjort lagstiftarens avsikt om hur hälso- och sjukvården ska struktureras, se avsnitt 5.1.4.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner som säkerställer att de nyss nämnda skyldigheterna att upprätta intyg fullgörs.

Utöver de fall som nyss redogjorts för finns ingen lagstadgad skyldighet för en enskild läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal att utfärda ett intyg. Att det finns en reglerad skyldighet för de aktuella intygen är huvudsakligen en rättssäkerhetsfråga. För att även andra delar av samhället ska fungera finns däremot även i vissa andra fall ett stort behov av och en stor förväntan på medicinska bedömningar och intygande om diverse hälsotillstånd, se ovan om samhällets behov av intyg. Det är upp till varje enskild vårdgivare att besluta om vilka intyg, utöver de som ansvarig vårdpersonal är skyldig att utfärda, som ska utfärdas på någons begäran.[5]

[4] Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 210.
[5] Se 3 kap. 1 och 2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) *om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.*

Rättslig kartläggning av krav på läkarintyg

Effektiv vård efterfrågar även en översyn om huruvida krav på att vissa intyg upprättas av läkare kan göras professionsneutrala. Som vi angett inledningsvis har vi inte heller möjlighet att ta oss an ett sådant uppdrag. Vi har i stället valt att redogöra för de regleringar i lag och förordning som innebär att ett *läkarintyg* ska inhämtas för att styrka vissa fakta eller påståenden.

De rättsliga regleringar som omfattas av sammanställningen innefattar krav på att en läkare i egenskap av sakkunnig ska göra en undersökning och medicinsk bedömning av sina iakttagelser. Det kan även innefatta att friskförklara en person. I många fall krävs att en legitimerad läkare eller en läkare med viss specialistkompetens intygar en patients hälsostatus eller hälsotillstånd.[6]

Socialstyrelsen föreskriver i några fall ytterligare krav på viss specialistkompetens hos läkaren eller krav på legitimation. Efter ansökan från en verksamhetschef kan Socialstyrelsen även medge undantag från kravet på läkares legitimation i vissa fall.[7]

Det finns ett 70-tal regleringar i lag och förordning som innefattar krav på läkarintyg. En del läkarintyg som regleras i lag eller förordning rör intyg som påverkar val av påföljd för brott, har betydelse för utredning av brott eller bedömning om behov av tvångsvård. Intygen kan även ligga till grund för att frånta någon dess rättsförmåga på olika sätt (se 7 och 9 §§ lag om särskild personutredning i brottmål m.m., 3 § förordning [1963:194] om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m., 11 kap. 17 § föräldrabalken, 11 § lagen [1994:261] om fullmaktsställning, 4 och 11 §§ lagen [1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård, 5 § lagen [1991:1129] om rättspsykiatrisk vård, 4 § lag [1991:1137] om rättspsykiatrisk undersökning, 9 och 11 §§ lagen [1998:870] om vård av missbrukare, 32 § lagen [1990:52] om vård av unga, 2 kap. 3 § och 4 kap. 2 § begravningslagen [1990:1144]). I dessa fall kan kraven på intygen framför allt motiveras av rättssäkerhetsskäl. I fall intygen begärs av någon av de myndigheter som anges i 6 kap. 9 § PSL är läkare

[6] Se t.ex. 13 § förordning (1992:289) *om särskild rättsutredning i brottmål* m.m., lagen (2005:225) *om rättsintyg med anledning av brott,* 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om *psykiatrisk tvångsvård* och 5 § lagen (1991:1129) *om rättspsykiatrisk vård.*

[7] Se t.ex. 14 § förordningen (1991:1472) *om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* och 5 kap. 4 § SOSFS 2005:29.

inom öppen vård skyldiga att utfärda dem. Som redogjorts för ovan finns visst utrymme att ta hänsyn till övrig arbetsbelastning.

En del läkarintyg är arbetsrelaterade intyg. De krävs för att få eller behålla viss anställning eller för att kunna bli uppsagd från vissa tjänster. Intygen kan även vara en förutsättning för att få tillstånd att bedriva viss verksamhet (se t.ex. 5 § anställningsförordningen [1994:373], 13 § lagen [2017:310] om framtidsfullmakter och 9 § livsmedelsförordningen [2006:813]). Sjöpersonal omfattas av särskilda krav på återkommande läkarundersökning, som har sin grund i EU-rättsliga krav (se 7, 18 och 20 §§ mönstringslagen [1983:929] och förordning [1979:38] om läkarintyg för sjöfolk samt förordning [2007:237] om behörigheter för sjöpersonal, 2 kap. 1 § och 3 kap. 3 § förordning [2011:1533] om behörigheter för sjöpersonal, 7 kap. 4 § fartygssäkerhetslagen [2003:364], 4 kap. 18 § fartygssäkerhetsförordning [2003:438]). Även för andra yrkesgrupper inom transportområdet ställs krav på läkarundersökning för att få utöva sitt yrke (5 kap. 3, 18 och 20 §§, 8 kap. 1 § och 10 kap. 6 § körkortslagen [1998:488], 3 kap. 1 §, 3 kap. 6 §, 5 kap. 2 §, 5 kap. 11 §, och 6 kap. 7 § körkortsförordningen [1998:980], 3 kap. 6 § taxitrafiklagen [2012:211]). Intygen kan i dessa fall framför allt motiveras av rättssäkerhets- och trafiksäkerhetsskäl samt av EU-rättsliga krav. Dessas intyg begärs sannolikt av enskilda privatpersoner, i många fall efter uppmaning av arbetsgivaren. Enskilda behöver intygen för att t.ex. få anställning eller utöva visst yrke eller för att kunna få eller behålla ett körkort.

Det finns även krav på läkarintyg som har betydelse för enskildas rätt till olika former av ekonomisk ersättning från staten (se 2 § förordning [2017:819] om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser, 2 kap. 19 § förordning [2010:407] om ersättning till vissa nyanlända invandrare, 19 c § förordning [1997:835] om arbetslöshetsförsäkring, 2 kap. 20 § och 3 kap. 32 b § studiestödsförordningen [2000:655], 14 f § förordning [1996:1100] om aktivitetsstöd, artikel 17 förordning [1977:740] om tillämpningen av en konvention den 27 februari 1976 mellan Sverige och Förbundsrepubliken Tyskland om social trygghet, artikel 10 förordning [1984:555] om tillämpningen av en konvention den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien om social trygghet, 27 kap. 25 § och 110 kap. 55 § socialförsäkringsbalken, 2 § förordning [1995:1051] om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i vissa sjukpenningärenden i vissa fall, 19 och 21 §§

förordning [2016:706] om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå). Intygen kan i dessa fall förutom av rättssäkerhetsskäl även motiveras av kontroll- och rehabiliteringsskäl.

Försäkringskassan har möjlighet att föreskriva om de undantag som behövs från bestämmelser om läkarintyg i sjukpenningärenden i vissa fall.[8] Försäkringskassan har meddelat föreskrifter om sådana undantag.[9]

Rättsliga krav vid upprättandet av intyg

Det är av flera skäl viktigt att intygen från hälso- och sjukvården är objektiva och håller en hög medicinsk standard. Eftersom det som intygas i vissa fall kan få långtgående konsekvenser är det inte minst viktigt av rättssäkerhetsskäl.

Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård, ska enligt 6 kap. 10 § PSL utforma det med noggrannhet och omsorg. Detta gäller oavsett vilket intyg som upprättas. Det ligger i sakens natur att endast kända fakta kan intygas av intygsgivaren. En intygsgivare med tillräcklig kompetens och erfarenhet kan även göra ett utlåtande om dennes bedömning av vissa kända fakta.

Socialstyrelsen har tagit fram allmänna föreskrifter om upprättande av intyg som ska tillämpas av hälso- och sjukvårdspersonal i verksamhet som omfattas av HSL.[10] Föreskrifterna gäller vid upprättande av alla typer av intyg i vården, även sådana som inte upprättas med anledning av ett rättsligt krav i lag eller förordning. De ska tillämpas på intyg, utlåtande och liknande handlingar, oavsett hur de benämns, som grundas på en bedömning av någons hälsotillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande orsakat av hälsotillståndet och som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125). Föreskrifterna ska även tillämpas på intyg om någons

[8] 3 § förordning (1995:1051) *om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i sjukpenningärenden i vissa fall.*
[9] Riksförsäkringsverkets föreskrifter (1998:13) *om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet, m.m.*
[10] Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29), *om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.*

vård. Föreskrifterna ska i tillämpliga delar även gälla i den verksamhet som bedrivs av Rättsmedicinalverket enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. och lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott.

I föreskrifterna regleras i princip inte vilken personalkategori som får upprätta ett intyg utan endast att intygsgivaren ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet att intyga de förhållanden som det aktuella intyget avser. Verksamhetschefen ansvarar för att den som utfärdar ett intyg har tillräcklig kompetens och erfarenhet att intyga det som intyget gäller.[11]

Som redogjorts för tidigare ställs däremot i vissa fall krav i lag och förordning på att läkarintyg ska utfärdas av en legitimerad läkare. I några fall kan vårdgivaren hos Socialstyrelsen ansöka om undantag från kravet på legitimation eller viss specialistkompetens. Undantag är möjligt att begära i t.ex. ärenden om förordnande av godmanskap och förvaltarskap enligt 11 kap. 17 § föräldrabalken och om fullmaktsanställning enligt 11 § lagen om fullmaktsanställning, lagen om rättspsykiatrisk underökning och intyg enligt 7 § första stycket andra meningen lagen om särskild personutredning i brottmål m.m.[12]

För att säkerställa att läkarintygen innehåller den information som begärande myndighet behöver i sin beslutsverksamhet har flera myndigheter tagit fram kompletterande föreskrifter och särskilda intygsblanketter som gäller för just deras intyg.

Att läkarintyg i ärenden om anordnande av godmanskap och förvaltarskap, dödsbevis och dödsorsaksintyg ska upprättas på särskilt föreskrivna intygsblanketter framgår av Socialstyrelsens föreskrifter. Verksamhetschefen ansvarar även för att det finns rutiner för att intygsblanketter från andra myndigheter används.[13]

Även Försäkringskassan och Transportstyrelsen har tagit fram föreskrifter och blanketter som ska användas när intygen utfärdas.

[11] 3 kap. 1 § och 5 kap. 1 § SOSFS 2005:29.
[12] 5 kap. 2–6 §§ SOSFS 2005:29.
[13] 8 kap. 1 § SOSFS 2005:29.

Övriga intyg

Utöver de fall som utredningen redogjort för tidigare kan andra regleringar medföra att en aktör begär ett läkarintyg för att styrka enskilds hälsotillstånd. Kommunerna har möjlighet att meddela lokala tillämpningsföreskrifter för att t.ex. kunna bevilja tillstånd av olika slag. Det kan därför även finnas reglerade krav på läkarintyg i kommunala föreskrifter. För att nämna några exempel behöver t.ex. adoptivföräldrar enligt 6 kap. 12 § socialtjänstlagen (2001:453) visa sin lämplighet som föräldrar genom att styrka sitt hälsotillstånd. Något lagkrav på att en läkare ska intyga sökandens hälsotillstånd finns däremot inte. För att beviljas färdtjänst eller parkeringstillstånd behöver sökanden också styrka att dennes hälsotillstånd uppfyller kraven för det. Det förekommer att skolor kräver intyg om kostvanor för att barnen ska ha rätt till särskild kost i skolan. Enligt Effektiv vård kräver kommuner ofta läkarintyg i dessa fall.[14]

Enligt uppgift som utredningen fått från SKL, och som stöds i dialogen vid våra besök i landsting/regioner runtom i landet, har kommunernas begäran om intyg om behov av specialkosten ökat markant på senare år. Enligt utredningen är det i och för sig en förståelig konsekvens av ett ökat fokus på kostvanor och alternativ kosthållning. Mot den bakgrunden kan det däremot övervägas om det är rimligt att kräva läkarintyg för att barnen ska få rätt till specialkost. Det förekommer även att enskilda måste styrka uppenbar eller medfödd funktionsnedsättning för att få färdtjänst eller ett parkeringstillstånd trots att kommunens handläggare bedöms kunna konstatera behovet av sådant bistånd utan ett läkarintyg. I vissa fall är det andra yrkesgrupper än läkare som utför den medicinska undersökningen eller på annat sätt bidrar till bedömningen. Enligt Effektiv vård och SKL är det få kommuner som har en digitaliserad process för sin intygshantering vilket i sig skapar merarbete för vården i samband med upprättande av intyg.

6.1.3 Några pågående initiativ

Den intygshantering som upplevs ta mest resurser från vården är utfärdande av sjukintyg som Försäkringskassan ytterst är mottagare av. Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har inte alltid samma

[14] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 309–310.

bild av vad det är som ska anges i intygen och hur de ska tolkas. Detta leder till återkommande kontakter mellan vården och Försäkringskassan, vilket upplevs som administrativt tungt av båda parter. Regeringen har nyligen föreslagit att hanteringen av försäkringsmedicinska utredningar lagregleras.[15] Det pågår ett omfattande arbete dels för att trygga sjukförsäkringen för enskilda människor dels för att effektivisera intygshanteringen som sådan.

Regeringen aviserade den 23 januari 2018 ett omfattande åtgärdsprogram för en tryggare sjukförsäkring bl.a. för att utveckla hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen och skapa en mer rättssäker och effektiv administration av sjukförsäkringen.[16]

Försäkringsmedicinska utredningar lagregleras

I en proposition från april 2018 lämnar regeringen förslag som syftar till att skapa en sammanhållen lagstiftning om försäkringsmedicinska utredningar. Förslagen innebär att landstingen blir skyldiga att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan. Försäkringsmedicinska utredningar ska däremot inte utgöra hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. När försäkringsmedicinska utredningar utförs enligt den föreslagna lagen ska ändå patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen tillämpas. Försäkringsmedicinska utredningar ska utföras av legitimerad läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal inom en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Iakttagelser och bedömningar av den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga ska sammanställas i ett skriftligt utlåtande och skickas till Försäkringskassan. Ett landsting ska få ingå avtal med ett annat landsting eller någon annan vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt den föreslagna lagen.[17]

[15] Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*.
[16] Regeringskansliet, *Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum – Åtgärdsprogram 3.0*, 2018-01-24.
[17] Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*, SOU 2015:17, *För kvalitet – Med gemensamt ansvar* och Ds 2016:41, *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna*.

Försäkringskassans beslut ska bli tydligare

I Försäkringskassans regleringsbrev för år 2018 har förtydligats att Försäkringskassan ska verka för att enskilda förstår myndighetens beslut. Försäkringskassan får även i uppdrag att förstärka arbetet med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Regeringen har uppdragit åt en särskild utredare att analysera och – om det bedöms nödvändigt – lämna förslag om sjukpenningen. Meningen med uppdraget är att säkra en mer ändamålsenlig och rättssäker sjukförsäkring. Utredaren ska bl.a. se över tillämpningen av begreppet ”normalt förekommande arbete” och vad som utgör ”särskilda skäl”. Uppdraget ska delredovisas den 30 januari 2019 och slutredovisas senast den 15 oktober 2019.[18]

Under hösten 2018 ska en översyn av regelverket för sjukersättning redovisas. Bestämmelser om SGI-skydd ska ses över för att skapa ett rådrum för de individer som inte har ett arbete att återgå till efter en avslutad sjukperiod.

En permanent koordineringsfunktion

Socialdepartementet har utrett om en obligatorisk funktion som rehabiliteringskoordinator ska finnas inom hälso- och sjukvården. En arbetsgrupp har haft i uppdrag att utreda formerna för en permanent koordineringsfunktion inom vården som ska syfta till att främja enskildas återgång i arbetslivet. Arbetsgruppen föreslår att en sådan funktion regleras i en ny lag om koordineringsinsatser. Funktionen ska ge patienten stöd i såväl vårdens interna processer som med externa kontakter med arbetsgivare och myndigheter.[19] Se närmare om arbetsgruppens förslag i avsnitt 3.2.1.

Nationell samordnare för sjukförsäkringen

Sedan den 27 april 2017 har en särskild utredare i uppdrag att se över förutsättningarna för en finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas den 30 november 2018.[20]

[18] Dir. 2018:26, *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*.
[19] Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser*.
[20] Dir. 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

En nationell samordnare ska säkerställa en välfungerande sjukförsäkring. Samordnaren ska även främja samverkan mellan inblandade aktörer samt skapa en smidigare process för den enskilda individen.[21] Se närmare om uppdraget i avsnitt 3.2.1.

Myndigheternas utvecklingsarbete

I december 2017 lanserades Försäkringskassans nya medicinska underlag inom sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Av de nya underlagen framgår det tydligare vilken information Försäkringskassan behöver från hälso- och sjukvården för att kunna fatta beslut om ersättning. De medicinska underlagen kommer att göras tillgängliga elektroniskt vilket gör det enklare för läkaren och handläggaren på Försäkringskassan att utbyta information.

Under år 2016 har Socialstyrelsen arbetat med att förbättra det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Bland annat har Socialstyrelsen med hjälp av medicinska experter sett över och uppdaterat rekommendationerna för psykiska sjukdomar.[22]

Under år 2016 har samtliga landsting integrerat det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sina elektroniska journal- och intygshanteringssystem, vilket innebär att läkare har möjlighet att få stöd direkt när intyget skrivs. Målet har varit att höja kvaliteten på intygen och bidra till en kvalitetssäker, effektiv och jämlik sjukskrivningsprocess över landet och mellan olika läkare.[23]

Samverkan mellan statliga myndigheter och hälso- och sjukvården ska förbättras

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har fått i uppdrag att gemensamt se över hur övergången mellan myndigheterna fungerar.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har fått i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. I uppdraget ingår att fördjupa analysen av det faktiska

[21] Dir 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*.
[22] Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*.
[23] Socialstyrelsen, *Utvärdering av hälso- och sjukvården*, 2017.

behovet av kompletteringar i inlämnade läkarintyg, inklusive eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar. Eventuella skillnader mellan faktiska sjukskrivningstider och rekommendationer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska analyseras. Samsjuklighet ska särskilt uppmärksammas. Myndigheterna ska även analysera hur försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan bidra till en bättre kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt lämna förslag hur beslutsstödet kan utvecklas. Uppdraget ska genomföras i samråd med Läkarförbundet, landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting. Det ska delredovisas i juni 2018 och slutredovisas i juni 2019.

Sedan april 2017 pågår ett utvecklingsarbete inom Sveriges Kommuner och Landsting om vårdens intyg. I uppdraget ingår att i samverkan med Arbetsförmedlingen se över Arbetsförmedlingens behov av intyg. Intygen berör i många fall etablering och integration för de asylsökande, samt arbetssökande som inte längre förmår att utföra sitt tidigare arbete. Ett viktigt syfte med utvecklingsarbetet är att öka kvaliteten i medicinska utlåtanden till Arbetsförmedlingen. I uppdraget ingår även att kartlägga kommunens begäran om intyg och medicinska underlag. Målet med uppdraget är att kvalitetssäkra och effektivisera förfrågningar om medicinskt underlag som ställs till hälso- och sjukvården av olika aktörer. Där det är möjligt ska begäran om medicinska underlag minska. Samordning och samverkan ska förbättras på nationell och regional nivå ur ett verksamhets-, ekonomiskt och juridiskt perspektiv. Ett långsiktigt mål är även att möjliggöra digitalisering inom ramen för det nationella arbetet kring informationsutbyte.

Statskontorets utvärdering av rättsintygsreformen

Statskontoret har utvärderat rättsintygsreformen som infördes år 2006. Huvudsyftet med reformen var att höja kvaliteten på rättsintygen och att stärka rättssäkerheten i rättsprocessen, genom att rättsintyg i högre grad utfärdas av rättsläkare vid Rättsmedicinalverket.[24]

[24] Statskontoret, Rapport (2018:4), *Utvärdering av rättsintygsreformen, 2018.*

Riksrevisionen pågående granskning

Riksrevisionen har en pågående granskning om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd fungerar ändamålsenligt vid Försäkringskassans handläggning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa. Inriktningen på granskningen är läkares försäkringsmedicinska roll och deras erfarenheter och synpunkter på arbetet med arbetsförmågebedömningar vid sjukskrivningar. Granskningens syfte är att undersöka om läkare har förutsättningar att bedöma enskilda patienters arbetsförmåga, både med hänsyn till medicinsk diagnos och till individens unika förhållanden i övrigt, t.ex. arbetsuppgifter. Myndigheter som ingår i granskningen är Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Granskningen omfattar även statens styrning på området och de förutsättningar som getts myndigheterna och sjukskrivande läkare. Resultatet av granskningen kommer att presenteras i en rapport med planerad publicering i maj 2018. [25]

6.2 Signeringskrav

6.2.1 Utredningens uppdrag

Ett av förslagen i Effektiv vård var att signeringskravet borde avskaffas. I den delen hänvisades till det förslag som Utredningen rätt information i rätt tid (SOU 2014:23) lämnat. I enlighet med vårt uppdrag att fördjupa analysen av förslag i betänkandet Effektiv vård har vår utredning valt att se över om ett sådant förslag bör genomföras.

Inledningsvis kan vår utredning konstatera att det finns en tendens att blanda samman signeringskravet av journalanteckningar med andra krav på underskrift i samband med beställning av provtagning, röntgen m.m. samt kvittering i samband med mottagning av remisser och provsvar. Det verkar råda enighet om behovet av underskrift i dessa sistnämnda sammanhang. Däremot kritiseras behovet av ytterligare verifiering av vidtagna åtgärder i samband med att vissa journalhandlingar tillförs patientjournalen.

[25] Riksrevisionen, *Läkares förutsättningar för att bedöma arbetsförmåga (15 maj)*, 2017-04-05.

6.2.2 Den rättsliga regleringen

Behandling av personuppgifter

I avsnitt 5.1.3 redogörs för EU:s dataskyddsreform som innebär att EU:s dataskyddsförordning[26] och en ny dataskyddslag med kompletterande nationella bestämmelser ska tillämpas på behandling av personuppgifter från och med den 25 maj 2018 då personuppgiftslagen upphör att gälla. Regeringen har föreslagit vissa anpassningar av patientdatalagen (2008:355, PDL) med anledning av dataskyddsreformen.[27] Regeringens förslag innebär t.ex. att bestämmelser om rättelse och skadestånd ska tas bort eftersom detta kommer att regleras av dataskyddsförordningen. Lagändringarna i PDL föreslås träda i kraft 25 maj 2018. Vid behandling av personuppgifter i vårdgivares verksamhet som omfattas av brottsdatalagens (2018:000) tillämpningsområde ska den lagen tillämpas i stället (jfr SOU 2017:29 s. 183).

Den bakomliggande utredningen till översynen av PDL har bedömt att nedan berörda bestämmelser kan behållas oförändrade.[28]

Patientjournalen

När en patient vårdas ska det föras en patientjournal över patientens vård. Det grundläggande syftet med patientjournalen är att tillgodose patientens intresse av en god och säker vård. Att vidtagna åtgärder dokumenteras kan vara helt avgörande för patientsäkerheten. Journalen är därför ett viktigt arbetsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonalen för planering, genomförande och uppföljning av vården. Det är därför viktigt att innehållet i journalen är pålitligt. Därutöver är journalen en informationskälla för patienten. Den utgör även underlag för verksamhetsuppföljning och forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det är därför viktigt att uppgifterna i journalen är korrekta. Patientjournalen används även i samband med kontroll, tillsyn och i rättsliga sammanhang. Uppgifterna i journalen kan alltså

[26] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG* (allmän dataskyddsförordning).
[27] Prop. 2017/18:171, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*
[28] Jämför SOU 2017:66, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*

få både rättslig och ekonomisk betydelse för patienter och yrkesutövare. Journalen måste därför föras på ett sådant sätt att den även tillgodoser kraven på rättssäkerhet och integritet.[29]

Journalföring

Journalanteckning och journalhandling

Vad som är en journalhandling definieras i 1 kap. 3 § PDL. En journalhandling är i princip en skriftlig handling, en bild eller en ljudupptagning. Det kan vara t.ex. en röntgenbild, ett laboratoriesvar, en tekniskt upptagen diktamen, en beställning av prover, en remiss till annan vårdenhet eller en anteckning om patientens hälsotillstånd efter ett besök m.m. Det som avses är alltså detsamma som en handling i 2 kap. tryckfrihetsförordningens mening. En journalanteckning är alltså även en typ av journalhandling. Vad som är en journalanteckning framgår delvis indirekt av 3 kap. 6–8 §§ PDL. Där anges vilka uppgifter som ska föras in i journalen så fort som möjligt. Dessa uppgifter kan dokumenteras i en tjänsteanteckning antingen i en särskild fysisk handling eller direkt i ett fritextfält i en pappersjournal eller en digitaliserad journal.

Dokumentationen ska göras så snart som möjligt

I 3 kap. PDL finns bestämmelser om bl.a. vad en patientjournal ska innehålla. De uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten samt följer av andra rättsliga krav ska föras in i journalen så snart som möjligt. Vad som avses med uttrycket ”så snart som möjligt” får avgöras i varje enskilt fall. Behovet av uppgiften och patientsäkerheten är avgörande för den bedömningen.[30] Detta kan variera mellan olika verksamhetsområden. Det ska alltid framgå vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när den gjordes. Bestämmelserna ska tillämpas oavsett om journalen förs elektroniskt eller manuellt.[31]

[29] 3 kap. 1–4 §§ PDL, Prop. 1984/85:189, *om patientjournallag m.m*, s. 12 f och Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m*, s. 88 f.
[30] Se *Socialstyrelsens tillsynsbeslut* 2008-11-24, dnr 44-9129/08.
[31] 3 kap. 6 § tredje stycket och 9–11 §§ PDL

Ansvaret för uppgifter i journalen

Vilka som är skyldiga att föra patientjournal regleras i 3 kap. 3 § PDL. Utöver den som har legitimation eller är särskilt förordad att utöva visst yrke är även vissa yrkeskategorier utan legitimation skyldiga att föra patientjournal över den vård som de ger en patient. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Den som för patientjournal är också ansvarig för sina uppgifter i journalen. Journalanteckningen ska återge på vilket sätt yrkesutövaren fullgjort sina arbetsuppgifter. Regleringen om skyldighet att föra journal är alltså en naturlig följd av det medicinska ansvaret.[32]

Av nämnda bestämmelse framgår att en kurator i den allmänna hälso- och sjukvården är skyldig att föra journal. Även den som utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller som utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, omfattas av journalföringsplikten.

Uppgiften att föra journal kan delegeras till någon annan om det är förenligt med god och säker vård.[33] Det personliga yrkesansvaret gäller då för den till vilken uppgiften har delegerats. Den som delegerar uppgiften måste försäkra sig om att den som ska utföra uppgiften har förutsättningar att fullgöra uppgiften.[34] Socialstyrelsen har meddelat ytterligare föreskrifter som gäller vid delegering av medicinska arbetsuppgifter. Ett beslut om delegering måste då vara personligt och arbetsuppgiften som delegeras ska vara tydligt definierad.[35] Socialstyrelsen har även tagit fram en vägledning om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården.[36]

[32] 3 kap. 3–4 §§ PDL, 4 kap. och 6 kap. 2 § PSL.
[33] 6 kap. 3 § PSL.
[34] *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, prop. 1993/94:149, s. 70.
[35] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14), *om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.*
[36] Socialstyrelsen, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*.

Vårdgivarens övergripande ansvar

Det är vårdgivaren som har det övergripande ansvaret för att journalföringen fullgörs på ett sådant sätt att god och säker vård säkerställs, att patientens integritet beaktas och rättssäkerheten tillgodoses.[37] Det framgår av att vårdgivaren enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) har ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen uppnås. Det övergripande kravet att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att god vård uppnås innebär även t.ex. krav på att det där det bedrivs vård ska finnas den personal, de lokaler och den utrusning som behövs för att nå detta mål.[38] Det är naturligt att den som bedriver och ansvarar för verksamheten också ansvarar för hanteringen och förvaringen av journalerna.[39]Av 2 kap. 6 § PDL framgår att vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för den behandling som vårdgivaren utför.

Signeringskrav för vissa journalanteckningar

Enligt 3 kap. 10 § PDL ska en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som är ansvarig för uppgiften. Såsom kravet är formulerat ställer lagstiftaren höga krav på det föreliggande hindret. Kravet gäller inte andra journalhandlingar än journalanteckningar. Socialstyrelsen har rätt att meddela föreskrifter om bl.a. undantag från signeringskravet och om journalhandlings innehåll och utformning.[40] Socialstyrelsen har föreskrivit att vårdgivaren ska säkerställa att det finns tillräckligt säkra rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som gäller en patients vård och behandling. Vårdgivaren har möjlighet att besluta om undantag från kravet på signering avseende journalanteckningar som inte rör väsentliga ställningstaganden om vård och behandling,

[37] 5 kap. 1 § HSL, 2 kap. 6 § PDL och 3 kap. PSL, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
[38] 5 kap. 1–2 §§ HSL.
[39] Prop. 1984/85:181, *om utvecklingen av hälso- och sjukvården*, Prop. 1991/92:104, *om ändring i patientjournallagen (1985:562) m.m.*, s. 9.
[40] 3 kap. 12 § PDL.

förhållningsregler enligt smittskyddslagen (2004:168) eller slutanteckningar eller sammanfattningar av genomförd vård.[41] Vilka slags uppgifter som kan undantas från signering får varje vårdgivare själv bedöma och anpassa efter verksamheten utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Rättelse av journalanteckning

Personuppgifter i patientjournalen måste vara korrekta, aktuella och nödvändiga för något av de ändamål för vilka journalen förs. Om felaktiga personuppgifter uppmärksammas ska dessa ändras. På vilket sätt ändringen får göras påverkas däremot av vid vilken tidpunkt felaktigheten uppmärksammas. Korrigering av felaktigheter i en journalanteckning kan ske formlöst fram tills anteckningen har förts in i journalen. Felaktiga uppgifter som upptäcks vid en senare kontroll kan och ska givetvis rättas, men får bara rättas eller förstöras i enlighet med bestämmelser om behandling av personuppgifter. Motivet till bestämmelserna är att det måste finnas en spårbarhet ur tillsyns-, integritets- och patientsäkerhetssynpunkt. Om en uppgift rättas ska det därför framgå av vem och när uppgiften rättades. Det ska därefter tydligt framgå vilken anteckning som ska gälla.[42] Detta är förklaringen till varför anteckningar låses efter en viss tidpunkt. Att en anteckning är låst i journalsystemet innebär däremot inte att signering inte längre behövs.

Historiken bakom signeringskravet

Signeringskravet infördes i den tidigare gällande patientjournallagen (1985:562) av patientsäkerhetsskäl. Den bakomliggande Journalutredningen ansåg visserligen att ett generellt krav på genomläsning och signering av varje journalanteckning vore önskvärt av patientsäkerhetsskäl, men lämnade av bl.a. kostnadsskäl inget sådant förslag.[43] Flera remissinsatser lyfte fram att skrivfel och otydlig skrift beträffande dosering lett till ett inte ringa antal anmälda skador och dödsfall. I propositionen infördes därför en bestämmelse om att den som

[41] Se 6 kap. 4–5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
[42] 3 kap. 14 § och 8 kap. 4 § PDL och artikel 5 allmänna dataskyddsförordningen.
[43] SOU 1984:73, *Patientjournalen, huvudbetänkande*.

för journal ansvarar för att uppgifterna han eller hon för in är riktiga.[44] Socialutskottet ansågs däremot att det inte var motiverat att låta administrativa och ekonomiska hänsyn gå före grundläggande krav på hälso- och sjukvården och ett signeringskrav fördes in i lagen. Det betonades att den som signerar en anteckning bekräftar dess riktighet, dvs. att hen har kontrollerat innehållet så att hen kan gå i god för det. I speciella undantagssituationer när det är närmast praktiskt omöjligt att uppfylla kravet på kontrolläsning ansågs det inte rimligt att kräva signering. Skälen för att avstå skulle dock vara mycket starka. Generella undantag för vissa typer av vård ansågs vid den tiden inte acceptabelt. Det framhölls bl.a. att det ofta finns skäl till särskild noggranna journalrutiner inom akutsjukvården, där det är fråga om omfattande medicinska ingrepp med flera olika personer som är involverade i vården.[45]

När patientdatalagen infördes ansågs tidigare anförda skäl alltjämt vara gällande. Dessa skäl bedömdes vara än viktigare när anteckningar förs in i större eller kompatibla journalsystem där anteckningarna kan komma att läggas till grund för behandlingsåtgärder och medicinering av andra vårdenheter än den där anteckningen gjorts. I dessa fall ansågs det vara av särskild vikt att uppgifterna dessförinnan har kontrollästs så att risken för missförstånd och felskrivning kan minimeras. Det lagstadgade kravet på signering, om inte synnerliga skäl möter hinder, skulle därför finnas kvar. Socialstyrelsen fick däremot möjlighet att meddela generella undantag från signeringskravet när kravet inte är befogat av patientsäkerhetsskäl. Regleringen är ett svar på tidigare kritik mot att signeringskravet i alla lägen inte är befogat av patientsäkerhetsskäl, dvs. nyttan av signeringen för vissa journalanteckningar kan inte motiveras av det merarbete det innebär. Vid bedömningen av när undantag kan medges ska risker för patientsäkerheten och andra viktiga faktorer som talar för signeringen övervägas.[46]

[44] Prop. 1984/85:189, om patientjournallag m.m., s. 20.
[45] Socialutskottets betänkande 1984/85:SoU33 om patientjournallag m.m., s. 9.
[46] Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m.*, s. 89 f.

6.2.3 Den praktiska hanteringen

Den praktiska journalföringen

Journalanteckningar kan i princip föras in i patientjournalen på två sätt. Antingen skriver den medicinskt ansvarige själv in den i journalen eller så skriver en medicinsk sekreterare eller motsvarande funktion in anteckningen efter diktamen. I det första fallet kontrolleras och signeras journalanteckningen i direkt anslutning till att texten förs in av den som är ansvarig. Eventuella felaktigheter upptäcks därmed omedelbart och kan korrigeras innan anteckningen formellt förs in i journalen. I det andra fallet kontrolläser och signerar den medicinskt ansvarige anteckningen först vid ett senare tillfälle. Hur lång tid som hinner passera beror på om vårdgivaren har tydliga rutiner för journalföring, säkerställt att det finns ändamålsenliga it-verktyg eller i övrigt skapat förutsättningar för personalen att uppfylla kraven vid journalföring. Om vårdgivaren inte uppfyllt sitt övergripande ansvar kan det medföra att yrkesutövare senare i vårdkedjan får grunda sina antaganden på osignerade anteckningar.

Det finns vad utredningen känner till ingen djupare studie som visar vilken ordning som är vanligast förekommande. Utredningen anser att det är rimligt att utgå ifrån att båda ordningarna är lika vanliga. Det finns i vart fall inget som indikerar att diktamen endast sker i undantagsfall.[47]

Den praktiska hanteringen färgas även av förekomsten av tydliga rutiner liksom funktioner och ändamålsenligheten i befintliga it-system och vilken hälso- och sjukvårdsverksamhet det är fråga om.

Tidigare kritik mot signeringskravet

Utredningen om rätt information i vård och omsorg

Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) bedömer att signeringskravet inte fyller den funktion som lagstiftaren avsett. Signeringen ger inte längre uttryck för att en kontroll har skett. Den utredningen anser att kravet att kontrollera journalanteckningar bättre kommer till uttryck genom att förtydliga det övergripande

[47] Se SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 250–251.

ansvaret för anteckningen. Det viktigaste är att anteckningen kontrolleras, inte att det syns att en sådan kontroll har skett.[48] Den utredningen synes grunda sina slutsatser på en enkätundersökning som gjordes under år 2013. Fem frågor som tar sikte på signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL gick ut till 50 stycken läkare. En närmare granskning visar däremot att de flesta synpunkter rör andra administrativa krav.

Få vårdgivare beslutar om undantag

Få vårdgivare verkar ha beslutat om undantag från signering. Tydliga rutiner om journalföring verkar inte heller finnas på alla vårdenheter. En stor osäkerhet bland vårdpersonal rör därför signeringen och möjligheten att göra undantag. Det finns även en osäkerhet om vilken yrkesgrupp som ska dokumentera vad.[49] Behovet att ur patientsäkerhetssynpunkt signera olika journalanteckningar varierar beroende på vilken typ av information som noteras och vilken vårdverksamhet som avses. Avsikten med att Socialstyrelsen har överlåtit till vårdgivaren att fatta beslut om ytterligare undantag är att skapa förutsättningar att anpassa signeringskraven till verksamheten. Samtidigt kan det konstateras att det krävs mycket starka skäl enligt lagen för att avvika från signeringskravet. Detta i kombination med att det saknas tydliga rutiner medför att personalen dokumenterar och signerar mer än vad som är nödvändigt, för säkerhets skull.[50] Socialstyrelsen har anfört att signeringskravet bör ersättas med ett tydligare ansvar för vårdgivaren att ta ställning till i vilka situationer en tydlig kvittering behövs.[51]

It-stöd behöver vara ändamålsenliga

Många vittnar om att arbetets planering många gånger inte tillåter tid för administration. Det framförs även att datoriseringen snarare upplevs ha bidragit till en ökad administrativ börda än att underlätta den. En hel del kritik från personalen rör olika brister i befintliga it-

[48] SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 272–273.
[49] Vårdanalys, *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, 2013, s. 49 f och s. 56 f; Sjukhusläkaren, *Använd möjligheten till undantag från signeringstvånget*, 2013-02-20.
[50] *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013*, s. 56 f.
[51] *Socialstyrelsens yttrande över Effektiv vård* (SOU 2016:2), Socialdepartementets diarienummer: S2016/00212/FS.

stöd. It-stödens utformning medför i vissa fall att allt som tillförs journalen måste signeras. Effekten blir att de journalanteckningar som skulle behöva signeras av patientsäkerhetsskäl försvinner i mängden. En del system godkänner automatiskt journalanteckningar efter en viss tid, vilket i så fall uppenbart strider mot lagstiftarens intentioner. Andra vittnar om krångliga system som kräver flera moment och inloggningar innan signering kan ske. Dessa tidskrävande moment bidrar i sig till en onödig administrativ börda för personalen.[52] Det bör även beaktas att vårdgivare förutom investeringar i själva systemen även behöver investera i tillräckliga utbildningar rörande dessa för att personalen ska kunna tillgodogöra sig deras funktionalitet.

En del it-stöd låser numera anteckningar efter 14 dagar. För att rätta felaktigheter måste anteckningen då låsas upp. Det kan innebära att fler ser till att kontrollera de anteckningar som de anser behöver kontrolleras innan den tiden.

Bekräftelse av vidtagna åtgärder

Den främsta kritiken riktas framför allt mot den dubbelsignering av journalhandlingar som måste göras i samband med att remisser, laboratorieresultat och beställningar m.m. förs in i patientjournalen.[53] Enligt utredningens bedömning omfattas dessa journalhandlingar inte av signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL. Detta är i stället ett annat administrativt krav som motiveras av patientsäkerheten. Kravet följer av Socialstyrelsens föreskrifter om krav på vidimering för att bekräfta vidtagna åtgärder som gäller en patients vård och behandling.[54] Dessa bekräftelser innebär i flera fall en dubbelsignering av vissa journalhandlingar. Signeringskravet och vidimeringskravet regleras i samma paragraf och benämns båda som signering. Det förefaller ha medfört att vården uppfattat det som att alla åtgärder som regleras i Socialstyrelsens bestämmelse också omfattas av regleringen i 3 kap. 10 § PDL. Det kan i sig vara orsaken till den dubbelsignering som görs.

[52] *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013*, s. 63 f., Sjukhusläkaren, *Signering: Så tyckte läkare från norr till söder*, 2013-02-19.
[53] Sjukhusläkaren, *Signering: Så tyckte läkare från norr till söder*, 2013-02-19.
[54] 6 kap. 4 § HSLF-FS 2016:40.

Nya EU-krav om behandling av personuppgifter

Att det överdokumenteras i patientjournalen är inte bara ett problem för att det orsakar en onödig administrativ börda. EU:s nya allmänna dataskyddsförordningen innebär bl.a. att det inte är tillåtet att behandla fler personuppgifter än vad som är nödvändigt för det aktuella ändamålet. Personuppgifter måste även vara korrekta och aktuella. Det innebär att felaktiga personuppgifter i patientjournalen måste rättas. Bestämmelserna motsvarar i och för sig vad som även gällt enligt PUL. Skillnaden är nu att Datainspektionen i egenskap av tillsynsmyndighet över behandling av personuppgifter har rätt och i vissa fall även skyldighet att besluta om omfattande sanktionsavgift för överträdelser mot bestämmelserna. Vårdgivare behöver därför i egenskap av personuppgiftsansvarig ta ett ökat ansvar för hur journalföringen fullgörs.

6.2.4 Finns behov av kontroll?

Vad talar för att kravet behålls?

Det finns en enighet om att vissa anteckningar behöver kontrolleras och signeras av den medicinskt ansvarige och att kontrollen blir synlig för andra.[55] Vårdpersonal senare i vårdkedjan behöver veta om viss information är kontrollerad eller inte. Signeringen fyller därför en funktion även om osignerade uppgifter i vissa fall måste läggas till grund för vårdinsatser. På så sätt kan personalen hantera informationen med vederbörlig försiktighet. Att inte veta om information är kontrollerad av den medicinskt ansvarige eller inte kan innebära stora risker för patientsäkerheten samt påverka arbetsmiljön negativt då det skapar osäkerhet hos personalen om uppgiften är korrekt eller inte.

Viss vårdpersonal anser inte att signeringen är tidskrävande. Den uppfattningen förefaller finnas på enheter som har tydliga rutiner för hur journalföring och signering ska gå till. Vissa menar att undantag

[55] *Läkarförbundets yttrande över Effektiv vård*, Genom 2016/0100; *Socialstyrelsens yttrande över Effektiv vård;* SOU 2014:23 s. 264 f och s. 271 f, Patientdatautredningen SOU 2006:82 s. 266 f; *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013*, s. 38 f.

från signeringskravet skulle innebära så små tidsbesparingar att vinsterna skulle bli obefintliga.[56]

Signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL förefaller i sig inte orsaka en stor administrativ börda. Det kan konstateras att få vårdgivare har tagit sitt ansvar att besluta om undantag från signeringskravet. Det saknas ofta även tydliga rutiner för hur journalföringen ska gå till. Inom många vårdenheter signerar vårdpersonal därför all information som tillförs journalen vilket skapar en onödig administrativ börda. Det förefaller även som att funktionaliteten i befintliga it-stöd brister. Vissa it-system saknar funktioner som skiljer på information som måste signeras enligt lag och sådan som inte behöver signeras. Kritik mot signeringskravet blandas även samman med kritik mot andra administrativa krav. Den dubbelsignering som mycket av tidigare kritik från vårdpersonal kan hänföras till är snarare kopplat till krav i Socialstyrelsens föreskrifter om verifiering av vidtagna åtgärder.

Eftersom den största administrativa bördan egentligen rör annan administration kommer den bördan inte minska om signeringskravet tas bort.

Vad talar för att kravet tas bort?

Flera landstingsföreträdare tvivlar på att signeringskravet verkligen bidrar till en högre patientsäkerhet. Dessa uttrycker tveksamhet inför om läkare i detalj verkligen kontrollerar sina uppgifter i samband med signeringen. Detta har medfört att Myndigheten för vårdanalys har ifrågasatt om värdet av bl.a. signeringskravet står i relation till den arbetsinsats som åtgärden kräver.[57]

Journalanteckningar som inte har kontrollästs eller signerats används i stor utsträckning redan i dag som underlag för vård och behandling. Kravet på kontrolläsning av vissa anteckningar tillgodoses bättre med tydligare ansvarsreglering och utbildning av vårdpersonal.[58] Om vårdgivaren tar fram tydliga rutiner och riktlinjer för kontroll av anteckningar kommer personalen att kontrollera den information som behöver kontrolleras. Att kontrollen har skett behöver inte synliggöras.

[56] Sjukhusläkaren, *Färre signeringar ger obefintliga vinster*, 2013-02-20.
[57] *Vårdanalys, Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, 2013,* s. 44 f.
[58] Jämför SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 248 f.

7 Samverkan mellan huvudmännen

7.1 Utredningens uppdrag

Den 21 september 2017 fick utredningen ett tilläggsdirektiv i två delar, där den ena delen tar sikte på en förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Denna del, som ska redovisas i slutbetänkandet, innebär att utredningen ska ”*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.*” I direktiven framhålls också att vår utredning i denna del särskilt förväntas beakta införandet av den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.[1]

I enlighet med tilläggsdirektiven kommer utredningen att ta sig an uppgiften att lämna förslag på detta område i vårt slutbetänkande. I detta delbetänkande kommer vi kort att redogöra för vissa grundläggande utgångspunkter vad gäller samverkan mellan huvudmännen och utmaningar som identifierats i vårdkedjorna som spänner över bägge huvudmännen, och som på olika sätt drabbar patienter och brukare.

7.2 Utgångspunkter för samverkan mellan huvudmännen

7.2.1 Vad är samordnad vård och omsorg?

I sin rapport ”Från medel till mål- att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv” fastslår Myndigheten för vård och omsorgsanalys (härefter Vårdanalys) att det saknas en vedertagen definition av vad det innebär att

[1] Det bör samtidigt noteras att regeringen gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp införandet av lagstiftningen. En delredovisning av uppdraget ska lämnas till regeringen senast den 1 december 2018 och uppdraget ska slutredovisas senast den 1 april 2020.

vården och omsorgen är samordnad på ett ändamålsenligt sätt. Vårdanalys konstaterar att begreppet ”samordning” används på olika sätt, och med olika innebörd, ofta utgående från ett organisatoriskt eller professionellt perspektiv. I dessa fall är ”samordning” främst att förstå som organisationers eller professioners gemensamma arbetssätt. Vårdanalys väljer i stället att betrakta samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienten/brukaren. Utifrån detta synsätt definierar de vården och omsorgen som samordnad ”*när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser*”.[2] Detta kan t.ex. ta sig utryck som att patienter slipper upprepa information i onödan, att man får hjälp att ta nästa steg i vård och omsorgsprocesserna, och att patienten/brukaren så långt det är möjligt erbjuds kontinuitet inom vården och omsorgen. Utredningen ansluter sig till detta synsätt och angreppssättet att utifrån detta analysera vilka olika samordningsmedel som kan bidra till en sådan samordnad vård och omsorg, och dess effekter på människors hälsa. Som Vårdanalys själva framhåller är samordning med detta synsätt en ren kvalitetsaspekt. Den måste sedan i analyser vägas mot andra kvalitetsaspekter, samt kostnaderna för detta.

Huvudmännens ansvarsområden, krav på samordning samt samordnings- och samverkansformer

Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och – i de fall man har avtal med landstinget – även hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

[2] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 43.

Enligt såväl socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. 16 kapitlet i HSL handlar specifikt om samverkan mellan huvudmännen och fastslår bl.a. att:

- Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.
- Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om
  1. personer med psykisk funktionsnedsättning, och
  2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

- När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå:
  1. vilka insatser som behövs,
  2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
  3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
  4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (motsvarande bestämmelse återfinns i 2 kap. 7 § SoL).

Ett annat exempel på samordningskrav återfinns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612). I den fastslås att om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen." (4 kap. 1 § första stycket) (se vidare i avsnitt 7.4).

7.2.2 Utmaningar med bristande samordning mellan vården och omsorgen

Samordning och samverkan mellan huvudmännen, och mellan olika enheter hos huvudmännen utgör, befintliga författningskrav till trots, fortsatt stora utmaningar i hälso- och sjukvården, och omsorgen. Detta tenderar att drabba de mest utsatta/de med mest komplexa vårdbehov som samtidigt har sämst förutsättningar att samordna sin egen vård och föra sin egen talan i vården.[3] Till exempel kan bristande samordning mellan vården och omsorgen resultera i att äldre får för många olika läkemedel – många som är direkt olämpliga att kombinera – eller upplever sig otrygga och får en ökad risk för fallskador. Dessutom kan det medföra att det förebyggande och rehabiliterande arbetet brister.[4] En grupp som också i hög grad drabbas av bristande samordning är personer med funktionshinder som har insatser beviljade enligt LSS. Det finns få studier gjorda på hur samordningen för denna grupp fungerar men Riksrevisionen (2011) visar att samordningen ofta brister och att ansvaret för samordningen då ofta läggs på anhöriga.[5] Av såväl utvärderingen som intervjuer genomförda av Vårdanalys framgår även att det verkar finnas problem vad gäller den samlade ansvarsfördelningen av insatserna. Det finns inte någon aktör som anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan

[3] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016, och *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017.
[4] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 78.
[5] Riksrevisionen, *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17)*, 2011.

och ingen som ser sig som huvudansvarig för samordning av insatser. I Vårdanalys intervjuer, liksom i utredningens egna dialoger med företrädare för här aktuella verksamheter och patientföreträdare, lyfts också att barnhabiliteringen och barnsjukvården ofta tar en stor roll i att samordna insatser. Det stödet försvinner dock i och med övergången till vuxenhabiliteringen och den ordinarie vårdcentralen, vilket gör att övergången ofta blir problematisk.[6]

Utmaningen med att samordna vård och omsorg är inte unik för Sverige, detta är – utifrån ökad specialisering och fragmentisering – högaktuella frågor i de flesta hälsosystem. Samtidigt kan konstateras att Sverige kommer dåligt ut i många internationella undersökningar och jämförelser när det gäller hur patienter uppfattar samordningen (det saknas i dagsläget undersökningar som på motsvarande sätt belyser brukares erfarenheter av socialtjänsten). Som exempel kan nämnas att OECD 2013 identifierade den bristande samordningen mellan svenska sjukhus, primärvård och socialtjänst som den största utmaningen för vår förhållandevis goda vård och omsorg.[7] Även resultaten från de årliga IHP-undersökningarna pekar mot detta.[8] 2016 års undersökning visade t.ex. att andelen patienter som upplever att man får hjälp att planera och koordinera sin vård var lägst i Sverige av de 11 medverkande länderna. Positivt är att vi ser en ökande trend där andelen som uppfattar att de får hjälp i denna del ökat från 38 procent år 2010 till 56 procent år 2016 (detta kan dock jämföras med 82 procent i Schweiz, som låg i topp). Sverige är också ett av de länder i studien där störst andel patienter (24 procent, enbart Norge kommer ut sämre med 30 procent) år 2016 angav att deras ordinarie läkare inte verkar vara uppdaterad om den vård patienten fått från annan specialistläkare. På den positiva sidan har det dock även här skett en förbättring sedan föregående mättillfälle.[9] Även frågor i den nationella patientenkäten pekar på behov av samordning som inte möts. Till exempel visar den att cirka 30 procent av patienterna som besökt

[6] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 70.
[7] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, Stockholm, 2017, s. 33.
[8] International Health Policy survey (IHP) baseras på enkäter som utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA. Vårdanalys publicerar varje år den svenska delen av IHP-undersökningarna. Totalt omfattar undersökningarna för tillfället 11 länder. Läs mer här: https://www.vardanalys.se/pagaende-projekt/international-health-policy-survey-svensk-halso-och-sjukvard-i-internationell-jamforelse/
[9] Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 34, 37.

primärvården under 2015 och 2016 inte anser att personalen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning som behövs.

7.2.3 Olika patient- och brukargruppers behov av samordning

Vårdanalys utvecklade 2016 ett ramverk för att identifiera generella patient- och brukargrupper som kännetecknas av att de har ett behov av samordning. Ramverket innehåller fem olika grupper enligt följande:

- Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer.

Utifrån detta ramverk gjorde Vårdanalys sedan en översikt av de generella patient- och brukargruppernas storlek och kostnader. Denna visade att uppskattningsvis har cirka en miljon människor i Sverige komplexa behov av insatser från olika aktörer inom vård och omsorg, samtidigt som de har små förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård. Kartläggningen indikerar även att totalt cirka 2 miljoner individer har små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård- och omsorg (grupp 1–3). Tidigare intervjuer och studier från Vårdanalys visar att samordningen ofta brister för dessa grupper och att det i många fall leder till en sämre vård och omsorg samt en otrygg situation för patienten/brukaren i fråga. Dessutom läggs ofta ett stort ansvar på de anhöriga att ta en samordnande roll. I sammanhanget bör också noteras att kartläggningen pekar på att en majoritet av befolkningen (cirka 60 procent) är i huvudsak somatiskt frisk och inte möter några större problem vad gäller samordning av vård och omsorg.[10]

[10] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, Stockholm, 2016, s. 62.

7.3 Förslagen i Effektiv vård

Betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhöll att för att åstadkomma nödvändiga förändringar inom den svenska hälso- och sjukvården så behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå. I detta framhölls bl.a. att huvudmännen, dvs. landsting/regioner och kommuner, i högre grad behöver ta ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Fler av förslagen i Effektiv vård tog också sikte just på samverkan mellan huvudmän, bl.a. förslaget om att dela primärvården i allmän respektive riktad primärvård. Den riktade primärvården föreslogs utföra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst (vår utredning väljer att inte gå vidare med förslaget om riktad primärvård, se vidare i avsnitt 9.2.2). Detta och andra förslag utvecklades i kapitel 9 i Effektiv vård ”Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst” och man kan där framför allt notera:

9.2 En juridisk ram för den verksamhet som måste hänga ihop

I denna del föreslogs ändringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen som innebar att en kommun och landsting skulle organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänsten för äldre med omfattande behov så att den utfördes gemensamt. Den gemensamma verksamheten skulle syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen konstaterade att det redan med befintlig lagstiftning i hög grad var möjligt att skapa den integrerade vård som bestämmelserna syftade till men att det av olika anledningar inte skedde. Det krävdes ju att bägge huvudmännen ville samma sak om något skulle utvecklas och detta var enligt utredningens erfarenhet ett vanligt förekommande hinder mot samverkan. Det vill säga en part vill samspela men den andra vill inte, eller vill men kan av olika skäl inte prioritera det. Med en författningsreglerad skyldighet att utföra verksamheten gemensamt ville man frånta huvudmännen möjligheten att välja bort ett nära samarbete och en integration av sina ansvarsområden. Betänkandet framhöll att det faktum att det fanns samverkansstrukturer på förvaltningschefsnivå och/eller politisk nivå var en förutsättning för effektivt samarbete, men det räckte inte. Det måste

även till ett gränsöverskridande samarbete direkt i de enheter som ger insatser till patienter/brukare/klienter och första linjens chefer måste kunna verka i ett sådant gränsöverskridande klimat. Det framhölls också att en central del i bristerna i vården och omsorgen om äldre var att läkarinsatserna dels inte var tillräckliga och dels inte var tillräckligt integrerade med insatser från andra professionella runt den enskilde.

9.3 Den gemensamma verksamheten ska ha en plan där mål, riktlinjer och resursplanering framgår

I denna del föreslogs att det i kommunallagen skulle införas en bestämmelse som innebar att kommuner och landsting skulle fastställa en gemensam, årlig, plan. Av denna plan skulle mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för verksamheten framgå (jfr t.ex. med det skotska systemet, se avsnitt 3.3.4). Ambitionen var att reglera samverkan på utförarnivå i stället för på individnivå eller huvudmannanivå. Enligt Effektiv vård var det ofrånkomligt att resursplanering på målgruppsnivå behövde göras i ett sammanhang där man kunde se resurserna för en viss målgrupp i den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården tillsammans med resurserna för samma målgrupp i den kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Först när man såg resurserna samlade kunde man fatta de mest rationella besluten om var/hur de kunde användas mest effektivt. Effektiv vård framhöll också att en skillnad mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården var att den förra var van att bedriva arbete mer målgruppsrelaterat medan hälso- och sjukvårdens planering och organisering i hög grad var uppdelad på de medicinska specialiteterna.

9.8 Kommun ska få överenskomma med landsting om att ta över ansvar för läkarvård i vissa fall

Effektiv vård föreslog att om kommun och landsting var överens skulle kommunen kunna få överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård som ges till personer som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård. Förslaget var alltså inte formulerat som ett krav, utan en möjlighet, förutsatt att kommun och landsting var överens.

Effektiv vård konstaterade att omfattningen och karaktären hos behovet av läkarvård medför att läkarvården generellt behöver vara en fullt ut integrerad del av den samlade vården och omsorgen för de äldre, vilket satte fokus på frågan om hur detta behov av samarbete över huvudmannagränser skulle lösas. Frågan om huvudmannaskap för läkarvård vid särskilda boenden och hemsjukvård och kommunernas möjlighet att anställa läkare har utretts tre gånger innan Effektiv vård (2000, 2004 och 2011). Då antingen utredningarna eller remissvaren bedömt att förändringar i denna del skulle leda till för otydlig ansvarsfördelning, och möjligen också till ökande problem med rekrytering av allmänläkare, har man dock inte gått vidare med några förändringar av lagregleringen i denna del. Effektiv vård gör å sin sida bedömningen att denna rädsla för otydlig ansvarsfördelning har varit större än rädslan för att målgruppen skulle få dåligt sammanhållen vård. Givet att utredningens förslag var att kommuner enbart skulle kunna anställa läkare om man var överens med landstinget och träffade ett avtal om detta så menade man att risken för otydlighet i ansvarsfördelning kunde överkommas. Likaså framhölls att intresset för den föreslagna lösningen troligen inte skulle vara särskilt stort, men utifrån behovet av att kunna erbjuda lokalt anpassade lösningar för huvudmännen sågs ändå möjliggörandet av en sådan lösning som viktig för ett effektivare resursutnyttjande. Utredningen avser att analysera detta förslag vidare inom ramen för arbetet med att utreda samverkan mellan huvudmännen.

9.9 Översyn av planeringsbestämmelser

Effektiv vård rekommenderade att regeringen borde göra en översyn av befintliga regler för planeringsbestämmelser på individnivå, i syfte att förenkla och skapa överblickbarhet. Detta eftersom regelverken avseende bestämmelser om huvudmännens eller verksamheters planeringsskyldighet och upprättande av olika former av planeringsdokument på individnivå är mycket omfattande. Bedömningen var att varje planeringsbestämmelse var för sig var rimlig och adekvat men sammantaget blev regelverken svåröverskådliga och svårtillämpade. Detta bl.a. eftersom det sällan i de olika författningarna klargörs hur olika planeringsbestämmelser förhåller sig till varandra eller vilken som ska ha företräde. Effektiv vård menade också att det i en sådan översyn

borde övervägas att skapa ett eget fristående regelverk för planering av individuella insatser som kan gälla generellt och över olika samhällssektorer.

7.4 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

7.4.1 Lagens syfte och innehåll

Den 1 januari 2018 trädde en ny lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS) i kraft. Lagen ersatte den tidigare lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen (Den upphävda lagen (1990:1404)ska dock gälla fram till och med den 31 december 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård).[11] Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen tydliggör att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård (2 kap. 6 §) och att den slutna vården därför i vissa fall ska underrätta berörda enheter om inskrivningen inom 24 timmar från det att patienten skrivits in i sluten vård (2 kap. 3 §). Vidare fastslås att när en enhet i den öppna landstingsvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Detta ska ske innan patienten skrivs ut från den slutna vården (2 kap. 5 §).

Lagen innehåller även bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun (4 kap.). Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska en samordnad individuell planering genomföras (4 kap. 1 §). Kallelsen till berörda enheter ska skickas av patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården (4 kap. 3 §). Huvudmännen ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer, till vårdgivare och de som bedriver socialtjänst om samverkan

[11] Lagen grundar sig på betänkandet SOU 2015:20, Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård, dir. 2014:27, *en översyn av betalningsansvarslagen*. Detta betänkande togs fram som en integrerad del av Göran Stiernstedts utredning om en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (dir. 2013:104), men utifrån det egna direktivet 2014:27.

enligt den nya lagen (4 kap. 4 §), och de förväntas ingå överenskommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas (4 kap. 5 §). Kommunens betalningsansvar regleras i 5 kap. Om huvudmännen inte ingår egna överenskommelser om tidpunkter och belopp gäller lagens ”back-up-lösning” (5 kap. 4 och 6 §).

Primärvårdens roll

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även den del av primärvården som landsting/regioner är huvudman för deltar i samarbetet kring den enskilde, vilket tydliggörs i lagen. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen tydliggörs som ovan beskrivet att både kommunala verksamheter och landstingens öppna vård, ofta primärvård, tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att på ett ändamålsenligt sätt ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver komma till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att den landstingsfinansierade primärvården och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både den landstingsfinansierade och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgens arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

7.4.2 Initial implementering av den nya lagen

Som ovan beskrivits ska huvudmännen, i enlighet med lagen, i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer – till vårdgivare och de som bedriver socialtjänst – om samverkan enligt den nya lagen. De får också ingå överenskommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas. Om en sådan

överenskommelse inte ingås gäller i stället de bestämmelser om belopp och tidsfrist som anges i lagen 5 kap. 4 och 6 §, LUS.

Utredningen har under våren 2018 tagit del av och gjort en översiktlig genomlysning av de överenskommelser som finns att tillgå hos landsting/regioner. Flertalet landsting/regioner har valt att ta fram sådana överenskommelser men det finns förhållandevis stora skillnader mellan hur tidigt man påbörjat planeringen för införandet av den nya lagen och tagit fram överenskommelser i linje med den. Något landsting gjorde en pilot redan under 2017 medan flertalet fattat beslut någon gång under hösten 2017. En del landsting/regioner har valt övergångslösningar för 2018, andra har beslutat om tillsvidarelösningar.

Detaljeringsgraden i överenskommelserna varierar också mellan cirka 2 och 20 sidor, och man har gjort olika val vad gäller vilka delar som läggs i överenskommelse respektive riktlinjer och rutiner/praktiska anvisningar.

Många har beslutat att beräkna betalningsansvar (för utskrivningsklara patienter) utifrån ett genomsnitt under en/ett par månader. De överenskomna gränserna för när betalningsansvar för kommunerna ska träda in finns i ett intervall mellan 2 och 5 dagar.

Flera av överenskommelserna lyfter att samordnad planering företrädelsevis ska göras i hemmet efter utskrivning, men att det ska bestämmas utifrån behov. Vissa lyfter fram att när lämpligt ska samordnad planering kunna genomföras digitalt/via video. Nästan samtliga överenskommelser har med en punkt om utvärdering men enbart ett fåtal har uttryckligen i överenskommelsen med patient-/anhörigupplevelse bland de mått och parametrar som ska följas upp.

Överenskommelserna lyfter i flera fall huvudprinciper eller värdegrund för såväl ett patient-/individcentrerat arbetssätt som för hur parterna ska förhålla sig till varandra. Många överenskommelser lyfter också vikten av att arbeta vårdpreventivt.

I princip samtliga överenskommelser har skrivelser som reglerar hur eventuella tvister och problem i samarbetet ska hanteras. Några enstaka lyfter specifikt fram att överenskommelsen även gäller offentligt finansierade enheter i privat regi och/eller att detta bör framgå av förfrågningsunderlag för verksamheter som avtalas enligt LOU eller LOV.

Oskar – samverkan mellan kommun och landsting[12]

Våren 2017 startades i Oskarshamn ett samarbete mellan landsting och kommun – projektet Oskar. Arbetssättet initierades och utformades utifrån den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) tillsammans med en länsgemensam överenskommelse om samverkan inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård i Kalmar län. En del av projektet har varit att utforma en ny digital arena för den nya samarbetsformen.

Från början bestod gruppen av anslutna medlemmar från Oskarshamns kommun, Oskarshamns sjukhus, Hälsocentralerna och Samrehab. I dag ingår även aktörer från närliggande Högsby och Mönsterås kommuner. Utöver aktörer som kommun, hälsocentraler och Samrehab deltar i dag också psykiatrin från både Oskarshamn och Högsby i arenan Oskar. En dialog förs kontinuerligt med ytterligare intressenter.

Oskar innebär en ny samverkansform mellan nämnda aktörer. Ambitionen är att möjliggöra sömlösa och nära övergångar mellan olika nivåer och aktörer. År 2017 genomförde en arbetsgrupp fiktiva möten med cirka 100 patienter. Utifrån dessa möten utarbetades sedan ett praktiskt och effektivt arbetssätt för interprofessionella bedömningar. Arbetslaget träffas dagligen via korta videomöten. Det interprofessionella arbetslaget värdesätter särskilt patientperspektivet. Patienten ska alltid känna sig trygg och omhändertagen oavsett vårdgivare eller plats i vårdkedjan. Förutom bedömningen av patienter möjliggör och fördjupar den dagliga kontakten en utökad dialog mellan aktörerna.

Oskar har bland annat visat positiva effekter för:

- personcentrerad närsjukvård,
- korta ledtider,
- gemensam målbild för olika vårdgivare,
- strukturerat och effektivt arbetssätt,
- att tillsammans successivt utveckla en gemensam plattform för digitala möten.

[12] Se även projektets hemsida: https://www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting/

En viktig del i det fortsatta arbetet blir en utvärdering av Oskars inverkan på medborgare och systemet. Oskar följs därför i forskningsprojektet, ”Kontinuitet i vården för personer med komplexa behov – hur vet vi vad som fungerar?”. Projektet genomförs av en forskargrupp från Linnéuniversitetet och Karolinska Institutet. Bland annat undersöks hur samverkan inom och mellan olika system av integrerad vård har organiserats på mikro-, meso- och makronivå för att identifiera best practice.

8 Nationell plan för en god och nära vård

8.1 Vart är vi på väg?

8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård

Utredningens förslag: Den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvården behöver fördjupas.

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Den personcentrerade vården tydliggörs i färdplanen, där patientperspektivet lyfts i bilden, liksom medarbetarperspektivet. Entiteter som av många lyfts som avgörande för att nå målbilden betonas, såsom kompetensförsörjning och utvecklingen av digitalisering kopplat till Vision E-hälsa 2025. Så även beslut i landsting/regioner och kommuner som förankrar omstruktureringen i den egna kontexten.

De första versionerna av målbild och färdplan

I utredningens direktiv fastslås att vi ska ta fram en nationell plan, där primärvården är utgångspunkt för en ökad närhet till patienten, senast 1 juni 2018. Denna redovisning kan också vid behov innehålla ytterligare förslag till lagändring, utöver de förslag som presenterades

i utredningens första delbetänkande juni 2017. I det första delbetänkandet föreslog utredningen en färdplan som ett första utkast till den nationella plan det åligger utredningen att föreslå. Utredningen föreslog även en gemensam målbild för förflyttningen från dagens sjukhustunga system till en ny första linjens hälso- och sjukvård, en hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.

Utredningens förslag till gemensam färdplan för den samordnade omställningen av hälso- och sjukvården till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården tar sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia, och tar sikte på målbilden. Såväl statliga initiativ som initiativ av andra aktörer i hälso- och sjukvården kan omfattas. Färdplanen föreslogs omfatta såväl utredningstiden som det fortsatta arbetet med omställningen utifrån utredningens kommande förslag. En prioriterad del i omställningen föreslogs vara utformningen av ett nationellt uppdrag för primärvården, Primärvård NU.

I utredningens första delbetänkande uttalade vi avsikten att i nästa delbetänkande, det föreliggande, fördjupa målbilden och färdplanen, återkomma med förslag på ett nationellt utformat uppdrag för primärvården samt förslag på uppföljning av omställningen beskriven i färdplanen.

Synpunkter från remissinstanser

Remissvaren på vårt första delbetänkande gav överlag ett starkt stöd till den föreslagna målbilden. Av de remissinstanser som lämnade synpunkter på förslaget var 28 positiva och 18 tillstyrkte förslaget med vissa invändningar, medan tio inte hade någon erinran. Inga remissinstanser avstyrkte förslaget. En återkommande synpunkt var att en gemensam målbild var nödvändig, men att alla instanser inte helt och fullt instämde med utredningens föreslagna målbild. Bland annat efterfrågades ytterligare tydliggörande av samverkansformerna mellan huvudmän. Likaså betonades utvecklingen mot en personcentrerad hälso- och sjukvård, samt vikten av att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet synliggörs. Patientens möjlighet till ökad delaktighet lyftes fram. Behovet av att visa på uthållighet över tid, såväl i

beslutsprocesser som i hela omställningen lyftes fram. Önskan om ytterligare tydlighet i behovet av att förflytta vård mellan dagens vårdnivåer, och behovet av att stundom decentralisera och stundom, till följd av kvalitets- och effektivitetsskäl samla, vård betonades. Flera aktörer såg ett behov att tydligare inbegripa kommunal hälso- och sjukvård och omsorg i målbilden.

Även gällande färdplanen var flertalet remissinstanser positiva. Här betonade flera att tidplanens 10-årsperspektiv känns realistiskt, men att det är viktigt att poängtera att förändringen har påbörjats och måste framåtskrida i så snabb takt som möjligt. Flera remissinstanser lyfte frågan om bemanning och kompetensförsörjning som avgörande för genomförandet av färdplanen. Från flera håll lyftes också nödvändigheten av att beslut fattas på rätt nivå i systemet, i samordnad tidsföljd och av såväl stat som landsting/regioner och kommuner.

Några månader efter det första delbetänkandet mottog utredningen tilläggsdirektiv i två delar, där en av dessa innebar att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa olika verksamheter bör se ut. Detta, tillsammans med de synpunkter gällande behovet av att synliggöra kommunernas roll i såväl målbild som färdplan som redan inkommit, medför i sig ett behov av att se över dessa i föreliggande delbetänkande.

Fördjupad målbild och färdplan

Mot bakgrund av ovan redovisade synpunkter i remissvar, utredningens tilläggsdirektiv samt vad som i övrigt framkommit under året i utredningens dialoger med olika aktörer föreslår vi nu en fördjupad och förändrad målbild. Den personcentrerade vården betonas, hälsa och förebyggande arbete lyfts fram, omsorgens roll tydliggörs och samverkan mellan såväl olika huvudmän som olika vårdaktörer inom landsting och kommun betonas. Målbilden får då en ny lydelse.

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Den personcentrerade vården tydliggörs också i färdplanen, där patientperspektivet flyttar högre upp i bilden, liksom medarbetarperspektivet. Entiteter som av många lyfts som avgörande för att nå målbilden betonas, såsom bemanning och kompetensförsörjning och utvecklingen av digitalisering kopplat till Vision E-hälsa 2025.

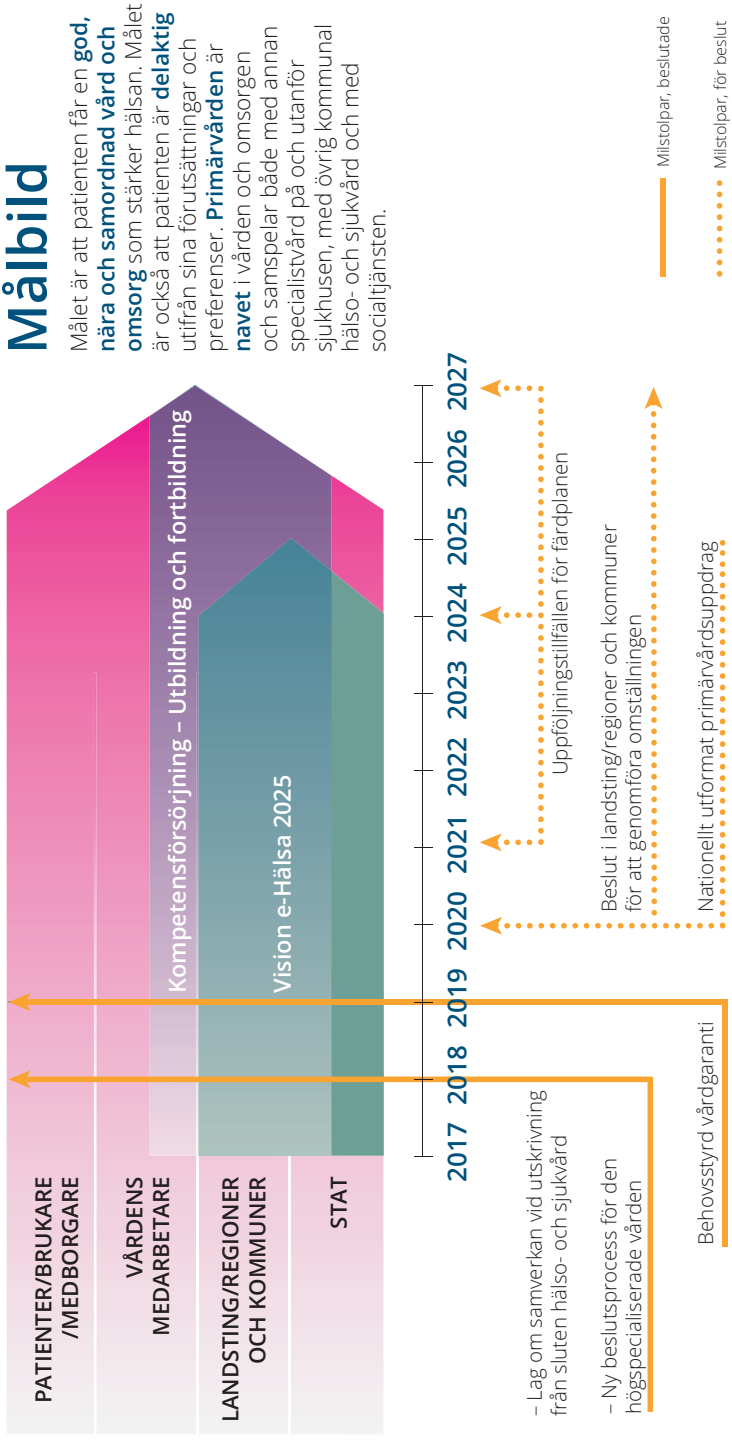
Milstolpar

Färdplanen kompletteras med milstolpar. Milstolparna är av två typer; beslutade eller för beslut. Avsikten med dessa är dels att visa på redan beslutade förändringar och tydliggöra deras ikraftträdande. Dels att markera vikten av att regioner/landsting och kommuner, utifrån sin kontext, måste göra sina egna analyser
och härefter fatta vederbörliga beslut som ankommer respektive ansvarsnivå, för att färdplanen ska kunna genomföras och målbilden uppnås. Några av milstolparna representerar också utredningens föreslagna uppföljningspunkter av färdplanen, för att säkra utvecklingen mot den gemensamma målbilden (jfr avsnitt 8.3)

Ytterligare fördjupning av målbild och färdplan

Utredningens avsikt är att i sitt slutbetänkande fortsatt utveckla såväl målbilden som färdplanen. På samma sätt som hittills kommer det att ske i dialog och nära samarbete med alla de som utredningen i enlighet med sina direktiv har att samverka med; samtliga berörda aktörer. Dialog kommer även fortsättningsvis föras med utredningens befintliga referensgrupper, liksom med utredningens expertgrupp. Dessutom kommer ytterligare en referensgrupp med representation från huvudmän i form av kommunerna att etableras.

Figur 8.1 Från akutsjukhus till nära vård



Målbild

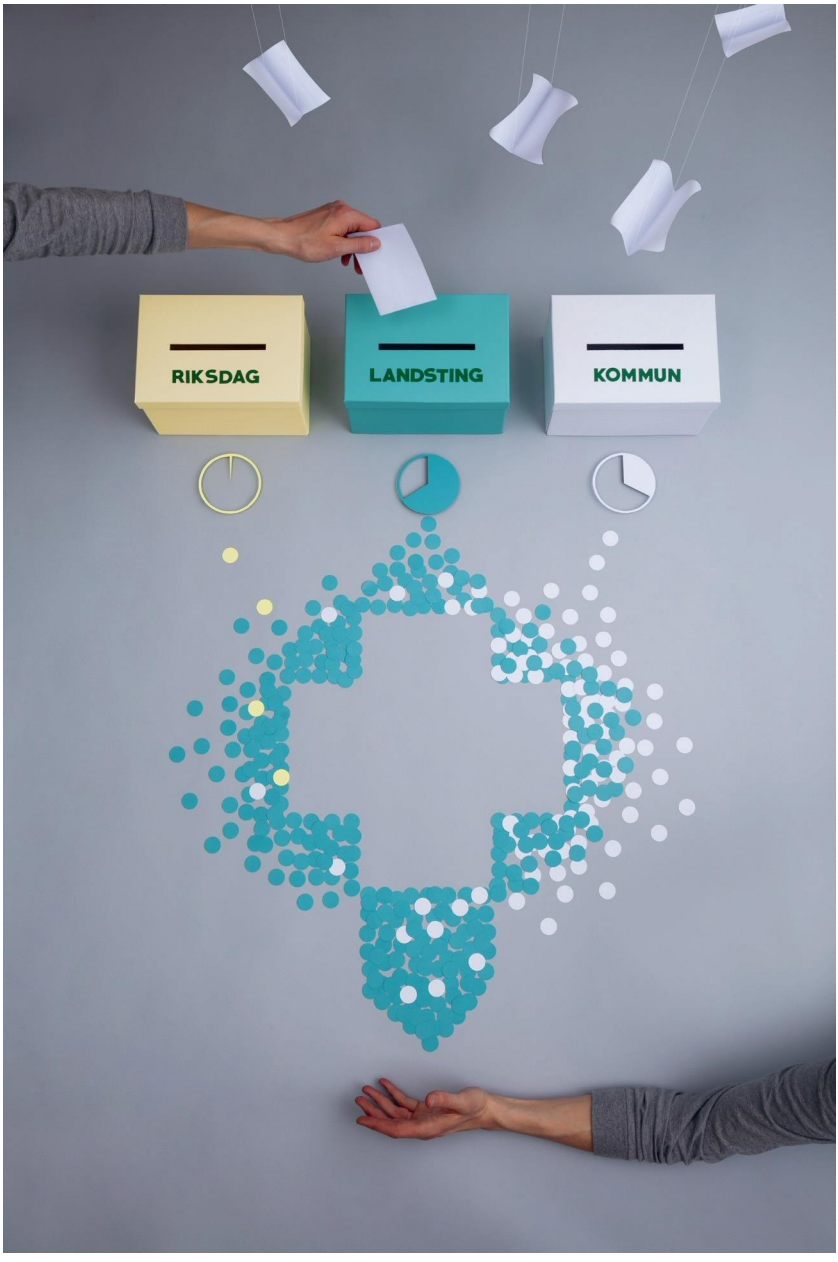
Målet är att patienten får en **god, nära och samordnad vård och omsorg** som stärker hälsan. Målet är också att patienten är **delaktig** utifrån sina förutsättningar och preferenser. **Primärvården** är **navet** i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

8.1.2 Hur hänger vården ihop?

I våra dialoger med olika aktörer samt våra referensgrupper har ofta lyfts att den övergripande bilden av hur den svenska hälso- och sjukvården samt omsorgen är tänkt att fungera inte är helt tydlig varken för medborgare eller dess medarbetare. Det är stundtals svårt att veta hur de olika delarna i systemet är tänkta att hänga ihop, vare sig i systemet som helhet eller i de olika ”subsystem” som regioner och landsting tillsammans med kommunerna utgör. Det kan göra det onödigt svårt för medborgarna att veta vart man ska vända sig med olika frågor eller problem kopplade till den egna hälsan. Det kan i värsta fall göra att man avstår från att söka vård, eller söker vård i en annan del av systemet än vad som är mest ändamålsenligt för medborgaren. Resultatet kan också bli att man söker på ”fel” plats utifrån vårdens synsätt, när det egentligen handlar om att informationen till medborgarna inte varit tydlig eller stödet i att hitta rätt i vården brustit. Många uttrycker i dag att man upplever systemet som fragmentiserat, och saknar den nödvändiga samordningen mellan olika huvudmän, vårdaktörer, eller insatser som man naturligt förväntar sig.

Utredningen har i sina dialoger med olika företrädare för vården och omsorgen fått anledning till att återkommande fundera över vilken förflyttning det är vi vill åstadkomma ur patienters och brukares perspektiv, och hur den skulle kunna tydliggöras just för patienter, brukare och intresserade medborgare. Det förefaller finnas ett behov av att enkelt och visuellt kunna beskriva ett nuläge och ett önskat läge. Det förefaller också finnas ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården och omsorgen styrs och regleras, för att en nyanserad och meningsfull debatt om roller och ansvar i beslutsfattande och resursfördelning ska kunna föras brett och transparant. Övergripande systemkunskap om ansvarsfördelning, finansieringsprinciper och vilka grundläggande förutsättningar som finns för olika delar av systemet behöver påminnas om för att debatten om hälso- och sjukvården och omsorgen ska kunna föras på ett konstruktivt sätt. Utredningen har därför tagit fram följande illustrationer.

Figur 8.2 Hälso- och sjukvården – en gemensam resurs



Så styrs vården

Hälso- och sjukvårdens organisation på samhällsnivå är en fråga för politisk styrning, och olika länder har valt olika sätt att organisera sin hälso- och sjukvård. Sverige har ett system där ansvaret är fördelat mellan staten samt landsting/regioner och kommuner (huvudmännen). Riksdag, regering och statliga myndigheter sätter ramarna för hälso- och sjukvården men det är huvudmännen på den regionala och lokala nivån som har det huvudsakliga ansvaret för såväl organisering som finansiering av den svenska hälso- och sjukvården.

Som medborgare har man möjlighet att påverka samtliga dessa tre nivåer genom allmänna val vart fjärde år. Då kan man rösta i tre olika val, valet till riksdagen samt valen till landstings/regionfullmäktige och till kommunfullmäktige där man är folkbokförd. Dessa tre olika förvaltningsnivåer har olika roller och ansvar när det gäller den svenska hälso- och sjukvården, och det är viktigt att ha med sig i förståelsen av hur de olika delarna förhåller sig till varandra och när man genom sin röst vill påverka hälso- och sjukvården.

Staten har ett övergripande systemansvar och ansvarar för bl.a. normering, tillsyn och utjämningssystem. Riksdagen stiftar lagarna som sätter ramarna för hälso- och sjukvården Därutöver kan regeringen och/eller de myndigheter som regeringen bemyndigar utfärda kompletterande mer detaljerade regler på olika områden. Statliga myndigheter har också ansvar för tillsynen, dvs. ansvar att övervaka/kontrollera att lagar och regler efterlevs. Rent ekonomiskt är statens roll liten. År 2016 stod staten för cirka 1,5 procent av de totala kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården.[1]

Det huvudsakliga ansvaret för att organisera och finansiera svensk hälso- och sjukvård ligger till övervägande del på de 21 *landstingen/regionerna*, och i vissa delar även de 290 *kommunerna*, vilka har ansvar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård (kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård till boende i särskilt boende och – förutom i Stockholms läns landsting – för hemsjukvård, jfr avsnitt 5.1). Såväl landsting/regioner som kommunerna har rätt att ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter och via landstings- respektive kommunalskatten finansieras merparten av den svenska hälso- och sjukvården. 2016 stod landstingen och landstingsägda

[1] SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–2016*, 2018.

bolag för 56,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige och kommunerna för 25,3 procent.[2]

Inom de ramar som ges av lagar och andra nationella regelverk har landsting/regioner och kommuner alltså en stor frihet att, utifrån lokala förhållanden, välja hur man organiserar och tillhandahåller den hälso- och sjukvård man enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvar för att erbjuda. Det ger möjlighet till anpassning utifrån lokal kontext och behov. Det resulterar ibland också i att tillgång till och kostnader för olika hälso- och sjukvårdstjänster delvis kan se olika ut på olika håll i landet.

[2] Resterande kostnader fördelas mellan frivilliga sjukvårdsförsäkringar (0,6 procent), hushållens ideella organisationer (0,1 procent), företag (0,5 procent) och hushållens utgifter ur egen ficka/patientavgifter (15,2 procent).

Figur 8.3 Traditionella hälso- och sjukvårdsystem

Figur 8.4 God och nära vård

Omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården uppfattas av många i dag som fragmentiserad och svårnåbar. Såväl tillgängligheten och samordningen som möjligheten till delaktighet och kontinuitet anses av många brista. Hälso- och sjukvården och omsorgen uppfattas mer som organiserad utifrån vårdens logik än utifrån patient- och brukarperspektivet.

I ett försök att visualisera målbilden utifrån ett personcentrerat synsätt ser vi den nära vården som mer flexibel, ofta mobil, en hälso- och sjukvård och omsorg som möter och inkluderar patienten eller brukaren utifrån var och ens förutsättningar och preferenser. Personen är en aktiv part i att medskapa sin vård utifrån aktuella behov, förutsättningar och preferenser och i det som tillhandahålls har vården redan på systemnivå tagit ansvar för att vården erbjuds utifrån beslutade prioriteringsgrunder. Det är tydligt att vården samordnas och hänger ihop oavsett huvudman eller vårdaktör. Stöd till egenvård och förebyggande arbete är centrala delar i bilden. Hälso- och sjukvården och omsorgen mobiliseras utifrån personen, som i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet är subjekt i förhållande till vården och omsorgen, inte längre ett passivt objekt. Det är samtidigt viktigt att betona att den som vill ha mer stöd av vårdens medarbetare i sin hälso- och sjukvård och omsorg förstås ska beredas den möjligheten – den personcentrerade vården utgår alltid från frågan ”Vad är viktigt för dig?”

8.2 Utredningens fortsatta arbete

I vårt fortsatta arbete med att stödja och samordna omställningen mot en god och nära vård, avser utredningen att utveckla innehållet i färdplanen i följande delar:

- Ytterligare fördjupning av målbilden.
- Fördjupad analys och eventuella därav följande förslag, gällande hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet[3] (inklusive företagshälsovården och elevhälsan), forskning, utveckling och utbildning (FoUU) med fokus på primärvården samt den systematiska uppföljningen av primärvården på aggregerad nivå.

[3] I detta arbete avser utredningen arbeta nära Folkhälsomyndigheten.

- Analys av ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård, och därav följande konsekvenser för olika former av hälso- och sjukvårdsorganisationer.
- Analys av och 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. Utgångspunkten för utredningen kommer vara behovet av en strukturerad samverkan, utifrån individens behov, som resulterar i en samordnad vård och omsorg för patienten/brukaren. Arbetet kommer att ha särskilt fokus på de med störst behov av samordning, såsom äldre med många sjukdomar och barn och unga med psykisk ohälsa.
- Utifrån resultaten av övriga analyser, såsom den gällande ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård, överväga vidare förslag gällande utvecklade styrande principer för svensk hälso- och sjukvård.

8.3 Att följa färdplanen

Utredningens förslag: För att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen utifrån färdplanen föreslår utredningen att fyra olika storheter årligen följs.

Vidare föreslås att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls vid tre tillfällen fram t.o.m. 2027. Dessa bör samla representanter från kommunal, landstings/region och statlig nivå för att stämma av status för genomförandet och vid behov föreslå justeringar i inriktningen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård.

Årlig förflyttning

För att kunna följa den gemensamma förändringen i enlighet med färdplanen föreslår utredningen att fyra olika storheter årligen följs. Dessa storheter, som utgörs av befintliga indikatorer, mått och nyckeltal ska

i möjligaste mån vara jämförbara internationellt och redan tidigare följas på nationell nivå. Avsikten med att utifrån dessa storheter följa färdplanen är inte att föreslå indikatorer som är heltäckande för uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård. Syftet är att följa just den föreslagna färdplanens utveckling, och utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå. De föreslagna storheterna är inte avsedda att ensamma kunna beskriva utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård på vare sig makro-, meso- eller mikronivå, utan avser att tillsammans övergripande spegla förändringen i enlighet med färdplanen.

De statliga myndigheter som har uppdrag att följa utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen har givetvis de uppdragen oförändrade och opåverkade av detta förslag. Likaså har olika myndigheter med tillsynsuppdrag inom hälso- och sjukvården och omsorgen sina uppdrag oförändrade. På huvudmannanivå, liksom på verksamhetsnivå, föreligger, liksom tidigare, behov av uppföljning för egen utveckling och utvärdering. Slutligen har utredningens föreslagna storheter för uppföljningen av färdplanen ingen avsikt att förändra det omfattande arbete med uppföljande indikatorer som löpande pågår via SKL.

Då omstruktureringen av hälso- och sjukvården innefattar samtliga aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet föreslås att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), får ett övergripande uppdrag att bistå med sammanställning av underlag för att ge möjlighet att följa framskridandet av omställningen över tid.

Utredningen föreslår att förflyttningen beskrivs med basår 2013, då direktiven för Effektiv vård beslutades. De olika storheterna är valda utifrån ansatsen att inte öka den administrativa bördan. De används sedan tidigare i andra sammanhang av olika aktörer i systemet för löpande uppföljning utifrån respektive aktörs uppdrag.

Utredningen föreslår följande:

1. Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården.
2. Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
3. Medarbetare: Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.
4. Ekonomi: Kostnadsandel (procent) i det som definieras som landsting/regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i landsting/region.

Befolkningsperspektiv

Genom Socialstyrelsens Öppna jämförelser är det möjligt att jämföra kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamheter i hela Sverige. Det är också möjligt att få aggregerade resultat över tid på nationell nivå. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvården tas fram i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL. En indikator i den övergripande uppföljningen är Förtroende för hälso- och sjukvården. Datakälla är Hälso- och sjukvårdsbarometern som genomförs av SKL. I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet för hälso- och sjukvården oavsett om man nyligen har haft kontakt med sjukvården eller ej. Utredningen har valt detta mått då förtroendet för sjukvårdssystemet enligt vår uppfattning är avgörande för själva systemets framgång och möjlighet att uppnå målet om en god och jämlik hälso- och sjukvård.

Vi har övervägt att i stället använda ett mått från Nationella patientenkäten för att snarare spegla patientperspektiv än befolkningsperspektiv. Då denna i nuläget görs för olika delar av vården vid olika tidpunkter (t.ex. inte s.k. specialiserad sjukhusvård och primärvård tillsammans) är vår uppfattning att det inte lika väl skulle spegla den helhetsbild vi är ute efter att belysa. Vi har också övervägt att använda oss av den svenska delen av ”the Commonwealth Fund’s International Health Policy Survey of Adults in 11 countries” (IHP-studien), som varje år publiceras av Vårdanalys. I ett rullande tre-årsschema vänder sig studien till tre olika grupper: befolkningen, patienter 65 år och äldre samt läkare i primärvården. Inte heller denna rapport speglar helheten i sjukvårdssystemet på det sätt vi eftersträvar, och svarsfrekvensen i undersökningen är också hittills låg. Utredningen gör därför valet att i stället låta den mer övergripande indikatorn Förtroende för hälso- och sjukvården finnas med i underlaget för att följa färdplanen mot målbilden.

Processperspektiv

Även vad gäller processperspektivet föreslår utredningen en indikator från Öppna jämförelser. Indikatorn Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar används i dag nationellt och internationellt som ett kvalitetsmått inom hälso- och sjukvårdssystem, s.k. readmission rate. Måttet speglar antal patienter 65 år och äldre med utvalda sjukdoms-

tillstånd som återinskrivs inom 30 dagar. Måttet avser att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg. Den har också använts som fördelningsgrund för statlig prestationsersättning under den nationella satsningen De mest sjuka äldre.

Medarbetarperspektiv

Den allmänmedicinska specialiteten är i dag en bristspecialitet (jfr avsnitt 10.3). Givet att primärvården i hög grad utgår från, bland andra, denna specialistkompetens, föreslår vi i ett första skede ett mått som följer utvecklingen av tillgången på specialister i allmänmedicin. Det valda måttet kommer att följa utvecklingen mot fler specialister i allmänmedicin genom att mäta relationen mellan antalet specialister i allmänmedicin och samtliga specialister. Det finns också en brist på flertalet andra yrkesgrupper i primärvården, inte minst distriktssköterskor. I kommande betänkande, och utifrån redovisningen av Socialstyrelsens pågående uppdrag inom området, avser utredningen att föreslå en breddning av måttet till att omfatta fler yrkesgrupper.

Ekonomiperspektiv

I Kolada, kommun- och landstingsdatabasen, finns en samlad tillgång till nyckeltal om resurser, volymer och kvalitet i kommuners och landstingsverksamheter som årligen följs upp. Kommun- och landstingsdatabasen ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Medlemmar i föreningen är svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I Kolada är det möjligt att följa utvecklingen av landsting/regioners kostnader för det som definieras som primärvård i relation till samtliga hälso- och sjukvårdskostnader i landstingen. Till följd av att det inte finns någon enhetlig definition av primärvård inom landsting/regioner är utredningen medveten om att detta mått i dag inte speglar samma sak i samtliga landsting/regioner (och att det inte inkluderar den del av primärvården som ges med kommunen som huvudman). Utredningen ser ändå att måttet kan visa på ett utgångsläge, en förflyttning

över tid och så småningom en alltmer rättvisande bild av primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader på aggregerad nivå.

Utifrån utredningens kommande arbete inför slutbetänkandet, med fördjupning i frågor rörande FoUU och innovation, kan ett mått speglande även de delarna av förflyttningen tillföras.

Att följa färdplanen över tid

Utöver det ovan beskrivna sättet att följa färdplanen ser utredningen även behov av att skapa hållpunkter då samtliga berörda aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå, tar ett större gemensamt grepp om aktuell status för omstruktureringen och får möjlighet att vid behov justera inriktningen på det fortsatta arbetet för att uppnå målbilden. Som även vissa av remissinstanserna till vårt första delbetänkande lyfte så är det naturligt att en plan för en så pass lång tid och med den omfattning som detta handlar om kan komma att behöva revideras efterhand.

Vi föreslår därför att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls 2021, 2024 och 2027. Inför dessa nationella samråd bör Vårdanalys ges i uppdrag att presentera en statusrapport utifrån de ovan redovisade storheterna samt underlag från samtliga landsting/regioner och kommuner. Det sätt som föreslås av utredningen vad gäller att följa färdplanens genomförande utesluter naturligtvis inte möjligheten, och behovet, av forskningsaktiviteter relaterade till den föreslagna förändringen av hälso- och sjukvårdssystemet på såväl makro-, meso- som mikronivå.

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Utredningens förslag: Landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas.

Utredningens bedömning: I dagsläget saknar Sverige en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Sverige saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige.

För att den av regeringen aviserade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning har i uppdrag att samordna och stödja, ska komma till stånd bedöms det som avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.

8.4.1 Systematisk uppföljning av primärvården: en förutsättning för omstruktureringen

Behovet av systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Att Sverige brådskande börjar bygga upp en nationell systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå bedömer utredningen som en central förutsättning för att den påbörjade omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård, som vår utredning har i uppdrag att samordna och stödja, ska nå sitt mål. Utan en sådan saknas möjligheter att på ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omstruktureringen mot en stärkt primärvård och god och nära vård.

I likhet med Socialstyrelsen, Vårdanalys, SCB och internationella organisationer såsom OECD anser vi att det är problematiskt att Sverige för närvarande i hög grad saknar underlag för statistik och forskning samt systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå. Det faktum att primärvården hitintills inte varit föremål för

riktade statliga satsningar, och de uppföljningar som följer med dessa, förefaller ha lett till att primärvården förblivit något av en blind fläck i den svenska hälso- och sjukvård som i övrigt är mycket väl dokumenterad och uppföljd.

I dag finns såväl internationellt som i Sverige stor samsyn kring behovet av att bygga hälsosystem som har en stark primärvård som sin bas. Detta eftersom det även utifrån dagens begränsade data och uppföljning finns en ökande evidens för att en välfungerande primärvård är associerad med lägre nivåer av undvikbar sluten vård, färre besök på akutmottagningar, bättre hälsoutfall, mer jämlikhet samt långsammare ökningar i kostnaderna för hälso- och sjukvården (jfr avsnitt 2.4). För att vi i Sverige ska kunna använda våra begränsade gemensamma resurser på bästa sätt i den omställning som nu påbörjats, bedömer dock utredningen att det är avgörande att Sverige får en bättre kunskap om den vård som ges inom primärvården, hur den samspelar med övriga delar av hälso- och sjukvården och hur den upplevs av dem den är till för.

Möjliga ansatser

Övergripande kan utredningen i nuläget se två huvudsakliga vägar för att bidra till uppbyggnad av mer systematisk nationell uppföljning av primärvården. Den ena utesluter inte den andra. Oavsett vilken väg man väljer så kommer ett omfattande arbete behöva göras med att införa nationellt fackspråk (enhetliga klassifikationer, termer och begrepp) i primärvården för att kunna säkerställa kvaliteten i den uppföljning som görs. I detta sammanhang kan framhållas att Socialstyrelsen i sin instruktion har regeringens uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer samt en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde.

En utökning av patientregistret till att omfatta primärvården

Som beskrivits i kapitel 5 gav regeringen i november 2010 Socialstyrelsen ett uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. Socialstyrelsen föreslog i sin rapportering av uppdraget att patientregistret (PAR) skulle utökas till att

omfatta även primärvården samt gav förslag på utvecklingsarbete och tidsplan för hur förslaget skulle kunna realiseras. År 2017 fick Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera vissa uppgifter som redovisats i rapporteringen och myndigheten överlämnade i november 2017 promemorian ”kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården”. Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att PAR kan utvidgas till att omfatta även primärvården givet att man bedömer att behandlingen är proportionell mot de legitima mål som eftersträvas (se avsnitt 5.3). Socialstyrelsen bedömer att behovet av ett nationellt hälsodataregister inom primärvården är stort. Förutom att man kan följa hela befolkningen vad gäller vårdkonsumtion och medicinsk praxis så kan det tillsammans med data från övriga hälsodataregister, kvalitetsregister och socialtjänstregister användas till kvalitetsuppföljning (inklusive patientens väg genom vården), jämförelser, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning.

Utökad rapportering till Väntetidsdatabasen

Som beskrivits i avsnitt 4.2.5 finns sedan 2017 ett arbete på SKL där man tillsammans med landsting/regioner tagit fram en utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård, genom utökad rapportering till Väntetidsdatabasen på SKL. Arbetet startade som ett projekt under överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. 2017. Modellen stödjer färdplanen mot en god och nära vård bland annat genom uppföljningen av en förstärkt vårdgaranti. Informationsmängderna som den utökade modellen omfattar är uppdelad i mätpunkter, patientnära information, vårdgivarinformation samt administrativa data och posternas beskrivningar utgår från definitioner i Verksamhetsindelning VI 2000, Socialstyrelsens termbank samt ICD-10-SE, KVÅ. Totalt omfattar modellen 23 olika uppgifter, alla är dock inte obligatoriska.

Syftet med uppföljningen i den nationella väntetidsdatabasen är att ge underlag till verksamhetsutveckling och möjlighet till jämförelser både inom och mellan landsting. Det möjliggör i sin tur utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Resultaten presenteras publikt för medborgarna via vantetider.se och 1177.se.

I dagsläget rapporterar två landsting/regioner enligt den utökade modellen och i flera landsting/regioner pågår förberedelser för att börja använda uppföljningsmodellen. Bland annat inför det förväntade ikraftträdandet av ändringar i vårdgarantin för primärvården, som från och med 1 januari 2019 föreslås omfatta såväl läkare som andra legitimerade yrkesgrupper.[4]

En databas som Väntetidsdatabasen kan dock inte i samma utsträckning som en utökning av patientregistret ge underlag till ändamål såsom kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Indikatorerna kan inte heller kopplas till data i andra register och datakällor.

Utredningens förslag

I dagsläget finns det ej författningsstöd för att personuppgifter från primärvården ska få behandlas i Socialstyrelsens patientregister.[5] Dialog förs mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka patientregistret till att omfatta även primärvården.

Parallellt med detta och som ett kompletterande led i att utveckla en mer systematisk nationell uppföljning av primärvården föreslår utredningen en bestämmelse om att landstingen ska rapportera in vissa uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas. Detta innebär en ny skyldighet för landstingen. En bestämmelse om detta bör tas in i HSL. De uppgifter som ska omfattas av rapporteringsskyldigheten utgör inte personuppgifter.

I ett första skede föreslås följande information omfattas av rapporteringskrav: kontakttyp, yrkeskategori, och i förekommande fall diagnos och åtgärdskod. Vilka uppgiftskategorier som ska rapporteras och till vilken databas bör regleras i förordning. Socialstyrelsen bör få meddela närmare föreskrifter. De föreslagna uppgifterna ingår i den utvidgade modell för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård som tagits fram för Väntetidsdatabasen på SKL.

I utredningens fortsatta arbete kommer vi, i enlighet med våra direktiv, att stödja arbetet med utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister samt att överväga behov

[4] SKL, *Tillgänglighet i primärvården.*
[5] Förordning (2001:707), *om patientregister hos Socialstyrelsen*.

av eventuella andra åtgärder för att säkerställa förutsättningar för en adekvat uppföljning av primärvården.

8.5 Överföring av resurser

I utredningens direktiv står att ett av de förslag i Effektiv vård utredningen särskilt ska beakta är överföringen av resurser från sjukhusvård till primärvård. Som vi konstaterade i första delbetänkandet går detta inte att beskriva enbart i ekonomiska termer och överföring av ekonomiska resurser från ett datum till ett annat. Den överföring av resurser som måste ske kommer många gånger att vara primärt i termer av kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning. Detta kan i sin tur möjliggöras genom t.ex. förändrade regelverk för digitala lösningar för att tillgängliggöra kompetenser till patienter och mellan vårdens medarbetare, tjänstgöring hos flera olika huvudmän/vårdgivare/utförare och översyn av vårdens och omsorgens utbildningar till såväl innehåll som volym. I föreliggande delbetänkande har utredningen genomfört ekonomiska konsekvensanalyser i förhållande till de förslag vi lägger, men vi vill också framhålla det mer generella behovet av överföring av olika slags resurser från den traditionella sjukhusvården till primärvården och den nära vården.

En särskild omständighet i sammanhanget, inte minst när det gäller överföring av ekonomiska resurser, utgörs av det faktum att huvuddelen av finansieringen av hälso- och sjukvården ligger på landsting/regioner och kommuner. Den största möjligheten för överföring av resurser från den traditionella sjukhusorganisationen till primärvården ligger därmed i en omfördelning av landsting/regioners egen budget för hälso- och sjukvården. Vår uppfattning är att en sådan överföring blir en naturlig effekt av den omställning mot en stark primärvård och en nära vård som flertal regioner/landsting är på väg mot, och vi uppfattar det därför ändamålsenligt och viktigt att följa just andelen av den ekonomiska resursen som tillfaller primärvården när genomförandet av färdplanen följs.

En ytterligare aspekt är den utbredda uppfattningen, som utredningen möter i många av sina dialoger, att primärvården i stora delar av landet redan i dag befinner sig i ett underfinansierat läge. Detta

har också belysts i en rapport från Konkurrensverket[6], där verksamheter oavsett driftsform i hög utsträckning beskrev en situation med upplevd underfinansiering. När utredningen nu lägger förslag som tydliggör, men egentligen inte i sak förändrar, primärvårdens uppdrag, blir förstås frågan om möjlighet till insatser för att stärka den redan i dag på många håll upplevda underfinansieringen i primärvården för viktig för att negligera. Inte minst då det av många uppfattas påverka arbetsmiljön på ett så negativt sätt att det också påverkar möjligheten att rekrytera och behålla medarbetare. Ett sätt att hantera detta kan vara via en riktad satsning på primärvården i form av en bredare överenskommelse mellan staten och SKL/huvudmännen. En sådan skulle kunna ge bättre förutsättningar för huvudmännen att planera och genomföra den interna omfördelningen.

Omfördelning av resurser på kortare sikt

Ett flertal av de nu löpande överenskommelserna mellan staten och SKL adresserar delvis primärvården, och innebär en ekonomisk resursförstärkning (jfr avsnitt 4.2.4). Utredningens uppfattning är att en liknande överenskommelse, antingen såsom tidigare mellan staten och SKL, alternativt direkt mellan staten och huvudmännen, skulle kunna göras gällande riktade tillskott för en generell satsning på primärvården. Vid en sådan eventuell överenskommelse är det av vikt att den stöder utvecklingen i enlighet med utredningens förslag på författning såväl som de framgångsfaktorer för utveckling på huvudmanna- och verksamhetsnivå som utredningen har lyft. Vår bedömning är att det i en sådan satsning är särskilt viktigt att poängtera konkurrensneutraliteten, dvs. det bör i överenskommelsen säkerställas att såväl den egendrivna som all övrig offentligt finansierad primärvård omfattas.

Utredningen vill framhålla att en sådan överenskommelse bör ta sikte på *vilka* principiella förändringar som behöver göras för att stimulera omställningen från sjukhustung vård till en nära vård där primärvården är navet i stort är gemensamma för huvudmännen, men *hur* förändringen utformas behöver anpassas till dagens situation i den regionala och lokala kontexten. Överenskommelsen bör vara ett stöd

[6] Konkurrensverket, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, 2014.

till tillitsbaserad förändring. En jämförelse kan göras med den s.k. Patientmiljarden, där riktade medel tillförts landsting/regioner bl.a. för egna förberedelser inför införandet av den behovsstyrda och utökade vårdgarantin som föreslogs i utredningens första delbetänkande.

Vår uppfattning är att en sådan överenskommelse med fördel kan kopplas till de föreslagna insatserna för att följa färdplanen.

Omfördelning av resurser på längre sikt

I detta delbetänkande beskriver utredningen kostnaden för att öka antal specialister i allmänmedicin under en längre tidsperiod (jfr avsnitt 10.4.1). I utredningens slutbetänkande har vi för avsikt att på motsvarande sätt beskriva kostnader för utbyggd utbildning av de övriga kompetenser som krävs för att möta framtidens vårdbehov i primärvården.

I vårt slutbetänkande kommer utredningen att presentera vår analys av ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård och eventuella förslag till förändring. I samband med detta kommer också de ekonomiska konsekvenserna att redovisas, då sådana förslag kan förutses påverka omfördelningen av resurser mellan dagens vårdformer.

8.6 Det traditionella sjukhusets roll i framtidens vård

Hur påverkas dagens akutsjukvård?

I detta delbetänkande fokuserar utredningen på förändringar inom primärvården, och framför allt i den del av primärvården för vilken landstingen/regionerna har huvudansvaret. De föreslagna förändringarna kommer, liksom den beslutade koncentrationen av den högspecialiserade vården[7], att på olika sätt påverka den regionala akutsjukvården. Vi är medvetna om det, och återkommer till frågan i utredningens slutbetänkande i samband med översynen av ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård, utöver i de specifika fall som finns omnämnda i konsekvensanalyser av förslagen i föreliggande betänkande.

[7] Proposition 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*.

Utredningens syn är att när ett nationellt utformat uppdrag av primärvården nu föreslås, och en koncentration av den högspecialiserade vården genomförs, får svensk hälso- och sjukvård en tydligare nivåstrukturering i primär, sekundär och tertiär vård. Utredningens bedömning är att en sådan utveckling är väl i linje med de förändringar som genomförs i övriga nordiska länder och även flertalet andra sjukvårdssystem. En sådan förändring kan också vara gynnsam för möjligheten att begripliggöra och kommunicera hur sjukvårdssystemet är uppbyggt till medborgarna. Utredningens uppfattning är att det i sig är en förtroendefråga, och att betydelsen av att kunna göra detta på nationell nivå ökar i takt med att såväl transparensen gällande olika vårderbjudande i olika delar av landet som den geografiska rörligheten för patienter ökar i allt större utsträckning.

Vid flera tillfällen i processen gällande utformningen av den framtida högspecialiserade vården har frågan om konsekvenser för den regionala akutsjukvården lyfts. I samband med att riksdagen antog propositionen uppmanade den även regeringen att tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan staten och de nuvarande huvudmännen. I det påbörjade arbetet gällande den högspecialiserade vården vid Socialstyrelsen finns i arbetsprocessen för sakkunniggrupperna ett uppdrag att i samband med de förslag till koncentration som föreslås inom respektive område också värdera konsekvenserna för den akuta regionala vården.[8]

Frågan adresseras också i Socialstyrelsens rapport Traumavård vid allvarlig händelse[9], där även krisberedskap och det katastrofmedicinska perspektivet tas upp.

Det har från professionernas sida vid flera tillfällen lyfts farhågor om att när vård flyttas från de traditionella sjukhusmiljöerna görs detta utan hänsyn till behovet av tillräckliga patientvolymer för att upprätthålla god kvalitet, utbildning och forskning, och att den medicinska kvalitet som svensk hälso- och sjukvård uppvisar därmed kan hotas av olika initiativ till utflytt av vård.

[8] Socialstyrelsen. *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*, 2017.
[9] Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*, 2015.

Det är en ofta refererad uppgift att svensk hälso- och sjukvård har få vårdplatser i sjukhusmiljö i jämförelse med andra hälso- och sjukvårdssystem, och att det påverkar såväl kvalitet och patientsäkerhet som arbetsmiljö på ett negativt sätt, till följd av överbeläggningar och utlokaliserade patienter[10]. Farhågor har lyfts att en satsning på första linjens sjukvård och primärvården ytterligare skulle påverka vårdplatsantalet på ett negativt sätt till följd av omfördelade resurser. Det har lyfts i dialog med utredningen att just den traditionella fokuseringen på akutsjukhusen delvis skulle kunna ligga bakom de svenska framgångarna gällande till exempel förhållandevis låg antibiotikaanvändning, gott genomslag för ordnat införande av vissa nya metoder och behandlingar eller hanteringen av strålsäkerhet i samband med röntgen.

Utredningens uppfattning är att den omstrukturering av sjukvårdssystemet till en hälso- och sjukvård där första linjens sjukvård har en starkare roll än i dag, inte får ske på bekostnad av kvaliteten inom den akuta sjukvården. Utredningen delar uppfattningen att när omstruktureringen genomförs på såväl statlig som huvudmannanivå måste vederbörliga konsekvensanalyser göras av hur akutsjukvården påverkas avseende inte minst möjligheten att upprätthålla jourlinjer, en ändamålsenlig balans mellan akut och elektiv verksamhet, och forskning- och utbildningsfrågor.

När vårdplatsfrågan ska belysas behöver bättre system utvecklas för att beskriva rätt kompetensförsörjda vårdplatser i rätt del av systemet. En förändrad vårdplatsstruktur, där fler individer vårdas på annan plats än akutsjukhuset, är enligt utredningens uppfattning möjlig och många gånger önskvärd, men förändringen måste göras strukturerat, med god planering och rimligt tidsatt, till en väl informerad befolkning – inte ske till följd av brist på vissa personalgrupper eller huvudsakligen utifrån ekonomiska perspektiv. Exempel på sådana förändringar finns i olika delar av världen, där det ”Hospital-at-home”-koncept som utvecklats vid Johns Hopkins School of Medicine and Public Health är ett av de mer omtalade[11]. Exempel finns också i svensk kontext på hur dygnet-runt-vård kan bedrivas framgångsrikt i större utsträckning utanför akutsjukhuset eller till och med i hemmet om goda förutsättningar för det skapas.[12]

[10] SKL, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.
[11] Hospital at home, *About Hospital at Home*.
[12] Landstinget i Kalmar. *Om hemsjukhuset i Borgholm*. 2017-12-22.

Utredningens målsättning är ett hälso- och sjukvårdssystem som är väl sammanhängande, begripligt för medborgarna och utgående från varje persons individuella behov. Det betyder att traditionella organisatoriska gränser kommer att luckras upp och att nya sätt att organisera sammanhållna vårdsystem kommer att växa fram utifrån olika regionala och lokala behov och förutsättningar. I detta kommer samverkan och samarbete mellan det som traditionellt är olika vårdformer och vårdgrenar att behöva utvecklas. Det som i dag inom vården är ”vi” och ”de” kommer att behöva vara ett ”vi som tar hand om patienten tillsammans”. Sättet att tala om olika vårdgrenar och vårdorganisationer kommer att behöva förändras. Respekt, kunskap och förtroende för varandras olika kompetenser kommer att behöva stärkas. Akutsjukhusens roll kommer att finnas kvar, inte minst när det gäller akuta kirurgiska insatser, intensivvård, traumakirurgi och katastrofmedicinskt omhändertagande, men sjukhusens roll kommer att förändras i enlighet med behoven i befolkningen och utvecklingen av övrig hälso- och sjukvård och omsorg.

Allt utifrån målsättningen att säkerställa förutsättningar att ge rätt vård, vid rätt tidpunkt och på rätt plats i ett tydligt nivåstrukturerat system, och alltid utifrån medicinskt prioriterade behov.

8.7 Konsekvensanalys

Förslag till förändrad målbild och färdplan

Utredningens förslag att fördjupa målbild och färdplan bedöms underlätta en fortsatt samstämmighet och effektiv förflyttning av hälso- och sjukvårdssystemet i den eftersträvade riktningen. Inte minst behovet av att synliggöra de kommunala delarna i målbild och färdplan har lyfts av olika aktörer. Då utredningen erhöll tilläggsdirektiv inom detta område efter överlämnandet av det första delbetänkandet, och därmed efter presentationen av den första versionen av målbild och färdplan uppfattar vi det som av vikt för det fortsatta inkluderande arbetet med kommunala verksamheter att detta också synliggörs i målbild och färdplan. En inkluderande målbild och färdplan bedöms vara av stor vikt och underlätta för alla aktörer att på sin respektive nivå och i sina respektive organisationer fortsätta arbetet med den gemensamma omstruktureringen.

Förslaget till förändrad målbild och färdplan innebär inte i sig några nya ytterligare kostnader för stat, landsting, kommun eller privata vårdgivare.

Förslag att följa färdplanen

Utredningens förslag att följa fyra olika storheter, valda ur olika perspektiv, årligen, ger samtliga aktörer en möjlighet till gemensam dialog och reflektion över omstruktureringen. Dessa storheter är valda utifrån redan inrapporterade data, och ska därmed inte medföra någon ökad administrativ börda.

Vårdanalys föreslås få ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård. Detta förändrar inte statliga myndigheters eller andra aktörers roll i uppföljande och tillsynande delar.

Vidare föreslås nationella samråd kring genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. 2027. Dessa bör samla representanter från kommunal, landstings/region och statlig nivå för att stämma av status för genomförandet och vid behov föreslå justeringar i inriktningen.

Dessa samråd kommer under färdplanens avgränsade genomförandetid att medföra vissa kostnader för staten såsom sammankallande och arrangör av dessa samråd. Beroende på hur man väljer att utforma dem bedöms kostnaden per möte hamna mellan 4 och 5 miljoner kronor. Denna kostnad föreslås finansieras genom UO9, ap 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården.

Förslagen bedöms tillsammans möjliggöra en fortsatt samordnad utveckling för en god och nära vård. Det är viktigt för den fortsatta samsynen att gemensamma underlag för diskussion finns tillgängliga såväl med viss regelbundenhet, men också inför större samlingar där inriktningen på hela färdplanen belyses. Det är naturligt, och har också lyfts av flera aktörer, att en så omfattande omställning över så lång tid kan behöva justeras under den pågående förändringen. De

föreslagna samråden ger en möjlighet till en sådan justering med bibehållen hög inkludering av samtliga aktörer. Vetskapen om att sådana samråd kommer att hållas bedöms öka motivationen hos olika aktörer att delta på det aktiva sätt som behövs för att förändringen ska komma till stånd. En vetskap om möjligheten att få ta upp och diskutera såväl framgångsfaktorer som svårigheter under resans gång förväntas öka motivationen, modet och viljan hos olika aktörer att delta med sin respektive del i förändringsarbetet.

Förslag om rapporteringskrav

Förslaget att landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas innebär ett nytt åliggande för landsting/regioner och innebär därmed ett visst intrång i det kommunala självstyret. Att skapa förutsättningar för att på en nationell nivå kunna följa upp primärvården bedöms dock som nödvändigt för att få en bättre kunskap om den vård som ges inom primärvården, hur den samspelar med övriga delar av hälso- och sjukvården, hur den upplevs av dem den är till för och därigenom slutligen kunna tillhandahålla en bättre och mer likvärdig vård i hela landet.

Eftersom det redan finns en befintlig databas, under SKL, som är redo att ta emot den efterfrågade rapporteringen (dit samtliga landsting redan i dag rapporterar andra uppgifter, och vissa landsting även de här föreslagna uppgifterna) bedömer utredningen att det inte innebär några fasta ökade kostnader för landstingen. Däremot kan det för vissa landsting förekomma vissa initiala kostnader, för att anpassa sina system och i största möjliga utsträckning genomföra automatisk och inte manuell inrapportering av data. Detta är dock ett arbete av engångskaraktär. Vi menar att målsättningen måste vara att den administrativa bördan inte ska öka. Vår bedömning utifrån den genomförda analysen är att konsekvenserna av en utökad rapportering är möjliga att hantera på ett sådant sätt.

En del av detta förberedande arbete bedöms dock redan vara under genomförande i landsting/regioner givet de krav på utökad rapportering som följer av att vårdgarantin i primärvården fr.o.m. den 1 januari 2019 utökas till att omfatta samtliga legitimerade yrkesgrupper. I överenskommelsen om en patientmiljard för 2018 var också hälften av

medlen öronmärkta för just insatser för att införa förstärkt vårdgaranti. På motsvarande sätt skulle förberedelsearbete för en utökad rapportering enligt föreliggande förslag kunna inkluderas i en framtida överenskommelse mellan SKL och regeringen.

Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet. Förslagen bedöms inte heller få några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen bedöms vara i överensstämmelse med EU-rätten.

9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras

Utredningens förslag: 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 ändringen är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån och dit individer i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Skälen för utredningens förslag

Avgränsningen av primärvårdsbegreppet

Effektiv vård anser att tidigare beskrivning av primärvården i 1982 års HSL är för bred och otydlig. Effektiv vård föreslår att primärvårdens uppdrag bl.a. avgränsas genom att det anges att det är första vårdnivån och att den ska ta hand om de allra flesta vårdbehov. Efter Effektiv vårds förslag har 2017 års HSL trätt i kraft. I 2 kap. 6 § 2017 års HSL finns numera en definition av primärvården som utgår från synen på primärvård internationellt. Vår utredning måste i våra överväganden ta utgångspunkt i hur regleringen i 2017 års HSL är utformad. Endast delar av tidigare kritik om otydlighet i beskrivningen av primärvården är därför i nuläget aktuell. Att primärvården

inom sitt uppdrag ska omhänderta de allra flesta vårdbehov har i 2017 års HSL kommit till uttryck som att primärvården ska svara för grundläggande behov av hälso- och sjukvård.

Effektiv vård anser att uttrycket grundläggande i nuvarande reglering ger intryck av att vara synonymt med enkla och okomplicerade insatser, och förordar i stället uttrycket ”de allra flesta vårdbehov”. Vår uppfattning, som får stöd av tidigare förarbeten, är att nuvarande uttryck snarare tar sikte på vanligt förekommande vårdbehov, såväl enkla som komplexa. Med en sådan tolkning ska primärvården svara för de allra flesta vårdbehov. Ett så brett uppdrag kräver flera olika generalistkompetenser. Sällsynta eller sällan förekommande vårdbehov som kräver högre specialisering inom ett visst mer avgränsat specialistområde omfattas däremot inte (jfr t.ex. regeringens proposition 2017/18:40 En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården). Enligt utredningens mening är uttrycket ”de allra flesta vårdbehov” i sig dessutom rättsligt sett otydligare än uttrycket grundläggande. Vår utredning anser därför att det inte är nödvändigt att ändra definitionen i det avseendet.

Mot bakgrund av att många under lång tid har tolkat beskrivningen av primärvård på ett annat sätt har vi även övervägt om det är nödvändigt att avgränsa primärvården i förhållande till annan vård på nuvarande sätt. Utredningen har landat i att uttrycket grundläggande inte är nödvändigt för att avgränsa primärvårdsbegreppet. Vi föreslår därför att uttrycket grundläggande stryks i definitionen utan att ersättas med något annat uttryck.

Av förarbeten till HSL framgår att avsikten är att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet och ta om hand de allra flesta vårdbehov. Ett sådant uppdrag är långt ifrån enkelt. Det krävs gedigen och bred kompetens för att fullgöra det. Att lagtekniskt avgränsa ett sådant brett uppdrag utan att begränsa det till sjukdomar, ålder eller patientgrupper och samtidigt vara stringent är inte heller helt enkelt. Att ange exakta gränser för vårdens organisering är inte heller ändamålsenligt. Det behövs beredskap för flexibilitet för att primärvården snabbt ska kunna möta förändrade eller nya behov inom hälso- och sjukvården. Detta bör prägla primärvårdens arbetssätt. Av samma skäl är det viktigt med kontinuerlig fortbildning för personalen.

Omfattningen av primärvårdens uppdrag har diskuterats av utredningar och regeringar i decennier. Uppdraget har aldrig beskrivits

på ett sådant sätt att det ger stöd för att gränsen för primärvårdens uppdrag ska dras mellan enkla, okomplicerade insatser å ena sidan och kvalificerad vård å andra sidan. Definitionen har dock av en del tolkats på ett så begränsande sätt. Avsikten med regleringen framgår däremot tydligt av förarbeten. För att tydliggöra att primärvården inte enbart ska svara för enkla åtgärder föreslår vi att ordet grundläggande stryks i definitionen. Vi bedömer att det är tillräckligt att primärvårdens uppdrag avgränsas genom att uppdraget tar sikte på vård som inte är avgränsad till vissa sjukdomstillstånd, vissa patientgrupper eller vissa ålderskategorier. Avsikten är dock inte att göra någon förändring i sak i vad som är primärvårdens uppdrag enligt nuvarande definition.

Primärvårdens definition bör moderniseras

Utredningen föreslår att definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL ändras för att tydligare återspegla den omstrukturering av vården som redan pågår (jfr regeringens proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti).

Av nuvarande definition följer att primärvården ska svara för sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande arbete som inte av medicinska, tekniska eller andra särskilda kompetensskäl måste utföras på sjukhus. Uppdraget gäller utan avgränsning av sjukdomar och omfattar alltså både somatisk och psykisk hälso- och sjukvård. Som ovan nämnts föreslår utredningen att begreppet grundläggande stryks i definitionen. Skälet till det är att ordet inte bedöms vara nödvändigt för att avgränsa primärvården i förhållande till annan vård. Utredningen har även övervägt om det är nödvändigt att behålla beskrivningen av primärvårdens innehåll. Det finns nämligen en generell risk att en uppräkning exkluderar något. Beskrivningen av primärvård har funnits i lagstiftningen sedan mitten på 1990-talet. Som tidigare nämnts har HSL nyligen setts över och det ansågs då finnas skäl att föra över beskrivningen av primärvård i den nya lagen. Utredningen har inte fått uppfattningen att beskrivningen i den delen hittills har upplevts på ett begränsande sätt. Vår utredning har inte för avsikt att ändra defini-

tionen av vilken vård som är primärvården. Vi anser att det för tydlighetens skull finns behov av att nuvarande uppräkning behålls i definitionen.

Nuvarande definition har ett sjukhusperspektiv som inte ligger i linje med den inriktning som hälso- och sjukvårdssystemet successivt är på väg mot. I praktiken har sjukhusbyggnaden ofta kommit att avgöra var gränsen går mellan primärvården och annan specialiserad vård. Som utredningen redogjort för tidigare i betänkandet flyttar en del av den vård som inte behöver utföras på ett sjukhus ut och fullgörs på andra platser. För att stödja den pågående omstruktureringen bör gränsdragningen inte kopplas till sjukhusbyggnaden. En mer ändamålsenlig gränsdragning mellan primärvård och annan specialiserad vård bör enligt vår mening enbart ta utgångspunkt i om vården kräver generalist- eller annan specialistkompetens inom olika professioner. Förutom kvalitetsskäl kan även effektivitetsskäl medföra att vården bör koncentreras och ges utanför primärvården. Det bör därför tydliggöras att det avgörande är om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl finns behov av annan medicinsk kompetens än den allmänmedicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Uttrycket annan särskild kompetens tar enligt utredningens mening sikte på t.ex. om viss teknisk utrustning kräver särskild kompetens som inte finns i primärvården eller om det krävs ett sådant sammansatt kompetensteam av yrkeskategorier som inte finns tillgängliga i primärvården. Kriterierna för gränsdragningen mellan primärvård och övrig vård bör tydligare framgå av definitionen av primärvård.

Utgångspunkten ska vara att vård i första hand ges inom primärvården. Av ordet primärvård följer att det är första vårdnivån. Om patientens behov av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kan omhändertas där, ska primärvården i förekommande fall samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården, så att patienten får hela sitt vårdbehov tillgodosett på ett sammanhängande sätt. Målet är att nå en sömlös vård som utgår ifrån patientens behov, inte hur hälso- och sjukvården har organiserat sig.

Som ovan nämnts är primärvårdens grunduppdrag på intet sätt enkelt eller okomplicerat. Den avgörande gränsen för uppdraget är snarare om ett hälsotillstånd är vanligt förekommande eller mer ovanligt. Det krävs en viss volym för att man ska få tillräcklig kompetens för att bedöma och behandla olika hälsotillstånd. Det finns

också behov av att samla viss specialistkompetens eller medicinsk utrustning av kvalitets- och effektivitetsskäl. Primärvården kan därför inte förväntas ta ansvar för ovanliga tillstånd, även om de är till synes enkla. På motsvarande sätt är primärvården väl lämpad för att ta hand om vanligt förekommande tillstånd, även om de är mycket komplexa. Den tekniska och medicinska utvecklingen går hela tiden framåt. Gränssnitten inom hälso- och sjukvårdssystemet är därför inte konstanta. Det innebär att primärvård likt andra begrepp inom hälso- och sjukvården är ett dynamiskt begrepp som förändras över tid. En del av det som en gång betraktades som komplicerat och endast kunde utföras av ett mindre antal läkare kan i dag, exempelvis till följd av nya och utvecklade läkemedelsbehandlingar, fullgöras av en generalist. Annat som tidigare behövde utföras som sluten vård på ett sjukhus kan numera utföras i öppen vård (jfr prop. 2017/18:40 s. 10).

Primärvården ska därför på motsvarande sätt som i dag stå för en bred kompetens som kan tillgodose den enskilda individens allra flesta vårdbehov. Det innebär att även primärvård definieras utifrån sitt medicinska innehåll, nämligen generalistens breda kompetens. Sådan primärvårdskompetens innefattar såväl en kompetens att göra en första bedömning av alla slags tillstånd som att bedöma och behandla flertalet vanliga tillstånd och att bedöma och handlägga medicinskt oförklarliga symptom (jfr prop. 2017/18:40 s. 10).

Primärvården kännetecknas av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser som samverkar kring patienten. Det är naturligt att den allmänmedicinska kompetensen är central inom primärvården. Samtidigt krävs det en mängd andra generalistkompetenser för att klara ett så omfattande grunduppdrag. Det innebär att även för övriga professioner i primärvården är generalistkompetens nödvändig för att inte skapa onödiga stuprör. De flesta andra specialistkompetenser inom läkarprofessionen kommer därför även i fortsättning att huvudsakligen finnas utanför primärvården. Framför allt i den växande övriga öppna vården. Viss sådan vård kan däremot utföras i nära samverkan med primärvården. Ur ett resursperspektiv är det inte alltid självklart att all medicinteknisk utrustning ska finnas tillgänglig inom primärvården. Viss utrustning kan vara så kostsam att det inte är försvarbart även om kompetens finns att hantera sådan utrustning där. Den medicintekniska utrustning som behövs för att behandla vanligt förekommande sjukdomar eller

skador behöver sällan koncentreras för att uppnå en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. I de fall ett sådant behov finns kan det ske på olika sätt. Det avgörande är inte längre om viss specialistkompetens eller medicinteknisk utrustning koncentreras till en viss typ av byggnad. För att gränsdragningen ska bli mer flexibel bör därför kopplingen till sjukhusbyggnaden i definitionen strykas.

Medicinsk bedömning ska göras

Utredningen föreslår även att definitionen av primärvård anpassas till den utvidgade medicinska bedömningsgarantin som föreslås för vårdgarantin i prop. 2017/18:83.

För att primärvården ska klara uppdraget och verkligen vara första linjens sjukvård krävs flera olika kompetenser och ett interprofessionellt arbetssätt. Detta bör framgå tydligare av definitionen genom att där ange att primärvården även ska svara för medicinska bedömningar. På så sätt anpassas definitionen även till regleringen av vårdgarantin inom primärvården. Den medicinska bedömningen kan göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kompetens för att bedöma patientens hälsotillstånd (se prop. 2017/18:83 s. 47).

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas

Utredningens förslag: Primärvårdens grunduppdrag ska regleras i förordning.

Skälen för utredningens förslag

Det behövs en tydligare reglering

Effektiv vård föreslår att primärvårdens uppdrag regleras i HSL i syfte att skapa en mer jämlik vård över hela landet. Förslaget om hur ett sådant uppdrag kan regleras utgår från 1982 års HSL som endast

innehöll en beskrivning av primärvård. Sedan Effektiv vård lämnade sitt betänkande har som tidigare nämnts 2017 års HSL trätt i kraft. I 2017 års HSL har tidigare beskrivning ersatts med en definition av primärvård.

Våra överväganden och förslag om primärvårdens grunduppdrag och hur regleringen bör utformas kommer därför utgå från Effektiv vårds förslag, men anpassas till den nya HSL och de överväganden som vår utredning gör i övrigt.

Under decennier har det från politiskt håll framhållits att det finns en relativt samstämmig bild av vilka verksamheter som ska ingå i primärvården och ges på första vårdnivån. I samband med att vårdval för primärvården infördes, avstod regeringen ifrån att fastslå ett nationellt uppdrag för primärvården men anförde samtidigt att landstingen, utifrån behovet av likvärdig behandling i hela landet, borde samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen framhöll även att den fortsatt skulle överväga behovet av att i författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Om det skulle visa sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen motverkar etablering eller leder till allt för stora skillnader i villkoren för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare, avsåg regeringen att ta initiativ till att i författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården (se regeringens proposition 2008/98:74, Vårdval i primärvården, s. 33). Både utredningens och Socialstyrelsens kartläggning och Riksrevisionens granskning visar att det fortfarande finns skillnader som inte kan motiveras med regionala eller lokala behov. Synen på primärvårdens uppdrag i kommun och landsting/regioner verkar därmed fortsatt variera.

Flera aktörer inom hälso- och sjukvården, både myndigheter, fackförbund och andra organisationer, efterfrågar en ökad nationell styrning av primärvården. Vår utredning kan konstatera att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen har uteblivit. Vid fullgörandet av vårt uppdrag har utredningen mötts av en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet. Primärvården svarar redan i dag för i princip alla delar av det uppdrag som omfattas av utredningens förslag. Att primärvårdens grunduppdrag tydligare framgår av en nationell reglering medför också att det blir tydligare hur hälso- och sjukvårdens resurser

bör disponeras. En reglering bidrar även till ett tydligare gränssnitt i förhållande till andra delar av hälso- och sjukvården. Detta förväntas skapa bättre förutsättningar för individen att veta var man i första hand ska söka vård samt för hälso- och sjukvården att i samverkan ge vård utifrån den enskildes behov, förutsättningar och preferenser.

Genom att tydliggöra primärvårdens nationella grunduppdrag kan staten lättare tydliggöra primärvårdens inriktning för att möta befolkningens behov och önskemål. Motsvarande överväganden har nyligen gjorts för den högspecialiserade vården liksom för apoteksmarknaden (jfr regeringens proposition 2017/18:157 Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden, s. 56 och prop. 2017/18:83 s. 40). Vi delar därför Effektiv vårds bedömning att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma en förändring av primärvården. Vi anser därför att det finns behov av ökad nationell styrning av primärvården för att åstadkomma en god och nära vård i hela landet.

En sådan reglering kan inte vara uttömmande. Vårt förslag innebär därför en reglering av vad som minst ska erbjudas inom primärvården i samtliga landsting/regioner och kommuner. Inget hindrar att huvudmännen därutöver inkluderar fler hälso- och sjukvårdstjänster och kompetenser än de som utredningen anser är nödvändiga för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag. På så sätt stödjer vårt förslag en dynamisk och flexibel hälso- och sjukvårdsstruktur samtidigt som det beaktar den kommunala självstyrelsen och bidrar till en mer jämlik primärvård med patienten i centrum. Avseende begreppet grunduppdrag noterar utredningen även att regeringen nyligen föreslagit att öppenvårdsapotekens grunduppdrag regleras.

En reglering bör tas in i förordning

Ett nationellt grunduppdrag för primärvården kan i princip regleras i lag, förordning eller föreskrifter.

Inledningsvis anser vi att det finns behov av både en övergripande definition av vad som är primärvård som vårdnivå och en närmare reglering av vilka grunduppgifter som ankommer på primärvården att fullgöra inom kommun respektive landsting/region. Definitionen av primärvård fyller enligt vår mening en viktig funktion genom att den klargör gränsdragningen mellan primärvård och annan vård. Den

relativt nya definitionen av primärvård anger den yttre ramen för vad som är primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdssystemet. Genom bestämmelsens placering i 2017 års HSL samt dess utformning följer att primärvård är en vårdnivå som befolkningen kan möta hos såväl offentliga som privata utförare finansierad av landsting och kommun eller hos privata vårdgivare, utanför det offentligt finansierade systemet.

Därutöver anser vi att grunduppdraget för primärvård som landsting och kommun ansvarar för bör förtydligas. Vår utgångspunkt är därför att primärvårdens grunduppdrag ska regleras särskilt. Frågan är var en sådan reglering ska placeras. Nya åligganden ska som huvudregel regleras i lag. Det finns däremot inga konstitutionella hinder för lagstiftaren att delegera en uppgift till regering eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Primärvårdens roll som första vårdnivå är så central i hälso- och sjukvårdssystemet att dess närmare uppgifter enligt utredningens mening bör anges på en relativt hög normnivå. Mot den bakgrunden anser vi att frågan inte bör regleras på myndighetsnivå, vilket annars skulle motsvara vad Utredningen om vårdval i primärvården övervägde (se SOU 2008:37). Frågan är därför om regleringen bör finnas i lag eller förordning. Utredningen har inte för avsikt att föreslå några nya skyldigheter för kommun, landsting/region utan endast att förtydliga vad som redan i dag får anses ankomma på huvudmännen i syfte att nå en mer enhetlig och jämlik primärvård i hela landet. Förslaget speglar alltså snarare det som lagstiftaren avsett under lång tid men som inte har uppfyllts. Även en närmare reglering av befintliga skyldigheter kan uppfattas som ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Det kan därför vara naturligt att först överväga om regleringen bör tas in i lag. En naturlig plats för en reglering skulle i så fall vara i HSL. Enligt utredningen bör normnivån i detta fall styras av nuvarande rättsliga struktur. Som nämnts tidigare är HSL en målinriktad ramlag. Ett syfte med den senaste översynen av lagen var också att minska detaljregleringen. Lagens struktur skiljer även på de olika huvudmännens ansvarsområden. Den närmare regleringen av primärvårdens grunduppdrag bör enligt utredningens mening gälla oavsett regi, men endast primärvård som är offentligt finansierad av kommun och landsting/region. Det innebär att reglerna ska gälla inom ramen för båda huvudmännens ansvarsområden. Enligt utredningens bedömning finns det därför ingen naturlig plats för en

bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag i HSL:s nya struktur. Givet att primärvården som vårdnivå har såväl landsting/region som kommun som huvudman skulle bestämmelser om ett uppdrag behöva tas in bägge de kapitel som reglerar huvudmännens ansvar. Vi anser även att regleringens detaljnivå medför att bestämmelserna inte bör finnas i en ramlag. Även att det för närvarande finns bestämmelser om den högspecialiserade vården i hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF) talar för att primärvårdens grunduppdrag bör regleras i anslutning till den regleringen. Grundläggande bestämmelser om nationell högspecialiserad vård kommer även fortsättningsvis att utgå ifrån en reglering på förordningsnivå, som sedan får konkretiseras av Socialstyrelsen (se 2 kap. HSF). För att inte störa HSL:s struktur anser vi därför att närmare bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag ska regleras på förordningsnivå. Att regeringen nyligen föreslagit att öppenvårdsapotekens grunduppdrag ska regleras i lag ändrar inte utredningens bedömning. Till skillnad från hälso- och sjukvårdsområdet är apotekslagstiftningen redan i dag reglerad på en högre detaljeringsnivå varför en sådan lösning får anses mer naturlig på det området.

Den av utredningen valda författningslösningen förutsätter att bemyndigande från riksdag till regering tas in i HSL. Med ett väl avgränsat bemyndigande till regeringen bedömer utredningen att intrånget i det kommunala självstyret kan avgränsas till bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag.

En intresseavvägning i förhållande till det kommunala självstyret

En närmare reglering av vilket grunduppdrag som ankommer på primärvården att svara för innebär ett visst intrång i det kommunala självstyret. Enligt grundlag får ett sådant intrång inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett det. Med grunduppdrag avser utredningen en övergripande beskrivning av vad primärvården särskilt ska svara för. Det ska även noteras att varken riksdag eller regering får göra mer intrång i den kommunala självstyrelsen än vad som är nödvändigt för att uppnå ändamålet som föranleder en reglering. Det innebär att det måste finnas utrymme

för lokala och regionala anpassningar där det är motiverat. En reglering bör därför inte vara uttömmande. Enligt praxis har regeringen därför sedan länge varit restriktiva att reglera sådana frågor.

En reglering måste därför utformas så att en välavvägd balans uppnås mellan å ena sidan intresset av tillgång till en god och nära vård i hela landet och å andra sidan intresset av att vården kan anpassas till lokala förutsättningar. Enligt utredningen är dessa intressen i aktuellt fall egentligen inte motstridiga.

Det är rimligt att utgå ifrån att alla har samma behov av grundläggande hälso- och sjukvård oavsett var de bor i landet. Alla föds, lever och dör. Varje enskild individ behöver inte använda alla delar av vården under sin livstid. Men överallt i landet finns ett samlat behov av alla hälso- och sjukvårdens delar. Det finns därför ingen anledning för primärvårdens grundläggande utbud att variera. Utredningens kartläggning visar att primärvården i stora drag har samma innehåll i hela landet, men att det finns lokala avvikelser. Alla skillnader kan inte förklaras med hänvisning till att lokala förutsättningar är annorlunda. Eftersom primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet ska invånare kunna förvänta sig samma grunderbjudande av primärvården i varje landsting och kommun.

Utredningen anser att det finns behov av att lyfta fram vissa delar av primärvårdens grunduppdrag som inte tydligt framgår av definitionen i HSL, men som följer av primärvårdens roll som första vårdnivå. Det behövs för att stödja att hälso- och sjukvården utvecklas med patientens behov, förutsättningar och preferenser i centrum. Det gäller framför allt primärvårdens samordningsansvar i hälso- och sjukvårdssystemet och uppgiften att bedriva forskning.

Förebyggande arbete utgör en grundläggande del i ett basuppdrag. Hur omfattande det arbetet bör vara är däremot inte en självklarhet i alla landsting i dag. Primärvårdens uppdrag för förebyggande och rehabiliterande åtgärder behöver därför förtydligas. Primärvårdens ansvar för att ta om hand brådskande vårdbehov som kan hanteras inom primärvården behöver också förtydligas.

Vilka grundläggande förutsättningar som krävs för att kunna fullgöra ett brett grunduppdrag påverkas inte heller av geografiska förhållanden. Kraven som invånare ställer på kompetens och tillgänglighet i primärvården kommer i princip vara samma i alla landsting. För att säkerställa att primärvården har samma förutsättningar att

vara första vårdnivån i hela landet är det därför nödvändigt att även reglera grundläggande krav på primärvårdens tillgänglighet.

Hur vården utformas kan däremot behöva anpassas till regionala och lokala förhållanden, såsom avstånd, demografi och epidemiologi. En god och nära vård kan t.ex. ges i form av mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell hälso-/vårdcentral, allt utifrån patientens behov. Utredningens förslag har därför utformats så att det finns utrymme för regional anpassning och lokala lösningar. Vår avsikt är att skapa en organisations-, metod- och teknikneutral reglering. Utredningens ambition är framför allt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag. I möjligaste mån har utredningen försökt undvika att reglera hur uppdraget ska fullgöras. Den närmare utformningen av primärvården överlämnas alltså fortfarande till kommuner, landsting/region men även vårdens medarbetare och patienter. Utredningen föreslår därför en reglering på övergripande och mer principiell nivå. Förslaget påverkas inte heller av i vilken driftsform grunduppdraget fullgörs. På så sätt uppnås enligt vår mening en välavvägd balans mellan statlig styrning och det kommunala självstyret.

9.2.2 Vilka behov ska mötas?

Utredningens förslag: I primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för det behov av hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens.

Skälen för utredningens förslag

Det behövs bred kompetens

Primärvårdens grunduppdrag är komplext och mångfacetterat. För att fullgöra uppdraget krävs därför flera olika yrkeskompetenser.

Den allmänmedicinska specialistkompetensen är central, men även andra specialistkompetenser med generalistkompetens inom en viss åldersgrupp, såsom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin, kan

bidra till att uppfylla primärvårdens grunduppdrag. En god tillgång till läkarkompetens är nödvändig om patienter i större utsträckning än i dag ska få möjlighet att få en fast läkarkontakt inom primärvården.

Även läkare med andra specialiteter kan bidra i primärvården, men då mer i en konsultativ roll. Sådan verksamhet kan antingen ske på hälso-/vårdcentralen eller genom organiserat samarbete med en extern aktör.

En medicinsk bedömning och medicinsk behandling kan dessutom göras av flera legitimerade yrkesgrupper. Även för andra yrkesgrupper än läkare bör generalistkompetens eftersträvas för att inte skapa organisatoriska stuprör inom primärvården och inom en enskild vårdcentral.

Distriktssköterskor har en central roll i primärvården utifrån sitt breda kompetensområde. Detta innefattar såväl preventiva som rådgivande, stödjande och behandlande insatser för patienter i alla åldrar. Distriktssköterskans kompetens är nödvändig i hela primärvården, oavsett om den drivs av landstingen eller kommunerna. Sjuksköterska med specifik utbildning inom t.ex. astma/KOL, diabetes, hjärtsvikt eller demens kan arbeta självständigt inom ramen för sitt specifika kompetensområde.

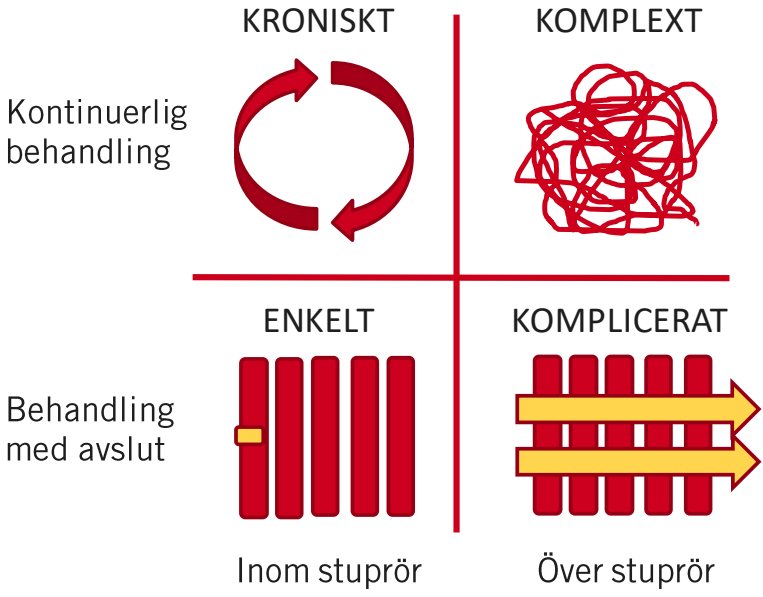
Vid framför allt vården av äldre kan det finnas behov av farmaceuter som stöd vid läkemedelsgenomgångar. Undersköterskor fyller viktiga roller i såväl vården av äldre som andra delar av primärvården. För att kunna arbeta mer med förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser behövs förutom distriktssköterskor tillgång till arbetsterapeuter, dietister och fysioterapeuter. För att möta behoven hos den växande gruppen patienter med psykisk ohälsa krävs tillgång till hälso- och sjukvårdskuratorer och psykologer. I en primärvård som ska ges utan avgränsning till ålder behövs även tillgång till barnmorskor och barnsjuksköterskor inom barnhälsovård, ungdomsmottagningar och mödrahälsovård. Utöver dessa kompetenser kan, beroende på utveckling av t.ex. ny teknik och nya arbetssätt, nya professioner behövas i en framtida primärvård för att uppdraget ska kunna fullgöras.

Olika behov ska mötas

Primärvården ska kunna möta en stor mängd patienter med skiftande behov, preferenser och förutsättningar. Samtidigt blir primärvårdens uppdrag alltmer komplext. För att underlätta en omstrukturering av vården har modeller tagits fram i syfte att gruppera patienter utifrån olika typer av behov. Utredningen vill särskilt lyfta fram de arbeten som gjorts av Leading Healthcare[1] och SKL:s arbete inom ramen för Flippenprojektet.

Den akademiska tankesmedjan Leading Healthcare har tagit fram en modell för att beskriva olika behovsgrupper i hälso- och sjukvården, se figur 9.1.

Figur 9.1 Målgruppsanpassad vård



Källa: Leading Healthcare (LHC).

[1] Leading Healthcare. *Working paper 2016:1*, 2016.

Enkelt

Patienten kan botas vid en vårdepisod och inom en vårdenhet. Efter behandling och uppföljning är patienten färdigbehandlad och inga fler vårdkontakter behövs tills nästa behov uppstår. Patienterna gynnas av en lättillgänglig primärvård. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per åtgärd relativt liten. Aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

Exempel: akuta infektioner, mindre trauman, bedömning av godartade hudförändringar.

Komplicerat

Patienten har tillstånd som kan botas, men behov finns av flera vårdgivare/utförare.

Utförarna kan vara inom primärvården eller omfatta den specialiserade vården och vara av medicinsk akut eller icke akut karaktär. Kännetecknas av att den som först bedömer patienten behöver hjälp i den vidare handläggningen. Ibland, men inte alltid, kommer patienten sedan tillbaka till den person som gjorde den första bedömningen. Även här är tillgänglighet ofta viktigare än kontinuitet, dessutom är korta ledtider mellan vårdprocessens olika delar av vikt.

Exempel: akut buksmärta, bröstsmärta, trauma, utredning som involverar flera vårdgivare.

Kroniskt

Livslång process, där målet är att undvika försämring i livskvalitet. Vanliga kroniska sjukdomar, så kallade folksjukdomar ingår i primärvårdens uppdrag. Andra, mer ovanliga sjukdomar tas om hand på specialistklinik. Här är kontinuitet ofta viktigare än tillgänglighet, ofta behövs kontinuitet till ett helt team, t.ex. läkare, diabetessköterska, fysioterapeut, dietist för patient med diabetes. Ibland behöver annan specialistkompetens kopplas in, t.ex. vid fotsår. Patientens roll i sin egen vård blir central.

Exempel: KOL, hjärtsvikt, diabetes, osteoporos, artros.

Komplext

Livslångt tillstånd, flera sjukdomar, flera vårdgivare. Patienter med flera olika tillstånd, ofta kroniska, men ibland av mer akut karaktär. Ofta sköra patienter eller patienter med flerfunktionshinder, men även patienter med sällsynta diagnoser. Kännetecknas av kontinuerlig kontakt med flera vårdgivare, ofta mer än en huvudman och av stort behov av samordning. Gruppen är relativt liten (cirka 3 procent), men mycket resurskrävande (50 procent av vårdkostnaderna). Här är kontinuitet och samordning viktig, inte bara mellan patient och vårdgivare utan även mellan olika vårdgivare för att kunna arbeta interprofessionellt tillsammans med patienten. Stort behov av individuella lösningar och vårdprogram och riktlinjer saknas ofta eller krockar med varandra vid flera samtidiga sjukdomstillstånd.

Exempel: äldre med många sjukdomar, psykisk ohälsa med samtidig social problematik, flerfunktionshinder, patienter som omfattas av LSS.

Det är viktigt att påpeka att en och samma individ kan befinna sig i och/eller röra sig mellan de olika fälten. Så kan t.ex. en äldre, multisjuk patient som normalt befinner sig i fältet Komplex, vid t.ex. en höftfraktur, tas om hand i ett komplicerat förlopp, eller vid en enklare urinvägsinfektion tas om hand i ett enkelt förlopp, som kan ligga vid sidan av den vanliga vården som rör sig kring patientens komplexa behov.

Utöver dessa grupper finns särskilda grupper där främst preventiva insatser behövs, t.ex. barnhälsovård och mödrahälsovård.

Flippen i primärvården

Patienters behov utgår inte bara från vilken/vilka sjukdomstillstånd man har och vilka krav på tillgänglighet, kontinuitet och samordning dessa ställer. Man kan också se på patienters behov utifrån personliga behov, egenskaper och beteenden. SKL har inom ramen för projekt Flippen i primärvården[2] undersökt olika behov och beteenden bland den svenska befolkningen och delat in i fyra grupper:

[2] SKL, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården.*

1. **Självständiga och engagerade**
   Gruppen har en stark egen vilja och tilltro till sin egen förmåga. De kan, vill och tycker om att ta hand om sig själva. När de söker vård är de väl förberedda och vill vara djupt involverade i sin egen vård.
2. **Oroliga och engagerade**
   Gruppen är handlingskraftig och vill ta stort ansvar för sin egen hälsa. De saknar dock grundläggande trygghet och oroar sig för sin hälsa – både i nuet och i framtiden. I kontakt med vården är de relationssökande. Oron kan leda till att de snabbt kontaktar vården när de har problem med hälsan, men också att de väntar för länge.
3. **Traditionella och obrydda**
   Gruppen har ett mer distanserat förhållande till sin egen hälsa. De oroar sig inte särskilt mycket för framtida hälsoproblem. De väntar länge med att kontakta vården, kopplat till ett förtroende för sjukvården och att livet är som det är. De tycker om att känna sig informerade och involverade men lämnar gärna över besluten till vårdpersonalen.
4. **Sårbara och oroliga**
   En liten men tydlig grupp som av olika orsaker har en svagare position i samhället, vilket leder till en känsla av hopplöshet och att inte kunna påverka sin situation. De känner att de inte har kontroll över sin egen hälsa och tror ofta att de inte kommer att bli lyssnade på i kontakten med sjukvården. Behöver ofta ett handfast och personligt stöd för att kunna navigera rätt i vårdsystemet för att minska risken för många besök på akutmottagningen.

Sammantaget visar dessa båda modeller att primärvården behöver kunna organisera sig på olika sätt utifrån olika patientgruppers behov, både utifrån sjukdomsbehov som utifrån personliga förutsättningar.

Hur bör regleringen av vilka kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som ingår i primärvårdens uppdrag utformas?

En fråga är om det bör framgå tydligare av en reglering vilka kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som ska ingå i primärvården. Det område som primärvården ska svara för framgår på en övergripande nivå av definitionen i HSL. Som redogörs för i avsnitt 9.1 och 12.1 innebär det i princip att primärvården ska ta hand om de allra flesta vårdbehov. Mot bakgrund av den blandade bild som trots allt finns om vad som är primärvårdens grunduppdrag skulle en närmare reglering av vilka kompetenser eller hälso- och sjukvårdstjänster som uppdraget kräver innebära ett välgörande förtydligande. Förutom att en sådan reglering innebär ett större ingrepp i den kommunala självstyrelsen är den även lagtekniskt svår. Det är inte heller lätt att avgränsa en sådan uppräkning för ett brett primärvårdsuppdrag utan att riskera att styra utformningen av vården mer än nödvändigt.

En möjlighet är att i förordning ange de generalistkompetenser som finns inom legitimerade yrkesgrupper och som framför allt är nödvändiga för primärvården. En sådan uppräkning kan däremot inte bli tillräckligt specifik för att lyfta fram vilka särskilda kompetenser som faktiskt krävs. Det är inte heller möjligt att göra en uttömmande uppräkning om primärvårdsbegreppet ska förbli dynamiskt. Det finns dessutom kompetenser som behövs men som i dag saknar en enhetlig benämning. Dessa är därför svåra att fånga in i en uppräkning.

En annan möjlighet är att ange vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ska ingå i primärvården. Risken finns att en sådan uppräkning inte heller blir tillräckligt flexibel i förhållande till hälso- och sjukvårdens utveckling. Den bygger även på hur vården organiseras, vilket inte stämmer med den inriktning hälso- och sjukvården är på väg mot. En sådan uppräkning talar dessutom inte heller tydligt om vilka specifika kompetenser som behövs. Utredningen bedömer därför att en detaljerad uppräkning inte utgör en ändamålsenlig reglering. För att inte riskera att styra utformningen av vården mer än nödvändigt med hänsyn till det intrång en sådan uppräkning innebär i den kommunala självstyrelsen har utredningen stannat vid att det på förordningsnivå bör anges att primärvården ska tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara mot

behov av hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Avgränsningen av vilka kompetenser och tjänster som avses kommer avgöras av den yttre gränsdragningen i definitionen av primärvård i HSL. En sådan formulering är avsedd att omfatta alla de generalistkompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att kunna ta om hand alla vanliga, men inte nödvändigtvis enkla, hälso- och sjukvårdsbehov. I avsnitt 9.3.1 redogörs för utredningens förslag att tydliggöra landstingets skyldighet att säkerställa att utförare inom landstingens Vårdval primärvård ensam eller tillsammans med andra ska tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Riktad primärvård bör inte införas

Effektiv vård har föreslagit att primärvården ska organiseras i form av allmän och riktad primärvård där den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdens uppdrag för äldre med omfattande behov. Förslaget innebär också att den riktade primärvården inte ska omfattas av lagen om vårdval. Vi anser inte att det finns skäl att lämna ett sådant förslag.

Gruppen ”äldre med omfattande behov” är inte en homogen grupp, utan en enskild patient kan över tid och beroende på livssituation gå in och ut ur gruppen. Det skulle riskera en otydlighet, där patienten i värsta fall skulle behöva byta vårdgivare när man går i eller ur den riktade primärvården. Detta skulle minska personkontinuiteten för en av de patientgrupper där kontinuiteten är som allra viktigast. Utredningen anser också att en av primärvårdens styrkor är att den kan ge vård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. En uppdelning i allmän och riktad primärvård riskerar att bidra till en ytterligare fragmentisering av vården. Vi anser att vårt förslag om ett förtydligande av primärvårdens samordnande roll, se avsnitt 9.2.5, möter samordningsbehoven hos dessa patienter. Utredningen har för avsikt att, i sitt arbete med att utreda hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, särskilt utreda hur behoven hos såväl äldre med omfattande behov som andra med stora behov av samordning bäst kan mötas.

9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov

Utredningens förslag: Primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens.

Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

Skälen för utredningens förslag

Tillgängligheten måste vara mycket god

För att klara av att möta framtidens behov och vara det naturliga förstahandsvalet för befolkningen är det centralt att primärvården har en mycket god tillgänglighet till de insatser som omfattas av uppdraget. Primärvården behöver därför ta ett större ansvar för att fullgöra även brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser som kan hanteras på primärvårdsnivå. Detta bör därmed ingå i primärvårdens grunduppdrag och lyftas fram i en reglering.

Med brådskande insatser avser utredningen insatser som behöver göras senast inom 24 timmar, i vissa fall snabbare, och som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl måste utföras på ett akutsjukhus. För att primärvården ska klara det krävs en bättre tillgänglighet jämfört med vad som är vanligt i dag.

Effektiv vård har föreslagit att landstingens primärvård ska vara tillgänglig under dygnets alla timmar. Vi har uppfattningen att primärvården redan i dag har ett uppdrag som kräver att den är tillgänglig i den omfattning som är nödvändig för att kunna fullgöra det uppdraget på ett fullgott sätt. Det innebär att delar av primärvårdens tjänster behöver vara tillgängliga hela dygnet, fysiskt eller digitalt, men inte alla tjänster.

Utredningen anser att utgångspunkten måste vara att tillgängligheten till primärvården framför allt är god under den tiden på dygnet när befolkningen är som mest aktiv. Det är under den aktiva tiden som vårdbehov uppstår eller upptäcks. Tillgängligheten under den tiden bör anpassas till olika typer av vårdbehov. Enligt HSL ska den

som har det största behovet alltid ges företräde till vård. Primärvårdsverksamhet måste därför utformas på ett sådant sätt att brådskande vårdbehov kan omhändertas under den tiden då primärvården förväntas vara tillgänglig. Det är rimligt att utgå ifrån att de flesta vårdbehov som bör hanteras i primärvården uppstår eller upptäcks mellan cirka kl. 7 och kl. 22 när befolkningen är som mest aktiv. De vårdbehov som uppstår på natten och kräver omedelbar bedömning och åtgärd är sannolikt sådana att de behöver omhändertas på ett akutsjukhus. Övriga vårdbehov bedöms kunna hanteras under primärvårdens öppettider nästa dag. Det förutsätter att det då går att få tillgång till relevanta enheter. Primärvården behöver dock även i fortsättningen fullgöra vissa delar av sitt uppdrag nattetid, såsom bedömningar i särskilda boenden, konstaterande av dödsfall och utfärdande av vårdintyg.

De flesta vårdbehov, även brådskande, kan däremot tas om hand på eller i nära anslutning till kontorstid. Under denna tid kan och bör även den allra största delen av planerad verksamhet ske, såväl i kommunernas som i landstingens primärvård och såväl på vårdenhet som vård i hemmet. Att samordna olika resurser under ett mindre antal timmar per dygn är mest resurseffektivt. För att en mottagning eller rehabiliteringsenhet ska fungera effektivt behöver flera kompetenser vara på plats samtidigt. En del vårdcentraler stänger i dag sin mottagning redan kl. 16. Om det därefter finns ett tidsglapp tills en anslutande jourmottagning öppnar så blir tillgängligheten till primärvården enligt utredningens mening alltför begränsad. Det är också viktigt att kommunens sjuksköterskor kan nå läkare dygnet runt utan några tidsglapp. Om tillgången till primärvården ska vara mycket god bör invånare vid behov även kunna få planerade besökstider under något längre tid än vad som är vanligt i dag. Här kan t.ex. noteras att vissa tandläkarmottagningar har planerad mottagningstid fram till kl. 19. En liknande ordning kan behöva övervägas även för vissa primärvårdsenheter. Senare på kvällen och på helger behöver i första hand vårdbehov som ur vårdsynpunkt är medicinskt brådskande mötas. Det kan då vara tillräckligt att jourmottagningar som är gemensamma för ett antal utförare är tillgängliga. Exakt hur tillgången och tillgängligheten till primärvården ska utformas behöver anpassas efter invånarnas behov och önskemål och lokala och regionala förutsättningar.

Brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser

Vissa vårdbehov som också ryms i primärvårdens uppdrag, är så medicinskt brådskande att de inte kan anstå till nästa vardag. Vård måste därför kunna ges även under kvällar och helger. De flesta som i dag söker sig till primärvårdens jourcentraler eller motsvarande med öppettider kvällar och helger, söker för infektioner, mindre trauman/sårskador, nytillkomna buksmärtor och liknande. Utredningen anser att primärvården behöver organiseras på ett sådant sätt att den kan möta dessa behov även på kvällar och helger.

Jouruppdraget under kvällar och helger kan göras i samverkan mellan utförare. Genom samverkan med sjukhusens akutmottagningar underlättas att patienter får rätt vård på rätt plats.

Några delar av primärvårdens uppdrag behöver vara tillgängligt dygnet runt, veckans alla dagar, såsom vård av patienter som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt eller i särskilt boende. För dessa behöver tillgång till framför allt sjuksköterska och läkare i primärvården säkras både kvällar, nätter och helger. Ansvarig sjuksköterska i kommunen behöver snabbt kunna göra en bedömning och vid behov kunna komma i kontakt med en läkare per telefon. Om behov finns ska man också kunna få en läkarbedömning i boendet, helst inom två timmar. En sådan insats kan medverka till minskad onödig vård på akutmottagning eller vårdavdelning. Primärvården behöver även dygnet runt kunna utfärda vårdintyg och konstatera dödsfall. Dygnet-runt-uppdraget kan utföras via beredskapsjourlinjer eller på annat sätt.

Behov av rådgivning, även gällande vårdnivå, nattetid kan mötas via nationell rådgivningstjänst, i dag 1177, eller av annan aktör.

Hur bör regleringen om primärvårdens uppdrag avseende brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser utformas?

För att tydliggöra vad som förväntas av primärvården föreslår vi att tillgängligheten till primärvården regleras som en del av grunduppdraget.

Effektiv vård har föreslagit att primärvården ska ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus. Vår utredning anser att det av en reglering bör framgå på ett annat sätt att primärvårdens s.k. akutuppdrag är något annat än det som akutsjukhusen

ansvarar för. Utformningen bör även ta hänsyn till den pågående omstruktureringen inom hälso- och sjukvården.

Den akutvård som akutsjukhusen svarar för benämns i nuvarande regleringar som ett omedelbart vårdbehov som inte kan anstå. Någon närmare gräns för vad som är akut går inte att ange men det är vården, inte patienten, som drar gränsen. Den som svarar för vården får göra en bedömning i varje enskilt fall om vårdbehovet kan anstå eller inte (se regeringens proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 119). För att skilja den akuta vård som primärvården kan fullgöra från annan akutvård väljer utredningen att använda begreppet brådskande vårdbehov i stället för uttrycket omedelbart. Vad som är brådskande vårdbehov får avgöras av vården utifrån medicinsk prioritering. Den yttre ramen för primärvårdens akuta uppdrag styrs av primärvårdens definition. Det är naturligt att akuta livshotande hälsotillstånd omhändertas vid akutsjukhusen.

Inte heller i detta fall går att dra någon exakt gräns för vilken vård som är så brådskande att den inte kan anstå. Den som svarar för vården får utifrån kvalitets- och effektivitetsskäl avgöra om vårdbehovet kan tillgodoses inom primärvården eller om den måste utföras på ett akutsjukhus.

Utredningen föreslår därför att det av en nationell reglering framgår att primärvården ska svara för brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Regleringen är avsedd att bidra till att tydliggöra omfattningen av det uppdrag som primärvården har redan i dag.

Hur bör kravet på ökad tillgänglighet regleras?

Landsting/regioner och kommuner bär ansvaret för att planera och organisera sin primärvård. Utredningen anser att frågan om ökad tillgänglighet till primärvården är så central att det i en särskild bestämmelse bör anges att primärvården ska organiseras så att tillgängligheten är mycket god.

Effektiv vård har föreslagit att primärvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Att primärvården ska vara lätt tillgänglig följer redan av andra bestämmelser i HSL. Vi anser därför att det inte bör upprepas på förordningsnivå.

Med tillgänglighet avser utredningen mer än väntetider som regleras av vårdgarantin. Den tillgänglighet som enligt utredningen därutöver måste vara mycket god är öppettider hos olika typer av mottagningar, närvaron vid hemsjukvård i ordinärt eller särskilt boende och att vården kan tillhandahållas på olika sätt utifrån patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det är naturligt att tillgängligheten varierar mellan olika delar av uppdraget och mellan vårdformer.

Som nämnts ovan bör primärvården vara som mest tillgänglig under den tiden då befolkningen är som mest aktiv. Samtidigt finns vissa delar av primärvården som måste kunna tillhandahållas under hela dygnet, såsom t.ex. hemsjukvård och konstaterande av dödsfall. Enligt vår mening behöver en reglering utformas på ett flexibelt sätt för att möjliggöra verksamhetsmässiga och lokala anpassningar. Utredningen anser därför att det är olämpligt att på förordningsnivå reglera exakta öppettider för primärvården. Öppettider kan behöva anpassas till lokala förhållanden. Det kan även tänkas att behoven kan variera mellan olika delar av primärvården. Ett annat skäl som talar mot en sådan reglering är att en god tillgänglighet inte endast är kopplad till öppettider. Det finns även en skyldighet enligt HSL att organisera offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet på ett kostnadseffektivt sätt. Vi föreslår därför att det förtydligas att tillgänglighet till primärvården förväntas vara mycket god.

Effektiv vård har föreslagit att det ska regleras i HSL att primärvården är befolkningens första kontakt med vården. Vår bedömning är att det inte genom reglering går att styra vart befolkningen vänder sig i första hand. Enligt vår mening är det en god tillgänglighet som styr om primärvården i praktiken blir första vårdnivån. *Att* primärvården är avsedd att vara första vårdnivån är sedan länge intentionen i lagen, och framgår redan av namnet. Vår utredning går därför inte vidare med förslaget om att i författning uttryckligen ange att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården.

Det bör inte införas ett remisskrav

Effektiv vård har föreslagit att det ska krävas remiss från primärvården för akut hälso- och sjukvård på sjukhus. Vi anser inte att det finns skäl att lämna ett sådant förslag.

Under förutsättning att tillgängligheten till primärvården ökar och patienter där möts av rätt kompetens för att ta om hand deras behov så kommer befolkningen söka sig dit för sådana brådskande vårdinsatser som inte är livshotande. Lika självklart måste det vara att enskilda med livshotande tillstånd själv eller efter rådgivning av 1177 kan söka en akutmottagning. Att införa ett obligatoriskt krav på remiss för vård på akutsjukhus skulle bidra till en ökad och omotiverad administrativ börda för primärvårdens medarbetare.

Personer som trots det söker sig till akutmottagning, med behov som kan tas om hand av primärvården, bör efter initial bedömning kunna hänvisas till vårdcentral, primärvårdens jourmottagning eller, nattetid, till primärvården dagen efter.

9.2.4 Primärvårdens stödjande uppdrag

Utredningens förslag: Primärvården ska ge sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder.

Skälen för utredningens förslag: Det ingår redan i dag i primärvårdens uppdrag att ge råd och stöd till patienter om vilka åtgärder de själva eller med hjälp av närstående kan vidta för att lindra symtom eller behandla enklare hälso- och sjukdomstillstånd. Behovet av råd och stöd till patienter och deras närstående som själva kan och vill vidta åtgärder för att lindra symtom, behandla sjukdomstillstånd och förbättra hälsotillstånd kommer att öka i framtiden. Som basen i hälso- och sjukvårdssystemet är det naturligt att primärvården fullgör en omfattande del av hälso- och sjukvårdens rådgivande och stödjande uppgifter. Av den anledningen finns det skäl att i en nationell reglering särskilt lyfta fram primärvårdens rådgivande och stödjande uppdrag.

Om primärvården svarar för sjukvårdsrådgivningen skapas förutsättningar för en kostnadseffektiv användning av samhällets resurser. Ett nationellt reglerat uppdrag tydliggör även behovet av en god tillgänglighet för rådgivning när vårdcentralen normalt är stängd. 1177, både via web, telefon och e-tjänster kan fylla en del av denna funktion.

De råd och stöd som avses syftar till att patienterna ska kunna genomföra det som i folkmun benämns egenvård. Enklare förkylning, influensa eller användning av receptfria läkemedel och liknande kan patienten ofta ta hand om på egen hand utan några vårdinsatser från hälso- och sjukvården. Redan i dag bidrar 1177, apotek och vårdcentraler m.fl. på olika nivåer i hälsosystemet till sådant stöd. För att möjliggöra en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser är det centralt att befolkningen ännu lättare kan få tillgång till råd och stöd under alla tider på dygnet.

Genom en utveckling av de tjänster som 1177 erbjuder via telefon och webbplats skulle en stor del av befolkningens behov av sådan rådgivning kunna mötas, inklusive s.k. egentriagering via formulär. Utredningen anser att det är angeläget att nödvändig samordning mellan SKL/Inera, huvudmännen och den statliga nivån för att säkerställa att en sådan utveckling snabbt kommer till stånd. Det finns också skäl att på ett tydligare sätt informera befolkningen om de tjänster 1177 tillhandahåller då många ännu inte känner till vad som erbjuds.[3]

Enklare egenvård behöver skiljas från patientens medverkan i avancerad vård som regleras i HSL. Den medicinska och tekniska utvecklingen går starkt framåt. I framtiden kommer patienter i allt större utsträckning kunna medverka och själv ta om hand allt mer komplicerade symtom och sjukdomstillstånd. Patienten kommer då successivt ha ett ökat behov av information, rådgivning och stöd om hur hen ska hantera information om sitt hälsotillstånd i olika situationer. För information och råd om patientens medverkan till vård enligt särskilt beslut ansvarar den som har det medicinska ansvaret för åtgärden (jfr avsnitt 5.1.4).

9.2.5 Primärvårdens samordnande roll

Utredningens förslag: Primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård.

[3] SKL, *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, 2017.

Skälen för utredningens förslag

Primärvårdens samordnande roll

För patienter med behov av vård från flera delar av hälso- och sjukvården behöver vården samordnas på ett bättre sätt än i dag. För att koordineringen ska fungera på ett smidigt sätt för berörda patienter är hög kontinuitet och god tillgänglighet viktiga förutsättningar.

Utgångspunkten bör vara att en patients fasta läkarkontakt i primärvården ansvarar för samordning av de medicinska åtgärderna i patientens vård. Här kan även ingå att samordna patientens kontakter med andra specialiserade delar av vården. I vissa fall kan det dock vara lämpligare att samordningsansvaret fullgörs av en fast vårdkontakt i primärvården eller någon annanstans inom hälso- och sjukvården. Det medicinska ansvaret finns alltid hos den läkare eller annan profession som ordinerat en viss åtgärd. Detta gäller oavsett om åtgärden beslutas i primärvården eller i den övriga vården, och är inte kopplad till nyss nämnda samordningsansvar.

I de flesta fall räcker denna samordning. För vissa patienter med komplexa vårdbehov och/eller nedsatt autonomi finns även behov av en fast vårdkontakt i primärvården av mer stödjande och/eller administrativ karaktär. Det kan t.ex. röra sig om en äldre multisjuk patient, en patient med svår kronisk sjukdom eller en person med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I dessa fall är ofta många aktörer involverade, t.ex. öppen vård hos flera aktörer inklusive primärvården, kommunens hemsjukvård och rehabilitering, LSS-handläggare, Försäkringskassan m.fl. och behovet av hjälp med koordineringen är stort. I de fall primärvården är involverad i patientens vård är det naturligt att det är primärvården som på ett övergripande plan svarar för att denna samordning kommer till stånd. I samband med utskrivning från sluten vård ska, när en enhet i den öppna landstingsvården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande, verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Detta ska ske innan patienten skrivs ut från den slutna vården.[4] Det utesluter dock inte att patienten även kan ha fasta vårdkontakter i andra delar av hälso- och sjukvården. Varje patients behov, förutsättningar och preferenser bör påverka hur vården organiseras runt patienten. Om patienten har flera vårdkontakter får de tillsammans

[4] Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, 2 kap. 3 §.

ta ansvar för att patientens vård samordnas på bästa sätt. Exakt hur samordningen ska gå till går inte att ange i en författning. Det måste avgöras av de vårdkontakter som är involverad i det enskilda fallet (jfr regeringens proposition 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård).

Primärvården ska ha ett övergripande samordningsansvar som ”spindeln i nätet” i patientens vård i de fall primärvården är involverad i för patientens utredning och behandling. Det gäller även för patienter som inte har valt en fast läkarkontakt eller som inte behöver eller vill ha en fast vårdkontakt i lagens bemärkelse. Det samordnande uppdraget får i dessa fall fullgöras av den profession som bäst kan möta den enskildes behov. Var i primärvården samordningsfunktionen finns bör anpassas till patientens behov, förutsättningar och preferenser. Att primärvården särskilt ska svara för samordningen av vården runt patienten bör uttryckligen framgå av regleringen av primärvårdens grunduppdrag.

Samordning i andra delar av vården

I de fall primärvården är involverad i patientens vård är det naturligt att det är primärvården som har det övergripande ansvaret för att denna samordning kommer till stånd. För att det ska fungera i praktiken behöver även övriga delar av hälso- och sjukvården aktivt medverka i samordningen av patientens vård. En bättre samordning skapar förutsättningar för att kunna bedöma hela patientens sjukdomstillstånd och undvika att patienter faller mellan stolar.

I de fall eller skeden av vårdförlopp då primärvården inte är involverad i patientens vård kan koordinering ske från annan del av vården. Om koordineringsbehovet är omfattande kan t.ex. en fast vårdkontakt utses någon annanstans inom hälso- och sjukvården. Ett sådant behov kan t.ex. finnas för patienter med endast en kronisk sjukdom, t.ex. Parkinsons sjukdom, som sköts på specialistklinik och där varken landstingets primärvård eller kommunen är involverad i patientens vård, men där koordineringsbehov ändå finns. Fast vårdkontakt kan finnas i alla delar av hälso- och sjukvården. Dess roll ska anpassas efter patientens behov av kompetens. Var den fasta vårdkontakten bör finnas får avgöras efter vad som är lämpligt i varje enskilt fall.

Informationsdelning

För att kunna svara för en samordnande roll är det nödvändigt att primärvården har tillgång till information och personuppgifter om den aktuella patienten. Om det finns anledning att anta att primärvården inom ramen för dess samordningsansvar kommer att behöva följa upp patientens fortsatta vårdbehov behöver patientens fasta läkarkontakt och/eller fasta vårdkontakt/er få tillgång till uppgifter om vård som getts hos andra vårdenheter. Det är möjligt enligt nuvarande regelverk under förutsättning att vården utförs av samma vårdgivare och patienten samtycker till det (se 4 kap. 1 och 4 §§ jfr med 3 kap. 1 § PDL). När information delas mellan olika vårdgivare måste vissa ytterligare förutsättningar vara uppfyllda (se 6 kap. 1 § och 3–4 §§ PDL). Utredningen anser att hälso- och sjukvården bör arbeta mer aktivt med informationshanteringsfrågor, dels med hänsyn till den nya dataskyddsförordningen, dels för att utnyttja de möjligheter till informationsutbyte som redan följer av PDL. I andra delar av hälso- och sjukvården kan vårdpersonal t.ex. arbeta mer aktivt med att fråga patienten om hen samtycker till att primärvården får tillgång till uppgifter om patientens aktuella hälsotillstånd i de fall det kan förutses att primärvården kommer att bli involverad i patientens vård i ett senare skede. Om primärvården t.ex. kan behöva svara för vårdens uppföljning eller rehabiliterande insatser efter en operation, bör patientens samtycke till sådan behandling av personuppgifter inhämtas efter att patienten fått information om vad denna behandling innebär.

Ansvar för samordningen

Landsting/regioner och kommuner ansvarar för att planera och organisera sin hälso- och sjukvård. I det ansvaret bör ingå att skapa förutsättningar för att vården kan samordnas så att patientens vårdbehov kan tillgodoses på ett sammanhängande sätt.

I dag är bristen på samordning ett av hälso- och sjukvårdens stora problem.[5] Många patienter och närstående[6] vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser

[5] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016.
[6] Ahrnell, Britt-Marie, *Vem tar ansvar för min mans cancer?*, 2013-06-13.

och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukhistoria. Utredningen anser att det är angeläget att huvudmännen skapar förutsättningar för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas. Att landstinget har ett sådant ansvar följer delvis av en ny bestämmelse i 7 kap. 2 a § HSL om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvården så att den kan ges nära befolkningen (prop. 2017/18:83 s. 46). Utredningen anser att det i detta ansvar ligger såväl ett ansvar för att skapa en ändamålsenlig organisation som för att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenligt it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom t.ex. diagnostik, behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurseffektivt sätt. Primärvården ska enligt utredningens förslag stå för den samordnande funktionen i de fall primärvården är involverad i patientens vård. I en framtida primärvård bör annan specialistkompetens kunna involveras genom konsultation via primärvården både med och utan patienten i rummet. Landstingen behöver därför organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att kompetensen kommer fler till del, även de som bor långt ifrån ett sjukhus. På så sätt kan även övrig vård ges nära patienten.

9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område

Utredningens förslag: Det ska bedrivas forskning i primärvården.

Utredningens bedömning: Landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvård ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå.

Skälen för utredningens förslag

Verksamhetsförlagd utbildning och vidareutbildning

Det är stor vikt att alla utförare, såväl inom kommunernas som landstingens primärvård, upplåter utbildningsplatser för studenter inom utbildning på såväl grundnivå som avancerad nivå av samtliga i primärvården förekommande professioner. Detta för att säkerställa framtida kompetensförsörjning inom primärvården och för att alla

blivande medarbetare i vården ska få en förståelse för primärvårdens uppdrag. När tyngdpunkten för vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården inklusive hemsjukvård måste det speglas även i utbildningarnas innehåll.

Utredningen vill särskilt lyfta fram möjligheten att använda primärvården för sidotjänstgöring under specialistutbildning inom läkarspecialiteter med nära samarbete med primärvården. Detta för att skapa förståelse för hela sjukvårdssystemet, men också för att primärvården tar hand om en stor del av patienter med tillstånd som även till del tas om hand inom andra specialiteter, såsom internmedicin, geriatrik, infektionssjukdomar, psykiatri och barn- och ungdomsmedicin.

Landstingen har möjlighet att även ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå, även utan att det finns ett rättsligt reglerat krav på det i det nationella uppdraget. Till skillnad från när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning inte närmare reglerat i HSL. Det är utredningens uppfattning att frågan om utbildningsuppdraget bör ses över i ett lämpligt sammanhang. I samband med det bör även detta ingå som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Forskning

Det ankommer i dag på landsting/region och kommun att på olika sätt medverka vid forskningsarbete (18 kap. 2 § HSL). Utredningen föreslår att det av förordning bör framgå att i primärvårdens grunduppdrag ingår att bedriva forskning. Det behöver skapas förutsättningar för primärvårdens medarbetare att bedriva och delta i forskningsprojekt såväl inom som utom primärvårdens särskilda kompetensområden. Primärvården ska även aktivt kunna delta i kliniska prövningar, epidemiologisk forskning samt vid utvärderingar av medicinska/tekniska insatser.

I dag uppfattas forskningskulturen av många som svag och alltför koncentrerad till enstaka enheter i primärvården. Utredningen bedömer att detta beror på att allmänmedicin är ett relativt nytt akademiskt område som ännu inte hunnit bygga upp en stark forskningskultur, något som också försvåras av att primärvårdens enheter är

små och geografiskt spridda. Forskning i primärvården har heller inte premierats av forskningsfinansiärer.
Utredningen menar att utförares ansvar för att medverka vid genomförande av forskning behöver framgå tydligare i förfrågningsunderlagen, men också att landsting, regioner, universitet och högskolor, forskningsfinansiärer och andra aktörer behöver ta ett större ansvar för att stödja forskning i primärvård och i integrerade vårdsystem.

9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete

Utredningens förslag: I primärvården ska tillhandahållas förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser.

Skälen för utredningens förslag

Förebyggande insatser på befolkningsnivå

Förebyggande arbete är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara framtidens vårdbehov. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

Alla samhällssektorer har ett ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. Inom hälso- och sjukvårdssektorn har primärvården en särskilt viktig roll i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå, givet närheten till människors vardag.

Vissa delar av det preventiva arbetet fungerar väl, till exempel det allmänna vaccinationsprogrammet och andra delar av barnhälsovården, mödrahälsovården och de olika nationella screeningprogrammen, t.ex. mammografi. Även levnadsvanefrågorna har fått en mer framträdande roll efter att Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor[7], men utvärdering[8] visar fortsatt på stora skillnader i hur landstingen tar sig an detta arbete.

[7] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, remissversion, 2017.
[8] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering Sjukdomsförebyggande metoder*, 2014.

En stor del av det primärpreventiva arbetet sker utanför hälso- och sjukvården, men primärvården ska vara delaktig i samarbete med skola, civilsamhälle, företagshälsovård m.m. För att underlätta arbetet kan detta organiseras som ett områdesansvar där området kan vara en kommun eller del av kommun för att underlätta samarbetet med kommunala instanser. Då det i en kommun eller kommundel kan finnas flera utförare i landstingens vårdval för primärvården är ett alternativ att utforma ett sådant folkhälsouppdrag som ett tilläggsuppdrag för vissa utförare i landstingens vårdval för primärvården. Dessa utförare bör samarbeta med andra utförare i området för att på så sätt få kunskap om epidemiologi i området, uppmärksamma andra aktörer i närmiljön på behov och samarbeta med dem kring åtgärder.

Förebyggande insatser på individnivå

Enligt av riksdagen fastslagna prioriteringsriktlinjer för hälso- och sjukvården[9] ligger prevention i prioriteringsgrupp två av fyra, tillsammans med rehabilitering och habilitering. Trots detta blir det förebyggande arbetet ofta inte tillräckligt prioriterat i förhållande till vilken nytta insatserna ger för patienterna. Primärvården ska i alla vårdkontakter, där det är relevant, ta upp frågan om möjliga förebyggande åtgärder med patienten. Det kan röra sig om levnadsvanor som fysisk aktivitet, kost/nutrition, rökning och alkohol eller om fallprevention, trycksårsprofylax, vaccination eller annat. Det är viktigt att prevention tas upp på ett sätt som är anpassat till individens behov och förmåga att agera på ett hälsofrämjande sätt. Många invånare (86 procent) är positivt inställda till att diskutera sina levnadsvanor med en läkare eller annan vårdpersonal.[10] För att hjälpa patienten att hitta motivation att genomföra önskvärda förändringar i vardagen är det viktigt att arbetet sker på ett strukturerat sätt och i enlighet med kunskapsunderlag, såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

[9] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[10] SKL, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017*, 2018.

Förtydligande av uppdraget

Det förebyggande arbetet är en del av primärvårdens uppdrag som i dag ofta hamnar i skymundan av arbetet med mer synliga behov. Det bör därför tydliggöras i en reglering av primärvårdens uppdrag. Primärvården har ansvar både för primärprevention och sekundärprevention. Vid vård av vanliga folksjukdomar har ofta patientens levnadsvanor stor betydelse för behandlingsresultatet och risken för komplikationer. Det krävs ett aktivt ledarskap på alla nivåer för att lyfta frågorna. På vårdcentralerna och inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver det finnas tydliga rutiner för hur personalen bör samverka för att erbjuda, genomföra och följa upp det förebyggande arbetet på såväl individ- som befolkningsnivå.

9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete

Utredningens förslag: I primärvården ska tillhandahållas rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser.

Skälen för utredningens förslag

Primärvården har redan i dag ett rehabiliteringsuppdrag. Det finns dock behov av ett förtydligande av vad primärvården svarar för jämfört med i dag, då rehabilitering sker både i primärvård, med såväl landsting som kommun som huvudman, och i den övriga vården. Det behöver tydliggöras att samma principer gäller rehabilitering som övrig hälso- och sjukvård. Det innebär att primärvården svarar för all rehabilitering som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Vissa delar av rehabiliteringsuppdraget, t.ex. av neurologiska sjukdomar såsom Parkinson, kan behöva koncentreras till några enheter, medan största delen av rehabiliteringsuppdraget bör finnas överallt där primärvård bedrivs.

Delar av rehabiliteringsuppdraget i primärvården bedrivs i kommunernas regi. Gränssnitt mellan kommuner och landsting ser olika

ut i olika landsting. Oavsett var man har satt gränsen behöver rehabiliteringen, särskilt för patienter med komplexa behov, ske samordnat mellan olika aktörer.

9.3 Vårdval i primärvården

9.3.1 Hälso- och sjukvårdstjänster i primärvårdens vårdval

Utredningens förslag: 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.

Utredningens bedömning: 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 distriktssköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Detta bör benämnas Vårdval primärvård.

Skälen för utredningens förslag

Landstingens organisatoriska ansvar

Offentligt finansierad primärvård kan organiseras på olika sätt och kan ha både landsting/region och kommun som huvudman. När det gäller landstingens primärvårdsuppdrag så är landstingen skyldiga att organisera sin primärvård så att alla som omfattas av landstingets ansvar kan välja utförare (vårdvalssystem). Med utförare avses vårdenhet eller mottagning. Följande avsnitt tar sikte på landstingens vårdvalssystem i primärvården oavsett om en vårdenhet eller mottagning drivs i egen regi av ett landsting eller om landstinget har överlåtit driften till en privat utförare. Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får landstingen bestämma själva utifrån lokala förutsättningar. Så länge bestämmelserna i HSL, upphandlingslagstiftning samt grundläggande EU-rättsliga principer om bl.a. proportionalitet, öppenhet, icke-diskriminering och likabehandling beaktas kan flera olika krav ställas på utförare i primärvården.

Landsting/regioner får även inrätta olika vårdvalssystem för olika tjänster (se regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården s. 51 f). Utredningen har inte för avsikt att ändra på detta.

De allra flesta landsting/regioner har i dag valt att inrätta större delen av sin primärvård som ett samlat vårdvalsuppdrag. Ett fåtal landsting har valt att införa flera vårdval inom primärvårdens område (t.ex. separata vårdval för rehabilitering eller barnhälsovård). Dessutom kan kommunal verksamhet såsom särskilda boenden, där kommunal primärvårdsverksamhet bedrivs, också organiseras i enlighet med LOV/i vårdvalssystem. Givet detta finns det risk att viss begreppsförvirring uppstår när man osorterat talar om vårdvalssystem i primärvården.

Som framgår av utredningens kartläggning (jfr avsnitt 5.2) har dock samtliga landsting/regioner etablerat *ett* mer omfattande vårdval som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor. Dessa kompetenser kan ses som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Detta vårdval motsvarar alltså de hälso- och sjukvårdstjänster och utbud som vanligen tillhandahålls via en hälsocentral/vårdcentral/husläkarmottagning. Det är också hos utföraren inom detta vårdval som patienterna om de vill, ska få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt, i enlighet med HSL och PL. Likaså är det den utförare som patienten väljer inom detta vårdval som blir mottagare av den fasta ersättning från landstinget som följer med patientens val. Denna utförare har även som regel – utifrån den fasta ersättningen – visst kostnadsansvar för att ersätta andra utförare/vårdgivare inom primärvården som ens ”egna patienter” söker sig vidare till. (se även avsnitt 5.2.15).

Det av landstinget/regionens vårdval inom primärvården som har dessa uppgifter har därmed en särskild roll som skiljer sig från eventuella övriga vårdval i primärvården i ett landsting/region. Genom att det är här som en eventuell fast läkarkontakt finns och ofta även en eventuell fast vårdkontakt i primärvården, har dessa utförare också en särskilt viktig roll vad gäller samordningen av och kontinuiteten i vården.

Utredningen ser därför ett behov av att tydliggöra särställningen hos detta vårdval och urskilja det från eventuella övriga vårdval inom primärvården genom att skapa en enhetlig terminologi. Utredningen föreslår att det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från

generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman, ska benämnas Vårdval primärvård. Detta tydliggörande är centralt då delar av utredningens förslag specifikt riktar sig till utförare inom detta vårdval.

Utredningens förslag om primärvårdens grunduppdrag innebär att de hälso- och sjukvårdstjänster och kompetenser som krävs för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag måste bli tillgängliga för den enskilde oavsett vilken utförare inom landstingets Vårdval primärvård som denne väljer. Det centrala är *att* tjänsterna kommer den enskilde till del, inte hur det sker. Det är upp till respektive landsting att avgöra hur landstingets primärvård ska organiseras, så länge enskilda får tillgång till alla de hälso- och sjukvårdstjänster som ska erbjudas. Vårt förslag innebär inte att en utförare själv måste kunna erbjuda det breda utbud som krävs för att fullgöra primärvårdsuppdraget. Inget hindrar att flera utförare samverkar med varandra för att fullgöra uppdraget. Inget hindrar heller att landstinget väljer att bedriva delar av primärvårdsuppdraget i egen regi eller via upphandling enligt LOU. Varken hur landstinget eller en enskild utförare väljer att organisera sin primärvårdsverksamhet regleras. Landstinget måste däremot säkerställa att hela primärvårdsutbudet erbjuds patienten på ett sammanhängande sätt, motsvarande de krav som landstinget formulerar i sitt förfrågningsunderlag.

För patienten kommer detta att innebära möjlighet till en mer sammanhållen vård. En patient är dock inte låst till de samverkanspartners som en vald utförare i Vårdval primärvård samarbetar med utan kan välja att vända sig till en annan utförare på motsvarande sätt som i dag. Utredningens uppfattning är att de flesta patienter kommer att uppskatta och dra nytta av denna möjlighet till mer sammanhängande vård.

Det är landstingets ansvar som huvudman att säkerställa att hela primärvårdsutbudet tillhandahålls för de personer som omfattas av dess ansvar, oavsett vilken utförare enskilda väljer. Skyldigheten att erbjuda detta till alla som omfattas av landstingets ansvar är i och för sig inte ny. Utbudet har däremot inte av alla landsting erbjudits befolkningen på det sammanhängande sätt som utredningen föreslår. Utredningens förslag innebär ett förtydligande av att landstingen är skyldiga att organisera sin primärvård på ett sammanhängande sätt.

En sådan reglering bör tas in i HSL under det kapitel som rör landstingets ansvar och reglerar vårdvalssystemet. Av bestämmelsen bör det framgå att landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra erbjuder de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att primärvårdens uppdrag ska fullgöras. Att utförare ensam eller i samverkan kan uppfylla ett uppdrag följer redan av lagen (2008:962) om vårdvalsystem.

Nedan följer exempel på hur tillgång till utbudet kan säkerställas. Utredningen bedömer att konstruktionen kommer att fungera oavsett om landstinget valt att ha *ett* samlat vårdval för primärvården eller valt att ha delar av uppdraget som annat vårdval, upphandling enligt LOU eller i egen regi.

Exempel 1 – en utförare tillhandahåller själv hela uppdraget

Vårdcentral 1 har ett stort antal patienter och därmed underlag för alla nödvändiga kompetenser inom den egna verksamheten. På mottagningen finns även rehabilitering med träningssal, liksom barnhälsovård och mödrahälsovård. Mottagningen har läkaransvar för hemsjukvård och särskilt boende. Hela verksamheten finns under samma tak förutom mödrahälsovården som finns i lokaler några kvarter bort. Exemplet är neutralt i förhållande till driftsform.

Exempel 2 – utföraren samarbetar med andra för att tillhandahålla uppdraget

På vårdcentral 2 arbetare en läkare och en distriktssköterska. Man samarbetar med en näraliggande vårdcentral om hälso- och sjukvårdskurator, psykolog och dietist när patienten har de behoven. Man har även avtal med en rehabiliteringsenhet med tillgång till träningssal, fysioterapeut och arbetsterapeut, samt med barnhälsovård och mödrahälsovård. Samarbetet sker strukturerat och patienten har tillgång till hela utbudet, även i form av första bedömning hos t.ex. fysioterapeut, då triagesjuksköterskan har möjlighet att boka tider direkt hos samarbetspartnern. Exemplet är neutralt i förhållande till driftsform.

9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård

Utredningen har i sitt arbete fått ta del av många goda exempel och idéer från berörda aktörer. Vi har valt att samla sådana exempel på framgångsfaktorer i detta avsnitt, ägnat till inspiration och reflektion över hur man som huvudman kan organisera sin primärvård.

Dessa utgör ett komplement till utredningens förslag till förordningstext om primärvårdens grunduppdrag. Det är varken möjligt eller önskvärt att reglera i detalj hur landsting och kommuner ska organisera sin primärvård. Hälso- och sjukvården måste kunna förändras med samhällsutvecklingen. Varje landsting och kommun behöver även besluta om dess utformning utifrån lokala förutsättningar.

9.4.1 Arbetssätt och anställningsformer

Utredningens bedömning: Huvudmännen bör verka för stärkt interprofessionellt arbetssätt och lärande i primärvården samt för införandet av mer flexibla former för tjänstgöring och även på andra sätt bidra till göra primärvården till en attraktiv arbetsplats för dagens och morgondagens medarbetare.

I syfte att göra primärvården till en attraktiv arbetsplats för dagens och morgondagens medarbetare behöver arbetssätt och tjänstgöringsformer ses över och moderniseras. Medarbetare efterfrågar i dag en större flexibilitet och förutsättningarna för att arbeta hos flera arbetsgivare behöver utvecklas. Timanställningar kan t.ex. locka fler pensionärer att arbeta efter uppnådd pensionsålder. Nya arbetssätt syftar också till att bättre möta patientens behov på ett resurseffektivt sätt.

I Effektiv vård[11] lyfts fem generella principer för vägledning för ändrade arbetssätt i vården och som riktar sig till huvudmän, vårdgivare, verksamhetschefer och medarbetare:

[11] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 511–512.

1. Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.
2. Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.
3. Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.
4. Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.
5. Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras.

Utredningen vill därutöver lyfta behovet av:

- Interprofessionellt teamarbete (jfr bilaga 3), där man utnyttjar allas kompetenser tillsammans kring patienten. Detta gäller även i samarbete med mellan primärvårdens och kommunernas medarbetare.
- Standardiserade vårdförlopp (SVF), som i dag finns för utredning inom cancerområdet, tydliggör ansvaret för primärvård respektive specialiserad vård. Man kan överväga standardiserade vårdförlopp för utredning även inom andra områden, t.ex. demenssjukdomar.
- Rätt använd kompetens t.ex. fysioterapeut[12] respektive psykolog i första linjen för patienter med muskuloskeletala besvär respektive psykiska ohälsa, så att kompetensen hos varje legitimerad profession används så optimalt som möjligt.
- Karriärstegar för olika professioner, såväl administrativt som kliniskt och akademiskt (forskning och utbildning).
- Flexibla former för anställning såsom möjlighet att ha flera arbetsgivare, kunna arbeta på distans och egna bemanningspooler.

[12] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 237.

Borgholms Remissgrupp

Sedan februari 2018 samlas varje tisdagsmorgon alla läkare för att gå igenom alla icke akuta remisser som skrivits sedan förra tisdagen. Remisserna visas på storbildskärm på väggen, en sekreterare ansvarar för visningen och vi läkare turas om att läsa remisserna högt. Alla remisser utom SVF (standardiserade vårdförlopp) och akutremisser hanteras så här. Såväl yngste AT-läkaren som äldste nestorn får se sina remisser granskas och kommenteras. När vi tillsammans godkänt en remiss får den tillägget ”genom Borgholms Remissgrupp”. På Länssjukhuset ser man mycket positivt på detta arbetssätt och handlägger alla remisser mycket snabbt och på hög kompetensnivå. Det är ingen ide att återhänvisa till ”fortsatt utredning i primärvården” när vi tydligt markerat att vi inte kan mer. Trots minst 200 samlade distriktsläkarårs erfarenhet.

Statistiken som sekreteraren för hjälper oss att se var det är rimligt med utbildningsinsatser. Så visade till exempel mängden remisser till hudkliniken tydligt på behov av kompetenshöjning. Detta ordnades i samråd med hudkliniken och de av våra läkare som nyss tjänstgjort där. Endokrinologi och Klinisk Fysiologi är andra områden där remissernas mängd och olika utformning visat på behov av gemensam kunskap och policy. Vid behov kopplar vi upp oss till någon av organspecialisterna via landstingets Skype och får önskad komprimerad föreläsning.

Det finns naturligtvis många fördelar med detta arbetssätt. Den viktigaste är kanske ändå den arbetsgemenskap det skapar. I stället för att vara den ensammaste specialiteten formerar vi ett lag vars slagkraft är svårslagen. Våra Senior Advisors kommer naturligtvis in och är med denna timme. Ett intressant mått på verkningsgraden är att antalet avsända remisser hittills halverats sedan starten. Det är för tidigt att utvärdera den effekten ännu, men trenden är stark.

9.4.2 Kunskapsstyrning

Utredningens bedömning: Huvudmännen bör fortsätta medverka till genomförandet av landstingens och regionernas kunskapsstyrningsorganisation, och säkerställa primärvårdens medverkan i alla relevanta delar av arbetet samt inom lämpliga områden inkludera kommunerna.

I arbetet bör man prioritera de diagnosgrupper som är störst i befolkningen eller där det finns störst behov av förbättring samt säkerställa representation av relevanta professioner i arbetsgrupper och dylikt.

Huvudmännen bör ge primärvårdsutförare, såväl inom landsting som kommun, möjlighet att delta i relevanta kvalitetsregister.

Landsting/regioner bör ge samtliga utförare förutsättningar att ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet.

För att kunskap ska implementeras och utvecklas så att det ger bästa möjliga nytta för patienterna, krävs att nationellt kunskaps/beslutsstöd finns tillgängligt i den lokala digitala miljön på ett smidigt sätt.

Verksamheter och enskilda professionella behöver också ha möjlighet att följa sina egna patienters data över tid, såväl på grupp- som individnivå. Det är huvudmännens ansvar att skapa förutsättningar för detta genom såväl system för att tillgängliggöra data, som metodstöd för verksamhetsutveckling och uppföljning. Data kan vara såväl medicinska data, förskrivning av läkemedel/medicinsk service, som data för produktion, kostnad, bemanning och produktivitet/effektivitet.

Primärvården, såväl inom landsting som kommun bör ges möjligheter att delta i relevanta kvalitetsregister under förutsättning att data kan överföras automatiskt, så att onödig administration undviks. De kvalitetsregister som i dag främst används av primärvården är Nationella diabetesregistret, RiksSvikt, Luftvägsregistret, SweDem, Senior Alert och Palliativa registret. För primärvårdens del finns dessutom PrimärvårdsKvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata, till vilket samtliga utförare i landstingens primärvård bör ges förutsättningar att ansluta sig.

Webbkollen[13], som drivs av SKL, är ytterligare ett verktyg som kan användas för att följa upp verksamheter genom att låta patienterna komma till tals. Det riktar sig till personer över 65 år och synliggör t.ex. tänkbara orsaker till otrygghet, problem med läkemedelsbehandling och till återinskrivningar på sjukhus.

Tillsammans med SKL tar landsting och regioner även fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd för vårdpersonal i primärvården. Från och med 2018 är utvecklingen av kunskapsstödet knuten till landstingen och regionernas system för kunskapsstyrning.

9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende

Utredningens bedömning: Personer som bor i särskilt boende bör i möjligaste mån ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet.

Utöver den lagstadgade funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bör fler kommuner överväga att införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Hemsjukvården drivs i samarbete mellan landsting och kommun, där landstingen står för läkarkompetensen och kommunen för övriga kompetenser. I Stockholm står landstinget ännu för den samlade hälso- och sjukvården även i hemmen, medan kommunen ansvarar för särskilda boenden, förutom läkarkompetens. Hemsjukvården ställer alltså särskilda krav på samarbete mellan huvudmännen, vilket bl.a. tar sig uttryck i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård[14].

Utredningen fick i september 2017 tilläggsdirektiv att ”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”. Huvudparten av detta kommer att diskuteras i utredningens slutbetänkande men utredningen vill redan här lyfta några resonemang och goda exempel.

Personkontinuitet mellan patient och vårdgivare är viktigt t.ex. för äldre med många sjukdomar och patienter med kronisk sjukdom. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, då

[13] Webbkollen, Trygghet i vardagen.
[14] Lag (2017:612), *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir involverade. En samordnad individuell plan (SIP) som utgår från den individuella patientens behov, förutsättningar och preferenser blir här nyckeln till en sammanhållen vård. Det är viktigt att det är tydligt för patienten vem som är fast vårdkontakt (oftast distriktssköterskan i kommunen) och fast läkarkontakt. Kontinuitet mellan läkare och distriktssköterska bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten. Övriga kompetenser (rehab, dietist, psykosocial kompetens) kompletterar vård och behandling utifrån patientens behov, liksom insatser enligt SoL (såsom hemtjänst).

För att samordning ska fungera i praktiken måste SIP utformas så att det är lätt för alla att använda och revidera och så att det är lätt tillgängligt för alla berörda aktörer (landsting, kommun och patient/närstående). SIP bör vara tillgängligt digitalt och kopplat till befintliga dokumentationssystem (journaler) i landsting och kommun.

I vissa kommuner finns förutom funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) även funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). I dag är det valfritt för kommunerna om de vill införa en MAR eller inte. Endast cirka 60 av landets 290 kommuner hade 2017 en MAR.[15] Trots att det skett en stor kunskapsutveckling gällande rehabiliterings- och preventionsinsatser till äldre de senaste åren har kunskaper i mycket liten utsträckning använts för att förbättra verksamheten. Genom införande av funktionen MAR kan förutsättningarna förbättras för att säkerställa en mer kunskapsbaserad och jämlik rehabilitering.

Gällande särskilda boenden vill vi särskilt lyfta fram behovet av läkarkontinuitet. Personer som bor i särskilt boende bör i möjligaste mån ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet. Detta kan innebära att patienten väljer ny fast läkarkontakt i samband med flytt till särskilt boende. Om patienten önskar ha kvar sin tidigare fasta läkarkontakt ska detta förstås vara möjligt. Den läkare som ansvarar för ett särskilt boende ska regelbundet ha kontakt med och god kännedom om de personer som bor på boendet. Tillräckligt med tid måste avsättas så att läkaren vid behov hinner besöka patienter för planerade kontroller och för mer brådskande bedömningar. I möjligaste mån ska den läkare som ansvarar för ett särskilt boende även

[15] Arbetsterapeuterna, *Sverige behöver en MAR i varje kommun*, 2017-10-31.

vara tillgänglig för brådskande bedömningar vid annan tidpunkt (kontorstid), åtminstone per telefon och om möjligt även för brådskande hembesök. För dessa patienter är det också viktigt att man gör regelbundna läkemedelsgenomgångar, gärna i samarbete med farmaceut.

ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) är en särskild form av vård i hemmet, där landstinget står för en större andel av den samlade kompetensen inklusive sjuksköterskor med särskilt utbildning. Det som skiljer från vanlig hemsjukvård är att man gör mer avancerade vårdåtgärder i hemmen. Det finns även andra områden där specialistkompetens utgående från sjukhus ger insatser i hemmet, t.ex. uroterapeut och onkologsjuksköterskor m.m. ASIH kan organiseras som en del av primärvården eller som en del av sjukhusvården, men är inte en del av primärvårdens grunduppdrag.

9.4.4 Forskning och utbildning

Utredningens bedömning: Landsting/regioner och kommuner behöver tydliggöra och utveckla primärvårdens del i FoUU.

Landsting/regioner och kommuner bör i relevanta förfrågningsunderlag och avtal för utförare av primärvård ställa krav på utförares medverkan i utbildning och forskning

Skälen för utredningens bedömning: Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras även i primärvården. Landstingen bör därför i förfrågningsunderlag i Vårdval primärvård ställa krav på utförares medverkan i utbildning och forskning. Det gäller handledning av studenter inom alla relevanta professioner, såväl på grundnivå som på avancerad nivå samt av AT- och ST-läkare. Samma krav bör ställas på offentliga och privata utförare. Landsting och kommuner behöver samtidigt säkerställa att förutsättningar finns för att utförare ska kunna medverka i forskning och utbildning genom att tillhandahålla handledarutbildningar samt tillse att utförare får möjlighet att avsätta tid för uppdraget.

9.4.5 Åtgärder för att minska beroende av inhyrd vårdpersonal

Utredningens bedömning: Landsting/regioner behöver fortsatt vara uthålliga i arbetet med att minska beroendet av inhyrd vårdpersonal i primärvården. Detta måste ske på ett sätt så att inte patientsäkerheten hotas och så att arbetsmiljön inte försämras för anställda medarbetare.

SKL tog tillsammans med samtliga regioner och landsting hösten 2016 fram en gemensam strategi för att senast 1 januari 2019 vara oberoende av inhyrd vårdpersonal. Strategin är utformad som en 60-punktslista med åtgärder inom arbetsmiljö, dimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor och nya arbetssätt.

Utredningen vill lyfta fram några av de områden som berörs i SKL:s samt andra relaterade underlag och som inte finns med i förslag till förordning eller i annan rekommendation.

Arbetsmiljö/attraktiv arbetsplats

- Klargöra gränssnitt mellan primärvård och specialiserad vård, så att ansvarsområden är tydliga och så att patienter får en sammanhållen vård.
- Säkra fortbildning för samtliga professioner i primärvården inklusive utbildning/fortbildning i interprofessionellt teamarbete.
- För studenter i samtliga vårdprofessioner och AT/ST-läkare är tillgång till handledning en förutsättning för en god utbildning och för att locka personen att stanna i primärvården som färdigutbildad.
- Stimulera medarbetare att ta på sig chef- eller ledningsansvar, t.ex. som team- eller förbättringsledare.

Rekrytering

- Erbjuda pensionärer fortsatt arbete efter önskemål, med kliniskt arbete, handledning etc.
- Säkerställa möjligheten till specialisering inom bristspecialiteter såsom allmänläkare eller distriktssköterska.

Ersättningsfrågor

- Möjlighet till extra ersättning för utökat ansvar, t.ex. vid vakanser.
- Premiera kontinuitet och att man stannar kvar på arbetsplatsen.
- Högre löner på mindre attraktiva utbudspunkter.

9.4.6 Digitalisering

Utredningens bedömning: Patientens behov, förutsättningar och preferenser vad gäller digitala vårdtjänster bör vara vägledande för huvudmännens fortsatta utveckling och tillämpning av dessa.

Huvudmännen bör använda digitaliseringens möjligheter som en integrerad del i den löpande verksamhetsutvecklingen.

Digitalisering skapar möjligheter för primärvården att utveckla tjänster som skapar högre tillgänglighet för patienter, möjliggör monitorering på distans och övervakning i hemmet, effektivisering av arbetssätt och processer samt informationsdelning mellan vårdgivare. Till viss del kan ett längre geografiskt avstånd kompenseras med tekniska lösningar, som t.ex. möjliggör vissa konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans. Landstingen i norra Sverige ligger i framkant vad gäller att tillhandahålla sådana möjligheter. Motsvarande lösningar skulle med fördel också kunna tillämpas i mer tätbefolkade områden.

Utredningens bedömning är att landsting och regioner bör öka sin utvecklingstakt för att kunna erbjuda de vårdtjänster som är lämpliga för digitalt utförande utifrån invånarnas olika behov. Några exempel är triagering, monitorering, uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar, flerpartsmöten för samordning av komplexa behov samt möjligheter för självbetjäning för patienter. Digitaliseringen behöver utvecklas som en integrerad del av den löpande verksamhetsutvecklingen i primärvården, så att digitaliseringslösningar blir ett svar mot verkliga behov och tar hänsyn till att patienter med störst medicinska behov ska prioriteras först.

9.4.7 Ersättningssystem

Utredningens bedömning: Landsting och regioner bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval för primärvård. Likaså bör utförares kostnadsansvar för t.ex. medicinsk service och besök i andra delar av vården vara mer lika.

Landstingen bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval för primärvård.

Varje landsting utformar sina egna vårdval och sina egna modeller för ersättningssystem utifrån olika ersättningsprinciper, se avsnitt 5.2.15. Beroende på vilka ersättningsmodeller som tillämpas skickas olika styrsignaler, vilket riskerar att leda till att vården blir olika, även om uppdraget i stort sett är detsamma. Utredningen rekommenderar därför landstingen att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina vårdval inom primärvård. En sådan harmonisering skulle underlätta jämförelser mellan landstingen och underlätta för de privata vårdvalsaktörer som är verksamma i flera landsting.

En hög andel kapitering främjar ett ansvarstagande för vårdgivarens listade patienter över tid och därmed även för förebyggande åtgärder.[16] Det driver heller inte mot onödiga besök och ger stor möjlighet till att styra med tillit till att utförarna kommer att anpassa sitt arbetssätt utifrån sina patienters behov, förutsättningar och preferenser. För att ge en rättvis kapitering i förhållande till förväntade vårdbehov behövs någon form av viktning, där ACG och CNI är de vanligaste. ACG har en högre förklaringsgrad av kostnader i primärvården än enbart kön, ålder och/eller CNI. En kombination är sannolikt att föredra för att balansera mellan olika typer av vårdkostnader för olika patientgrupper. Även när det gäller balanseringen av olika viktningsfaktorer är en ökad harmonisering mellan landstingen önskvärd. Detta för att ge en mer likvärdig primärvård i landet samt för att möjliggöra jämförelser.

För att styra mot en hög tillgänglighet rekommenderas någon form av rörlig ersättning kopplad till direkt eller indirekt vårdkontakt. Denna bör utgöra en mindre del av ersättningen för att inte

[16] SFAM, *Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet i primärvården – ett policydokument*, 2014.

styra mot onödiga kontakter. För att ge största möjliga flexibilitet för utföraren kring vilken profession patienten ska möta eller vilken kontaktform man väljer bör besöksersättningen vara så lik som möjligt för olika professioner och olika kontaktformer.

Inom grunduppdraget bör ersättning kopplad till enskilda åtgärder eller resultat undvikas. Detaljerad styrning riskerar att få en alltför stor betydelse för utförarens prioriteringar och leda till undanträngningseffekter av andra viktiga åtgärder, som inte ersätts särskilt.[17] Det medför också en risk att ekonomiska incitament direkt påverkar mötet mellan patient och vårdgivare.

Av samma skäl bör landstingen överväga hur stort kostnadsansvar utföraren ska ha för t.ex. medicinsk service och besök i andra delar av vården (t.ex. via täckningsgrad). Ett alltför stort kostnadsansvar riskerar att styra så att patienten inte får de remisser för undersökning eller specialistvård som hen behöver, i synnerhet i system med hög andel kapitering[18].

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) har i uppdrag att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december.

9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

Utredningens bedömning: Landstingen/regionerna bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av förfrågningsunderlag för sina Vårdval primärvård.

Utredningen ser ett behov av en mer enhetlig utformning även av förfrågningsunderlagen för att göra det lättare att jämföra och följa upp utvecklingen av Vårdval primärvård.

Utredningen föreslår därför att landstingen initierar ett arbete med att enas kring hur förfrågningsunderlagen bör se ut, t.ex. genom att använda de områdesrubriker som finns i föreslagen förordning.

[17] Regeringskansliet. *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. 2010.
[18] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.

För att skapa en större tydlighet gentemot invånarna bör landstingen även överväga att enas om vad man kallar de enheter som bedriver verksamhet inom Vårdval primärvård (hälsocentral/vårdcentral/husläkarmottagning etc.).

9.5 Konsekvensanalys

Utredningens bedömning: Förslaget till ändring i definitionen av primärvård förtydligar att gränsdragningen mot annan vård inte ska ske utifrån var vården ges utan vilken kompetens som av kvalitets- och effektivitetsskäl krävs för att fullgöra den. På så sätt återspeglar definitionen även en pågående omstrukturering av hälso- och sjukvården i stort.

Förslaget om primärvårdens grunduppdrag bidrar till att befolkningen kan erbjudas en mer likvärdig, god och nära vård i hela landet. På så sätt blir vården mer jämlik. Genom regleringen tydliggörs att vården ska utgå från patientens behov, förutsättningar och preferenser, inte från hur hälso- och sjukvården är organiserad. Ett tydligare grunduppdrag utifrån patientens fokus bidrar till en ökad tydlighet gentemot invånare om vad de kan förvänta sig av primärvården.

Förslagen innebär ett tydliggörande av nuvarande ansvar och uppdrag. Det innebär inte ett utökat eller förändrat ansvar eller uppdrag för huvudmännen. Genom tydliggörandet ges dock bättre förutsättningar för att utföra uppdraget. Detta gäller särskilt det förebyggande arbetet och den samordnande rollen.

9.5.1 Ekonomiska konsekvenser

För samhället

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Den omstrukturering av hälso- och sjukvården som vår utredning har i uppdrag att stödja och samordna, och de förslag vi här lämnar kring tydliggörande av primärvårdens uppdrag, bedöms bidra till att hälso- och sjukvården ska kunna leva upp till detta mål, inom ramen för en ändlig gemensam samhällsresurs.

Ohälsa resulterar varje år i stora kostnader för samhället. Den exakta siffran är svår att beräkna eftersom ohälsa innebär avsaknaden av hälsa, vilket innebär att alla kostnader relaterade till hälso- och sjukvården bör inkluderas. Samhällets kostnader för ohälsa utgörs främst av direkta kostnader inom hälso- och sjukvården samt indirekta kostnader i form av produktionsförluster. Det är omöjligt att helt eliminera ohälsa och på så sätt förebygga alla dess samhällskostnader. Förbyggande insatser som syftar till att minska förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor som i sin tur kan leda till ohälsa, kan dock minska samhällets kostnader. Globalt står icke-smittsamma sjukdomar för cirka 70 procent av alla dödsfall och inom den gruppen står de fyra stora sjukdomsgrupperna hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, lungsjukdomar och diabetes för 80 procent av alla dödfall.[19] Levnadsvanor, såsom tobaksbruk, fysisk inaktivitet, ohälsosam kost och skadligt bruk av alkohol, ökar risken för samtliga dessa sjukdomar.

Utredningens förslag bedöms leda till bättre förutsättningar för förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården och framför allt primärvården. Därmed bedöms förslagen på sikt bidra till minskad ohälsa och därav följande samhällsekonomiska vinster. De exakta vinsterna är dock svåra att beräkna, givet de många olika faktorer som samspelar. Nedan redogörs för några exempel som visar på vilka ungefärliga samhällsekonomiska vinster som ett stärkt förebyggande arbete kan förväntas ge.

De mest sjuka äldre

Inom ramen för satsningen De mest sjuka äldre genomförde SKL tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner en kvalitativ uppföljning av vården av multisjuka äldre. Sammanlagt intervjuades cirka 300 sjuka äldre personer samt deras närstående. Journaler och registerdata studerades, läkemedelsbehandlingen undersöktes och de totala kostnaderna för vård och omsorg för varje intervjuad person beräknades. I denna studie utgjorde primärvård endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. I genomsnitt hade de tillfrågade fyra läkarbesök inom primärvården och lika många sjukhusinläggningar under den studerade perioden av 18 månader. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar

[19] WHO, *Non Communicable diseases*, 2017-06-21.

56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktssköterska.[20] Dessa resultat ger uttryck för att samhällets insatser för de mest sjuka äldre fortfarande präglas av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Stora och kostsamma insatser sätts in sent i sjukdomsförloppet, när de är oundvikliga, i stället för att satsa på tidiga riskförebyggande insatser. Förebyggande insatser kan levereras till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper.

Levnadsvanor

Nedan redogörs för några av de försök som har gjorts att estimera de samhälleliga kostnaderna för levnadsvanor som kan leda till ohälsa. Uppskattningarna skiljer sig ofta markant från varandra i metod och även i estimering av kostnaderna. Kostnaderna uttrycks som merkostnaderna för ohälsa och det är viktigt att poängtera att kostnaderna inte inkluderar alla dimensioner av den ohälsa som levnadsvanorna kan leda till, samt att det kan finnas överlapp mellan många av de levnadsvanor som leder till ohälsa, vilket kan leda till dubbelräkning. Både de direkta och de indirekta kostnaderna uppstår främst på grund av de följdsjukdomar som de ohälsosamma levnadsvanorna leder till.

Sammantaget visar dock exemplen på att ohälsa bidrar till stora samhällskostnader, vilka om de minskades skulle leda till besparingar för samhället, både inom hälso- och sjukvården och på grund av minskade produktionsförluster.

Fetma

Fetma har stora negativa konsekvenser, både för individen i form av lägre hälsorelaterad livskvalitet och lägre inkomster och för samhället i form av högre kostnader inom hälso- och sjukvården samt förlorad produktion. Det står således klart att en minskad prevalens av fetma skulle leda till kostnadsbesparingar, för både individ och samhälle. De skattningar som nedan lyfts fram skiljer sig åt vad gäller

[20] SKL, *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*, 2012.

inkluderade sjukdomar och tillstånd. De kan inte heller ses som att omfatta alla tillstånd relaterade till övervikt och fetma, eftersom de exempelvis inte alltid inkluderar cancersjukdomar relaterade till övervikt och fetma eller depression, varför de kan anses vara en lägsta skattning av samhällets kostnader.

I en litteraturöversikt från Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) från 2002 antas vårdkostnaderna för övervikt och fetma (definierat som BMI>30) uppgå till ungefär två procent av de totala vårdkostnaderna under 2003[21]. Detta skulle motsvara ett värde om ungefär tre miljarder kronor och innefattar all sjukhusvård, primärvård och läkemedel. Uppräknat till dagens penningvärde motsvarar det ungefär 3,6 miljarder kronor (2018).[22] I den beräkningen är dock inte kostnader för flera sjukdomar som är förknippade med hög vikt, såsom cancer, värk från leder och muskulatur, artros och ryggsmärtor, depression och ångest eller sömnapné inkluderade, vilket kan innebära att det är en underskattning av kostnaderna. Exempelvis uppger Cancerfonden i en rapport från 2016 att övervikt och fetma är en bidragande faktor till ungefär fyra procent av alla cancerfall i Sverige[23], vilket innebär att estimat som inte inkluderar liknande kostnader är en underskattning.

En studie av Persson m.fl. från 2005 uppskattar att de totala direkta sjukvårdskostnaderna, inklusive all sjukhusvård, öppenvård och läkemedel till följd av övervikt och fetma var 3,6 miljarder kronor år 2003, vilket motsvarar ungefär 4,2 miljarder i 2018 års värde.[24] Studien inkluderar endast personer 16 år och äldre. De genomförde även prognoser av framtida kostnader beroende på hur andelen personer med övervikt eller fetma utvecklades över tid. Givet att prevalensen av övervikt och fetma ökar i samma takt som den gjorde under åren 1980/1981 till 1997/1998 skulle merkostnaden för övervikt och fetma ha ökat till 4,6 miljarder kronor år 2030, uttryckt i 2003 års priser. Detta motsvarar en kostnad om ungefär 5,4 miljarder kronor i 2018 års penningvärde.[25] Författarna understryker att

[21] Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, *Fetma – Problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt, Stockholm*, 2002.
[22] SCB, Prisomräknaren 2018.
[23] Cancerfonden, *Cancerprevention – Vad säger forskningen?* 2016.
[24] Persson U, Svensson M, Ödegaard K, *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, 2005.
[25] Persson U, Svensson M, Ödegaard K, *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, 2005.

osäkerheten i skattningen är stor, beroende på osäkerheten i parametervärden för den relativa risken för de inkluderade sjukdomarna. I en ytterligare studie uppskattas de indirekta kostnaderna av övervikt och fetma i form av produktionsförluster till ungefär 12,4 miljarder kronor i 2003 års priser[26], motsvarande ungefär 14,5 miljarder kronor i 2018 års värde. Sammanlagt skulle alltså kostnaderna för fetma, direkta och indirekta, uppgå till ungefär 18,5 miljarder kronor i 2018 års penningvärde, givet att andelen med övervikt eller fetma skulle vara oförändrade.

I en rapport från 2011 har Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) försökt uppskatta samhällets kostnader för fetma i form av ökade vårdkostnader och förlorad produktion.[27] De uppger att en lägsta skattning av den offentliga sektorns kostnader för övervikt och fetma år 2003 var strax under 15 miljarder kronor och hänvisar till tidigare redovisad studie (Persson U, Ödegaard K. 2005). Det motsvarar ungefär 17,5 miljarder kronor i dagens penningvärde.

Alkohol

Riskkonsumtion av alkohol utgör en stor kostnad för samhället, både inom hälso- och sjukvården och inom andra områden. Det är svårt att uppge exakta siffror, men de beräkningar som finns talar för att det handlar om tiotals miljarder årligen.

Statliga Missbruksutredningen från 2011 kom fram till att alkohol kostade samhället cirka 49 eller 66 miljarder kronor år 2008[28], vilket motsvarar ungefär 51 och 69 miljarder kronor i dagens penningvärde. Skillnaden beror på att två olika beräkningsmetoder användes (top-down eller bottom-up). Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD, kom 2006 fram till cirka 20 eller 29 miljarder kronor för år 2002, beroende på vad som togs med i uträkningen vad gäller negativa och positiva aspekter av alkoholbruk.[29] Det motsvarar ungefär 23 eller 33 miljarder kronor i dagens penningvärde.

[26] Persson U, Ödegaard K, *Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma*, 2005.
[27] Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, *Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt*, 2011:3, 2011.
[28] SOU 2011:6, *Missbruket, Kunskapen, Vården*.
[29] Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, et al, *The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden*, 2002.

Beräkningarna skiljer sig åt beroende på vilken data som används för att beräkna de relativa sjukdomsriskerna vid riskbruk av alkohol, samt vilka kostnader som inkluderas i beräkningarna. De skiljer sig även åt avseende hur många som kan klassas som riskkonsumenter av alkohol. Sammantaget är riskkonsumtion av alkohol en av de levnadsvanor som bidrar till höga samhällskostnader årligen.

För staten

Förslagen om ändrad definition och förtydligat grunduppdrag för primärvården medför inga ekonomiska konsekvenser för staten. Förslagen förändrar inte ansvarsfördelningen mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården.

För att stimulera den önskade omstruktureringen kan dock staten ha ett intresse av att under övergångsperiod tillföra riktade medel. Detta kan t.ex. göras genom en överenskommelse mellan staten och SKL/huvudmännen (jfr avsnitt 8.5).

För landsting/regioner och kommuner

Utredningens förslag innebär ett förtydligande av redan gällande lagstiftning avseende primärvårdens uppdrag. Ett sådant behövs eftersom denna inte fått ett fullt och likvärdigt genomslag. Landsting/regioner och kommuner får inget utökat ansvar eller uppgifter och därmed bedöms inte finansieringsprincipen vara tillämplig.

Enskilda landsting/regioner och kommuner måste själva analysera och besluta om fördelningen av ekonomiska resurser i den egna verksamheten. Detta då förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika landsting, såväl när det gäller nuvarande uppdrag som bemanningssituation och hälso- och sjukvårdssystemet i övrigt. Det pågår i många landsting redan ett arbete med utredning och analyser för hur en omställning till nära vård ska genomföras i just det egna landstinget. Omställningen till nära vård och personcentrerade arbetssätt, med primärvården som nav, bedöms leda till en större kostnadseffektivitet på sikt. Flera internationella studier visar att investeringar

i primärvård kan ha en positiv betydelse för både kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården.[30]

9.5.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om en närmare reglering av primärvårdens grunduppdrag i förordning medför visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen är nödvändig för att nå en god och nära vård i hela landet. Den är även proportionerlig med hänsyn till det ändamål som föranlett den, se avsnitt 9.2.1. Som redogjorts för tidigare i betänkandet har landstingen inte uppfyllt lagstiftarens intentioner. Alternativet att inte reglera primärvårdens uppdrag innebär att det inte blir någon förändring jämfört med i dag. Det innebär att primärvården fortsatt kommer att variera stort över landet vilket inte styr mot målet i HSL om en god hälsa och vård på lika villkor (3 kap. 1 §).

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Utredningen föreslår ingen förändring som påverkar ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och landsting.

Förslaget om att primärvårdens grunduppdrag regleras, om primärvårdens tillgänglighet samt landstingens skyldighet att organisera primärvården så att utförare inom landstingens Vårdval primärvård ensam eller i samverkan erbjuder de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdsuppdraget ska fullgöras innebär ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen.

Genom att i förordning reglera vilket grunduppdrag som primärvården minst ska svara för minskar landstings/regioners och kommuners inflytande i motsvarande mån. Utredningens förslag till nationellt grunduppdrag för primärvården innebär i sig inget nytt uppdrag för landsting/regioner och kommuner utan innebär ett förtydligande av de skyldigheter som redan finns i dag, men som utredningen bedömer inte uppfylls i alla delar. Det som är nytt är att det nu föreslås en uttrycklig och mer tydlig reglering på förordningsnivå. Förslaget bedöms skapa en större tydlighet gentemot patienter

[30] Anell, Anders, *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt – rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4), 2015.

och andra delar av hälso- och sjukvården om vad primärvården ska svara för och en större likvärdighet av primärvård över landet. Regleringen av primärvårdens grunduppdrag är generellt utformad och inte uttömmande. Det innebär att kommuner och landsting i stor utsträckning har kvar möjligheten att anpassa utformning och innehåll i primärvården till lokala förutsättningar och behov. Utredningen har redogjort för sin bedömning av vad som bör omfattas av primärvårdens grunduppdrag på en mer detaljerad nivå i form av exempel på framgångsfaktorer med förhoppning om att det ska bidra till en likvärdig vård i hela landet. Vården behöver inte nödvändigtvis utformas på exakt samma sätt i hela landet även om innehållet i vården bör vara lika. Hur vården utformas kan behöva anpassas till regionala och lokala förhållanden, såsom avstånd, demografi och epidemiologi.

Genom att lyfta fram primärvårdens uppdrag avseende brådskande vårdinsatser förtydligas något som redan gäller i dag. Utredningen anser att förslaget inte innebär någon ny skyldighet jämfört med i dag. Däremot anser utredningen att primärvården av sina huvudmän hittills på många håll inte har fått de förutsättningar som krävs för att kunna fullgöra uppdraget. Genom att uttryckligen ange att primärvården även ska ta om hand brådskande behov förväntas en nödvändig resursöverföring ske. Motsvarande gäller för primärvårdens stödjande och rådgivande arbete liksom att primärvården ska bedriva forskning. Förslagen är utformade på ett generellt sätt med avsikt att påverka men inte styra den regionala och lokala utformningen av primärvården. Dessa förslag förtydligar primärvårdens roll i dessa sammanhang men medför inte några nya skyldigheter för kommuner och landsting.

Vad primärvårdens samordnande roll innebär har också förtydligats liksom relationen till samordnande funktioner som kan finnas i andra delar av vården. Förslaget innebär att redan befintliga samordnande funktioner i vården kommer att finnas inom primärvården i den mån den är involverad i patientens vård. Var samordnande funktioner ska finnas i hälso- och sjukvårdsystemet avgörs i praktiken på verksamhetsnivå. Det förslaget påverkar därför inte den kommunala självstyrelsen.

Utredningens förslag om att landstingen ska organisera Vårdval primärvård så att utförare inom landstingens vårdvalssystem i primärvården tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att grunduppdraget ska fullgöras utgör ett

förtydligande av en skyldighet som redan i dag följer av HSL. Genom att reglera vad som ska kunna tillhandahållas genom ett visst namngivet vårdval görs ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer det som försumbart eftersom det är nödvändigt för att nå en mer jämlik primärvård.

Övriga förslag bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen i någon större uträckning.

Proportionalitet i förhållande till syftet

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som har föranlett den. Det innebär att för förslag till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska det göras en proportionalitetsbedömning (se prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s. 147). Sverige ratificerade år 1989 den Europeiska konventionen om kommunal självstyrelse (prop. 1988/89:119).

Utredningen anser att regleringen av primärvårdens grunduppdrag är nödvändig för att skapa en större tydlighet gentemot patienter och andra delar av hälso- och sjukvården samt säkerställa att befolkningen får tillgång till en likvärdig primärvård oavsett var de bor.

Grunduppdraget motsvarar vad befolkningen minst ska kunna förvänta sig av primärvården och påverkas inte av var i landet man bor. Förslaget innebär inga nya skyldigheter jämfört med vad som följer av nuvarande lagstiftning och lagstiftarens intensioner sedan länge. Genom att reglera närmare det som förväntas redan i dag görs ett visst intrång i självstyrelsen. Förslagen om primärvårdens grunduppdrag har dock utformats på en övergripande nivå och så att det finns utrymme för regional anpassning och lokala lösningar. Vår bedömning är att förslagen är metod- och teknikneutrala. Regleringen av primärvårdens grunduppdrag går enligt utredningen därför inte utöver vad som är nödvändigt för att åstadkomma en sådan förändring. En likvärdig god och nära vård i hela landet kan enligt utredningens mening inte uppnås på ett mindre ingripande sätt.

De grundläggande förutsättningar som krävs för att fullgöra ett brett grunduppdrag inom primärvården påverkas inte av geografiska förhållanden. Kraven som befolkningen ställer på kompetens och tillgänglighet i primärvården kommer i princip att vara samma i hela

landet. För att säkerställa att primärvården har samma förutsättningar att vara första vårdnivån i hela landet är det därför nödvändigt att även reglera grundläggande krav på primärvårdens tillgänglighet. Regleringen om att primärvården ska ha en mycket god tillgänglighet skapar utrymme för lokala och regionala anpassningar. Den går därför inte utöver syftet som föranleder den.

9.5.3 Övriga konsekvenser för landsting/regioner

Landstingens förfrågningsunderlag gällande Vårdval primärvård behöver anpassas så det säkerställs att utförare – såväl i egen regi som övriga – kan tillhandhålla de tjänster som krävs för att fullgöra grunduppdraget, ensam eller i samverkan med andra utförare.

It-system och digitalisering av vissa vårdprocesser är andra områden som behöver anpassas för att stödja den pågående omstruktureringen. En del av detta arbete görs nationellt, via Inera, men delar såsom patientadministrativa system hanteras på landstings/regionnivå. Detta behöver dock göras oavsett utredningens förslag.

9.5.4 Konsekvenser för en jämlik vård

Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en ”stark” primärvård och en jämlik hälsa i befolkningen.[31] En väl utbyggd primärvård förbättrar tillgängligheten till vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov.

Utredningens förslag syftar alla till en förstärkt och mer tillgänglig primärvård med större kontinuitet och förbättrad tillgänglighet, något som förväntas bidra till en mer jämlik hälsa mellan olika befolkningsgrupper och mellan olika delar av landet.

Ett nationellt utformat uppdrag och mer enhetliga förfrågningsunderlag förväntas ge en mer jämlik tillgång till en likvärdig primärvård över hela landet.

[31] Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.

9.5.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Under senare tid har det t.ex. rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken.[32] Generellt gäller också att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män, dubbelt så hög, mätt som sjukpenningtalet.[33] Det rapporteras även om att många sjuksköterskor, en starkt kvinnodominerad yrkesgrupp, väljer att lämna sina arbeten på vårdinrättningar runtom i landet p.g.a. ohållbara arbetssituationer.

En väl fungerande primärvård bedöms vara centralt för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården. En förändring mot mer interprofessionella arbetssätt, ses som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö.

Förslagen väntas leda till en primärvård som är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Som en konsekvens av detta ges också bättre förutsättningar för vården och omsorgen att tillhandahålla ett samlat omhändertagande utifrån de behov som individuella kvinnor, män, flickor, pojkar eller personer med annan könsidentitet har, vilket kan förväntas bidra till en stärkt jämställdhet.

9.5.6 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Ett förtydligat uppdrag för primärvården förväntas leda till att patienten lättare vet vart man i första hand ska vända sig i vården samt vilken typ av vårdinsatser man kan förväntas få hjälp med i primärvården. Uppdragets fokus på kontinuitet och samordning förväntas ge en ökad patientsäkerhet och förbättrade möjligheter till att möta den enskilde patientens behov och ta tillvara patientens egna resurser. Samtliga dessa faktorer leder till en förbättrad upplevelse av vården.

[32] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro per bransch och sektor, 2016.*
[33] Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2017*, Socialförsäkringsrapport 2017:13, 2017, s. 56.

För att landstingens del av primärvårdens grunduppdrag ska erbjudas invånarna runtom i landet på ett likvärdigt sätt är det av stor vikt att invånarna både har möjlighet att fritt välja utförare och att de, oavsett vem de väljer, kan få hjälp att vid behov ta sig vidare till och få sin vård samordnad med andra delar av primärvården, vars tjänster inte kan tillhandahållas hos den aktuella utföraren. I propositionen genom vilken vårdvalsystem i primärvården infördes finns inte resonemang kring vilka effekter en möjlig fragmentisering av primärvården kan få för patientens möjlighet att få tillgång till en god och sammanhängande vård. Sedan dess har också återkommande undersökningar visat på fortsatt stora problem med bristande samordning i vården, och att patienter många gånger faller mellan stolar. Genom att tydligare framhålla att samtliga utförare i Vårdval primärvård själva eller i samverkan med andra ska kunna tillhandahålla de tjänster som krävs för att fullgöra grunduppdraget för primärvården, framhålls också vikten av att patientens behov tydligare sätts i fokus samtidigt som det fortsatt möjliggör för såväl större som mindre enheter att etablera sig som utförare. Patienten kan fortfarande välja att anlita vilken utförare som helst, men kan informeras om att utföraren har särskilt samarbete med vissa utförare, vilket underlättar samordning av patientens vård. I dag säger regelverket i vissa landsting att man utifrån konkurrensneutralitet inte får lov att särskilt rekommendera utförare i annat vårdval, t.ex. rehabilitering. Detta gör att patienten måste välja utförare utan vägledning från den som har samordningsansvaret för vården, vilket också försvårar utveckling av interprofessionellt teamarbete mellan olika utförare.

De medicinska resultaten i primärvården mäts i dag inte på aggregerad nivå på ett systematiskt sätt och det är därför svårt att mäta hur resultaten förändras. Förutsättningarna för förbättrade medicinska resultat bör dock finnas i det utökade uppdraget om det genomförs på ett sätt så att erforderliga resurser säkras. För att bättre kunna mäta medicinsk kvalitet i primärvården krävs också att medicinska data registreras och följs upp på ett systematiskt vis. Detta gäller såväl nationellt och regionalt som på den enskilda vårdcentralen och för den enskilde medarbetaren.

9.5.7 Konsekvenser för vårdens medarbetare

Utredningens förslag innebär att primärvårdens medarbetare får en starkare roll när det gäller att avgöra var gränsen ska gå mellan primärvårdens uppdrag och den övriga vården. I dag uppfattas ofta sjukhusklinikerna ensidigt sätta gränsen utifrån sina uppdrag och tillgängliga resurser.

Genom att ändra definitionen av primärvård vill utredningen åstadkomma ett skifte i synsätt. Om primärvården får ett tydligare uppdrag och befolkningens förtroende för den stärks så kommer individer söka sig dit för en första vårdkontakt. Det skapar förutsättningar för primärvården att i samråd med övriga vården avgöra var patientens vårdbehov tillgodoses på bästa sätt. Överenskommelser om gränssnitt och uppdrag kommer därför behöva ses över på olika nivåer och i dialog mellan vårdens olika aktörer.

Medarbetarna har ett ansvar att samordna befintliga resurser och kompetenser utifrån den enskilda patientens behov, preferenser och förutsättningar. När primärvårdens medarbetare bedömer att det finns behov av mer specialiserad kompetens, behöver denna finnas att tillgå utifrån patientens behov och inom ramen för vårdgarantin. Interprofessionellt arbetssätt och nyttjande av digitala lösningar för gemensamma bedömningar tillsammans med patienten kan i framtiden underlätta samordningsuppdraget.

Sammantaget väntas utredningens förslag leda till en bättre fungerande primärvård med ökad attraktivitet för vårdens medarbetare.

9.5.8 Konsekvenser för företagen

Utredningens förslag innebär ett tydliggörande för landstingen av vad som ska erbjudas i primärvården och därmed vilka krav landstingen behöver ställa på utförare i primärvården. Förslagen syftar också till en större likvärdighet över landet vilket förenklar för de företag som bedriver primärvård i flera landsting. Beroende på hur varje landsting väljer att organisera sin vård kan detta innebära att det kommer ställas andra och tydligare krav på utförare inom ramen för landstingens Vårdval primärvård. I förslaget ligger dock att en utförare inte behöver ha alla kompetenser inom den egna enheten utan kan utföra uppdraget i samarbete med andra aktörer eller tillsammans med landstingsdriven verksamhet. Detta medför att även

små företag kan godkännas som utförare, under förutsättning att utföraren uppfyller de krav som respektive landsting ställer upp och som krävs för att patienterna ska kunna få tillgång till alla kompetenser.

Kravet på att utförare i Vårdval primärvård på egen hand eller med hjälp av andra utförare i primärvården ska erbjuda patienter ett brett uppdrag som även har en mycket god tillgänglighet skulle kunna innebära vissa risker för mångfald och ny etablering. Om landstingen ställer för höga krav på varje utförare finns en risk att vissa företag inte hittar de samarbetspartners som krävs för att fullgöra hela uppdraget. Det kan i sig påverka mångfalden av utförare.

Motsvarande förutsättningar gäller i princip redan i dag utan att det framgår lika tydligt eftersom primärvårdsuppdraget inte är närmare reglerat. Utredningen bedömer därför att förslaget i praktiken inte bör få en så stor effekt på mångfalden och etableringsfriheten.

När mer av hälso- och sjukvård bedrivs i öppen vård, inklusive primärvård, skapar det ökade möjligheter för privata vårdföretag att etablera sig då det är i den öppna vården som majoriteten av privata utförare finns i svensk hälso- och sjukvård (privata utförare står i dag för drygt 40 procent av landets primärvård).

Utredningen lyfter också behovet av långsiktighet i villkor och ersättningssystem i landstingens vårdval för primärvård, vilket ger bättre förutsättningar för en mångfald av utförare.

9.5.9 Konsekvenser för EU-rätten

Utredningens bedömning: Förslagen bedöms förenliga med EU-rätten.

Berörd EU-rättslig reglering

Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med EU-rätten. Av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen följer att medlemsstater är skyldiga att erbjuda viss vård till EU och EES medborgare. Utredningens förslag innebär inte någon förändring av de rättigheter som föreskrivs i den rättsakten.

9.5.10 Övriga konsekvenser

Den förväntade utvecklingen mot att mer vård ges i eller nära hemmiljön kommer att innebära mindre behov av transporter till sjukhus och andra vårdinrättningar för patienter. Denna minskning kan till viss del förväntas jämnas ut av att vårdpersonal i stället behöver transportera sig till patienterna, men samtidigt bör en större andel av vårdtillfällen (såsom t.ex. uppföljningsbesök) kunna ske genom distanslösningar vilket medför minskade behov av transporter. I norra Sverige är det t.ex. inte ovanligt att en patient kan behöva åka 15 till 20 mil enkel resa för ett uppföljningsbesök på ett sjukhus. Med befintliga tekniklösningar kan man redan i dag för vissa behov erbjuda möten på distans och med framtida utveckling lär dessa möjligheter bli än större. Sammantaget bedöms därmed förslagen leda till positiva konsekvenser för miljön.

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

10 Kontinuitet i primärvården

10.1 Vikten av kontinuitet

Utredningens bedömning: Kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

I slutbetänkandet av Effektiv vård lyfts särskilt fram att för vårdens storkonsumenter är personlig kontinuitet efterfrågat och önskvärt och kan innebära stora effektivitetsvinster, skapa ökad trygghet hos patienten och en bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Effektiv vård rekommenderar att kontinuiteten som bärande princip ska genomsyra styrning, organisation och arbetssätt i vården.[1] Även Vårdanalys rekommenderar landstingen att se över hur personkontinuiteten i primärvården kan stärkas och utformas på ett ändamålsenligt sätt. Detta mot bakgrund av att det finns en positiv samvariation mellan personkontinuitet till läkare och till såväl produktivitet som patientrapporterad kvalitet.[2] Samma resonemang torde gälla även andra yrkeskategorier.

Vår utredning ställer sig bakom nämnda rekommendationer, inte bara för personer med stort behov av vård, utan för alla som önskar en personkontinuitet i primärvården. Kontinuitet främjar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet i befolkningen. Effektiviteten ökar om patienten och vårdpersonalen redan känner varandra. På så sätt kan onödiga utredningar undvikas. Tilliten som kan skapas i längre relationer underlättar för patienten

[1] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, kapitel 13.
[2] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 187.

att lyfta känsliga frågor, såsom begynnande psykisk ohälsa, missbruksproblematik eller våld i nära relationer. Möjligheten att samordna vården för personer med komplexa vårdbehov ökar väsentligt. Kontinuiteten kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt av annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika professioner.

Dock måste vården respektera att alla patienter inte efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare. Graden av kontinuitet och relationsbyggande bör därför, såsom allt i vården, anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser.

Väl fungerande interna relationer är av stor vikt vid samverkan och kontakter mellan primärvård och annan vård i landsting/regioner och kommuner. Intern samverkan underlättas om samma personer är involverade runt en patient.

I många andra sjukvårdssystem står en fast läkarkontakt i primärvården för kontinuiteten i vården för de allra flesta medborgare. Utredningen bedömer att våra förslag om fast läkarkontakt kommer att leda till att merparten av Sveriges medborgare framöver kommer att ha en fast läkarkontakt i primärvården. Funktionen fast vårdkontakt som kan finnas i all hälso- och sjukvårdsverksamhet kan fylla en annan funktion än den fasta läkaren i primärvården. Den kan innehas av flera olika professioner (jfr 6 kap. 2 § PL).

Även för relationerna mellan vårdens medarbetare är personkontinuitet, uttryckt som fast läkare i primärvården eller fast vårdkontakt, och därpå följande tillitsfulla relationer viktiga förutsättningar, inte minst för ett interprofessionellt teamarbete där samverkan kan ske så smidigt och effektivt som möjligt.

10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas

Utredningens förslag: Det ska förtydligas att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt.

Skälen till utredningens förslag: Redan i dag följer av 6 kap. 3 § PL att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Detta är även något som patienten enligt 3 kap. 2 § PL ska bli informerad om i sin kontakt med vården. I enlighet med 7 kap. 3 § HSL är landstingen vidare skyldiga att organisera sin primärvård så att det finns förutsättningar för alla som vill att välja en fast läkarkontakt. I dag har dock relativt få en fast läkarkontakt. I Nationell Patientenkät år 2017 svarade 51 procent positivt på frågan ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på vårdcentralen?”, en andel som sjunkit från 54 procent år 2015. Enligt Vårdanalys[3] svarade år 2016 endast 42 procent av patienter i Sverige att man hade en fast läkarkontakt i primärvården. Resultatet bekräftas i en nyligen genomförd undersökning av Sveriges Läkarförbund[4]. I undersökningen uppgav 61 procent av de tillfrågade att de saknade fast läkarkontakt i primärvården. En orsak till resultaten kan vara att det inte finns tillräckligt många läkare i primärvården för att kunna erbjuda en fast läkarkontakt. Andra bidragande orsaker skulle kunna vara att regleringen i PL inte lyfts tillräckligt i landstingens förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård och därför inte är tillräckligt känd hos patienter och vårdpersonal.

Avsaknad av fast läkarkontakt i primärvården gör att patienter går miste om både informations- och relationskontinuitet i vården. Detta är viktigt för många patienter, inte minst de med kroniska sjukdomar och/eller komplexa vårdbehov. Det skapar oro hos patienten att inte veta vem som är ansvarig för vården eller vilken läkare man får träffa nästa gång. Patienten får upprepa sin sjukdomshistoria flera gånger vilket kan försvåra både kommande utredning och behandling. Det försämrar även förutsättningar för en god samverkan mellan olika professioner inom primärvården och med andra delar av hälso- och sjukvården.

En fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar i sig risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren får en bättre överblick över pågående aktiviteter. En tillitsfull relation kan även minska patientens behov att söka vård vid vissa tillfällen eller vid platser där adekvat vård för patientens aktuella tillstånd inte kan ges, t.ex. nattetid på akutmottagningen. Dessutom ger en

[3] Vårdanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*, s. 80.
[4] Sveriges Läkarförbund, *Åtta av tio vill ha fast läkare enligt ny undersökning från Novus*, 2018-04-11.

tillitsfull relation bättre förutsättningar för patienten att ta upp potentiellt känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan.

För att patienten ska kunna ta tillvara sin möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt är det nödvändigt att patienten får information om att en sådan möjlighet finns och på vilket sätt detta kan främja patientens hälsa och vård. Utredningen föreslår att det förtydligas i PL att patienten ska få tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Motsvarande förtydligande bör även införas i bestämmelsen om vilken information som ska lämnas till patienten.

Huvudmannen måste också organisera primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan. Samma krav måste ställas både på primärvårdsverksamhet som bedrivs i egen regi och i andra driftsformer.

Det är sannolikt att personer med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov upplever ett större behov av att bygga en långsiktig relation med en namngiven läkare i primärvården. Det kan även finnas patienter eller patientgrupper som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Även vid mer sporadiska kontakter kan förebyggande åtgärder, t.ex. avseende livsstilsförändringar, underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande träffa samma läkare. Alla som önskar en fast läkarkontakt ska få det utan att behöva motivera sin önskan.

Det finns även patienter som av olika skäl inte vill ha en fast läkarkontakt, där t.ex. möjligheten att snabbt få komma i kontakt med en läkare kan vara viktigare än att vänta något på en viss läkare. En del patienter kan även uppskatta att träffa olika läkare för olika åkommor, något som lyfts i våra dialoger med patienter och brukare. Patienten måste därför själv vid varje tillfälle få möjlighet att avgöra vad den känner sig mest bekväm med. I valmöjligheten ligger även att en patient måste kunna byta fast läkarkontakt om relationen inte fungerar.

Ett annat perspektiv på kontinuitet

Jag har länge saknat en mer nyanserad diskussion kring begreppet ”kontinuitet” inom primärvården. Att hela tiden envist upprepa att kontinuitet är en av de viktigaste kvalitetsindikatorerna riskerar att skapa en självreproducerande tankefälla. Genom att i exempelvis enkäter ställa frågan ”Fick du träffa samma läkare …?” implicerar samhället önskvärdhet och genererar därmed förväntan som i sin tur blir till värderingar av kvalitet och inte alltför sällan missnöje, då kontinuitet inte erbjuds. Om vi leker med tanken att vi i stället skulle fråga patienterna – ”Fick du möjligheten att träffa en ny läkare…?” så skulle denna fråga spegla en helt annan värdering och därmed sannolikt också påverka vår syn på kvalitet.

Häromdagen skulle jag själv beställa tid på min vårdcentral och då sköterskan upplyste mig om att ”min” doktor inte hade tid förrän om sex veckor så svarade jag att jag gärna träffade en annan doktor om det var möjligt. Detta skulle gå att ordna, fick jag besked om, men innan vi avslutade samtalet så uttryckte sköterskan det beklagliga i att jag inte fick träffa min ”vanliga” doktor.

Här var det alltså vården själv som poängterade och konserverade idén om vikten av fast läkarkontakt trots att jag som patient inte kände mig ett dugg beroende av kontinuitet i just i detta fall.

Otaliga är de berättelser från både patienter och profession, som jag fått till mig, där man vittnat om långvariga patient-läkarrelationer och där patienten blivit både feldiagnosticerad och felbehandlad under åratal. Detta missförhållande har ofta uppdagats först vid kontakt med just en ny läkare.

Självklart finns det patienter som är extra sårbara och där fast läkarkontakt är av yttersta vikt men icke att förglömma så är vi många ”sällanpatienter” och även kroniskt sjuka som inte sätter detta överst på kvalitetslistan, utan snarare tycker det är viktigare att ha snabb tillgång till läkarkontakt då vi behöver. Dessutom kan det finnas en medicinsk säkerhetsaspekt i att få möjlighet till flera bedömningar via olika läkarkontakter.

Då jag pratar med patienter om fast läkarkontakt så läggs oftast vikten vid att ”slippa upprepa sin historia, om och om igen”. Detta aber borde vi kunna lösa på annat sätt än att alltid kräva just läkarkontinuitet.

10.2.1 Vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården?

Utredningens förslag: 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.

Skälen för utredningens förslag: För att fullgöra uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården krävs en bred medicinsk kompetens. Den naturliga kompetensen är den som motsvaras av specialistkompetens i allmänmedicin. Tillgången till specialister i allmänmedicin är i dag inte tillräcklig för att täcka behovet av fast läkarkontakt om den uttalade målsättningen är att alla i befolkningen ska kunna erbjudas det. Detta var huvudskälet till att kravet på att en fast läkarkontakt i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin togs bort ur HSL i samband med vårdvalsreformen år 2010. Utredningen menar dock att specialistkompetens i allmänmedicin är så central för primärvårdens kvalitet att denna kompetens särskilt måste lyftas och att en plan för att utbilda tillräckligt många specialister i allmänmedicin måste tas fram. Detta då det är den specialitet som i sin kompetensbeskrivning har primärvårdens uppdrag, att möta grundläggande behov av hälso- och sjukvård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Även specialistläkare med annan generalistkompetens, såsom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin skulle kunna fullgöra uppdraget inom sin respektive specialitets målgrupp. Båda dessa specialiteter har också en kompetens som inkluderar förebyggande och rehabiliterande åtgärder inom sina respektive åldersgrupper. För geriatrik anges i Socialstyrelsens målbeskrivning för ST att man ska kunna handlägga gruppen äldre patienter. För barn- och ungdomsmedicin gäller åldersspannet 0–18 år. Utredningen bedömer att dessa både specialiteter har den generalistkompetens som krävs för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården. En geriatriker kan t.ex. vara fast läkarkontakt för äldre patienter som har hemsjukvård eller som bor på särskilt boende, men även för andra äldre patienter. En specialist i barn- och ungdomsmedicin kan vara fast läkarkontakt för barn 0–18 år och vid behov kombinera detta t.ex. med tjänstgöring inom barnhälsovården.

ST-läkare i allmänmedicin bör som en naturlig del av sin specialiseringstjänstgöring vara fast läkarkontakt, i detta liksom i andra utbildningsmoment under handledning. Det är centralt för specialiteten att arbeta med kontinuitet över tid och med ansvar för en avgränsad grupp patienter. Handledningen säkrar att ST-läkaren uppfyller kompetenskraven. Utredningen bedömer att även övriga specialiteter kan komma i fråga, men då under en kompletterande specialiseringstjänstgöring i syfte att erhålla dubbel- eller trippelspecialistkompetens.

Det finns i dag en mindre grupp läkare med annan specialistkompetens än ovanstående, som har tjänstgjort länge i primärvården. De har många gånger en kompetens som är att se som likvärdig med kompetensen hos en specialist i allmänmedicin. Det bör uttryckligen anges i förordningsbestämmelsen att sådan likvärdig kompetens också uppfyller kraven på kompetens och erfarenhet för funktionen fast läkarkontakt. Utgångspunkten är dock att läkare med andra specialiteter än de ovan nämnda ska ansöka om dubbelspecialisering och vid behov genomgå kompletterande sidotjänstgöring. Om detta inte bedöms vara rimligt (t.ex. beroende på nära förstående pensionering) bör läkaren kunna få dispens att vara fast läkarkontakt. Huvudmannen bedöms kunna ge denna dispens, i samråd med t.ex. studierektorsfunktion i allmänmedicin.

Krav på kompetens och erfarenhet hos en fast läkarkontakt kan regleras i förordning. Det förutsätter dock ett bemyndigande från riksdagen. Det bör med hänsyn till HSL:s struktur placeras i 7 kap. 3 § HSL där skyldigheten att tillhandahålla en fast läkarkontakt i Vårdval primärvård regleras.

Dubbelspecialisering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter[5] får en läkare högst tillgodoräkna sig två och ett halvt år från tidigare specialiseringstjänstgöring vid dubbel- eller trippelspecialisering. För allmänmedicin är Socialstyrelsens praxis att det krävs minst 2,5 års tjänstgöring i primärvården för att man ska kunna få specialistbevis i allmänmedicin. Flertalet specialiteter har även behov av annan kompletterande sidotjänstgöring, be-

[5] 6 kap. 1 §., Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8), *om läkarnas specialiseringstjänstgöring.*

roende på vilken grundspecialitet man har. Det innebär att det i praktiken tar 3 till 4 år att erhålla allmänmedicin som en ytterligare specialitet. Under specialiseringstjänstgöring i syfte att erhålla dubbel- eller trippelspecialitet bör man vara fast läkarkontakt i primärvården på samma sätt och med samma krav på handledning som för andra ST-läkare i allmänmedicin.

10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas

Utredningens förslag: Det ska förtydligas att möjligheten att välja en fast läkarkontakt i primärvården är kopplad till den utförare som patienten har valt inom Vårdval primärvård.

Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Skälen för utredningens förslag

Fast läkarkontakt hos vald utförare i Vårdval primärvård

Enligt 7 kap. 3 § HSL har alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård rätt att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster i primärvården och att välja fast läkarkontakt oavsett till vilket landsting patienten hör. Detta sker i dag genom specifika listningssystem i varje landsting. I dag framgår inte klart av regleringen att den fasta läkarkontakten ska finnas hos den utförare som patienten har valt. Enligt utredningens mening är det däremot rimligt att det är så regleringen är tänkt att fungera. Denna avsikt bör förtydligas. Det bör därför framgå av regleringen i 7 kap. 3 § HSL och i 6 kap. 3 § PL att möjligheten att välja fast läkarkontakt är kopplad till den utförare i Vårdval primärvård som patienten har valt. Valet av utförare i Vårdval primärvård styr därmed verksamhetsansvar och ekonomisk ersättning på samma sätt som i dag. Om en läkare byter arbetsplats behöver patienter få möjlighet att välja en ny fast läkarkontakt eller byta utförare för att följa med sin tidigare fasta läkarkontakt.

Det finns förespråkare för att i Sverige likt en del andra länder föreslå att den listning som sker ska ske direkt på, och enbart på, en

enskild läkare i primärvården, dvs. att val av en enskild fast läkarkontakt ska utgöra grunden i vårdvalet i stället för en utförande enhet, och därefter vid denna enhet en fast läkarkontakt. Så sker i dag i flera andra länder, t.ex. i Danmark och Norge. I dessa länder är också ersättningen direkt kopplad till den enskilde läkaren som har avtal med kommun/stat. Den enskilde läkaren får i sin tur anställa eller sluta avtal om andra tjänster inom primärvården. Systemen har likheter med det system med ”nationell taxa”[6] som i liten skala finns i Sverige även för specialister i allmänmedicin, och som för närvarande är under översyn.[7]

Sverige har, till skillnad från dessa länder, historiskt väl utbyggda team av flera samverkande professioner på flertalet enheter i primärvården. Detta teamarbete behöver utvecklas ytterligare för att kunna möta en växande grupp av patienter med komplexa behov. Behovet av interprofessionellt arbetssätt nämns som utvecklingsområden i de länder där primärvården av tradition utgår från en-läkarenheter, såsom t.ex. Norge och Danmark. Utredningen bedömer därför att det inte är ändamålsenligt att svensk primärvård utvecklas i motsatt riktning mot den utveckling som ses i våra nordiska grannländer. Betydelsen av fast läkarkontakt bör betonas och stärkas, samtidigt som möjligheten och förutsättningarna för en fortsatt nära samverkan med andra yrkesgrupper bevaras.

Bestämmelser för fast läkarkontakt

För att möjliggöra en god och patientsäker vård måste uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården kunna avgränsas. En rimlig begränsning av antal patienter per fast läkarkontakt kan t.ex. ge bättre förutsättningar för den enskilde läkaren att vara tillgänglig för sina patienter och erbjuda en god och säker vård. Det ger även läkaren möjlighet att ha kontroll över sin arbetssituation. En god arbetsmiljö för medarbetare i primärvården är även en grundläggande förutsättning för att primärvården ska ses som en attraktiv arbetsplats.

Enligt utredningens mening finns det alltså behov av närmare bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt för att kunna garantera en god och säker vård. Utredningen föreslår därför att

[6] Förordning (1994:1121), *om läkarvårdsersättning*.
[7] S2017/00594/FS, *Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet.*

Socialstyrelsen bemyndigas att ta fram de bestämmelser om fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård. Ett bemyndigande om det bör placeras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Enligt utredningens mening bör bestämmelser om läkarens patientansvar beakta läkarens kompetens och erfarenhet, vilka patientgrupper som läkaren ansvarar för eller som är vanligt förekommande på den vårdenhet där denne tjänstgör, samt andra uppdrag, tjänstgöringsgrad m.m.

När det gäller hur många patienter som det är rimligt att vara fast läkarkontakt för har 1 500 genomsnittliga patienter per fast läkarkontakt ofta använts vid beräkningar av behov på aggregerad nivå. Siffran bygger på tidigare utredningar kring primärvårdens dimensionering. Under husläkarreformen[8] i mitten på 1990-talet var riktvärdet 1 500–2 500 listade per heltidsarbetande husläkare. I Nationella handlingsplanen[9] år 1999 gjordes beräkningarna utifrån 1 500 genomsnittliga invånare per heltidslista, en norm som Arbetsmiljöverket utgått ifrån i samband med en nationell tillsyn av den psykosociala miljön vid vårdcentraler.[10] I det aktuella tillsynsärendet framkom att vissa läkare på en vårdenhet ansvarade för mer än 2 400 patienter. Arbetsmiljöverket beslutade att Region Örebro skulle följa upp arbetsbelastningen för de aktuella läkarna månatligen.

I det norska fastlegesystemet[11] kan en fastlege ha mellan 500 och 2 500 personer på sin lista. Man kan hos kommunen ansöka om dispens för en mindre lista än 500 personer, men inte om större än 2 500 personer. I Danmark är heltidsarbetande läkare i primärvården skyldiga att lista upp till 1 600 individer[12]. Därutöver kan läkare själva välja listningstak. För att få lista fler än 2 700 individer behövs särskilt tillstånd. I Nederländerna är normen mellan 800 och 2 750 invånare per läkare.

Utredningen anser att det inte är lämpligt att i författning ange ett exakt antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för eftersom det bör kunna variera beroende på flera olika kriterier. En sådan numerär reglering kan vara svår att anpassa till hälso- och sjukvårdens utveckling och framtida vårdbehov. Antalet patienter bör även påverkas av t.ex. hur erfaren läkaren är, vilka andra uppdrag denna har, vilken typ av patienter som generellt är listade på enheten

[8] SOU 1994:126, *Husläkarreformens första halvår, delbetänkande av husläkardelegationen.*
[9] *Socialutskottets betänkande*, 2000/01:SOU05.
[10] *Arbetsmiljöverkets tillsynsärende*, dnr IRM/2013/11752.
[11] FOR-2012-08-29-842, *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.*
[12] Vårdanalys, *Primärvårdens resurser, styrning och organisation*, 2017.

eller annars söker vård där. Det kan också påverkas av hur ansvars- och arbetsfördelningen är mellan läkare och andra professioner. Det kan övervägas om det även för svenska förhållanden är lämpligt att ange ett intervall. Utredningen utesluter däremot inte att begränsningar kan utformas även på andra sätt än att anges i siffror. En förutsättning är att bestämmelserna kan följas upp. Faktorer som bör påverka i riktning mot en mindre lista är till exempel deltidstjänstgöring eller ett omfattande uppdrag gällande äldre och/eller multisjuka. Vid ett uppdrag som helt fokuserar på äldre multisjuka kan ansvaret behöva begränsas ytterligare. Andra faktorer att beakta kan vara andel olistade patienter i verksamheten och den del av arbetstiden som läkare behöver ta hand om dessa patienter samt andra uppdrag (forskning, utbildning etc.) som läkaren har. ST-läkare i början av sin specialiseringstjänstgöring kan ha ansvar för ett mindre antal patienter och sedan successivt öka antalet patienter under specialiseringstjänstgöringen.

Även den övre gränsen bör vara väl tilltagen för att möjliggöra anpassning hos utförare som har en friskare population eller ett väl utbyggt samarbete med andra professioner och där läkaren därför kan ansvara för fler patienter.

Det är vårdgivaren som ansvarar för patientsäkerhet och kvalitet. Det bör vara verksamhetschefen som tillsammans med den enskilde läkaren, utifrån lokala förhållanden, reglerar uppdraget för den enskilde läkaren. Detta uppdrag kan komma att ändras om sammansättningen av patientgruppen förändras eller om andra förutsättningar ändras, t.ex. andel patienter på enheten som själva avstår eller på grund av brist temporärt inte kan erhålla fast läkarkontakt. En patient bör kunna ställas i kö till en specifik fast läkarkontakt i väntan på att läkaren kan ta emot nya patienter. Landstingen behöver därför ha system för att kunna hantera en kölista, se exempel från Region Uppsala.

Tillfällig begränsning – kölista vid byte/omlistning

När det gäller listning till vårdcentraler så finns det ingen övre gräns för antal listade. Det betyder att ingen ska nekas listning på vårdcentral.

När det gäller listning på husläkare kommer taken att finnas kvar vid behov. Det är respektive chef för vårdcentralen som själv vid behov beslutar om och när en begränsning i listningen på respektive husläkare ska införas. Taket anges i viktade personer. Det betyder att listade ska ställas på kö om en husläkare har fullt på sin lista. Meddelande om begränsning i listningen anmäls till Husläkarkansliet.

En person kan ställa sig i kö till en husläkare och fortsätta vara listad på annan eller samma vårdcentral eller annan husläkare. Invånarna kan endast stå i kö till en husläkare åt gången.

Husläkarkansliet kommer att lämna information till respektive vårdcentral om antal personer som står i kö för att underlätta för vårdcentralerna att kunna bedöma och planera kapaciteten.[13]

10.2.3 Rollen som fast läkarkontakt och förhållandet till funktionen fast vårdkontakt

Fast läkarkontakt i primärvård har det samordnande ansvaret för patientens vård. Däremot har fast läkarkontakt inte det medicinska ansvaret för vård som ges inom andra delar av hälso- och sjukvården. För att kunna ta ett samordnande ansvar behöver läkaren kunna ta del av information om vård både vid andra enheter och vårdprocesser hos samma vårdgivare och vård som utförs av en annan vårdgivare. En grundläggande förutsättning är att patienten samtycker till en sådan informationsdelning. Samtycket måste också dokumenteras och följas upp kontinuerligt. Det är därför viktigt att patienten framför allt i samband med nya vårdkontakter får information om hur hens personuppgifter kommer att behandlas och tillfrågas om patienten godkänner att primärvården får tillgång till uppgifter om patientens vård vid det aktuella tillfället. Det innebär också att fast läkarkontakt behöver informeras när en patient skrivs in i slutenvård, samt involveras i samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Fast läkarkontakt ansvarar också för planering av läkarvård samt för samordning av vårdinsatserna hos den egna utföraren i Vårdval

[13] Vårdval Region Uppsala. *Regelbok för vårdcentral.*

primärvård såvida inte en fast vårdkontakt finns, som tagit på sig samordningsuppdraget.

Även om största möjliga kontinuitet eftersträvas, kan den fasta läkarkontakten inte alltid vara tillgänglig. Fokus bör vara att fast läkarkontakt är tillgänglig för alla planerade kontakter och så långt möjligt även för mer brådskande behov. För patienter med komplexa behov är det av vikt att fast läkarkontakt tillsammans med patient och andra berörda aktörer gör en vårdplan, så att annan läkare vid behov kan följa den planen. På så sätt uppnås kontinuitet i behandlingen även om den inte alltid är möjlig att uppnå på personnivå.

Utöver eller i stället för fast läkarkontakt i primärvården ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. För resonemang kring förhållandet fast läkarkontakt och fast vårdkontakt hänvisas till avsnitt 5.1.7 och 9.2.5.

10.2.4 Patienter som inte valt fast läkarkontakt

Landstinget är huvudansvarig för att organisera verksamheten så att även behoven hos de patienter som inte valt utförare inom landstingets Vårdval primärvård och/eller fast läkarkontakt säkerställs. Det är därför viktigt att landstinget ställer krav på utförare som har uppdrag inom Vårdval primärvård att bemanna så att detta behov kan mötas. Detta för att alla ska få samma goda vård.

Vi ser tre undergrupper:

- Patienter som valt utförare i Vårdval primärvård och vill välja fast läkarkontakt men där den önskade läkaren inte kan ta emot fler patienter. Här kan patienten välja att ställa sig i kö till önskad läkare och anses då sakna fast läkarkontakt.
- Patienter som valt utförare aktivt men valt att avstå från möjligheten att välja fast läkarkontakt.
- Patienter som valt att avstå från att välja utförare i landstingets Vårdval primärvård. I vissa landsting blir man då passivt listad på en vårdcentral och måste aktivt säga till om man inte vill bli listad.

Passiv listning på utförare underlättar för utföraren som då erhåller kapiteringsersättning för patienten, vilket möjliggör för utföraren att dimensionera sin verksamhet så att man kan möta behoven även hos passivt listade patienter. Om man inte tillämpar passiv listning får utförare som tar emot dessa patienter särskild ersättning för detta. Utredningens förslag ändrar inte på dessa förhållanden.

10.2.5 Tillgången till fast läkarkontakt bör följas upp

Tillgången till fast läkarkontakt behöver kunna följas upp såväl nationellt som regionalt. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har tidigare följt kontinuitet i primärvården och bör ha ett fortsatt uppdrag att göra så. Uppföljningen av god vård, kvalitet och lagefterlevnad inom hälso- och sjukvården sker i enlighet med respektive statlig myndigheters uppdrag.

Enligt utredningen är det lämpligt om det av patientjournalen framgår vilken läkare som är fast läkarkontakt för patienten. Denna information bör också göras tillgänglig i Nationella patientöversikten (NPÖ) för att vara tillgänglig för övriga aktörer i vården.

10.2.6 Relaterade frågor med behov av vidare utredning

Utredningens bedömning: 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 utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård” som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Enligt utredningens bedömning saknar landsting/regioner enligt 7 kap. 3 § HSL möjlighet att neka enskilda att fritt lista sig hos en utförare i Vårdval primärvård. En utförare kan därmed inte begränsa antalet patienter som listar sig hos utföraren. Det är därmed inte heller upp till utföraren att välja i vilken skala den vill bedriva sin primärvårdsverksamhet. För en vårdgivare kan detta vara problematiskt av flera skäl. Det kan finnas praktiska hinder för en utförare att växa, om

lokalerna inte är möjliga att utvidga och alternativa lokaler inte finns. Då finns en risk att en välfungerande utförare börjar fungera sämre och t.o.m. kan behöva lägga ner sin verksamhet. Även tillfälliga problem kan uppstå p.g.a. att man inte hinner rekrytera personal till en utförare som växer snabbt. Alla utförare vill inte heller ansvara för att driva en stor verksamhet. Utredningen ser därför ett behov för utförare att i vissa fall kunna sätta stopp för ytterligare listning, tillfälligt men även permanent. För att skapa förutsättningar för mångfald behöver det vara möjligt att bedriva även mindre verksamheter med ett mer begränsat antal patienter. Utredningen anser att det är angeläget att frågan ses över.

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.

Båda dessa områden bör utredas inom ramen för utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård” som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

10.3 Steg mot säkrad bemanning

10.3.1 Aktuell situation

Bristen på specialister i allmänmedicin har de senaste decennierna varit ett problem och gjort det svårt för landstingen att säkra bemanningen så att alla som vill ska kunna få en fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen bedömer att åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att det utbildas tillräckligt många specialister i allmänmedicin och så att andelen specialister i allmänmedicin i förhållande till samtliga specialister ökar.

Antal läkare i primärvården

Enligt Socialstyrelsen[14] fanns det den 31 december 2015, 7 149 läkare under 65 år med utfärdat specialistbevis i allmänmedicin. Antalet hade ökat med 381, eller 6 procent, jämfört med ett år dessförinnan. Därutöver fanns det 2015, 4 116 läkare 65 år och äldre med specialistbevis i allmänmedicin, en minskning med 33 eller 0,8 procent, se tabell 10.1.

[14] Socialstyrelsen, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015*, 2016.

Tabell 10.1 Antal utfärdade specialistbevis i allmänmedicin

Antal specialistbevis	2014	2015	Förändring
64 år	6 768	7 149	+6,0 %
65 år–	4 149	4 116	-0,8 %
Totalt	**10 917**	**11 265**	**+3,2 %**

I Socialstyrelsens prognoser fram t.o.m. 2025[15] använder man i stället måttet antalet sysselsatta under 70 år inom hälso- och sjukvården. I den senaste statistiken från Socialstyrelsen[16] var antalet sysselsatta specialister i allmänmedicin under 70 år 5 974 stycken (2015). En stor andel av dagens specialister i allmänmedicin är nära eller över pensionsåldern (65 år). Av 5 974 sysselsatta under 70 år var 877 (14,7 procent) över 65 år och ytterligare 1 144 (19,1 procent) mellan 60–64 år (2015). Den prognosticerade utvecklingen för åren 2012 till 2025 är negativ, med en minskning på 11 procent eller cirka 600 personer om nettoinvandringen är oförändrad, och med en minskning på 37 procent eller drygt 2 000 personer om nettoinvandringen är noll. Huvudskälet till minskningen är stora pensionsavgångar. Statistiken tar ingen hänsyn till tjänstgöringsgrad.

Sveriges läkarförbund gjorde 2012 en undersökning av primärvårdens läkarbemanning[17]. Undersökningen genomfördes som en enkätundersökning till landets samtliga vårdcentraler och hade en svarsfrekvens på 98,5 procent. Omräknat till heltider fanns det, enligt rapporten, då 4 784 specialistläkare som arbetade i primärvården, varav 85 procent på fasta tjänster, resten på vikariat längre än en månad. Drygt 90 procent var specialister i allmänmedicin, men cirka 250 läkare hade annan specialitet, de största specialiteterna var geriatrik och barn- och ungdomsmedicin. Läkare som var lediga för semester eller kortare sjukdomsperiod räknades in, men inte de med längre ledigheter. Den vecka undersökningen gjordes arbetade 949 personer som hyrläkare eller på kortare vikariat (mindre än 1 månad) i primärvården, varav 71 procent var specialister i allmänmedicin. Det går inte ur undersökningen att utläsa hur många av hyrläkarna som enbart arbetade som hyrläkare och hur många som samtidigt hade tjänst på

[15] Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården, åren 2012–2025*, 2014.
[16] Socialstyrelsen, *Statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal.*
[17] Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, 2013.

vårdcentral eller på sjukhus och tjänstgjorde som hyrläkare på sin fritid. Läkartätheten varierade stort, såväl mellan olika landsting som mellan olika enheter. I rapporten dras slutsatsen att det saknades motsvarande 1 400 heltidsarbetande specialister då undersökningen gjordes, i förhållande till måttet 1 500 invånare/heltidsarbetande läkare i primärvården. ST-läkarna räknades inte med i beräkningsunderlaget.

Antal ST-läkare i allmänmedicin var enligt Sveriges läkarförbunds undersökning 2012 1 863 stycken och enligt Socialstyrelsens enkät 2017[18] drygt 1 800 i hela landet. I Socialstyrelsens enkät deltog 18 landsting (ej Jönköping, Gävleborg och Norrbotten), så siffran är i verkligheten något högre. 2012 hade dessa tre landsting 164 ST-läkare i allmänmedicin. Om antalet ST-läkare i dessa landsting inte har minskat är totalantalet ST-läkare i hela landet i dag minst cirka 2 000. I vissa landsting ökar antalet ST i allmänmedicin och utredningen uppfattar att söktrycket är stort. I Region Skåne har till exempel antalet regionalt finansierade ST (utbildningsbidrag) ökat från 232 år 2014 till 327 år 2018, dvs. en ökning på 40 procent på fem år.

Utredningens förslag innebär att även ST-läkare i allmänmedicin ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen uppskattar att en ST-läkare i genomsnitt kan ansvara för motsvarande en tredjedels specialist i allmänmedicin. Hänsyn är då tagen till att ST-läkaren i början av sin specialiseringstjänstgöring har en mindre lista, i slutet en större samt att ST-läkaren förlägger cirka 40 procent av sin specialiseringstjänstgöring utanför primärvården vid s.k. sidotjänstgöringar.

Med stor medvetenhet om osäkerheten i befintliga underlag, uppskattar utredningen, att det i dag finns läkare motsvarande cirka 6 000 heltidsarbetande allmänläkare som skulle kunna arbeta som fast läkarkontakt i primärvården, se även avsnitt 10.3.2.

Omfattningen på primärvårdens uppdrag

På senare år har primärvårdens uppdrag vuxit organiskt. Primärvården har tagit ett allt större ansvar för personer med en eller flera kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa, äldre och andra med komplexa behov. Företagshälsovården har sedan 1990-talet minskat och en miljon arbetstagare saknar i dag tillgång till företagshälsovård. Företagshälsovården

[18] Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2018*, 2018.

har också ändrat karaktär och många företag upphandlar i dag endast hälsokontroller.[19] Detta har bidragit till ett ökat uppdrag för primärvården, inte minst kring sjukskrivning och rehabilitering.

Samtidigt har primärvården under samma period förstärkts med många andra kompetenser än allmänläkare och distriktssköterskor. Sjuksköterskor med avancerad utbildning i t.ex. diabetes, hjärtsvikt, KOL och demens, ger i dag självständigt vård till patienter med kroniska sjukdomar, i samråd med patienten och dennes läkare samt övriga i teamet. Distriktssköterskor har fått förskrivningsrätt för vissa läkemedel. Fysioterapeuter i första linjen för patienter med problem från rörelseorganen blir allt vanligare, liksom psykolog i första linjen för patienter som söker för psykisk ohälsa. Teamarbete har på många ställen utvecklats (jfr bilaga 3 om interprofessionellt arbete). Andra kompetenser som patienter i dag kan möta i primärvården är arbetsterapeuter, dietister och hälso- och sjukvårdskuratorer. Farmaceuter finns i allt större utsträckning tillgängliga för t.ex. läkemedelsgenomgångar.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att dessa båda trender tar ut varandra och att ett rimligt värde som planeringsunderlag avseende läkare i primärvården därmed är detsamma som 1999, dvs. 1/1500, vilket också ligger i mitten av de spann som tillämpas i andra länder, såsom Norge, Danmark och Nederländerna.

För resonemang kring behov av andra kompetenser än läkare hänvisas till avsnitt 9.2

Produktivitet

I internationella jämförelser uppvisar svenska läkare en lägre produktivitet än läkare i andra länder, mätt som antal besök per läkare och år.[20] Statistiken rör all öppenvård inklusive primärvård. Någon jämförbar statistik för enbart primärvård finns inte.

Det finns sannolikt flera förklaringar till den lägre produktiviteten i Sverige, såväl utifrån hur man mäter som hur primärvårdens uppdrag och organisation ser ut i olika länder samt hur lagstiftning kring arbetstider, semester och föräldraledighet är utformad. Utredningen ser bl.a. följande möjliga förklaringar:

[19] SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder – studiehandbok från FHV-delegationen.*
[20] Vårdanalys, *Primärvården i Europa*, 2017.

1. Sverige har, delvis till följd av en långvarig brist på läkare i primärvården, kommit långt när det gäller att introducera andra professioner i primärvården. Det innebär att läkarbesöken i större utsträckning rör mer komplexa problem och därför tar längre tid. Mer tid behöver också läggas på samordning av olika vårdinsatser.
2. Bristande kontinuitet i Sverige gör att varje läkarbesök tar längre tid än när läkare och patient känner varandra sedan tidigare.
3. En stor andel fast ersättning i landstingens vårdvalssystem. Styr mot att man löser flera problem vid samma besök, jämfört med om man har en större andel rörlig besöksersättning.

Den fortsatta digitaliseringen av hälso- och sjukvården förväntas också få betydelse för produktivitet och effektivitet i primärvården och för samordningen med övriga delar av hälso- och sjukvården. Den fortsatta utvecklingen kan innebära effektivitetsvinster för patienter och vårdens professioner, men i vilken utsträckning och hur snabbt är fortfarande för tidigt att säga.

Tillgång på läkare

Utredningen har gjort bedömningen att underlaget från Sveriges Läkarförbund[21] bäst speglar den verkliga bemanningen i primärvården Detta eftersom det, till skillnad från Socialstyrelsens underlag, fångar de läkare som faktiskt är verksamma inom primärvården (Socialstyrelsens underlag omfattar sysselsätta specialister i allmänmedicin, men säger inget om var dessa är sysselsätta). Jämfört med 2012 finns i dag fler läkare med specialistbevis i allmänmedicin. Då pensionsavgångarna samtidigt är stora väljer utredningen att använda samma bemanningstal för att beskriva nuvarande tillgång på specialister i allmänmedicin, dvs. motsvarande cirka 4 800 heltidsarbetande specialistläkare.

Till det kommer cirka 2 000 ST-läkare i allmänmedicin, vilket enligt ovanstående resonemang, uppskattas motsvara cirka 665 specialister. Därutöver tillkommer de specialister i allmänmedicin som i dag arbetar som hyrläkare. Utredningen har försiktigt räknat med att hälften av de hyrläkare som finns med i underlaget från Sveriges Läkarförbund är hyrläkare utan underliggande anställning och att dessa

[21] Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, 2013.

därför skulle vara möjliga att återrekrytera till fast anställning i primärvården. Totalt sett uppskattar utredningen, enligt våra försiktiga beräkningar, att det därmed finns läkare motsvarande cirka 6 000 heltidsarbetande allmänläkare som skulle kunna fylla funktionen som fast läkarkontakt i primärvården. Därutöver finns specialister i allmänmedicin som arbetar inom andra sektorer av hälso- och sjukvården, t.ex. företagshälsovård. Dessa har inte räknats med i vårt underlag, då vi inte kunnat bedöma antalet eller intresset för att återgå till att arbeta i primärvården.

Behov

Befolkningen i Sverige är i år (2018) cirka 10,2 miljoner. Prognosen för 2027 är 11,1 miljoner invånare[22].

Utgående från en övergripande dimensionering om 1 500 invånare/heltidsarbetande specialist i allmänmedicin är behovet

- år 2018: 6 800 läkare
- år 2027: 7 400 läkare.

För att kunna erbjuda hela befolkningen en fast läkarkontakt i primärvården krävs således redan i dag ett tillskott om minst 800 heltidsarbetande läkare, förutsett att en andel av de som i dag arbetar som hyrläkare kan rekryteras till fast tjänst. Fram till 2027 behövs ett nettotillskott om ytterligare 600 heltidsarbetande läkare, dvs. ett tillskott av totalt minst 1 400 heltidsarbetande läkare i primärvården.

10.3.2 Fler ST-tjänster i allmänmedicin

Utredningens bedömning: Antalet specialiseringstjänster i allmänmedicin behöver ökas med 1 250 tjänster utöver dagens nivå, under perioden 2019–2027.

Utredningens förslag: Staten ska under övergångsperioden 2019–2027 finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin.

[22] SCB, *Prognos folkmängd 2016–2060*.

Ansvaret för dimensionering och finansiering av specialiseringstjänster (ST) ligger på landstingen. Regeringen gav dock den 1 mars 2018, Socialstyrelsen i uppdrag[23] att, utöver den rapportering de årligen gör kring tillgången och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Kartläggningen och bedömningen ska göras både på nationell och regional nivå och omfatta både offentliga och privata vårdgivare.

I uppdraget ingår att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensionering av ST-tjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt, i syfte att minska bristen av olika sorters specialistläkare och uppnå målsättningen om en jämlik vård i hela landet. Fokus ska läggas på de specialiteter där det finns en tydlig brist. De bristspecialiteter som Socialstyrelsen tidigare lyft fram är allmänmedicin och psykiatri.[24] Socialstyrelsen ska samarbeta med Sveriges Kommuner och Landsting samt Läkarförbundet i genomförandet av uppdraget.

Den allvarliga bristen på specialister i allmänmedicin gör att staten under en omställningsperiod bör stimulera utbildningstakten av specialister i allmänmedicin. Utredningen bedömer att det är en nödvändig åtgärd för att inom rimlig tid kunna bemanna primärvården. Det i sig är en förutsättning för att kunna bedriva god vård och tillhandahålla fast läkarkontakt till befolkningen.

Utredningens beräkningar utgår ifrån att landstingen fortsätter att finansiera utbildningen av specialister i allmänmedicin, minst i samma omfattning som under 2018. Därutöver ser utredningen behov av en riktad statlig satsning för att finansiera 1 250 ST i allmänmedicin under perioden 2019–2027.

Under denna tidsperiod förväntas landstingens arbete med omstrukturering av hälso- och sjukvården mot en god och nära vård leda till en ändrad balans i hälso- och sjukvårdsstrukturen med en större tyngd på primärvården. Därmed omfördelas också resurser, vilka efter övergångsperioden bör kunna tillgodose den långsiktiga finansieringen av specialister i allmänmedicin i landsting/regioner.

Utredningen är medveten om osäkerheten i det estimerade utbildningsbehovet, bl.a. utifrån svårbedömda effektivitetsvinster t.ex.

[23] Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03.
[24] Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården åren 2012–2025*, 2014.

till följd av ökad digitalisering, men också utifrån att mer tid måste avsättas till handledning.

10.4 Konsekvensanalyser

Utredningens bedömning: Förtydligande om att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt skapar förutsättningar för förbättrad kontinuitet och samordning av vården.

Förslaget om särskilda kompetens- och erfarenhetskrav för fast läkarkontakt säkerställer att funktionen har den kompetens och erfarenhet som krävs för att garantera en god och säker vård i ett brett primärvårdsuppdrag.

Förslaget att Socialstyrelsen ska få meddela föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt bidrar till en god och säker vård och därmed till en ökad attraktionskraft för primärvården som arbetsplats.

Förslaget att staten under en övergångsperiod ska finansiera 1 250 ST i allmänmedicin skapar förutsättningar för att utbilda tillräckligt många specialister i allmänmedicin för att motsvara befolkningens behov.

10.4.1 Ekonomiska konsekvenser

För samhället

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Den omstrukturering av hälso- och sjukvården som vår utredning har i uppdrag att stödja och samordna, och de förslag vi här lämnar kring tydliggörande av möjligheten till fast läkarkontakt och utökning av antalet specialister i allmänmedicin, bedöms bidra till att hälso- och sjukvården ska kunna leva upp till detta mål, inom ramen för en ändlig gemensam samhällsresurs.

Förslagen bedöms leda till att fler patienter kommer att efterfråga och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Härigenom ges förutsättningar för att bygga upp värdefull kunskap om patienten samt tillit mellan patient och läkare. Detta i sin tur förväntas leda till

effektivare vårdmöten, bättre möjlighet att arbeta med förebyggande insatser samt att tidigt upptäcka och behandla sjukdomstillstånd. Därmed förväntas också en del vårdbehov kunna undvikas, vilket i sin tur frigör hälso- och sjukvårdsresurser.

En ökad kontinuitet i form av en fast läkarkontakt bedöms ha stor potential att minska antalet onödiga vårdtillfällen för just de mest sköra grupperna i samhället såsom t.ex. de mest sjuka äldre. Genom att boende på särskilt boende ges förbättrad tillgång till fast läkarkontakt förväntas ett antal vårdtillfällen på sjukhus kunna undvikas. Som redogjorts för i avsnitt 9.5 visar en studie som gjordes av SKL 2012, i samband med satsningen De mest sjuka äldre, att kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarade kostnaden för 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska.

Risken för vårdskador i samband med vård på akutsjukhus bör också uppmärksammas i detta sammanhang. Data från SKL visar att vid cirka 8 procent av vårdtillfällena drabbas patienter av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. I genomsnitt är ett vårdtillfälle med vårdskada cirka 8 dagar längre än ett vårdtillfälle utan vårdskada. Uppskattningsvis går cirka 880 000 vårddagar till vård av patienter som drabbats av vårdskador. Kostnaden för den extra vårdtiden blir närmare 9 miljarder årligen om man räknar med en genomsnittlig vårddygnskostnad på 10 000 kronor. Det motsvarar cirka 13–14 procent av den totala kostnaden för svensk hälso- och sjukvård.[25] Beräkningarna är mycket översiktliga men säger något om storleksordningen. Resultaten stämmer även väl överens med fynden i en rapport från OECD, vilken uppskattar att cirka 15 procent av kostnaderna för sjukhusvård i OECD-länder uppstår på grund av brister i patientsäkerheten.[26] Utredningens bedömning är att vissa typer av vårdskador, såsom t.ex. trycksår och fallolyckor i påtaglig omfattning drabbar just patienter där sjukhusvård från början, med rätt insatser, hade kunnat förebyggas.

Den minskade ohälsa som den förbättrade kontinuiteten väntas leda till hos befolkningen innebär också en samhällsekonomisk vinst genom stärkt folkhälsa och minskade kostnader för ohälsa (jfr avsnitt 9.5.1).

[25] SKL, *Skador i vården, 2013–2016 – På nationell, regional- och landstingsnivå. Markörbaserad journalgranskning*, 2017.
[26] Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga, *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, 2017.

För staten

Utredningens förslag om en riktad statlig satsning för att utbilda 1 250 specialister i allmänmedicin under perioden 2019–2027, innebär en tillfällig kostnad för staten. Den utökning av grundutbildningen som är en förutsättning för att kunna utöka antalet ST-tjänster i föreslagen omfattning är redan genomförd eller beslutad att genomföras och de kostnader som denna medför i form av utbildningsplatser och studiemedel påverkas inte av utredningens förslag.

Den statliga satsningen förväntas huvudsakligen finansiera nya ST. Det kan också omfatta dubbelspecialisering av läkare med annan specialitet. En dubbelspecialisering tar 3–4 år, beroende på läkarens tidigare erfarenhet. Då lönen är högre för läkare som redan har en specialitet förväntas kostnaden per specialiseringsutbildning bli densamma som för övriga ST-tjänster, cirka 1 miljon kronor/specialistutbildning.

Tabell 10.2 Finansiering av tillkommande ST-tjänster i allmänmedicin

År	”nya” ST	”nya” ST	”nya” ST	”nya” ST	”nya” ST	Totalt antal	Kostnad (mnkr)
2019	250					250	250
2020	250	250				500	500
2021	250	250	250			750	750
2022	250	250	250	250		1 000	1 000
2023	250	250	250	250	250	1 250	1 250
2024		250	250	250	250	1 000	1 000
2025			250	250	250	250	750
2026				250	250	250	500
2027					250	250	250
							6 250

Den riktade statliga satsningen bör finansieras genom UO9, ap 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och

för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Satsningen skulle kunna utformas som en överenskommelse med SKL, t.ex. genom att inrymmas antingen i en förstärkt överenskommelse om patientmiljarden eller överenskommelsen om goda förutsättningar för vårdens medarbetare.

För landstingen och kommunerna

Förslaget utgår från antagandet att landsting/regioner fortsätter att finansiera ST i allmänmedicin på minst samma nivå som i dag. Det medför alltså inga nya uppgifter för landsting/regioner i denna del.

Utredningens förslag om ökad kontinuitet och fast läkarkontakt innebär ett förtydligande av gällande lagstiftning. En förbättrad kontinuitet och en förbättrad tillgång till specialister i allmänmedicin i primärvården förväntas ge besparingar i andra delar av hälso- och sjukvården som en följd av en ökad effektivisering och minskade kvalitetsbristkostnader. Samtidigt förväntas landstingens arbete med omstrukturering av sin hälso- och sjukvård mot en god och nära vård leda till en ändrad balans med en större tyngd i primärvården och den nära vården. Det innebär att landstingen efter övergångsperioden förväntas kunna balansera en ökad finansiering av primärvården, inklusive kostnader för fler allmänläkare, genom minskade kostnader i andra delar av hälso- och sjukvården.

För kommunerna ger förslaget en förbättrad möjlighet till god tillgänglighet till läkarinsats i primärvården med en högre kontinuitet och därmed till förbättrad teamkontinuitet med kommunens medarbetare. Förslaget innebär i sig inte någon förskjutning av gränssnittet mellan landsting och kommun avseende vem som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och därmed inga ekonomiska konsekvenser.

10.4.2 Konsekvenser för en jämlik vård

Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en ”stark” primärvård och en jämlik hälsa i befolkningen.[27] En väl utbyggd primärvård anses också förbättra tillgängligheten till

[27] Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. The Milbank Quarterly, vol. 83. nr 3, 2005.

vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov. Utredningens förslag om fast läkarkontakt förväntas ge en primärvård med större kontinuitet och förbättrad tillgänglighet, något som förväntas bidra till en mer jämlik hälsa mellan olika befolkningsgrupper och mellan olika delar av landet. Detta gäller särskilt en förbättrad tillgång till fast läkarkontakt i hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende. Genom att prioritera de med störst behov för fast läkarkontakt får man en mer jämlik vård.

10.4.3 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Utredningens förslag om förtydligande av möjligheten att få en fast läkarkontakt i primärvården förväntas leda till att fler personer efterfrågar och får en sådan. Genom en stärkt kontinuitet i relationer mellan patient och såväl fasta läkarkontakter som fasta vårdkontakter, finns bättre förutsättningar att skapa goda relationer och tillit vilket i sin tur underlättar för patienten att lyfta känsliga frågor såsom våld i nära relationer (Våld i nära relationer drabbar både kvinnor och män, men kvinnor drabbas oftare av upprepat och mer allvarligt våld[28]) och begynnande psykisk ohälsa. I dagsläget är det fler kvinnor än män som lider av psykisk ohälsa men samtidigt fler män som tar sitt liv.[29] Genom förbättrad kontinuitet ges bättre förutsättningar att bygga tillitsfulla relationer och möta behoven hos varje enskild kvinna, man, flicka, pojke eller person med annan könsidentitet. Detta förväntas i förlängningen bidra till en stärkt jämställdhet.

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på deras arbetsmiljö. Under senare tid har det rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken.[30] Förändrade arbetssätt, inklusive att lyfta fram även andra yrkesgrupper än läkare och att

[28] Socialstyrelsen, *Våld i nära relationer.*
[29] Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017.* 2018.
[30] Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro per bransch och sektor,* 2016.

arbeta interprofessionellt, ses som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö. Den omläggning av primärvården som den behovsstyrda vårdgarantin utgjorde ett första steg i och förslagen i detta delbetänkande bygger vidare på, bedöms vara central för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården.

10.4.4 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Ett förtydligande av fast läkarkontakt i primärvården enligt förslag förväntas ge en ökad kvalitet, en förbättrad patientsäkerhet och bättre möjligheter till att möta den enskilde patientens behov och ta tillvara patientens egna resurser. En god relation till en fast läkarkontakt gör det lättare för patienten att veta vart man ska vända sig i vården och leder till en förbättrad upplevelse av vården.

Förslaget om föreskrift om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården bedöms ge förutsättningarna för ökad patientsäkerhet.

10.4.5 Administrativa konsekvenser

Patientens val av fast läkarkontakt bör registreras i landstingens administrativa system för val av utförare i Vårdval primärvård och kopplas till detta val. Detta kan innebära att vissa landsting/regioner behöver anpassa sina system för att möjliggöra detta. Detta är dock ett arbete av engångskaraktär. Utredningen bedömer att de positiva effekterna av denna registrering är betydande i förhållande till den relativt ringa administrativa tidsåtgången.

För att alla berörda aktörer ska kunna få tillgång till information om patientens fasta läkarkontakt bör informationen även finnas i patientens journal samt exporteras till Nationella patientöversikten. Samtliga landsting och merparten av kommunerna (244 av 290) är i dag konsumenter, dvs. deras medarbetare har tillgång till NPÖ. Samtliga landsting och 13 kommuner är producenter, dvs. man tillgängliggör data i NPÖ. Detta arbete pågår och påverkas inte direkt av utredningens förslag.

10.4.6 Konsekvenser för vårdens medarbetare

Förslaget om en ökad kontinuitet och fast läkarkontakt i primärvården med möjlighet att begränsa uppdraget förväntas leda till en ökad attraktionskraft för primärvården som arbetsplats.

Utredningen har uppfattat att det från vissa specialister i allmänmedicin finns en rädsla att det egna uppdraget ska bli för smalt om specialister i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin medges vara fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen gör dock bedömningen att den risken är liten. Antalet specialister inom dessa båda specialiteter är små jämfört med antalet specialister i allmänmedicin,[31] se tabell 10.3, och båda specialiteterna kommer även fortsättningsvis att ha sin huvudsakliga plats inom den specialiserade vården för äldre och barn.

Tabell 10.3 Totalt antal utfärdade specialistbevis för läkare den sista december respektive år, ålder 0–64 år

	2014	2015
Allmänmedicin	6 768	7 149
Geriatrik	680	713
Barn- och ungdomsmedicin	1 606	1 701

Vårt förslag föranleder inte behov av att planera för någon neddragning av antalet ST inom andra specialiteter. De läkare som påbörjar sin specialiseringstjänstgöring 2019 påbörjade sin grundläggande läkarutbildning 2012 eller tidigare.[32] Läsåret 2009/2010 hade läkarprogrammet 1 387 platser i hela landet[33]. Läsåret 2011/2012 hade antalet platser ökat till 1 553, se tabell 10.4. Det innebär, allt annat lika, att enbart ett ökat antal platser på läkarprogrammet ger underlag för merparten av de 250 nya ST-tjänsterna. Resten förväntas kunna rekryteras från utlandsutbildade läkare och genom dubbelspecialisering.

[31] Socialstyrelsen, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal* 2015, 2016.
[32] Det tar minst 7 år att genomföra grundutbildning och AT-tjänstgöring för att erhålla legitimation.
[33] SCB, *Studenter och examina i högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå*.

Landstingen behöver dock, med utgångspunkt från egna analyser och resultatet av Socialstyrelsens uppdrag, göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter.[34]

Tabell 10.4 Antal platser på läkarprogrammet per läsår enligt SCB*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antal	1 387	1 411	1 553	1 562	1 617	1 614	1 639	1 681	1 681*	1 721*

* Siffran för 2017 finns ej tillgänglig utan är estimerad utifrån antalet platser 2016, i siffran för 2018 finns med den ökning om 40 platser som beslutades i regeringens höstbudget inför 2018, där man aviserade en total ökning om 440 platser t.o.m. 2023.

10.4.7 Konsekvenser för företagen

Utredningens förslag om förtydligande av gällande lagstiftning om möjlighet att få fast läkarkontakt i primärvården medför ingen förändring gentemot dagens förhållande.

Förslagen om kompetenskrav är neutrala i förhållande till driftform och ger samma konsekvenser för utförare i privat regi som för utförare i huvudmännens regi

10.4.8 Konsekvenser för EU-rätten

Utredningens bedömning: Förslaget om behörighetskrav för att få vara fast läkarkontakt är förenligt med EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (tjänstedirektivet) skapar allmänna ramar som gynnar utövandet av etableringsfriheten för tjänsteleverantörer och den fria rörligheten för tjänster, samtidigt som en hög kvalitet på tjänsterna garanteras. Flera typer av tjänster är undantagna, bl.a. hälso- och sjukvårdstjänster. För dessa tjänster gäller i stället yrkeskvalifikationsdirektivet. Grundläggande fördragsbestämmelser om etableringsfrihet och fri rörlighet för tjänster och personer och den EU-rättspraxis som utvecklats med stöd av EU-fördraget måste alltid respekteras.

[34] Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU syftar till att underlätta den fria rörligheten för tjänster (kallat yrkeskvalifikationsdirektivet). Allmänna bestämmelser som genomför direktivet finns i lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer. Sverige erkänner läkares yrkeskvalifikationer inom allmänpraktik som läkare i allmänmedicin (se 4 kap. 10 § PSL och I 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring). Sverige har därmed hittills bedömts uppfylla yrkeskvalifikationsdirektivet (se prop. 2011/12:108). Det pågår förhandlingsarbete inom EU om att komplettera direktivet med bl.a. krav på ett EU rättstest. Testet ska innebära att en prövning ska göras om framtida regleringar är nödvändiga och proportionerliga (se Initiativ rörande reglering av yrken; Utbildningsdepartementets Fakta-PM om EU-förslag 2016/17:FPM69).

Utredningens förslag innebär ett behörighetskrav på specialistutbildning i allmänmedicin för att få utföra funktionen fast läkarkontakt inom primärvården. Förslaget medger dock ett visst utrymme för att godta annan likvärdig kompetens. Skälet till förslaget är att det krävs en bred och gedigen kompetens för att ansvara för vårdens kontinuerliga kontakt med patienter med komplexa och sammansatta vårdbehov. Förslaget bör ses som en del i utvecklingen av en förstärkt primärvård. För att säkerställa vårdens kvalitet behövs därför ett behörighetskrav på specialistutbildning i allmänmedicin.

Utredningen bedömer att förslaget är förenligt med EU-rätten. Det kan övervägas om förslaget behöver anmälas till kommissionen i enlighet med yrkeskvalifikationsdirektivet. Förslaget reglerar dock inte vem som kan praktisera som specialistläkare i allmänmedicin utan endast vilken behörighet som krävs för att ha funktionen fast läkarkontakt i primärvården. Förslaget hindrar inte läkare med annan specialistutbildning från att arbeta inom primärvården. Eftersom Sverige erkänner läkares yrkeskvalifikationer inom allmänpraktik som specialistläkare i allmänmedicin bedömer utredningen att förslaget inte behöver anmälas till kommissionen.

10.4.9 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningen bedömer att förslagen om förtydligande av gällande lagstiftning rörande fast läkarkontakt inte innebär något ingrepp i det kommunala självstyret.

Förslagen om kompetenskrav på fast läkarkontakt samt närmare bestämmelser om begränsningar som behövs för att garantera en god och säker vård innebär att vissa ingrepp görs i den kommunala självstyrelsen. Dessa bedöms dock som nödvändiga och proportionerliga för att primärvården ska kunna fullgöra sitt uppdrag och en likvärdig vård tillhandahållas för landets befolkning.

10.4.10 Övriga konsekvenser

Utredningens förslag förväntas leda till bättre kontinuitet i relationer såväl mellan patient och vårdpersonal som mellan olika grupper av vårdpersonal samt till en mer sammanhållen vård och omsorg för patienter/brukare. Detta ger i sin tur bättre förutsättningar att upptäcka och korrigera felaktig läkemedelsanvändning, t.ex. hos äldre med flera olika sjukdomar viket då i vissa fall kommer innebära minskad läkemedelsanvändning. I förlängningen kan förslagen därmed förväntas innebära en minskad påverkan på miljön genom minskad läkemedelsanvändning.

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

11 Ändamålsenlig administration

11.1 Utfärdande av intyg

11.1.1 Kompetens för att utfärda intyg

Utredningens bedömning: Det kan finnas anledning att se över om förutsättningar 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 föreskrifter/rutiner kan göras mer professionsneutrala. Verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Socialstyrelsen bör överväga att stödja vården genom att förtydliga vem som får utfärda vilka intyg.

Skälen för utredningens bedömning

En mer professionsneutral reglering och stöd i intygshanteringen

Effektiv vård anser att det finns stora möjligheter att ändra lagstiftning om läkarintyg till en mer professionsneutral reglering. Effektiv vård anser att det finns flera omotiverade rättsliga krav på att läkare ska upprätta vissa intyg.

Vår rättsliga kartläggning visar att det finns ett 70-tal regleringar i lag och förordning inom vitt skilda områden som kräver att vissa intyg upprättas av någon med läkarkompetens. Det har inte funnits utrymme att inom ramen för vår utredning se över om någon reglering inte är ändamålsenlig. Vi kan därför inte uttala oss om huruvida något enskilt krav på läkarkompetens är omotiverat. Vår bedömning är dock efter den genomgång av rättsläget som vi har gjort att utrymmet att ändra kraven på läkarintyg i lag till en mer professionsneutral reglering snarare är mycket litet. Vi kan däremot inte utesluta

att det i förordning eller kommunala föreskrifter/rutiner kan finnas intyg som det vore mer ändamålsenligt att en annan profession också kan utfärda. I vissa fall kan övervägas om t.ex. en fysioterapeut, dietist eller arbetsterapeut är bättre lämpad att intyga de förhållanden som avses än just en läkare. Samtidigt måste det ibland säkerställas att en medicinsk bedömning innefattar en helhetsbedömning av patientens hälsotillstånd. I många fall kräver detta att flera professioner är involverade och att en person ansvarar för att göra en samlad helhetsbedömning. Att göra medicinska bedömningar och en samlad bedömning vid utfärdande av ett intyg är en mycket kvalificerad och ansvarsfull uppgift. Vid ändrade ansvarsförhållanden behöver beaktas behovet av utbildning av personal som inte tidigare är van vid den uppgiften och en förståelse för intygets betydelse i en större kontext. En annan viktig aspekt är att man sällan blir bra på något som man inte gör så ofta. Det finns därför även en risk att en ökad spridning av en arbetsuppgift bidrar till att intygens kvalitet försämras. Eftersom intyg som har sin grund i lag och förordning ofta kan få mycket långtgående konsekvenser kan det inte minst bli ett allvarligt rättssäkerhetsproblem. Om inte kvaliteten kan upprätthållas leder det i sig även till en ojämlik intygshantering.

Mot bakgrund av detta krävs enligt utredningens bedömning en relativt omfattande och djupgående analys innan det är möjligt att bedöma om någon reglering av vilken yrkeskategori som bör utfärda ett intyg kan göras mer professionsneutral. För att utreda om en annan medicinsk kompetens bör utfärda vissa intyg krävs även särskild insikt i vart och ett av de områden som berörs. En sådan utredning faller utanför vårt uppdrag.

Utöver en uttrycklig reglering med krav på läkarintyg finns en omfattande reglering i såväl lag som förordning som innefattar behov av medicinska bedömningar utan att det närmare anges vilken medicinsk kompetens som behövs för att utfärda ett utlåtande. Såvida det inte finns ett författningsreglerat kompetenskrav att intyg ska utfärdas av läkare kan den medicinska bedömningen göras av flera legitimerade yrkesgrupper, av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet. Vem som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att göra en viss medicinsk bedömning måste avgöras av vården från fall till fall. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns tydliga riktlinjer till stöd för personalen.

Utredningen bedömer att det finns behov av tydligare riktlinjer från verksamhetschefer om vilka yrkeskategorier som får lov att utfärda olika intyg. Det är även centralt att it-system utformas på ett sådant sätt att administrationen underlättas. På så sätt kan vårdens resurser användas mer effektivt. Det bidrar även till en god arbetsmiljö. Det är vårdgivarens ansvar att det finns ändamålsenliga it-system. Socialstyrelsen bör stödja vården i intygshanteringen genom att tydliggöra vem inom vården som kan utfärda olika typer av intyg, t.ex. på liknande vägledande sätt som myndigheten gjort när det i övrigt gäller vem som får göra vad i vården.

Kommunerna bör se över sina behov av intyg av vården

Det kan noteras att hälso- och sjukvården även upprättar en del intyg som endast har sin grund i kommunala rutiner eller där varken intyg eller kompetenskrav följer av några rättsliga krav. Det gäller vissa intyg som ska visas upp för kommuner, privata föreningar eller internationella organisationer. Det kan avse t.ex. intyg om särskild kost i skolan, att få delta i lägerverksamhet eller viss idrottsutövning såsom boxning eller maratonlopp.

Vår utredning kan inte uttala sig om huruvida krav på att ett intyg utfärdas av en läkare är motiverade i alla de fall en begäran har sin grund i krav från kommunal verksamhet eller privat aktör. Det får förmodas att den som kräver ett intyg och särskilda kompetenskrav har goda skäl för det. Det kan dock inte uteslutas att vissa krav har förts in utan närmare eftertanke på om även andra yrkeskategorier inom vården skulle kunna intyga de förhållanden som avses.

En ändring av vårdgarantin inom primärvården som innebär att den blir behovsstyrd och utvidgas till att omfatta även andra legitimerade professioner än läkare träder i kraft 1 januari 2019. Det innebär att patienten garanteras en medicinsk bedömning av den yrkeskategori som den har behov av, läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan finnas skäl för liknande förändring även i andra fall. Den som begär ett intyg av vården bör överväga om det är nödvändigt dels att alls kräva ett intyg, dels att ange vilken yrkeskategori som ska utfärda intyget eller om det kan avgöras av vården. Såvida särskilda krav ställs i författning kommer det avgöra vem som får utfärda intyget.

I vissa fall kan övervägas om det är tillräckligt att patienten begär ett utdrag ur sin egen journal för att styrka vissa förhållanden. I flera landsting kan patienten få direktåtkomst till delar av sin egen patientjournal. Det ger patienten möjlighet att själv ordna ett intygande från vården vilket i vissa fall kan upplevas som praktiskt och enkelt. För att patienten själv ska slippa maskera delar av sin journal kan vårdgivare underlätta genom att skapa ändamålsenliga it-system som möjliggör att ett mer begränsat och situationsanpassat utdrag av patientjournalen kan skapas. Det innebär att patienten av integritetshänsyn kan dölja delar som inte relevanta. Inom flera landsting pågår även ett arbete med att skapa mer ändamålsenliga it-system med mer strukturerade patientjournaler. Även de landsting och privata vårdgivare som inte utgör en del av det pågående arbetet bör säkerställa att itstöden är ändamålsenliga.

Utredningen anser att kommuner bör se över i vilken utsträckning lokala föreskrifter/rutiner om läkarintyg kan ersättas med en mer professionsneutral reglering. En sådan ändring skulle harmoniera med en behovsstyrd vårdgaranti. Det kan t.ex. övervägas om en fysioterapeut eller arbetsterapeut har den kompetens som behövs för att utfärda intyg om funktionsnedsättning. Det kan finnas skäl för kommunen att i större utsträckning överlåta till vårdens professioner att avgöra vilken kompetens som är bäst lämpad att intyga olika hälsotillstånd. Utredningen uppmanar därför kommunerna att se över om lokala föreskrifter/rutiner om kompetenskrav vid utfärdande av olika intyg från vården är ändamålsenliga.

Av Socialstyrelsens föreskrifter följer att ett intyg alltid ska utfärdas av den som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att intyga de förhållanden som det aktuella intyget avser. Det finns även krav i HSL på att intyg ska utformas med noggrannhet och omsorg. Det bör i många fall räcka med en sådan tillitstyrning mellan hälso- och sjukvården och den offentliga förvaltningen.

I de fall en begäran om intyg har sin grund i helt privata förhållanden utan rättsliga krav på att en läkare upprättar ett intyg finns ett större utrymme för vården att överlåta utfärdande av sådana intyg till fler yrkeskategorier. HSL krav på intygens utformning och Socialstyrelsens föreskrifter om intyg m.m. ska dock alltid tillämpas för alla typer av intyg och utlåtanden.

11.1.2 Intygshantering kräver stora arbetsinsatser

Utredningens bedömning: 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.

Skälen för utredningens bedömning: Effektiv vård gör gällande att vården upprättar många onödiga intyg. Vår utredning kan konstatera att vården förväntas delta i ett stort antal medicinska utredningar och upprätta många intyg och utlåtanden till myndigheter, kommuner och privatpersoner. Vår bedömning är att frågan om vårdens medverkan i medicinska utredningar är omfattande och därför inte kan hanteras inom ramen för vår utredning. Det är däremot angeläget att intygshanteringen i vården kan genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

Krav på intyg från andra myndigheter och aktörer medför på grund av sin mängd en stor arbetsbelastning för vården samtidigt som det inte alltid står klart för vårdpersonalen varför ett intyg behövs. Det är därför naturligt om vårdpersonal upplever att intygshanteringen utgör en stor del av en administrativ börda. Det ingår i vårdens ansvarsområde att medicinskt utreda sjukdomar och skador. Vi anser att det är svårt att utan en mycket grundlig utredning uttala sig om i vilken utsträckning vården involveras i intygshantering som är omotiverad. Frågan om vilka intyg som vården bör utfärda väcker nämligen i sig många svåra frågor. Vad är hälso- och sjukvård och dess uppdrag? Hur långt ska vårdens förebyggande arbete sträcka sig? I vilken utsträckning är patientskadelagen tillämplig? Vem ska ansvara för att medicinska utredningar och bedömningar som samhället eller enskilda behöver görs? Hur bör vårdens arbete med medicinska utredningar kompenseras?

Utredningen anser däremot att det kan finnas skäl för regeringen att i flera berörda myndigheters regleringsbrev ge myndigheterna i uppdrag att se över egna krav på intyg. Vid bedömning av vilka myndigheter som bör få ett särskilt uppdrag att se över sina intygskrav kan utgångspunkt tas i den rättsliga kartläggning som redovisas i avsnitt 6.1.2.

Utredningen rekommenderar även att kommuner ser över om alla krav på intyg i lokala föreskrifter/rutiner är ändamålsenliga eller om vissa förhållanden inte alls behöver styrkas med ett intyg av vården.

11.1.3 En mer jämlik intygshantering

Utredningens bedömning: Landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen rekommenderar att landstingen och kommunerna samverkar i syfte att skapa mer enhetliga riktlinjer för intygshanteringen. Utredningen ser att ett sådant arbete bör prioriteras av flera skäl. Befolkningen bör ha i stort sett samma behov av intyg från vården oavsett var i landet man bor. Intygshanteringen bör vara god och jämlik i hela landet. Det finns därför skäl att skapa en mer ändamålsenlig och likvärdig intygshantering inom samtliga landsting och kommuner. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det rimligt att enskildas kostnad för intyg inte skiljer sig åt beroende på var i landet personen bor. Det kan annars skada förtroendet för hälso- och sjukvården.

Här noterar utredningen att det pågår ett arbete inom SKL att se över intygen från vården till andra aktörer däribland kommunal verksamhet, se avsnitt 6.1.3.

11.1.4 Konsekvensanalys

Utredningens bedömning: Förslag om särskilda uppdrag till myndigheter ryms inom befintliga ekonomiska ramar. Förslag om ökad samordning bedöms vara kostnadsneutralt för samtliga berörda aktörer.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens bedömning att regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över sitt behov av intyg från vården kommer att kräva viss arbetsinsats. Uppdragen bör utformas så att de ryms inom ramen för myndigheternas nuvarande uppdrag och budget.

En ökad samordning mellan landsting och kommuner bör underlätta för enskilda och företag genom att mer likvärdiga krav och förutsättningar ställs på vårdgivare oavsett var de är etablerade. På så sätt kan utförare agera på samma sätt oavsett vem som begär ett intyg. En ökad samordning bedöms även få positiva effekter för befolkningen som får samma rätt till intyg av vården i hela landet. Båda uppdragen bedöms vara kostnadsneutrala för samtliga berörda aktörer.

11.2 Signering av journalanteckningar

11.2.1 Signeringskravet bör finnas kvar men ändras

Utredningens förslag: 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 på liknande sätt som i dag få meddela föreskrifter om när signering inte behövs.

Utredningens bedömning: Signeringskravet orsakar ingen onödig administrativ börda. 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 för den egna verksamheten.

Socialstyrelsen bör i sina föreskrifter och vägledning tydligare skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Signeringskravet bör finnas kvar men ändras

Utredningen anser att journalanteckningar ska signeras i de fall det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Utredningen går därmed inte vidare med Effektiv vårds förslag att avskaffa signeringskravet och ersätta det med en tydligare reglering av vårdgivarens ansvar för journalföringen på det sätt som Utredningen Rätt information i rätt tid föreslår. Vår analys har visat att det finns en tendens att skylla på rättsliga krav trots att problemen egentligen har annan

grund. De administrativa krav som upplevs tungrodda har främst sin grund i icke användarvänliga it-system och otydliga rutiner och riktlinjer om signering av journalanteckningar.

Vår utredning bedömer att signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL fyller en viktig kontrollfunktion för patientsäkerheten som är svår att ersätta. Behovet av signering av journalanteckningar kan däremot variera mellan olika verksamheter och för olika typer av uppgifter. Vilka anteckningar som behöver signeras för att garantera en god och säker vård bör på samma sätt som i dag kunna överlåtas till vårdgivaren att avgöra. Ett sådant ansvar följer redan av gällande rätt. Verksamhetschefen har en central ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården och bär ansvaret för att verksamheten ger en god och säker vård (jfr 4 kap. 2 § HSL och 4 kap. 1 § HSF). Vi anser att det i en sådan ledningsfunktion ingår att ansvara för att personalen har tillräckliga rutiner för hur de ska fullgöra sitt arbete. Att det finns ändamålsenliga it-system ansvarar däremot vårdgivaren för. Vårdgivaren bör besluta om i vilka fall signering är obehövligt eller vad som kan vara ett synnerligt hinder för signering i viss verksamheten. Av vårdgivarens beslut kan t.ex. framgå vilka typer av anteckningar som generellt är obehövligt att signera. Verksamhetschefer behöver därutöver ha rutiner för journalföring och signering anpassade till verksamhet ifråga.

Utredningen bedömer att viss information i journalanteckningar behöver kontrolleras av den medicinskt ansvarige oavsett om noteringen sker direkt eller först efter diktamen. Den uppfattningen framförs även från bl.a. Läkarförbundet i olika sammanhang. För såväl den ansvarige som för vårdutövare senare i vårdkedjan är det av stor vikt att det tydligt framgår om innehållet i vissa journalanteckningar är godkända av den som är medicinskt ansvarig för innehållet. Enligt utredningens bedömning kan den funktionen i dag inte ersättas med någonting annat än någon form av signering. Vidare bedömer utredningen att signeringen i sig i dessa fall inte heller medför någon omfattande extra administration. Det finns därför skäl att behålla signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL.

Innehållet i journalanteckningen bör avgöra om den ska kontrolleras

Signeringskravet är i dag utformat på ett sådant sätt att huvudregeln är att alla journalanteckningar i princip ska signeras. Det krävs väldigt starka skäl för att avvika från den huvudregeln. Vårdgivaren får

med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter besluta om i vilka situationer det är tillåtet. Utredningen anser att nuvarande reglering i PDL inte är helt ändamålsenligt.

Vad som är en journalanteckning definieras inte i PDL. Där framgår däremot att det är en typ av journalhandling. Utredningen menar att signeringskravet i första hand bör kopplas till anteckningar i fritext oavsett om de görs på papper eller i tekniska system. I alla journalsystem och pappersjournaler finns i stor utsträckning flera standardiserade delar. Risken för felskrivning i samband med att dessa fylls i är mindre än i anteckningar som skrivs i fritext. Det kan t.ex. röra sig om information om patientens vikt och längd. Den typen av standardiserad information finns det sällan behov att kontrollera. Patienten bidrar även själv med viss information om sitt hälsotillstånd t.ex. genom att inför besök fylla i hälsodeklarationer eller beskriva sitt upplevda hälsotillstånd. Den vårdpersonal som för in sådana uppgifter ansvarar för att inga felskrivningar görs. Vården bör i dessa fall kunna utgå ifrån att informationen som sådan är korrekt. Med välfungerande röststyrd diktering kan en genomläsning på sikt visa sig obehövlig även för anteckningar i fritext. Det avgörande för om signeringskravet ska gälla bör alltså vara om informationen bör och kan kontrolleras för att säkerställa en god och säker vård. Att vårdpersonal senare i vårdkedjan vet att uppgifter i journalen är korrekta och kontrollerade är det mest centrala skälet till varför det finns behov av att behålla ett signeringskrav för vissa uppgifter.

I dag tillämpas signeringskravet för i stort sett alla uppgifter i journalen. Få vårdgivare har beslutat om undantag från signeringskravet och det finns sällan tydliga rutiner för journalhanteringen. Det står även klart att det av olika anledningar förs in noteringar i patientjournalen som inte behöver kontrolleras för att patienten ska garanteras en god och säker vård. Samtidigt finns det anteckningar som behöver kontrolleras av den som kan ta ansvar för att innehållet är korrekt. Vårdpersonal upplever däremot att viktig information ”försvinner i bruset”. De har även svårt att avgöra vilken information som rättsligt sett omfattas av signeringskravet.

Utredningen föreslår därför att det i stället bör framgå av bestämmelsen i 3 kap. 10 § PDL att signering ska ske om det inte är obehövligt. På så sätt tydliggörs möjligheten för vårdgivare att besluta om vilken information som inte behöver signeras. Att en uppgift inte behöver signeras hindrar inte att den som skriver in uppgiften måste

kontrollera att inskriften blivit korrekt. Däremot behövs ingen ytterligare synlig signering i dessa fall. Det kan röra sig t.ex. om information som inte har betydelse för en god och säker vård eller som inte kan kontrolleras materiellt av den som är ansvarig för att informationen förs in i journalen. Generellt bör det inte finnas skäl att t.ex. signera uppgifter om negativa provsvar. Signering bör även fortsättningsvis kunna underlåtas om det inte är praktiskt möjligt eller det finns annat synnerligt hinder.

Det finns anledning att påminna om vårdgivarens övergripande ansvar enligt PSL och verksamhetschefens ansvar enligt HSL och HSF för att verksamheten bedrivs så att en god och säker vård säkerställs. Ett sådant ansvar kräver enligt utredningens mening att verksamhetschefen säkerställer att det finns tydliga rutiner och vägledning för journalföring och signering för den egna verksamheten.

Vad orsakar den upplevda administrativa bördan?

Utredningen har noterat att kritik som tidigare förts fram om onödig administration i samband med signering i första hand inte har sitt ursprung i signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL.

Utredningen bedömer att den administrativa börda somt vårdpersonal upplever inte har sin grund i den rättsliga regleringen utan snarare beror på bristande kunskap om bl.a. vad som behöver antecknas i journalen, vad som behöver signeras och om hur it-system fungerar.

Många av vårdens medarbetare upplever i dag att viktig information försvinner bland all annan information som förs in i journalen. Det råder också en stor osäkerhet om vad som ska journalföras och kontrolleras. Det vittnas från flera håll om omfattande dubbeldokumentation som verkar ha sin grund i att befintlig it-struktur inte är ändamålsenlig. Det gäller såväl att aktuellt medicinskt tillstånd m.m. måste upprepas i både journalanteckning, konsultremiss, röntgenremiss m.fl. som att dubbeldokumentation krävs vid återkommande vårdkontakter. Ambitionen bör vara att information endast ska behöva dokumenteras vid ett tillfälle och sedan följa med i systemet. Utredningen utgår från att kraven på funktionalitet i framtida it-system anpassas till de krav och möjligheter som följer av författningar för att på så sätt undvika onödig administration. Det är också viktigt att verksamhetschefen avsätter tid och resurser så att vårdens

medarbetare kan få tillräckligt med utbildning i hur it-system fungerar och kan utnyttjas optimalt.

Den främsta kritiken mot stor administrativ börda förefaller vara kopplad till det krav på verifiering av vidtagna åtgärder som följer av Socialstyrelsens föreskrifter. Det s.k. verifieringskravet har uppfattats innebära att alla journalhandlingar som skannas in och tillförs en journal också måste signeras i journalen för att verifiera att informationen är korrekt. Detta oavsett om samma person även undertecknat originalhandlingen eller egentligen inte kan verifiera innehållet. Det kan röra sig om beställningar av laboratorieprover, utgående och inkommande remisser, och laboratoriesvar m.m. Verifieringskravet riskerar därför många gånger medföra en rutin av dubbelkontroll som vårdens medarbetare upplever som en onödig administrativ börda. Skälet till förvirringen kan vara att signeringskravet och kravet på verifiering av vidtagna åtgärder regleras i samma paragraf i Socialstyrelsens föreskrift. Utredningen anser att det kan finnas anledning för Socialstyrelsen att se över om kritiken är befogad eller om det finns skäl att förtydliga föreskriften.

11.3 Konsekvensanalys av förslaget om hanteringen av patientjournalen

11.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Utredningens bedömning: Förslaget om ändring av signeringskravet bidrar till en effektivare resursanvändning inom vården, en stärkt patientsäkerhet och en förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen.

Skälen för utredningens bedömning: Förslaget innebär att färre journalanteckningar behöver signeras än vad som följer av nuvarande mer restriktiva reglering.

Förslaget bedöms bidra till en effektivare resursanvändning inom vården genom möjligheten att underlåta signering av journalanteckningar utvidgas. Nuvarande formulering har tolkats mycket restriktivt. På så sätt behöver inte värdefull arbetstid ägnas åt onödig signering av laboratoriedata, hälsodeklarationer och liknande externa fakta-

uppgifter. Det kommer leda till mindre upplevd stress bland vårdpersonalen och därmed en bättre arbetsmiljö. Att uppgifterna inte behöver signeras utesluter inte att de kan behöva kontrolleras eller verifieras, se ovan. Bestämmelsen reglerar endast när det genom en synlig signering ska framgå att uppgiften är kontrollerad.

Genom att tydliggöra att signering inte behövs om det är onödigt eller omöjligt bedöms förslaget bidra till att öka patientsäkerheten. De uppgifter som vårdgivare, verksamhetschef och vårdpersonal bedömer har betydelse för patientsäkerheten eller för kvaliteten på vården kommer även fortsättningsvis att behöva signeras. Dessa uppgifter kommer därmed att prioriteras när personal läser igenom och kontrollerar journalanteckningar. Andra vårdutförare senare i vårdkedjan kan även förlita sig på att viktiga uppgifter har kontrollerats och godkänts av den som är ansvarig för dem.

Förslaget förutsätter att det finns ändamålsenliga it-system med funktioner som möjliggör att skilja på olika typer av anteckningar och att signeringsfunktionen anpassas efter det. En sådan anpassning beräknas tas om hand i samband med att äldre och mindre ändamålsenliga it-system uppdateras eller ersätts med nya. Det kommer därmed i sig inte innebära några nya ytterligare kostnader för landsting, kommun eller privata vårdgivare.

Förslagen förutsätter även att vårdgivaren beslutar om vilka typer av uppgifter som inte behöver signeras och verksamhetenschefen tar fram tydliga verksamhetsanpassade rutiner för signering. En sådan skyldighet finns dock redan i dag.

Förslaget får inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, inte påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda. De får inga andra samhällsekonomiska konsekvenser. Förslagen bedöms inte heller ha betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Förslagen bedöms vara i överensstämmelse med EU-rätten.

12 Författningskommentar

12.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

6 §

Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan medicinsk *bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte *av kvalitets- eller effektivitetsskäl* kräver *andra* medicinska eller *särskilda* tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Paragrafen behandlas i avsnitt 9.1.

Genom att lägga till uttrycket medicinsk bedömning anpassas definitionen till motsvarande ändring av vårdgarantin i primärvården i 9 kap. 1 § samma lag. Med medicinsk bedömning avses samma sak som i den bestämmelsen (jfr prop. 2017/18:83 s. 47 f).

Vad som är primärvård redogörs för i tidigare förarbeten. Där och av ordalydelsen framgår att det är fråga om vård som ges utan att avgränsas till att enbart ta om hand vissa särskilda sjukdomstillstånd, organsystem eller åldersgrupper. Det är vård som riktar sig till hela befolkningen (se prop. 1994/95:194 s. 44 f). Uttrycket *grundläggande* tas bort. Ändringarna i bestämmelsen tydliggör att gränsen för vad som är primärvård avgörs av vilken medicinsk kompetens eller vilka tekniska resurser eller annan särskild kompetens som av kvalitets- eller effektivitetsskäl krävs i det enskilda fallet. Kopplingen att det är annan vård än den som ges vid ett sjukhus försvinner. Genom att lägga till ordet andra före medicinska resurser tydliggörs att det är annan medicinsk specialistkompetens än sådan generalistkompetens

som normalt krävs för att fullgöra primärvårdens uppdrag som avses. Ändringarna innebär inte att gränsdragningen förändras i sak då avgränsningen mot annan vård även enligt tidigare reglering drogs mellan specialist i allmänmedicin i förhållande till andra specialistläkare (jfr prop. 1995/96:195 s. 46 och s. 80). Det är i första hand generalistkompetens som krävs för att fullgöra ett brett primärvårdsuppdrag. Framför allt läkare specialiserade i allmänmedicin och distriktssköterskor har sådan kompetens som avses. Även läkare specialiserade i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin får anses ha likvärdig generalistkompetens, avgränsat till de åldersgrupper som respektive specialitet omfattar. Definitionen av primärvård hindrar inte att även andra specialister kan arbeta i primärvårdsverksamhet. Andra yrkesgrupper med bred kompetens som är nödvändiga för att fullgöra primärvårdens uppdrag är t.ex. arbetsterapeuter, barnmorskor, dietister, fysioterapeuter, kuratorer och psykologer. Vissa yrkeskategorier såsom sjuksköterskor och undersköterskor är nödvändiga i hela hälso- och sjukvården och behövs även i primärvården. Avgörande för gränsdragningen mellan primärvård och övrig öppenvård (s.k. sekundär vård) är vilken kompetens eller vilka andra resurser som krävs för en god, säker och effektiv vård. Primärvårdsverksamhet omfattar både somatisk och psykisk hälso- och sjukvård.

Med särskilda tekniska resurser avses särskilt avancerad eller kostsam utrustning som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte bör tillhandahållas i primärvården. Även behov av annan särskild kompetens kan medföra att patientens vårdbehov bör tillgodoses i den övriga vården, såsom administrativ eller särskild teknisk kompetens (jfr prop. 1994/95:195 s. 46 och s. 80 f). Avgörande är om det krävs längre specialiserad utbildning för att använda utrustningen eller bedöma resultatet som teknisk utrustning ger och det inte av kvalitets- eller kostnadseffektivitetsskäl kan motiveras att sådan kompetens hålls tillgänglig i primärvården.

När kompetensen i primärvården inte räcker till för att bedöma och behandla en viss patient eller om viss utrustning av kostnadseffektiva skäl bör koncentreras utanför primärvården, ska patientens behov tillgodoses i den övriga vården.

Den som är medicinskt ansvarig för vården får i samverkan med övriga hälso- och sjukvården avgöra var inom hälso- och sjukvården som patientens vårdbehov bör fullgöras. En sådan särskild bedöm-

ning får göras i varje enskilt fall med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar. Någon exakt gränsdragning eller angivning av vem som ska avgöra frågan går inte att ange. Stor vikt bör fästas vid vad som bäst tillgodoser patientens samlade behov av vård och patientens individuella förutsättningar. Det är rimligt att den vårdnivå dit patienten först söker sig i samråd med andra berörda vårdenheter avgör var patienten ska vårdas. Efter bedömning och behandling i övrig vård kan behovet av t.ex. uppföljning och rehabilitering i vissa fall fullgöras inom primärvården. En bedömning om lämplig vårdnivå behöver därför göras återkommande genom en kontinuerlig dialog mellan berörda enheter.

6 kap.

1 §

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting,
2. hälso- och sjukvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att det är krig utanför Sveriges gränser eller av att Sverige har varit i krig eller krigsfara,
3. *primärvårdens grunduppdrag, och*
4. bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.

Paragrafen behandlas i avsnitt 9.2.1.

Ändringen innebär att det i punkten 3 förs in ett nytt bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om primärvårdens grunduppdrag. Med uttrycket grunduppdrag avses en övergripande reglering om kärnan i primärvården som ska erbjudas individer oavsett var de bor. Uttrycket antyder att regleringen i förordning inte utgör en uttömmande uppräkning av vad primärvården svarar för utan en minsta gemensam nivå. Regleringen bör inte ange hur primärvården ska organiseras utöver vad som följer av denna lag eller annan reglering. Inget hindrar att primärvårdens utformning anpassas efter lokala och regionala behov. Det finns t.ex. inget som hindrar att man på lokal eller regional nivå har tilläggsuppdrag i primärvården. Den yttre ramen för primärvårdens grunduppdrag avgörs av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § denna lag.

Övriga ändringar är endast redaktionella.

6 kap.

2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. behörighet för anställning och tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården,
2. skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning
3. *de bestämmelser om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården som behövs för att garantera en god och säker vård*,
4. hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser, och
5. hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

Ändringen behandlas i avsnitt 10.2.2. Punkterna 1–2 i paragrafen är oförändrade. I punkten 3 införs ett nytt bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om de bestämmelser som krävs för att garantera att patienter får tillgång till en fast läkarkontakt samtidigt som en god och säker vård kan garanteras. För att garantera en god och säker vård kan en enskild läkare inte vara fast läkarkontakt för alltför många patienter. Exakt hur många patienter en enskild läkare kan ansvara för får avgöras i varje enskilt fall. Det bör t.ex. beaktas hur erfaren läkaren är, vilka andra uppdrag läkaren har, hur behoven ser ut hos patienter i aktuellt primärvårdsområde eller den enskilde läkaren har som helhet. Den enskilde läkarens arbetsmiljö kan också inverka på om en god och säker vård kan garanteras. I övrigt har endast redaktionella ändringar gjorts.

7 kap.

3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt *hos den valda utföraren i Vårdval primärvård* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.

Paragrafens första stycke har endast ändrats språkligt och behandlas i avsnitt 2.3.1 och 9.3.1. Av tidigare förarbeten till bestämmelsen framgår att landsting är skyldiga att ha vårdvalssystem i primärvården och att dessa kan organiseras som ett eller flera vårdval (se prop. 2008/09:74 s. 51 f). Genom ändringen förtydligas att enskilda kan välja en fast läkarkontakt hos den utförare som den enskilda valt inom det vårdval som benämns Vårdval Primärvård. Med Vårdval Primärvård avses det vårdval i landstinget där patienten listar sig och där allmänläkaren finns, dvs. det som brukar kallas vårdcentral eller hälsocentral.

Andra–tredje styckena är oförändrade. Fjärde stycket är nytt och innehåller ett bemyndigande för regeringen att reglera vilken kompetens och erfarenhet som ska krävas för att vara fast läkarkontakt inom primärvården. Regleringen behandlas i avsnitt 10.2.1. Det bör som regel krävas att läkaren är specialist i allmänmedicin, men även läkare med likvärdig kompetens såsom läkare med annan specialitet med lång erfarenhet av arbete i primärvård bör uppfylla kompetenskravet. Även läkare som är specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin samt läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin bör uppfylla kompetenskravet.

7 kap.

3 a §

Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Paragrafen, som är ny behandlas, i avsnitt 9.2 och 9.3.1.

Bestämmelsen innebär att landstingen är skyldiga att se till att alla utförare i Vårdval primärvård ensamma eller tillsammans med andra ut-

förare kan erbjuda patienter alla kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som är nödvändiga för att landstinget ska fullgöra primärvårdens grunduppdrag. Med Vårdval primärvård avses det vårdval i landstinget där patienten listar sig och där man har sin fasta läkarkontakt, dvs. det som brukar kallas vårdcentral eller hälsocentral.

Regleringen hindrar inte att primärvårdens grunduppdrag fullgörs av flera utförare i samverkan. Den hindrar inte heller att landstinget bedriver delar av uppdraget t.ex. mödrahälsovård som annat vårdval, genom upphandling enligt LOU eller i egen regi. Andra utförare kan då hänvisa vidare dit. Det avgörande är att enskilda som listar sig på en vårdcentral eller hälsocentral får ett sammanhållet primärvårdspaket.

En utförare i Vårdval primärvård måste däremot minst vara bemannad med läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens och distriktssköterska eller sjuksköterska med motsvarande kompetens.

För att primärvårdens grunduppdrag ska kunna fullgöras krävs därutöver flera olika legitimerade yrkesgrupper. Förutom distriktssköterskor behövs framför allt tillgång till sjuksköterskor med annan fördjupad kompetens, såsom inom diabetes och vård av äldre, eller med avancerade utbildningar såsom inom astma/KOL och hjärtsvikt. Vid vård av äldre finns behov av farmaceuter som stöd vid genomgång av läkemedel. Även vid vård av andra patienter som använder flera läkemedel kan farmaceuters kompetens vara nödvändig för en god vård. För att kunna arbeta mer med förebyggande och rehabiliterande insatser behövs tillgång till arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. För att klara av att hantera patienter med psykisk ohälsa krävs tillgång till hälso- och sjukvårdskuratorer och psykologer. För att primärvård ska kunna ges utan avgränsning till ålder behövs även tillgång till barnmorskor och barnsjuksköterskor inom barnhälsovård, ungdomsmottagningar och mödrahälsovård.

Regleringen innebär inte att en ensam utförare inom den egna verksamheten måste ha tillgång till alla kompetenser som behövs för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag. Däremot ska landstingen genom organisatoriska åtgärder och kravställning i förfrågningsunderlag säkerställa att alla utförare i Vårdval primärvård ensamma eller i samverkan med andra utförare, landstingsdriven verksamhet eller annan upphandlad verksamhet tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att utföraren ska fullgöra uppdraget inom Vårdval primärvård. Inget hindrar att landstingen där-

utöver lägger till ytterligare krav. Genom samverkan med andra utförare eller aktörer med annan kompetens kan utföraren i Vårdval primärvård hänvisa patienter till sina samarbetspartner. Det avgörande är inte av vilken utförare eller i vilken driftsform som patienten får sin vård utan att patienten träffar den profession som den har behov av och att det finns en organiserad samverkan som erbjuder patienten en sömlös vård. Samtidigt är enskilda inte bundna av att gå till dessa utförare.

Bestämmelsen innebär att landstingen ska tillhandahålla motsvarande innehåll även i Vårdval primärvård som bedrivs i egen regi. För utförare i landstingsdriven primärvård måste dock likabehandlingsprincipen respekteras. När landsting ingår avtal med andra utförare i Vårdval primärvård förutsätter bestämmelsen att landstingen ställer motsvarande krav i förfrågningsunderlag.

Bestämmelsen gäller genom sin placering i 7 kap. bara för primärvård som landstingen är huvudman för.

7 kap.

3 b §

Landstinget ska rapportera in uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.

Paragrafen som är ny behandlas i avsnitt 8.4.1.

Paragrafens första stycke reglerar en ny skyldighet för landstingen att rapportera in vissa uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas. Den databas som avses är Väntetidsdatabasen, som Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för. Av andra stycket framgår att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, bemyndigas att meddela föreskrifter om landstingets rapporteringsskyldighet.

12.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. *möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård,*
3. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
4. vårdgarantin, *och*
5. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.2.

Ändringen innebär att skyldigheten att informera patienten om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården regleras i en egen punkt. Genom ändringen förtydligas att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt och även kunna välja vilken läkare den har förtroende för hos den utförare den valt inom landstingens Vårdval primärvård. Övriga ändringar är endast redaktionella.

6 kap.

3 §

Patienten ska få *tillgång till* och möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare som patienten valt i Vårdval primärvård*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 10.2.

Genom ändringen förtydligas att patienter ska erbjudas en fast läkarkontakt. Motsvarande förtydligande görs i 3 kap. 2 § samma lag i vilken informationsskyldigheten regleras. Patienten ska få en fast läkarkontakt om den själv så önskar. Patienter som inte själva frågar efter en fast läkarkontakt ska erbjudas en sådan på initiativ från vårdpersonalen. Alla patienter ska ha samma möjlighet att få tillgång till

en fast läkarkontakt. Bestämmelsen kräver ingen behovsprövning såsom att patienten har ett särskilt behov av samordning eller kontinuitet. Det förtydligas att patientens möjlighet att välja fast läkarkontakt omfattar läkare som vid tillfället finns tillgänglig hos den utförare som patienten har valt att lista sig på inom ramen för landstingens Vårdval primärvård.

12.3 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

3 kap.

10 §

En journalanteckning ska signeras av den som *är ansvarig* för uppgiften, *om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 11.2.

Ändringen innebär att utrymmet att underlåta signering utökas jämfört med tidigare reglering. Paragrafen har även ändrats språkligt. Signering är obehövligt om de aktuella uppgifterna som förs in i journalen kommer direkt från patienten själv, t.ex. genom att patienten har fyllt i en elektronisk hälsodeklaration. Signering kan även underlåtas om det annars rör sig om faktauppgifter som det inte finns skäl att ifrågasätta, t.ex. laboratorierapporter eller andra provsvar. Avgörande för om en signering inte behövs är uppgiftens betydelse för patientsäkerheten och vårdens kvalitet. Det ska även beaktas om vårdpersonal senare i vårdkedjan värdesätter att en viss uppgift kvalitetssäkras av den som är ansvarig för uppgiften. Har uppgiftens innehåll ingen inverkan på patientsäkerheten eller någon märkbar inverkan på vårdens kvalitet så är det obehövligt att verifiera dess riktighet. Signering behöver inte heller göras om det är praktiskt omöjligt. Även om en formell signering inte behövs måste den som ansvarar för anteckningen alltid kontrollera att uppgifterna förs in korrekt så att skrivfel undviks. Socialstyrelsen får i enlighet med 12 § denna lag föreskriva när signering kan underlåtas utan risker för patientsäkerheten. En avvägning ska göras mellan nyttan av signering och det merarbete i vården som signeringskravet innebär (jfr prop. 2007/08:126 s. 94 och s. 235).

Felaktiga personuppgifter ska alltid korrigeras eller rättas i enlighet med bestämmelserna i EU:s allmänna dataskyddsförordning. Då ska även kraven på spårbarhet beaktas.

13 Ikraftträdande

13.1 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Skälen för utredningens förslag: Lagändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt. Lagändringarna som föreslås i PL och PDL kräver inga särskilda genomförande åtgärder utöver vad som redan följer av nuvarande regelverk. De kan därför träda i kraft så snart lagstiftningsprocessen tillåter. Omstrukturerningen från en akutsjukhustung vård till nära vård med primärvården som nav pågår redan. Det är därför angeläget att den nya definitionen av primärvård träder i kraft så snart som möjligt för att stödja den utvecklingen. Av samma skäl bör bemyndigandet för regeringen att meddela föreskrifter om primärvårdens grunduppdrag också träda i kraft så snart som möjligt. På så sätt kan bestämmelserna beaktas i samband med att landstingen reviderar sina förfrågningsunderlag inom ramen för vårdvalssystemet för primärvården.

Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande den 31 mars 2019. I enlighet med utredningens tilläggsdirektiv kommer utredningen då att redovisa sin analys av ändamålsenligheten i uppdelningen mellan öppen och sluten vård. Beroende på vad utredningen kommer fram till kan det finnas behov för utredningen att föreslå justeringar i sitt eget förslag till definition av primärvården. Utredningen anser dock att det inte nödvändigtvis behöver inverka på ikraftträdandet. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen kan lagändringen enligt utredningens bedömning tidigast träda i kraft den 1 juli 2020. Utredningen beräknar att det då även finns förutsättningar för att beakta utredningens kompletterande förslag i slutbetänkandet. Utredningen föreslår därför att samtliga lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Referenser

Författningar

EU rättsakter

Europaparlamentets och rådets förordning, (EU) 2016/679, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning*.

Europaparlamentets och rådets direktiv, (EU) 2016/680, *av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behöriga myndigheters behandling av personuppgifter för att förebygga, förhindra, utreda, avslöja eller lagföra brott eller verkställa straffrättsliga påföljder, och det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av rådets rambeslut 2008/977/RIF*.

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

Lagar

Tryckfrihetsförordningen (1949:105).

Regeringsformen (1974:152).

Föräldrabalken (1949:351).

Mönstringslagen (1983:929).

Lag (1990:52) *om vård av unga*.

Begravningslagen (1990:1144).

Lag (1991:1128) *om psykiatrisk tvångsvård*.

Lag (1991:1129) *om rättspsykiatrisk vård*.

Lag (1991:1137) *om rättspsykiatrisk undersökning*.

Lag (1991:2041) *om särskild personutredning i brottmål m.m.*

Lag (1994:261) *om fullmaktsställning.*

Körkortslagen (1998:488).

Lag (1998:870) *om vård av missbrukare.*

Socialtjänstlagen (2001:453).

Fartygssäkerhetslagen (2003:364).

Lag (2005:225) *om rättsintyg i anledning av brott.*

Patientdatalagen (2008:355).

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

Lag (2009:366) *om handel med läkemedel.*

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Socialförsäkringsbalken (2010:110).

Taxitrafiklagen (2012:211).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Lag (2017:310) *om framtidsfullmakter.*

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

Kommunallagen (2017:725).

Förordningar

Förordning (1963:194), *om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.*

Förordning (1977:740), *om tillämpningen av en konvention den 27 februari 1976 mellan Sverige och Förbundsrepubliken Tyskland om social trygghet.*

Förordning (1984:555), *om tillämpningen av en konvention den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien om social trygghet.*

Förordning (1979:38), *om läkarintyg för sjöfolk.*

Förordning (1991:1472), *om psykiatrisk tvångsvård och rätts-psykiatrisk vård.*

Förordning (1992:289), *om särskild rättsutredning i brottmål m.m.*

Anställningsförordningen (1994:373).

Förordning (1994:1121), *om läkarvårdsersättning*.

Förordning (1995:1051), *om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i vissa sjukpenningärenden i vissa fall*.

Förordning (1996:1100), *om aktivitetsstöd*.

Körkortsförordningen (1998:980).

Studiestödsförordningen (2000:655).

Fartygssäkerhetsförordning (2003:438).

Förordning (2001:707), *om patientregister hos Socialstyrelsen*.

Livsmedelsförordningen (2006:813).

Förordning (2007:237), *om behörigheter för sjöpersonal*.

Förordning (2010:407), *om ersättning till vissa nyanlända invandrare*.

Förordning (2011:1533), *om behörigheter för sjöpersonal*.

Förordning (2016:706), *om utbildningsbidrag för kompletterande pedagogisk utbildning som leder till ämneslärarexamen för personer som har en examen på forskarnivå*.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2017:819), *om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser*.

Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29), *om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.*

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6), *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14), *om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

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

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8), *om läkarnas specialiseringstjänstgöring*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40), *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården*.

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13), *om kontroll i sjukpenningärenden och ersättning för merutgifter vid resa till och från arbetet m.m*.

Utländska författningar

FOR-2012-08-29-842, *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*.

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Riksdagens skrivelse 1996/97:186, *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Propositioner och skrivelser

Prop. 1969:125, *om läkarvårdsersättningen*.

Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.

Prop. 1984/85:181, *om utvecklingen av hälso- och sjukvården*.

Prop. 1984/85:189, *om patientjournallag m.m*.

Prop. 1991/92:104, *om ändring i patientjournallagen (1985:562) m.m*.

Prop. 1993/94:149, *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m*.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m*.

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens utveckling*.

Prop. 2005/06:50, *Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar*.

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.

Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m*.

Prop. 2008/09:29, *Lag om valfrihetssystem*.

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*.

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

Prop. 2014/15:91, *En ny läkemedelslag*.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Prop. 2017/18:24, *Stärkt koppling mellan skola och arbetsliv*.

Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*.

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvård och en förstärkt vårdgaranti*.

Prop. 2017/18:138, *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*.

Prop. 2017/18:151, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

Prop. 2017/18:171, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*.

Prop. 2017:18:186, *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter*.

Prop. 2017/18:223, *Nationell läkemedelslista*.

Prop. 2017/18:224, *Lag om försäkringsmedicinska utredningar*.

Prop. 2018/18:249, *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

Regeringens skrivelse 2017/18:146, *Politiken för global utveckling i genomförandet av Agenda 2030*.

Regeringens skrivelse 2014/15:72, *Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning*.

Statens offentliga utrednings- och kommittébetänkanden

SOU 1984:73, *Patientjournalen, huvudbetänkande*.

SOU 1994:126, *Husläkarreformens första halvår, delbetänkande av husläkardelegationen*.

SOU 2006:82, *Patientdatautredningen*.

SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*.

SOU 2011:6, *Missbruket, Kunskapen, Vården*.

SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder – studiehandbok från FHV-delegationen*.

SOU 2013:15, *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*.

SOU 2013:33, *En myndighet för alarmering*.

SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.

SOU 2015:17, *För kvalitet – Med gemensamt ansvar*.

SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*.

SOU 2015:98, *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*.

SOU 2015:101, *Långtidsutredningen 2015, Bilaga 7*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa – delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*.

SOU 2017:29, *Brottsdatalag*.

SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.*

SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme*?

SOU 2017:66, *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*

SOU 2017:77, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*.

SOU 2017:111, *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård*.

SOU 2018:11, *Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar*.

SOU 2018:28, *En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser*.

SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*.

Departementspromemorior och betänkanden

Socialutskottets betänkande,1984/85:SoU33, *om patientjournallag m.m*.

Socialutskottets betänkande, 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Socialutskottets betänkande, 2000/01:SoU05, *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.

Departementsserien

Ds 2016:41, *Ansvar för de försäkringsmedicinska utredningarna*.

Ds 2017:56, *Bastjänstgöring för läkare.*

Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser*.

Kommittédirektiv

Dir 2015:105, *En nationell samordnare för området livsvetenskap*.

Dir 2015:138, *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*.

Dir. 2016:51, *Tillit i styrningen*.

Dir 2016:91, *Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting*.

Dir 2016:98, *Rättsliga förutsättningar för en digitalt samverkande förvaltning*.

Dir 2016:106, *Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*.

Dir. 2017:44, *Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

Dir 2017:94, *Inrättande av Myndigheten för arbetsmiljökunskap*.

Dir 2017:95, *En organisation för lokal statlig service*.

Dir 2017:117, *Inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn*.

Dir. 2017:119, *Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen*.

Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården*.

Dir 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården*.

Dir. 2018:26, *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*.

Dir 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

Rapporter

Agenda 2030-delegationen (Fi 2016:01), *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*, Rapport 170601, Stockholm, 2017.

Andersson, Dan och Fransson, Anna, *Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:3, 2011.

Anderstig, C, *Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050*, Underlagsrapport 8 till Framtidskommissionen, Statsrådsberedningen, 2012.

Anell, Anders, *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt* – rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4), 2015.

Anell, Anders, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7, 2010.

Astma- och allergiförbundet, Diabetesorganistaionen i Sverige. Neuroförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung och Storstockholms diabetesförening, *Vägen mot världsklass*, 2018.

Barnombudsmannen, *Nyanlända barns hälsa*, 2017.

Den norske Legeforening, *Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave*, 2013.

E-hälsomyndigheten, *Digitalt pedagogiskt stöd för e-hälsolösningar – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens likalydande regeringsuppdrag (S2017/02466/FS. 2018)*, 2018.

E-hälsomyndigheten, *Samordning av regeringens satsningar på e-hälsa – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2017 (S2017/00838/FS)*, 2017.

European Commission, *State of Health in the EU: Companion Report 2017*, 2017.

Framtidens vårdkompetens, *Samverkan om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården – Årsrapport för 2017*, 2018-02-20, www.framtidensvardkompetens.se/wp-content/uploads/2018/03/arsrapport-2017-samverkan-om-kompetensforsorjning-i-halso-o-sjukvarden-framtidens-vardkompetens-2018-02-20.pdf (hämtad 2018-04-04).

Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2016.

Folkhälsomyndigheten, *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016*", 2016.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsan i Sverige 2016 – Årlig rapportering, 2016.*

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017*, 2017.

Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention 2017*. 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018*, 2018.

Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2017*, Socialförsäkringsrapport 2017:13, 2017

Helsedirektoratet, *Styringsdata for fastlegeordningen*, 4, kvartal 2016.

Inera, *Kartläggning intyg*, 2013.

Konkurrensverket, *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, 2014.

Kringos, DS et al, *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 1, 2015.

Kringos, DS, et al, *Building Primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*, Volume 2, 2015.

Myndigheten för delaktighet, *Uppföljning av funktionshinder-politiken*, 2017.

Mörk, E., Sjögren, A., och Svaleryd, H, *"Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa"*, SNS, 2014.

Norges forskningsråd, *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005*, 2006.

Norges forskningsråd, *Evaluering av samhandlingsreformen*, 2016.

The Primary Care Workforce Commission, *The future of Primary Care-Creating teams for tomorrow*, 2015.

OECD, *Doing Better for Children*, 2009.

OECD, *OECD Health Care Quality Review of Sweden*, Paris, 2013.

OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, Paris, 2017.

OECD, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Sverige: Landprofil hälsa 2017*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Denmark: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Finland: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Netherlands: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *United Kingdom: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.

Persson U, Svensson M, Ödegaard K, *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma*, Stockholm, 2005.

Persson U, Ödegaard K, *Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma*, Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 2005.

Riksrevisionen, *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning*, (RiR 2011:17), Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2011.

Socialstyrelsen, *Om implementering*, 2012.

Socialstyrelsen, *Meddelandeblad nr 9/2012; Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning*, Socialstyrelsens vägledning, 2012.

Socialstyrelsen, *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården åren 2012–2025*, 2014.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering, 2014 Sjukdomsförebyggande metoder*, 2015.

Socialstyrelsen, *Traumavård vid allvarlig händelse*, 2015.

Socialstyrelsen, *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015*, 2016.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*, 2016.

Socialstyrelsen, *Remissvar över Effektiv vård (SOU 2016:2)*, 2016.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin – Slutrapport*, 2016.

Socialstyrelsen, *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*, 2017.

Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård*, Lägesrapport, 2017.

Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*, Stockholm, 2017.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av hälso- och sjukvården*, 2017.

Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2018*, 2018.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2017, En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*, 2018.

Statens folkhälsoinstitut, *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*, 2005.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–2016,* 2018.

Statskontoret, Rapport (2016:24), *Statens styrning av kommunerna*, 2016.

Statskontoret, Rapport (2018:4), *Utvärdering av rättsintygsreformen, 2018*

Sveriges Kommuner och Landsting, *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*, 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Nationella Patientenkäten*, 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Skador i vården, 2013–2016 – På nationell, regional- och landstingsnivå*, Markörbaserad journalgranskning, 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Flippen i primärvården – Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård – slutrapport*, 2018.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Rapport Analysuppdrag: Flippen*, https://skl.se/download/18.b0a557c16076a65ab52516e/1513926973950/Flippen,%20analysuppdrag.pdf (hämtad 2018-05-14).

Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*, 2013.

U 2015:08, *Delrapportering för U 2015:08 en nationell samordnare för livsvetenskaperna*, 2017.

UNICEF Office of Research, '*Fairness for Children: A league table of inequality in child well-being in rich countries*', Innocenti Report Card 13, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2016.

Vetenskapsrådet, *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet*, 2018.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* 2012.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2013:9, *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*, 2013.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem*, 2014.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, Stockholm, 2016.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, Stockholm, 2016.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, Stockholm, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Primärvårdens resurser, styrning och organisation*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2017:4, *Primärvården i Europa – En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017:7, *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, 2017.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017:10, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, 2017.

WHO, *Now more than ever*, *World Health Report 2008*, Genève 2008.

Litteratur

Ekman et al, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*, 2013.

Övrigt

Agenda 2030-delegationen, *Om delegationen*, https://agenda2030delegationen.se/ agenda-2030/om-agendan/ (hämtad 2018-02-16).

Ahrnell, Britt-Marie, *Vem tar ansvar för min mans cancer?* 2013-06-13. www.dagenssamhalle.se/nyhet/vem-i-vardapparaten-tar-ansvar-foer-min-mans-cancer-5726 (hämtad 2018-04-17).

Apoteket, *Egenvård – Självval och egenvård moderniserade apoteken*, https://www.apoteket.se/om-apoteket/apotekets-historia/organisationen/egenvard (hämtad 2018-05-03).

Arbetsterapeuterna, *Sverige behöver en MAR i varje kommun*, 2017-10-31, www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/vi-tycker/stallningstaganden/Sverige-behover-en--MAR-i-varje-kommun (hämtad 2018-05-05).

Cancerfonden, *Cancerprevention – Vad säger forskningen?* Stockholm, 2016.

Dagens medisin, *Fastleger i 40-årener slutter*, 2017-09-28, www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/28/-fastleger-i-40-arene-slutter-som-fastlege (hämtad 2018-05-06).

Eurohealth, *Developing integrated Health and Social care models in Scotland*, 22(2), 2016.

Eurostat, *Self-perceived health statistics*, 2018-02-21. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/ index.php?title=Self-perceived_health_statistics&oldid=374099 (hämtad 2018-04-26).

Expert Group on Health Systems Performance Assessment, *A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies*, 2018.

FPA, *FPA finansiering 2016*, www.kela.fi/web/sv/fpas-finansiering (hämtad 2018-04-08).

Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro per bransch och sektor*, 2016, www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/eca49949-6bc6-4e03-ae57-60398ff31ff1/PM_sjukfranvaro_olika_branscher.pdf?MOD=AJPERES (hämtad 2018-04-25).

Health Education England, *Response to "The future of primary care: Creating teams for tomorrow"*, www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/The%20Future%20of%20Primary%20Care%20report.pdf (hämtad 2018-04-08).

Helfo, *Nytt kompetansekrav for leger i allmennpraksis*, https://helfo.no/nytt-kompetansekrav-for-leger-i-allmennpraksis (hämtad 2018-03-07).

Hermansen M, Ören, T.O, *Fastlegeordningen slår sprekker*, 2018-04-16, www.vg.no/nyheter/meninger/i/3jgXzA/fastlegeordningen-slaar-sprekker (hämtad 2018-05-01).

Hospital at home, *About Hospital at Home*, www.hospitalathome.org/about-us/overview.php (hämtad 2018-05-03).

IHME, *About GDB – The Global Burden of Disease: a critical resource for informed policymaking*, www.healthdata.org/gbd/about (hämtad 2018-04-26).

Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, et al, *The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden*, 2002, Eur J Health Econ, 2008;9(4):351-60, DOI:10.1007/s10198-007-0082-1.

Landskaps- och vårdreformen, Allmän presentation av landskaps- och vårdreformen, http://alueuudistus.fi/sv/allman-information (hämtad 2018-04-08).

Landskaps- och vårdreformen, *Tidtabell*, http://alueuudistus.fi/sv/tidtabell (hämtad 2018-04-08).

Landstinget i Kalmar, *Om hemsjukhuset i Borgholm*, 2017-12-22, www.ltkalmar.se/forskning-och-forbattring/kvalitet-och-forbattringar/forbattringsarbete/hemsjukhuset (hämtad 2018-05-03).

Landstinget i Kalmar, *Oskar - samverkan kommun och landsting*, 2018-03-29, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting (hämtad 2018-05-14).

Leading Healthcare. *Working paper 2016:1*, 2016.

Lim, SS, Allen, K, Bhutta, ZA, Dandona, L, Forouzanfar, MH, Fullman, N, et al, *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, The Lancet, 388(10053), 2015.

Lundkvist, L, *Migration ger en yngre befolkning*, SCB:s tidskrift Välfärd, nr 1, 2016.

Läkartidningen, Agardh et al, *Hälsoutvecklingen i Stockholm bättre än i övriga landet – Jämförelse av hälsoläget utifrån globala sjukdomsbördeprojektet*, 2018-01-22, www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Rapport/2018/01/Halsoutvecklingen-i-Stockholm-battre-an-i-ovriga-landet (hämtad 2018-04-26).

Nationella forskarskolan i allmänmedicin, *Målsättning med Nationella forskarskolan i allmänmedicin*, www.forskarskolanallmanmedicin.se/presentation (hämtad 2018-05-14).

OECD, *Health database*, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA (hämtad 2018-02-27).

OECD, *Infant mortality rates (indicator)*, 2018, doi: 10.1787/83dea506-en (hämtad 2018-03-26).

Regeringskansliet, *Överenskommelse om Vision e-hälsa 2025*, 2016-03-14, www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2016/03/overenskommelse-om-vision-e-halsa-2025 (hämtad 2018-05-14).

Regeringskansliet, *Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum – Åtgärdsprogram 3.0*, 2018-01-24, www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2018/01/atgardsprogram-3.0--regeringens-initiativ-for-en-trygg-sjukforsakring-med-manniskan-i-centrum/ (hämtad 2018-05-03).

Regeringskansliet, *Sverige vässar arbetet inom life science*, 2018-02-08, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/02/sverige-vassar-arbetet-inom-life-science/ (hämtad 2018-04-26).

Regeringskansliet, *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*, 2018-03-03, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/regeringen-vaxlar-upp-for-fler-specialistlakare (hämtad 2018-04-15).

Regeringskansliet, *Stärkt arbete med kunskap att bemöta psykisk ohälsa i primärvården*, 2018-03-22, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/starkt-arbete-med-kunskap-att-bemota-psykisk-ohalsa-i-primarvarden (hämtad 2018-04-26).

Regeringskansliet (Näringsdepartementet), *Uppdrag att göra en förstudie om hur internetombud inom vård och omsorg kan etableras över hela landet*, N2018/00718/D.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet*, S2017/00594/FS.

Regeringskansliet, *Ny arbetsmiljömyndighet placeras i Gävle*, 2018-04-20, www.regeringen.se/artiklar/2017/09/ny-arbetsmiljomyndighet-placeras-i-gavle (hämtad 2018-05-02).

Regeringskansliet, *Regeringen inrättar ett patientråd för hälso- och sjukvården*, 2018-04-30, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/regeringen-inrattar-ett-patientrad-for-halso--och-sjukvarden (hämtad 2018-05-02).

Regjeringen, *Kommuner og regioner*, www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/id921 (hämtad 2018-02-27).

Regjeringen, *Samhandlingsreformen i kortversjon*, 2014-10-03, www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/ (hämtad 2018-02-27).

Regeringen, *Sammenhængsreform*, www.regeringen.dk/nyheder/sammenhaengsreform/ (hämtad 2018-02-20).

Regeringen, *Udvalg om det naere og sammenhaengenede sundhedsväsende, Afrapportering, juni 2017*, https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf (hämtad 2018-05-14).

Region Sjaelland, *Ansøgning til Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse*, http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2018/Sider/Udvalget%20for%20det%20n%C3%A6re%20sundhedsv%C3%A6sen/3960-M%C3%B8de%20d.%2015-3-2018/3513807.aspx (hämtad 2018-05-14).

Riksrevisionen, *Läkares förutsättningar för att bedöma arbetsförmåga (15 maj)*, 2017-04-05, www.riksrevisionen.se/nu-granskas/pagaende-granskningar/lakares-forutsattningar-for-att-bedoma-arbetsformaga.html (hämtad 2018-05-14).

SFAM, Svensk förening för allmänmedicin, *Ersättningssystem som främjar god vårdkvalitet i primärvården – ett policydokument*, 2014.

Sjukhusläkaren, *Signering: Så tyckte läkare från norr till söder*, 2013-02-19, www.sjukhuslakaren.se/signering-sa-tycker-lakare-fran-norr-till-soder (hämtad 2018-05-03).

Sjukhusläkaren, *Använd möjligheten till undantag från signerings-tvånget*, 2013-02-20, www.sjukhuslakaren.se/anvand-mojligheten-till-undantag-fran-signeringstvanget (hämtad 2018-05-03).

Sjukhusläkaren, *Färre signeringar ger obefintliga vinster*, 2013-02-20, www.sjukhuslakaren.se/farre-signeringar-ger-obefintliga-vinster (hämtad 2018-05-03).

Skolverket, *Egenvård i förskola och skola,* 2014-02-18, www.skolverket.se/ polopoly_fs/1.254800!/7.2.1-2014-228%20Mer%20om%20egenv%C3%A5rd%20i%20f%C3%B6rskolan%20och%20skolan.pdf (hämtad 2018-05-03).

Skottlands regering, National Health and Wellbeing Outcomes: Information Framework, www.gov.scot/Resource/0047/00473499.pdf (hämtad 2018-03-07).

Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga, *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs), 2017.

Socialstyrelsen, *Digital verksamhetsutveckling i vården*, https://div.socialstyrelsen.se (hämtad 2018-04-26).

Socialstyrelsen, *Frågor och svar om patientjournalen*, www.socialstyrelsen.se/Frågor och svar om patientjournaler (hämtad 2018-05-03).

Socialstyrelsen, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, https://roi.socialstyrelsen.se/fmb (hämtad 2018-05-14).

Socialstyrelsen, *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*, 2018-04-27, vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/medicinskt-ansvarig-sjukskoterska-mas-och-medicinskt-ansvarig-rehabilitering-mar (hämtad 2018-05-05).

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, Remissversion, 2017.

Socialstyrelsen, *Nu prövas ny modell för nationell högspecialiserad vård*, www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/nuprovasnymodellfornationell hogspecialiseradvard (hämtad 2018-04-26).

Socialstyrelsen, *Patientregistret*, www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret (hämtad 2018-04-21).

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas över hälso- och sjukvårdspersonal*, www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjuk vardspersonal (hämtad 2018-04-15).

Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser*, 2017-05-18, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20608/2017-5-3.pdf (hämtat 2018-05-02).

Socialstyrelsen, *Tillsynsbeslut dnr 44-9129/08*, 2008.

Socialstyrelsen, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*, https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se (hämtad 2018-05-14).

Socialstyrelsen, *Våld i nära relationer*, www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer (hämtad 2018-04-25).

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, *Fetma – Problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm, 2002.

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, The Milbank Quarterly, vol. 83. nr. 3, 2005.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Befolkningsstatistik – Kommuner med högst och lägst medelålder*, 2018-03-21, www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/topplistor-kommuner/kommuner-med-hogst-och-lagst-medelalder-31-december-2016-jamfort-med-31-december-2015 (hämtad 2018-04-26).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Försörjningskvot 1960–2016 och prognos 2017–2060*, 2017-04-12, www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/tabell-och-diagram/sveriges-framtida-befolkning-20162060/forsorjningskvot-och-prognos (hämtad 2018-04-26).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015*, Örebro: Statistiska centralbyrån, 2015.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Prisomräknaren 2018*, www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/prisomraknaren (hämtad 2018-05-04).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Prognos folkmängd 2016–2060*, www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/framtidens-befolkning/ (hämtad 2018-04-15).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Studenter och examina i högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå*, www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/hogskolevasende/studenter-och-examina-i-hogskoleutbildning-pa-grundniva-och-avancerad-niva/ (hämtad 2018-04-15).

Statistiska centralbyrån, SCB, *Sveriges framtida befolkning 2017–2060* 2017-04-12, www.scb.se/contentassets/fee6de8eb7dc43bd9b3f36da925b5458/be0401_2017i60_sm_be18sm1701.pdf (hämtad 2018-04-26).

Stortingsmelding, *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, nr 47, 2008–09, 2009.

Stockholm Läns Landsting, *Norra Stockholms psykiatri*, 2015-10-09, www.norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/Press/aktuellt/asa-ar-bron-mellan-patienterna-och-verksamheten (hämtad 2018-05-07).

Stockholms Läns Landsting, *Akademiskt Primärvårdscentrum, För en starkare primärvård!*, www.cefam.se/om *(hämtad 2018-05-14)*.

Sundheds og ældreministeriet, *Sygeplejersker får ny specialuddannelse i kommuner og almen praksis*, 2018-08-02, www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspersonale/2018/Februar/Sygeplejersker-faar-ny-specialuddannelse-i-kommuner-og-almen-praksis.aspx (hämtad 2018-05-03).

Sundheds og ældreministeriet, Sundhed, hvor du er, december 2017, https://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Sundhed-hvor-du-er-dec-2017/Sundhed-hvor-du-er-08012018.pdf (hämtad 2018-05-14).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården*, https://skl.se/download/18.5e588ed415aa6ecabde9f48f/1489484509965/Beteenden+och+behov+hos+personer+i+kontakt+med+v%C3%A5rden.pdf (hämtad 2018-05-07).

Sveriges Kommuner och Landsting, *ACG, Adjusted Clinical Groups, nätverk*, 2018-04-06, https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/halsoochsjukvard/ersattningssystem/acgnatverk.11263.html (hämtad 2018-05-14).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017*, 2018.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23, www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html (hämtad 2018-05-03).

Sveriges Kommuner och Landsting, *PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*, 2018-05-02, www.skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html (hämtad 2018-05-03).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2016*, 2017-08-30, www.skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.270.html (hämtad 2018-04-24).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Strategi för hälsa*, 2018-04-11, www.skl.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html (hämtad 2018-05-03).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Tillgänglighet i primärvård*, 2018-01-08. https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighet.10238.html (hämtad 18-05-14).

Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelser mellan SKL och regeringen inom vård och omsorg*, 2018-03-22, www.skl.se/halsasjukvard/overenskommelsermellansklochregeringen.1463.html (hämtad 2018-04-26).

Sveriges Läkarförbund/Distriktsläkarföreningen, *DLF:s åtgärdsprogram för primärvården*, 2017-08-31, www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/Distriktslakarforeningen/60-punkts-lista/ (hämtad 2018-04-15).

Sveriges Läkarförbund, *Åtta av tio vill ha fast läkare enligt ny undersökning från Novus*, 2018-04-11, www.slf.se/Aktuellt/Atta-av-tio-vill-ha-fast-lakare-enligt-ny-undersokning-fran-Novus/ (hämtad 2018-04-15).

Sveriges Läkarförbund, *Fortbildningsenkät 2016*, www.slf.se/Pages/39049/Fortbildningsenk%c3%a4t%202016.pdf (hämtad 2018-04-15).

Vinnova, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, https://www.vinnova.se/ p/spetspatienter---en-ny-resurs-for-halsa/ (hämtad 2018-04-21).

Vårdval Region Uppsala, *Regelbok för vårdcentral*, www.lul.se/Global/Landsting_politik/Upphandling/UPPH2009-0050%20Vardcentral/2017/F%C3%B6rfr%C3%A5gningsunderlag%20VC%202017.pdf (hämtad 2018-05-04).

Västra Götalandregionen, *Sjukvårdens Larmcentral VGR (SvLc)*, www.narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/sjukvardens-larmcentral-vgr (hämtad 2018-05-03).

Webbkollen, *Trygghet i vardagen*, www.webbkollen.com (hämtad 2018-05-14).

WHO, *Alma Ata Deklarationen*, 1978.

WHO, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, 2014.

WHO, *Hälsa 2020 – Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion*, www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0dd4f55131d5443d9b8efd36d8d7de4c/halsa-2020-sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf (hämtad 2018-04-07).

WHO, *Resolution WHA69.24, Strengthening integrated, people-centred health services, In:Sixty-Ninth World Health Assembly*, Geneva, 16–24 May 2016, Resolutions and decisions, annexes, Geneva, World Health Organization, 2016.

WHO, *Non Communicable diseases*, 2017-06-21, www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases (hämtad 2018-05-01).

Kommittédirektiv 2017:24

Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

- fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
- redovisa förslagens konsekvenser samt
- i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För

hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det sjukhus och den vården kallas för sluten vård. All annan hälso- och sjukvård är öppen vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

Primärvården har en central roll

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador.

En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagreglerningen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive sluten vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i

den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak

till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Förslagen i Effektiv vård

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från sluten vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och sluten vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primärvården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lätttillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

Remittering av betänkandet

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

Andra kartläggningar och analyser

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer

för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja sprid-

ningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en helhetssyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att

förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälsorapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlikhet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

En insats i ett större sammanhang

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter

och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

Analys av förslagen i Effektiv vård

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredaren ska 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 detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitetet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso-

och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Samråd och redovisning av uppdraget

Samråd och kunskapsinhämtning

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Redovisning

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2017:97

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

- 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, och
- 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.

Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap.4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap.4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap.5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vårdenhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflytning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap.1 och 2 §§ och 14 kap.1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap.2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap.3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen Bättre liv för sjuka äldre. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som Mobilt hembesöksteam i Uppsala och Närvård i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet Effektiv vård anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet Effektiv vård föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför 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.

Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt

Denna bilaga belyser området interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt. Utredningen vill tacka följande personer som bidragit med texter till bilagan: Sari Ponzer, professor/överläkare, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Viviana Lundberg, sammankallande i Sveriges hälso- och sjukvårdsstudenter, Sofia Kialt, Emma Spak och Michael Bergström, Sveriges Kommuner och Landsting, René Ballnus, Föreståndare C-IPLS, Södersjukhuset samt Lena Lund och Erika Berggren, Akademiskt primärvårdscentrum, Stockholm Läns landsting. Ett speciellt tack går också till Douglas Eby, medical director, Kathryn Gottlieb CEO och medarbetare vid Southcentral Foundation, Alaska.

En kunskapsöversikt

Hälso- och sjukvårdens professioner ska samarbeta i välfungerande arbetslag/team för att kunna ge effektiv och ändamålsenlig vård av god kvalitet till patienterna. Trots denna målsättning utbildas varje profession fortfarande i stor utsträckning var för sig (uniprofessionellt) utan formella eller organiserade gemensamma utbildningsmoment. Detta gäller både grundläggande högskoleutbildningar och vidareutbildning av redan yrkesverksamma. Det är välkänt att ett fungerande samarbete mellan professioner förutsätter kunskaper om varandras kompetensområden, gemensamma mål och värderingar. Interprofessionell utbildning, som oftast förkortas IPE (från engelska Inter-Professional Education), erbjuder möjlighet att lära sig tillsammans. IPE definieras som följer: Interprofessionell utbildning sker när två eller flera professioner lär med, av och om varandra för att förbättra

samarbetet och vårdkvalitet (från eng: IPE enables two or more professions to learn with, from and about each other to improve collaborative practice and quality of care).[1]

Med interprofessionellt lärande (InterProfessional Learning, IPL) menas lärande som sker i samband med IPE-aktiviteter eller på annat sätt. Det viktigaste målet med IPE/IPL är att förbättra vården av patienter genom att tillföra kunskaper, färdigheter och attityder för de professioner som samarbetar med varandra.[2] Det är väsentligt att urskilja IPE begreppet från ”multiprofessionell utbildning” där olika aktörer lär sig sida vid sida oavsett målet, dvs. parallellt i stället för interaktivt med varandra. Att flera studentkategorier samtidigt gör sin praktik på samma avdelning eller att flera yrkesverksamma från olika professioner medverkar utan klara uttalade mål leder således inte automatiskt till en samverkan. Att vara klar över de andra professionernas kompetensområden är speciellt viktigt i dag när vårdens olika vårdnivåer och mångfasetterade vårdbehov ska hanteras. En interprofessionell lärandemodell vilar på pedagogiska, sociologiska och psykologiska teorier såsom vuxenlärande, problembaserat lärande, erfarenhetsinlärning och reflektion.[3]

Utbildning

Att redan under studietiden träna interprofessionellt samarbete är numera accepterat och efterfrågat och ett flertal interprofessionella lärandeaktiviteter har också introducerats inom hälso- och sjukvårdsutbildningar världen över.[4] Interprofessionella aktiviteter för studenter kan ske i många olika kontexter och former och praktise-

[1] CAIPE: Interprofessional-Education-Guidelines (2017). ISBN 978-0-9571382-6-1. www.caipe.org., Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). Effective Interprofessional Education: Development, Delivery and Evaluation. Oxford: Blackwell Publishing.
[2] Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda. Medical Education, 46(1), 58–70. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x
[3] Thistlethwaite, 2012; CAIPE, 2017.
[4] Reeves, Tassone, Parker, Wagner, Simmons (2012). Interprofessional education : An overview of key developments in the past three decades, 41, 233–245. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1298

ras redan i dag exempelvis inom akutsjukvården, primärvården, kommuner och inom socialtjänsten.[5] Formerna varierar allt från workshops, simuleringsövningar, integrerande utbildningsmoment eller verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på vårdavdelningar, akutmottagningar eller inom primärvården och kommunal vård och omsorg. En väl beprövad modell av IPE i Sverige är s.k. studentdrivna interprofessionella vårdavdelningar.[6] Denna typ av VFU är specifikt planerad för att stödja ett av IPE:s kärnkoncept: att lärandet sker i realistiska inlärningssituationer.[7] I Stockholm har dessa VFU placeringar till exempel skett på s.k. Kliniska Utbildningsavdelningar (KUA). Ett antal publicerade artiklar har belyst verksamheten och visat dess positiva effekter.[8] Motsvarande data har även redovisats från andra orter.[9] De flesta KUA finns inom ortopedi eller rehabilitering då patienter som vårdas på denna typ av vårdavdelningar så tydligt är i behov av kompetens från flera yrkeskategorier (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter) under sin vårdtid, vilket ger studenter utmärkt tillfälle att arbeta tillsammans men också med yrkesspecifika frågor. Vid varje arbetspass deltar en mindre grupp studenter och deras handledare från respektive yrkeskategori. KUA-verksamhet bedrivs även på intensivvårdsavdelningar där narkosläkare under specialistutbildning arbetar i team med sjuksköterskor under specialistutbildning. Andra IPE/IPL aktiviteter som kan nämnas är simulationsövningar t.ex. inom akut trauma livshotande tillstånd hos

[5] Hammick Freeth, Koppel, Reeves, Barr (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Medical Teacher, 29(8), 735–51. https://doi.org/10.1080/01421590701682576

[6] Wilhelmsson, Pelling, Ludvigsson, Hammar, Dahlgren, Faresjö (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. Journal of Interprofessional Care, 23(2), 121–133. https://doi.org/10.1080/13561820902728984

[7] Oandasan & Reeves, Sc. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care, 19(s1), 21–38. https://doi.org/10.1080/13561820500083550

[8] Ponzer, Hylin, Kusoffsky, Lauffs, Lonka, Mattiasson, Nordström (2004). Interprofessional training in the context of clinical practice: Goals and students' perceptions on clinical education wards. Medical Education, 38(7), 727–736. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x, • Hallin, Kiessling, Waldner, Henriksson (2009). Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. Medical Teacher, 31(908669285), 151–157. https://doi.org/10.1080/01421590802216258

[9] Jacobsen, Fink, Marcussen, Larsen, Bæk Hansen (2009). Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. Journal of Interprofessional Care, 23(1), 30–40. https://doi.org/10.1080/13561820802490909, Falk, Hult, Hammar, Hopwood, Dahlgren (2013). One site fits all? A student ward as a learning practice for interprofessional development. Journal of Interprofessional Care, 1820(2006), 1–6. https://doi.org/10.3109/13561820.2013.807224

nyfödda barn. Klinisk Utbildningsmottagning (KUM) är en variant av KUA men sker på en akutmottagning, likaledes mycket uppskattat av studenter.[10]

Att ha möjlighet att delta i interprofessionella utbildningsmoment redan under grundutbildning kan ses som en god början på att skaffa sig interprofessionell kompetens. IPE-aktiviteter syftar till att använda sin egen kompetens på ett sätt som kommer hela teamet tillgodo och bidrar därmed till ändamålsenlig vård. En tydlig och öppen kommunikation i ett team är viktig för att medlemmarna effektivt ska kunna ta tillvara den befintliga kompetensen i arbetet. Utmaningen är också att få teamarbetet meningsfullt och effektivt vilket innebär att teamets medlemmar bör ha förmåga att se arbetet i ett vidare perspektiv utifrån hela teamets satsning framför sin egen individuella insats. Ett sådant helhetsperspektiv blir inte fullständigt om inte teamets medlemmar kan se sin egen plats i det aktuella sammanhanget. Detta kräver reflektion. Förmåga till reflektion är av betydelse för att utveckla ett kritiskt förhållningssätt och få en ökad självinsikt. Medvetenhet om egna reaktioner, preferenser, starka och svaga sidor är förutsättningen för att förnuftiga val ska kunna göras. Reflektion sker dock inte per automatik utan kräver stöd, träning och tid. Reflektion är således en kärnkomponent i IPE-strategier.

Förväntade effekter

Interprofessionell kompetens innebär således förmåga att samverka med andra professioner, att ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Dessa kompetensen anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.[11] För att nå det ultimata målet med IPE, bättre vårdkvalitet, är det väsentligt att fortsätta att inkludera och vidareutveckla IPE-kompetenser under kontinuerlig fortbildning. En expertkommitté under Institute of Medicine (2015) har publicerat en omfattande rapport ”Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collabora-

[10] Ericson, Masiello, Bolinder, G. (2012). Interprofessional clinical training for undergraduate students in an emergency department setting. Journal of Interprofessional Care, 26(4), 319–25. https://doi.org/10.3109/13561820.2012.676109

[11] World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Practice, 1–63. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00144.x

tive Practice and Patient Outcomes" där man diskuterar olika aspekter om IPE och dess nytta, men också betonar betydelsen av att flera väl designade studier genomförs där interprofessionell samverkans betydelse mäts ur ett patientutfallsperspektiv.

Det mesta av litteraturen gällande IPE har fokuserat på formella och planerade utbildningsaktivitet men på senare år har IPEs roll och betydelse inom det livslånga informella lärandet på arbetsplatsen ökat.[12] Med informellt lärande avses "övervägande ostrukturerat, experimenterande och icke-institutionellt" lärande som sker som en del av vardagen och är en betydelsefull komponent i att kontinuerligt uppdatera sina kunskaper.[13] Att beakta IPE i ljuset av det informella lärandet kan vara till hjälp för att förstå hur IPE kan implementeras.[14]

De flesta publicerade IPE-studier är genomförda inom slutenvård men det finns också ett antal där fokus har legat på öppen vård och specifikt primärvården. Litteratursökning i Pubmed på orden "primary care" and "interprofessional education" ger över 2000 publikationer på varierande aspekter av primärvårdens verksamhet allt från studenters lärande till olika typer av interventioner för medarbetare i ett primärvårdsteam.[15]

Att hitta entydiga evidens om IPE:s fördelar är inte enkelt då endast ett fåtal randomiserade studier har genomförts inom detta forskningsfält. I en Cochrane-rapport undersöktes betydelsen av interprofessionell samverkan mellan yrkesverksamma (InterProfessional collaboration, IPC) och dess betydelse för patientrelaterade utfall och vårdens effektivitet.[16] Totalt inkluderades nio studier (6 540 deltagare), alla från höginkomstländer. Man kunde utifrån de inkluderade studierna inte visa några säkra effekter av de varierande IPE interventioner (ronder, möten, checklistor) som hade använts i dessa

[12] Owen, Schmitt (2013). Integrating interprofessional education into continuing education: a planning process for continuing interprofessional education programs. J Contin Educ Health Prof. 33(2):109-17.

[13] Marsick, Volpe (1999). The nature and need for informal learning. Advances in Developing Human Resources, 1, 1–9), • Regehr, Mylopoulos (2008). Maintaining competence in the field: Learning about practice, through practice, in practice. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 28, S19–S23.

[14] Nisbet, Lincoln, Dunn (2013) Informal interprofessional learning: an untapped opportunity for learning and change within the workplace. Journal of Interprofessional Care, 27:6, 469-475, DOI: 10.3109/13561820.2013.805735

[15] Exempelvis Lee, Hillier, Weston (2017). "Booster Days": An educational initiative to develop a community of practice of primary care collaborative memory clinics. GERONTOLOGY & GERIATRICS EDUCATION. https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/02701960.2017.1373350

[16] Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, Zwarenstein (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews.

studier. Författarna konstaterade att graden av evidens var låg, varför det var svårt att dra några slutsatser men också att det fanns flera studier som kunde inkluderas jämfört med den tidigare Cochrane-analysen (2008). Författarna uppmanade till ytterligare studier där andra metoder (t.ex. mixed methods) används, och där utvärdering genomförs först efter en längre implementeringsfas och där även uppföljning sker i ett senare skede efter intervention.

Sammanfattningsvis kan konstateras att även om det finns många studier som pekar på nyttan av IPE, är evidensläget fortfarande relativt lågt avseende IPE:s betydelse för vårdens kvalitet. Det betyder inte att det saknas mätbara effekter, utan relaterar mer till att forskningsområdet är relativt nytt och har metodologiska utmaningar. Det finns givetvis heller inga studier som visar motsatsen, att uniprofessionellt lärande, den dominerande modellen för hälso- och sjukvårdspersonal, leder till förbättrad samverkan eller har fördelar ur patientens perspektiv.

Att redan under utbildningen få kunskap om vilka kompetenser de andra professionerna i teamet runt patienten har måste betraktas som en investering för framtiden, så att alla professioner under sina yrkesverksamma år kan fortsätta att lära med, av och om varandra för att förbättra samarbetet och bida till patientsäkerhet och vårdens kvalitet. Mer forskning behövs om framgångsrika arbetssätt inom hälso- och sjukvård och omsorg, och det är av stor betydelse att när omorganisationer och omstrukturering sker också redan från början planera uppföljande insatser och följeforskning av de omställningar som genomförs.

Nätverket för Sveriges hälso- och sjukvårdsstudenter

Bakgrund

Nätverket för Sveriges Hälso- och Sjukvårdsstudenter är en samarbetsplattform för studenter inom Hälso- och Sjukvårdsutbildningarna. Följande organisationer* och professioner finns representerade i nätverket:

- Akademikerförbundet SSR (socionomer)
- Arbetsterapeuterna (arbetsterapeuter)
- Dietisternas Riksförbund (dietister)
- Farmaceuterna (farmaceuter)
- Fysioterapeuterna (fysioterapeuter)
- Naturvetarna (dietister, biomedicinska analytiker)
- Psykologförbundet (psykologer)
- Svenska Läkaresällskapet (läkare)
- Sveriges Läkarförbund (läkare)
- SRAT (Logopeder)
- Vårdförbundet (biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor).

* Respektive organisations studentorganisation/förening är anslutna till nätverket.

Studenter från olika hälso- och sjukvårdsutbildningar har under åren träffats via olika plattformar, forum och arenor. Det har då framkommit, i dialog med makthavare och beslutsfattare, att studenterna saknar en egen gemensam arena för att diskutera och föra studentorganisationernas talan. På initiativ från enskilda studenter bildades 2016 det som i dag är Sveriges Hälso- och Sjukvårdsstudenter. Till en början fungerade det som ett kontaktnätverk. Främsta syftet var att skapa kontaktvägar och nätverk samt introducera aktuella frågor och dialoger. Ordföranden och förtroendevalda från de olika studentfackliga organisationerna etablerade på så sätt en kontakt organisationerna emellan.

Nätverket höll sitt första möte under våren 2017. Tidigt formulerades en agenda kring frågor om de olika utbildningarnas innehåll och vikten av ett interprofessionellt lärande och samarbete. Två representanter från respektive organisation sammanträder två till tre gånger per år. Huvudsakligt fokus är utmaningar och möjligheter i hälso- och sjukvårdsutbildningarna och hur respektive organisations medlemmar ser på interprofessionellt lärande i deras respektive kontext. Nätverket representerar cirka 45 000 studenter som är på väg att utbilda sig inom elva olika professioner.

Mål och Vision

Nätverket inledde tidigt under 2018 en kartläggning om möjligheterna att under året omorganiseras från nätverk till ideell förening. Syftet är att främja och underlätta för såväl engagemang som kontinuiteten i nätverket. Nätverket verkar i dag som en samarbetsplattform med förtroendevalda för samtliga parter där studenterna med stöd från olika intressenter strävar efter att genom en gemensam röst vara en drivande kraft i frågor som rör hälso- och sjukvårdsutbildningarnas olika typer av interprofessionella inslag. Nätverkets gemensamma vision är att främja patientsäkerheten genom att lyfta vikten av interprofessionellt lärande och teamarbete, samt möjliggöra att detta blir en obligatoriskt och självklar del av hälso- och sjukvårdsutbildningarna. Teamarbetet är som vi ser det en avgörande del för yrkesutövning i god arbetsmiljö och för att upprätthålla en hög standard på svensk hälso- och sjukvård. Nätverkets mål är att alla studenter under sin utbildning ska får möjlighet att både teoretiskt såväl som praktiskt träna sina färdigheter i teamarbete och interprofessionellt samarbete. Nätverket arbetar via respektive organisation för att nå ut till medlemmar och inhämta information, åsikter men även kunskap om attityder till interprofessionalism. Den nationella representantgruppen består av 1–2 representanter från respektive organisation med ansvar att planera nätverkets arbete framåt.

Verksamhet

Under åren har en stor del av det arbete som nätverket bedriver syftat till att få en översikt i utbildningarnas möjligheter och utmaningar och få en uppfattning av hur stor plats interprofessionellt lärande och samarbete får i utbildningen. Samtliga organisationer har uppfattningen att det existerar stora skillnader mellan lärosäten. Skillnaderna förefaller till stor del bero på hur många hälso- och sjukvårdsutbildningar det finns på lärosätet. Olika skolor har också olika ingångssätt till interprofessionellt lärande. Utbildningsort är följaktligen avgörande för studentens erfarenhet av interprofessionellt samarbete. Lärosäten som enbart utbildar enstaka professioner har i regel färre interprofessionella moment. Däremot är det fortfarande få av lärosätena med samtliga utbildningar som har interprofessionella lärandemoment som en obligatorisk del i undervisningen.

Nätverket har under året tagit del av många goda exempel på interprofessionella lärandemoment som främjar studenterna insikt och kunskap om interprofessionalitet och teamarbetets betydelse för patientsäkerhet och personcentrerad vård. Det finns således goda möjligheter såväl som stora utmaningar för att tillgängliggöra interprofessionellt lärande för samtliga studenter oberoende av lärosäte.

Utbildningarnas innehåll och professionsutveckling

Nätverket menar att interprofessionella lärandemoment behöver vara en självklar del i hela utbildningen. Momentens innehåll ska anpassas utifrån studenternas utveckling. Tidigt i utbildningarna kan teoretiska grunder i interprofessionalitet och teamarbete introduceras för att i utbildningarnas senare delar avancera till praktiska moment där studenterna exempelvis genomför en gemensam klinisk placering/verksamhetsförlagd utbildning på en Klinisk Utbildningsavdelning (KUA) alternativt Klinisk Utbildningsmottagning (KUM). Insikten i andra professioner än den egna ska inte enbart bestå av delar där studenten ges teoretiska kunskaper om en annan profession, utan kan med fördel skapas i samarbete och gemensamt lärande. Studenten bör med grund i den egna professionen utvecklas och ges kunskaper om såväl teamet som interprofessionellt samarbete i hälso- och sjukvården för att ges förutsättningar att arbeta patientsäkert och personcentrerat.

Primärvård, prevention, promotion och personcentrerad vård

Med studenter från elva olika professioner finns det en rad utmaningar och möjligheter som lägger grunden för nätverkets samarbete. Ett av de stora ämnena är primärvård och möjlighet till interprofessionella lärandemoment med fokus på primärvård, prevention och promotion. Den interprofessionella diskussionen har medfört flertalet intressanta vidaredialoger gällande promotion och preventivt arbete. Nätverkets medlemmar har uppmärksammat hur olika professioner nyttjas beroende på preventionsnivå (primär, sekundär samt tertiär), men framför allt på studenternas inställningar, fördomar och förväntningar kopplat till respektive profession. Nätverkets medlemmar menar att samtliga professioner bör få med sig ytterligare kunskaper och insikt

i hur promotion och prevention kan adresseras ur ett interprofessionellt perspektiv och att lärosätena bör anpassa kliniska placeringar och verksamhetsförlagd utbildning utefter de prognoser som finns avseende var framtidens hälso- och sjukvård i huvudsak kommer att bedrivas. Bland annat ser Nätverket att primärvård, olika former av vård i hemmet och folkhälsa (med särskilt fokus promotion och prevention) är ämnen som bör få ett avsevärt större utrymme i utbildningarna.

Organisationskunskap och förbättringsarbete

Nätverket ser organisationskunskap, systemförståelse och förbättringskunskap som viktiga delar att utveckla inom grundutbildningarna för att framtidens medarbetare ska kunna möta samhällets efterfrågan och behov av en god hälso- och sjukvård. Att möta utmaningar och nya möjligheter med ett interprofessionellt perspektiv tror vi kan skapa möjligheter för framtidens medarbetare. Nätverket är eniga om att dessa inslag bör ingå i grundutbildningarna, och att det behöver säkras goda möjligheter för studenter som representerar hela vårdteamet att aktivt arbeta med förbättringsarbeten.

Framtidens hälso- och sjukvårdsutbildningar

Dagens hälso- och sjukvårdsstudenter behöver rustas för en framtid med allt fler multisjuka äldre, och ett växande antal individer som lever med kroniska sjukdomstillstånd. Nätverket menar att det är av största vikt att studenter ges möjlighet att under sina respektive utbildningar ges verktyg för att utveckla dagens hälso- och sjukvård. Vi behöver få redskap för att implementera dagens forskning i verksamheten samt förbereda framtidens medarbetare på de utmaningar som kommer.

Sveriges Hälso- och Sjukvårdsstudenter ser att satsningar behöver ske huvudsakligen inom fyra olika områden:

- Att alla vårdutbildningar i större utsträckning bör ha strukturerade inslag av IPL,
- Att vårdverksamheter bör säkra att det finns möjligheter att bedriva IPL (t.ex. genom att säkerställa att fysioterapeuter finns på eller i anslutning till vårdcentraler/hälsocentraler och andra vårdverksamheter där andra studenter befinner sig),
- En viss nivå av system- och organisationskunskap bör ingå i alla utbildningars nationella examensmål,
- Att förutsättningarna för en lärorik klinisk praktik måste stärkas i primärvården (t.ex. genom att öka akademiseringen i primärvården genom att ge resurser till utbildning och forskning på ett genomtänkt sätt).

Ett exempel: Integrerade vårdteam är hjärtat i Southcentral Foundation

Southcentral Foundation i Alaska sticker ut i omvärldsspaningen bland internationella hälso- och sjukvårdssystem. De har på ett tydligt sätt gjort primärvården till basen för vården. Genom att sätta relationer och kontinuitet i centrum, stöttat av tvärprofessionella team, har de nått toppklass i nationella och internationella jämförelser avseende resurseffektivitet, kvalitet och kundnöjdhet. Southcentral Foundations ”Nuka” vårdsystem är en icke vinstdrivande organisation vars verksamhet riktar sig till sydvästra Alaskas ursprungsbefolkning om 65 000 invånare.

Organisationen beskrivs som kundägd och kundstyrd, har 2 000 anställda och en budget på 210 miljoner dollar. Verksamheten består i första hand av primärvård, tandvård, psykosociala stödtjänster, MVC, BVC, hemsjukvård och utbildning. Alternativmedicin och traditionell healing ingår eftersom det förväntas utifrån den lokala kontexten och traditionen. Southcentral Foundation deläger ett sjukhus med cirka 150 vårdplatser.

Innan omställningen – i slutet av 1990-talet

Ursprungsbefolkningen i Alaska har länge varit diskriminerad och haft dålig folkhälsa. Hälso- och sjukvården hade dåliga resultat trots höga kostnader. Hälsoproblemen i befolkningen bestod bland annat av alkohol, tobak, våld i nära relationer och fetma. Patienterna fick vänta veckor på att få en tid vilket ledde till många besök via akuten. Patienterna träffade olika personer varje gång. Vården av kroppen och av själen var helt skild från varandra. Sjukvårdssystemet var stort och byråkratiskt och kontrollerades från Washington, cirka 800 mil från Alaska. Medarbetare upplevde att de inte hade lov att vara kreativa och innovativa. Avdelningar och verksamheter agerade enskilt utifrån vad som var bäst för dem. I mätningar visades att vare sig patienterna eller vårdens medarbetare var nöjda.

Startpunkten för förändringen blev en nationell lagförändring 1997 som möjliggjorde för Amerikas ursprungsbefolkningen att ta över ägarskapet för skattefinansierad service. Ledarna för Alaskas ursprungsbefolkning såg detta som en möjlighet för radikal förnyelse och innovation. Detta blev starten för en omfattande dialog för att nå en djupare förståelse för behov och värderingar hos de nya ”kundägarna”.

Efter omställningen

I dag är Southcentral Foundations Nuka vårdsystem ett av världens mest framgångsrika exempel på en omställning av ett hälso- och sjukvårdssystem. Hälso- och sjukvårdsresultaten är topp 25 i USA. Nationella och internationella jämförelser visar toppklass avseende resurseffektivitet, kvalitet och kundnöjdhet. 95 procent av befolkningen är kopplade till ett integrerat vårdteam. De erbjuds kontakt samma dag, via mail, telefon, video eller besök efter kundägarens eget val. Ett år efter införandet av kontakt samma dag hade till exempel väntelistan till beteendevetare minskat från 1 300 personer till noll.

De första åren minskade antalet vårddygn med 36 procent, akutbesök med 42 procent och besök till sjukhusspecialister med 58 procent, förändringar som också stått sig över tid. Även besök till allmänläkare har minskat med 36 procent. Våld i nära relationer har minskat samtidigt medan deltagandet i barnvaccinationsprogrammet ökat med 25 procent.

Personalomsättningen minskade med 15 procent mellan 2007 och 2015. Kundägarnöjdheten är 96 procent och medarbetarnöjdheten 95 procent.

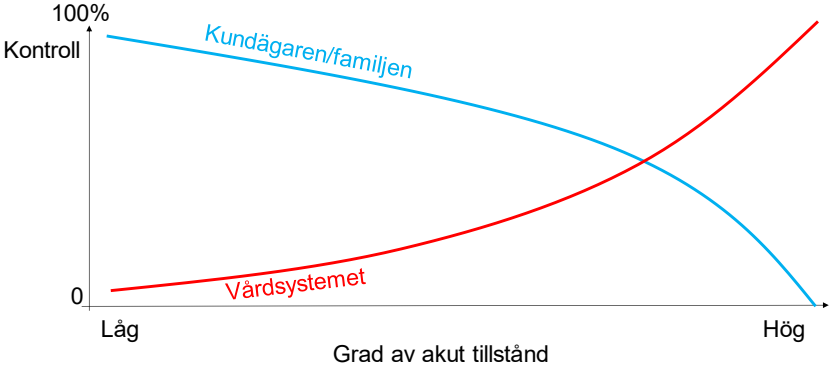
Southcentral Foundation mottog 2011 och 2017 Malcolm Baldrige National Quality Award och blev den första organisation som erhållit utmärkelsen två gånger.

Strategiskt ledarskap med fokus på relationer

Den initiala behovs- och värdedialogen visade dels på behovet av att bli sedd som en fullvärdig människa med makt och ansvar för sin egen hälsosituation och dels att erkänna familjens centrala ställning i kulturen.

Figuren nedan visar hur hög kontroll patienten och familjen har vid kroniska tillstånd medan vårdens professioner fattar besluten i akuta skeden. Det är de som fattar besluten som påverkar utfallet av vården.

Figur 1 Vem fattar egentligen besluten om hälsan?



En viktig insikt är att kundägaren och dennes familj har stort inflytande över resultaten för systemet.

Denna insikt har lett till att hela organisationen och alla strategier i dag fokuserar på att bygga och vårda relationer, vilket också är en uttalad huvuduppgift för alla medarbetare. Exempelvis bildar organisationens principer med sina första bokstäver ordet Relationships.

Southcentral Foundation har gått längre än det vi kallar personcentrerad vård. De fokuserar på hur kundägarna med familj driver

systemet. Hälso- och sjukvården ska vara invävd i invånarnas liv och uppbyggda ur deras perspektiv snarare än utifrån professionens. Människan och familjen adresseras på ett sammanhållet och personligt sätt. Begrepp som används är ”kunddriven helhetsvård” eller ”kund- och familjedriven integrerad vård på egna villkor”.

De integrerade vårdteamen

Hjärtat i organisationen är de integrerade vårdteamen. Det är de som står för den kontinuerliga relationen mellan kundägarna och vården. Navet i det integrerade vårdteamet är ett primärt ansvarigt team med fyra funktioner; läkare, distriktssköterska, en samordnande funktion och en undersköterska. Det är till dessa personer som kundägaren hör av sig direkt med sina frågor och problem.

I de integrerade vårdteamen ingår förutom det primära teamet även andra kompetenser såsom beteendevetare/psykologer, apotekare, dietist, barnmorska, psykiatriker och socialarbetare. Dessa kompetenser är samlokaliserade med de primära teamen och samarbetar nära flera primära team. Mödravård och barnhälsovård är också samlokaliserad med de primära vårdteamen.

Medlemmarna i det integrerade vårdteamet samlas löpande under arbetsdagen för kortare avstämningar för att tillsammans hantera de frågor och problem som kommer från kundägarna.

Det integrerade teamet har ett antal resurser och program att nyttja och remittera till för att lösa det som uppkommit för kundägarna. Exempelvis konsulter för kronisk smärta, rehabiliteringsinsatser, HIV rådgivare, samtalsterapi, studiecirklar, missbruksvård, suicidprevention, kristeam, traditionell healing, familjeterapi.

Det finns ett tydligt fokus på psykosocial kompetens i de integrerade vårdteamen med avsikt att kunna ge stöd till kundägaren och dennes familj på grund av sjukdom eller andra livshändelser. Kompetenser som beteendevetare, socionom och psykiatriker gör att teamet väl kan möta problem för kundägaren oavsett om det gäller kroppen eller själen.

> It is only through solid relationships that you can begin to get at insidious underlying health issues such as depression, domestic violence, and obesity.
>
> *Doug Eby MD, PhD, Vice President of Medical Services Division*

Hela det integrerade teamet har ett gemensamt ansvar att lära känna kundägarna på djupet och vårda relationerna. När en kundägare hör av sig med ett problem eller fråga tas kontakt samma dag. Tack vare en etablerad relation till teamet tas dessa kontakter i dag till cirka 50 procent digitalt. Målsättningen är att öka denna andel till 80–90 procent. Kundägarens behov avgör vilken kompetens som står för kontakten.

> Primary care isn't manufacturing, it's not linear. It's about doctors and patients and how well they connect. It's about messy human relationships. And it's about partnering.
>
> *Doug Eby MD, PhD, Vice President of Medical Services Division*

De integrerade teamen har ingen permanent utsedd ledare, alla ingår på lika villkor och det finns en målmedveten strävan att nå välfungerande icke-hierarkiskt teamsamarbete, något som kräver träning.

Teamen tränas tillsammans

Southcentral Foundation investerar i sina medarbetare. Första året som anställd ägnas 15 arbetsdagar åt utbildning utanför den kliniska situationen för att befästa organisationens vision och arbetssätt.

Det är den högsta ledningen som leder den obligatorisk introduktionsutbildningen på tre dagar. Ledarna för organisationen blir därmed levande förebilder för den kultur organisationen vill odla och nära. De, liksom alla som deltar, delar personliga berättelser, uppmuntrar ifrågasättande, erkänner misstag och firar framgångar. Fokus ligger på relationer och den värdegrund som kundägarna definierat som viktigt och som genomsyrar organisationen. De anställda får på ett aktivt sätt ställa sig bakom den.

Träningen sker ofta i form av simulering av reella situationer och fokus ligger på hur teamet tillsammans löser uppgifter och medlemmarna möter både kundägare och övriga medlemmar i teamet.

Under första året sker en omformande träning som är oberoende av profession. Träningen utgår från vad det innebär att vara människa och bidrar till teammedlemmarnas förmåga att använda sig själv som verktyg i arbetet. Det är en utmanande träning som kan väcka motstånd initialt men som många beskriver som livsförändrande. Inte minst erfarna medarbetare kan känna sig obekväma i situationen och ha svårt att förskjuta fokus från den egna yrkesrollen till hur de

som individer i grupp tar sig an uppgifter, löser situationer och möter människor. Detta är ingen kunskap eller kompetens medarbetarna fått med sig från professionsutbildningarna. Det är något helt nytt. Träningen bidrar till att likställda alla, oavsett profession, vilket blir en ny situation i sig.

Teamen tränar kontinuerligt tillsammans. När någon ny börjar i teamet genomförs träningen igen för att ge teamet möjlighet att bygga sina relationer. Träningen sker ofta med digitalt stöd i form av filmade scenarion eller situationer som sedan teamet diskuterar. Det ger möjlighet att reflektera kring hur teamet löser uppgifter tillsammans och utvecklar relationer med kundägarna.

Arbetsmiljön underlättar teamarbete

Den fysiska arbetsmiljön är utformad för att underlätta kommunikation och relationer inom teamet. Den bidrar också till att få bort hierarkier och uppmuntrar alla att se varandra som jämbördiga kollegor.

Hela det integrerade vårdteamet sitter tillsammans i ett öppet landskap. Att sitta så att det hela tiden går att se varandra bidrar till att det är lättare att hjälpas åt och att delegera arbetsuppgifter. Det pågår ett ständigt resonerande och interagerande med varandra för att utröna hur problem och situationer ska hanteras och vem som är mest lämpad att ha kontakt med kundägaren. Det är den samordnade funktionen som ansvarar för att journaler och andra relevanta dokument och planer hålls uppdaterade.

Primärvårdsverksamheternas lokaler är utformade för att kundägarna ska känna sig bekväma och likvärdiga. De är genomgående ljust designade med tydliga inslag från den lokala kulturen. Berörda teammedlemmarna träffar kundägarna i samtals- eller undersökningsrum.

En del i arbetsmiljön är också de olika former av kunskapsstöd och återkoppling som teamen har för att arbeta med ständiga förbättringar. Teamen har löpande tillgång till utfallsdata för att kunna driva sin egen utveckling. Det är både hälsodata ur ett befolkningsperspektiv och data avseende vård och behandling. Southcentral Foundation har en dataavdelning som är indelade i egna ”integrerade informationsteam” som arbetar tillsammans med verksamheterna. Dessa team består av analytiker, statistiker och erfarna forskare som

kan hjälpa till att formulera frågor för analytiska metoder och programmerare som kan få fram data ur organisationens system.

Att arbeta med ständiga förbättringar och innovation är en av fyra kompetenser som Southcentral Foundation förväntar sig av alla sina medarbetare.

Förmåga att rekrytera personal

Det är en central ledningsfråga för Southcentral Foundation att hitta rätt medarbetare, för att kunna bygga långvariga relationer krävs det en låg personalomsättning. Organisationen lägger därför mycket tid och omsorg på rekryteringen. I stället för att bara rekrytera när det finns vakanser, är man proaktiv och rekryterar kontinuerligt oavsett om det finns någon ledig tjänst. De har tillexempel ett program för att tidigt identifiera 14–18 åringar med potential och ge stöd genom skolan för att sedan kunna vidareutbilda och anställa på sikt.

Southcentral har i dag en kommittébaserad intervjumodell för rekrytering. Intervjuerna fokuserar på kompetenser som efterfrågas hos samtliga anställda såsom kundsyn och relationer, kommunikation och teamarbete, ständiga förbättringar och innovation samt systematiskt arbetsmiljöarbete. Chefer från olika divisioner är utbildade i beteendevetenskapliga intervjutekniker och intervjuar kandidaterna i grupp utifrån tjänster med behov av liknande kompetenser och meriter. Intervjuarna gör en grundläggande bedömning av huruvida den sökande passar i Southcentrals organisation och av personen kompetenser för att sedan kunna föreslå i vilken roll personen skulle passa innan en tjänst erbjuds.

Southcentral Foundation har genom sitt tydliga kundägarperspektiv ett starkt incitament att återupprätta ursprungsbefolkningen stolthet och värdighet. I dag kommer över 50 procent av medarbetarna själva från målgruppen och är därmed samtidigt kundägare.

Organisationen har byggt en strukturerad karriärmodell så att till exempel allmänläkare och distriktssjuksköterskor efter kompetensutveckling kan ta på sig ansvar för mentorskap, kvalitetssäkring eller kvalitetsutveckling eller ta på sig ett ledarskap/chefskap för flera integrerade vårdteam.

Reflektioner och lärdomar

Det är slående hur seriöst och genomtänkt Southcentral Foundation förhåller sig till teamarbete. I relation till detta blir det tydligt att vi i Sverige inte sällan sätter en team-etikett på personer med olika funktioner som ska arbeta tillsammans för att lösa problem eller situationer för patienter, men utan särskild träning eller långsiktighet. Dessa grupper får sällan stöd i hur själva teamarbetet ska gå till. Vi slarvar med team-etiketten och ibland applicerar den på personer som bara är samlokaliserade, utan incitament eller förmåga att arbeta tillsammans.

Southcentral Foundations fokus på behov och relationer kan ge både djup inspiration och lärdomar. Några områden noteras specifikt:

- Utgångspunkt i kundägarnas behov och förutsättningar
- Stark integrering av hälso- och sjukvård med psykosocial kompetens som en väg att arbeta med de underliggande orsakerna till hälsoproblem
- Strategiskt och långsiktigt ledarskap med fokus på värde och relationer för att göra så väl personal som kundägare till kulturbärare
- Förmåga att rekrytera proaktivt och långsiktigt
- Bygga team och avsätta tid och resurser för att de ska kunna träna och utvecklas tillsammans
- Skapa en fysisk och digital arbetsmiljö som underlättar teamarbete.

Det går förstås inte att helt överföra Southcentral Foundations arbete med ursprungsbefolkningen i Alaska till svenska förhållanden, kultur och värderingar, men det finns mycket att lära av deras arbetssätt och goda resultat. Att träna för teamarbete är något som är möjligt att göra i större utsträckning än i dag. Att helhjärtat sätta kundägarnas behov och förutsättningar i första rummet är heller inget som är beroende av den kulturella kontexten. Att utgå från kundägarnas behov och förutsättningar är något alla organisationer kan gör, det kräver dock att denna utgångspunkt integreras i värdegrunden. Om så inte redan är fallet kräver det ett omfattande kulturarbete. Resan dit är avgörande för framgång.

Ytterligare ett exempel: C-IPLS, Centrum för Interprofessionellt Lärande och Samarbete

C-IPLS (Center för kliniskt interprofessionellt lärande och samarbete) är ett landstingsövergripande kunskapscentrum för medarbetare inom alla vårdens professioner inom Stockholms läns landsting (SLL). C-IPLS har sin fysiska hemvist på Södersjukhuset i Stockholm. Verksamheten är placerad under Avdelningen för Forskning, Utveckling, Utbildning och Innovation (FoUUi). Ambitionen är att bidra med stöd och utbildningsinsatser som främjar interprofessionella samarbeten och lärande. Verksamheten sker i nära samverkan med SLL och i samarbete med såväl nationella som internationella partners. Den övergripande målsättningen är att öka den interprofessionella kompetensen bland vårdens medarbetare. Arbetet utgår från att ett tätt samarbete och en effektiv kommunikation mellan hälso- och sjukvårdens professioner är en förutsättning för att möta framtidens utmaningar med en personcentrerad och patientsäker vård. C-IPLS bidrar till att möjliggöra förbättrade arbetssätt och ett utökat utbildningssamarbete mellan professioner och verksamheter.[17]

C-IPLS har som uppdrag och ambition att arbeta tillsammans med många olika enheter inom landstinget. Därför arbetar man med en bred representation i verksamhetens styrgrupp. För att möjliggöra spridning av kunskap och genomföra insatser i olika verksamheter har C-IPLS byggt upp ett nätverk av ambassadörer (kontaktpersoner). Kontaktpersonerna representerar olika professioner och deltar i kompetensutveckling inom såväl utbildning som i det vardagliga kliniska arbetet.

Ett urval av C- IPLs aktiviteter

C-IPLS prioriterar förfrågningar om stöd från verksamheter där ambitionen att integrera IPLS i verksamheten är tydligt uttalade. Förfrågningar inkommer regelbundet och kan antingen resultera i konkret stöd till genomförande från C-IPLS, eller stöd i planeringen av aktiviteter som sedan genomförs självständigt av de respektive enheternas medarbetare.

[17] Södersjukhuset. C-IPL – Centrum för interprofessionellt Lärande. www.sodersjukhuset.se/Forskning-utbildning--utveckling/Utbildning/C-IPL---Centrum-for-interprofessionellt-Larande/ (hämtad 2018-05-04).

Nationell och internationell samverkan

C-IPLS har ett kontinuerligt utbyte med bland annat ”Centre for IPE” i Toronto och ”Selskabet för IPLS” i Danmark.[18] Båda organisationerna arbetar aktivt med IPLS i sitt kompetensutvecklingsarbete. C-IPLS arbetar fortlöpande med omvärldsbevakning. Intresset för dessa frågor återfinns såväl på internationell som på nationell och regional nivå. Det förekommer i dag en rad utbildningssatsningar IPLS runtom i Sverige, exempelvis i region Kalmar, region Östergötland och region Skåne.[19]

Inventering av pågående IPLS-aktiviteter på regional nivå

Många aktiviteter för att främja IPLS finns i dag på olika håll inom SLL:s verksamheter, men medvetenheten om området behöver stärkas och befintliga kliniska IPLS-aktiviteter tydliggöras för möjligheten till ökad spridning och lärande. Inventeringen genomförs av de ovan nämnda kontaktpersonerna i olika verksamheter. De aktiviteter som beskrivs rör i huvudsak:

- lokala arbetssätt och rutiner
- arbetssätt relaterade till specifika processer såsom in- och utskrivning
- fortbildning
- arbetsplatsintroduktion
- möjligheten att hospitera i andra verksamheter
- strukturerad kommunikation (SBAR; Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendationer)

---

[18] Dansk Selskab for Interprofessionel Læring og Samarbejde i sundhedsvæsenet www.ipls.dk/wordpress (hämtad 2018-04-30).

[19] Linköpings Universitet. Medicinska fakulteten. Kommittén för interprofessionellt lärande. 2017-04-03. https://old.liu.se/medfak/om-oss/styrelse_namnder/utbildningsnamnden/integrationskommitten?l=sv (hämtad 2018-05-04).
Region Skåne. Practicum Clinical Skills Centres. www.practicum.info/kurser/ (hämtad 2018-05-03).
Region Östergötland. Clinicum Östergötland– centrum för färdighetsträning och simulering. www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/Centrum-for-verksamhetsstod-och-utveckling/Clinicum/ (hämtad 2018-05-04).
Klinsim. Svensk Förening för Klinisk Träning och Medicinsk Simulering. www.klinsim.se/ (hämtad 2018-05-04).

- möteskultur på arbetsplatsträffar (APT)
- möteskultur vid ronder och överrapportering
- teambaserade planeringsdagar
- teambaserat förbättringsarbete och forskning
- utformning av lokaler utifrån teambaserade arbetssätt
- dokumentation
- arbete med vårdplaner
- teambaserade metoder för briefing och debriefing
- metodspecifik praktisk teamträning exempelvis med hjälp av CEPS, CAMST, Bergen-modellen[20]
- studentrelaterade aktiviteter.

Samverkan med patientföreningar

C-IPLS har kontakt med flera patientföreningar såsom Bröstcancerföreningen Amazona och Tarm-, uro- och stomiförbundet, ILCO. Föreningarnas representanter bekräftar ur sitt perspektiv behovet av en förbättrad interprofessionell samverkan, och hur tillfällen av bristande samarbete och kommunikation mellan professionerna påverkat vårdupplevelsen negativt. Lyckligtvis existerar förstås också positiv återkoppling. Under IPLS utbildningar används personliga patientberättelser, efter samtycke från patienter, som pedagogisk metod.

Stöd till verksamhetsprojekt

C-IPLS ger stöd till diverse förändringsarbeten och arbetsmiljöprojekt som fokuserar på interprofessionella samarbeten. Exempelvis kan kompetens från C-IPLS ingå i arbetsgrupper och i samråd med

[20] CEPS. Centrum för patientsimulering Södersjukhuset. 2015-06-12. www.sodersjukhuset.se/Forskning-utbildning--utveckling/Utbildning/CEPS---Pediatriskt-utbildnings--och-traningscentrum (hämtad 2018-05-04).
CAMST simulatorcentrum. www.simulatorcentrum.se (hämtad 2018-05-04).
Stockholm Läns Landsting. Bergenmodellen. http://dok.slso.sll.se/Psykiatri.sll.se/bergenmodellen.pdf (hämtad 2018-05-04).
Suntarbetsliv. Bergenmodellen. https://www.suntarbetsliv.se/taggar/bergenmodellen (hämtad 2018-05-03).

verksamheter genomföra utbildningar och simuleringar, t.ex. gällande strukturerat stöd till teambaserade rondsystem.

Stöd till utbildningsinsatser

C-IPLS erbjuder föreläsningar och workshops. Föreläsningar kan genomföras i sammanhang som chefsdagar, temadagar, fortbildningsdagar, personalmöten, nätverksmöten för utbildningsledare, verksamhetsutvecklare och studentansvariga. Föreläsningar kombineras oftast med workshop, för att aktivt involvera deltagarna. Föreläsningarna består av grundläggande information om IPLS och dess praktiska betydelse i den kliniska vardagen. Situationer där C-IPLS kompetens särskilt efterfrågas är exempelvis som stöd till HLR-instruktörer som ska utbilda professionsövergripande i HLR, och teamsimuleringar inom enheter där simuleringsövningar inte tidigare använts i större omfattning, såsom ordinarie vårdavdelningar och öppenvårdsmottagningar. De metoder som används vid dessa tillfällen grundas på CEPS och omhändertagande av patienter utifrån CRM-modellen.[21]

Smart training platform

C-IPLS har tillsammans med SLL-Innovation tagit fram en vårdavdelningssimulator ”Smart Training Platform” som en modern pedagogisk metod för att träna IPLS i vardagliga situationer. Målbilden med programvaran är att återspegla den mångfacetterade verkligheten på en vårdavdelning. I denna simuleringsmiljö kan man välja att träna olika fokusområden som t.ex. arbetsfördelning, prioritering i team, samarbete, kommunikation, roller och ansvarsfördelning, teamledarskap eller logistiska frågeställningar. Det är även möjligt att testa nya rutiner och arbetssätt under den trygga form som simulering erbjuder. I en nära framtid ska simulatorn även kunna användas för simulering av mottagnings- och vårdcentralsmiljöer.

[21] Vårdhandboken. Crew Resource Management – CRM. 2018-04-10. www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Crew-Resource-Management-CRM (hämtad 2018-05-03).

C-IPLS facilitatorutbildning

I samarbete med ”Centre for Interprofessional Education” på Torontos Universitet och ”Center for HR” i Region Hovedstaden i Danmark har C-IPLS utvecklat ett kompetensutvecklingsprogram för IPLS ambassadörer. Första kursomgång avslutades i mars 2018 med 27 deltagare varav två från primärvården. En utbildad IPLS facilitator kan initiera och stödja teamsamarbete och grupprocesser, sätta fokus på ett ökat lärande mellan professionerna och en strukturerad involvering av patienter i olika processer. Facilitatorerna fungerar som samarbetspartners för ledningen i respektive organisation i arbetet med interprofessionella insatsområden och utvecklingsprojekt IPLS-facilitatorer stödjer och utbildar sina kollegor i grundläggande IPLS i vardagen.

Kompetensutvecklingsprogrammet består av tre moduler som sträcker sig över två dagar vardera. Deltagarnas kunskap återförs direkt till verksamheten via konkreta hemuppgifter och ett långsiktigt IPLS insatsområde för den egna verksamheten som arbetas fram under utbildningen.

Utbildningen syftar även till att möjliggöra nätverksbyggande mellan deltagare. Utbildningen efterföljs av kortare träffar och möjligheter till en fortsatt webbaserad samverkan. Programmet riktar sig främst till medarbetare som deltar i eller planerar utvecklingsprojekt som involverar flera olika professioner, eller som har ansvar för utbildningsaktiviteter mellan olika professioner.

Att driva interprofessionell utveckling inom primärvården

Interprofessionellt samarbete sker dagligen inom primärvården, olika väl utvecklat i olika verksamheter. På många ställen i landet bedrivs stödet till och utvecklingen av interprofessionella arbetssätt särskilt som uppdrag till Akademiska Vårdcentraler. De kan fungera som noder i ett akademiskt vårdcentralsområde och ha en disputerad samordnare anställd som har till uppgift att driva just utvecklingsfrågor.[22] Fokus är ofta på studentverksamhet, utvecklingsprojekt och fortbildning och mycket av detta sker i dag med målsättning att genomföras interprofessionellt. I andra exempel finns flera kompetenser med högre akademisk examen representerade på en vård- eller

[22] Exempelvis Akademiska Vårdcentraler/Akademiskt Primärvårdscentrum, SLSO, SLL.

hälsocentral, och har då förutom ett forsknings- och utbildningsuppdrag också i uppgift att driva interprofessionella arbetssätt och visa på interprofessionell samverkan såväl i forskning och utbildning som därmed också i implementeringsarbete och klinisk verksamhet.[23] Ett exempel på väl utvecklade interprofessionella arbetsformer i den kliniska vardagen är Övertorneå Hälsocentral[24], där medarbetarna tillsammans med ledningen utifrån befolkningens behov och lokala förutsättningar har detta som en ledstjärna i verksamhetsutvecklingen.

[23] Exempelvis Vårdcentralen Jakobsgårdarna, Landstinget Dalarna.
[24] Övertorneå Hälsocentral, Region Norrbotten.

Detta är ett svar från SBU:s Upplysningstjänst 9 maj 2018. SBU:s Upplysningstjänst svarar på avgränsade frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturöversikt utförd av SBU. Därför kan resultaten av litteratursökningen vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Detta svar har tagits fram av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s nämnd.

Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård

Egenavgifter som innebär att patienter själva får betala en viss del av sin vård används som ett styrmedel för att påverka nyttjandet av vård. SBU publicerade 2011 en sammanställning av systematiska översikter som undersökte hur egenavgifter påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkemedel och läkarbesök inom öppenvården.

Den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har bett SBU om en uppdatering av vilka systematiska översikter som har publicerats på ämnet sedan den tidigare sammanställningen.

Frågor

Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkarbesök påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkarbesök?

Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkemedel påverkar patienters hälsa, samt efterfrågan på läkemedel och annan vård?

Sammanfattning

Upplysningstjänsten har identifierat 31 systematiska översikter som tillkommit sedan SBU:s tidigare sammanställning år 2011. Vi har inte tagit ställning i sakfrågan eftersom vi inte bedömt de enskilda översikternas kvalitet eller vägt samman resultaten. I det här upplysningstjänstsvaret redovisar vi därför endast de enskilda översiktsförfattarnas slutsatser.

Fyra översikter har undersökt hur egenavgifter för vårdbesök påverkat antalet besök. Slutsatserna från översikterna går generellt i linje med slutsatserna från

SBU:s tidigare sammanställning, dvs. att ökade egenavgifter för vårdbesök minskar efterfrågan på vård.

Tjugosju översikter har sammanställt studier som undersökt hur egenavgifter för läkemedel påverkat följsamheten till läkemedelsbehandling, vårdnyttjande och/eller hälsa. Ett stort antal olika system för egenavgifter har utvärderats och studierna som ingår i översikterna har gjorts i olika kontexter med olika jämförelsealternativ, vilket i vissa fall gör det svårt att dra några generella slutsatser.

Vissa översikter har inkluderat studier av interventioner där patienterna betalat fasta egenavgifter per recept medan i andra studier har policyer studerats som innebär att patienterna fått betala en viss andel av läkemedelskostnaden själva, fått ett visst antal recept gratis per månad, fått betala mellanskillnaden om de velat välja andra läkemedel än specifika referensläkemedel, eller fått betala kostnaden själva upp till ett visst tak. I det här svaret presenteras översikterna indelade i olika tabeller utifrån om de har undersökt effekterna av egenavgifter för läkemedel generellt eller för läkemedel riktade till patienter med kroniska eller andra specifika sjukdomar, eller om de har fokuserat på egenavgifters påverkan på särskilt utsatta grupper.

De flesta av översikterna har fokuserat på egenavgifters påverkan på följsamhet till läkemedelsbehandling. Översiktsförfattarna drar, i linje med översikterna i SBU:s tidigare sammanställning, slutsatsen att högre egenavgifter leder till minskad användning av läkemedel. Ett fåtal översikter har även undersökt hur egenavgifter för läkemedel påverkat nyttjandet av annan vård, och/eller hälsan.

De flesta studier som ingår i översikterna är retrospektiva observationsstudier från USA. Anledningen till den stora mängden amerikanska studier är att det finns ett stort antal, främst privata, hälso- och sjukvårdsförsäkringar som använder egenavgifter som ett medel för att styra efterfrågan på vård och för att kontrollera kostnader. Då det amerikanska systemet är väldigt olikt det svenska offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsystemet kan generaliserbarheten av dessa studier till svenska förhållanden ifrågasättas. Eftersom påverkan av egenavgifter även kan vara nära kopplat till betalningsförmåga kan skillnader i befolkningarnas socioekonomiska sammansättning också påverka generaliserbarheten av resultaten mellan olika länder.

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09

Bakgrund

Införande eller ökning av egenavgifter inom hälso- och sjukvården innebär att man ökar andelen av kostnaden som patienterna själva betalar vid konsumtion av vård genom att låta patienten betala en avgift eller en andel av kostnaden själv. Enligt ekonomisk teori förväntas ökningar av egenavgifter minska efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Egenavgifterna kan dock få oönskade konsekvenser när konsumtionen styrs mot annan typ av vård eller när det drabbar vissa grupper mer än andra.

SBU publicerade år 2011 en sammanställning av systematiska översikter som utvärderade egenavgifters påverkan på hälsa och efterfrågan på läkarbesök och läkemedel i öppenvården (1). Sammanställningen gjordes som stöd till en statlig utredning (Direktiv 2011:61) vilken skulle se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, för läkemedel och för äldre- och handikappomsorg m.m. Slutsatsen var att det fanns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att ökade egenavgifter ledde till minskad efterfrågan på läkarbesök och läkemedel. Det bedömdes däremot oklart om nivån på egenavgifter påverkade efterfrågan på annan vård och patienters hälsa.

SBU:s Upplysningstjänst har fått in en förfrågan från den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) om att uppdatera den tidigare sammanställningen. Syftet med föreliggande upplysningstjänstsvar är därför att presentera och beskriva slutsatser från systematiska översikter som sammanställt studier av hur nivån på egenavgifter i hälso- och sjukvården påverkar patienternas efterfrågan på läkemedel och läkarbesök, och om möjligt även hur egenavgifterna påverkar patienternas hälsa.

Avgränsningar

Vi har gjort sökningar (se avsnittet Litteratursökning) i databaserna PubMed, Embase, Cochrane Library, DARE, NHS EED samt HTA database.

Den här sammanställningen har begränsats till att inkludera systematiska översikter som sammanställt kvantitativa studier av sambandet mellan olika nivåer av egenavgifter för läkemedel respektive vårdbesök i öppen vård och patienternas hälsa och/eller efterfrågan på läkemedel och vårdbesök. Vi har endast inkluderat studier som tillkommit sedan den förra sökningen. Översikter som undersökt egenavgifter för vaccin ingår inte i sammanställningen.

För att resultaten skulle vara relevanta för en svensk kontext har vi i likhet med tidigare sammanställning endast inkluderat systematiska översikter som innehållit studier baserade på data från Europa, Kanada och USA. Det betyder

att systematiska översikter som begränsats till studier inom ett område utanför Europa, Kanada och USA har exkluderats.

Vi har enbart inkluderat artiklar skrivna på engelska, svenska, norska eller danska. Översikter som endast publicerats som sammanfattningar i samband med en konferens eller som endast inkluderat kvalitativa studier har exkluderats.

Till skillnad från SBU:s tidigare sammanställning granskas i det här svaret inte de ingående översikternas kvalitet och resultatet och de har därför inte heller vägts samman och evidensgraderats. En viss överlappning av studier i de inkluderade översikterna kan förekomma men har inte undersökts närmare.

Resultat från sökningen

Upplysningstjänstens litteratursökning genererade totalt 898 träffar. En person läste alla artikelsammanfattningar. Av dessa bedömdes 100 vara relevanta och lästes i fulltext. Vid oklarheter diskuterades artiklarna med ytterligare en person. Totalt ingår 31 översikter i svaret. De artiklar som inte ingår, exkluderades på grund av att de inte var relevanta för frågeställningen.

I de identifierade översikterna beskrevs interventionerna oftast antingen som en form av försäkring där patienterna fick betala en andel av kostnaden själva, så kallad cost-sharing, eller som fasta egenavgifter som beskrevs som fixed co-payment. I det här upplysningstjänstsvaret benämns båda dessa former som förekomst av egenavgifter.

Bland de studier som ingick i översikterna förekom ett fåtal randomiserade kontrollerade studier (RCT). Majoriteten av studierna var retrospektiva observationsstudier från USA. Vanliga förekommande studiedesigner var icke-randomiserade experimentella studier, avbrutna tidsserieanalyser, upprepade mätningar och tvärsnittsstudier.

Observera att vi inte bedömt kvaliteten på varken översikterna eller de inkluderade studierna. Det är därför möjligt att flera av studierna kan ha lägre kvalitet än vad SBU inkluderar i sina ordinarie utvärderingar. Läsaren bör därför själv göra en bedömning av studiernas kvalitet. Vid granskning av observationsstudier är det viktigt att tänka på vad studien har haft för kontrollgrupp och om författarna justerat för viktiga förväxlingsfaktorer. För mer information om granskning av observationsstudier, se SBU:s metodbok (2).

Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkarbesök påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkarbesök?

Fyra systematiska översikter har undersökt hur egenavgifter i samband med vårdbesök påverkat patienters hälsa och efterfrågan på vårdbesök (Tabell 1). Ingen av översikterna var begränsade till en specifik population. Efterfrågan på vårdbesök mättes i översikterna som antalet vårdbesök.

I översikten av Flores-Mateo och medarbetare studerades hur egenavgifter för akutvårdsbesök påverkade antalet besök (3). I översikten ingick elva studier från USA och en från Irland. Författarnas slutsats var att egenavgifter minskade antalet akutvårdsbesök men att det saknades studier som undersökte effekten av egenavgifter i mer socioekonomiskt utsatta grupper, som är de grupper som mest frekvent besöker akutvården.

I översikten av Hone och medarbetare undersöktes hur relativt lägre egenavgifter inom primärvård, jämfört med specialistvård, påverkade nyttjandet av de olika tjänsterna (4). Åtta studier ingick i översikten (ingen från Europa). Författarnas slutsats var att det var oklart om relativt högre egenavgifter för specialistvård styr nyttjandet av vård mot primärvården.

I översikten av Kiil och medarbetare undersöktes hur egenavgifter för allmänläkarbesök, specialistläkarbesök, ambulerande vård, sjukhusinläggningar, receptläkemedel och olika preventionsåtgärder i höginkomstländer påverkade efterfrågan på de tjänster som egenavgiften gällde, om egenavgifter ledde till negativa effekter eller ökade användningen av andra tjänster, samt om egenavgifter ledde till någon form av fördelningseffekter inom befolkningen (5). I översikten ingick 47 studier, varav de flesta var från Kanada men också flera från USA och Europa.

Författarnas slutsatser var att egenavgifter minskade nyttjandet av receptläkemedel, läkarbesök inom öppen- och specialistvård, och ambulerande vård, men inte signifikant minskade antalet inläggningar på sjukhus. Det vetenskapliga stödet för huruvida egenavgifter påverkade hälsa, och/eller ledde till att de tjänster som egenavgifterna gällde ersattes med andra typer av tjänster, sammanfattades av författarna som svagt och motsägelsefullt. Författarna drog också slutsatsen att egenavgifter påverkade nyttjandet av vård mer hos särskilt utsatta grupper, till exempel de med låg inkomst eller de med särskilda behov av vård, än i övriga populationen.

Slutligen har översikten av Rezayatmand och medarbetare sammanställt 47 studier som undersökte hur egenavgifter inom primärprevention (rökning, rådgivning, vaccinering, myggnät etc.) och/eller sekundärprevention

(läkemedelsbehandling, periodiska eller omfattande hälsoundersökningar, screening) påverkade användningen av preventiva tjänster och hälsorelaterad livsstil (6). Författarnas slutsats var att det fanns ett starkt vetenskapligt stöd för att patientutgifter i samband med sekundärprevention minskade följsamhet vid läkemedelsbehandling och nyttjandet av preventiva tjänster.

I SBU:s tidigare sammanställning identifierades en översikt av Skriabikova och medarbetare som undersökte hur egenavgifter för läkarbesök påverkade efterfrågan på läkarbesök (7). Översikten inkluderade 46 studier. Slutsatsen var att nivån på egenavgifter hade en påverkan på efterfrågan av läkarbesök (priselasticitet med cirka –0,3) och att priselasticiteten ökade med lägre inkomst.

Tabell 1. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkarbesök (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Flores-Mateo och medförfattare, 2012 (3)		
Totalt 12 studier varav 6 icke-randomiserade experimentella studier med kontrollgrupp 2 tvärsnittsstudier 2 prospektiva studier 1 icke-randomiserad experimentell studie utan kontrollgrupp 1 RCT 11 från USA 1 från Irland	Inga begränsningar när det gäller population Egenavgifter och olika nivåer på egenavgifter för akutvård	Effekten av organisatoriska interventioner (inklusive egenavgifter) på antalet akutvårdsbesök (ED visits)
Författarnas slutsatser: "Our review found consistent evidence that ED cost-sharing successfully reduces ED utilization. Apparently, people who should go to the ED are not deterred by co-payments, whereas at least some of those who should not be using the ED are deterred. However, the impact of cost-sharing in different subgroups is limited. Notably absent are studies that assess the effect of cost-sharing in populations with low purchasing power and in the more disadvantaged social classes which, in general, are those that most frequently utilize hospital ED facilities."		

Hone och medförfattare, 2017 (4)		
Totalt 8 studier varav 2 tidserieanalyser 5 tvärsnittsstudier 1 icke-randomiserad experimentell studie 2 från Israel 2 från Taiwan 1 från Egypten, 1 från Eritrea 1 från Kina 1 från USA	Inga begränsningar när det gäller population <u>Differentiella egenavgifter</u> Införandet av högre egenavgifter för specialistvård jämfört med primärvård, minskning av egenavgifter för primärvård, eller införandet av en avgift för icke-remitterad specialistvård	Påverkan av differentiella egenavgifter på utnyttjandet av primärvårdstjänster
Författarnas slutsatser: "Our findings suggest the impact of introducing differential user-charges on PHC utilisation remains uncertain. Whilst five of the eight studies suggest differential user charges may have increased utilisation in PHC, two of these were methodologically weak. With regard to SHC utilisation, four (including two low quality) studies found lower utilisation whilst two studies showed increased utilisation in services subjected to higher fees. There is little and very weak evidence that differential user charges can actually shift utilisation from SHC to PHC."		
Kiil och medförfattare, 2014 (5)		
Totalt 47 studier 29 experimentella studier 14 observationsstudier 4 multinationella studier (cross-country) 7 från Kanada Flera studier också från Belgien, Danmark, Irland, Italien, Spanien, Sverige, USA, Tjeckien och Tyskland	Inga begränsningar när det gäller population Egenavgifter för allmänläkarbesök, specialistläkarbesök, ambulerande vård, sjukhusinläggningar, receptläkemedel och prevention i höginkomstländer.	Egenavgifters påverkan på individuell efterfrågan av de tjänster som egenavgiften gäller, om egenavgifter leder till negativa effekter eller ökar användningen av andra tjänster, om egenavgifter leder till fördelningseffekter Redovisar även priselasticiteter
Författarnas slutsatser: <u>Efterfrågan på de tjänster som egenavgiften gäller</u> "Considering the demand effects, the majority of the reviewed studies find that co-payment reduces the use of prescription medicine, consultations with general practitioners and specialists, and ambulatory care, respectively, thereby potentially lowering the total health care costs. In general the literature finds no significant effects of co-payment on the prevalence of hospitalisations, which implies that co-payment for this type of treatment mainly shifts the burden of financing from the public coffers to the users rather than reduces demand."		

Användning av andra tjänster "The empirical evidence on whether co-payment for some services, but not for others, causes substitution from the services that are subject to co-payment to the 'free' services rather than lower total use is sparse and mixed. Likewise, the health effects of co-payment have only been analysed empirically in a limited number of studies, of which half did not find any significant effects in the short term. This result is, however, restricted by the fact that the reviewed studies primarily consider effects on mortality, which is a rather coarse measure of health." Fördelningseffekter "Finally, the empirical literature confirms almost unambiguously that distributional consequences are a real matter of concern and not just a theoretical construct. On the financing side, the reviewed studies find that co-payment represents an unequal type of financing vertically as well as horizontally. The empirical evidence likewise indicates that vulnerable groups, including individuals with low income and in particular need of care, reduce their use relatively more than the remaining population in consequence of co-payment."		
Rezayatmand och medförfattare, 2012 (6)		
Totalt 47 studier Majoriteten av studierna baserades på existerande data och sekundär dataanalys och/eller simulering och ekonometrisk modellering 6 prospektiva studier baserade på enkätdata 3 prospektiva experimentella studier 31 av 47 studier från USA Endast 2 från Europa	Konsumenter av primär prevention (rökning, rådgivning, vaccinering, myggnät, vattenrening, kondomer) eller sekundär prevention (läkemedelsbehandling, periodiska eller omfattande hälsoundersökningar, screening) Patientutgifter (egenavgifter för rådgivning, läkemedel eller vårdbesök)	Effekten av patientutgifter (out-of-pocket payments) på användningen av preventiva tjänster och hälsorelaterad livsstil 37 av 47 studier fokuserade på sekundär prevention (effekten av egenavgifter för receptläkemedel på följsamhet till läkemedelsbehandling)
Författarnas slutsatser: "Despite much theoretical discussion, sound empirical evidence on the relation between out-of-pocket payments and primary prevention and health-related behaviour is still lacking." "Few studies address the impact of cost sharing obligations and reduced insurance coverage on health-related lifestyle and moreover, their results are contradictory." "There is strong evidence that in case of secondary prevention, out-of-pocket payments present a financial barrier by decreasing adherence to medication and preventive services."		

RCT = Randomised Controlled Trial; **ED** = Emergency Department (akutmottagning); **SHC** = Specialised Healthcare (specialistvård), **PHC** = Primary Healthcare (primärvård)

Vilka systematiska översikter finns det som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkemedel påverkar patienters hälsa, samt efterfrågan på läkemedel och annan vård?

Tjugosju systematiska översikter har undersökt hur egenavgifter för läkemedel påverkar efterfrågan av läkemedel, nyttjandet av annan vård och/eller patienternas hälsa.

Flera av översikterna undersökte effekten av olika läkemedelspolicyer. Det var till exempel att patienterna fick ett visst antal recept per månad gratis (prescription caps), att patienterna fick betala mellanskillnaden om de valde dyrare läkemedel än specifika referensläkemedel (interna referenspriser), eller differentierade egenavgifter som innebar att patienterna fick betala lägre egenavgifter för vissa kategorier av läkemedel som bedömdes ha ett högre värde (tiered co-payment).

Efterfrågan eller användningen av läkemedel mättes ofta som konsumtion av läkemedel, antingen som uttag från apotek eller som självrapporterad konsumtion. I flera översikter användes begreppet adherence, som i det här svaret har översatts till det svenska begreppet följsamhet.

Nedan presenteras översikterna indelade i olika tabeller utifrån om de undersökt effekterna av egenavgifter för läkemedel generellt (Tabell 2) eller effekterna för läkemedel riktade till patienter med kroniska eller andra specifika sjukdomar (Tabell 3 och 4), eller om de har fokuserat på egenavgifters påverkan på särskilt utsatta grupper (Tabell 5).

I SBU:s tidigare sammanställning identifierades sju översikter som undersökte hur egenavgifter för läkemedel påverkade användningen av läkemedel, efterfrågan på annan vård och/eller patienters hälsa (8-14). I linje med den sammanställningen drar de flesta översikterna i den här uppdateringen slutsatsen att högre egenavgifter för läkemedel kan minska efterfrågan på läkemedel men att det är mer oklart hur egenavgifterna påverkar användning av annan vård och patienternas hälsa.

Översikter som undersökte egenavgifter för läkemedel generellt

Åtta översikter undersökte sambanden mellan egenavgifter och följsamhet till läkemedelsbehandling utan att fokusera på några specifika patientgrupper (Tabell 2). En av översikterna fokuserade helt på egenavgifter för generiska läkemedel och inkluderade endast en studie (15). Två av översikterna fokuserade enbart på studier från USA (16, 17).

Två av översikterna är Cochrane-rapporter (18, 19). Rapporten av Acosta och medarbetare undersökte effekten av olika policyer för prissättning och inköp av läkemedel på hälsa, vårdnyttjande, läkemedelsutgifter och läkemedelsanvändning (18). Majoriteten av de inkluderade studierna fokuserade på interna referenspriser, som innebar att patienterna fick betala mellanskillnaden om de valde dyrare läkemedel än specifika referensläkemedel. Författarnas slutsats var att interna referenspriser styrde läkemedelsanvändningen mot referensläkemedel men att det var oklart om det hade en påverkan på patienternas hälsa.

Luiza och medarbetare (19) gjorde en uppdatering av en tidigare Cochrane-rapport av Austvoll-Dahlgren och medarbetare (8), vilken presenterades i SBU:s tidigare sammanställning. Den uppdaterade översikten identifierade 17 nya studier som undersökte hur fasta egenavgifter, ett visst antal gratis läkemedel per månad (prescription caps) eller differentierade egenavgifter (tiered payments) påverkade vårdnyttjande, hälsa och kostnader.

Cochrane-rapportens slutsats var att de interventioner och utfall som hade undersökts i de inkluderade studierna var så olika och var undersökta i så olika kontexter och populationer samt med så olika jämförelsealternativ att det var svårt att sammanfatta resultaten från studierna. De drog dock slutsatsen att en övre gräns när det gällde antalet gratis recept (caps), och andra policys för egenavgifter, kunde minska användningen av läkemedel men att det också kunde leda till en ökad användning av hälso- och sjukvårdstjänster då påverkan även verkade gälla livsuppehållande läkemedel och behandling av kroniska symtomatiska sjukdomar. Författarna skrev vidare att fasta egenavgifter med ett specifikt tak och differentierade egenavgifter (tiered payment) inte förväntas påverka användningen av viktiga läkemedel och annan vård i samma omfattning.

I översikten av Ogbechie och medarbetare fanns 28 studier sammanställda (20). Studierna undersökte hur differentiell prissättning, med interna referenspriser eller med lägre egenavgifter för vissa kategorier av läkemedel som bedömdes ha ett högre värde (tiered payments), påverkade läkemedelsanvändning och hälsa. Författarna drog slutsatsen att införandet av differentiell prissättning ledde till att vissa patienter bytte till de billigare läkemedelsalternativen och de totala läkemedelsutgifterna minskade, men att patienternas läkemedelsutgifter ökade. Det senare förklarade författarna med att vissa patienter stod kvar på de dyrare alternativen. Författarna skrev vidare att sex av åtta studier inte hittade

några skillnader i hälsa som kunde kopplas till differentiell prissättning samt att de flesta studier som undersökte nyttjande av annan vård inte hittade någon förändring kopplad till differentiell prissättning när det gällde antalet besök i akutvård eller inläggningar på sjukhus.

Även översikten av Lee och medarbetare, som inkluderade 69 studier, drog slutsatsen att egenavgifter, begränsningar när det gäller antalet gratis recept (caps), och differentierade egenavgifter (tiered payments) påverkade användningen av läkemedel (21). Författarna drog också slutsatsen att begränsningar i antalet gratis recept minskade användningen av viktiga läkemedel i särskilt utsatta grupper och att nyttjandet av annan vård i vissa populationer därför kunde öka.

Kolasa och medarbetare sammanställde studier som undersökte hur förändringar i egenavgifter för läkemedel påverkade hälsa och konsumtion av vård (22). Författarna identifierade 18 studier. Elva av dessa studerade hur egenavgifter för läkemedel påverkade nyttjandet av vård. Författarna drog slutsatsen att vårdtjänster inom såväl öppen- och slutenvården som akutvården påverkades av förändringar i egenavgifter för läkemedel. Sju studier undersökte hur egenavgifterna påverkade patienters hälsa, mätt som antalet kardiovaskulära händelser, överlevnad eller som självskattad hälsa. Författarnas slutsats var att studiernas resultat tydde på att minskade patientutgifter kunde förbättra patienters hälsa.

Tabell 2. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel utan restriktioner på population (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Acosta och medförfattare, 2014 (18)		
Totalt 18 studier varav 15 tidsserieanalyser (med eller utan kontrollgrupp) 3 studier med upprepade mätningar (repeated measures design) 8 från Kanada 2 från Tyskland 2 från USA 2 från Spanien 2 från Norge 1 från Sverige 1 från Australien	Hälso- och sjukvårdskonsumenter Policyer för prissättning och inköp av läkemedel (referenspriser, indexpriser, maxpriser, vinstreglering, en modell för stegvisa priser, och andra policyer för prissättning) Referenspriser: Patienter betalar för mellanskillnaden om de väljer ett läkemedel som kostar mer än referenspriset	Effekten av policyer för prissättning och inköp av läkemedel på hälsa, nyttjande av vård, läkemedelsutgifter och läkemedelsanvändning.

Författarnas slutsatser: "The majority of the studies of pricing and purchasing policies that met our inclusion criteria evaluated reference pricing. We found that internal reference pricing may reduce expenditures in the short term by shifting drug use from cost share drugs to reference drugs. Reference pricing may reduce related expenditures with effects on reference drugs but the effect on expenditures of cost share drugs is uncertain. Reference pricing may increase the use of reference drugs and may reduce the use of cost share drugs. The analysis and reporting of the effects on patients' drug expenditures were limited in the included studies and administration costs were not reported. Reference pricing effects on health are uncertain due to lack of evidence. "		
Babar och medförfattare, 2014 (15)		
Totalt 18 studier varav endast en icke-randomiserad experimentell före-efterstudie från USA har studerat egenavgifter	Inga begränsningar när det gäller population Interventioner som kan förbättra användningen, förskrivandet och utdelningen av generiska läkemedel (t.ex. ändringar i egenavgifter). Egenavgifter definierades som högre fasta avgifter som patienterna fick betala för sina läkemedel eller en nyligen införd höjning av egenavgifter	Interventionernas påverkan på förändringar i användningen och fördelningen av generiska läkemedel samt i försäljningen av originalläkemedel
Författarnas slutsatser: "Rodin et al., assessed the effect of a free generic medicine benefit on the rate of generic utilisation and its effect on medicines adherence. An insurance company in Minnesota introduced a change to the pharmaceutical benefit, whereby the $5 co-payment for generic medicine was waived while the co-payment of brand name and nonformulary medicines was increased by $5. The rate of switching from brand-name medicines to generic drugs in the intervention group was not statistically different from that in the control group. The net change in adherence was higher for the intervention group patients taking statins who switched to generic drugs, a 6.2% increase compared with an 8.5% decrease in the control group."		
Happe och medförfattare, 2014 (16)		
Totalt 93 studier (56 utvärderade egenavgifter) varav 61 kohorter eller fall-kontrollstudier 31 tidsserieanalyser 1 RCT Samtliga studier från USA	Inga begränsningar när det gäller population "Managed care formulary restrictions" för läkemedel (inklusive "step therapy", egenavgifter, "prior authorization", "preferred drug lists", och "quantity limits"). Egenavgifter inkluderade både fasta egenavgifter och att patienter betalar en viss andel av kostnaden själva (coinsurance)	Riktningen (positiv, negativ, eller neutral) på samband mellan "managed care formulary restrictions" och följsamhet till läkemedel (medication adherence), kliniska och ekonomiska utfallsmått och vårdnyttjande

Författarnas slutsatser: "Our study found that the most commonly assessed outcomes were related to medication adherence, of which 68% were negatively associated with formulary restrictions. Previous literature reviews have also concluded that formulary restrictions are associated with worsened medication adherence. Additionally, we found that health care resource utilization had no significant association with formulary restrictions in half of the outcomes assessed in the literature, a conclusion substantiated by a prior literature review. Despite the evidence that formulary restrictions reduce expenditures of the restricted drug, we found no distinct trend in the direction of association between formulary restrictions and broader economic measures, including total costs, medical costs, and total pharmacy costs."		
Kolasa och medförfattare, 2017 (22)		
Totalt 18 studier varav 15 retrospektiva studier 3 prospektiva studier 14 från USA 2 från Kanada 1 från Japan 1 från Italien	Från förskolebarn till äldre med en medelålder på 75,5 år (en majoritet av studierna var sjukdomsspecifika) Förändringar i egenavgifter för läkemedel ("co-payment mechanisms" och "coinsurance policy")	Samband mellan egenavgifter för läkemedel och såväl hälso- och sjukvårdskonsumtion som hälsa (självskattad hälsa, kardiovaskulär sjukdom, mortalitet)
Författarnas slutsatser: <u>Hälso- och sjukvårdskonsumtion</u> "the most impactful results reported were with respect to the impact of OOP pharmaceutical payments on health care utilization patterns. As many as nine out of 11 studies found statistically significant associations between drug cost sharing and the consumption of medical services. Interestingly, the majority of included publications focused on the consequences of an increase in OOP drug payments. The findings suggest that the bigger the OOP burden the fewer prescriptions filled, but the higher demand for health care services, such as outpatient and ER lists, as well as hospitalization." <u>Hälsa</u> "this review tends to suggest that a decrease in the burden of OOPs might also improve patient health outcomes. Among seven studies that looked into this particular relationship, two did not find any association and five delivered statistically significant results. Three types of health outcomes were mainly reported. These were: subjective health, cardiovascular events and mortality."		

Lee och medförfattare, 2015 (21)		
Totalt 69 studier varav 4 RCT 35 avbrutna tidsserier 30 kontrollerade före-och-efter studier 45 från USA 5 från Kanada 4 från UK 5 från Asien 2 från Sverige 2 från Nederländerna 1 från Australien, Island, Spanien, Portugal, Tyskland, Finland	Inga begränsningar när det gäller population Internationella policyer: • Egenavgifter (52 studier) • Differentierade egenavgifter för olika kategorier av läkemedel (tiered co-payments, 12 studier) • Patienten behöver inte betala för ett visst antal recept per månad (prescription caps, 6 studier).	Effekten av internationella policyer på läkemedels-utgifter, priser eller användning; annan resursförbrukning relaterad till läkemedel; och hälsa och patienters och vårdaktörer beteende relaterat till användning av läkemedel
Författarnas slutsatser: "Interventions aiming to influence patients were mostly based on cost sharing, including user charges, tiered co-payments and prescription caps. Overall, evidence showed that cost sharing reduces payer expenditure on pharmaceuticals by reducing utilization and shifting costs to patiopidogrel users: 0.89, 95% CI: 0.74, 0.90)."		
Luiza och medförfattare, 2015 (19) Uppdatering av Austvoll-Dahlgren, 2008 (8)		
Totalt 32 studier (17 nya efter Austvoll-Dahlgren 2008) varav 1 RCTs 8 studier med upprepade mätningar(repeated measures) 21 avbrutna tidsserier 2 kontrollerade före- och efter studier 17 från USA 9 från Kanada 4 från Australien 2 från Sverige	Hälso- och sjukvårdskonsumenter och vårdaktörer Policyer för egenavgifter för läkemedel: Fasta egenavgifter, policyer som innebär att patienten får ett visst antal recept gratis per månad (cap policy), samförsäkring där patienten betalar en andel av kostnaden (co-insurance), högkostnadsskydd där patienten betalar kostnaden upp till ett visst tak, differentierade egenavgifter för olika kategorier av läkemedel (tiered co-payments)	Effekten av olika typer av egenavgifter för läkemedel (inklusive cap policys) på användningen av läkemedel, vårdutnyttjande, hälsa och kostnader (utgifter)

Författarnas slutsatser: " The diversity of interventions and outcomes addressed across studies and differences in settings, populations and comparisons made it difficult to summarise results across studies. Cap and co-payment polices may reduce the use of medicines and reduce medicine expenditures for health insurers. However, they may also reduce the use of life-sustaining medicines or medicines that are important in treating chronic, including symptomatic, conditions and, consequently, could increase the use of healthcare services. Fixed co-payment with a ceiling and tiered fixed co-payment may be less likely to reduce the use of essential medicines or to increase the use of healthcare services."		
Ogbechie och medförfattare, 2015 (20)		
31 artiklar totalt (28 unika interventioner) Icke-randomiserade experimentella studier (quasi-experimental) som studerade longitudinella förändringar i priser och utvärderade effekter före och efter. Studier från bl.a. Kanada, USA och Nya Zeeland	Inga begränsningar när det gäller population Incentive-based health insurance designs: Genom att konsumenten behöver betala en lägre andel av kostnaden för vissa läkemedel ökar incitamenten att välja dessa läkemedel. De flesta studerade differentierade egenavgifter ("tiered formularies", 19 studier) eller referenspriser (10 studier).	Effekten av differentiell kostnadsdelning för receptläkemedel på beteenden när det gäller läkemedelsanvändning (byte av läkemedel, följsamhet och användning), utgifter och hälsa
Författarnas slutsatser: <u>Läkemedelsanvändning</u> "Overall, the reviewed articles suggest that when faced with differential cost sharing, some patients will switch to the cheaper drug option, overall plans' pharmacy spending decreases, and overall patients' OOP pharmacy spending increases. Although these findings may appear to be in conflict, they suggest that some patients continue using the more expensive option, which results in high OOP expenditures. Reports on patients' adherence were mixed but suggestive of decreased adherence to the more expensive option. Similarly, most articles found decreases in utilization of the expensive option. However, on balance, the articles were inconclusive on the overall treatment adherence." <u>Hälsa</u> "Only 8 articles examined any health outcomes, and 6 of these found no changes in the studied health outcome measures (Figure 4). All 6 articles that assessed ED visits and 5 of 6 that assessed in-patient hospitalizations found no change compared to controls after the differential drug-pricing intervention."		

Viswanathan och medförfattare, 2012 (17)		
Totalt 5 studier varav 1 RCT 4 kohorter Endast studier från USA	Konsumenter av primär- och specialisttjänster inom öppenvård samt i en hem- eller samhällsbaserad kontext Minskade patientutgifter genom lägre egenavgifter för läkemedel eller bättre täckning av receptläkemedel i patienternas försäkring Inkluderade studier fokuserade på egenavgifter för läkemedel för behandling av kardiovaskulär sjukdom, diabetes och/eller respiratoriska sjukdomar	Effekten av minskade egenavgifter på följsamhet till läkemedel och andra utfall
Författarnas slutsatser: "Among interventions to improve medication adherence at the policy level, we found robust evidence that reduced out-of-pocket expenses improved medication adherence across clinical conditions."		

RCT = Randomised Controlled Trial; **OOP** = Out-Of-Pocket costs (patientavgifter)

Översikter som undersökte egenavgifter för läkemedel riktade till patienter med kroniska sjukdomar eller med andra specifika sjukdomar

Tretton översikter undersökte påverkan av egenavgifter för läkemedel riktade till patienter med kroniska sjukdomar eller andra specifika sjukdomar (Tabell 3 och 4). Översikterna har alla sammanställt vilka studier som undersökt sambandet mellan nivå på egenavgifter och följsamhet till läkemedelsbehandling inom något av följande områden: kroniska sjukdomar generellt, diabetes, hypertoni, multipel skleros, reumatoid artrit, kardiovaskulär sjukdom och cancer. Slutsatserna från dessa översikter var generellt att det finns ett samband mellan högre egenavgifter och sämre följsamhet till läkemedelsbehandling.

I flera av översikterna var patientutgifter eller egenavgifter bara en av flera faktorer som undersöktes för korrelation med följsamhet (23-27). Analys av patientutgifter eller egenavgifter som riskfaktorer fanns i vissa fall bara med i en liten del av studierna.

Fyra av översikterna undersökte också hur egenavgifter för läkemedel påverkade patienternas hälsa eller efterfrågan av annan vård (28-31). Gourzoulidis och medarbetare identifierade tre studier som undersökte sambandet mellan egenavgifter för läkemedel och nyttjandet av annan vård (28). Två av studierna visade inget signifikant samband mellan förändringar i egenavgifter och akutvårdsbesök, vårdbesök, inläggningar på sjukhus och laboratorietest/diagnostiska test. Den tredje studien visade ett statistiskt samband mellan egenavgifter och en ökning i akutvårdsbesök. Endast en studie undersökte egenavgifters påverkan på hälsoutfall, vilken visade ett samband mellan ökade läkemedelskostnader och ökat HbA1c i en diabetespopulation.

Mann och medarbetare identifierade två studier som rapporterade egenavgifters påverkan på kliniska utfallsmått (29). En av studierna (en RCT) visade ett samband mellan att vara helförsäkrad mot läkemedelsavgifter och lägre blodtryck, jämfört med försäkringslösningar som krävde egenavgifter. En annan studie (en avbruten tidsserieanalys) visade inga skillnader i överlevnad, hjärtinfarkt, hjärtsvikt eller i angina (kärlkramp) i samband med en förändring av egenavgifter.

Tang och medarbetare gjorde en översikt av studier som undersökte hur ett försäkringsupplägg med selektiv minskning eller borttagning av egenavgifter för läkemedel som bedömdes ha stort värde (value-based insurance design) påverkade följsamhet till behandling, kliniska utfallsmått samt vårdnyttjande (30). Endast en studie vardera identifierades för påverkan på kliniska utfallsmått och på vårdnyttjande.

Doshi och medarbetare gjorde en sammanställning av studier som studerade egenavgifter för specialistläkemedel (31). Författarnas slutsats var att högre

egenavgifter påverkade användningen av specialistläkemedel negativt men de identifierade inga studier som hade undersökt påverkan på nyttjande av annan vård eller hälsa.

Tabell 3. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel hos patienter med kroniska sjukdomar (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Aziz och medförfattare, 2016 (32)		
Totalt 21 studier varav 6 retrospektiva kohorter 1 longitudinell studie 11 tvärsnittsstudier 1 före-efter kohort 1 observationsstudie med kontrollgrupp (claim-based) 1 ingen studiedesign nämnd 17 från USA 2 från Kanada 1 från Indien 1 från Finland	Patienter med kroniska sjukdomar eller tillstånd System för betalning av läkemedelskostnader: Patientutgifter eller egenavgifter (”out-of-pocket expenditure” eller ”co-payment”), försäkringsförmåner (”drug coverage” eller ”insurance benefit”), restriktion gällande antal gratis receptuttag per månad (”caps”), läkemedelssubventioner	Effekten av läkemedelskostnader eller betalningssystem på patienters följsamhet till läkemedel
Författarnas slutsatser: “Our review found that high out-of-pocket expenditure and lack of or no prescription drug coverage are strongly associated with reduction of patients’ adherence to medication. Although reduction in out-of-pocket medication expenditure may improve patients’ adherence to medication, the nonadherence rate among patients who received medication at no cost was found to be high especially in nonsevere disease.”		
Gourzoulidis och medförfattare, 2017 (28)		
Totalt 38 studier Till största del retrospektiva kohortstudier från USA	Patienter med kroniska sjukdomar (mestadels diabetes och hjärtsvikt) Förändringar i egenavgifter för läkemedel	Effekten av egenavgifter på resursförbrukning, hälsa och ekonomiska utfallsmått direkt (6 studier), effekten av egenavgifter på följsamhet till läkemedel (11 studier), och effekten av följsamhet till läkemedel på resursförbrukning, hälsa och ekonomiska utfallsmått (29 studier)

Författarnas slutsatser: "the results of our systematic review revealed that there is no strong evidence demonstrating a direct effect of co-payment changes on health and economic outcomes in patients with DM and HF. However, there is moderate evidence indicating that co-payment increases may result in lower medication adherence, which in turn may lead to poorer health outcomes and higher total healthcare expenses. Thus, it can be mentioned that co-payments could have an indirect impact on outcome."		
Lee och medförfattare, 2013 (33)		
Totalt 13 observationsstudier varav 11 studier med kontrollgrupp Samtliga från USA	Hela befolkningen men de identifierade studierna gällde läkemedel för kroniska sjukdomar (diabetes och hypertoni var vanligast) Minskning av egenavgifter för läkemedel inom program för "Value-Based Insurance Design" (VBID). Minskningen av egenavgifter gick från 25 till 100 procent per recept.	Effekterna av lägre egenavgifter för läkemedel på följsamhet (adherence) till läkemedel och medicinska utgifter
Författarnas slutsatser: "We identified thirteen studies assessing the effects of VBID programs and found that the programs were consistently associated with improved adherence (average change of 3.0 percent over one year), as well as with lower out-of-pocket spending for drugs. In the studies we reviewed, providing more generous coverage did not lead to significant changes in overall medical spending for patients and insurers."		
Mann och medförfattare, 2014 (29)		
Totalt 11 studier 2 separata rapporter för 1 RCT 4 avbrutna tidsserier 5 kontrollerade före-efter studier 7 från USA 3 från Kanada 1 från Taiwan	Patienter med kardiovaskulär kronisk sjukdom (8 av 11 studier fokuserade på äldre patienter) Läkemedelsförsäkring (vs. ingen läkemedelsförsäkring) och varierande nivåer på andelen av läkemedels-kostnaderna som betalas av patienten (co-payment, deductible, caps, maximum out-of pocket expenditure)	Effekten av läkemedelsförsäkring och andelen av kostnaderna som patienten betalar på följsamhet till läkemedelsbehandling (medication adherence), samt kliniska och ekonomiska utfallsmått
Författarnas slutsatser: "Our review shows that providing drug insurance to those with or at risk for cardiovascular disease who have no insurance improves drug adherence. The impact of cost sharing strategies is less certain, though patient cost sharing in people of lower socioeconomic status may adversely impact adherence. Policy makers should be aware that co-payments and deductibles, while reducing cost for the payer, may influence medication adherence and ultimately health outcomes – especially for those of lower socioeconomic status."		

DM = Diabetes Mellitus; HF = Heart Failure

Tabell 4. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel riktade till specifika sjukdomar (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Bestvina och medförfattare, 2014 (34)		
Totalt 55 studier (endast 3 som undersöker sambandet mellan egenavgifter och följsamhet till läkemedelsbehandling) Saknas information om studiedesign Endast studier från USA	Patienter under cancerbehandling Egenavgifter (co-payment)	Påverkan av patientutgifter och egenavgifter på patienters följsamhet till läkemedelsbehandling
Författarnas slutsatser: "Even when significant coping strategies are adopted, cost-related medication nonadherence is common among cancer patients. For example, in order to save money and make prescriptions last longer, cancer patients reported taking less prescription medication than prescribed (20%), only partially filling a prescription (19%) or not filling a prescription altogether (20%). Neugut et al. found that breast cancer patients with prescription drug co-payments greater than US$30 per month were more likely to be nonadherent to their aromatase inhibitors. Similarly, Dusetzina et al. found that patients with higher co-payments were more likely to discontinue or be nonadherent to oral anticancer treatment for chronic myeloid leukemia compared with those with lower co-payments. " "Studies also suggest that patient adherence to medications is influenced by the size of patient co-payments."		
Davies och medförfattare, 2013 (24)		
Totalt 17 studier varav 2 retrospektiva studier som undersöker sambandet mellan egenavgifter och följsamhet Båda studierna från USA	Patienter med typ 1 eller typ 2 diabetes Lägre eller helt borttagna egenavgifter (genom byte av försäkringsplan)	Riskfaktorer för låg följsamhet (adherence) till insulinbehandling
Författarnas slutsatser: "Two studies, both conducted in the USA, assessed the effects of changing the type of insurance plan on adherence. Both studies showed improved adherence to insulin therapy after changing from a traditional three-tier formulary to a value-based insurance design, an insurance scheme in which co-payments are reduced or even eliminated for highly effective preventive medications."		

Doshi och medförfattare, 2016 (31)		
Totalt 19 observationsstudier (13 tvärsnittsstudier) 8 RA 8 cancer 9 MS Ingen information om vilka länder studierna är gjorda i	Läkemedel eller läkemedelsklasser som godkänts för behandling av reumatoid artrit (RA), multipel skleros (MS) eller cancer, och uppfyller tidigare uppsatta högkostnads-kriterier för specialistläkemedel i kombination med ytterligare ett kriterium för specialistläkemedel (t.ex. komplex molekyl). Egenavgifter (cost sharing, co-payment, coisnsurance) eller patientutgifter för specialistläkemedel	Effekten av egenavgifter för specialistläkemedel på åtminstone ett av utvalda utfallsmått (användning av eller utgifter för specialistläkemedel, användning av eller utgifter för andra vårdtjänster, hälsa)
Författarnas slutsatser: **Användning av specialistläkemedel** "Evidence to date generally indicates reductions in specialty drug utilization associated with higher cost sharing, with effects varying by type of disease and specialty drug use outcome. We have identified several gaps in the evidence base that, if addressed, would help inform future specialty drug cost-sharing policies." **Användning av andra vårdtjänster och hälsa** "We found no studies examining the impact of specialty drug cost sharing on medical utilization, spending, or health outcomes."		
Heidari och medförfattare, 2018 (35)		
Totalt 6 studier varav 2 retrospektiva kohortstudier 2 tvärsnittsstudier 1 retrospektiv studie 1 prospektiv kohortstudie Endast studier från USA	Patienter med reumatoid artrit (RA) över 18 års ålder Patientutgifter (out-of-pocket costs, OOP): den del av de totala hälso- och sjukvårds-kostnaderna som betalas av patienten	Sambandet mellan patientutgifter (out-of-pocket costs) och följsamhet till läkemedelsbehandling (medication adherence)
Författarnas slutsatser: "Published data indicated that in patients with RA, higher OOP costs was associated with non-adherence to the prescribed RA medication. Studies conducted on the relationship of medication adherence and OOP costs are scarce and limited to the USA. Therefore, it would be beneficial for health policy makers in every country to find the right cost-sharing amount so OOP costs do not affect adherence whilst at the same time ensuring costs are not an intolerable burden for providers and insurers."		

Lemstra och medförfattare, 2012 (23)		
Totalt 67 studier varav 6 retrospektiva kohortstudier undersökt egenavgifter 5 från USA 1 från Kanada	Patienter med kardiovaskulär sjukdom Egenavgifter vid uttag av statiner	Riskindikatorer för att patienter inte följer (nonadherence) behandling med statinläkemedel
Författarnas slutsatser: "Among 6 studies with a total sample size of 884,643, patients required to make a co-payment when their statin medications were dispensed were 28% more likely than others to be nonadherent (rate ratio = 1.28; 95% CI, 1.09-1.50)." "Among observational studies, 49.0% of patients were adherent to statin medications at 1 year of follow-up, in comparison with 90.3% of patients in randomized trials. After metaanalysis, only 6 variables were associated with nonadherence to statin medications: primary prevention, new statin users, co-payment, lower income status, fewer than 2 lipid tests performed, and not having hypertension."		
Mathes och medförfattare, 2014 (25)		
Totalt 22 studier (2 studier som undersöker egenavgifter) Kvantitativa analyser av korrelation mellan exponering och följsamhet (inga interventionsstudier) De två studier som undersöker egenavgifter är från USA	Vuxna patienter (>18 år) med maligna neoplasier som tar orala medel mot cancer Patientutgifter (out-of-pocket costs) som en av de faktorer som har undersökts	Faktorer som påverkar följsamhet (adherence) till behandling med orala medel mot cancer
Författarnas slutsatser: "The influence of out-of-pocket costs for OACA was analyzed in two studies. Higher out-of pocket costs seem to be negatively associated with adherence. One study showed statistically significant results with large effect sizes in favor of this effect direction." "Age, ethnic status, social support, depression, intake of aromatase inhibitors, number of different medications, and out of-pocket costs seem to have an effect on adherence. The remaining factors either showed mostly no influence or a clear conclusion is not possible, because the results differed between studies. Due to the heterogeneity no general conclusions for all factors, – also for those emphasized above can be made that can be applied to all indications, medications, settings, countries etc."		
Murphy och medförfattare, 2012 (26)		
Totalt 24 studier Oklart vilka av dessa som har studerat ökade egenavgifter	Kvinnliga patienter som överlevt bröstcancer och som påbörjat tilläggsbehandling med hormoner efter att ha genomgått primärbehandling för bröstcancer Ökade patientavgifter (out-of-pocket costs)	Faktorer som korrelerar med följsamhet (adherence and persistence) till tilläggsbehandling med hormoner

Författarnas slutsatser: "Extremes of age (older or younger), increasing out-of-pocket costs, follow-up care with a general practitioner (vs. oncologist), higher CYP2D6 activity, switching from one form of therapy to another, and treatment side effects were negatively associated with adherence and/or persistence. Taking more medications at baseline, referral to an oncologist, and earlier year at diagnosis were positively associated with adherence and/or persistence."		
Tang och medförfattare, 2014 (30)		
Totalt 10 studier varav 1 RCT 1 avbruten tidsserie 8 kontrollerade före-och-efter-studier Alla från USA	Patienter med kardiovaskulär kronisk (CV) sjukdom (hypertoni, dyslipidemi, diabetes, kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, eller stroke) "Value-based insurance design (VBID)": Selektiv minskning eller borttagning av egenavgifter för läkemedel som bedömts vara ha stort värde som behandling av kronisk sjukdom	Påverkan av V-BID på följsamhet till läkemedelsbehandling (medication adherence), kliniska utfallsmått och hälso- och sjukvårdskostnader
Författarnas slutsatser: "We found 10 studies that evaluated 9 interventions which compared V-BID with no differential lowering of drug co-payments in patients with CV-related chronic diseases. Although V-BID was consistently associated with an increase in medication adherence of 2 to 5 percentage points across all studies, including the sole randomized trial, the evidence of impact of V-BID on clinical outcomes was far more limited, with only 1 study evaluating this. Though this study showed no difference in the primary clinical outcome, there was a decrease in adverse clinical secondary outcomes. Furthermore, the combined role of disease management and V-BID is unclear."		
Van der Laan och medförfattare, 2017 (27)		
Totalt 44 studier varav 26 tvärsnittsstudier 11 retrospektiva studier 5 prospektiva studier 2 kohortstudier 35 av 44 studier från USA	Patienter med hypertoni ⩾18 år och som bor i ett västerländskt land och använder antihypertensiva läkemedel Högre egenavgifter	Faktorer som associeras med att patienter inte följer (non-adherence) sin behandling med antihypertensiva läkemedel
Författarnas slutsatser: "Higher co-payment, side effects and a poor patient–provider relationship were whenever studied consistently associated with antihypertensive medication non-adherence. Higher co-payment was identified in three studies using a retrospective study design. These studies included a significant sample of patients and used pharmacy refill data to measure medication adherence. Co-payment was defined as higher levels of fixed amounts that patients were obliged to pay for their medication or a recent increase of co-payment for Medication. Based on the methodological quality assessment two of these studies were rated as moderate and one study as strong."		

OACA = Oral Anticancer Agents

Översikter som undersökte egenavgifter för läkemedel riktade till särskilt utsatta grupper

Sex översikter (Tabell 5) fokuserade på egenavgifters påverkan på efterfrågan av läkemedel hos särskilt utsatta grupper, såsom äldre och socioekonomiskt utsatta (36-41).

Tre av översikterna fokuserade helt på grupper som täcktes av Medicare Part D, vilket är en separat läkemedelsförsäkring kopplad till det amerikanska sjukförsäkringsprogrammet Medicare (36-38). De som omfattas av försäkringen är personer som är minst 65 år eller har någon form av funktionell nedsättning. Försäkringen minskar patienternas utgifter genom att den täcker en viss andel av kostnaden för godkända läkemedel. Översikten av Park och medarbetare (38) är en uppdatering av översikten av Polinski och medarbetare (37).

Alla översikterna drog slutsatsen att nivån på egenavgifter påverkade följsamheten till läkemedelsbehandling. Pimentel och medarbetare sammanställde även studier som undersökte hur de minskade egenavgifterna som medföljde Medicare Part D påverkade kliniska utfallsmått bland patienter med kroniska sjukdomar eller funktionella nedsättningar som fick vård på vårdhem (36). Översiktens slutsats var att påverkan på kliniska utfallsmått var oklar men att resultat från vissa av studierna tydde på oavsiktliga negativa konsekvenser för patienternas hälsa till följd av försäkringens utformning och innehåll.

Tabell 5. Översikter som undersökt påverkan av egenavgifter för läkemedel hos särskilt utsatta grupper, såsom äldre och socioekonomiskt utsatta (endast översikter som tillkommit sedan den tidigare sammanställningen)

Inkluderade studier	Population Intervention	Studerade samband
Choi och medförfattare, 2018 (41)		
Totalt 9 studier (6 inkluderade i meta-analys) 5 retrospektiva kohorter 1 tvärsnittsstudie 75% av studierna från USA	Vuxna (medelålder ≥60 år) med typ 1 eller typ 2 diabetes Faktorer relaterade till patienten, läkemedel, hälso- och sjukvårdsystemet och vårdaktörer. Patientutgifter (out-of-pocket spending) ingick bland faktorer relaterade till hälso- och sjukvårdssystemet	Faktorer som associeras med “medication engagement” (uppgifter om receptförnyelse, självrapporterade instrument, och dosmonitorering)

Författarnas slutsatser: "Findings from metaanalysis show that women (odds ratio [OR], 0.92; 95% CI, 0.86-0.97), those with depression (OR, 0.73; 95% CI, 0.62-0.87), and those with higher out-of-pocket spending for prescription drugs (OR, 0.87; 95% CI, 0.80-0.94) were less likely to take diabetes medication when compared with men, those without depression, and those with lower out-of-pocket costs, respectively." "Of 9 studies that examined the relationship between high out-of-pocket pharmacy costs and medication engagement among older adults with diabetes, 6 met criteria for inclusion in the meta-analysis. Figure 4 represents data from 390 074 older adults who participated in these studies. According to a random effects model, older adults with high out-of-pocket pharmacy costs were 13% less likely to take medication as prescribed (OR, 0.87; 95% CI, 0.80-0.94)."		
Pimentel och medförfattare, 2013 (36)		
Totalt 19 studier (11 kvantitativa) 5 tvärsnittsstudier 3 icke-randomiserade experimentella studier 1 prospektiv studie 1 fall-kontroll studie 1 studie med paneldesign Enbart studier från USA	Medicare Part D-mottagare som har kroniska sjukdomar eller funktionella nedsättningar och får medicinsk och stöttande vård i andra kontexter än i sitt hem, med specifikt fokus på vårdhem (long-term care, LTC, residents). Medicare Part D	Läkemedelsförsäkringens påverkan på kostnader för boende i vårdhem (LTC), vårdaktörer och finansiärer; täckning och användning av receptläkemedel; samt kliniska och administrativa utfallsmått
Författarnas slutsatser: "In the seven years since its implementation, Part D decreased out-of-pocket costs among enrolled nursing home residents and potentially increased costs borne by LTC facilities. Coverage of prescription drugs frequently used by older adults was adequate, except for certain drugs and alternative formulations of importance to LTC residents. The use of medications that raise safety concerns was decreased, but overall drug utilization may have been unaffected. Although there was uncertain impact on clinical outcomes, quantitative studies demonstrated evidence of unintended health consequences."		
Park och medförfattare, 2017 (38) Uppdatering av Polinski, 2011(37)		
Totalt 65 studier Mestadels observationsstudier med olika typer av kontrollgrupper Enbart studier från USA	Personer som är minst 65 år eller har någon form av funktionell nedsättning (mottagare av stöd från Medicare) Medicare Part D	Läkemedelsförsäkringens effekt på läkemedels-användning och patient-utgifter. Utöver att identifiera studier som tillkommit efter den tidigare översikten (Park och medförfattare 2010) har översikten fokuserat på ett glapp i försäkringens täckning av kostnader och försäkringens effekt på olika subpopulationer

Författarnas slutsatser: "There is strong and robust evidence for increased drug utilization and decreased OOP costs across different medications, using a range of data sources and study designs. However, the generosity of beneficiaries' pre–Part D insurance and drug spending strongly moderated the program's impact. We also found that the benzodiazepine exclusion decreased drug utilization and OOP costs. These findings are consistent with those from the prior systematic review (Polinski et al. 2010), although our findings demonstrate a longer term impact."		
Polinski och medförfattare, 2011 (37)		
Totalt 19 observationsstudier med eller utan kontrollgrupp Enbart studier från USA	Personer som är minst 65 år eller har någon form av funktionell nedsättning (mottagare av stöd från Medicare) Medicare Part D	Effekten av läkemedelsförsäkringen på under- och överanvändning av specifika läkemedel och klasser
Författarnas slutsatser: "Increasing drug coverage led to greater use of underused essential medications and inappropriate, or overused, medications under Medicare Part D. Despite efforts to have it do so, the Part D benefit did not sufficiently discriminate between essential and nonessential medication use."		
Shenolikar och medförfattare, 2011 (40)		
Totalt 47 studier varav 6 deskriptiva studier Majoriteten av resterande är tvärsnittsstudier Enbart studier från USA	Äldre (≥65 år) mottagare av stöd från Medicare Inga övriga restriktioner när det gäller populationen Nivån på försäkringsskydd för läkemedelskostnader (fullt skydd, delvis skydd eller inget skydd, "caps", etc.) eller olika typer av kostnadsfördelning (fasta egenavgifter eller att patienten betalar en viss andel av kostnaden etc.)	Effekten av nivån på försäkringsskydd för läkemedelskostnader (24 studier) eller av olika former av kostnadsfördelning (19 studier) på läkemedelsanvändning
Författarnas slutsatser: "Based on the available research previously published, this review suggests that more restrictive drug coverage— or formulary strategies that are intended to curb patient demand for drug therapies by increasing the cost borne by the patient or by providing incentives to select lower cost alternatives—in the elderly leads to decreased utilization of drug therapies."		

Sinnott och medförfattare, 2013 (39)		
Totalt 7 studier 3 kontrollerade före- och efterstudier 2 kohortstudier 2 retrospektiva kohortstudier Enbart studier från USA	Offentligt försäkrade populationer, vilka omfattar vissa särskilt utsatta patientgrupper som äldre individer eller grupper med låg inkomst, och som kan vara särskilt känsliga för påverkan av egenavgifter på följsamhet till behandling Införande eller ökning av egenavgifter	Egenavgifters påverkan på följsamhet till behandling med receptläkemedel
Författarnas slutsatser: "This meta-analysis showed an 11% increased odds of non-adherence to medicines in publicly insured populations involved in a system where co-payments for medicines are required. Reductions in adherence to medications, especially essential medicines, can be detrimental to health status and causes increases in expenditure via hospital admissions. Hence, the results of this metaanalysis should be taken into account at a policy and health systems level to aid in striking a balance between the financial benefits and financial repercussions of cost-sharing policies."		

LTC = Long-Term Care; **OOP** = Out-Of-Pocket costs (patientavgifter)

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Emelie Heintz (projektledare och hälsoekonom) och Christel Hellberg (projektledare) vid SBU. Johanna Wiss (hälsoekonom) har bidragit i relevansgranskningen av fulltexter.

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09

Litteratursökning

PubMed via NLM 2018-03-19 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	((((((("Drug Costs"[Mesh]) OR "Direct Service Costs"[Mesh]) OR "Cost Sharing"[Mesh]) OR "Prescription Fees"[Mesh]) OR "Fees and Charges"[Mesh:NoExp]) OR "Fees, Medical"[Mesh]) OR "Fees, Pharmaceutical"[Mesh]) OR "Rate Setting and Review"[Mesh]) OR "Single-Payer System"[Mesh]	37139
2.	co-payment*[tiab] OR (cap[tiab] AND (payment[ti] OR cost[ti])) OR prescription cap[tiab] OR capped prescription[tiab] OR drug benefit cap*[tiab] OR Out of pocket[tiab] OR affordability[tiab] OR prescription charge[tiab] OR cost burden[tiab] OR cost ceiling[tiab] OR payment limit*[tiab] OR cost sharing[tiab] OR coinsurance[tiab] OR co-insurance[tiab]	10399
3.	*1 or 2*	*45632*
Study types:		
4.	**systematic [sb]**	356360
Limits:		
5.	Filters: **Publication date from 2011/09/01 to 2018/12/31**	
Final	3 AND 4 AND 5	539

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MAJR] = MeSH Major Topic
[TIAB] = Title or abstract
[TI] = Title
[AU] = Author
[TW] = Text Word
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
* = Truncation
“ “ = Citation Marks; searches for an exact phrase

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09

Cochrane Database of Systematic Review, Database Abstracts of Reviews of Effects and Health Technology Assessments via Wiley 2018-03-19 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	Drug Costs[MeSH] OR Cost Sharing[MeSH] OR Prescription Fees[MeSH] OR Fees and Charges[MeSH:NoExp] OR Fees, Medical[MeSH] OR Fees, Pharmaceutical[MeSH] OR Rate Setting and Review[MeSH] OR Single-Payer System[MeSH], Publication Year from 2011 to 2018	566
2.	co-payment* or "prescription cap" or "capped prescription" or "drug benefit cap*" or "Out of pocket" or affordability or "prescription charge" or "cost burden" or "cost ceiling" or "payment limit*" or "cost sharing" or coinsurance or co-insurance:ti,ab,kw (Word variations have been searched), Publication Year from 2011 to 2018	310
3.	*1 OR 2*	*858*
Limits:		
4.	Publication Year from 2011 to 2018	
Final	3 AND 4	858 CDSR:13 DARE:13 HTA:8

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts
[AU] = Author
[MAJR] = MeSH Major Topic
[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
[TI] = Title
[TIAB] = Title or abstract
[TW] = Text Word
* = Truncation
“ “ = Citation Marks; searches for an exact phrase

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review
CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, “trials”
CRM = Method Studies
DARE = Database Abstracts of Reviews of Effects, “other reviews”
EED = Economic Evaluations
HTA = Health Technology Assessments

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09

Economic Evaluations via Wiley 2018-03-19 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	Drug Costs[MeSH] OR Cost Sharing[MeSH] OR Prescription Fees[MeSH] OR Fees and Charges[MeSH:NoExp] OR Fees, Medical[MeSH] OR Fees, Pharmaceutical[MeSH] OR Rate Setting and Review[MeSH] OR Single-Payer System[MeSH], Publication Year from 2011 to 2018	566
2.	co-payment* or "prescription cap" or "capped prescription" or "drug benefit cap*" or "Out of pocket" or affordability or "prescription charge" or "cost burden" or "cost ceiling" or "payment limit*" or "cost sharing" or coinsurance or co-insurance:ti,ab,kw (Word variations have been searched), Publication Year from 2011 to 2018	310
3.	*1 OR 2*	*858*
Limits:		
4.	Publication Year from 2011 to 2018	
Final	(3 AND 4) NOT (cost-benefit or cost-effectiveness:ti,ab,kw (Word variations have been searched) OR MeSH descriptor: [Cost-Benefit Analysis] explode all trees)	EED:94

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts
[AU] = Author
[MAJR] = MeSH Major Topic
[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy
[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy
Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews
[TI] = Title
[TIAB] = Title or abstract
[TW] = Text Word
* = Truncation
“ “ = Citation Marks; searches for an exact phrase

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review
CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, “trials”
CRM = Method Studies
DARE = Database Abstracts of Reviews of Effects, “other reviews”
EED = Economic Evaluations
HTA = Health Technology Assessments

Svar från SBU:s Upplysningstjänst
Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård
2018-05-09

Embase via embase.com 2018-03-20 **Co-payments in health care**		
	Search terms	**Items found**
Intervention:		
1.	'drug cost'/mj OR 'hospital billing'/mj OR 'hospital charge'/mj OR 'medical fee'/mj OR 'capitation fee'/mj AND [embase]/lim	10457
2.	'co payment$':ti:ab OR copayment$:ti:ab OR 'prescription cap':ti:ab OR 'capped prescription':ti:ab OR 'drug benefit cap':ti:ab OR 'out of pocket':ti:ab OR affordability:ti:ab OR 'prescription charge':ti:ab OR 'cost burden':ti:ab OR 'cost ceiling':ti:ab OR 'payment limit':ti:ab OR 'cost sharing':ti:ab OR coinsurance:ti:ab OR 'co insurance':ti:ab OR 'price elasticity':ab,ti AND [embase]/lim	12015
3.	(cap:ti OR caps:ti OR ceiling$:ti) AND (payment:ti OR policy:ti OR policies:ti OR prescrib$:ti) AND [embase]/lim	*17*
4.	(charg$:ti OR fee$:ti OR 'direct pay$':ti OR 'direct contribut$':ti OR expenditure:ti) AND (patient$:ti OR prescrib$:ti OR prescrip$:ti OR pharmaceutic$:ti OR dispens$:ti OR 'health care':ti OR healthcare:ti OR care:ti) AND [embase]/lim	2479
5.	"Patient related cost":ti:ab OR "medical care expenditures":ti,ab AND [embase]/lim	145
6.	*OR (1-5)*	*24251*
Study types:		
7.	'systematic review'/de	160628
Final	#6 AND #7 AND [2011-2018]/py	340

/de= Term from the EMTREE controlled vocabulary
/exp= Includes terms found below this term in the EMTREE hierarchy
/mj = Major Topic
:ab = Abstract
:au = Author
:ti = Article Title
:ti,ab = Title or abstract
* = Truncation
’ ’ = Citation Marks; searches for an exact phrase

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg med mera - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm; 2011.
2. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - En handbok. 2 uppl. . Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014.
3. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santisteve P, Peiro S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. PloS one. 2012;7(5):e35903.
4. Hone T, Lee JT, Majeed A, Conteh L, Millett C. Does charging different user fees for primary and secondary care affect first-contacts with primary healthcare? A systematic review. Health policy and planning. 2017;32(5):723-31.
5. Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2014;15(8):813-28.
6. Rezayatmand R, Pavlova M, Groot W. The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review. European journal of public health. 2013;23(1):74-9.
7. Skriabikova O, Pavlova M, Groot W. Empirical models of demand for out-patient physician services and their relevance to the assessment of patient payment policies: a critical review of the literature. Int J Environ Res Public Health. 2010;7(6):2708-25.
8. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(1):CD007017.
9. Corrieri S, Heider D, Matschinger H, Lehnert T, Raum E, Konig HH. Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review. International journal for equity in health. 2010;9:20.
10. Gadkari AS, McHorney CA. Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review. Curr Med Res Opin. 2010;26(3):683-705.
11. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. Jama. 2007;298(1):61-9.

12. Green CJ, Maclure M, Fortin PM, Ramsay CR, Aaserud M, Bardal S. Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement. The Cochrane database of systematic reviews. 2010(8):CD008654.

13. Lexchin J, Grootendorst P. Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. International journal of health services : planning, administration, evaluation. 2004;34(1):101-22.

14. Page RL, 2nd, Barton P, Nair K. Effect of cost-sharing for prescription medications on health outcomes in older adults: a critical review of the literature and potential implications for managed care. The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists. 2008;23(1):44-54.

15. Babar ZUD, Atif M. Differential pricing of pharmaceuticals: A bibliometric review of the literature. Journal of Pharmaceutical Health Services Research. 2014;5(3):149-56.

16. Happe LE, Clark D, Holliday E, Young T. A systematic literature review assessing the directional impact of managed care formulary restrictions on medication adherence, clinical outcomes, economic outcomes, and health care resource utilization. Journal of managed care & specialty pharmacy. 2014;20(7):677-84.

17. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. Annals of internal medicine. 2012;157(11):785-95.

18. Acosta A, Ciapponi A, Aaserud M, Vietto V, Austvoll-Dahlgren A, Kosters JP, et al. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(10):Cd005979.

19. Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, Emmerick IC, Chaves GC, Fonseca de Araujo SC, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(5):Cd007017.

20. Ogbechie OA, Hsu J. Systematic review of benefit designs with differential cost sharing for prescription drugs. The American journal of managed care. 2015;21(5):e338-48.

21. Lee IH, Bloor K, Hewitt C, Maynard A. International experience in controlling pharmaceutical expenditure: influencing patients and providers and regulating industry - a systematic review. Journal of health services research & policy. 2015;20(1):52-9.

22. Kolasa K, Kowalczyk M. The effects of payments for pharmaceuticals: a systematic literature review. Health economics, policy, and law. 2017:1-18.

23. Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and Risk Indicators of Nonadherence to Statin Therapy: A Meta-analysis. Canadian Journal of Cardiology. 2012;28(5):574-80.

24. Davies MJ, Gagliardino JJ, Gray LJ, Khunti K, Mohan V, Hughes R. Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 2013;30(5):512-24.

25. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Adherence influencing factors in patients taking oral anticancer agents: a systematic review. Cancer epidemiology. 2014;38(3):214-26.

26. Murphy CC, Bartholomew LK, Carpentier MY, Bluethmann SM, Vernon SW. Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. Breast cancer research and treatment. 2012;134(2):459-78.

27. van der Laan DM, Elders PJM, Boons C, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: a systematic review. Journal of human hypertension. 2017;31(11):687-94.

28. Gourzoulidis G, Kourlaba G, Stafylas P, Giamouzis G, Parissis J, Maniadakis N. Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2017;121(4):363-77.

29. Mann BS, Barnieh L, Tang K, Campbell DJ, Clement F, Hemmelgarn B, et al. Association between drug insurance cost sharing strategies and outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review. PloS one. 2014;9(3):e89168.

30. Tang KL, Barnieh L, Mann B, Clement F, Campbell DJ, Hemmelgarn BR, et al. A systematic review of value-based insurance design in chronic diseases. The American journal of managed care. 2014;20(6):e229-41.

31. Doshi JA, Li P, Ladage VP, Pettit AR, Taylor EA. Impact of cost sharing on specialty drug utilization and outcomes: a review of the evidence and future directions. The American journal of managed care. 2016;22(3):188-97.

32. Aziz H, Hatah E, Makmor Bakry M, Islahudin F. How payment scheme affects patients' adherence to medications? A systematic review. Patient preference and adherence. 2016;10:837-50.

33. Lee JL, Maciejewski M, Raju S, Shrank WH, Choudhry NK. Value-based insurance design: quality improvement but no cost savings. Health affairs (Project Hope). 2013;32(7):1251-7.

34. Bestvina CM, Zullig LL, Yousuf Zafar S. The implications of out-of-pocket cost of cancer treatment in the USA: a critical appraisal of the literature. Future oncology (London, England). 2014;10(14):2189-99.

35. Heidari P, Cross W, Crawford K. Do out-of-pocket costs affect medication adherence in adults with rheumatoid arthritis? A systematic review. Seminars in arthritis and rheumatism. 2018.

36. Pimentel CB, Lapane KL, Briesacher BA. Medicare part D and long-term care: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Drugs & aging. 2013;30(9):701-20.

37. Polinski JM, Donohue JM, Kilabuk E, Shrank WH. Medicare Part D's effect on the under- and overuse of medications: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59(10):1922-33.

38. Park YJ, Martin EG. Medicare Part D's Effects on Drug Utilization and Out-of-Pocket Costs: A Systematic Review. Health services research. 2017;52(5):1685-728.

39. Sinnott SJ, Buckley CM, O'Riordan D, Bradley C, Whelton H. The effect of copayments for prescriptions on adherence to essential medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. International Journal of Pharmacy Practice. 2013;21:14.

40. Shenolikar R, Bruno AS, Eaddy M, Cantrell C. Sensitivity of medication use to formulary controls in medicare beneficiaries: a review of the literature. American health & drug benefits. 2011;4(7):465-74.

41. Choi YJ, Smaldone AM. Factors Associated With Medication Engagement Among Older Adults With Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. The Diabetes educator. 2018;44(1):15-30.

Statens offentliga utredningar 2018

Kronologisk förteckning

1. Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. Fi.
2. Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. En strategisk agenda för internationalisering. U.
4. Framtidens biobanker. S.
5. Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. S.
6. Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. Ju.
7. Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. Fö.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. M.
9. Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. U.
10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. Fi.
11. Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. U.
12. Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. A.
13. Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? Fi.
14. Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. Fi.
15. Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. M.
16. Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. N.
17. Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. U.
18. Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. Ku.
19. Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. U.
20. Gräsrotsfinansiering. Fi.
21. Flexibel rehabilitering. A.
22. Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. A.
23. Konstnär – oavsett villkor? Ku.
24. Tid för utveckling. A.
25. Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. Fi.
26. Några frågor i skyddslagstiftningen. Fö.
27. Ekonomiska sanktioner mot terrorism. UD.
28. En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. Ju.
29. Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. U.
30. Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. Ju.
31. En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. Fö.
32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. S.
33. Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. Ju.
34. Vägar till hållbara vattentjänster. M.
35. Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. N.
36. Rätt att forska – Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. U.
37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. S.

38. Styra och leda med tillit.
    Forskning och praktik. Fi.
39. God och nära vård.
    En primärvårdsreform. S.

Statens offentliga utredningar 2018

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. [12]

Flexibel rehabilitering. [21]

Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. [22]

Tid för utveckling. [24]

Finansdepartementet

Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. [1]

Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. [10]

Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? [13]

Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. [14]

Gräsrotsfinansiering. [20]

Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. [25]

Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. [38]

Försvarsdepartementet

Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. [7]

Några frågor i skyddslagstiftningen. [26]

En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. [31]

Justitiedepartementet

Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. [2]

Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. [6]

En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. [28]

Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. [30]

Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. [33]

Kulturdepartementet

Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. [18]

Konstnär – oavsett villkor? [23]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. [8]

Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. [15]

Vägar till hållbara vattentjänster. [34]

Näringsdepartementet

Vägen till självkörande fordon – introduktion Del 1 + 2. [16]

Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. [35]

Socialdepartementet

Framtidens biobanker. [4]

Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. [5]

Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. [32]

Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. [37]

God och nära vård. En primärvårdsreform. [39]

Utbildningsdepartementet

En strategisk agenda
för internationalisering. [3]

Ökad trygghet för studerande
som blir sjuka. [9]

Vårt gemensamma ansvar
– för unga som varken arbetar eller
studerar. [11]

Med undervisningsskicklighet
i centrum – ett ramverk för lärares
och rektorers professionella
utveckling. [17]

Forska tillsammans – samverkan
för lärande och förbättring. [19]

Validering i högskolan – för tillgodo-
räknande och livslångt lärande. [29]

Utrikesdepartementet

Ekonomiska sanktioner mot terrorism. [27]

Rätt att forska – Långsiktig reglering av
forskningsdatabaser. [36]

Möjligheten till att Moränens lokal kan samutnyttjas med civilsamhället - uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

7

18ON165

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Susanne Laurin
Tfn 026-17 91 88
susanne.laurin@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Möjligheten till att Moränens lokal kan samutnyttjas med civilsamhället – uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

Förslag till beslut

att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Bakgrund

Vid kommunfullmäktiges sammanträde 2017-06-19 beslutades budgeten för 2018-2021. Budgeten innehåller även allmänna uppdrag till de olika nämnderna inom Gävle kommun. Ett av de uppdrag som omvårdnadsnämnden har fått är att utreda möjligheten till att Moränens lokal kan samutnyttjas med civilsamhället som riktar sig till samma målgrupp med aktiviteter.

Svar på uppdraget

Moränen har funnits i Gävle sedan 1993 och är en träffpunkt för personer som är 65 år eller äldre och har en funktionsnedsättning. Moränen ger möjlighet till samvaro, aktiviteter och gemenskap med andra. Inget biståndsbeslut krävs för att delta vid träffpunkten.

Moränen har i dagsläget 22 aktiva personer som deltar i Omvårdnad Gävles verksamhet och har ett väl utvecklat samarbete med civilsamhället. Lokalerna används flitigt kvällar och helger av olika föreningar, såsom Studiefrämjandet, paraplyorganisationen Heros samt RFSL (HBTQ häng). För Omvårdnad Gävle är det viktigt att lokalerna används effektivt för att skapa de bästa förutsättningarna för målgruppen och hittills har förvaltningen inte nekat någon förening att nyttja lokalerna.

Lena Isokivelä
Tillförordnad Förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

Utformning av krav som syftar till att minimera hemtjänstverksamhetens miljöpåverkan genom att samordning sker mellan kommunen och externa utförare - uppdrag till

Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

8

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Maria Olsson
Tfn 026-17 91 69
maria.2.olsson@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Utformning av krav som syftar till att minimera hemtjänstverksamhetens miljöpåverkan genom att samordning sker mellan kommunen och externa utförare – uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

Förslag till beslut

att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Bakgrund

Vid kommunfullmäktiges sammanträde 2017-06-19 beslutades budgeten för 2018 - 2021. Där framkommer även övergripande uppdrag till koncernen och till de olika nämnderna och bolagen. Ett av de uppdrag som Omvårdnadsnämnden tilldelats är att utforma krav som syftar till att minimera hemtjänstverksamhetens miljöpåverkan genom att samordning sker mellan kommunen och externa utförare.

Yttrandet avser den verksamhet som Omvårdnadsnämnden ansvarar för, dvs upphandlad verksamhet utifrån lagen om valfrihetssystem (LOV).

Syftet med LOV är bland annat att kunden står i fokus och själv får möjlighet att välja vilken utförare som ska utföra de hemtjänstinsatser som kunden är beviljad. Det ska råda konkurrensneutralitet mellan de kommunala enheterna och företagen. Kommunen ansvarar också för myndighetsutövningen gentemot hemtjänstutförararna.

Utredning/yttrande

En av de viktigaste intentionerna med LOV (hämtade från 1 kap 2 paragrafen) är att alla leverantörer ska behandlas på ett likvärdigt och icke diskriminerande sätt.

Externa utförare kan välja vilket eller vilka områden de vill verka i. Detta gör att samordningen mellan olika utförare, såväl kommun som externa utförare, är och kommer att vara en utmaning. Kunder som inte vill välja utförare fördelas till en hemtjänstutförare i aktuellt område utifrån en särskild turordningslista.

Planeringen av hemtjänstbesöken utgår alltid ifrån kundens beviljade insatser och önskemål, vilka kan variera över tid på dagen men också sett över en längre tidsperiod. Detta gör att det inte alltid är självklart att kunna samordna hemtjänstutövarnas resor till kunder, även i de fall där det finns kunder som bor i samma fastighet.

Upphandlande myndighet kan ensidigt ändra kriterierna, utan att stämma av med utförarna, men det bästa är att hålla en öppen dialog med utförarna. Detta gör Omvårdnad Gävle via så kallade utförarmöten.

Om man vill att bara en utförare ska åka till ett ”hus” måste man ta bort valfriheten för kund och istället använda andra upphandlingslagar som lagen om offentlig upphandling (LOU) där det är möjligt att destinera ett uppdrag till bara en utförare.

Att ha en effektiv planering gällande resor och kundbesök bör gälla samtliga hemtjänstutförare utifrån ett miljöperspektiv. För att planera effektivt, rutt optimerat och kundorienterat använder Omvårdnad Gävles egenregiverksamheter planeringssystemet TES. Detta system är också möjligt för de externa utförarna att via ett tilläggsavtal ansluta sig till, vilket också ett flertal av utförarna gjort. Övriga utförare har i stor utsträckning själva anskaffat denna typ av systemstöd då hemtjänsten i sin komplexitet är en logistisk utmaning.

För att nå en minskad klimatpåverkan av transporterna ställs det redan idag krav på de externa utförarna gällande fordon och drivmedel. De ska bland annat jobba med intentionerna i Miljöstrategiska programmet samt Resepolicyn för Gävle kommun. Resepolicyn poängterar bland annat att om bil

behöver användas så ska verksamheten i första hand välja bilar som inte drivs med fossila bränslen utan istället med till exempel biogas eller el. Om det är möjligt för utförare och deras medarbetare går det oftast också att använda elcyklar.

Det Omvårdnad Gävle kan förbättra är att på ett tydligare sätt involvera externa utförare i uppföljningen av program och policys kopplat till miljö.

Lena Isokivelä
Tillförordnad Förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

Översyn och ett utvecklingsarbete av hur hemsjukvård/specialistvård kan göras effektivare - Uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

9

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Lena Wigg
Tfn 026-17 88 13
lena.wigg@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Översyn och ett utvecklingsarbete av hur hemsjukvård/specialistsjukvård kan göras effektivare – uppdrag till Omvårdnadsnämnden enligt kommunplan 2018, 16KS467

Förslag till beslut

att anta yttrandet från Omvårdnad Gävle som sitt eget.

Bakgrund

Vid kommunfullmäktiges sammanträde 2017-06-19 beslutades kommunplanen med årsbudget för 2018 och utblick för 2019–2021 (dnr 16KS467).
Kommunplanen innehåller bland annat uppdrag till de olika nämnderna inom Gävle kommun.
Ett av de uppdrag som Omvårdnadsnämnden har fått är att tillsammans med regionen initiera en översyn och ett utvecklingsarbete av hur hemsjukvård/specialistsjukvård kan göras effektivare.

Utredning/yttrande

Kommunalisering av hemsjukvården

Landstingsstyrelsen beslutade 2012-02-24 om kommunalisering av hemsjukvården. Hemsjukvård som utgår från specialistvårdsnivån (sjukvård som utgår från sjukhus) ingick inte i uppdraget.
Resurskrävande respiratorfall ingick inte i uppdraget vid kommunalisering.
Hemsjukvårdsavtalet är avgränsat till primärvårdsnivå.

Överenskommelse mellan Region Gävleborg och länets kommuner

En samverkan mellan Region Gävleborg och länets kommuner inom områdena hälsa, stöd, vård och omsorg syftar till att bidra till en ökad helhetssyn, långsiktighet och styrning av verksamheter utifrån individens behov, oberoende av huvudman. Samverkan syftar även till att bidra till att

gemensamma resurser används på bästa sätt, där insatserna bygger på medverkan från flera.

Med detta som grund har en överenskommelse nu träffats mellan Region Gävleborg och Gävleborgs läns tio kommuner gällande svårt sjuka personer som kan vårdas i hemmet, dnr 18ON463.

Överenskommelsen har till syfte att säkerställa att patienter, där sjukhusvård, primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett delat ansvar, får en säker och jämlik vård med så god livskvalitet som möjligt.
Överenskommelsen omfattar alla verksamheter och omfattar både vuxna och barn.
Överenskommelsen ska definiera ansvarsområden gällande medicinskt ansvar, kostnadsansvar samt arbetsgivaransvar.
Den enskildes livskvalitet ska stå i centrum för överenskommelsens parter.

Målgruppen för överenskommelsen är de patienter, barn eller vuxna, som har behov av samordning av insatser enligt SoL eller LSS samt Hälso- och sjukvårdslagen. Det handlar om omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser hos patienter med respirator, tracheostomier eller påsdialys.

Svar på uppdraget

Med hänvisning till ovanstående, menar Omvårdnad Gävle att uppdraget är att betrakta som genomfört.

Lena Isokivelä
T f förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

Verksamhetsplan för perioden 2019 - 2022 för Omvårdnadsnämnden

10

18ON400

Gävle KOMMUN

Missiv

Handläggare
Rolf Hammar
Tfn 026-17 93 05
rolf.hammar@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Verksamhetsplan för perioden 2019 - 2022 för omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att anta förslag till verksamhetsplan för omvårdnadsnämnden för perioden 2019-2022, samt

Att överlämna verksamhetsplanen till kommunstyrelsen för kännedom.

Ärendebeskrivning

Gävle kommunkoncern använder balanserad styrning som modell för styrning och ledning av verksamheten. Den balanserade styrningen är både en modell för styrning och utveckling och en metod för planering och uppföljning.

Med de kommunövergripande målen som utgångspunkt beslutar omvårdnadsnämnden om strategiska mål för vart och ett av de fyra perspektiven ”Invånare och kunder”, ”Medarbetare”, ”Hållbar tillväxt” och ”Ekonomi”. För att kunna göra en utvärdering och analys av omvårdnadsnämndens mål, stöds de av indikatorer med målvärden. Indikatorn talar om vad som ska mätas och målvärdet vad som ska uppnås vid ett visst tillfälle.

Omvårdnadsnämnden identifierar också framgångsfaktorer, områden där man bedömer att förbättringsåtgärder ska sättas in för att målen ska nås.

Varje år fattar omvårdnadsnämnden beslut under hösten om en verksamhetsplan inför kommande år. I verksamhetsplanen finns de strategiska målen, indikatorer och målvärden samlade. I verksamhetsplanen finns också beskrivningar av uppdrag, investeringsverksamhet, utvecklingsområden, nyckeltal samt intäkts- och kostnadsutveckling.

Ny mandatperiod med ny nämndstruktur

Kommunfullmäktige har fattat beslut om en ny nämndstruktur med delvis förändrade ansvarsområden jämfört med 2018. I instruktionerna för arbetet

med verksamhetsplanerna framgår att nämnderna 2018 ska hantera verksamhetsplanerna för 2019 – 2022 ”utifrån nuvarande struktur och organisation”. Reglementena för nämnderna 2019 – 2022 är vid tiden för omvårdnadsnämndens beslut om verksamhetsplan ännu inte beslutade. Detta innebär att omvårdnadsnämndens beslut om verksamhetsplan i vissa delar kommer att ingå i en annan nämnds ansvarsområde perioden 2019 – 2022. Det kommer därför bli nödvändigt med revideringar av nämndernas verksamhetsplaner under första delen av 2019.

Utifrån dessa förutsättningar har utgångspunkten i arbete med föreliggande verksamhetsplan varit att göra så få ändringar som möjligt jämfört med verksamhetsplanen för 2018.

Lena Isokivelä
Tf Förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

2018-10-23
Dnr 18ON400

Gävle
KOMMUN

Verksamhetsplan 2019–2022

Omvårdnadsnämnden

Gävle KOMMUN

Innehållsförteckning

1 Balanserad styrning – modell för verksamhetsplanering 3

2 Balanserad styrning i kommunen 3

3 Balanserad styrning inom nämnderna.....4

4 Särskilda förutsättningar inför verksamhetsplaneringen för 2019–2022 4

5 Mål inom respektive perspektiv.....5

5.1 Invånare och kunder 5

5.2 Medarbetare 8

5.3 Hållbar tillväxt.....10

5.4 Ekonomi 12

6 Politiska uppdrag 14

6.1 Uppdragen 2019.....14

7 Investeringsverksamhet 15

8 Utvecklingsområden.....15

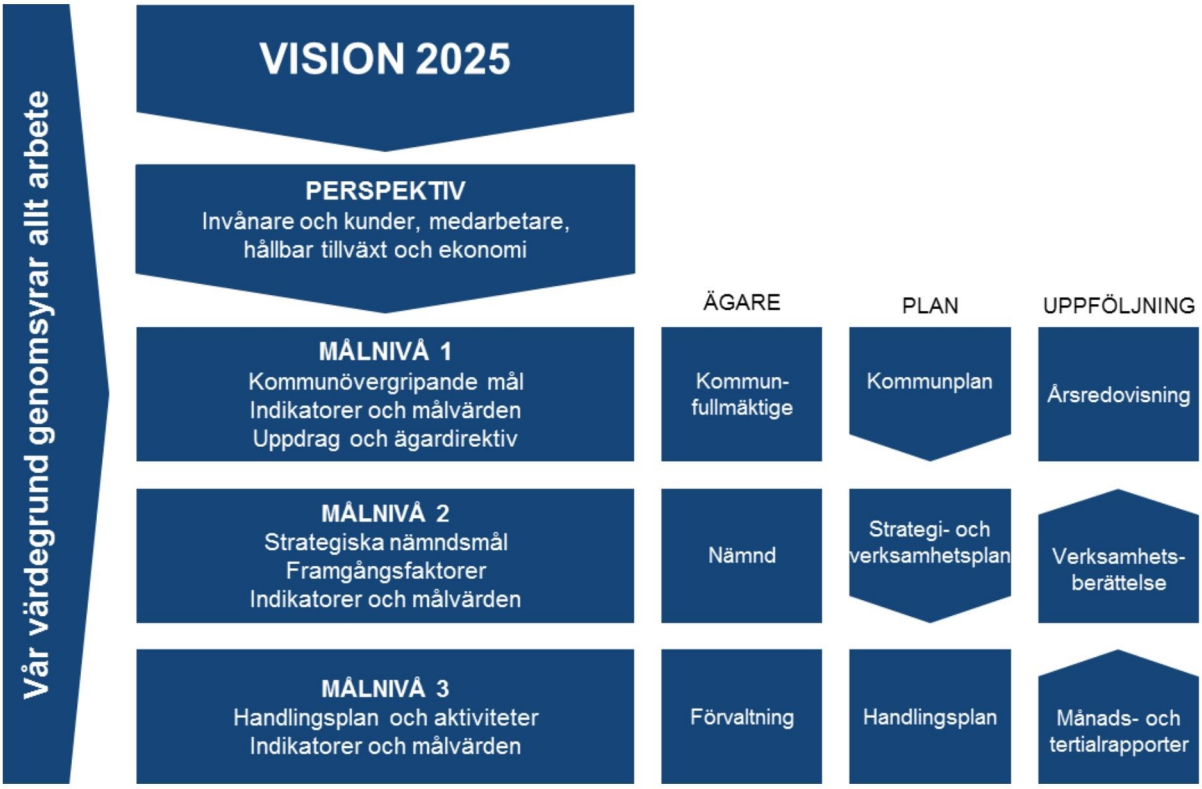
9 För verksamheten viktiga nyckeltal 15

10 Intäkts- och kostnadsutveckling 16

1 Balanserad styrning – modell för verksamhetsplanering

Gävle kommunkoncern använder balanserad styrning som modell för styrning och ledning av verksamheten. Här kan du läsa om hur balanserad styrning fungerar i kommunen och hur vi i Omvårdnad Gävle arbetar utifrån modellen.

Gävle kommuns modell för balanserad styrning



2 Balanserad styrning i kommunen

Balanserad styrning är både en modell för styrning och utveckling och en metod för planering och uppföljning. Modellen ska ge en balanserad bild av verksamheten Traditionella styrmodeller brukar enbart fokusera på det finansiella perspektivet.

Det börjar med visionen

Modellen tar sin utgångspunkt i kommunens Vision 2025. Det är en vision för hela Gävle – både för det geografiska området och för Gävle kommunkoncern. Visionen beskriver känslan och bilden av att bo i Gävle och ska fungera som en ledstjärna för alla verksamheter inom Gävle kommunkoncern. Så här säger visionen:

- Livet i Gävle är gemenskap och öppenhet, för varandra och världen.
- Trygghet och nyfikenhet ger mod att växa, tillsammans och individuellt.
- Mångfalden ger spännande upplevelser och frihet att välja hur vi vill leva.
- Vi vågar oss ut på världshaven men återvänder gärna till livet i hemmahamnen.

Kommunfullmäktige beslutar om övergripande mål

Utifrån visionen fokuserar den balanserade styrningen på fyra olika perspektiv; *invånare och kunder, medarbetare, hållbar tillväxt och ekonomi.* För varje perspektiv beslutar kommunfullmäktige om kommunövergripande strategiska mål. Målen har ett tidsperspektiv på fyra år och följs upp via indikatorer med målvärden. Mål, indikatorer och målvärden publiceras varje år i kommunplanen och uppföljning sker i delårsrapport ett och två samt i årsredovisningen.

3 Balanserad styrning inom nämnderna

Inom omvårdnadsnämnden fungerar den balanserade styrningen enligt nedanstående beskrivning.

Strategiska nämndsmål

Med de kommunövergripande målen som utgångspunkt beslutar omvårdnadsnämnden om strategiska mål för vart och ett av de fyra perspektiven. Målen gäller fyra år framåt.

Indikatorer och målvärden

För att omvårdnadsnämnden ska kunna göra en utvärdering och analys av de mål man satt upp stöds de av indikatorer med målvärden. Indikatorn talar om vad som ska mätas och målvärdet vad som ska uppnås vid ett visst tillfälle. Indikatorerna och målvärdena visar också omvårdnadsnämndens ambitionsnivå över planeringsperioden.

Framgångsfaktorer

Omvårdnadsnämnden identifierar också framgångsfaktorer, områden där man bedömer att förbättringsåtgärder ska sättas in för att målen ska nås. Genom framgångsfaktorerna visar omvårdnadsnämnden vilka områden som behöver extra fokus under det kommande året. Nämndens mål gäller i fyra år men man beslutar om nya framgångsfaktorer för ett år i taget.

4 Särskilda förutsättningar inför verksamhetsplaneringen för 2019–2022

Ny mandatperiod med ny nämndstruktur

Kommunfullmäktige har fattat beslut om en ny nämndstruktur med delvis förändrade ansvarsområden jämfört med 2018. I instruktionerna för arbetet med verksamhetsplanerna framgår att nämnderna 2018 ska hantera verksamhetsplanerna ”utifrån nuvarande struktur och organisation”. Reglementena för nämnderna 2019 – 2022 är vid tiden för omvårdnadsnämndens beslut om verksamhetsplan ännu inte beslutade. Detta innebär att omvårdnadsnämndens beslut om verksamhetsplan i vissa delar kommer att ingå i en annan nämnds ansvarsområde perioden 2019 – 2022.

Nya obligatoriska mål

Tre av kommunfullmäktiges mål har tidigare varit frivilliga och har bedömts ha en sådan inriktning att de inte varit aktuella för omvårdnadsnämnden att behandla. I kommunfullmäktiges beslut om verksamhetsplan för perioden 2019 – 2022 är dessa tre mål obligatoriska. De tre målen är:

1. Kompetensnivån hos kommunens befolkning höjs och anpassas till arbetsmarknadens behov och samhällets utveckling.

2. Uppnå jämställda och jämlika arbetsvillkor och jämställda löner i kommunkoncernen.
3. Gävle kommun är en av Sveriges bästa företagarkommuner.

Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan inför 2019

Varje år i september eller oktober fattar omvårdnadsnämnden beslut om verksamhetsplan inför kommande år. I verksamhetsplanen finns de strategiska målen, indikatorer och målvärden samlade. För att behålla bra överblick ska inte framgångsfaktorer och indikatorer vara för många. Uppföljningen av strategiska mål, indikatorer och målvärden sker i omvårdnadsnämndens delårsrapport ett och två samt i verksamhetsberättelsen för hela året.

Då kommunfullmäktige beslutat om en ny nämndsstruktur från och med 2019, med delvis förändrade ansvarsområden, är omvårdnadsnämndens bedömning att revideringar av nämndernas verksamhetsplaner kommer att vara nödvändiga under första delen av 2019. Utifrån detta har utgångspunkten i omvårdnadsnämndens arbete med föreliggande verksamhetsplan varit att göra så få ändringar som möjligt jämfört med verksamhetsplanen för 2018.

5 Mål inom respektive perspektiv

5.1 Invånare och kunder

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):

Invånarna har ett stort förtroende för den kommunala verksamheten och ges möjlighet till delaktighet och engagemang

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnadsnämnden har nöjda kunder med tanke på delaktighet och engagemang.

Framgångsfaktor

- Meningsfullt innehåll i vardagen för alla kundgrupper.

Beskrivning

Ett av omvårdnadsnämndens grundläggande uppdrag är att de personer som är i behov av insatser från nämnden är nöjda med dessa. För nämnden är det viktigt att samtliga verksamheter utformar och erbjuder aktiviteter som utmanar, berikar och utvecklar. I dialog med kunder och närstående utvecklas verksamheten och förtroendet för nämndens tjänster ökar. Ett salutogent förhållningssätt ska prägla verksamheten för att kunderna ska ges möjlighet att uppleva känslan av sammanhang. Insatserna från nämnden ska därför utformas så att de stödjer ett meningsfullt innehåll i vardagen.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Hemtjänst (2018=88%).	90 %	90 %	90 %	90 %
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Vård- och omsorgsboende (2018=79%).	>82 %	>82 %	>82 %	>82 %
Andel äldre som uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Hemtjänst (2018=63%).	>63 %	>63 %	>63 %	>63 %
Andel äldre som anger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Vård- och omsorgsboende (2018=60%).	>63 %	>63 %	>63 %	>63 %
Andel äldre på vård- och omsorgsboende som är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds (2018=61%).	>66 %	>66 %	>66 %	>66 %

Indikatorer för områden som troligtvis inte finns inom omvårdnadsnämndens ansvar 2019

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Andel verksamheter inom området funktionsnedsättning som under året genomfört minst en delaktighetsslinga (2017=44%). 1)	>54 %	>54 %	>54 %	>54 %
Andelen kunder inom boendestöd som tycker att de tillsammans med närstående kan påverka innehållet i det stöd och den hjälp de får (2018=74%).	>74 %	>74 %	>74 %	>74 %

1) Målvärde för planeringsperioden är ett bättre utfall än resultatet 2016 = 54 %.

Kommunövergripande mål (nytt obligatoriskt):

Kompetensnivån hos kommunens befolkning höjs och anpassas till arbetsmarknadens behov och samhällets utveckling.

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnadsnämnden verkar för kompetensförsörjning inom nämndens ansvarsområde.

Framgångsfaktor

- Nära samverkan rörande kompetensförsörjning inom ramen för Vård- och Omsorgscollege.

Gävle KOMMUN

Beskrivning

Att arbeta med kompetensförsörjning på bredd och djup gynnar en god kvalitet i utförandet av uppdraget till kund.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
1) Indikator tas fram under 2019	xx %	xx %	xx %	xx %

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):

Ett socialt hållbart Gävle där alla människor lever i trygghet och får sina rättigheter respekterade.

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnadsnämnden har nöjda kunder med tanke på trygghet och tillgänglighet.

Framgångsfaktorer

- Kontinuitet för alla kundgrupper.
- Omvårdnadsnämndens kunder behandlas rättssäkert.

Beskrivning

Ett av omvårdnadsnämndens grundläggande uppdrag är att de personer som är i behov av insatser från nämnden är nöjda med dessa. I dialog med kunder och närstående utvecklas verksamheten och förtroendet för nämndens tjänster ökar. Insatserna från nämnden ska utformas med kontinuitet för att öka förutsägbarheten och tryggheten för kund. Välfärdsteknik skall användas för att öka den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv. Ett annat av omvårdnadsnämndens grundläggande uppdrag är att de personer som är i behov av insatser från nämnden behandlas rättssäkert. Rättssäkerhet innebär att det finns en rättsordning som skyddar individen mot kränkningar av dennes demokratiska rättigheter. Konkret handlar det om att rättsreglerna tillämpas förutsägbart, effektivt och rättvist.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Andel äldre som uppger att det känns mycket eller ganska tryggt på vård- och omsorgsboendet (2018=88%).	>88 %	>88 %	>88 %	>88 %
Uppföljningar av beslut som görs inom utsatt tid gällande hemtjänst, boendestöd och personligt stöd. 1)				
Andel äldre som uppger att det känns mycket eller ganska tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten (2018=87%).	>89 %	>89 %	>89 %	>89 %
Personkontinuitet inom hemtjänsten (2017=14 personal i snitt under 14 dagar) 2)	<14	<14	<14	<14

1) Mätning påbörjas 2018 och uppföljning av målvärden görs 2019 - 2022
2) Baslinjemätning av kontinuiteten för 2018 kommer att ske under oktober - november 2018 vilket innebär att målvärdet får bedömas av den nya nämnden 2019.

5.2 Medarbetare

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):

Framgångsrika medarbetare som bidrar genom ett stort engagemang

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnad Gävle är en attraktiv arbetsgivare med motiverade och framgångsrika medarbetare.

Framgångsfaktor

- Ett professionellt och tillitsbaserat förhållningssätt.

Beskrivning

Omvårdnad Gävle har engagerade medarbetare som tar ansvar och är medskapande. Att ta tillvara på medarbetarnas engagemang, kompetens och yrkesetik är viktiga beståndsdelar i ett tillitsbaserat förhållningssätt. Delaktighet är viktigt för det gemensamma ansvaret för verksamheten. Inom Omvårdnad Gävle har chefer och ledare ökad fokusering på medarbetarnas förutsättningar för att kunna utföra uppdraget på ett professionellt och framgångsrikt sätt genom att inspirera och utveckla sina medarbetare. Adekvat kompetens för uppdraget och en god arbetsmiljö är viktiga förutsättningar för motiverade och framgångsrika medarbetare.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Sammanvägt värde MAU (2018= iu). 1)	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %
Hållbart medarbetarengagemang (HME) (2018=iu). 1)	>81 %	>81 %	>81 %	>81 %
Attraktiv arbetsgivare. 2)				

1) I resultatet av 2018 års medarbetarundersökning är det inte möjligt att utläsa värden för respektive förvaltning utan enbart på total kommunnivå.

2) I resultatet av 2018 års medarbetarundersökning är det inte möjligt att utläsa värden för respektive förvaltning därav måste mätning påbörjas 2019 och uppföljning av målvärden görs 2020, 2021 och 2022.

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):

Gävle kommunkoncern har ett inspirerande och tillitsbaserat ledarskap

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnad Gävles chefer har ett inspirerande och tillitsbaserat ledarskap

Framgångsfaktor

- Ett närvarande ledarskap.

Beskrivning

Inom Omvårdnad Gävle har chefer och ledare en hög fokusering på medarbetarnas förutsättningar för att kunna utföra uppdraget på ett professionellt och framgångsrikt sätt genom att inspirera och utveckla sina medarbetare.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Ledarskap MAU (2018=iu). 1)	>79 %	>79 %	>79 %	>79 %
Inspirerande och tillitsbaserat ledarskap. 2)				

1) I resultatet av 2018 års medarbetarundersökning är det inte möjligt att utläsa värden för respektive förvaltning utan enbart på total kommunnivå.

2) Mätning påbörjas 2019 och uppföljning av målvärden görs 2020, 2021 och 2022

Kommunövergripande mål (nytt obligatoriskt):

Uppnå jämställda och jämlika arbetsvillkor och jämställda löner i kommunkoncernen.

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnad Gävle har jämställda och jämlika arbetsvillkor och jämställda löner.

Framgångsfaktor

- Chefer och medarbetare för regelbundet en dialog om värdegrund, likabehandling och jämställda och jämlika arbetsvillkor.
- Aktivt arbete med löneanalyser och lönesättning för att en jämställd lönestruktur.

Beskrivning

Jämställda och jämlika arbetsvillkor innebär att lika möjligheter och rättigheter skapas för alla medarbetare hos Omvårdnad Gävle. Synliggörande och utjämnande av löneskillnader är ett viktigt steg för en positiv förändring för en jämställd arbetsmarknad likväl som det aktiva arbetet utifrån diskrimineringslagstiftning och kommunens värdegrund.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Jämställda villkor 1)				
Jämställda löner 1)				

1) Målet är nytt som obligatoriskt på förvaltningsnivå, mätning påbörjas 2019 och uppföljning av målvärden görs 2020, 2021 och 2022.

5.3 Hållbar tillväxt

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):

Ett starkt växande Gävle.

Omvårdnadsnämndens mål:

Attraktiva verksamheter för kunder och medarbetare

Framgångsfaktor

- Ett professionellt och tillitsbaserat förhållningssätt.

Beskrivning

Gävle ska vara en attraktiv plats och ta ytterligare steg till att vara den plats där fler vill leva, verka och bo vilket kräver en balanserad utveckling. Genom att tillhandahålla attraktiva verksamheter bidrar omvårdnadsnämnden till att Gävle kommun kan locka nya invånare i olika faser av livet.
För att lyckas med detta måste Omvårdnad Gävle arbeta systematiskt med förbättringar, såväl ur ett medarbetar- som ur ett kundperspektiv.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Attraktiv arbetsgivare. 1)				

1) I resultatet av 2018 års medarbetarundersökning är det inte möjligt att utläsa värden för respektive förvaltning därav måste mätning påbörjas 2019 och uppföljning av målvärden görs 2020, 2021 och 2022.

Kommunövergripande mål (nytt obligatoriskt):

Gävle kommun är en av Sveriges bästa företagarkommuner.

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnadsnämnden har goda relationer med företag som utför verksamhet på uppdrag av nämnden.

Framgångsfaktor

- Ett professionellt och tillitsbaserat förhållningssätt.

Beskrivning

En stor del av verksamheterna inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde drivs idag av privata utförare på uppdrag av nämnden. Genom att uppträda professionellt samt att visa tillit och respekt gentemot privata utförare läggs grunden för goda relationer mellan omvårdnadsnämnden och privata utförare. Detta bidrar i sin tur till ett gott företagsklimat i Gävle kommun.

Indikatorer

Detta är ett nytt mål för omvårdnadsnämnden och indikatorer får fastställas av de nya nämnderna 2019.

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):

Gävle kommun är en av Sveriges bästa miljökommuner.

Omvårdnadsnämndens mål:

Omvårdnadsnämnden bidrar till en bättre miljö genom minskade utsläpp i mark, luft och vatten.

Framgångsfaktor

- Beteendeförändring och användande av miljövänlig teknik.

Beskrivning

För att uppnå målen i det miljöstrategiska programmet krävs teknisk utveckling, effektiviseringar, fysiska åtgärder samt attityd- och beteendeförändringar. Det behövs också en förståelse och kunskap om hur arbetsplatsen och individen kan agera.

Viktiga mål är att minska koldioxidutsläppen och mängden matsvinn (det som kastas men hade kunnat ätas upp). Under 2017 startade implementeringen av matsvinnmätningar på samtliga vård- och omsorgsboenden inom egen regi. För att följa upp och se utvecklingen av mängden matsvinn har Omvårdnadsnämnden valt att utgå ifrån ett målvärdesintervall på 30-50 gram per ätande och måltid gällande svinn från huvudkomponent och bikomponent.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Mängden matsvinn per kund och måltid på vård och omsorgsboende inom egen regi (2018= 51 gram per ätande och måltid).	30-50 gram per ätande och måltid	30-50 gram per ätande och måltid	30-50 gram per ätande och måltid	30-50 gram per ätande och måltid
Andel miljöbilar inom förvaltningen (2018=72 %).	90 %	100 %	100 %	100 %

Gävle
KOMMUN

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):
Gävle kommuns verksamheter har effektiva processer med hög kvalitet.

Omvårdnadsnämndens mål:
Omvårdnadsnämndens verksamheter är effektiva och drivs av ett högt kvalitetsmedvetande.

Framgångsfaktor

- Regelbunden egenkontroll av verksamheterna.

Beskrivning

För att möta framtidens utmaningar och dagens krav är det av största vikt att Omvårdnad Gävles verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete i vardagen. Konkret innebär det att Omvårdnad Gävles medarbetare har ett kunskapsbaserat arbetssätt med utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett effektivt systematiskt kvalitetsarbete förutsätter både ett aktivt förebyggande arbete och uppföljning av den verksamhet som bedrivs. I en organisation med ett tillitsbaserat förhållningssätt måste en stor del av den uppföljning som sker vara i form av egenkontroll, det vill säga verksamhetens uppföljning av det egna arbetet. Egenkontroll kan exempelvis genomföras med hjälp av olika checklistor, men det kan också handla om att innehållsgranska social dokumentation eller om att följa upp att hanteringen av kundernas egna pengar går rätt till.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Andelen ”ja”-svar i den förvaltningsövergripande egenkontrollen (2018=88%).	88 %	90 %	92 %	94 %

5.4 Ekonomi

Kommunövergripande mål (obligatoriskt):
Kommunkoncernens verksamheter bedrivs kostnadseffektivt och inom tilldelade ramar.

Omvårdnadsnämndens mål:
Omvårdnadsnämnden har en hållbar ekonomi.

Framgångsfaktor

- God kännedom i organisationen om sambandet mellan verksamhet och ekonomi.

Gävle
KOMMUN

Beskrivning

Omvårdnadsnämndens uppdrag är att bedriva verksamheten med hög kvalitet inom given budgetram.

En grundförutsättning för att respektive verksamhet bedrivs på ett effektivt sätt med rätt kvalitet, är att chefer och medarbetare har kunskap om vad i verksamheten som påverkar ekonomi och kvalitet. Samtliga chefer behöver därför få återkommande utbildning och stöd om hur deras verksamhet på olika sätt påverkar ekonomin och hur den kan utvecklas och bedrivas effektivt.

En systematisk uppföljning och återkoppling till alla medarbetare när det gäller verksamhetens kvalitet och ekonomiska resultat är viktig för en positiv utveckling. Denna uppföljning inklusive återkoppling måste ske till alla som utför verksamhet inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde. Det är även viktigt för en hållbar ekonomi att denna utveckling inkluderar en effektiv och medveten användning av både beprövade och nya välfärdstekniska möjligheter. Med start under 2018 kommer flera större satsningar att påbörjas med stöd av välfärdsteknologi inom både ordinärt boende och inom särskilda boenden.

På övergripande nivå behöver pågående samarbeten med andra utvecklas och nya områden för samarbete identifieras för att klara en hållbar ekonomi framöver. Detta gäller både samarbeten inom Gävle kommunkoncern och med andra externa organisationer.

Indikator	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2021	Målvärde 2022
Kostnader och intäkter i balans, mnkr. 1)	7	0	0	0

1) Målvärdet 2019 är till för att täcka tidigare underskott. Det är dock inte beslutat hur principerna kring resultatfonderna kommer att hanteras med ny nämndsorganisation.

6 Politiska uppdrag

6.1 Uppdragen 2019

I den kommunplan som beslutades av kommunfullmäktige i juni 2018 finns ett antal riktade uppdrag till omvårdnadsnämnden.

6.1.1 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att utveckla och effektivisera verksamheterna.

Särskilt viktiga punkter i utvecklings- och effektiviseringsarbetet är:

- fortsatt arbetet med digitalisering och teknikstöd till verksamheterna
- flexibla arbetstider med större delaktighet från personalen
- fortsatt översyn av administrationen
- när ekonomin tillåter, öka bemanningen.
- vidareutveckla aktiviteter för vård- och omsorgsboende

Plan för genomförande

Att utveckla digitaliseringen och teknikstödet pågår och kommer att fortsätta. Beslut om nya projekt och utvecklingsområden sker fortlöpande. Översynen av administrationen blir en naturlig del av den pågående översynen av förvaltningsorganisationen.

6.1.2 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att utveckla arbetet från samverkan till samordnad vård och omsorg.

Särskilt viktiga punkter i utvecklings- och effektiviseringsarbetet är:

- samverkan med Region Gävleborg kring psykisk ohälsa.
- förutsättningarna för hembesöksteam med Region Gävleborg

Plan för genomförande

Utveckling av samarbeten med Region Gävleborg, övriga kommuner i Gävleborg och andra näraliggande kommuner är något som ständigt pågår. De noterade områdena ingår i detta och blir viktiga områden att utveckla under den kommande mandatperioden.

6.1.3 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att utreda.

- anhöriganställning
- effekterna av delad primärvård
- flera alternativa driftformer både i hemtjänsten och i boenden

Plan för genomförande

Beslut om inriktning och omfattning av dessa utredningar kommer att beslutas av omvårdnadsnämnden under 2019.

6.1.4 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att uppmuntra småföretagare att starta hemtjänstföretag.

Plan för genomförande

Inriktningen på hur detta uppdrag ska hanteras får beslutas under 2019.

7 Investeringsverksamhet

I Boendeplan för 2019-2022 med utblick mot 2030 finns behoven av investeringar i olika typer av boenden beskrivna. Investeringar i själva byggnaderna görs av respektive fastighetsägare. Dessa finns både som bolag inom kommunkoncernen och som bolag i privat regi. De investeringar som omvårdnadsnämnden själv gör, gäller främst inventarier, utrustning och utveckling av teknikstöd i olika former samt vissa verksamhetsmotiverade åtgärder i fastigheter. Investeringarna görs både i verksamhetslokaler och i administrativa lokaler.

8 Utvecklingsområden

- För att möta nutida och framtida behov är det angeläget att Omvårdnad Gävle ligger i framkant avseende tekniska lösningar både inom välfärdsområdet men även för att möjliggöra mobila arbetssätt.
- Omvårdnad Gävles arbete för att trygga kompetensförsörjningen för framtiden är i likhet med kommunen i övrigt en utmaning. Kompetensutveckling för att kunna utveckla och behålla nuvarande medarbetare likväl som att marknadsföra för att attrahera nya medarbetare är viktiga utvecklingsområden. Ett framåtsyftande arbete med arbetsgivarvarumärket är nödvändigt för att trygga den framtida personalförsörjningen.
- Omvårdnad Gävle har ett brett utbud av aktiviteter, trots detta är det ett återkommande förbättringsområde i kundundersökningarna. Omvårdnad Gävle ser därför ett behov av att ytterligare utveckla aktiviteter som stimulerar och utmanar.

9 För verksamheten viktiga nyckeltal

Nyckeltal	**2015 Utfall**	**2016 Utfall**	**2017 Utfall**	**2018 Utfall /prognos**	**2019 Plan**	**2020 Plan**	**2021 Plan**	**2022 Plan**
Befolkning 65+	19 786	20 038	20 301	20 589	20 827	21 058	21 193	
Befolkning 80+	4 904	4 951	5 057	5 204	5 321	5 444	5 615	
Antal utförda hemtjänsttimmar per månad 2)	48 797	51 033	50 569	51 800	52 600	53 800	55 200	57 100
Antal kunder, vård- och omsorgsboende 1 och 3)	957	1 024	1 057	1 042	1 084	1 108	1 137	1 170
Antal korttidsplatser äldre 3)	73	71	71	72	69	69	69	69
Lägenheter för personer med funktionsned--sättning 1 och 3)	294	297	338	336	319	325	325	325
Antal timmar personlig assistans per månad inom egen regi 2 och 4)	33 601	30 708	26 800	25 300	22 100	22 100	22 100	22 100

1) Fr.o.m. 2019 anges bedömt behov enligt boendeplanen 2019 - 2022.

2) Uppgifter 2018 avser genomsnitt för perioden jan - aug.

3) Uppgifter 2018 avser antal per den sista augusti.

4) Ny modell fr.o.m. 2018 för beräkning av antal timmar.

Gävle KOMMUN

10 Intäkts- och kostnadsutveckling

RESULTATBUDGET

Belopp i mnkr	Bokslut 2017	Prognos 2018	Budget 2019	Plan 2020	Plan 2021	Plan 2022
Riktade statsbidrag	20,9	24,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Övriga intäkter	294,1	283,4	311,9	320,9	330,9	341,4
Summa intäkter	315,0	307,5	312,9	321,9	331,9	342,4
Personalkostnader	-1 108,7	-1 104,9	-1 192,3	-1 224,2	-1 266,1	-1 308,6
Köp av verksamhet	-409,4	-443,4	-475,1	-513,9	-548,2	-587,5
Övriga kostnader	-345,2	-377,5	-287,4	-263,1	-249,1	-243,6
Avskrivning	-7,2	-7,8	-6,6	-6,5	-6,7	-7,1
Summa kostnader	-1 870,5	-1 933,6	-1 961,4	-2 007,7	-2 070,1	-2 146,8
Verksamhetens resultat	-1 555,6	-1 626,1	-1 648,6	-1 685,8	-1 738,2	-1 804,4
Intern ränta	-0,6	-1,5	-0,7	-0,7	-0,8	-0,8
Resultat före kommunbidrag	-1 556,2	-1 627,6	-1 649,3	-1 686,6	-1 738,9	-1 805,2
Kommunbidrag	1 510,9	1 604,6	1 649,3	1 686,6	1 738,9	1 805,2
ÅRETS RESULTAT	-45,3	-23,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Resultatkorrigering enligt kommunfullmäktige	39,8					
Utfall efter korrigering	**-5,5**					
Resultatfond 31/12	-7,2					

INVESTERINGS-BUDGET

Summa nettoinvestering	-10,5	-11,2	-7,1	-6,9	-7,6	-7,5

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, september 2018

11

18ON63

Gävle KOMMUN

Missiv

Handläggare
Rolf Hammar
Tfn 026-17 93 05
rolf.hammar@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, september 2018

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende september 2018, samt

Att till kommunstyrelsen överlämna kommentarer om omvårdnadsnämndens resultat avseende september 2018 samt helårsprognos för hela 2018.

Ärendebeskrivning

Det ackumulerade resultat t.o.m. september är minus 21,7 mnkr vilket är 10,8 mnkr bättre än resultatet motsvarande period 2017. Jämfört med den periodiserade internbudgeten avviker resultatet med 15,5 mnkr (de faktiska kostnaderna för perioden är högre än budgeten).

För enbart september månad redovisas ett nollresultat och jämfört med den periodiserade budgeten för månaden är resultatet ca 3 mnkr bättre. Bedömningen är att resultatet för september ger stöd för att behålla den tidigare prognosen för hela 2018 om ett underskott med 20 – 25 mnkr.

I tidigare månadsrapporteringar har olika förändringar i volymer redovisats och de ekonomiska konsekvenserna av dessa finns beskrivna i rapporteringen för augusti. Detta gäller även konsekvenserna av den extremt varma sommaren och behovet av att hyra in sjuksköterskor både under sommaren och till viss del under resten av året.

Inom egenregin redovisas ett underskott t.o.m. september med ca 23 mnkr i förhållande till budget. Detta är ca 2 mnkr sämre jämfört med augusti och förändringen återfinns inom området Funktionsnedsättning. Det finns en åtgärdsplan framtagen för att begränsa underskottet.

I bilagan redovisas mer utförligt ett antal olika områden som påverkar omvårdnadsnämndens ekonomi.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga redovisas omvårdnadsnämndens resultat för september 2018 inklusive en jämförelse med 2017 samt en ekonomisk prognos för hela 2018. Även investeringarna för 2018 redovisas i bilagan.

Lena Isokivelä
Tf Förvaltningschef
Omvårdnad Gävle

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Rolf Hammar
Tfn 026-17 93 05
rolf.hammar@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Bilaga till ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, september 2018

Resultaträkning totalt för omvårdnadsnämnden jämfört med samma period 2017 *(belopp i mnkr)*

	Utfall Jan - sep 2018	Utfall Jan - sep 2017	Avvikelse 2018 jmf 2017	Procentuell avvikelse
Taxor och avgifter	65,6	63,5	2,1	3,3%
Hyresintäkter	48,3	46,7	1,6	3,4%
Övriga intäkter	117,2	121,3	-4,1	-3,4%
Summa intäkter	**231,1**	**231,5**	**-0,4**	**-0,2%**
Personalkostnader	-846,2	-831,1	-15,1	1,8%
Köp av verksamheter	-346,1	-303,9	-42,2	13,9%
Hyror och övr fastighetskostn	-125,9	-125,2	-0,7	0,6%
Övriga kostnader	-131,6	-130,9	-0,7	0,5%
Avskrivningar o intern ränta	-6,4	-6,1	-0,3	4,9%
Summa kostnader	**-1 456,2**	**-1 397,2**	**-59,0**	**4,2%**
Kommunbidrag	1 203,4	1133,2	70,2	6,2%
Periodens resultat	**-21,7**	**-32,5**	**10,8**	

Resultaträkning totalt för omvårdnadsnämnden jämfört med den periodiserade internbudgeten t.o.m. september *(belopp i mnkr)*

(Underlag till den periodiserade budgeten är hur de faktiska kostnaderna och intäkterna fördelade sig per månad under 2016 och 2017)

	Utfall Jan - sep 2018	Budget Jan - sep 2018	Avvikelse jmf med budget	Procentu-ell avvikelse
Taxor och avgifter	65,6	64,3	1,3	2,0%
Hyresintäkter	48,3	47,4	0,9	1,9%
Övriga intäkter	117,2	119,1	-1,9	-1,6%
Summa intäkter	**231,1**	**230,8**	**0,3**	**0,1%**
Personalkostnader	-846,2	-836,2	-10,0	1,2%
Köp av verksamheter	-346,1	-332,5	-13,6	4,1%
Hyror och övr fastighetskostn	-125,9	-124,3	-1,6	1,3%
Övriga kostnader	-131,6	-140,5	8,9	-6,3%
Avskrivningar o intern ränta	-6,4	-6,9	0,5	-7,2%
Summa kostnader	**-1 456,2**	**-1 440,4**	**-15,8**	**1,1%**
Kommunbidrag	1 203,4	1 203,4	0,0	0,0%
Periodens resultat	**-21,7**	**-6,2**	**-15,5**	

Resultaträkning med avvikelse mot den periodiserade internbudgeten t.o.m. september per område *(belopp i tkr)*

	Avvikelse mot budget							
Resultaträkning (Belopp i tkr)	Totalt	Förvaltnings-ledning	Planering & utveckling	Myndighet	Verksamhets-stöd	Ordinärt boende	Vård- & omsorgsboende	Funktions-nedsättning
Externa intäkter								
Taxor och avgifter	1 306	0	0	1 225	1	68	-6	18
Hyresintäkter	931	0	0	391	478	13	48	0
Övriga intäkter	-1 915	1 232	-5 753	2 290	284	1 097	1 036	-2 101
Kommunbidrag	0	0	0	0	0	0	0	0
Interna intäkter								
Resursfördelning	1 835	0	0	0	0	1 146	1 682	-993
Övriga interna intäkter	2 694	0	0	0	6	791	2 868	-971
Summa intäkter	**4 851**	**1 232**	**-5 753**	**3 907**	**769**	**3 116**	**5 628**	**-4 047**
Externa kostnader								
Personalkostnader	-10 014	249	2 017	-1 331	2 079	4 279	-9 345	-7 964
Köp verksamhet o entreprenader	-13 577	-81	243	-4 508	0	-8 601	-600	-30
Hyror och fastighetskostnader	-1 604	-4	-2	-4	-1 525	-191	250	-128
Övriga kostnader	8 941	10 124	3 924	89	-629	-2 786	-2 401	621
Avskrivningar och intern ränta	491	572	-5	-4	19	-4	-2	-85
Interna kostnader								
Resursfördelning	-3 970	-1 460	0	-2 510	0	0	0	0
Övriga interna kostnader	-567	0	0	0	0	-561	-2	-4
Summa kostnader	**-20 301**	**9 399**	**6 177**	**-8 269**	**-56**	**-7 864**	**-12 099**	**-7 590**
Resultat	**-15 450**	**10 631**	**425**	**-4 362**	**713**	**-4 748**	**-6 471**	**-11 637**

Sammanfattning av resultatet för september och prognos för hela 2018

Det ackumulerade resultat t.o.m. september är minus 21,7 mnkr vilket är 10,8 mnkr bättre än resultatet motsvarande period 2017. Jämfört med den periodiserade internbudgeten avviker resultatet med 15,5 mnkr (de faktiska kostnaderna för perioden är högre än budgeten). *(Underlag till den periodiserade budgeten är hur de faktiska kostnaderna och intäkterna fördelade sig per månad under 2016 och 2017)*.

För enbart september månad redovisas ett nollresultat och jämfört med den periodiserade budgeten för månaden är resultatet ca 3 mnkr bättre. Bedömningen är att resultatet för september ger stöd för att behålla den tidigare prognosen för hela 2018 om ett underskott med 20 – 25 mnkr.

I tidigare månadsrapporteringar har olika förändringar i volymer redovisats och de ekonomiska konsekvenserna av dessa finns beskrivna i rapporteringen för augusti. Detta gäller även konsekvenserna av den extremt varma sommaren och behovet av att hyra in sjuksköterskor både under sommaren och till viss del under resten av året.

Beslutade insatser inom verksamheterna hemtjänst inom boendestöd och personligt stöd samt hemtjänst via anhöriganställda fortsätter att ha en betydligt högre volym än budget.

Inom egenregin redovisas ett underskott t.o.m. september med ca 23 mnkr i förhållande till budget. Detta är ca 2 mnkr sämre jämfört med augusti och förändringen återfinns inom området Funktionsnedsättning. Det finns en åtgärdsplan framtagen för att begränsa underskottet.

Den genomförda ombyggnationen i Humanas boende på Södra Centralgatan är klar och de fick i början av oktober tillstånd från IVO om att bedriva verksamhet inom Vård- och omsorgsboende. Detta innebär att det med start någon gång under oktober finns sju ytterligare lägenheter att tillgå i deras boende. Då det är relativt många kunder som står i kö till boenden är bedömningen att alla dessa nya lägenheter behöver användas. Denna utökning finns med i prognosen för hela 2018 sedan tidigare.

Verksamhetsstöd, planering och utveckling, ledningen samt omvårdnadsnämndens egna kostnader för sammanträden m.m. fortsätter att i stort följa budget och bedöms för hela 2018 klara sig inom budget och lämnar sammantaget ett litet överskott främst på grund av ett antal vakanta tjänster.

Kommentarer till investeringar

I budget för 2018 finns 9,0 mnkr till investeringar. Omvårdnadsnämnden hade dessutom i bokslutet för 2017 kvar 2,2 mnkr som inte användes och dessa har godkänts att överföra till 2018 års budget. Per den sista september har 7,0 mnkr bokförts som investeringar. Hela investeringsbeloppet 11,2 mnkr (9,0 + 2,2 mnkr) beräknas användas under 2018.

Anmälningsärenden

20

18ON79

§ 178: Revidering av riktlinje för anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Delges:

HR inom kommunens förvaltningar.

Dnr 18KS370

Beslut

Kommunstyrelsen beslutar, enligt ordförandens förslag,

att anta revidering av riktlinje för anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Ärendebeskrivning

Revidering av riktlinje med anledning av den nya bestämmelsen från Försäkringskassan, som gäller fr o m den 1 juli om plan för återgång i arbete. Till detta har även tillhörande checklista kompletterats med information om ersättningar från AFA Försäkring.

Nytt i riktlinjen:

Plan för återgång i arbete senast dag 30

Om en medarbetare antas bli sjukskriven i minst 60 dagar, från och med sjukperiodens första dag, ska du som chef ta fram en plan för återgång i arbetet. Planen ska upprättas senast dag 30. Ingen plan behöver upprättas om hälsotillståndet inte tillåter det eller om medarbetaren oavsett sjukskrivningens längd helt kan återgå i ordinarie arbete utan några särskilda åtgärder. Om det senare visar sig att det blir aktuellt med åtgärder ska en plan tas fram.

Ställningstagandet om en plan ska tas fram eller inte ska dokumenteras i Adato.

Syftet med planen är att stärka individers möjligheter till rehabilitering för att därigenom öka förutsättningarna för återgång i arbete efter en sjukperiod.

Försäkringskassan kan efterfråga planen. Mall och ifyllnadsanvisning för plan finns i Adato.

Inlägg i ärendet

Roger Persson (MP)

Beslutsunderlag

- Bilaga 1 - Riktlinjer för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering, dnr 18KS370-5
- Checklista vid sjukfrånvaro och rehabilitering, dnr 18KS370-4
- Tjänsteskrivelse 2018-09-04 - Revidering av riktlinje för anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering, dnr 18KS370-3

Justerare			Uppdragsbestyrkande

Gävle
KOMMUN

Riktlinjer för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Till riktlinjerna finns två checklistor:

- checklista vid sjukfrånvaro och rehabilitering
- checklista rehabiliterings-/avstämningsmöte

Gävle KOMMUN

Riktlinjer för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Övergripande mål för Gävle kommuns arbete med arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering är att ge medarbetare som drabbats av skada och/eller sjukdom stöd att snabbt återgå till ordinarie arbete enligt anställningsavtalet.

Arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsansvar

Arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsansvar regleras i ett antal lagar och författningar. Socialförsäkringsbalken, SFB och arbetsmiljölagen, AML ålägger arbetsgivaren ett ansvar för att medarbetare som drabbas av skada eller sjukdom erbjuds de arbetsanpassnings- och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som behövs för att medarbetaren ska kunna fortsätta arbeta.

Arbetarskyddsstyrelsen har med stöd av AML i AFS 1994:1 mer i detalj angivit hur detta ska gå till. Bland annat sägs:

”Arbetsgivaren skall anpassa de enskilda arbetstagarnas arbetssituation med utgångspunkt från deras förutsättningar för arbetsuppgifterna. Därvid skall särskilt beaktas om den enskilde arbetstagaren har någon funktionsnedsättning eller annan begränsning av arbetsförmågan”.

En viktig utgångspunkt är dock att kraven på arbetsgivaren är relaterade till arbetsgivarens verksamhet.

Syftet med arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Syftet med arbetsgivarens arbetsanpassnings- och arbetslivsinriktade rehabiliteringsansvar är att medarbetaren ska återgå till ordinarie arbete enligt anställningsavtalet, eventuellt med sådana anpassningar som är motiverade i förhållande till arbetskraven. Går inte detta, ska målsättningen vara att en återgång till annat arbete i den egna förvaltningen och i sista hand återgång till annat arbete i kommunen. Om inte detta lyckas är målsättningen slutligen att stärka medarbetaren med arbetslivsinriktade åtgärder för ett arbete utanför Gävle kommun. Lagen om anställningsskydd, LAS, reglerar under vilka förutsättningar en medarbetare får sägas upp, t.ex. vid arbetsoförmåga.

Om medarbetaren saknar arbetsförmåga av betydenhet och återgång i arbete inte är möjligt kan egen uppsägning eller uppsägning från arbetsgivarens sida bli aktuell. Det föreligger ingen skyldighet för arbetsgivaren att utvidga verksamheten genom att inrätta s.k. personliga tjänster. Arbetsanpassning för enskild medarbetare får inte heller leda till försämringar av andra medarbetares arbetssituation.

Arbetsgivarens arbetslivsinriktade anpassnings- och rehabiliteringsansvar, att verka för att medarbetare kan återgå till det egna arbetet, ska inte förväxlas med Försäkringskassans allmänna åliggande att rehabilitera sjuka/sjukskrivna medborgare tillbaka till arbetsmarknaden.

I ett arbetsrättsligt perspektiv är en fullständig dokumentation över hela rehabiliteringsprocessen mycket viktig. Alla möten, kontakter/samtal med interna/externa aktörer, överenskommelser om arbetsprov m.m. ska dokumenteras i programmet Adato (IT-stöd i rehabiliteringsprocessen).

Den arbetslivsinriktade arbetsanpassnings- och rehabiliteringsprocessen

När medarbetaren har behov av arbetsanpassning och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering ska arbetsgivaren så tidigt som möjligt påbörja detta arbete. Detta gäller även om medarbetaren inte är sjukskriven. Åtgärder ska planeras och genomföras i samråd med medarbetaren och utgå från dennes individuella förutsättningar.

Medarbetaren ska lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans/hennes behov av rehabilitering och aktivt medverka i rehabiliteringen (SFB 30 kap, § 7).

Vid sjukfrånvaro

Sjukdag 1
Ansvarig chef kontaktar medarbetaren sjukdag 1. Vad är orsaken till och hur lång uppskattas sjukfrånvaron bli? I vilken utsträckning behöver medarbetaren vara sjukskriven? Sjukskrivningen kan vara steglös mellan 1 och 100 % under sjuklöneperioden, d.v.s. dag 1-14. Vid osäkerhet om vilka arbetsuppgifter som medarbetaren kan utföra och under vilka förutsättningar kan Företagshälsan rådfrågas. Det är arbetsgivaren som leder och fördelar arbetet och har därmed en möjlighet att erbjuda medarbetaren arbetsuppgifter som denne trots sin arbetsoförmåga kan utföra.

Sjukdag 8
Från dag 8 krävs ett läkarintyg från medarbetaren. När medarbetare lämnar intyget ska detta, om möjligt, ske i form av ett personligt möte. Detta är ett tillfälle till information och dialog om vilka arbetsanpassnings- och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan behövas samt om det finns någon arbetsförmåga trots skada och/eller sjukdom.
Kontakta Företagshälsan för råd och stöd.

Företagshälsan kan även rådfrågas vid svårigheter att tolka läkarintyget.

Om chef och medarbetare vid mötet/kontakten kommer fram till att medarbetaren kan återgå i arbete utan några åtgärder finns inget arbetsanpassnings- eller arbetslivsinriktat rehabiliteringsbehov. Dokumentera detta i Adato.

Sjukdag 29
För att säkerställa att de arbetslivsinriktade arbetsanpassnings- och rehabiliteringsåtgärdernas omfattning är tillräckliga ska kontakt tas med Företagshälsan.

Plan för återgång i arbete senast dag 30
Om en medarbetare antas bli sjukskriven i minst 60 dagar, från och med sjukperiodens första dag, ska du som chef ta fram en plan för återgång i arbetet. Planen ska upprättas senast dag 30. Ingen plan behöver upprättas om hälsotillståndet inte tillåter det eller om medarbetaren oavsett sjukskrivningens längd helt kan återgå i ordinarie arbete utan några särskilda åtgärder. Om det senare visar sig att det blir aktuellt med åtgärder ska en plan tas fram.

Ställningstagandet om en plan ska tas fram eller inte ska dokumenteras i Adato.

Syftet med planen är att stärka individers möjligheter till rehabilitering för att därigenom öka förutsättningarna för återgång i arbete efter en sjukperiod.

Försäkringskassan kan efterfråga planen. Mall och ifyllnadsanvisning för plan finns i Adato.

Upprepad korttidssjukfrånvaro

Vid upprepad korttidssjukfrånvaro, fyra tillfällen inom tolv månader, går ett meddelande från Adato till ansvarig chef. Utred om det finns ett rehabiliteringsbehov och kontakta Företagshälsan för råd och stöd.

När arbetsanpassnings- och arbetslivsinriktat rehabiliteringsbehov föreligger

Rehabiliteringsinsatserna ska utgå från medarbetarens arbetsförmåga och arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetsplatsen och arbetsförhållandena, det kan t.ex. handla om att anpassa arbetsuppgifter, arbetstider, arbetsplats, arbetsinnehåll, arbetsorganisation.

Målsättningen med den individuella arbetsanpassningen är att vidta sådana åtgärder att medarbetaren kan vara kvar i eller återkomma till ordinarie arbete. Arbetsanpassningen kan, beroende på omständigheterna, vara tillfällig eller varaktig.

Chefen ska informera om att medarbetaren kan ta stöd från sin fackliga organisation. Medarbetaren kan avsäga sig fackligt stöd om han/hon så önskar. Detta ska i så fall noteras.

Bedömning av arbetsförmågan

För att bedöma medarbetarens rehabiliteringsbehov ska en bedömning av arbetsförmågan göras. Syftet med en arbetsförmågebedömning är att utreda i vilken omfattning arbetet behöver anpassas till medarbetarens arbetsförmåga. Företagshälsan är en viktig resurs i bedömningen av arbetsförmågan.

Arbetsgivarens åtgärdsplan och genomförande

Chef och medarbetare kommer överens om vilka åtgärder som ska vidtas i en åtgärdsplan (Adato). En tydlig och konkret åtgärdsplan ska innehålla mål, åtgärder, arbetsfördelning, ansvarsfördelning, finansiering av åtgärder, tidplan inklusive planerad återgång i ordinarie arbete.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen avslutas

Arbetsgivarens rehabilitering ska avslutas på ett tydligt sätt. Chefen går tillsammans med medarbetaren igenom varje åtgärd och dess resultat. Rehabiliteringsärendet ska även avslutas i Adato.

Ansvarsfördelning och roller i rehabiliteringsarbetet

Chefens roll och ansvar

Arbetslivsinriktad anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering ingår i arbetsgivarens arbetsmiljöansvar.

Ansvarig chef

- företräder arbetsgivaren och ansvarar för att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar fullgörs
- främjar hälsa och fångar upp tidiga tecken på ohälsa
- uppmärksammar frånvaro, förändring i arbetsprestation, sjukfrånvaroorsaker och upprepad sjukfrånvaro
- ansvarar för att arbetsanpassnings- och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder planeras och genomförs så tidigt som möjligt
- dokumenterar allt som rör rehabilitering
- kan kalla till rehabiliterings-/avstämningsmöte med medarbetaren, Försäkringskassan, Företagshälsan och behandlande läkare

Medarbetarens roll och ansvar
Medarbetarens motivation och initiativ är avgörande för en väl fungerande arbetslivsinriktad rehabilitering. Medarbetaren är skyldig att aktivt medverka i processen. Under sjukdom och rehabilitering har medarbetaren ett förstärkt anställningsskydd enligt LAS. Om medarbetaren inte deltar aktivt i rehabiliteringen upphör skyddet och rehabiliteringen avslutas.

Försäkringskassans roll och ansvar
Försäkringskassan har ett ansvar för att utöva tillsyn över och samordna de olika åtgärder en person är i behov av för att kunna komma tillbaka till arbete.

Försäkringskassan

- kan bistå med råd och stöd i rehabiliteringsfrågor
- kan kalla till avstämningsmöte med medarbetaren, arbetsgivaren, Företagshälsan och behandlande läkare
- beslutar om ersättning

Företagshälsans roll och ansvar
Företagshälsan är en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsans roll i det arbetslivsinriktade anpassnings och rehabiliteringsarbetet är att:

- vara ett stöd för chefer och medarbetare
- medverka vid bedömning av arbetsförmåga och behov av arbetsanpassning
- vara en resurs vid utbildningar inom rehabiliteringsområdet
- kunna beskriva sambanden mellan arbete och hälsa/ohälsa

Dokumentation och sekretess

Allt arbetslivsinriktat anpassnings- och rehabiliteringsarbete ska dokumenteras i Adato, t.ex. åtgärdsplaner, alla typer av möten, enskilda samtal, åtgärder, arbetsträning och uppföljning.

Alla medarbetare ska kunna lita på att uppgifter i ett rehabiliteringsärende inte sprids till obehöriga. Därför ska dokumentationen ske i Adato och om information skrivs ut måste den behandlas som en sekretessbelagd handling.

Integritetsskyddet för medarbetaren i sjuk- och rehabiliteringsfrågor är starkt enligt AML 7 kap och Offentlighets- och sekretesslagen 39 kap 13 §§ och 10 kap 11-13 §§. Reglerna gäller för alla som på något sätt deltar i arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning.

Checklista vid sjukfrånvaro och rehabilitering

Denna checklista ska vara ett stöd för chefen vid sjukfrånvaro och rehabilitering och utgår från Gävle kommuns ”Riktlinjer för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering”.

Ta gärna stöd från din HR-funktion och/eller Företagshälsan i arbetet med sjukfrånvaro och rehabilitering.

> Som arbetsgivare kan du få ekonomisk ersättning för hälften av dina kostnader när någon av dina anställda genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering. Ersättning kan utbetalas både vid arbetslivsinriktad rehabilitering och för insatser som görs i förebyggande syfte.
> Läs mer på Ankaret Ekonomiskt stöd till arbetslivsinriktad rehabilitering.

Chefen kontaktar medarbetaren sjukdag 1

- Vad är orsaken till sjukfrånvaron?
- Hur lång uppskattas sjukfrånvaron bli? Finns det en risk att sjukfrånvaron blir lång, boka ett möte hos Företagshälsan redan nu
- Sjukskrivningens omfattning (kan vara steglös 1-100% de första 14 dagarna, se riktlinjer för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering)?
- Kan medarbetaren utföra ordinarie eller andra arbetsuppgifter i någon utsträckning?
- Utred anpassnings- och rehabiliteringsbehov och besluta om åtgärder

Från och med dag 8 ska medarbetaren lämna läkarintyg till chefen

- Dokumentera och scanna in läkarintyget i Adato.
- Chefen registrerar sjukskrivningsperioden i personalsystemet Personec/Medvind. Förläng sjukperioden om/när nytt läkarintyg inkommer.
- Bestäm tillsammans med medarbetaren hur ofta kontakt/möten ska äga rum för planering och avstämning
- Utred anpassnings- och rehabiliteringsbehov och besluta om åtgärder

Kontakt med Företagshälsan senast sjukdag 29

- Chefen kontaktar Företagshälsan sjukdag 29 om det inte tidigare har skett
- Utred anpassnings- och rehabiliteringsbehov och besluta om åtgärder

Plan för återgång i arbete senast dag 30

Om en medarbetare antas bli sjukskriven **under minst 60 dagar** ska arbetsgivaren upprätta en plan för återgång i arbete senast dag 30.

Planen ska vara dokumenterad i Adato. Försäkringskassan kan efterfråga planen.

Plan för återgång i arbete

Ifyllnadsanvisning till Plan för återgång i arbete

Avsluta rehabiliteringen

- Gå tillsammans med medarbetaren varje åtgärd och resultatet av dessa
- Avsluta rehabiliteringsärendet i Adato

AGS-KL

Från och med dag 91 har medarbetare själv möjlighet att söka ersättning från AFA Försäkring. Försäkringen kompletterar den ersättning medarbetaren får från Försäkringskassan. Det är medarbetarens ansvar att ansöka hos AFA Försäkring. Läs mer på Ankaret AFA Försäkring

Datum 2018-09-04
Dnr 18KS370-3

Kommunstyrelsen

Tjänsteskrivelse - revidering av riktlinje för anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Förslag till beslut
Kommunstyrelsen beslutar

att anta revidering av riktlinje för anpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering

Ärendet i korthet
Revidering av riktlinje med anledning av den nya bestämmelsen från Försäkringskassan, som gäller fr o m den 1 juli om plan för återgång i arbete. Till detta har även tillhörande checklista kompletterats med information om ersättningar från AFA Försäkring.

Nytt i riktlinjen:

Plan för återgång i arbete senast dag 30

Om en medarbetare antas bli sjukskriven i minst 60 dagar, från och med sjukperiodens första dag, ska du som chef ta fram en plan för återgång i arbetet. Planen ska upprättas senast dag 30. Ingen plan behöver upprättas om hälsotillståndet inte tillåter det eller om medarbetaren oavsett sjukskrivningens längd helt kan återgå i ordinarie arbete utan några särskilda åtgärder. Om det senare visar sig att det blir aktuellt med åtgärder ska en plan tas fram.

Ställningstagandet om en plan ska tas fram eller inte ska dokumenteras i Adato.

Syftet med planen är att stärka individers möjligheter till rehabilitering för att därigenom öka förutsättningarna för återgång i arbete efter en sjukperiod.

Försäkringskassan kan efterfråga planen. Mall och ifyllnadsanvisning för plan finns i Adato.

Kommunstyrelsen

Beslutsunderlag
Lagändring från 1 juli 2018.

Beslutet ska skickas till
HR inom kommunens förvaltningar.

Maria Rosén
HR-direktör

§ 4: Revidering av Personalpolicy Gävle kommunkoncern

Delges:

Kommunkoncernens nämnder och bolag.

Dnr 18KS58

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Kommunstyrelsens förslag

anta förslaget till ny Medarbetarpolicy för Gävle kommunkoncern

Ärendebeskrivning

Medarbetarpolicyn är ett förslag på revidering av nuvarande Personalpolicy. Kommunledningskontorets HR-avdelning har haft uppdrag att ta fram förslag på uppdatering av gällande Personalpolicy. Avsikten är att uppdatera policyn, så den möter dagens och framtidens behov som arbetsgivare, samt bidrar till tydlighet i förutsättningar och förväntningar för arbetsgivararbetet. Medarbetarpolicyn utgör grund för koncernens arbete för att vara en attraktiv arbetsgivare.

För att stödja arbetet med att förverkliga Medarbetarpolicyns olika delar finns sedan tillhörande riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument; riktlinjer för arbetsmiljö och hälsa, likabehandlingsplan, rehabilitering, arbete mot riskbruk och skadligt bruk, rökfri arbetstid och chef- och ledarskap. Vidare förtydligar plattformen för arbetsgivarvarumärket arbetet, likaså vår värdegrund och vision 2025, samt samverkansavtalet för Gävle kommun (FAS). Riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument kan komma att förändras, kompletteras där så behov uppstår. Policyn i sin tur paketeras och kommuniceras efter beslut, på sätt som visar hela koncernen och som gör den lättillgänglig.

Inlägg i ärendet

Helene Åkerlind (L)

Yrkanden

Helene Åkerlind (L) yrkar bifall till Kommunstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- §124 KS Förslag revidering av Personalpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-17
- Tjänsteskrivelse - Förslag revidering Personalpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-15
- Reviderad personalpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-18
- Kultur- och fritidsnämnden - Protokollsutdrag med handling 2015-05-22 Medarbetarpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-16
- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag samt handling 2018-03-27 gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-13
- Samhällsbyggnadsnämnden - Yttrande med protokollsutdrag 2018-03-28 gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-12
- Yttrande från Gavlegårdarna gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-11
- Yttrande från Gävle Energi gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-10
- Socialnämnden - Protokollsutdrag och yttrande 2018-03-21 - Medarbetarpolicy för Gävle kommun, dnr 18KS58-6
- Utbildningsnämnden - Protokollsutdrag och yttrande 2018-03-14 - Medarbetarpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-7
- Yttrande - Protokollsutdrag 2018-03-12 § 18 från Näringsliv- och arbetsmarknadsnämnden, dnr 18KS58-5
- Yttrande tillhörande 18KS58-5 Näringslivs- och arbetsmarknadsnämndes protokollsutdrag 2018-03-12, dnr 18KS58-8
- Yttrande från Gavlefastigheter gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-9
- Yttrande från Gävle Hamn AB angående medarbetarpolicy, dnr 18KS58-4
- Medarbetarpolicy remissversion, dnr 18KS58-2

§ 124: Förslag revidering av Personalpolicy Gävle kommunkoncern

Delges:

Kommunkoncernens nämnder och bolag.

Dnr 18KS58

Beslut

Kommunstyrelsen, enligt ordförandens förslag,
föreslår Kommunfullmäktige besluta att

anta förslaget till ny Medarbetarpolicy för Gävle kommunkoncern

Ärendebeskrivning

Medarbetarpolicyn är ett förslag på revidering av nuvarande Personalpolicy. Kommunledningskontorets HR-avdelning har haft uppdrag att ta fram förslag på uppdatering av gällande Personalpolicy. Avsikten är att uppdatera policyn, så den möter dagens och framtidens behov som arbetsgivare, samt bidrar till tydlighet i förutsättningar och förväntningar för arbetsgivararbetet. Medarbetarpolicyn utgör grund för koncernens arbete för att vara en attraktiv arbetsgivare.

För att stödja arbetet med att förverkliga Medarbetarpolicyns olika delar finns sedan tillhörande riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument; riktlinjer för arbetsmiljö och hälsa, likabehandlingsplan, rehabilitering, arbete mot riskbruk och skadligt bruk, rökfri arbetstid och chef- och ledarskap. Vidare förtydligar plattformen för arbetsgivarvarumärket arbetet, likaså vår värdegrund och vision 2025, samt samverkansavtalet för Gävle kommun (FAS). Riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument kan komma att förändras, kompletteras där så behov uppstår. Policyn i sin tur paketeras och kommuniceras efter beslut, på sätt som visar hela koncernen och som gör den lättillgänglig.

Inlägg i ärendet:

Mona Kolarby (S), Hans Wahlström (S), Åsa Wiklund Lång (S)

Beslutsunderlag

- Förslag Medarbetarpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 336267
- Tjänsteskrivelse - Förslag revidering Personalpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-15
- Remiss till Kultur- och fritidsnämnden - (Medarbetarpolicy) Personalpolicy Gävle Kommunkoncern, dnr 18KS58-14

- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag samt handling 2018-03-27 gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-13
- Samhällsbyggnadsnämnden - Yttrande med protokollsutdrag 2018-03-28 gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-12
- Yttrande från Gavlegårdarna gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-11
- Yttrande från Gävle Energi gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-10
- Socialnämnden - Protokollsutdrag och yttrande 2018-03-21 - Medarbetarpolicy för Gävle kommun, dnr 18KS58-6
- Utbildningsnämnden - Protokollsutdrag och yttrande 2018-03-14 - Medarbetarpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-7
- Yttrande - Protokollsutdrag 2018-03-12 § 18 från Näringsliv- och arbetsmarknadsnämnden, dnr 18KS58-5
- Yttrande från Gavlefastigheter gällande medarbetarpolicy, dnr 18KS58-9
- Yttrande tillhörande 18KS58-5 Näringslivs- och arbetsmarknadsnämndes protokollsutdrag 2018-03-12, dnr 18KS58-8
- Yttrande från Gävle Hamn AB angående medarbetarpolicy, dnr 18KS58-4
- E-post till Remiss Medarbetarpolicy, dnr 18KS58-3
- Medarbetarpolicy remissversion, dnr 18KS58-2
- Remiss Medarbetarpolicy Gävle kommunkoncern, dnr 18KS58-1

Datum 2018-05-24
Dnr 18KS58-15

Kommunstyrelsen

Tjänsteskrivelse - förslag revidering av Personalpolicy Gävle kommunkoncern

Förslag till beslut

Kommunstyrelsen beslutar att

anta förslaget till ny Medarbetarpolicy för Gävle kommunkoncern

Ärendet i korthet

Medarbetarpolicyn är ett förslag på revidering av nuvarande Personalpolicy. Kommunledningskontorets HR-avdelning har haft uppdrag att ta fram förslag på uppdatering av gällande Personalpolicy. Avsikten är att uppdatera policyn, så den möter dagens och framtidens behov som arbetsgivare, samt bidrar till tydlighet i förutsättningar och förväntningar för arbetsgivararbetet. Medarbetarpolicyn utgör grund för koncernens arbete för att vara en attraktiv arbetsgivare.

För att stödja arbetet med att förverkliga Medarbetarpolicyns olika delar finns sedan tillhörande riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument; riktlinjer för arbetsmiljö och hälsa, likabehandlingsplan, rehabilitering, arbete mot riskbruk och skadligt bruk, rökfri arbetstid och chef- och ledarskap. Vidare förtydligar plattformen för arbetsgivarvarumärket arbetet, likaså vår värdegrund och vision 2025, samt samverkansavtalet för Gävle kommun (FAS). Riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument kan komma att förändras, kompletteras där så behov uppstår. Policyn i sin tur paketeras och kommuniceras efter beslut, på sätt som visar hela koncernen och som gör den lättillgänglig.

Beslutsunderlag

Förslaget är mer sammanfattad och koncentrerad beskrivning av arbetsgivarens erbjudande och viljeriktning, jämfört med nuvarande Personalpolicy. Detta för att göra den mer tillgänglig och överskådlig.

Förslag att ändra benämning från personal- till medarbetarpolicy, då medarbetare speglar det begrepp som idag används. Två nya områden har lagts till i policyn; kompetens och inkludering, jämställdhet och likabehandling. Detta då kompetens utvecklats till ett centralt område för arbetsgivaren, nu och i framtiden, och värde att lyfta fram och förtydliga området om inkludering, jämställdhet och likabehandling.

Förslaget har utarbetats genom ett processorienterat arbetssätt tillsammans med en förvaltnings- och bolagsövergripande arbetsgrupp, HR-chefsnätverksgruppen. Remissvar från förvaltningar och bolag, samt förslag på ny Medarbetarpolicy.

Kommunstyrelsen

Beslutet ska skickas till
Kommunkoncernens nämnder och bolag.

Maria Rosén
HR-direktör

2018-10-08

Så gör vi Gävle

Gävle kommunkoncerns medarbetarpolicy

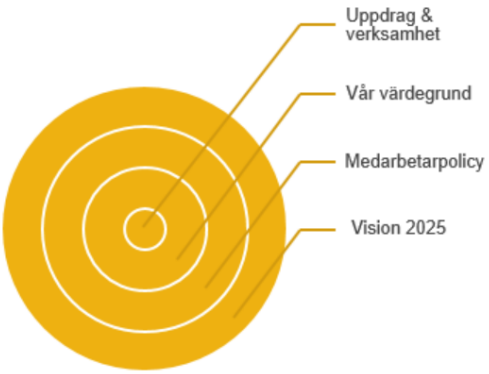
Om medarbetarpolicyn

Medarbetarpolicyn syftar till att stödja ett hållbart arbetsliv och ge alla medarbetare goda förutsättningar att hålla en hög kvalitet i arbetet. Den ska också bidra till att skapa tillhörighet, samsyn och sammanhållning i kommunkoncernen. Oavsett vilken av alla våra olika arbetsplatser du arbetar på, vill vi att du känner stolthet och engagemang för det viktiga arbete du gör.

Ambitionen med medarbetarpolicyn är att vara tydlig med vad du erbjuds och vad som förväntas av dig som arbetar i Gävle kommunkoncern. Håll den levande på din arbetsplats genom att föra dialog om vad den innebär. Medarbetarpolicyn blir verklighet när alla tar ett gemensamt ansvar för att gå från ord till handling. Tillhörande riktlinjer och handlingsplaner ger vägledning till hur medarbetarpolicyn förverkligas rent praktiskt. Lagar och avtal reglerar också anställningsförhållanden, anställningsvillkor, arbetsmiljö och jämställdhetsfrågor.

Du gör framgångsrik verksamhet

Oavsett var i kommunkoncernen du jobbar, arbetar du för gävlebor i livets alla skeenden. Du har stor betydelse för att skapa en framgångsrik verksamhet. Tillsammans med Vision 2025 och Vår värdegrund beskriver medarbetarpolicyn vilka förutsättningar som krävs för att lyckas klara uppdraget på bästa sätt – *så gör vi Gävle*.



Uppdraget – vi arbetar för invånarnas gemensamma intressen i ett hållbart samhälle

Våra verksamheter är olika, men gemensamt är att vi alla arbetar på uppdrag av politikerna, för invånarnas intressen, med att få vårt samhälle att fungera och utvecklas.

Vår värdegrund – vad vi måste vara bra på för att lyckas med uppdraget

Kvalitet, bemötande och *samarbete* är de viktigaste framgångsfaktorerna för att lösa *uppdraget* på bästa sätt. För att göra rätt saker och agera klokt i vår vardag är det viktigt att vi utgår från de gemensamt uttalade värderingarna.

Medarbetarpolicyn – så gör vi Gävle

Denna policy vänder sig till alla medarbetare i Gävle kommunkoncern; förvaltningar och helägda bolag. Policyn omfattar förutsättningar och förhållningssätt inom följande områden:

- Medarbetarskap inklusive chef- och ledarskap
- Arbetsmiljö
- Inkludering, jämställdhet och likabehandling
- Kompetens
- Lön

För att stödja arbetet med att förverkliga Medarbetarpolicyns olika delar finns tillhörandel riktlinjer, handlingsplaner och andra stöddokument.

Vision 2025 – bilden av Gävle i framtiden

Vi har ett gemensamt, långsiktigt mål med våra olika uppdrag – Vision 2025. Den beskriver ett Gävle där vi känner gemenskap och öppenhet för varandra, där vi känner oss trygga och vågar tänka nytt och där vi tar vara på allas olika erfarenheter och kompetenser.

Medarbetarskap

Vi erbjuder dig ett medarbetarskap där du får ta ansvar, kan utvecklas, får förtroende och är medskapande. Förutsättningarna för det är ett tydligt uppdrag, delaktighet, meningsfulla arbetsuppgifter, kompetensutveckling, inspiration och stöd. Medarbetarskapet gäller *alla* som arbetar i koncernen, inklusive chefer och ledare.

Chefer och ledare har ett utökat ansvar för verksamheternas måluppfyllelse samt stor påverkan på andras tänkande, attityder och beteenden och har därför nyckelroller i organisationen.

Chef- och ledarskap

Vi erbjuder dig möjligheten att också gå in i rollen som chef och ledare. Du som väljer att anta ett chef- och ledaruppdrag erbjuds goda förutsättningar såsom kompetensutveckling, inspiration och stöd.

Arbetsmiljö

Vi erbjuder dig en sund, säker och utvecklande arbetsmiljö för ett hållbart arbetsliv. Vi utgår från alla människors lika värde, i ett öppet arbetsklimat med respekt och välvilja för varje medarbetare. Vi tar tillvara det friska för att stärka hälsan samt förebygga ohälsa.

Inkludering, jämställdhet och likabehandling

Vi erbjuder dig en inkluderande och jämställd arbetsplats, fri från trakasserier och kränkande särbehandling. Människors olika perspektiv och erfarenheter främjar utveckling, kreativitet och ett gott arbetsklimat. Området inkludering, jämställdhet och likabehandling är integrerat i policyns övriga områden.

Kompetens

Vi erbjuder dig en utvecklande och lärande kultur med goda möjligheter till nya utvecklingsvägar och uppdrag inom koncernen. För att agera i en snabbt föränderlig värld och klara Gävles tillväxt, behövs nya arbetssätt, nya mötesarenor och rätt kompetenser för uppdraget. Vi samarbetar över gränserna både inom och utom kommunkoncernen, på ett sätt som gynnar det gemensamma uppdraget samt utveckling och lärande.

Lön

Vi erbjuder dig jämställd och individuell lönesättning, vilket ska stimulera utveckling av verksamhet och säkra koncernens

kompetensförsörjning. Lönen speglar förhållandet mellan arbetsuppgifter och arbetsprestationer. Koncerngemensamma individuella lönekriterier:

• Arbetsresultat/måluppfyllelse
• Bidrag till verksamhetsförbättringar
• Yrkesskicklighet/duglighet

Förväntningar på dig som medarbetare

• du bidrar aktivt till en god arbetsmiljö – du är någons arbetsmiljö och respekterar alla människors erfarenheter och lika värde
• du gör dig själv delaktig och agerar professionellt
• du har förståelse för innebörden av politisk styrning och följer fattade beslut
• du tar ansvar för ditt arbete samt din egen och verksamhetens måluppfyllelse, utveckling och lärande
• du ger och söker återkoppling

Förväntningar på dig som chef & ledare

• du är en god förebild som visar mod och vågar agera när det behövs - som chef är du tillika ledare
• du skapar en stödjande, tillitsfull kultur utifrån Vår värdegrund och det är en självklarhet att arbetet är förankrat i styrdokument, lagar och avtal
• du omsätter politiska mål till verksamhetsmål och effektiv verksamhet
• du ansvarar för ditt eget och den egna organisationens arbete och sätter tillsammans med medarbetarna mål för, följer upp och utvärderar verksamheten
• du ansvarar för ett systematiskt, inkluderande arbetsmiljöarbete och förebygger trakasserier och diskriminering

• du ansvarar för att utveckla verksamheten vad gäller medarbetare, resurser och resultat
• du har insikt i kompetensförsörjningen, även i ett större perspektiv, och ger medarbetarna möjlighet till lärande och kompetensutveckling i olika former, särskilt genom att uppmuntra medarbetare att välja ett framtida chefskap
• du har en helhetssyn på koncernen och skapar därigenom en acceptans av uppdrag, vision, mål och prioriteringar utifrån politiskt fattade beslut och i samverkan med fackliga organisationer

§ 8: Revidering av vissa avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamhet

Delges:

Kommunfullmäktiges beslut ska publiceras i samlingen av styrande dokument på gavle.se samt skickas till Omvårdnadsnämnden.

Dnr 18KS273

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Kommunstyrelsens förslag

att återinföra en dygnsavgift avseende omvårdnadsavgift på tillfällig vistelse motsvarande en trettiondedel av fastställd maxtaxa.

att införa en avgift avseende desserter som kan beställas som tillval till matdistribution á 14 kr per portion.

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige beslutade 2017-12-11 § 11 om reviderade avgifter inom Omvårdnadsnämndens verksamhet. Efter revideringen har nämnden konstaterat att avgiften i vissa fall framstod som oskälig. Nämnden föreslår därför en revidering av taxan avseende avgift vid tillfällig vistelse samt ett tillägg i taxan som rör desserter som kan väljas som tillval till matdistribution. Underlag och motiv framgår av underlagen från omvårdnadsnämnden.

Inlägg i ärendet

Anders Jansson (M).

Yrkanden

Anders Jansson (M) yrkar bifall till Kommunstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- §151 KS Revidering av vissa avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamhet, dnr 18KS273-4
- Tjänsteskrivelse 2018-06-28 - Revidering av vissa avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamhet, dnr 18KS273-3
- Missiv till Protokollsutdrag Omvårdnadsnämnden 2018-05-30, dnr 18KS273-2
- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag 2018-05-30 Översyn av avgifter inom Omvårdnad, dnr 18KS273-1

Justerare			Uppdragsbestyrkande

Justerare			Uppdragsbestyrkande

§ 151: Revidering av vissa avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamhet

Delges:

Kommunfullmäktiges beslut ska publiceras i samlingen av styrande dokument på gavle.se samt skickas till Omvårdnadsnämnden.

Dnr 18KS273

Beslut

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige besluta

att återinföra en dygnsavgift avseende omvårdnadsavgift på tillfällig vistelse motsvarande en trettiondedel av fastställd maxtaxa.

att införa en avgift avseende desserter som kan beställas som tillval till matdistribution á 14 kr per portion.

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige beslutade 2017-12-11 § 11 om reviderade avgifter inom Omvårdnadsnämndens verksamhet. Efter revideringen har nämnden konstaterat att avgiften i vissa fall framstod som oskälig. Nämnden föreslår därför en revidering av taxan avseende avgift vid tillfällig vistelse samt ett tillägg i taxan som rör desserter som kan väljas som tillval till matdistribution. Underlag och motiv framgår av underlagen från omvårdnadsnämnden.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 2018-06-28 - Revidering av vissa avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamhet, dnr 18KS273-3
- Missiv till Protokollsutdrag Omvårdnadsnämnden 2018-05-30, dnr 18KS273-2
- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag 2018-05-30 Översyn av avgifter inom Omvårdnad, dnr 18KS273-1

Justerare			Uppdragsbestyrkande

Datum 2018-06-28
Dnr 18KS273-3

Kommunstyrelsen

Tjänsteskrivelse - Revidering av vissa avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamhet

Förslag till beslut
Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige besluta

att återinföra en dygnsavgift avseende omvårdnadsavgift på tillfällig vistelse motsvarande en trettiondedel av fastställd maxtaxa.

att införa en avgift avseende desserter som kan beställas som tillval till matdistribution á 14 kr per portion.

Ärendet i korthet
Kommunfullmäktige beslutade 2017-12-11 § 11 om reviderade avgifter inom Omvårdnadsnämndens verksamhet. Efter revideringen har nämnden konstaterat att avgiften i vissa fall framstod som oskälig. Nämnden föreslår därför en revidering av taxan avseende avgift vid tillfällig vistelse samt ett tillägg i taxan som rör desserter som kan väljas som tillval till matdistribution. Underlag och motiv framgår av underlagen från omvårdnadsnämnden.

Beslutsunderlag
Protokollsutdrag samt handlingar från omvårdnadsnämnden

Beslutet ska skickas till
Kommunfullmäktiges beslut ska publiceras i samlingen av styrande dokument på gavle.se samt skickas till Omvårdnadsnämnden.

Petter Bergeå
Utredare Kommunledningskontoret

Gävle KOMMUN

Missiv

Handläggare
Katarina Stistrup

Omvårdnadsnämnden

Översyn av avgifter inom Omvårdnad Gävle

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden föreslår kommunstyrelsen föreslå kommunfullmäktige besluta:

Att återinföra en dygnsavgift avseende omvårdnadsavgift på tillfällig vistelse motsvarande maxtaxa/30, samt

Att införa en avgift avseende desserter som kan beställas som tillval till matdistribution á 14:-/portion.

Ärendebeskrivning

Justering avgift vid tillfällig vistelse

En revidering och översyn av Omvårdnad Gävles avgifter gjordes inför 2018. I denna revidering ändrades bland annat avgiften för tillfällig vistelse[1]. Vid tillfällig vistelse debiteras en dygnsavgift för mat och omvårdnad. Matkostnaden är densamma som i vård- och omsorgsboenden dividerat med 30. Omvårdnadsavgiften motsvarar maxtaxan. För den absoluta majoriteten av Omvårdnads kunder som är beviljad någon form av tillfällig vistelse innebär den justering som gjordes inför 2018 inget i praktiken då man är beviljad andra insatser och utifrån detta redan debiteras maxtaxa.

För ett fåtal kunder innebär justeringen dock en stor förändring. Det handlar om kunder som vårdas av make/maka och som inte har några andra insatser beviljade men där det finns behov av enstaka dygn på exempelvis avlösningsvistelse. För dessa kunder innebär justeringen att avgiften för ett dygn på avlösningsvistelse blir motsvarande maxtaxan[2] även om man bara är där ett

[1] Med tillfällig vistelse avses korttidsvistelse, växelvård och avlösningsvistelse.
[2] I dagsläget 1820:-/månad

dygn. Eftersom avlösningsvistelse, och andra former av tillfälliga vistelser, ofta syftar till att avlasta anhöriga, för att möjliggöra ett kvarboende i ordinärt boende, kan den avgiftsjustering som gjordes få negativa konsekvenser i form av att man inte väljer detta stöd utifrån att kostnaden kan upplevas som orimligt hög för något enstaka dygn i tillfällig vistelse. Omvårdnad Gävle föreslår därför en justering av avgiften avseende omvårdnaden i tillfällig vistelse motsvarande maxtaxa/30. Omvårdnad Gävle föreslår att avgiften för mat i tillfällig vistelse lämnas oförändrad.

En jämförelse har gjorts med jämförbara kommuner[3] och samtliga tillämpar den modell som Omvårdnad Gävle föreslår.

Avgift avseende desserter som kan väljas som tillval till matdistribution

Undernäring är idag ett problem bland äldre personer. Det genererar i ett lidande för den enskilde och kostnader för samhället på grund av ökat behov av vård och omsorg relaterat till fallolyckor, svårläkta sår och infektioner orsakat av dåligt näringstillstånd.

Äldre personer får ofta nedsatt aptit relaterat till naturligt åldrande, sjukdom, ensamhet och psykisk ohälsa. Äldre med dessa problem behöver äta flera gånger per dag för att inte riskera undernäring. Idag ger matlådan som ingår i matdistributionen 30 % av dagsbehovet av energi och näring. Många delar en matlåda på två tillfällen av olika anledningar. En dessert på maten kan då vara ett sätt att göra måltiden komplett.

Att till ett självkostnadspris erbjuda möjligheten att komplettera måltiden med dessert ökar chansen för våra äldre att få i sig det dom behöver, samtidigt som det sätter guldkant på dagen. Omvårdnad Gävle föreslår därför att införa en avgift avseende desserter kom kan beställas som tillval till matdistribution á 14:-/portion.

Ovanstående avgiftsförändringar föreslås gälla efter det att kommunfullmäktige behandlat frågan och beslutet vinner laga kraft.

Omvårdnad Gävle kommer att revidera tillämpningsanvisningen för avgifter i enlighet med kommunfullmäktiges beslut.

Lena Isokivelä
Tf. Förvaltningschef

[3] Norrköping, Uppsala, Västerås, Linköping, Jönköping, Södertälje och Karlstad.

Omvårdnad Gävle

§ 71: Översyn av avgifter inom Omvårdnad Gävle

Delges:
kommunstyrelsen@gavle.se
Katarina Stistrup, Lena Isokivelä

Dnr 18ON250

Beslut

Omvårdnadsnämnden föreslår kommunstyrelsen föreslå kommunfullmäktige besluta:

- Att återinföra en dygnsavgift avseende omvårdnadsavgift på tillfällig vistelse motsvarande maxtaxa/30, samt
- Att införa en avgift avseende desserter som kan beställas som tillval till matdistribution á 14:-/portion.

Ärendebeskrivning

Förslaget innebär en justering av avgiften avseende omvårdnaden i tillfällig vistelse motsvarande maxtaxa/30, samt att avgiften för mat i tillfällig vistelse lämnas oförändrad.

Förslaget innebär även att införa en avgift avseende desserter kom kan beställas som tillval till matdistribution á 14:-/portion.

Avgiftsförändringar föreslås gälla efter det att kommunfullmäktige behandlat frågan och beslutet vinner laga kraft.

Omvårdnad Gävle kommer att revidera tillämpningsanvisningen för avgifter i enlighet med kommunfullmäktiges beslut.

Beslutsunderlag

- Översyn av avgifter inom Omvårdnad Gävle, dnr 18ON250-1

§ 9: Revidering av resepolicy för Gävle kommun år 2017

Delges:

KLK Övergripande planering, samtliga nämnder och bolag.

Dnr 17KS289

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Kommunstyrelsens förslag

att anta revideringen av resepolicy

att godkänna årliga uppföljningen av resepolicy för 2017

Ärendebeskrivning

Miljöstrategiska programmet antogs av Kommunfullmäktige i juni 2013. Sedan september 2013 finns det en antagen resepolicy. En revidering av den resepolicyn presenteras i detta ärende tillsammans med den årliga uppföljningen av resepolicyn som presenteras för Kommunstyrelsen.

Revideringen innefattar nya inslag och tydligare skrivningar för att underlätta implementeringen och nyttjandet av resepolicyn.

Inlägg i ärendet

Margaretha Wedin (C) och Roger Persson (MP).

Yrkanden

Margaretha Wedin (C) och Roger Persson (MP) yrkar bifall till Kommunstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- §154 KS Revidering av resepolicy för Gävle kommun år 2017, dnr 17KS289-27
- Tjänsteskrivelse - Revidering Resepolicy 2018 och uppföljning 2017, dnr 17KS289-21
- Resepolicy Gävle kommunkoncern 2018-08-21, dnr 17KS289-26
- Uppföljning av resepolicyn för året 2017, dnr 17KS289-22
- Sammanställning - Skillnad mellan befintlig resepolicy och reviderad, dnr 17KS289-23
- §39 SBU Revidering av resepolicy för Gävle kommun år 2017, dnr 17KS289-24

Justerare			Uppdragsbestyrkande

§ 154: Revidering av resepolicy för Gävle kommun år 2017

Dnr 17KS289

Beslut

Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige enligt ordförandens förslag

att anta revideringen av resepolicy

att godkänna årliga uppföljningen av resepolicy för 2017

Ärendebeskrivning

Miljöstrategiska programmet antogs av Kommunfullmäktige i juni 2013. Sedan september 2013 finns det en antagen resepolicy. En revidering av den resepolicyn presenteras i detta ärende tillsammans med den årliga uppföljningen av resepolicyn som presenteras för Kommunstyrelsen.

Revideringen innefattar nya inslag och tydligare skrivningar för att underlätta implementeringen och nyttjandet av resepolicyn.

Inlägg i ärendet:

Gin Akgül Hajo (V)

Beslutsunderlag

- Resepolicy Gävle kommunkoncern 2018-08-21, dnr 17KS289-26
- §39 SBU Revidering av resepolicy för Gävle kommun år 2017, dnr 17KS289-24
- Sammanställning - Skillnad mellan befintlig resepolicy och reviderad, dnr 17KS289-23
- Uppföljning av resepolicyn för året 2017, dnr 17KS289-22

Justerare			Uppdragsbestyrkande

Gävle KOMMUN

Tjänsteskrivelse

Kommunstyrelsen

Revidering av resepolicy 2018 och uppföljning av 2017

Förslag till beslut

Samhällsbyggnadsutskottet förslår Kommunstyrelsen

att anta revideringen av resepolicy

att godkänna årliga uppföljningen av resepolicy för 2017.

Ärendebeskrivning

Miljöstrategiska programmet antogs av Kommunfullmäktige i juni 2013. Sedan september 2013 finns det en antagen resepolicy. En revidering av den resepolicyn presenteras i detta ärende tillsammans med den årliga uppföljningen av resepolicyn som presenteras för Kommunstyrelsen.

Revideringen innefattar nya inslag och tydligare skrivningar för att underlätta implementeringen och nyttjandet av resepolicyn.

Beslutsunderlag

17KS289 Resepolicy Gävle kommunkoncern

17KS289 Uppföljning av resepolicy 2017

Amanda Lööv
Miljcontroller
Övergripande planering, Kommunledningskontoret

Lars Wedlin
Planeringschef
Övergripande planering, Kommunledningskontoret

Dnr 17KS289

Gävle KOMMUN

Resepolicy för Gävle kommunkoncern

Innehåll

Omfattning....4
Syfte....4
Mål....4
Grundregler....5
Grundregler för resande i Gävle Kommunkoncern....5
Privatbil i tjänst....5
Resa med flyg....5
Ansvar....5
Chefer....5
Ansvar för bokning av resor vid möten och konferenser....5
Ansvar för tjänstebilar och drivmedel....6
Resor till och från arbetet....6
Parkering vid arbetsplatser....6
Implementering....6
Uppföljning....6
Bilagor....8
Bilaga 1 Riktlinjer för möten....8
Bilaga 2 Vägledning vid Tjänsteresor....9
Grundreglernas tre steg....9
Planering av regionala, nationella och internationella resor....9
Bilaga 3 – Minimikrav på bilar som används i tjänsten....11
Befintliga tjänstebilar, bilpoolsbilar/korttidshyrda och hyrbilar....11
Nya tjänstebilar, bilpoolsbilar/korttidshyrda och hyrbilar....11
Bilaga 4 – Riktlinjer för beslut om undantag för miljöbelastande resor....12
Beslut om undantag....12
Bilaga 5: Resesäkerhet....13

Begreppslista

Arbetsmaskiner – Traktorer, gräsklippare m.m.
Bilpoolsbil – Fordon som delas med andra för så kallad korttidsuthyrning (för del av dag eller en av flera dagar).
Förnybara drivmedel - Begreppet förnybara drivmedel inkluderar utöver biodrivmedel även förnybar el som används för transportändamål. Med biodrivmedel menas vätskeformiga eller gasformiga bränslen som framställts av biomassa och som används för transportändamål.
Hyrbil – Fordon som temporärt hyrs av externt upphandlat företag vid ex. skada på befintlig tjänstebil.
Personalbil – Finansieras av bruttolöneavdrag
Tjänstebil – Fordon som verksamheterna använder i tjänsten, personbilar samt lätta lastbilar. Med tjänstebil menas de fordon som ägs eller långtidshyrs av verksamheter och används för tjänsteutövande. Med tjänstebil menas även arbetsfordon som kan vara anpassade för specifika arbetsområden.
Transporter – Transporter som görs av eller på uppdrag av Gävle kommunkoncern

Omfattning

Denna policy och tillhörande styrdokument gäller alla resor och transporter som företas i tjänsten eller betalas av Gävle kommun, för alla anställda i förvaltningar och kommunala bolag. Förtroendevalda och personer med facklig tid omfattas av resepolicyn. Resepolicyn omfattar inte arbetsmaskiner. Förbunden omfattas inte av Gävle kommunkoncerns resepolicy eftersom de har flera kommuner att ta hänsyn till. Förbunden bör dock i den utsträckning som det är möjligt följa innehållet i Gävle kommuns resepolicy. Det ska inte vara någon skillnad på vilka krav som ställs på resande vid arbeten i egen regi och de som upphandlas. Resepolicyn ska därför även vara vägledande vid upphandling av entreprenör och tjänster som innebär resor och transporter. Detta syftar till att minska antalet resor och transporter samt att alla resor och transporter ska ske med förnybart drivmedel

Syfte

Policyn ska:

- Utgöra ett styrinstrument för ett mer kostnadseffektivt, miljöanpassat och säkert resande.
- Skapa förutsättningar för en trygg och säker arbetsmiljö vid tjänsteresor eller resor betalda av Gävle kommun.
- Minimera risken för att andra trafikanter ska komma till skada under våra resor.
- Vara ett föredöme för företag, intresseorganisationer samt medborgare.

Mål

Det övergripande målet är att resor som företas av anställda i Gävle kommunkoncern är miljöanpassade, kostnadseffektiva och trafiksäkra. Antal resor med bil ska minska till förmån för gång, cykel och kollektivt resande.

Mätbara mål för resepolicyn är:

- Resornas miljöbelastning ska minska
- Resekostnaderna per år ska minska
- Antal tillbud per år ska minska

Mål för inköp, hyra och leasing av fordon:

- 100 % av person- och lätta lastbilar som köps in, korttidshyrs eller leasas ska kunna drivas med förnybart drivmedel.

Mål för kommunkoncernens fordonsflotta år 2020:

- 100 % av person- och lätta lastbilar i kommunens fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med förnybart drivmedel.
- 100 % av drivmedelsförbrukningen ska år 2020 bestå av förnybart drivmedel.

Grundregler

Grundregler för resande i Gävle Kommunkoncern

Resor ska planeras och genomföras med ett förhållningssätt i följande steg:

1. Inga utsläpp	”Måste jag resa – kan mötet istället hållas per telefon, via webbmöte. Eller kan jag gå eller cykla till mötet”? Elcykel är ett bra alternativ, inte minst för den som cyklar lite längre sträckor.
2. Minimala utsläpp	”Om jag behöver resa och det inte går att gå eller cykla – går det att åka buss eller tåg?”
3. Resa med bil	Om jag behöver resa och alternativ 1 och 2 inte är möjliga – bilpoolsbil eller kommunkoncernens tjänstebilar. Samåkning och delning av bil ska alltid ske när så är möjligt.

Grundreglernas tre steg handlar om ett förhållningssätt vid planering av resor. Bil bör endast vara ett alternativ på sträckor över 4 km och till destinationer där det saknas kollektiva resmöjligheter. Valet av steg används i den mån det är möjligt utifrån verksamhetens art. I andra hand kan resor ske enligt undantag nedan.

Privatbil i tjänst

Privata bilar i tjänst används i undantagsfall. Kriterier för när privat bil i undantag får användas framgår av Bilaga 4. Inriktningen är att kommunkoncernen ska arbeta för att medarbetarna, om de måste använda bil, har tillgång till tjänstebilar. Så kallade personalbilar som somliga anställda har förmånen att finansiera via löneavdrag ska uppfylla miljökraven i bilaga 3.

Resa med flyg

Flygresor ska endast företas i undantagsfall.

Ansvar

Chefer

Varje chef har ansvar för att policyn efterlevs av medarbetarna, och innebär att chefen ska:

- Säkerställa att alla medarbetare känner till det de berörs av från innehållet i policyn med tillhörande styrdokument.
- Säkerställa att medarbetarna har kunskap om säkra och miljöanpassade resor så att de förstår syftet med policyn och handlar som goda föredömen.
- Arbeta strategiskt och övergripande med att minska körsträckan med bil i sin verksamhet och hantera avvikelser från grundreglerna i resepolicyn (se riktlinjer för beslut om undantag i bilaga 4).

Ansvar för bokning av resor vid möten och konferenser

Efter att medarbetaren tagit ställning till om resfritt möte är möjligt eller inte, kan beställning av tjänsteresa utföras i enlighet med resepolicyn. Alla beställningar av biljetter utanför

regional och lokal kollektivtrafik så som, buss, tunnelbana, tåg, flyg samt hotellrum görs hos den resebyrå kommunstyrelsen har antagit som leverantör. Resebyrån är förpliktigad att följa vår resepolicy.

Ansvar för tjänstebilar och drivmedel

De som har ansvar för den befintliga fordonsflottan samt inköp av nya fordon ska se till att resepolicyns mål tillgodoses. Kravet på förnybart drivmedel vid inköp, hyra och leasing av fordon gäller under förutsättning att sådana fordon som krävs för att bedriva verksamhet finns på marknaden. Under körning är det verksamheten och förarens ansvar att tanka fordonet med det primära drivmedlet.

Resor till och från arbetet

Kommunkoncernen verkar och uppmuntrar för att resor till och från arbetet sker på ett så trafiksäkert och miljövänligt sätt som möjligt, bl a genom att göra det lättare att välja hållbara färdmedel framför personbil.

Parkering vid arbetsplatser

Kommunkoncernen bör tillhandahålla väderskyddade cykelparkeringar vid alla arbetsplatser. Med arbetsplatser avses kommunägda och kommunalt hyrda fastigheter. Kommunkoncernen ska generellt vara restriktiv mot gratis bilparkeringsplatser. Riktlinjen är att samtliga bilparkeringsplatser vid kommunala arbetsplatser ska vara avgiftsreglerade i områden där kringliggande parkeringar har avgifter.

Implementering

Kommunstyrelsen ansvarar centralt för implementeringen av resepolicyn. Viktiga delar i implementeringen är:

- Information och förankring i ledningsgrupper.
- Skapa ett uppföljningssystem för medarbetarnas tjänsteresande.
- Göra det ”lätt att göra rätt”.
- Genomföra aktiviteter och kampanjer.

Uppföljning

Nämnderna och bolagsstyrelserna ansvarar för uppföljning av att verksamheterna agerar i enlighet med resepolicyn, samt ansvarar för att arbete genomförs med att ersätta resor med privat bil i tjänst enligt resepolicyns kritierier.

Kommunstyrelsen ska årligen centralt göra en uppföljning av målen i resepolicyn. I samband med uppföljningen av resepolicyn, genomförs uppföljning av undantag gällande privat bil i tjänst och utifrån det tas en handlingsplan fram för utfasning av privat fossildriven bil i tjänst.

Motivet till årlig uppföljning är att det möjliggör en ständig förbättring av verktyg, tillgänglighet till resfria möten, företagskort, cyklar, bilpoolsbilar m.m. och anpassning till förändrade behov i verksamheterna. Uppföljning med kortare tidsintervall möjliggör att åtgärder kan vidtas i rätt tid.

En utvärdering av hur resepolicyn efterlevs ska göras minst en gång per mandatperiod. I samband med utvärderingen görs eventuella revideringar av policyn. Ambitionen är att uppnå en ständig förbättring vad gäller styrning mot minskat resande, bättre trafiksäkerhet och bättre miljöanpassning av kommunkoncernens tjänsteresor.

Bilagor

Bilaga 1 Vägledning vid tjänsteresor

Denna vägledning syftar till att ge vägledning till tjänsteresande i Gävle kommun så att resorna sker i enlighet med resepolicyns tre steg.

Grundreglernas tre steg

Grundreglernas tre steg handlar om ett förhållningssätt vid planering av resor. Val av steg sker baserat på vad som är möjligt utifrån verksamhetens art.

Grundregel 1: Inga utsläpp

Inga utsläpp innebär att mötet sker genom webb- video- eller telefonmöte eller att man går eller cyklar till mötet. Grundregel 1 ska alltid övervägas innan övriga alternativ väljs. Vid tjänsteresa upp till 4 km bör cykel eller gång i första hand väljas.

Resa med cykel

Cykelhjälm bör användas vid tjänsteresor med cykel och ska alltid erbjudas när cykel bokas/hämtas. Användning av cykelhjälm minskar risken för allvarliga skador vid cykelolyckor och är därför motiverad utifrån arbetsmiljölagens krav på arbetsgivaren "att vidta alla åtgärder som behövs för att minska risken för ohälsa och olycksfall".

Grundregel 2: Minimala utsläpp

Med minimala utsläpp menas att tjänsteresan görs med hållbara färdmedel som tåg eller buss. Vid lokala och regionala resor med buss eller tåg ska kommunkoncernens företagskort användas. Vid nationella och internationella resor ska buss eller tåg användas i första hand. Anslutningsresor ska normalt ske med kollektiva förbindelser istället för taxi från huvudresan till slutdestination.

Grundregel 3: Resa med bil

Varje verksamhet ska sträva efter att minska antalet körda km med bil. Oavsett om tjänstebil används dagligen eller mer sällan är det viktigt att undvika onödig miljöpåverkan. Planera och ruttoptimera resan, håll hastigheten, tänk på trafiksäkerheten och tanka drivmedel med så låg andel fossila inslag som möjligt.

Körsättet har stor påverkan på bränsleförbrukning och avgasutsläpp. Med ett sparsamt körsätt kan både pengar och miljö sparas utan att tidsförluster uppstår. Medarbetare som använder bil i tjänst regelbundet bör vara utbildade i sparsamt körsätt.

Vid tjänsteresor som innebär stort slitage på bilarna t ex transport av material och utrustning för arbetets genomförande, används tjänstebilar som är specifikt avsedda för sådana användningsområden.

Planering av regionala, nationella och internationella resor

- Alla beställningar av biljetter, hotellrum, buss, tunnelbana, tåg m.m. görs hos den resebyrå kommunstyrelsen har antagit som leverantör. Bästa val av färdmedel föreslås av resebyrån utifrån resepolicyn. Resebyrån ska även utreda tåg som resealternativ för internationella resor där detta är rimligt.

- Avgörande för hur resan genomförs är den totala kostnaden, trafiksäkerhet och miljö. Vid beräkning av kostnaderna ska hänsyn tas till alla delar: transport, logi, traktamente, tjänstresetillägg, arbetstid och restid.
- Varje ansvarig chef beslutar om resan ska göras. Varje chef ska säkerställa att kostnaderna för resor står i proportion till nyttan samt att arbetsmiljö-, trafiksäkerhets- och miljökrav efterlevs. Alternativ som webb-, video- och telefonmöte ska alltid övervägas innan beslut fattas.
- Bokningar, ändringar eller avbokningar ska ske så snart som möjligt.

Bilaga 2 Riktlinjer vid mötet

Dessa riktlinjer syftar till att ge förutsättningar för ett ökat användande av resfria möten inom Gävle kommun. Med resfria möten avses webbmöten, videokonferens och telefonmöten. Vid resfria möten ska kommunkoncernen tillhandahålla de verktyg som behövs för mötet.

Genom att använda resfria möten kan bättre effektivitet uppnås och stora besparingar göras i tid, pengar och miljö. Ansvaret för val av mötesform ligger i första hand hos den som kallar till ett möte. Varje mötesdeltagare har dessutom ansvar för att själv föreslå en mötesform som är mest effektiv för tillfället.

Vid planering av möten ska man alltid överväga om mötet kan ske resfritt. Önskemål från en enskild deltagare om att få delta via telefon eller webb bör tillmötesgås.

Exempel på mötestillfällen där man särskilt ska överväga resfritt möte:

- Uppföljningsmöten
- Avstämningar
- Diskussioner kring dokument

<u>Fysiska möten</u>
Bokning av fysiskt möte sker efter övervägande om resfritt möte är möjligt.

Faktorer att ta med i övervägandet är åtgång av arbetstid, mötets karaktär, påverkan på fritid, reskostnader, kostnader för informations- och kommunikationstjänster samt miljöpåverkan.

Vid bokning av fysiskt möte gäller följande:

- Fysiska möten ska i första hand förläggas till en plats som genererar minsta möjliga resande. Att minimera deltagarnas sammantagna resande bör beaktas och deltagarna ska också kunna ta sig till mötet på ett säkert och miljövänligt sätt.
- I andra hand ska de konferensanläggningar som kommunen har avtal med som har goda kollektivtrafikmöjligheter användas.
- För planering av tjänsteresor i samband med fysiska möten gäller kommunens resepolicy, riktlinjer och avtal. Den som kallar till ett möte är ansvarig för att mötet hålls på en tid och plats som gör det möjligt att resa enligt policyn.

Bilaga 3 – Minimikrav på bilar som används i tjänsten

Minimikraven gäller alla fordon som används i tjänsten i storleksklasserna personbilar och lätta lastbilar. Kraven för tjänstebilar, poolbilar och långtidsinhyrda bilar är också vägledande vid upphandling av entreprenör och tjänster som innebär resor och transporter. Kraven är också vägledande för lastbilar som används i tjänst i den mån sådana fordon finns på marknaden.

Befintliga tjänstebilar, bilpoolsbilar/korttidshyrda och hyrbilar

Samtliga fordon ska vara utrustande med:

- Alkolås, alternativt nyckelskåp med alkolås
- System för anpassning och analys av hastighet med syfte att förändra körbeteende.

Nya tjänstebilar, bilpoolsbilar/korttidshyrda och hyrbilar

Kraven gäller direkt vid resepolicyns antagande.

Fossilfria drivmedel

För tjänstebilar, bilpoolsbilar och hyrbilar gäller att de i huvudsak ska kunna drivas med fossilfria drivmedel, t ex biogas eller el. Med i huvudsak menas att dessa fordon ska drivas med fossilfria drivmedel men de kan vara utrustade med en tank för bensin eller diesel för nyttjas vid start eller som reserv i situationer som kräver det.

Utrustning och säkerhet

Tjänstebilar, bilpoolsbilar och hyrbilar ska uppfylla minst fem stjärnor vid provning enligt Euro NCAP (European New Car Assessment Programme), transportbilar minst 3 stjärnor. Dessutom gäller att samtliga fordon ska vara utrustade med-alkolås samt ett system för anpassning och analys av hastighet med syfte att förändra körbeteende.

Bilaga 4 – Riktlinjer för beslut om undantag för miljöbelastande resor

Beslut om undantag

Avvikelser från resepolicyns grundregler ska beslutas på individnivå, för varje enskilt resetillfälle eller för likartade upprepade förhållanden, av och i samråd med ansvarig chef skriftligen och orsak till avvikelse ska framgå.

De undantagstillfällen som avses är:

- När bil används där kollektivtrafik, gång eller cykel är möjligt
- När privatbil i tjänst används istället för kommunkoncernens tjänstebilar
- När flyg används då tåg eller buss utgör ett realistiskt alternativ

Nedanstående kriterier är motiv för undantag ska beviljas:

- Arbetsmiljön under resan till följd av verksamhetens art,
- kostnadseffektivitet till exempel tidsåtgång, eller
- personliga skäl såsom funktionshinder, ansvar och åtaganden för andra människor osv.

För att flygresor ska kunna beviljas som undantag gäller att huvudresan bör vara längre än 50 mil och dessutom ge betydande tidsvinster för att flyg ska användas.

Bilaga 5: Resesäkerhet

- Ange ICE-kontakter (In Case of Emergency) i din tjänstetelefon, detta är en åtgärd som kan underlätta vid en händelse.

- Skriv även ner telefonnummer till anhöriga, samt till arbetsgivaren och avtalat försäkringsbolag (för information ta kontakt med Säkerhetsenheten) på papper om du skulle förlora din telefon.

- Innan resan påbörjas bör viss omvärldsbevakning göras, t.ex. väder, väglag och säkerhetsläget. Se även till att du har rätt utrustning för din planerade resa.

- Undvik miljöer och situationer som kan upplevas som riskfyllda exempelvis att vistas ensam i okända områden/platser sent på dygnet.

- Vid lokala resor välj enbart etablerade taxibolag och liknande.

- Kontrollera närmaste nödutrymningsvägar på boendet där du skall visats över natten, exempelvis hotell. Använd säkerhetsskåp där det finns tillgängligt.

- Resor bör arrangeras så att hela (eller stora delar av) verksamhetsledningar (förvaltningsledning/bolagsledning) inte åker med samma fordon/avgång

- Vid utlandsresa, ha en papperskopia på passet samt fotografi med dig, om du skulle behöva ansöka om nytt pass vid en svensk beskickning i det aktuella landet. Du kan även alltid vända dig till ett annat nordiskt lands eller EU-lands ambassad eller konsulat för hjälp. Medför också ett Traveler Safety card. Gävle kommuns Tjänstereseförsäkring är giltig i hela världen i 180 dagar. Försäkringen gäller inte för de länder som Utrikesdepartementet avråder från att resa till.

Uppföljning Resepolicy 2017

Beslutades i Kommunfullmäktige 30 September 2013

Innehåll

1. Resepolicyn uppföljning ... 3
2. Mål i resepolicyn ... 3
3. Metod för uppföljning av resepolicy ... 3
4. Uppföljning av målen ... 4
4.1 Resornas miljöbelastning ska minska ... 4
4.1.1 CO_2 från tjänste- och privatbilar ... 4
4.1.2 Körda kilometer tjänstefordon och privatbil ... 5
4.1.4 Kilometer körda med privatbil i tjänst ... 6
4.1.5 Kilometer med flyg ... 6
4.1.6 Kilometer med tåg ... 7
4.1.7 Resor med företagskort X-trafik ... 8
4.2 Resekostnaderna per år ska minska ... 8
4.2.1 Kostnader tjänsteresor ... 8
4.3 100 % av de personbilar och de lätta lastbilar som köps in ska kunna drivas med förnybart drivmedel ... 9
4.3.1 Inköp av nya personbilar och lätta lastbilar ... 9
4.3.2 Andel fordon som kan drivas med i huvudsak förnybart drivmedel ... 9
4.4 100 % av personbilarna och de lätta lastbilar i kommunens fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med förnybart drivmedel ... 10
4.4.1 Andel drivmedel som i huvudsak innehåller förnybart bränsle ... 10
4.5 100 % av drivmedelsförbrukningen ska år 2020 bestå av förnybart drivmedel ... 10
4.5.1 Förnybar andel totalt i alla drivmedel ... 10
5. Sammanfattning av uppföljning av målen ... 11

1. Resepolicyn uppföljning

Resepolicyn mål ska årligen följas upp i kommunstyrelsen centralt enligt gällande resepolicy. Varje mandatperiod ska även en utvärdering ske av resepolicyn, eventuella revideringar beslutas i samband med utvärderingen.

2. Mål i resepolicyn

Det övergripande målet är att resor som företas av anställda i Gävle kommunkoncern är miljöanpassade, kostnadseffektiva och trafiksäkra. Mätbara mål för resepolicyn är att:

- Resornas miljöbelastning ska minska.[1]
- Resekostnaderna per år ska minska.[2]
- Antal tillbud per år ska minska.[3]

Mål för inköp, hyra och leasing av fordon:

- 100 % av de personbilar och de lätta lastbilar som leasas, köps in eller korttidshyrs ska kunna drivas med förnybart drivmedel[4].

Mål för kommunkoncernens fordonsflotta år 2020:

- 100 % av personbilarna och de lätta lastbilarna i kommunens fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med förnybart drivmedel.
- 100 % av drivmedelsförbrukningen ska år 2020 bestå av förnybart drivmedel.

3. Metod för uppföljning av resepolicy

För denna uppföljning har främst statistik från tidigare år använts. I vissa fall har det funnits statistik att hämta från tiden före miljöstrategiska programmets antagande och i andra fall efter. Källor för statistiken är från miljöbokslut, resvaneundersökningar och fordonsamordnarna som försett med fordonsstatistik.

[1] Målet följs upp genom miljöstrategiska programmets har genom delmål om kommunkoncernens resor och transporter.
[2] Målet följs upp med indikatorerna: Minskad total resekostnad per år och anställd.
[3] Målet följs upp med indikatorerna: Minskat antal tillbud per år.
[4] Förnybart drivmedel syftar på bränsle som framställts av förnybara råvaror som t.ex. biobränsle. Fossila bränslen består av ändliga resurser som t.ex. olja eller kol, de genererar koldioxidutsläpp och har därmed klimatpåverkan.

4. Uppföljning av målen

Mätbara mål för resepolicyn:

4.1 Resornas miljöbelastning ska minska

4.1.1 CO_2 från tjänste- och privatbilar

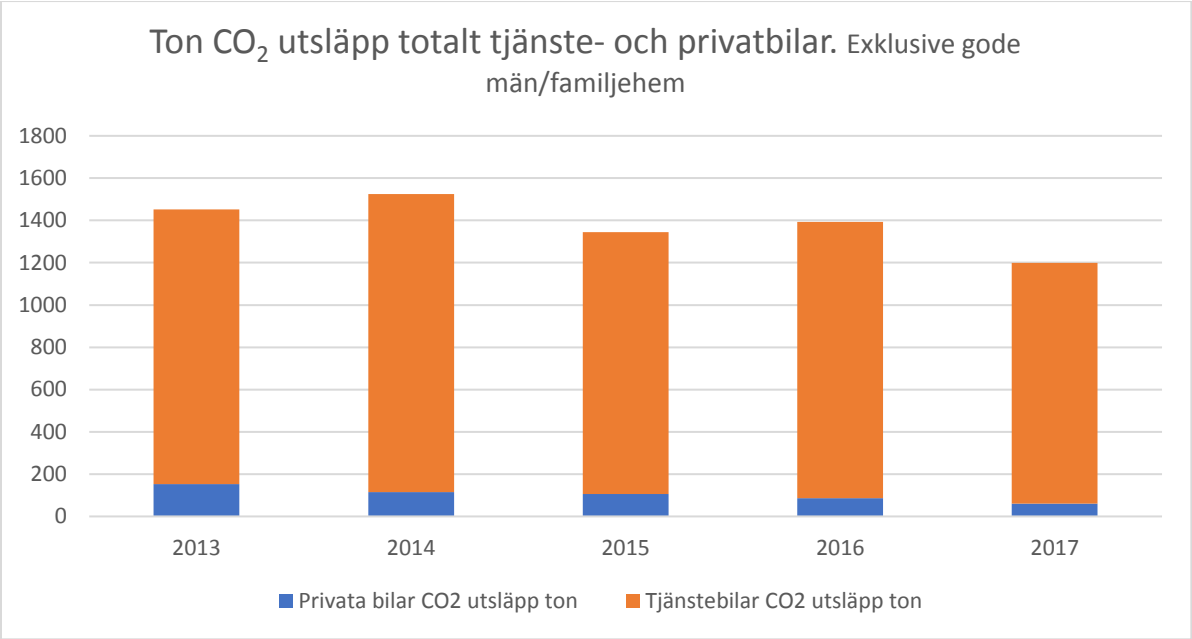


Diagram 1

Statistiken visar både upp- och nedgångar under perioden 2013-2017 beträffande ton CO_2 totalt. 2017 är dock det lägsta uppmätta värdet för totalen men även separat för tjänste- och privatbilar.

4.1.2 Körda kilometer tjänstefordon och privatbil

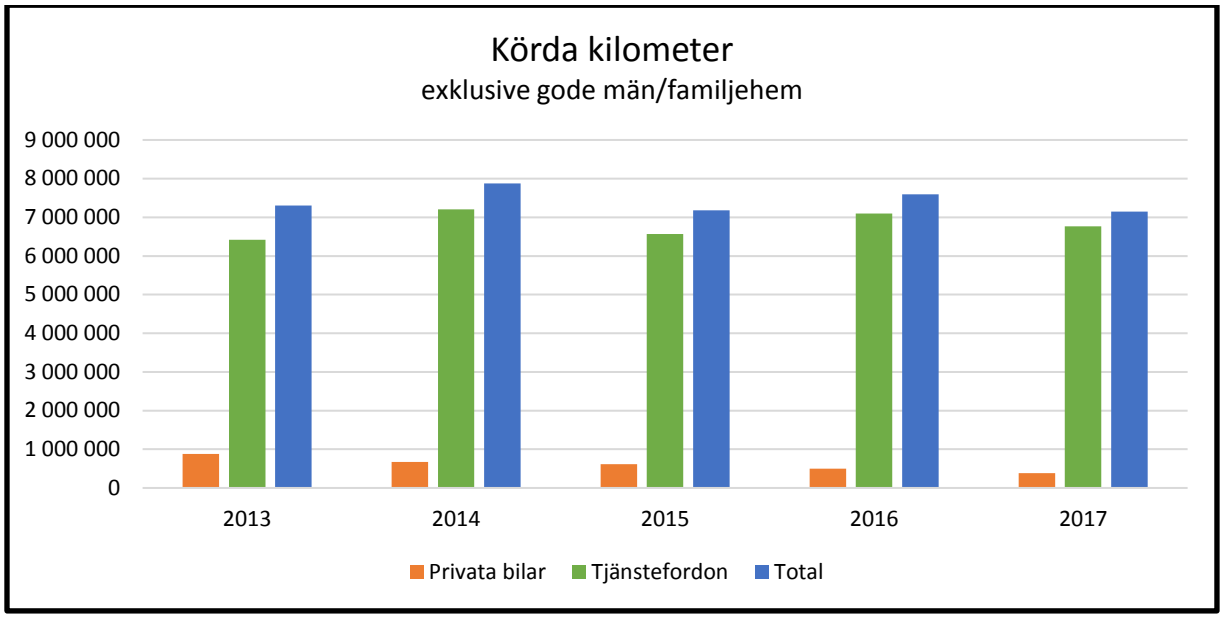


Diagram 2

De totala körda kilometrarna i kommunkoncernen har minskat något sen 2013. Från totalt 7 300 109 km år 2013 till 7 149 033 km år 2017. Det är främst privatbilskörningen i tjänst som minskat.

4.1.3 Körda kilometer fördelat på förvaltning/bolag/förbund

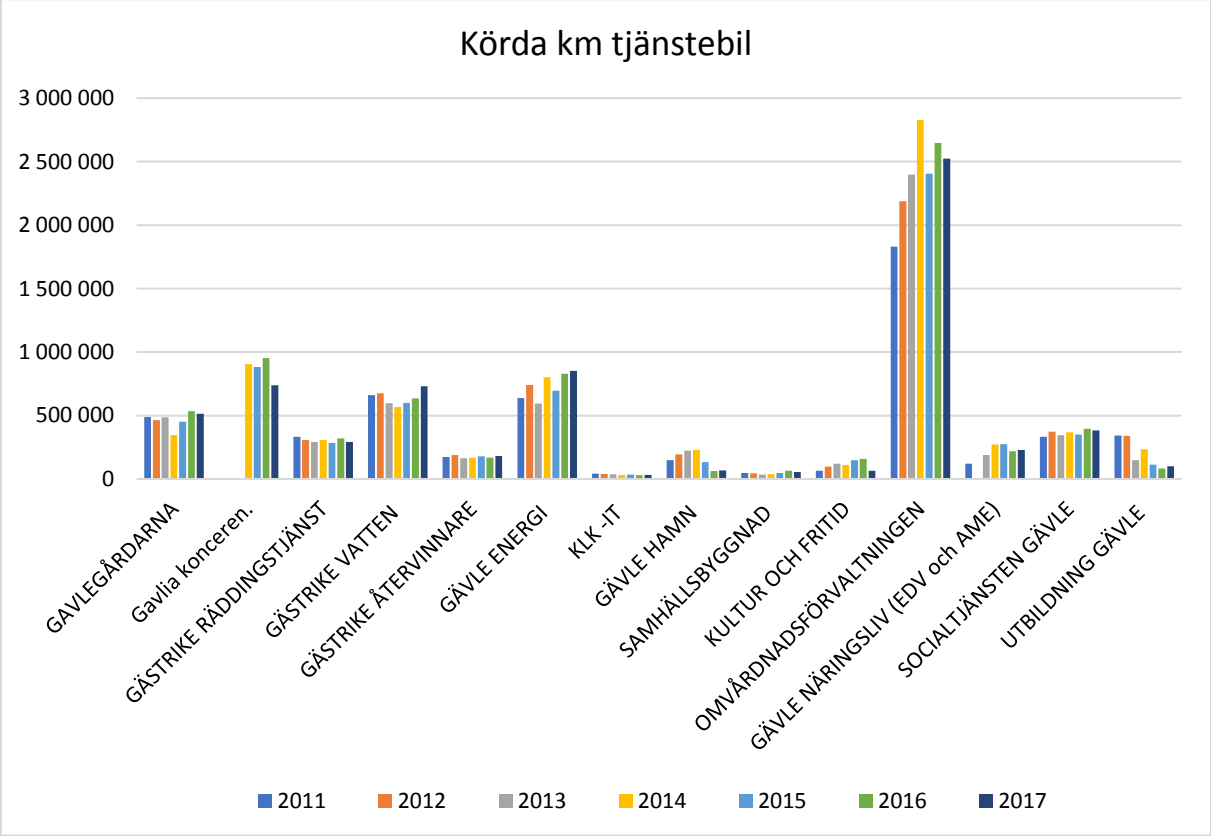


Diagram 3

Inget bolag eller förvaltning påvisar en konstant upp- eller nedåtgående trend i körda kilometer med tjänstefordon. Körda kilometer är kopplat till de uppdrag som ligger på respektive förvaltning och bolag. 2017 fanns totalt 627 fordon i kommunkoncernen.

4.1.4 Kilometer körda med privatbil i tjänst

Sifororna som presenteras för privatbilkörning är statistik för de inrapporterade kilometrarna där anställda fått utbetald privatbilsersättning. Ett mörkertal finns för privatbil i tjänsten.

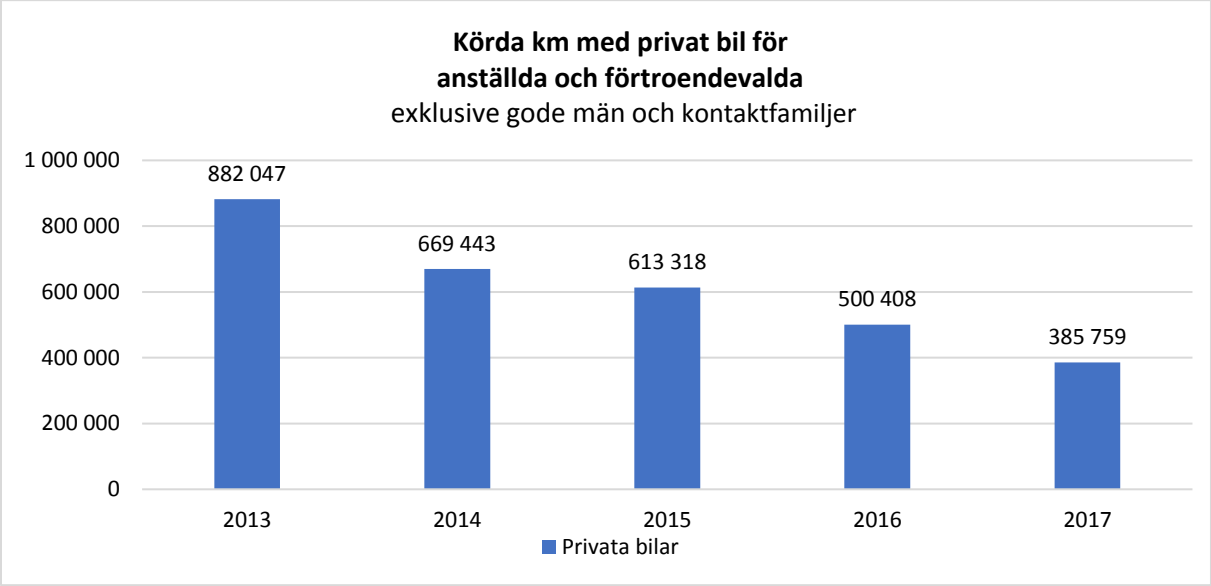


Diagram 4

Körda kilometer med privatbil för anställda och förtroendevalda har ständigt minskat vilket är i enlighet med målet i resepolicyn. 114 613 färre körda kilometer 2017 än föregående år.

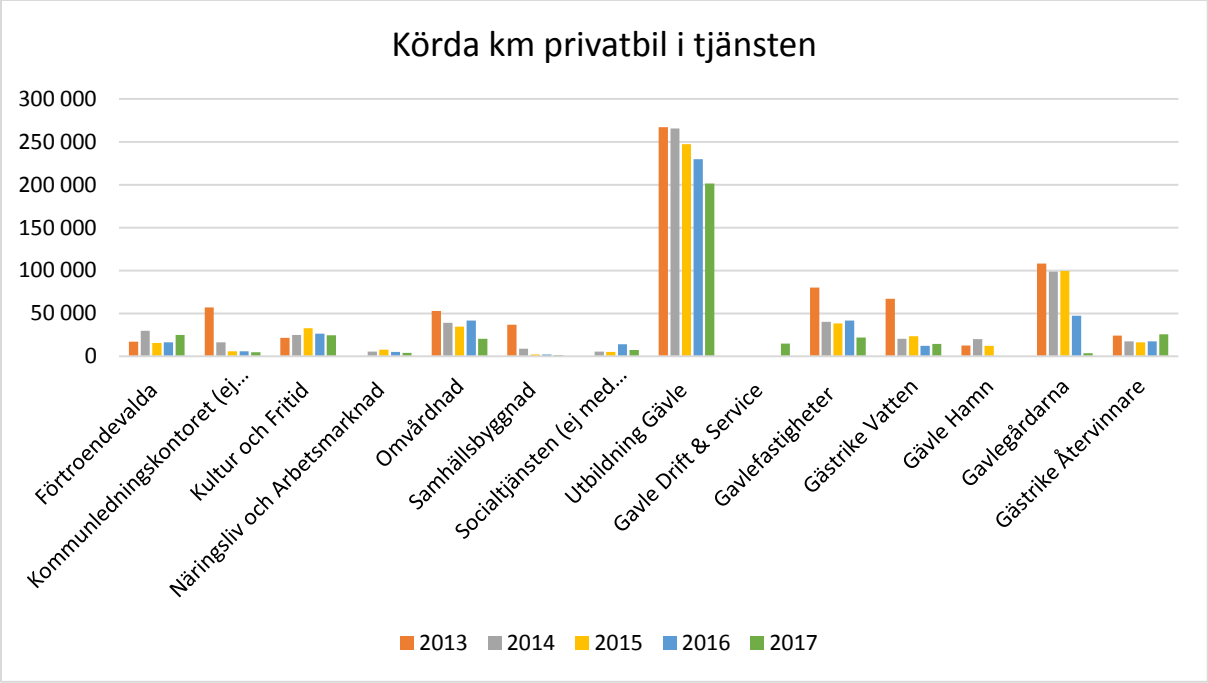
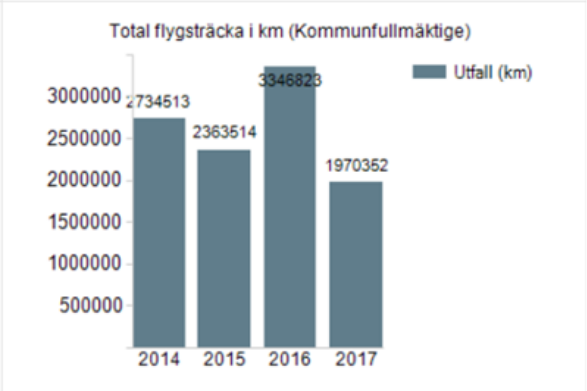


Diagram 5

Diagram 5 visar körda km med privat bil för anställda uppdelat per förvaltning, bolag och förbund, samt förtroendevalda i Gävle kommunkoncern. Exkluderat är resor med privat bil för gode män samt kontaktfamiljer då de inte regleras av resepolicyn.

4.1.5 Kilometer med flyg



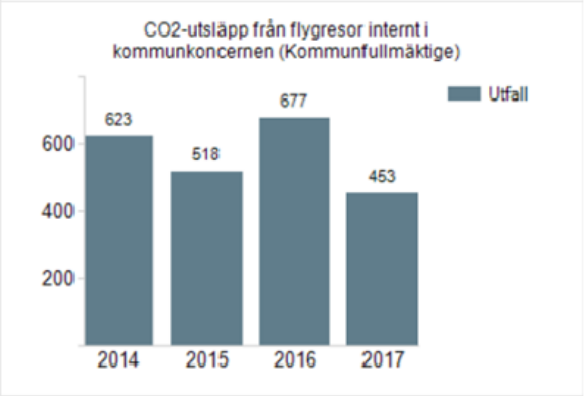


Diagram 6a

Diagram 6b

Totala flygsträckan i kilometer har minskat sedan första mätvärdet togs 2014. År 2016 påvisar den enda ökning i total flygsträcka i kilometer. Lägsta värdet är ifrån senaste mätningen 2017. Diagram 6b visar hur utsläppen av CO_2 följer samma trend.

4.1.6 Kilometer med tåg

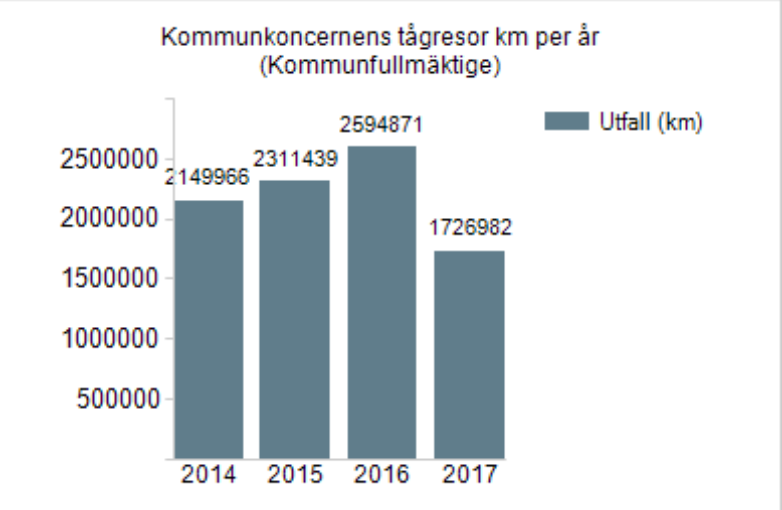


Diagram 7

Diagram 7 visar att tågresorna i kilometer ökar 2014-2016, varpå 2017 vänder trenden och kilometer resta är lägst mätta distansen hittills.

4.1.7 Resor med företagskort X-trafik

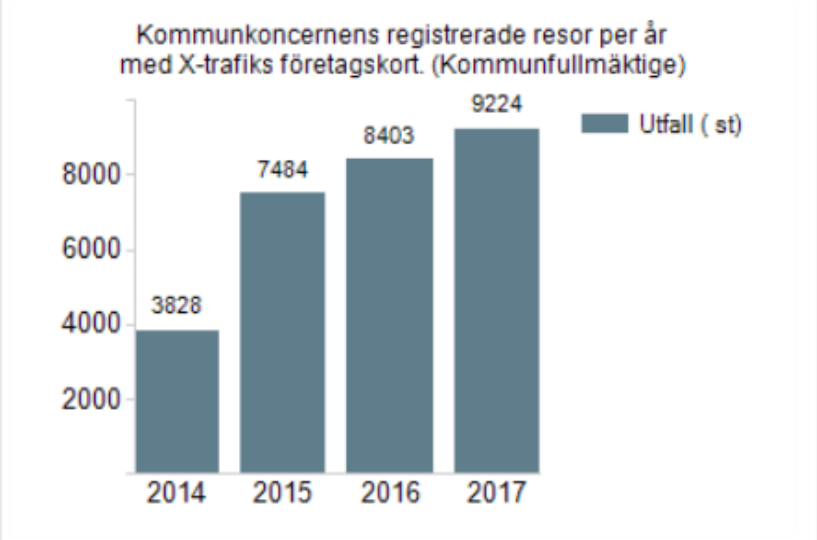
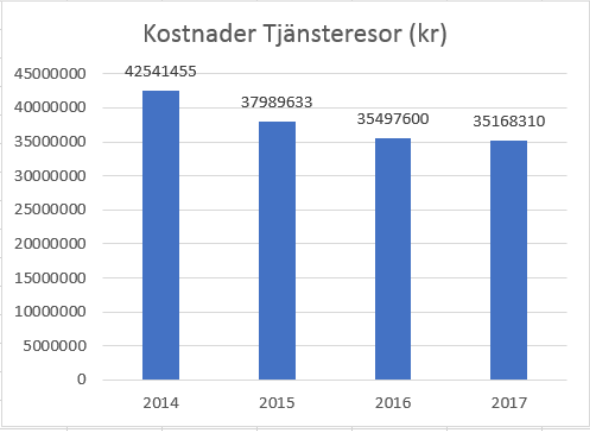


Diagram 8

Användandet av företagskorten i regionala kollektivtrafiken har kontinuerligt ökat. Lägsta värdet dokumenterades 2014 och högsta 2017.

4.2 Resekostnaderna per år ska minska

4.2.1 Kostnader tjänsteresor



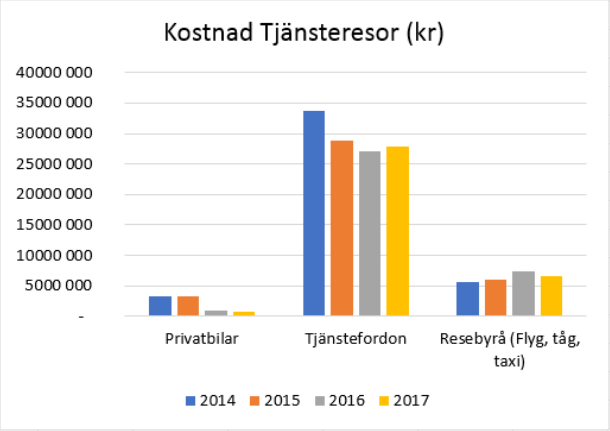


Diagram 9a

Diagram 9b

Totala kostnaderna för tjänsteresor har sedan 2014 ständigt minskat, dock är skillnaden mellan 2016 och 2017 endast 329 290 vilket är den enskilt minsta minskningen hittills. Kostnaderna för Tjänsteresor med privatbil har kontinuerligt minskat under perioden 2014-2017. Gällande tjänstefordonen sker en minskning av kostnaden år 2014-2016, för att sedan öka 2017. Kostnaden för tjänsteresor som genomförts via upphandlad resebyrå ökade 2014-2016, varpå kostanden 2017 var mindre än föregående år.

4.3 100 % av de personbilar och de lätta lastbilar som köps in ska kunna drivas med förnybart drivmedel

4.3.1 Inköp av nya personbilar och lätta lastbilar

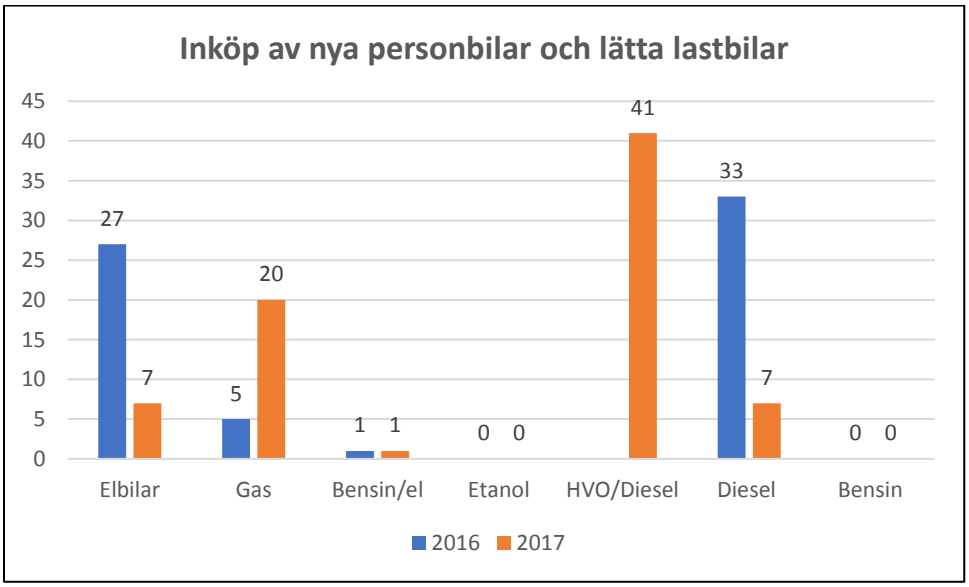


Diagram 10

Inköpen av fordon som kan drivas med förnybart drivmedel har ökar från 2016 till 2017. Den stora ökningen av HVO-fordon beror på att befintliga bilar som tidigare endast tankats på diesel numera tankas på HVO. Det finns ett fåtal nya HVO- bilar som tillkommit under 2017.

4.3.2 Andel fordon som kan drivas med i huvudsak förnybart drivmedel

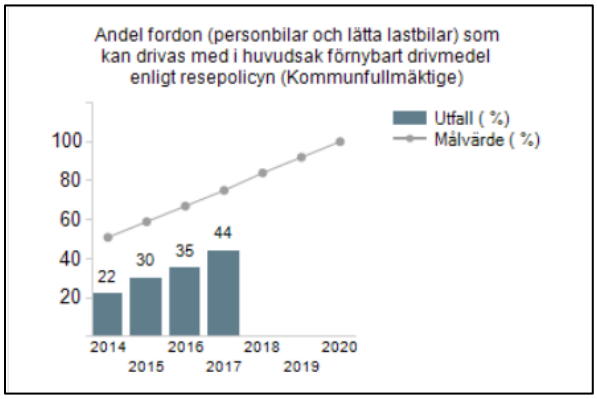


Diagram 11

Andel ökar konstant från 2014, dock är utfallet i procent inte lika högst som målvärdet för något av åren. Statistiken visar att den största ökningen för ett enskilt år är från 2016 till 2017.

Mål för kommunkoncernens fordonsflotta år 2020:

4.4 100 % av personbilarna och de lätta lastbilar i kommunens fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med förnybart drivmedel

4.4.1 Andel drivmedel som i huvudsak innehåller förnybart bränsle

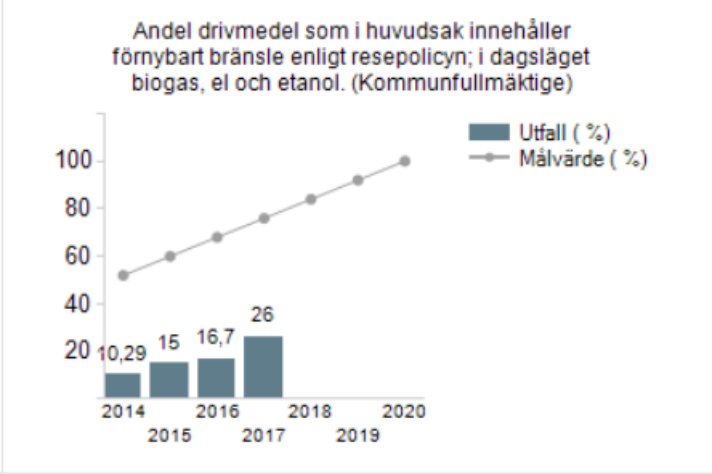


Diagram 12

Andelen har mer än dubblats från 2014 till 2017, men utfallet i procent är inte tillräckligt för att nå målvärdet för något av åren därmed heller inte målet i resepolicyn.

4.5 100 % av drivmedelsförbrukningen ska år 2020 bestå av förnybart drivmedel

4.5.1 Förnybar andel totalt i alla drivmedel

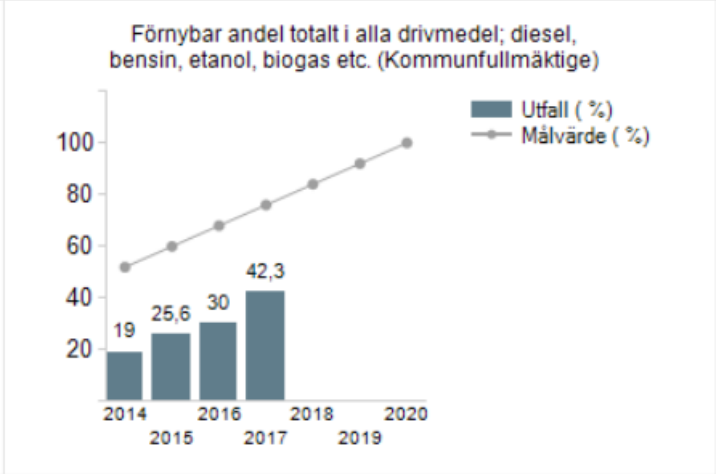
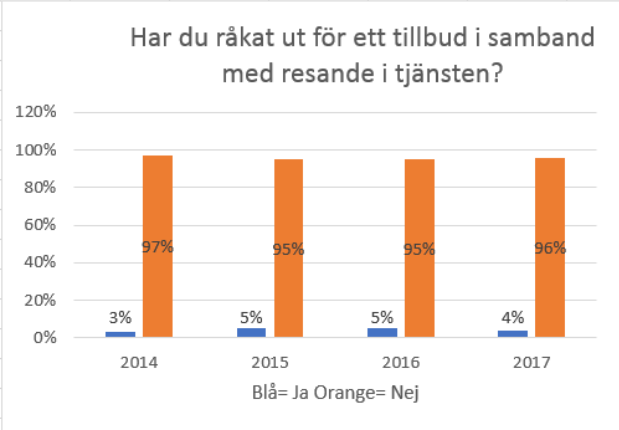


Diagram 13

När det gäller förnybar andel totalt för alla drivmedel inklusive inblandningar av förnybara bränslen i ex. diesel är andelen 42,3 % för året 2017, vilket innebär en ökning på 12,3 % från 2016.

1.1 Tillbud per år ska minska

1.1.1 Förekomna tillbud i tjänst



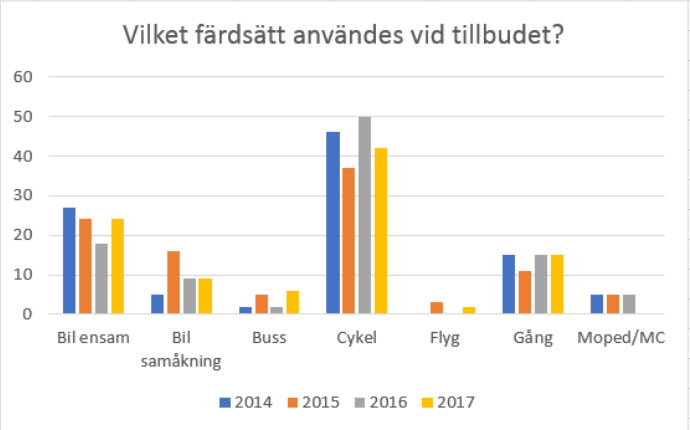


Diagram 14a

Diagram 14b

Statistiken kommer från resvaneundersökningar och visar ingen markant skillnad i procenten av medarbetarna som råkat ut för tillbud i tjänsten. 2014-2016 svarade ca 1500 medarbetare på resvaneundersökningsenkäten och 2017 inkom ca 3000 svar. Från 2014-2017 har det endast ökat med en procent. Diagram 14b visar att cykel är färdsättet där flest tillbud sker.

2. Sammanfattning av uppföljning av målen

	Grön= Gynnsam utveckling Röd= Ogynnsam utveckling	% Skillnad mellan första dokumenterade året och 2017	% Skillnad mellan 2016 och 2017
Resornas miljöbelastning ska minska			
	Ton CO_2-utsläpp från tjänste-och privatbil har minskat från år 2009 till 2017	↓ 17 %	↓ 13 %
	Körda km tjänste- och privatbil har ökat från 2011 till 2017	↓ 2 %	↓ 6 %
	Körda km med privatbil för anställda och förtroendevalda har minskat från 2013 till 2017	↓ 56 %	↓ 23 %
	Km resta med flyg inom kommunkoncernen har minskat från 2014 till 2017	↓ 28 %	↓ 41 %

	Km resta med tåg inom kommunkoncernen har minskat från 2014 till 2017	↓ 20 %	↓ 33 %
	Antal registrerade resor per år med X-trafiks företagskort har ökat från 2014 till 2017.	↑ 140 %	↑ 10 %
Resekostnaderna per år ska minska			
	Kostnader för tjänsteresor (tjänstefordon, privat, resebyrå) har minskar från 2014 till 2017.	↓ 17 %	↓ 1 %
Tillbuden per år ska minska			
	Tillbud i tjänst	↑ 1 %	↓ 1 %
100 % av personbilar och lastbilar som köps in, korttidshyrs, eller leasas ska kunna drivas med förnybart drivmedel			
	Av nyanskaffade personbilar och lätta lastbilar kan 54 % drivas med förnybart drivmedel 2017.		
100 % av personbilarna och de lätta lastbilarna i kommunens fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med förnybart drivmedel			
	Andelen fordon som kan drivas med i huvudsak förnybara drivmedel är 44 % 2017.		
100 % av drivmedelsförbrukningen ska år 2020 bestå av förnybart drivmedel			
	Förnybar andel i totalt i alla drivmedel är 42,3 %		
	26 % är andelen drivmedel som i huvudsak innehåller förnybart bränsle		

3. Analys av målen

Resornas miljöbelastning ska minska

Från 2013 har det inte skett en jättestor förändring av ton CO_2-utsläpp som genereras från tjänste- och privatbilar. Det betyder att användningen av fossilberoendefordon fortfarande nyttjas i liknande omfattning som tidigare år, även om CO_2-utsläppen har minskat trots ökat antal kilometer körda. För

att miljöbelastningen ska minska nämnvärt från resorna måste kilometerna med bilar som genererar CO_2-utsläpp avta i ökat tempo.

I diagram 2 ser vi att andel körda km med tjänstebil inte har minskat något. I många förvaltningar och bolag finns en förskjutning från privatbil till tjänstebil, vilket är positivt. Det finns goda exempel från verksamheter som tagit bort privatbilsavtal och ersatt med till exempelvis tjänstefordon som uppfyller miljökraven alternativt elcykel. Många verksamheter har ett stort behov av att transportera sig vilket gör att många verksamheter har liknande antal körda kilometer år efter år.

Tjänsteresor företagna med privatbil där milersättning utgått har kontinuerligt minskat enligt Diagram 4, men många av resorna är på några kilometer och kan ersättas med andra färdmedel än bil vilket vore förenligt med resepolicyn eller en övergång från privatbil till tjänstebil. Spridning av kunskap om alternativen och tillgängligheten av dessa behöver fortsätta främjas. Att cykla är ett av alternativen och där tillgängligheten behöver främjas. Hanteringen, underhåll av cyklarna, inköpskostnaden och möjligheterna till säker förvaring behöver fortsättas att arbetas med. Goda exempel är bland annat Gavlegårdarna som minskat sina körda km med privatbil i tjänsten från 108 000 km år 2013 och var nere på 3 600 km år 2017. De har satsat på att erbjuda tjänstecyklar, företagskort med X-trafik och utökat sin interna bilpool. Även Gävle Hamn är ett bra exempel som inte haft några körda kilometer med privatbil sen 2015.

Det är positivt att kilometerna resta flyg minskar. Tågresor genererar mindre utsläpp per kilometer än flyg och att tågresorna i kilometer minskat väldigt mycket från 2016 till 2017. Det är inte önskvärt att tågresor företas i onödan men om statistiken skulle visat att kilometer med tåg ökat bör det ej ses som enbart negativt då dessa kilometer förmodligen ersätter resor med bil. Under 2017 syns tydlig minskning av kilometerna resta med både flyg och tåg vilket visar att efterlevnaden av resepolicyn är starkare än föregående år. Som diagram 8 visar har antalet resor med X-trafiks företagskort ökat, vilket bör läsas som positivt då de flesta resor företagna med företagskorten ersätter bilresor.

Resekostnaderna per år ska minska

Kostnadsminskningen från 2016 till 2017 är den enskilt minsta reduceringen hittills. Resekostnaderna behöver fortsätta minska för att målet tydligt ska uppnås, i diagram 9a ser det ut som att kostnadsminskningen håller på att plana ut vilket inte är önskat utfall. Det finns goda sparpotentialer i resfria möten via webb, samt nyttjandet av cyklar i verksamheternas uppdrag.

Antal tillbud per år ska minska

Procentsatsen har minskat från 2016 vilket är i enlighet med vad målet i resepolicyn anger. Hänsyn ska tas till att antalet som svarat på resvaneundersökningen nästan fördubblades 2017 från ca 1500 till ca 3000. Att procenten som svarat ja på att dem råkat ut för tillbud i samband med resor i tjänst minskat trots dubbla svar ska avläsas som positivt.

100 % av de personbilar och de lätta lastbilar som köps in, korttidshyrs eller leasas ska kunna drivas med förnybart drivmedel.

2017 års inköp visar på en uppgång i andelen bilar och lätta lastbilar som kan drivas med förnybart drivmedel. Målet i resepolicyn är inte än uppnått och nu närmar sig deadline 2020 vilket betyder att nästa års uppföljning behöver påvisa en mycket bättre fördelning av inköpen.

Förutsättningar såsom antal tillgängliga laddplatser och tankstationer för biogas och HVO är bidragande argument för inköp av fordon som kan drivas med förnybara drivmedel. Under 2017 har det upprättats ca 55 el-laddstolpar som ligger till kommunkoncernens förfogande. Två tankställe

finns tillgängligt för att tanka biogas. Förnyelsen av fordonsflottan skulle underlättas om det fanns fler tankställen både för biogas och HVO tillgängligt i Gävle.

I de fall där icke fossilfria fordon har köpts in fanns inga rimliga alternativ. Anledning till inköpen är bland annat ekonomiska förutsättningar i förvaltningar och bolag samt tidsbrist då det kan vara är långa avstånd till närmaste biogas, etanol eller HVO-tankställe.

100 % av personbilarna och de lätta lastbilarna i kommunen fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med och bestå av förnybart drivmedel

Andelen förnybart drivmedel ökar konstant men utfallet är långt ifrån målvärdet, trots att 2017 visar den enskilt största ökningen i procent, 44 % fossiloberoende fordon. Under 2018 kommer en större process för utbyte av äldre fordon till nyare och mindre miljöbelastande fordon pågå vilket är rätt inriktning. Det är av stor vikt att få förankring hos alla förvaltningar och bolag och att medarbetare ges bästa förutsättningarna att ändra beteendet kring sin miljöpåverkan.

År 2017 fanns totalt 627 tjänstefordon i kommunkoncernen. 102 elbilar, 108 gasbilar, 24 etanolbilar, 41 HVO, 300 dieselbilar, 23 hybrider samt 29 bensin.

Volymerna både för biogas, HVO, etanol och elförbrukningen har ökat men fortfarande så står diesel och bensin för den största andel förbrukat drivmedel. Nytt för 2017 är den stora ökningen av HVO-diesel.

Tvåkortsystemet har sina fördelar, ett kort till bilen och ett kort till föraren. Fördelarna är bl. a att uppföljningen blir lättare, vilket ger bättre förutsättningar medarbetare att ”lätt att göra rätt”, samt prioritera resurser.

Felmarginaler

- Hur kostnaderna och statistikinsamling till tidigare uppföljningar av resepolicyn beräknats är i alla fallen inte tydliga vilket innebär risk för att underlagen inte till 100 % baserats på samma statistiska underlag.
- Det är svårt att få en 100 % samanställning av samtliga 620 fordon i kommunkoncernen. Därför finns det varje år en liten felmarginal på uppskattade siffror gällande körda kilometer och drivmedelsförbrukning.

4. Resultat från Resvaneundersökning

Nedan presenteras resultat från resvaneundersökningen. Tidigare år har ca 1 500-2 000 personer svarat medan år 2017 svarade 3 000 anställda vilket nästan är ett fördubblat antal och måste ta hänsyn till.

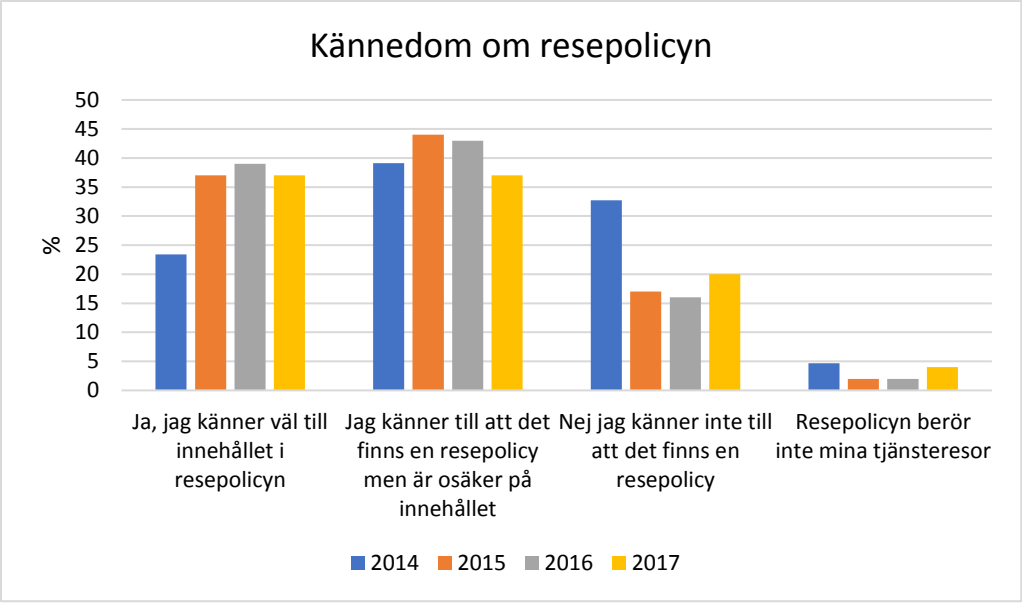


Diagram 15

En nedgång syns mellan 2016 och 2017 om de anställdas kännedom om resepolicyn. År 2017 svarar 37 % att de känner väl till innehållet och 37 % svarar att de känner till resepolicyn men är osäkra på innehållet. 20 % svarar att de inte känner till resepolicyn. Ett fortsatt arbeta behövs för att säkerställa att kommunanställda känner till och följer resepolicyn och väljer hållbara transportsätt.

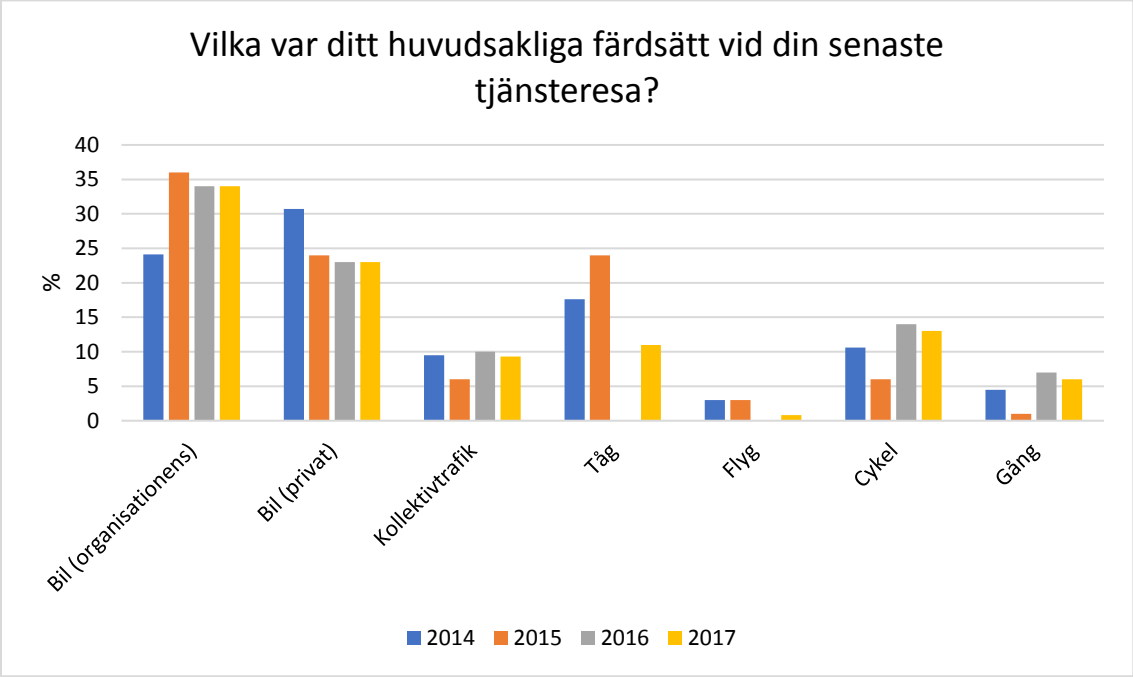


Diagram 16

De flesta anställda som transporterar sig gör det med bil, tjänstebil eller privatbil i tjänsten. Många av kommunens verksamheter kräver transporter av fordon vilket kan vara en anledning till att många svarar att de vid sin senaste tjänsteresa åkte bil. En ökning för gång och cykel finns jämfört mellan 2014 och 2017. Resvaneundersökningen skickas ut varje år i december vilket kan påverka svaren. Om

resvaneundersökningen hade skickats ut under våren hade antagligen procentandelen för cykel och gång ökat.

Observera även att frågan är ställd så att senaste transportsättet efterfrågas, det ger alltså inte en korrekt bild över vad de anställda oftast väljer för transportmedel. I en annan fråga i resvaneundersökningen från 2017 svarar 45 % att de oftast väljer ett hållbart alternativ så som gång, cykel buss eller tåg när de transporterar sig i tjänsten. 28,9 % svarar att de oftast åker i tjänstebil och 24 % svarar att de oftast åker privatbil i tjänsten.

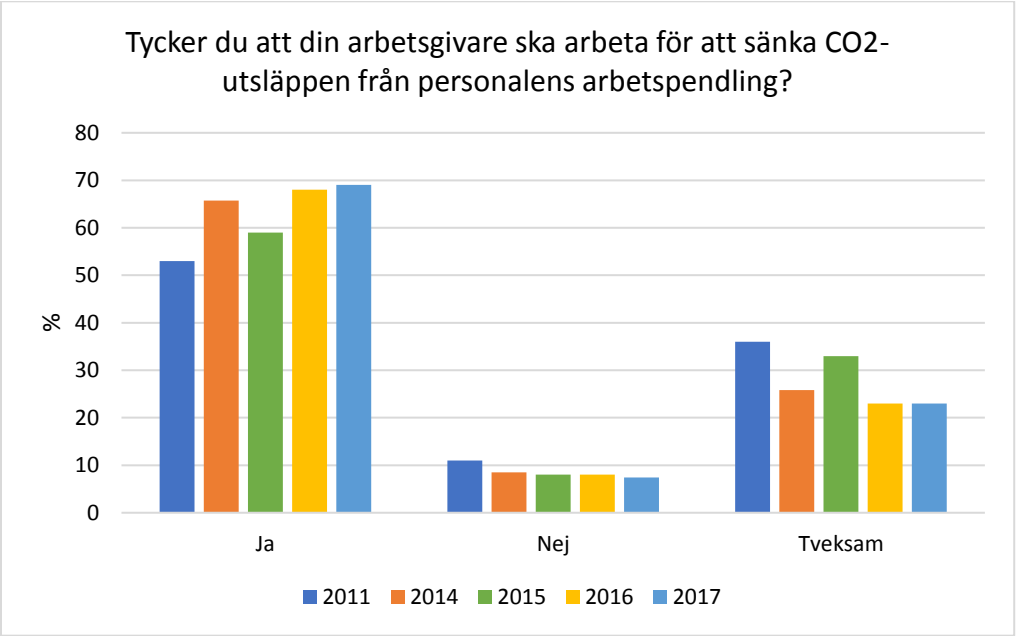


Diagram 17

Diagrammet visar att allt fler anställda tycker det är bra att arbetsgivaren arbetar för att sänka koldioxidutsläppen från personalens arbetspendling. Detta är positivt att kommunen kan arbeta med att främja hållbara alternativ även för arbetspendling då den står för stora utsläpp av koldioxid och andra partiklar från biltrafiken. Även personalens hälsa kommer att förbättras om fler går, cyklar och åker kollektivt till och från jobbet.

5. Arbetet med revidering resepolicy

I samband med att resepolicyn var uppe för uppföljning och utvärdering 2016, gavs förslag om att få uppdraget att revidera befintlig resepolicyn vilket är i förenligt med vad som står skrivet i resepolicyn. En arbetsgrupp sattes ihop och för att utföra uppdraget. Resepolicyn har varit ute på remiss och kommer i samband med uppföljning läggas för antagande.

6. Aktiviteter kopplade till implementering av resepolicyn 2017

Under 2017 har flertalet operativa aktiviteter genomförts för att implementera resepolicyn. Under året har Samordnare för hållbart resande träffat ca 80 olika verksamheter och utbildat både i resepolicyn och hur vi har resfria möten med hjälp av skype företag. Ett nära samarbete har funnits under 2017 med IT- och Utvecklingsavdelningen för att främja användandet av resfria möten via

Skype Företag. Kontinuerliga träffar med chefer och verksamheter är en viktig del av implementeringen av resepolicyn för att kunna skapa aktivitet och återkoppling. Även träffar i chef- och ledningsgrupper har genomförts både i förvaltningar och bolag.

Ett exempel på aktiviteter är *Verkstad hållbart resande* som genomfördes med enhetschefer på omvårdnadsförvaltningen med tema beteendeförändring och mobilitet. En förmiddag träffades enhetschefer, samordnare hållbart resande och Omvårdnads miljöutvecklare för workshop kring vad omvårdad kan ha för aktiviteter för att främja hållbart resande och följa resepolicyn. En mycket givande dag som kommer följas upp och utvecklas under 2018.

Flertalet prova-på aktiviteter har anordnas under året både för elcyklar, elbilar och gasbilar. Bland annat har en elcykel lånats ut i två veckor till ca 15 verksamheter för att fler ska få testa att använda elcykel i tjänsten. Denna aktivitet leder förhoppningsvis till att fler verksamheter köper in tjänstecyklar. Cykelavtal och utbildning av sparsam och säker körning har upphandlats under året och ska underlätta för arbetet med hållbart resande. Det finns ytterligare ett stort antal aktiviteter som genomförts under året runt om i bolag och förvaltningar kopplade till MSP och resepolicyn.

Något som är tydligt framkommit under 2017 är att det krävs ett aktivt operativt arbete med resepolicyn för att få hela kommunkoncernen att implementera policyn. Under 2018 avslutas projektanställningen för Samordnare hållbara resor och därför är det viktigt att se över hur detta operativa arbeta kan fortsätta framöver. Det är viktigt att samtliga nivåer är engagerade, VD, förvaltningschefer, chefer och medarbetare. Det krävs mer tydlighet vad gäller uppföljning och chefers ansvar för att medarbetare skall följa resepolicyn.

7. Utmärkelser 2017

- Laddguldet
- Sveriges näst bästa miljökommun

8. Slutsats

Arbetet med att implementera resepolicyn och konkret sträva efter bättre resultat är inte klart. För att förändra resultatet och nå uppsatta mål behövs fortsatt arbete med resepolicyn.

Innehållsförteckning

Resepolicy för Gävle kommunkoncern 1
Omfattning 1
Syfte 1
Mål 1
Grundregler 2
Så här reser vi i Gävle kommunkoncern 2
Privatbil i tjänst 2
Resa med flyg 2
Ansvar för resan 2
Medarbetare 2
Resebokare och resebeställare vid möten och konferenser 2
Ansvar för inköp och leasing av tjänstebilar 2
Resor till och från arbetet 3
Parkering vid arbetsplatser 3
Implementering 3
Uppföljning 3
Bilagor 4
Bilaga 1 Riktlinjer för möten 5
Bilaga 2 Vägledning vid tjänsteresande 6
Bilaga 3 Minimikrav på bilar som används i tjänsten 8
Bilaga 4 Vägledning för beslut om undantag för miljöbelastande resor 9

Struktur: Borttagen text visas med genomstruken text, och efterföljes av grönmarkerad text.

~~Genomstruken~~ = borttagen text

Grön = tillagd text

Begreppslista

Tjänstebil – Fordon som verksamheterna använder i tjänsten, personbilar samt lätta lastbilar. Med tjänstebil menas de fordon som ägs eller långtidshyrs av verksamheter och används för tjänsteutövande. Med tjänstebil menas även arbetsfordon som kan vara anpassade för specifika arbetsområden.

Bilpoolsbil – Fordon som delas med andra för så kallad korttidsuthyrning (för del av dag eller en av flera dagar).

Transporter – Transporter som görs av eller på uppdrag av Gävle kommunkoncern

Personalbil – Finansieras av bruttolöneavdrag

Arbetsmaskiner – Traktorer, gräsklippare m.m.

Förnybara drivmedel - Begreppet förnybara drivmedel inkluderar utöver biodrivmedel även förnybar el som används för transportändamål. Med biodrivmedel menas vätskeformiga eller gasformiga bränslen som framställts av biomassa och som används för transportändamål.

Resepolicy för Gävle Kommunkoncern

Omfattning

Denna policy och tillhörande styrdokument gäller alla resor som företas i tjänsten eller betalas av Gävle kommun, för alla anställda i förvaltningar och kommunala bolag.
Förtroendevalda och personer med facklig tid omfattas av resepolicyn. ~~Förtroendevalda omfattas av grundreglernas tredje punkt och krav på fordon i den grad det är möjligt.~~
Resepolicyn omfattar inte arbetsmaskiner. Förbunden omfattas inte av Gävle kommunkoncerns resepolicy eftersom de har flera kommuner att ta hänsyn till. Förbunden bör dock i den utsträckning som det är möjligt följa innehållet i Gävle kommuns resepolicy.
Det ska inte vara någon skillnad på vilka krav som ställs på resande vid arbeten i egen regi och de som upphandlas. Resepolicyn ska därför även vara vägledande vid upphandling av entreprenör och tjänster som innebär resor och transporter. Detta syftar till att minska antalet resor och transporter samt att alla resor och transporter ska ske med förnybart drivmedel.

Syfte

Policyn ska:

- Utgöra ett styrinstrument för ett mer kostnadseffektivt, miljöanpassat och säkert resande.
- Skapa förutsättningar för en trygg och säker arbetsmiljö vid tjänsteresor eller resor betalda av Gävle kommun.
- Minimera risken för att andra trafikanter ska komma till skada under våra resor.
- Vara ett föredöme för företag, intresseorganisationer samt medborgare

Mål

Det övergripande målet är att resor som företas av anställda i Gävle kommunkoncern är miljöanpassade, kostnadseffektiva och trafiksäkra. Mätbara mål för resepolicyn är att:

- Resornas miljöbelastning ska minska.1
- Resekostnaderna per år ska minska.2
- Antal tillbud per år ska minska.3

Mål för inköp, hyra och leasing av fordon:

- 100 % av de personbilar och de lätta lastbilar som köps in, korttidshyrs eller leasas ska kunna drivas med förnybart drivmedel.

Mål för kommunkoncernens fordonsflotta år 2020:

- 100 % av personbilarna och de lätta lastbilarna i kommunens fordonsflotta ska år 2020 kunna drivas med förnybart drivmedel.4
- 100 % av drivmedelsförbrukningen ska år 2020 bestå av förnybart drivmedel.

Grundregler

~~Så här reser vi i Gävle kommunkoncern~~ Grundregler för resande i Gävle Kommunkoncern

Resor ska planeras och genomföras med ett förhållningssätt i följande steg.

1. Inga utsläpp ”Måste jag resa – kan mötet istället hållas per telefon, ~~eller~~ via webbmöte~~”~~?. Eller kan jag gå eller cykla till mötet”`? Elcykel är ett bra alternativ inte minst för den som cyklar lite längre sträckor.

2. Minimala utsläpp ”Om jag behöver resa och det inte– går det att gå eller cykla ~~eller kan jag~~ – går det att åka buss eller tåg?”

3. Resa med bil ~~Använd kommunkoncernens tjänstebilar, i första hand i bilpool.~~ Om jag behöver resa och alternativ 1 och 2 inte är möjliga –bilpoolsbil eller kommunkoncernens tjänstebilar. Samåkning och delning av bil rekomenderas.

Grundreglernas tre steg handlar om ett förhållningssätt vid planering av resor. Valet av steg används i den mån det är möjligt utifrån verksamhetens art. Bil bör endast vara ett alternativ på sträckor över 4 km och till destinationer där det saknas kollektiva resmöjligheter. Valet av steg används i den mån det är möjligt utifrån verksamhetens art. I andra hand kan resor ske enligt undantag nedan.

Privatbil i tjänst

Privata bilar i tjänst används i undantagsfall. Kriterier för när privat bil i undantag får användas framgår av Bilaga 4. ~~Kommunkoncernen ska senast 2016-01-01 se till~~ Inriktningen är att kommunkoncernen ska arbeta för att medarbetarna, om de måste använda bil, har tillgång till tjänstebilar. ~~för att slippa använda privata fordon i tjänst. Om privata fordon ska användas efter 2016 ska de uppfylla kraven i resepolicyns bilaga 3.~~ Så kallade personalbilar som somliga anställda har förmånen att finansiera via löneavdrag ska uppfylla miljökraven i bilaga 3.

Resa med flyg

Flygresor ~~utnyttjas~~ ska endast företas i undantagsfall. ~~och då för längre utrikesresor samt till destinationer där tåg eller buss i linjetrafik inte utgör ett realistiskt alternativ. Huvudresan bör generellt vara längre än 50 mil och dessutom ge betydande tidsvinster för att flyg ska användas.~~

Ansvar ~~för resan~~

~~Medarbetare~~

~~Varje medarbetare ska beställa och genomföra resor i tjänsten i enlighet med resepolicyn.~~

Chefer

Varje chef har ansvar för att policyn efterlevs av medarbetarna, och innebär att chefen ska:

- Säkerställa att alla medarbetare känner till det de berörs av från innehållet i policyn med tillhörande styrdokument.
- Säkerställa att medarbetarna har kunskap om säkra och miljöanpassade resor så att de förstår syftet med policyn och handlar som goda föredömen.
- Arbeta strategiskt och övergripande med att minska körsträckan med bil i sin verksamhet och hantera avvikelser från grundreglerna i resepolicyn (se riktlinjer för beslut om undantag i bilaga 4).

~~Resebokare och resebeställare vid möten och konferenser~~
~~Alla beställningar av biljetter, hotellrum, buss, tåg, flyg m.m. görs hos den resebyrå kommunstyrelsen har antagit som leverantör.~~
~~Resebokare eller resebeställare6 ansvarar för detta efter att medarbetaren tagit ställning till om resfritt möte är möjligt.~~
~~Resebyrån är förpliktigad att följa vår resepolicy.~~

Ansvar för bokning av resor vid möten och konferenser

Efter att medarbetaren tagit ställning till om resfritt möte är möjligt eller inte, kan beställning av tjänsteresa utföras i enlighet med resepolicyn. Alla beställningar av biljetter utanför regional och lokal kollektivtrafik så som, buss, tunnelbana, tåg, flyg samt hotellrum görs hos den resebyrå kommunstyrelsen har antagit som leverantör. Resebyrån är förpliktigad att följa vår resepolicy.

~~Ansvar för inköp och leasing av tjänstebilar~~
~~I Avvaktan på centraliserat fordonsansvar ansvarar fordonsansvariga på respektive förvaltningar och bolag för inköp och leasing av fordon, samt att både inköp av fordon och befintlig fordonsflotta uppfyller resepolicyns mål för fordon.~~
~~Kravet på förnybart drivmedel vid inköp, hyra och leasing av fordon gäller under förutsättning att sådana fordon som krävs för att bedriva verksamhet finns på marknaden.~~

Ansvar för tjänstebilar och drivmedel

De som har ansvar för den befintliga fordonsflottan samt inköp av nya fordon ska se till att resepolicyns mål tillgodoses. Kravet på förnybart drivmedel vid inköp, hyra och leasing av fordon gäller under förutsättning att sådana fordon som krävs för att bedriva verksamhet finns på marknaden. Under körning är det verksamheten och förarens ansvar att tanka fordonet med det primära drivmedlet.

Resor till och från arbetet

Kommunkoncernen verkar och uppmuntrar för att ~~arbetsresor~~ resor till och från arbetet sker på ett så trafiksäkert och miljövänligt sätt som möjligt, bl. a genom att göra det lättare att välja hållbara färdmedel framför personbil. ~~Enligt den reseutredning som genomfördes 2010 står resor till och från arbetet för en betydande del av kommunkoncernens transportrelaterade koldioxidutsläpp, 71 %.7~~

Parkering vid arbetsplatser

Kommunkoncernen bör om möjligt tillhandahålla väderskyddade cykelparkeringar vid alla arbetsplatser. Med arbetsplatser avses kommunägda och kommunalt hyrda arbetsplatser.

Kommunkoncernen ska generellt vara restriktiv mot gratis bilparkeringsplatser. Riktlinjen är att samtliga bilparkeringsplatser vid kommunala arbetsplatser ska vara avgiftsreglerade i områden där kringliggande parkeringar har avgifter.

Implementering

Kommunstyrelsen ansvarar centralt för implementeringen av resepolicyn. Viktiga delar i implementeringen är:

- Information och förankring i ledningsgrupper.
- Skapa ett uppföljningssystem för medarbetarnas tjänsteresande.
- Göra det ”lätt att göra rätt”.
- Genomföra aktiviteter och kampanjer.

~~Chefer~~
~~Varje chef har ansvar för att policyn efterlevs av hennes eller hans medarbetare. Det innebär att chefen ska:~~

- ~~Säkerställa att alla medarbetare känner till innehållet i policyn med tillhörande styrdokument och säkerställa att den efterlevs.~~
- ~~Säkerställa att medarbetarna har kunskaper om säker och miljöanpassad trafik så att de förstår syftet med policyn och handlar som goda föredömen.~~
- ~~Arbeta strategiskt och övergripande med att minska körsträckan med bil i sin verksamhet och hantera avvikelser från grundreglern~~

Uppföljning

~~Cheferna~~ Nämnderna och bolagsstyrelserna ansvarar för uppföljning av att ~~hennes eller hans medarbetare~~ verksamheterna agerar i enlighet med resepolicyn, samt samt ansvarar för att arbete genomförs med att ersätta resor med privat bil i tjänst enligt resepolicyns kritierier.

Kommunstyrelsen ska årligen centralt göra en uppföljning av målen i resepolicyn. I samband med uppföljningen av resepolicyn, genomförs uppföljning av undantag gällande privat bil i tjänst och utifrån det tas en handlingsplan fram för utfasning av privat fossildriven bil i tjänst. Motivet till årlig uppföljning är att det möjliggör en ständig förbättring av verktyg, tillgänglighet till resfria möten, företagskort, cyklar, bilpoolbilar m.m. och anpassning till förändrade behov i verksamheterna. Uppföljning med kortare tidsintervall möjliggör att åtgärder kan vidtas i rätt tid.

En utvärdering av hur resepolicyn efterlevs ska även göras minst en gång per mandatperiod. I samband med utvärderingen görs eventuella revideringar av policyn. Ambitionen är att uppnå en ständig förbättring vad gäller styrning mot bättre trafiksäkerhet och bättre miljöanpassning av kommunkoncernens tjänsteresor.

Bilagor

Bilaga 1 Riktlinjer för möten

~~Syfte~~

Dessa riktlinjer syftar till att ge förutsättningar för ett ökat användande av resfria möten inom Gävle kommun. Med distansmöten avses webbmöten, videokonferens och telefonmöten. Vid resfria möten ska kommunkoncernen tillhandahålla de verktyg som behövs för mötet.

~~Motiv~~

Genom att använda resfria möten kan ~~man göra stora besparingar~~bättre effektivitet uppnås och stora besparingar i tid, pengar och miljö. ~~Ytterligare positiva effekter är bättre effektivitet, eftersom arbetstid inte behöver användas för resor, och mer fritid.~~ Ansvaret för val av mötesform ligger i första hand hos den som kallar till ett möte. Varje mötesdeltagare har dessutom ansvar för att själv föreslå en mötesform som är mest effektiv för tillfället.

Vid planering av möten ska man alltid överväga om mötet kan ske resfritt. Önskemål från en enskild deltagare om att få delta via telefon eller webb bör tillmötesgås.

~~Ansvar~~

Exempel på mötestillfällen där man särskilt ska överväga resfritt möte:

- Uppföljningsmöten
- Avstämningar
- Diskussioner kring dokument

~~Val av mötesform~~

Fysiska möten

Bokning av fysiskt möte sker efter övervägande om resfritt möte är möjligt.

Faktorer att ta med i övervägandet är åtgång av arbetstid, mötets karaktär, påverkan på fritid, reskostnader, kostnader för informations- och kommunikationstjänster samt miljöpåverkan.

Vid bokning av fysiskt möte gäller följande:

- Fysiska möten ska i första hand förläggas till en plats som genererar minsta möjliga ~~reskostnader~~ resande. ~~Värdet av~~ Att minimera deltagarnas sammantagna resande bör beaktas och deltagarna ska också kunna ta sig till mötet på ett säkert och miljövänligt sätt.
- I andra hand ska ~~man använda~~ de konferensanläggningar som kommunen har avtal med som har goda kollektivtrafikmöjligheter användas.
- För planering av tjänsteresor i samband med fysiska möten gäller kommunens resepolicy, riktlinjer och avtal. Den som kallar till ett möte är ansvarig för att mötet hålls på en tid och plats som gör det möjligt att resa enligt policyn.

Bilaga 2 Vägledning vid Tjänsteresor

~~Syfte~~
Denna vägledning syftar till att ge vägledning till tjänsteresandet i Gävle kommun så att dessa sker i enlighet med resepolicyns tre steg.

~~Vägledning~~ Grundreglernas tre steg
Grundreglernas tre steg handlar om ett förhållningssätt vid planering av resor. Val av steg sker baserat på vad som är möjligt utifrån verksamhetens art.

Grundregel 1: Inga utsläpp
Inga utsläpp innebär att ~~ingen tjänsteresa görs, utan istället sker mötet eller konferensen resfritt. Detta ska alltid övervägas innan en resa görs.~~ mötet sker genom webb- video- eller telefonmöte eller att man går eller cyklar till mötet. Grundregel 1 ska alltid övervägas innan övriga alternativ väljs. Vid tjänsteresa upp till 4 km bör cykel eller gång i första hand väljas.

~~Vägledning kring vid vilken typ av möten som bör bytas ut till resfria möten hanteras i Riktlinjer för möten.~~

Resa med cykel
Cykelhjälm bör användas vid tjänsteresor med cykel och ska alltid erbjudas när cykel bokas/hämtas. Användning av cykelhjälm minskar risken för allvarliga skador vid cykelolyckor och är därför motiverad utifrån arbetsmiljölagens krav på arbetsgivaren "att vidta alla åtgärder som behövs för att minska risken för ohälsa och olycksfall".

Grundregel 2: Minimala utsläpp
Med minimala utsläpp menas att tjänsteresan görs med hållbara färdmedel som gång, cykel, tåg eller buss. Vid lokala och regionala resor med buss eller tåg ska kommunkoncernens företagskort användas. Vid nationella och internationella resor ska buss eller tåg användas i första hand. Anslutningsresor ska normalt ske med kollektiva förbindelser istället för taxi från huvudresan till slutdestination.

~~*Lokala tjänsteresor inom Gävle kommun*~~
~~Vid tjänsteresa upp till 4 km bör cykel eller gång i första hand väljas, eller andra färdmedel med låg miljöpåverkan som går under samma trafiklagstiftning som fotgängare och cyklister. Vid resa med buss ska kommunkoncernens företagskort användas.~~
~~*Regionala, nationella och internationella tjänsteresor*~~
~~Buss eller tåg används alltid i första hand för regionala, nationella och internationella resor. I första hand används kollektiva förbindelser istället för taxi från huvudresan till slutstation.~~

Grundregel 3: Resa med bil
~~Bil bör endast vara ett alternativ på sträckor över 4 km och till destinationer där det saknas kollektiva resmöjligheter. Vid resa med bil används kommunkoncernens tjänstebilar och i första hand bilpoolsbilar. Bilpoolsbilar används inte för tjänsteresor som innebär stort slitage på bilarna, t ex transport av målarfärger osv. I de fallen används tjänstebilar som är specifikt avsedda för sådana användningsområden.~~
~~Hyrbil får endast användas vid behov av särskilda fordon som saknas bland kommunkoncernens tjänstebilar, t ex buss.~~

Varje verksamhet ska sträva efter att minska antalet körda km med bil. Oavsett om tjänstebil används dagligen eller mer sällan är det viktigt att undvika onödig miljöpåverkan. Planera och ruttoptimera resan, håll hastigheten, tänk på trafiksäkerheten och tanka drivmedel med så låg andel fossila inslag som möjligt.

Körsättet har stor påverkan på bränsleförbrukning och avgasutsläpp. Med ett sparsamt körsätt kan både pengar och miljö sparas utan att tidsförluster uppstår. Medarbetare som använder bil i tjänst regelbundet bör vara utbildade i sparsamt körsätt.

Vid tjänsteresor som innebär stort slitage på bilarna t ex transport av material och utrustning för arbetets genomförande, används tjänstebilar som är specifikt avsedda för sådana användningsområden.

Planering av regionala, nationella och internationella resor

- Alla beställningar av biljetter, hotellrum, buss, tåg m.m. görs hos den resebyrå kommunstyrelsen har antagit som leverantör. Bästa val av färdmedel föreslås av resebyrån utifrån resepolicyn. Resebyrån ska även utreda tåg som resealternativ för internationella resor där detta är rimligt.
- Avgörande för hur resan genomförs är den totala kostnaden, samt hänsynen till trafiksäkerhet och miljö. Vid beräkning av kostnaderna ska hänsyn tas till alla delar: transport, logi, traktamente, tjänstresetillägg, arbetstid och restid.
- Varje ansvarig chef beslutar om resan ska göras. Varje chef ska säkerställa att kostnaderna för resor står i proportion till nyttan samt att arbetsmiljö-, trafiksäkerhets- och miljökrav efterlevs. Alternativ som webb-, video- och telefonmöte ska alltid övervägas innan ~~man fattar beslut om en resa~~ beslut fattas.
- Bokningar, ändringar eller avbokningar ska ske så snart som möjligt.

Bilaga 3 – minikrav på bilar som används i tjänsten

~~Omfattning~~
Minimikraven gäller alla fordon som används i tjänsten i storleksklasserna personbilar och lätta lastbilar. Kraven för tjänstebilar, ~~leasingbilar~~, poolbilar och långtidsinhyrda bilar är också vägledande vid upphandling av entreprenör och tjänster som innebär resor och transporter. Kraven är också vägledande för lastbilar som används i tjänst i den mån sådana fordon finns på marknaden.

Befintliga tjänstebilar, bilpoolsbilar/korttidshyrda och hyrbilar
Samtliga fordon ska vara utrustade med ISA (intelligent stöd för anpassning av hastighet) och alkolås. Kraven gäller från och med 2015-01-01.

Nya tjänstebilar, bilpoolsbilar/korttidshyrda och hyrbilar
Kraven gäller direkt vid resepolicyns antagande.

Fossilfria drivmedel
För tjänstebilar, poolbilar och ~~bilar som är hyrda för minst sex månader~~ hyrbilar gäller att de i huvudsak ska kunna drivas med fossilfria drivmedel, t ex biogas eller el. Med i huvudsak menas att dessa fordon ska drivas med fossilfria drivmedel men de kan vara utrustade med en ~~mindre~~ tank för bensin eller diesel för att nyttjas vid start eller som reserv i situationer som kräver det.

Utrustning och säkerhet
Tjänstebilar, poolbilar och ~~långtidsinhyrda bilar (minst 6 mån)~~ hyrbilar ska uppfylla minst fem stjärnor vid provning enligt Euro NCAP (European New Car Assessment Programme). Dessutom gäller att samtliga fordon ska vara utrustade med ~~ISA (intelligent stöd för anpassning av hastighet) och~~ alkolås samt ett system för anpassning och analys av hastighet med syfte att förändra körbeteende.

~~Hyrbilar (korttidshyrda – under 6 månader)~~
~~Korttidshyrda bilar ska hyras av bolag som Gävle kommun har avtal med, och bilarna ska i huvudsak kunna drivas med fossilfria drivmedel. Det innebär att de ska drivas med fossilfria drivmedel men kan vara utrustade med en mindre tank för bensin eller diesel för start eller som reserv.~~

Bilaga 4 – Riktlinjer för beslut om undantag för miljöbelastande resor

Beslut om undantag
Avvikelser från resepolicyns grundregler ~~kan~~ ska beslutas på individnivå, för varje enskilt resetillfälle eller för likartade upprepade förhållanden, av och i samråd med ansvarig chef skriftligen och orsak till avvikelse ska framgå.

De undantagstillfällen som avses är:

- När bil används där kollektivtrafik, gång eller cykel är möjligt,
- När privatbil i tjänst används istället för kommunkoncernens tjänstebilar~~, eller~~
- När flyg används då tåg eller buss utgör ett realistiskt alternativ.

~~**Kriterier**~~
~~Följande faktorer är möjliga motiv för att en avvikelse ska kunna beviljas för punkt 1 och 2:~~
Nedanstående kriterier är motiv för undantag ska beviljas:

- Arbetsmiljön under resan till följd av verksamhetens art,
- Kostnadseffektivitet till exempel tidsåtgång, eller
- personliga skäl såsom funktionshinder, ansvar och åtaganden för andra människor osv.

För att flygresor ~~gäller~~ ska kunna beviljas som undantag gäller att huvudresan bör vara längre än 50 mil och dessutom ge betydande tidsvinster för att flyg ska användas.

Bilaga 5 – Resesäkerhet

- Ange ICE-kontakter (In Case of Emergency) i din tjänstetelefon, detta är en åtgärd som kan underlätta vid en händelse.

- Skriv även ner telefonnummer till anhöriga, samt till arbetsgivaren och avtalat försäkringsbolag (för information ta kontakt med Säkerhetsenheten) på papper om du skulle förlora din telefon.

- Innan resan påbörjas bör viss omvärldsbevakning göras, t.ex. väder, väglag och säkerhetsläget. Se även till att du har rätt utrustning för din planerade resa.

- Undvik miljöer och situationer som kan upplevas som riskfyllda exempelvis att vistas ensam i okända områden/platser sent på dygnet.

- Vid lokala resor välj enbart etablerade taxibolag och liknande.

- Kontrollera närmaste nödutrymningsvägar på boendet där du skall visats över natten, exempelvis hotell. Använd säkerhetsskåp där det finns tillgängligt.

- Resor bör arrangeras så att hela (eller stora delar av) verksamhetsledningar (förvaltningsledning/bolagsledning) inte åker med samma fordon/avgång

- Vid utlandsresa, ha en papperskopia på passet samt fotografi med dig, om du skulle behöva ansöka om nytt pass vid en svensk beskickning i det aktuella landet. Du kan även alltid vända dig till ett annat nordiskt lands eller EU-lands ambassad eller konsulat för hjälp. Medför också ett Traveler Safety card. Gävle kommuns Tjänstereseförsäkring är giltig i hela världen i 180 dagar. Försäkringen gäller inte för de länder som Utrikesdepartementet avråder från att resa till.

§ 39: Revidering av resepolicy för Gävle kommun år 2017

Dnr 17KS289

Beslut

Samhällsbyggnadsutskottet förslår Kommunstyrelsen enligt ordförandens reviderade förslag

att anta revideringen av resepolicy med en justering på definition om vad som är en hyrbil

att godkänna årliga uppföljningen av resepolicy för 2017

Ärendebeskrivning

Miljöstrategiska programmet antogs av Kommunfullmäktige i juni 2013. Sedan september 2013 finns det en antagen resepolicy. En revidering av den resepolicyn presenteras i detta ärende tillsammans med den årliga uppföljningen av resepolicyn som presenteras för Kommunstyrelsen.

Revideringen innefattar nya inslag och tydligare skrivningar för att underlätta implementeringen och nyttjandet av resepolicyn.

Inlägg i ärendet

Roger Persson (MP), Margaretha Wedin (C)

Beslutsunderlag

- Resepolicy för Gävle kommunkoncern, dnr 17KS289-19
- Tjänsteskrivelse - Revidering Resepolicy 2018 och uppföljning 2017, dnr 17KS289-21
- Sammanställning - Skillnad mellan befintlig resepolicy och reviderad, dnr 17KS289-23

Justerare			Uppdragsbestyrkande

§ 16: Motion (V) - Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänst/hemsjukvården (V)

Delges:

Omvårdnadsnämnden

Dnr 17KS396

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Kommunstyrelsens förslag

att med hänsyn till det inkomna yttrandet anse motionen som besvarad.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 25 september 2017, § 28 a, väckte Tord Fredriksen (V) rubricerad motion.

Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden och Kommunala pensionärsrådet.

I yttrandet har det framkommit att hemsjukvårdens organisation under 2017 justerats för att få färre samverkanspartners. Detta bidrar till att skapa förutsättningar för ett patientsäkert, personcentrerat teamarbete samt ger likartade förutsättningar för kund/ patient oavsett utförare. Dokumentation sker separat inom de olika verksamhetsområdena utifrån gällande lagstiftning. Utan samtycke från den enskilde kunden så ska sekretesslagstiftningen tillämpas vid muntlig och skriftlig informationsöverföring. Detta kan uppfattas som ett administrativt merarbete och är också en förklaring till att samverkan inte alltid är så enkelt.

Den kommunala hälso- och sjukvården kräver enligt lagar och författningar kompetens som sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Dessa yrkeskategorier har formell kompetens för sina respektive hälso- och sjukvårdsuppgifter och får överlåta en arbetsuppgift/delegera till en annan person endast då det är förenligt med god och säker vård. Den som beslutar om vilka arbetsuppgifter som får delegeras inom den kommunala hälso- och sjukvården är Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. En delegering av en arbetsuppgift är personlig och är inget som kan ske med tvång utan får endast ske frivilligt. Den personal inom hemtjänsten som mottager en delegering gör det personligen och utöver sitt ordinarie ansvarsområde.

Hemtjänst/hjälp i hemmet är behovsprövade insatser enligt Socialtjänstlagen och bedrivs inom Omvårdnad Gävle av både egenregi och av externa utförare. Oavsett

om hemtjänst drivs i egenregi eller av extern utförare så ska samma förvaltningsövergripande riktlinjer och rutiner följas. I förfrågningsunderlaget som reglerar kraven på hemtjänstutförarna i LOV systemet anges bland annat att utförarens personal skall ha adekvat utbildning och/eller tillräcklig kompetens som är lämpligt för uppdraget.

Kommunala Pensionärsrådet har tagit del av motionen och ställer sig bakom Omvårdnadsnämndens yttrande och har inget ytterligare att tillägga.

Inlägg i ärendet

Anders Jansson (M) och Tord Fredriksen (V).

Yrkanden

Anders Jansson (M) yrkar bifall till Kommunstyrelsens förslag.

Tord Fredriksen(V) yrkar bifall till motionen.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Kommunstyrelsens förslag mot Tord Fredriksen (V) bifallsyrkande och finner att Kommunfullmäktige bifaller Kommunstyrelsens förslag.

Votering begärs och bifalles. Följande voteringsproposition godkännes. Den som bifaller Kommunstyrelsens förslag röstar ja. Den som vill bifalla Tord Fredriksen (V) bifallsyrkande röstar nej. Vid votering avges 64 röster, varav 34 ja-röster, 29 nej-röster 1 avstår. Ordföranden finner att Kommunfullmäktige bifaller Kommunstyrelsens förslag.

Reservationer

Vänsterpartiets ledamöter reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt yrkande.

Beslutsunderlag

- §136 KS Motion (V) - Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänst/hemsjukvården (V), dnr 17KS396-7
- Motion (V) - Inför konkurrens på lika villkor inom Hemtjänsten/hemsjukvården, dnr 17KS396-1
- Utlåtande över motion - Inför konkurrens på lika villkor inom Hemtjänsten/hemsjukvården (V), dnr 17KS396-6

Justerare			Uppdragsbestyrkande

- Kommunala Pensionärsrådet - Yttrande gällande Motion (V) – Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen, dnr 17KS396-5
- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag 2017-12-22 motion Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/hemsjukvården, dnr 17KS396-3
- Omvårdnadsnämnden - Yttrande motion Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/hemsjukvården, dnr 17KS396-4

Justerare			Uppdragsbestyrkande

Gävle KOMMUN

Kommunstyrelsen/Kommunfullmäktige

Utlåtande över motion – Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänst/hemsjukvården (V)

Ordförandens förslag till beslut

Kommunstyrelsens ordförande föreslår kommunstyrelsen och kommunfullmäktige besluta

att med hänsyn till det inkomna yttrandet anse motionen som besvarad.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 25 september 2017, § 28 a, väckte Tord Fredriksen (V) rubricerad motion.

Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden och Kommunala pensionärsrådet.

I yttrandet har det framkommit att hemsjukvårdens organisation under 2017 justerats för att få färre samverkanspartners. Detta bidrar till att skapa förutsättningar för ett patientsäkert, personcentrerat teamarbete samt ger likartade förutsättningar för kund/ patient oavsett utförare. Dokumentation sker separat inom de olika verksamhetsområdena utifrån gällande lagstiftning. Utan samtycke från den enskilde kunden så ska sekretesslagstiftningen tillämpas vid muntlig och skriftlig informationsöverföring. Detta kan uppfattas som ett administrativt merarbete och är också en förklaring till att samverkan inte alltid är så enkelt.

Den kommunala hälso- och sjukvården kräver enligt lagar och författningar kompetens som sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Dessa yrkeskategorier har formell kompetens för sina respektive hälso- och sjukvårdsuppgifter och får överlåta en arbetsuppgift/delegera till en annan person endast då det är förenligt med god och säker vård. Den som beslutar om vilka arbetsuppgifter som får delegeras inom den kommunala hälso- och sjukvården är Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. En delegering av en arbetsuppgift är personlig och är inget som kan ske med tvång utan får endast ske frivilligt. Den personal inom hemtjänsten som mottager en delegering gör det personligen och utöver sitt ordinarie ansvarsområde.

Hemtjänst/hjälp i hemmet är behovsprövade insatser enligt Socialtjänstlagen och bedrivs inom Omvårdnad Gävle av både egenregi och av externa utförare. Oavsett om hemtjänst drivs i egenregi eller av extern utförare så ska samma förvaltningsövergripande riktlinjer och rutiner följas. I förfrågningsunderlaget som reglerar kraven på hemtjänstutförarna i LOV systemet anges bland annat att utförarens personal skall ha adekvat utbildning och/eller tillräcklig kompetens som är lämpligt för uppdraget.

Kommunala Pensionärsrådet har tagit del av motionen och ställer sig bakom Omvårdnadsnämndens yttrande och har inget ytterligare att tillägga.

Beslutsunderlag

- Motion
- Yttrande för besvarande av motion
- Utlåtande över motion

Kommunstyrelsens ordförande
Patrik Stenvard (M)

Vänsterpartiet
Brynäsgatan 38, 802 85 Gävle
Telefon 026-611 700
gavle@vansterpartiet.se

Motion från Vänsterpartiet

2017 09 25

Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/hemsjukvården

Gävle kommun tog den 1 februari 2013 över ansvaret för hemsjukvården från landstinget Gävleborg. Bakgrunden var en förväntan att en sammanhållen organisation för vård och omsorg i hemmet skulle leda till mervärde för patienten i form av bättre kontinuitet med färre vårdkontakter och smidigare planering av vård- och omsorgsinsatser. Till följd av detta skulle upplevelsen av god kvalitet öka.

Definitionen av hemsjukvård är enligt Socialstyrelsens termbank, hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård kan ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt daglig verksamhet och dagverksamhet. Hemsjukvård ska skiljas från öppenvård.

I Gävleborgs län är förutsättningarna för att få tillgång till hemsjukvård att patienten själv eller med assistans, saknar förmåga att ta sig till hälsocentralen och/eller att bedömningen vid vårdplanering är att hemsjukvård ger mervärde för vårdens resultat. Kommunen ansvarar för hemsjukvård på primärvårdsnivå, insatser som ges av distriktssköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster dygnet runt. Hemsjukvårdens besök kan vara både planerade och oplanerade.

En utvärdering som gjorts visar att många medarbetare inom hemsjukvården anser att de lägger mer tid på administrativa uppgifter nu jämfört med när de arbetade i primärvården, före Gävle kommuns övertagande. Det handlar om överföring av information mellan organisationerna, men också om verksamhetssystem inom kommunen som upplevs sakna anpassning till arbetsuppgifterna. Andra exempel som tas upp är att mer tid går till att registrera i olika register och att legitimerad sjukvårdspersonal utför arbetsuppgifter som att boka bilar och beställa förråd.

När hemsjukvården kopplas in har det med hälso- och sjukvårdsansvar att göra. På många håll inom hemtjänsten bedrivs avancerad vård och även palliativ vård. Samarbete är viktigt när hemsjukvården ska delegera ansvar till den hemtjänstpersonal som ska göra vårdinsatser och förskrivningar av till exempel inkontinensskydd och hjälpmedel. Samarbetet har, enligt vad Vänsterpartiet erfar, fungerat bristfälligt med de LOV-företagare som är verksamma i Gävle. Det finns exempel på att privata LOV-utförares hemtjänstpersonal saknat delegation för att bedriva vård hos den person de arbetar hos.

Om hemsjukvården ska fungera genom delegerat ansvar till hemtjänsten krävs att personalen har undersköterskekompetens och känner till signaturlistor.

Hemsjukvården har aldrig arbetsplatsträffar med privata utförare och det finns exempel på kontaktuppgifter till privata utförare som inte har uppdaterats. Det saknas helt enkelt praktiska möjligheter för hemsjukvårdens distriktsjuksköterskor att ha ett fungerade samarbete med de privata hemtjänstutförare som förekommer i Gävle kommun.

Det bristande samarbetet är en patientsäkerhetsrisk. Om personal inom hemtjänsten saknar rätt utbildning hamnar läkemedelsutdelning på hemsjukvårdens distriktsjuksköterskor och resurser för det arbetet saknas i dagsläget. Systemet för samarbete med hemtjänsten bygger på en fungerande delegation. Dessutom finns andra praktiska svårigheter med ökad administrativ börda som skapas utifrån olikheter i journalsystemen.

Fördelning av hur hemsjukvården ska delegera arbetsuppgifter till de privata utförarna försvåras också av att olika hemsjukvårdsområden har varsina privata utförare som de ska delegera till. Den ordningen innebär att hemsjukvården kan delegera till hemtjänstpersonal som inte har någon patient inom hemsjukvårdsområdet. Även det en försvårande omständighet för samarbetet.

Ovanstående beskrivning kan kopplas till ett sammanhang som Vänsterpartiet Gävle har pekat på tidigare och som nyligen aktualiserats inom omvårdnadsnämnden efter tillsyn av IVO med en omorganisering av hemsjukvården som följd. Vänsterpartiet anser också att rådande brister i samarbetet sannolikt har kostnadsdrivande effekter och att det saknas förutsättningar för konkurrens på lika villkor mellan privat och offentlig verksamhet inom Omvårdnad Gävle.

Mot given bakgrund yrkar Vänsterpartiet

att Kommunfullmäktige beslutar ge omvårdnadsnämnden i uppdrag att se över Omvårdnad Gävles organisation så att konkurrens på lika villkor mellan privat och offentlig verksamhet kan bli verklighet

att varje hemtjänstutförare, som har omsorgstagare med hemsjukvård, säkerställer att hemsjukvård, genom en fungerande delegation från hemsjukvården, kan utföras inom den egna organisationen.

att personal inom hemtjänsten har adekvat utbildning för sitt uppdrag när det finns omsorgstagare med behov av insatser för hemsjukvård.

Tord Fredriksen

§ 17: Motion (V) - Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna (V)

Delges:

Omvårdnadsnämnden

Dnr 17KS397

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Kommunstyrelsens förslag

att med hänsyn till det inkomna yttrandet anse motionen som besvarad.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 25 september 2017, § 28 b, väckte Tord Fredriksen (V) rubricerad motion.

Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden och Kommunala pensionärsrådet.

Motionären lyfter i sin motion betydelsen av att omsorgstagare behöver en förbättrad information som stärker möjligheten till medvetna val av hemtjänstutförare. För att underlätta för den enskilde kunden i valsituationen är informationsbladen om de valbara hemtjänstutförarna sedan LOV införandet utformade på ett standardiserat sätt. Där anges bland annat antalet anställda, personalens utbildning, om det finns kollektivavtal, inriktning och profil mm.

Motionären föreslår att informationen om hemtjänstutförarna ska vara tillgänglig och anpassad. Information om valfrihetsystemet och om respektive utförare finns tillgängligt på Gävle kommuns webbplats (gavle.se) och i tryckta informationsblad. I kontakten med biståndshandläggaren får kunden samtliga informationsblad för respektive utförare inför sitt val. Kunden kan även få muntlig information av biståndshandläggaren eller via Gävle kommuns kundtjänst.
Vid behov kan tolk anlitas.

För den som behöver ta del av informationen på annat språk finns en översättningsfunktion på webbplatsen. Det finns en särskilt anpassad webbsida med förenklad text så att översättningen blir så korrekt som möjligt. En folder som beskriver valfrihetsystemet och information om att välja och byta utförare finns översatt på arabiska, engelska, finsk, persiska och somaliska.

Det finns även möjlighet på webbplatsen att få informationen uppläst.

Samtlig information som finns om valfrihetssystemet och hemtjänstutförarna på kommunens webbplats och i trycksaker uppdateras löpande då Omvårdnad Gävle har ansvar för att det ska finnas korrekt information om samtliga utförare i valfrihetssystemet.

Omvårdnad Gävle har sedan hösten 2016 deltagit i projektet ”analys och visualisering” som drivs av ekonomiavdelningen på kommunledningskontoret. I ett delprojekt, ”Stratsys medborgarportal”, har man arbetat med en förbättrad information till medborgarna om kvalitetsnivån på de verksamheter som kommunen tillhandahåller. I slutet av oktober 2017 beslutade kommunledningskontoret att delprojektet skulle avslutas som projekt och överlämnas till linjefunktionerna Ekonomi och Kommunikation på kommunledningskontoret.

Kommunikationsavdelningen ska i huvudsak inrikta sig på arbetet med hur information kommuniceras till medborgarna via gavle.se.
Ekonomiavdelningen, i samarbete med berörda förvaltningar, ska arbeta med vad som kommuniceras, främst till den del som avser olika nyckeltal/kvalitetsmått.
Bedömningen är att uppdraget med att erbjuda tillgänglig och anpassad information till medborgarna ryms inom det uppdrag som kommunikationsavdelningen på kommunledningskontoret har fått.

Motionären föreslår även att informationen om hemtjänstutförarna skall omfatta ett antal definierade mått.
Det kan konstateras att ungefär en tredjedel av måtten ingår bland de mått som tagits fram i anslutning till det ovan beskrivna delprojektet ”Stratsys medborgarportal” och som kommer att publiceras på gavle.se.

När det gäller övriga mått är bedömningen att några kan läggas till på listan av de som kommer publiceras på gavle.se. Vissa mått är dock inte lämpliga. Exempelvis förekommer det endast undantagsvis att sjuksköterskor är anställda inom hemtjänsten, då den kompetens som efterfrågas i hemtjänsten är undersköterskans. Därför är måttet ”andel sjuksköterskor av antalet anställd personal” olämpligt att redovisa. Vidare finns exempel på föreslagna mått som skulle innebära att ytterligare undersökningar av hemtjänstkundernas uppfattningar, än de som idag görs i Socialstyrelsens regi, måste genomföras. Exempelvis tillfrågas inte hemtjänstkunderna, i den befintliga enkätundersökningen, specifikt om hur man upplever kontinuiteten i mötet med hemtjänstpersonalen.

Kommunala Pensionärsrådet har tagit del av motionen och ställer sig bakom Omvårdnadsnämndens yttrande och har inget ytterligare att tillägga.

Inlägg i ärendet

Anders Jansson (M), Tord Fredriksen (V) och Patrik Stenvard (M).

Yrkanden

Anders Jansson (M) yrkar bifall till Kommunstyrelsens förslag.

Tord Fredriksen(V) yrkar bifall till motionen.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Kommunstyrelsens förslag mot Tord Fredriksen (V) bifallsyrkande och finner att Kommunfullmäktige bifaller Kommunstyrelsens förslag.

Votering begärs och bifalles. Följande voteringsproposition godkännes. Den som bifaller Kommunstyrelsens förslag röstar ja. Den som vill bifalla Tord Fredriksen (V) bifallsyrkande röstar nej. Vid votering avges 65 röster, varav 35 ja-röster, 30 nej-röster. Ordföranden finner att Kommunfullmäktige bifaller Kommunstyrelsens förslag.

Reservationer

Vänsterpartiets ledamöter reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt yrkande.

Beslutsunderlag

- §137 KS Motion (V) - Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna (V), dnr 17KS397-7
- Motion (V) - Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna, dnr 17KS397-1
- Utlåtande över motion -Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna (V), dnr 17KS397-6
- Yttrande från Kommunala Pensionärsrådet KPR - Motion (V) Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna, dnr 17KS397-5
- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag 2017-12-12 motion Förbättra från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna, dnr 17KS397-3
- Omvårdnadsnämnden - Yttrande motion Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till meborgarna, dnr 17KS397-4

Gävle KOMMUN

Kommunstyrelsen/Kommunfullmäktige

Utlåtande över motion – Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna (V)

Ordförandens förslag till beslut

Kommunstyrelsens ordförande föreslår kommunstyrelsen och kommunfullmäktige besluta

att med hänsyn till det inkomna yttrandet anse motionen som besvarad.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 25 september 2017, § 28 b, väckte Tord Fredriksen (V) rubricerad motion.

Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden och Kommunala pensionärsrådet.

Motionären lyfter i sin motion betydelsen av att omsorgstagare behöver en förbättrad information som stärker möjligheten till medvetna val av hemtjänstutförare. För att underlätta för den enskilde kunden i valsituationen är informationsbladen om de valbara hemtjänstutförarna sedan LOV införandet utformade på ett standardiserat sätt. Där anges bland annat antalet anställda, personalens utbildning, om det finns kollektivavtal, inriktning och profil mm.

Motionären föreslår att informationen om hemtjänstutförarna ska vara tillgänglig och anpassad. Information om valfrihetsystemet och om respektive utförare finns tillgängligt på Gävle kommuns webbplats (gavle.se) och i tryckta informationsblad. I kontakten med biståndshandläggaren får kunden samtliga informationsblad för respektive utförare inför sitt val. Kunden kan även få muntlig information av biståndshandläggaren eller via Gävle kommuns kundtjänst.
Vid behov kan tolk anlitas.

För den som behöver ta del av informationen på annat språk finns en översättningsfunktion på webbplatsen. Det finns en särskilt anpassad webbsida med förenklad text så att översättningen blir så korrekt som möjligt. En folder som beskriver valfrihetsystemet och information om att välja och byta utförare finns översatt på arabiska, engelska, finsk, persiska och somaliska.

Det finns även möjlighet på webbplatsen att få informationen uppläst.

Samtlig information som finns om valfrihetssystemet och hemtjänstutförarna på kommunens webbplats och i trycksaker uppdateras löpande då Omvårdnad Gävle har ansvar för att det ska finnas korrekt information om samtliga utförare i valfrihetssystemet.

Omvårdnad Gävle har sedan hösten 2016 deltagit i projektet ”analys och visualisering” som drivs av ekonomiavdelningen på kommunledningskontoret. I ett delprojekt, ”Stratsys medborgarportal”, har man arbetat med en förbättrad information till medborgarna om kvalitetsnivån på de verksamheter som kommunen tillhandahåller. I slutet av oktober 2017 beslutade kommunledningskontoret att delprojektet skulle avslutas som projekt och överlämnas till linjefunktionerna Ekonomi och Kommunikation på kommunledningskontoret.

Kommunikationsavdelningen ska i huvudsak inrikta sig på arbetet med hur information kommuniceras till medborgarna via gavle.se.
Ekonomiavdelningen, i samarbete med berörda förvaltningar, ska arbeta med vad som kommuniceras, främst till den del som avser olika nyckeltal/kvalitetsmått. Bedömningen är att uppdraget med att erbjuda tillgänglig och anpassad information till medborgarna ryms inom det uppdrag som kommunikationsavdelningen på kommunledningskontoret har fått.

Motionären föreslår även att informationen om hemtjänstutförarna skall omfatta ett antal definierade mått.
Det kan konstateras att ungefär en tredjedel av måtten ingår bland de mått som tagits fram i anslutning till det ovan beskrivna delprojektet ”Stratsys medborgarportal” och som kommer att publiceras på gavle.se.

När det gäller övriga mått är bedömningen att några kan läggas till på listan av de som kommer publiceras på gavle.se. Vissa mått är dock inte lämpliga. Exempelvis förekommer det endast undantagsvis att sjuksköterskor är anställda inom hemtjänsten, då den kompetens som efterfrågas i hemtjänsten är undersköterskans. Därför är måttet ”andel sjuksköterskor av antalet anställd personal” olämpligt att redovisa. Vidare finns exempel på föreslagna mått som skulle innebära att ytterligare undersökningar av hemtjänstkundernas uppfattningar, än de som idag görs i Socialstyrelsens regi, måste genomföras. Exempelvis tillfrågas inte hemtjänstkunderna, i den befintliga enkätundersökningen, specifikt om hur man upplever kontinuiteten i mötet med hemtjänstpersonalen.

Kommunala Pensionärsrådet har tagit del av motionen och ställer sig bakom Omvårdnadsnämndens yttrande och har inget ytterligare att tillägga.

Beslutsunderlag

- Motion
- Yttrande för besvarande av motion
- Utlåtande över motion

Kommunstyrelsens ordförande
Patrik Stenvard (M)

Vänsterpartiet
Brynäsgatan 38, 802 85 Gävle
Telefon 026-611 700
gavle@vansterpartiet.se

Motion från Vänsterpartiet

2017-09 25

Förbättra informationen från utförare av Gävle kommuns hemtjänst till medborgarna

Forskning visar att medborgare saknar möjlighet, att på grund av bristande information, göra medvetna val. I Gävle kommun redovisas en del underlag till medborgarna, men mycket saknas när det gäller val av hemtjänstutförare.

Vänsterpartiets inställning är att omsorgens privatisering till största delen handlar om att överföra ägande från det gemensamma, offentliga till det privata. Privata hemtjänstföretagares intressen har kommit i första hand och möjligheten för omsorgstagare att göra medvetna val har kommit i andra hand. Därför har det saknats reellt intresse för att säkerställa möjligheten för omsorgstagare att på ett medvetet sätt kunna tillämpa den givna valfriheten inom offentlig och privat hemtjänst i Gävle kommun. En valfrihet som är det mest återkommande argumentet för att legitimera pågående privatisering av den offentliga välfärden. Men för att omsorgstagare ska kunna uppnå verklig valfrihet av hemtjänstutövare inom Gävle kommun krävs förbättrad information som ska vara grund för medvetna val av befintlig hemtjänst.

Den som på allvar tror på positiva effekter av brukarval, bör rimligtvis säkerställa att de mest basala premisserna uppfylls.

För det första bör informationen vara **tillgänglig** genom att följande erbjuds:

- Skriftlig information på andra språk än svenska
- Tolk
- Skärmläsare
- Förstoringsprogram

För det andra ska informationen vara **anpassad** genom att följande erbjuds

- Standardiserade rubriker och webbaserade lösningar för att enkelt jämföra olika utförare
- Information om samtliga utförare
- Uppdaterad information (inte äldre än ett år)

För det tredje ska ett antal grundläggande **kvalitetsmått** presenteras av varje särskild hemtjänstutförare:

- Antal anställda
- Antal anställda per brukare
- Andel omsorgstagare som deltar i utformandet av genomförandeplan
- Andel undersköterskor av antal anställd personal
- Andel sjuksköterskor av antalet anställd personal
- Andel anställda som arbetar minst 85 procent av heltid
- Personalomsättning/år (antal som slutade föregående år)
- Vilka språkkunskaper som finns tillgängliga
- Omsorgstagarnas upplevda möjlighet att påverka insatsers genomförande.
- Omsorgstagarnas nöjdhet med givna insatser
- Omsorgstagarnas upplevelse av kontinuitet i mötet med personal
- Om utföraren utser en kontaktperson
- Om utföraren använder underentreprenad
- Omsorgstagarnas uppfattning av personalens bemötande

Med hänvisning till att Gävle kommuns medborgare ska ges möjlighet att göra medvetna val av hemtjänstutförare yrkar Vänsterpartiet

att Kommunfullmäktige beslutar-ge Omvårdnadsnämnden i uppdrag att skapa ett informationsmaterial som stärker möjligheten till medvetna val enligt ovan givna beskrivning.

Tord Fredriksen

§ 18: Motion (V) - Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen (V)

Delges:

Omvårdnadsnämnden

Dnr 17KS398

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Kommunstyrelsens förslag

att med hänsyn till det inkomna yttrandet avslå motionen.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 25 september 2017, § 28 c, väckte Tord Fredriksen (V) rubricerad motion.

Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden och Kommunala pensionärsrådet.

Inlägg i ärendet

Anders Jansson (M), Tord Fredriksen (V) och Patrik Stenvard (M).

Yrkanden

Anders Jansson (M) yrkar bifall till Kommunstyrelsens förslag.

Tord Fredriksen(V) yrkar bifall till motionen.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Kommunstyrelsens förslag mot Tord Fredriksen (V) bifallsyrkande och finner att Kommunfullmäktige bifaller Kommunstyrelsens förslag.

Votering begärs och bifalles. Följande voteringsproposition godkännes. Den som bifaller Kommunstyrelsens förslag röstar ja. Den som vill bifalla Tord Fredriksen (V) bifallsyrkande röstar nej. Vid votering avges 65 röster, varav 35 ja-röster, 29 nej-röster och 1 avstår. Ordföranden finner att Kommunfullmäktige bifaller Kommunstyrelsens förslag.

Reservationer

Vänsterpartiets ledamöter reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt yrkande.

Beslutsunderlag

- §138 KS Motion (V) - Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen (V), dnr 17KS398-6
- Motion (V) - Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen, dnr 17KS398-1
- Utlåtande över motion - Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen (V), dnr 17KS398-5
- Omvårdnadsnämnden - Protokollsutdrag 2017-12-12 motion Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen, dnr 17KS398-3
- Omvårdnadsnämnden - Yttrande motion Inför konkurens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrull, dnr 17KS398-4
- Yttrande Motion (V) – Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen, dnr 324184

Gävle KOMMUN

Kommunstyrelsen/Kommunfullmäktige

Utlåtande över motion – Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen (V)

Ordförandens förslag till beslut

Kommunstyrelsens ordförande föreslår kommunstyrelsen och kommunfullmäktige besluta

att med hänsyn till det inkomna yttrandet avslå motionen.

Ärendebeskrivning

Vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 25 september 2017, § 28 c, väckte Tord Fredriksen (V) rubricerad motion.

Ett yttrande över motionen har inkommit från Omvårdnadsnämnden och Kommunala pensionärsrådet.

Motionären skriver att konkurrens på lika villkor saknas i organisationen i och med att nattpatrullen i nuläget tar alla ärenden och larm som kommer från vårdtagaren, oavsett vilken hemtjänstutförare som har ansvaret dagtid.

Vidare skriver motionären att det är särskilt allvarligt i och med att de anser att hemtjänstens styrka ligger i verksamhetens omfattning och påverkar möjligheten att fördela tillgångar. Därför yrkar Vänsterpartiet att Kommunfullmäktige ger Omvårdnadsnämnden i uppdrag att se över organisationen med nattpatrullen och att privata hemtjänstföretag, vars omsorgstagare behöver hjälp på natten, säkerställer att den egna verksamheten tillgodoser detta.

Omvårdnad Gävle förslår att motionen bör avslås med nedanstående motivering.
Förslaget bedöms vara kostnadsdrivande då samtliga hemstjänstutförare skulle behöva ha en uppbyggd nattverksamhet i form av administration, bilar och personal.

Förslaget bedöms medföra en risk för negativ miljöpåverkan då det är sannolikt att transporterna med bil kommer att öka och möjligheten att ruttoptimera försämras.

Förslaget bedöms försvåra breddinförandet gällande de satsningar som görs på välfärdsteknik med syfte att stärka den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv.

För den grupp kunder som är i behov av vak insatser är behovet av personkontinuitet avgörande. Detta ingår redan i samtliga hemtjänstensutförares uppdrag, dygnet runt.

Lagen om valfrihet (LOV)
Lagen om valfrihet (LOV) infördes 2012 inom hemtjänsten i Gävle kommun. Inför införandet gjordes två utredningar om och hur detta skulle vara möjligt. Inför genomförandet gjordes en omvärldsspaning av såväl förtroendevalda som ledande tjänstemän för att ta del av andra kommuners erfarenheter.

Inför uppstarten genomfördes en konsekvensanalys utifrån perspektiven kund, medarbetare, livsmiljö- och hållbarhet samt ekonomi.

LOV inom hemtjänst startade på försök i fyra år för att man särskilt skulle kunna följa effekterna av vad ett valfrihetssystem kunde innebära med fokus på ovanstående fyra perspektiv. Vissa justeringar genomfördes under prövoperioden och 2016 tog Kommunfullmäktige beslut om att permanenta verksamheten.

Nattverksamheten är en egen resultatenhet, är anslagsfinansierade och ingår inte som en del av egenregins hemtjänst och omfattas inte av LOV systemet.

Hemtjänstutförares åtagande
Utföraren skall utföra hemtjänstinsatser för personer i ordinärt boende enligt Socialtjänstlagen i form av service, omvårdnad och aktiviteter, enligt biståndsbeslut och vad som övrigt framgår i kravspecifikationen och tillhörande bilagor. Insatserna skall utformas i samråd med kund.

Insatserna skall kunna erbjudas dag- och kvällstid (kl. 06.45-22.00) alla dagar på året. För vissa insatser kan undantag eller tillägg förekomma. Exempel på ett sådant undantag är insatsen ”Vak”. Vak beviljas i första hand vid svår sjukdom och vid vård i livets slutskede. Insatsen kan sträcka sig över såväl kortare som längre tidsperioder och kunna utföras under dygnets alla timmar. Vid oförutsedda händelser, t.ex. plötsligt insjuknande hos kund, skall utföraren omgående kunna tillgodose behov som inte ingår i biståndsbeslutet.

För att tillförsäkra kund en god omvårdnadskontinuitet finns rutiner och systemstöd för en säker för informationsöverföring mellan dag och natt.

Omvårdnad Gävles ställningstagande till att nattverksamheten ligger utanför såväl extern som intern hemtjänst är följande:
En koncentration av verksamheter med ”sällaninsatser” anses vara kostnadseffektivt. Detta antagande grundas på att om samtliga hemstjänstutförare skulle ha en uppbyggd nattverksamhet i form av administration, bilar och personal skulle det vara kostnadsdrivande.

Utifrån miljöhänseende finns det ytterligare effekter med att samla insatserna till en enhet, då besöken planeras effektivt för minsta möjliga miljöpåverkan. De satsningar som görs på ny teknik syftar till att stärka den enskildes integritet och innebär även ett minskat behov av vissa nattinsatser.
Detta skulle försvåras om nattresurserna skulle fördelas ut på respektive utförare. Konkurrens på lika villkor i en skattefinansierad modell kommer troligen aldrig att kunna genomföras fullt ut så länge lagstiftaren beslutat att kommunen har det yttersta ansvaret för medborgarens möjligheter till en skälig levnadsnivå. Däremot kan kommunen göra sitt yttersta för att medborgaren ska få vård och omsorg på lika villkor utifrån ett så konkurrensneutralt och kostnadseffektivt sätt som möjligt.
Omvårdnad Gävle anser att motionärens förslag skulle kunna innebära en negativ påverkan både på ekonomin, miljön och kvalitén och att motionen därmed bör avslås.

Kommunala Pensionärsrådet har tagit del av motionen och ställer sig bakom Omvårdnadsnämndens yttrande och har inget ytterligare att tillägga.

Beslutsunderlag

- Motion
- Yttrande för besvarande av motion
- Utlåtande över motion

Kommunstyrelsens ordförande
Patrik Stenvard (M)

Vänsterpartiet
Brynäsgatan 38, 802 85 Gävle
Telefon 026-611 700
gavle@vansterpartiet.se

Motion från Vänsterpartiet

2017-09-25

Inför konkurrens på lika villkor inom hemtjänsten/nattpatrullen

Oavsett vilket hemtjänstföretag en omsorgstagare har är det alltid kommunen (Omvårdnad Gävles nattpatrull) som kommer till den person som har biståndsinsats på natten eller larmar nattpatrullen.

Det här innebär en klar konkurrensfördel för privata hemtjänstföretag i Gävle kommun. Genom denna ordning kan de privata hemtjänstföretagen organisera sin verksamhet utan att behöva tänka på och betala för omsorg under natten även om de har omsorgstagare som har biståndsbeslut för omsorg nattetid, eller det kommer larm på natten från någon person som har privat hemtjänst under dagtid.

Systemet/organisationen visar på inkonsekvens av valfrihetens logik. Varför är den så hyllade valfriheten begränsad i detta sammanhang och inte i andra? Varför kan en omsorgstagare till exempel inte välja städ av en utförare, personlig omvårdnad av en annan, trygghetslarm av en tredje, nattpatrull av en fjärde, hemsjukvård av en femte och så vidare och så vidare…

Svaret är naturligtvis att det handlar om annat än verklig valfrihet för enskilda individer. Däremot handlar det om privatisering av offentliga tillgångar. Den valfrihet som lagstiftningen ursprungligen angav avseende privatisering av offentlig välfärdsverksamhet handlar om frihet för företag att fritt få etablera sig och få tillgång till skattemedel för att bedriva verksamhet i form av vård, skola och omsorg. Begreppet valfrihet har sedan omvandlats till valfrihet för individen och används nu som argument för att legitimera de privata välfärdsföretagens etablering.

Vänsterpartiets bedömning är att konkurrens på lika villkor saknas i organisationen med nattpatrullen. I nuläget tar Omvårdnad Gävles nattpatrull samtliga vårdärenden och larm som kommer från vårdtagare oavsett vilken hemtjänstutförare som har ansvaret under dagtid.

Detta är särskilt allvarligt eftersom hemtjänstens styrka ligger i verksamhetens omfattning och påverkar möjligheten att fördela tillgångar.

Mot given bakgrund yrkar Vänsterpartiet

att Kommunfullmäktige ger Omvårdnadsnämnden i uppdrag se över organisationen med Omvårdnad Gävles nattpatrull.

att privata hemtjänstföretag, vars omsorgstagare behöver hjälp på natten, säkerställer att den egna verksamheten kan tillgodose detta.

Tord Fredriksen

Gävle KOMMUN

Sammanträdesprotokoll

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2018-09-24

Plats och tid
Stadshusets Spegelsal, kl. 09:00-17:00

Paragraf
§§14–15 omedelbart justerad

Närvarande
Se sidan 2

Justeringens plats och tid
2018-09-24

.....
Sekreterare Anders Selander

.....
Ordförande Margareta Larsson (M)

.....
Justerare Birgittha Bjerkén (M) Inger Schörling (MP)

Anslag/Bevis

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Kommunfullmäktige

Sammanträdesdatum
2018-09-24

Anslag sätts upp
2018-09-24

Anslag tas ned
2018-10-15

Förvaringsplats för protokollet
Kommunledningskontoret / Diariet

.....
Underskrift Anders Selander

§ 15: Avsägelser samt fyllnadsval år 2018

Delges:
Berörda

Dnr 18KS44

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar

att bifalla Valberedningens förslag på avsägelser och fyllnadsval och utse

Stephanie Forsmark (C) till ledamot och vice ordförande i Socialnämnden

Leena Edholm (S) till ledamot i Omvårdnadsnämnden

Matilda Sundquist Boox (S) till ersättare i Omvårdnadsnämnden

Sergio Manzanares (S) till lekmannarevisor i Kommungaranti Skandinavien Försäkrings AB (from 2018-08-31)

att paragrafen justeras omedelbart

Ärendebeskrivning

Valberedningens utlåtande angående avsägelser samt fyllnadsval behandlas.

Följande förtroendevalda har avsagt sig sina uppdrag:

Karin Hedberg (C) ledamot och vice ordförande i Socialnämnden
Kristina Hedberg (S) ledamot i Omvårdnadsnämnden
Hampus Forsmark (S) lekmannarevisor i Kommungaranti Skandinavien Försäkrings AB (from 2018-08-31)

Leena Edholms (S) uppdrag som ersättare i Omvårdnadsnämnden upphör när hon väljs till ledamot i samma nämnd.

Inlägg i ärendet

Kjell Helling (L)

Beslutsunderlag

- Protokoll valberedning 180924, dnr 346084