

# Svar på remiss God och nära vård – en primärvårdsreform SOU 2018:39

S2018/03436/FS

## Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen är överlag positiv till de förslag som ges i delbetänkandet. Den färdplan och målbild som beskrivs stämmer väl överens med regionens egna ambitioner.

Regionen önskar en större tydlighet i definitionerna ”första linjens vård”, ”primärvård” – både kommunal och landsting/regional, och ”nära vård”.

Region Jämtland Härjedalen anser att det förvirrar mer än stärker patientens kontinuitet att ha regleringar om både fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Grunden bör vara fast vårdkontakt och sen ska patientens behov avgöra vem som bäst kan vara den vårdkontakten.

Region Jämtland Härjedalen uppskattar att utredningen försöker lösa kompetens-försörjningsproblemen i primärvården men tror inte att statligt finansierade ST-tjänster i primärvård är en bra lösning. Regionens erfarenhet är att det inte primärt är begränsad budget för ST-block som avgör antalet läkare som gör ST i allmänmedicin. En statlig satsning bör hellre riktas till att stärka landsting/regioners hela utbildningskapacitet.

Utredningen lägger inga förslag om överföring av resurser av resurser från sjukhusvård till primärvård men nämner de nu löpande överenskommelserna mellan staten och SKL gällande ekonomisk resursförstärkning till bl a primärvården. Utredningens uppfattning är att fortsatta ekonomiska tillskott skulle kunna göras för en generell satsning på primärvården. Region Jämtland Härjedalen stödjer utredningens

resonemang om behovet av ekonomiskt stöd från staten för att möjliggöra och skynda på förflyttningen från sjukhusvård till primärvård.

## Kapitel 8 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård och att följa färdplanen

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på förslagen till fördjupad målbild för primärvården och avvaktar slutbetänkandet.

Utredningen föreslår fyra olika storheter som årligen ska följas upp:

- 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.*

Vidare föreslås att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls 2021, 2024 och 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

Region Jämtland Härjedalen anser att det nationella samrådet behöver ske tätare än tre gånger fram till 2027. Förslaget att samla representanter från kommunal, landsting/region och statlig nivå är mycket lovvärt.

Region Jämtland Härjedalen vill poängtera behovet av att samrådet också får en geografisk spridning över landet eftersom villkoren för primärvård och nära vård har olika utmaningar i olika delar av landet. Parallellt med de nationella samråden bör länsvisa samråd mellan landsting/regioner och kommunerna ske i strukturerad form.

Region Jämtland Härjedalen stödjer Sveriges och Kommuners synpunkt på behovet av en nationell strategi för utvecklingen av Nära vård.

Uppföljningen av de fyra storheterna bör utformas i nära samverkan med kommuner och regioner och då utformas så att de mäter uppföljning av Nära vård inte bara primärvård. Dessutom bör uppföljningen utformas så att också kommunernas primärvård omfattas och på ett sådant sätt att effekterna för medborgarna i samarbetet mellan landsting/region och kommunerna kan utvärderas.

I kap 8.5 skriver utredningen om Överföring av resurser men lägger inga förslag. I utredningens beskrivning nämns de nu löpande överenskommelserna mellan staten och SKL gällande ekonomisk resursförstärkning till bl a primärvården. Utredningens uppfattning är att fortsatta ekonomiska tillskott skulle kunna göras för en generell satsning på primärvården. Region Jämtland Härjedalen stödjer utredningens resonemang om behovet av ekonomiskt stöd från staten för att möjliggöra och skynda på förflyttningen från sjukhusvård till primärvård.

Region Jämtland Härjedalen poängterar att utredningen inte kan gå för långt i sina ambitioner kring förslag på överföring av resurser från traditionella sjukhusorganisationer till primärvården eftersom det är frågor som det enskilda landstinget/regionen måste hantera själva i sin budgetprocess inom ramen för det kommunala självbestämmandet. Dessutom måste det vägas in att sjukhusvård kanske kan flyttas närmare patienterna genom att arbeta med ny teknik utan att uppgifterna blir den organisatoriska primärvårdens uppgifter.

Samtidigt med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård med delbetänkanden pågår flera andra mycket omfattande parallella processer, såsom arbetet med nivåstrukturering, arbetet med nationellt och sjukvårdsregionalt högspecialiserad vård och uppbyggnaden av den nationella kunskapsstyrningen med dess effekter på hälso- och

sjukvårds-strukturen både nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt. Dessa processer kommer att engagera en stor del av hälso- och sjukvårdens medarbetare under lång tid framöver.

Dessa samtidiga processer medför att utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård med delbetänkanden inte ensamma räcker som underlag för de stora och övergripande beslut som staten, regionerna/landstingen och kommunerna måste ta avseende inriktning framöver och finansiering.

Bl.a. behövs det i närtid en fortlöpande utvärdering av effekterna av alla de beslut som tas inom ramen för nationell kunskapsstyrning. De flesta NPO'n, nationella programområden, har nu startat och ett återkommande besked från dessa är att arbetet med vårdkedjor och flöden ska prioriteras. Det kommer att satsas på en förbättrad och tillgänglig kompetens på alla nivåer, nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt. Den högspecialiserade vården fungerar inte om det inte finns en hög kompetens på det nära sjukhuset/länssjukhuset/akutsjukhuset och i Primärvården som kan säkerställa kvalificerad uppföljning av patienter över längre tid.

Budskapet i den föreslagna nya bestämmelsen i 7 kap. 2 a § HSL som föreslås träda i kraft 1 januari 2019 (prop. 2017/18:83) innebär att landstingen är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården kan ges nära befolkningen. Samtidigt som detta innebär ett stort åtagande för Primärvården innebär det ett stort åtagande för det nära sjukhuset/länssjukhuset/akutsjukhuset vid tillstånd som kräver uppföljning vid specialistmottagningar.

Detta pågående arbete inom ramen för nationell kunskapsstyrning kommer att medföra ökade krav på hög kompetens både på det stora universitetssjukhuset, det mindre sjukhuset och inom primärvården. Allt tyder på att det kommer att ge ekonomiska effekter på alla nivåer parallellt med fortsatta medicinska framsteg.

I nuläget har både sjukhusbundna verksamheter och primärvården stora ekonomiska bekymmer på många ställen i landet, inte minst i Norrland och i skogslänen.

Utredningens kommentarer om ekonomiska resursförstärkningar från staten i som generella satsningar tycker Region Jämtland Härjedalen är bra. Region Jämtland Härjedalen ser statens riktade satsningar som värdefulla, men när fördelningen är både specifikt riktad och utifrån befolkningsandel får regionen ofta lägga stor andel av finansieringen på projektledning/samordning i förhållande till de stora landstingen.

## **Kapitel 9 Definitionen av primärvård behöver moderniseras**

Region Jämtland Härjedalen anser att utredningen inte är tydlig i sina definitioner. Utredningens rubrik är God och Nära vård – en primärvårdsreform, men i utredningen görs ingen definition av begreppet Nära vård. Det är bra att det betonas att nära vård är ett begrepp som omfattar både primärvården och hela eller delar av andra hälso- och sjukvårdsenheter, såsom t.ex. delar av socialtjänsten, delar av sjukhusvården och den specialiserade öppenvården. Själva begreppet primärvård behöver dock förtydligas mer vilket också framgår i delbetänkandet. Utredningens definition av primärvård upplevs enbart handla om landstingens/regionernas primärvård, dvs kommunernas primärvård omnämns i utredningen men passar inte i den definition som föreslås.

Det är bra med förtydligandet att varje landsting/region och kommun ansvarar för den slutliga utformningen av den nära vården i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar.

I utredningen påpekas att av ordet primärvård följer att det är första vårdnivån. Vidare står det att målet är att nå en sömlös vård som utgår från patientens behov inte hur hälso- och sjukvården organiserar sig.

Region Jämtland Härjedalen tycker då att det är olyckligt att just lägga fokus och definition på ordet primärvård som just är ett organisatoriskt begrepp och delat ansvar mellan landsting/regioner och kommuner. Kanske skulle det vara tydligare att lägga fokus och definitioner på begreppet första vårdnivå eller första linjens vård.

Region Jämtland Härjedalen önskar tydligare beskrivning av gränsdragningen mellan landsting/regioners och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. Nära vård kräver ett utvecklat samarbete mellan landsting/regioner och kommunal hälso- och sjukvård. Det är inte jämlik vård om 21 landsting/regioner och 291 kommuner ska förhandla om gränsdragningar och ansvarsgränser för att kunna skapa tydliga samarbetsstrukturer för sina medarbetare i vardagen. I ett sådant förtydligande måste också respektive huvudmans ansvar för utvecklingen av sin hälso- och sjukvård. Det kan då vara svårt att knyta definitionen till begrepp som "särskilda tekniska resurser" eller "särskild kompetens".

Definitionen är viktig för att veta hur/vad som ska följas upp i denna reform.

### **I kapitel 9 försöker utredningen också att förtydliga primärvårdens grunduppdrag.**

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens förslag att primärvårdens grunduppdrag ska regleras på nationell nivå och att det samtidigt ger möjligheter att utöka uppdraget vilket är nödvändigt i t ex glesbygd. Men det bör beaktas hur beskrivningen av det grundläggande primärvårdsuppdraget påverkar kommuner och landsting/regioner egna organisering av primärvården. Det innebär därmed ett ingrepp i det kommunala självstyret. Nya åligganden ska som huvudregel regleras i lag.

Region Jämtland Härjedalen anser att det är svårt att definiera grunduppdraget i primärvård när utredningens definition av primärvård

kopplat till kommunerna är otydligt. Region Jämtland Härjedalen påpekar vikten av att ett nationellt primärvårdsuppdrag inte får låsa landsting/regioner och kommuner organisatoriskt. Lokala behov och förutsättningar måste utgöra en viktig grund för hur den nära vården ska utvecklas och organiseras.

**I utredningens framförs synpunkter på att landsting och regioner bör samarbeta för att göra sin Vårdval för primärvård mer lika när det gäller uppdrag, ersättningsmodeller mm.** Detta är troligen inte möjligt utifrån olika politiska majoriteter med olika politiska intressen av att göra olika avvägningar och styrning, dvs det kommunala självstyret måste respekteras. Dessutom finns olika geografiska förutsättningar att beakta.

I utredningen har man glömt att vårdgivare verksamma i den nationella taxan verkar i primärvård, bra att det nu har blivit ett tilläggsdirektiv i denna utredning.

Utredningen beskriver ett flertal framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård, t ex interprofessionellt arbetssätt, flexibla former för tjänstgöring, medverkan i kunskapsstyrningsarbetet, deltagande i relevanta kvalitetsregister (PrimärvårdsKvalitet), fast läkarkontakt för särskilda boenden, krav på utförares medverkan i utbildning och forskning, uthållighet i att minska beroendet av inhyrd vårdpersonal, digitaliseringen som möjlighet i den löpande verksamhetsutvecklingen.

Framgångsfaktorerna är bra men beskriver ett nuläge. Region Jämtland Härjedalen saknar beskrivning av samverkan mellan primärvården, ambulanserna, 1177, mobila specialistteam och kommunernas vård och omsorg som framgångsfaktor. Framgångsfaktorn med särskild läkare för särskilda boenden talar mot allas rätt att välja vårdcentral.

## Kapitel 10 Kontinuitet i Primärvården

Det är i grunden positivt för befolkningen att ha en fast läkarkontakt, i synnerhet för personer med en eller flera kroniska sjukdomar. Region Jämtland Härjedalen anser dock att det förvirrar mer än stärker patientens kontinuitet att ha regleringar om både fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Grunden bör vara fast vårdkontakt och sen ska patientens behov avgöra vem som bäst kan vara den vårdkontakten. I denna fråga bör arbetet med patientkontrakt vägas in. Där läggs fokus på olika lösningar för olika behov, personcentrerat. Patienternas medskapande och delaktighet behöver också vägas in och beaktas. Framtidens arbetssätt bygger på teamarbete och kompetensväxling och att då lyfta fram fast läkarkontakt är direkt motsägelsefullt.

Region Jämtland Härjedalen anser att frågan om listningstak borde vara en arbetsgivarfråga utifrån vårdtyngd och arbetsmiljö. Att reglera listningstak kommer att minska patienternas valfrihet.

Region Jämtland Härjedalen uppskattar att utredningen försöker lösa kompetensförsörjningsproblemen i primärvården men tror inte att statligt finansierade ST-tjänster i primärvård är en bra lösning. Regionens erfarenhet är att det inte primärt är begränsad budget för ST-block som avgör antalet läkare som gör ST i allmänmedicin. I stället är det konkurrens från andra specialiteter, bristande resurser för handledning och arbetsmiljöfrågor som avgör. Att öka antalet ST block i allmänmedicin förutsätter därför också ökat antal AT-block, utökade resurser för handledning mm. Det är således ett antal samlade åtgärder som krävs varför en riktad satsning på enbart ST-block kan få begränsad effekt. Det svårt att argumentera för varför staten ska finansiera specifika tjänster hos sjukvårdshuvudmännen. En sådan satsning bör hellre riktas till att stärka landsting/regioners hela utbildningskapacitet.



## Kap 11 Kompetens för att utfärda intyg

Region Jämtland Härjedalen ser med lite förvåning på att utredningen valt att ägna ett helt kapitel med förslag på hantering av en arbetsuppgift, men anser att de synpunkter och förslag som framförs är bra. Särskilt positivt är det om det går att komma till en mer professionsneutral intygshantering där så är möjligt. Intygsskrivandet av läkare är inte alltid det effektivaste sättet att besvara en frågeställning. Det har gjorts studier vid Umeå Universitet (Ruth Mannelqvist) som beskrivit att läkaren inte är bästa funktion för att utfärda sjukintyg. Samma forskare menar också att lagstiftningen mot försäkringskassan där det uttryckligen står att ett läkarintyg ska beskriva arbetsförmågenedsättningen pga. medicinska skäl är en avig tolkning. Ruth Mannelqvist menar att begreppen läkarintyg skrevs in i lagstiftningen när andra yrkesprofessioner inte kunde beskrivas ha medicinsk kompetens. Med andra ord är ordet läkarintyg kanske ett gammalt svenskt ord som idag benämns som medicinska intyg. Medicinska intyg bör kunna skrivas av den medicinska personal, oberoende av titel eller roll, som utifrån intygets ändamål och patientkännedom är bäst lämpad att skriva intyget.

Region Jämtland Härjedalen anser det också vara bra att utredningen tar upp att övriga myndigheters egna rutiner för intyg behöver ses över. Det finns rutinkrav hos kommuner och andra myndigheter som inte stämmer överens med vad de faktiskt behöver för att fatta ett beslut och det har utredningen fångat väl.

### **Utredningens förslag på lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020**

Region Jämtland Härjedalen tror att frågan om enhetligt grunduppdrag i primärvård, föreskrift om kompetens för fast läkarkontakt samt rapport

till nationell databas för primärvård kan bli svår att leva upp till från 1 juli 2020. Det är också viktigt att ta hänsyn till de tilläggsdirektiv som lagts i denna utredning samt hänsyn tas till utredningen om ”Styrningen för en mer jämlik vård”

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson  
Regiondirektör