

Avdelningen för Vård och omsorg
Sektionen för Hälso- och sjukvård
Emma Spak

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

God och nära vård - En primärvårdsreform SOU 2018:39

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beretts möjlighet att yttra sig över betänkandet God och nära vård - En primärvårdsreform SOU 2018:39. Förbundet har valt att i första hand kommentera de delar av betänkandet som innebär viktigare författningsändringar eller på annat sätt bedöms av mer strategiskt intresse för SKL:s medlemmar.

Sammanfattning

Sveriges kommuner och Landsting

- delar utredningens övergripande problembeskrivning och den inriktningsbeskrivning för omställningen till god och nära vård som ges, denna förändring bedöms som nödvändig för att hälso- och sjukvårdens utmaningar ska kunna hanteras och en fortsatt utveckling med ökad kvalitet säkerställas.
- delar uppfattningen att det behövs en långsiktig strategi och målbild som delas av landsting, kommun och stat för att möjliggöra en hållbar utveckling av en god och nära vård. SKL förordar att vidareutvecklingen av målbilden och uppföljning av omställningen bör bedrivas i nära samverkan mellan stat, landsting och kommun genom ett gemensamt strategiskt arbete, snarare än den föreslagna uppföljningen i form av nationella samråd, detta strategiska arbete bör påbörjas så snart som möjligt.
- anser att ett övergripande nationellt primärvårdsuppdrag bör regleras lag, förslaget att reglera uppdraget i förordning avstyrks av SKL.
- tillstyrker grunden i förslaget om fast läkarkontakt i primärvården men menar att det krävs förtydliganden både avseende uppdraget, ytterligare reglering och administration för att en adekvat konsekvensanalys av förslaget ska kunna genomföras.
- delar utredningens bild att omställningen till nära vård ställer stora krav på kompetensförsörjningen, SKL avstyrker dock förslaget att staten specifikt ska finansiera 1250 nya ST-läkartjänster, ett mer generellt stöd till kompetensförsörjning vore en lämpligare väg att gå.
- anser inte att utredningen lever upp till de krav som ställs i kommitté-förordningen på kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar (Kommitté-förordningen förordningen §14 och §15). Utredningen hänvisar till en fördjupad analys i slutbetänkandet. Då det inte har gjort en ordentlig konsekvensutredning är det inte möjligt att bedöma i vilken omfattning finansieringsprincipen är tillämplig.
- menar att stora delar av de åtgärder som krävs för den förflyttning utredningen ska stödja inte låter sig regleras fram i lagstiftning, förordning eller föreskrift. Det finns dessvärre en risk att utredningen ges sken av att kunna reglera fram mer av denna förflyttning än vad som de facto är rimligt.

Generella kommentarer

- SKL delar utredningens övergripande problembeskrivning och den inriktningsbeskrivning för omställningen till god och nära vård som ges denna förändring bedöms som nödvändig för att hälso- och sjukvårdens utmaningar ska kunna hanteras och en fortsatt utveckling med ökad kvalitet säkerställas.
- SKL delar uppfattningen att det behövs en långsiktig strategi och målbild som delas av landsting, kommun och stat för att möjliggöra en hållbar utveckling av en god och nära vård.
- SKL välkomnar att utredningen i sitt andra delbetänkande tydliggör att det är patienters och brukares behov som är utgångspunkten för omställningen till nära vård och att ett personcentrerat arbetssätt och patientens medskapande betonas. De flesta förslagen har dock fortsatt ett mycket organisatoriskt perspektiv och denna ansats i utredningen kan bara realiseras genom SKL:s medlemmars eget utvecklingsarbete.
- SKL betraktar nära vård som ett förhållningssätt som syftar till en sömlös vård utgående från patientens/brukarens behov och förutsättningar. Detta förutsätter en nära samverkan mellan aktörer. Att samverka mellan kommun och landsting hanteras i kommande delbetänkande och slutbetänkandet gör det dessvärre svårt att bedöma befintliga förslag som del i en större helhet. Speciellt avseende samverkan mellan kommun och landsting.
- I delbetänkandet framhålls att kommuner och landsting båda är utförare av primärvård och såväl socialtjänst som kommunal hälso- och sjukvård benämns återkommande. Distinktionen mellan primärvård i gemen och vårdval primärvård är dock otydlig.
- Utredningen lever enligt SKL:s bedömning inte upp till de krav som ställs i kommittéförordningen på kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar (Kommittéförordningen förordningen §14 och §15). Utredningen hänvisar till en fördjupad analys i slutbetänkandet. Då det inte har gjorts en adekvat konsekvensutredning är det inte möjligt att bedöma i vilken omfattning finansieringsprincipen är tillämplig. SKL anser framför allt att det saknas en analys av konsekvenserna för kommunerna när allt större del av vården kommer att kunna ske i hemmet.
- SKL ställer sig bakom utredningens tydliga förespråkande av interprofessionella arbetssätt som beskrivs i flera goda exempel och framför allt i bilaga 3. De goda exemplen och bilagan synliggör dock en av utredningens stora utmaningar. Stora delar av de åtgärder som krävs för den förflyttning utredningen ska stödja låter sig inte regleras fram i lagstiftning, förordning eller föreskrift. Det finns en stor risk att utredningen genom framtidsbeskrivningar och exempel ger sken av att kunna reglera fram mer av denna förflyttning än vad som de facto är rimligt att tro.

Utredningens förslag: Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård

Förbundets ståndpunkt

SKL ser positivt på utredningens utveckling av målbilden där patientperspektivet synliggjorts ytterligare jämfört med det första delbetänkandet. SKL anser dock allt jämt att organisationsperspektivet har en allt för framskjuten plats i målbilden och att patienten/brukaren benämns som en passiv mottagare snarare än en aktiv partner. SKL har valt att beskriva målbilden för god och nära vård enligt nedan

- En god och nära vård utgår från individuella förutsättningar och behov.
- En god och nära vård bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- En god och nära vård bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Den beskrivna färdplanens tydliga markering att omställningsarbetet kräver långsiktighet och samverkan är en bild SKL delar.

SKL menar dock att det krävs en närmare samverkan mellan stat, landsting och kommuner avseende utvecklingen av målbilden och uppföljningen av omställningen till nära vård än den som föreslås av utredningen i form av ett fåtal nationella samråd och traditionella överenskommelser. SKL menar att omställningen till nära vård är ett område som skulle lämpa sig väl för en mer långsiktig gemensam nationell strategi i likhet med Vision e-hälsa 2025.

Utredningen har aviserat avsikten att fortsätta utveckla och uppdatera färdplan och målbild under hela utredningsarbetet. Då utredningstiden förlängts innebär detta att målbild och färdplan först 2020 kan tas över av staten, landstingen och kommunerna i samverkan. SKL anser att utvecklingen av en nationell strategi och en fördjupad samverkan mellan staten, landstingen och kommunerna inom nära vård området bör initieras redan nu. Målbilden bör fortsatt utvecklas inom ramen för en sådan samverkan.

Utredningens förslag: Uppföljning av målbild – nationella samråd och fyra storheter

Förbundets ställningstagande

Uppföljningen av utvecklingen av den nära vården måste ske på såväl macro- som meso- och micro-nivå. SKL instämmer i utredningens resonemang att indikatorer behöver tas fram för flera aspekter av omställningen och att såväl patient/brukar-perspektiv som medarbetarperspektiv inkluderas. De fyra storheterna som föreslås följas i utredningen är dock svåra att bedöma då indikatorerna är allt för översiktligt beskrivna. Till exempel kommer storheten som föreslås spegla medarbetarperspektivet - andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis är smal och kommer inte kunna spegla medarbetarperspektivet i omställningen. För att säkerställa att uppföljningen

blir så användbar som möjligt i det fortsatta omställningsarbetet bör den utformas i nära samverkan mellan stat, kommuner och landsting, företräddesvis inom ramen för ett nationellt strategiskt nära vård arbete.

Utredningens förslag: Överföring av resurser till primärvården

Förbundets ställningstagande

Överföring av resurser till primärvården, så väl kommunal som landstings initierad, från övriga delar av hälso- och sjukvården är inte en kontroversiell tanke i sak om än svår att genomföra i praktiken. Om en överföring ska lyckas kräver det en mycket stark och tydlig styrning i landstingen, tydliga prioriteringar samt förankring och medverkan inte minst från sjukvårdens personal – överföring av ekonomiska resurser kan heller inte driva omställningen. Utredningen pekar på möjligheten att hantera omställningskostnader genom en riktad satsning på primärvården i form av en bredare överenskommelse mellan staten och SKL/huvudmännen. Ett tillskott av statliga medel för att täcka omställningskostnader är nödvändigt för att utan fördröjning möjliggöra en omställning i hela landet. En överenskommelse avseende omställning till nära vård bör ha en tydlig koppling till det gemensamma strategiskt arbete SKL förordar bör ske mellan staten, landstingen och kommunerna där gemensamma mål för omställningen utarbetas. Överenskommelsen kan inte vara förenad med detaljerade villkor, nyttjandet av resurserna måste kunna anpassas efter de lokala/regionala behoven i syfte att uppnå de gemensamma målen. SKL vill understryka att överenskommelser på nära vård området måste inkludera kommunerna inte enkom landstingen om omställningen ska kunna inkludera hemsjukvård, egenvård så väl som socialtjänst och på allvar nå ända ut i hemmen.

Utredningen beskriver att det i samband med slutbetänkandet kommer att redovisas ekonomiska konsekvenser av förslag som kan förutses påverka omfördelningen av resurser mellan dagens vårdformer. Att den ekonomiska analysen ska presenteras först i slutbetänkandet försvårar möjligheten att bedöma de ekonomiska konsekvenserna av de förslag som utredningen presenterar här och nu och gör dessa svårare att tillstyrka. SKL menar att denna analys bör utföras och presenteras så snart som möjligt. Innan dess kan ingen bedömning göras avseende finansieringsprincipens tillämpbarhet. Det blir inte heller möjligt att bedöma under hur lång period ökade övergångskostnader är att förvänta.

Utredningens förslag: Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Förbundets ställningstagande

SKL tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen ska beredas möjlighet att utöka Patientregistret till att omfatta uppgifter från den av landstingens uppdragna primärvården. När det gäller insamling av statistik från den primärvård som utförs som kommunal hälso- och sjukvård så utökar Socialstyrelsen sin insamling av individbaserade uppgifter 1 januari 2019. Då omfattar den också kontaktorsak, legitimerad yrkesgrupp samt åtgärd – det bör finnas en kongruens i

den data som samlas in så att analyser kan spänna över primärvård inom kommun så väl som landsting.

Socialstyrelsen möjlighet bör inte begränsa möjligheten till annan uppföljning av primärvården inom ramen för t.ex. kvalitetsregister.

En möjlighet för huvudmännen att få bygga upp uppföljningsdatabaser över vårdgivargränser skulle ytterligare möjliggöra sammanhängande uppföljning av långvariga komplexa vårdförlopp med många inblandade vårdgivare. Att endast genomföra uppföljning av enskilda vårdinsatser i stuprör försvårar utvecklingen av den nära vården och gör relevant analys och utveckling svårare.

Förslaget innebär en ny rapporteringsskyldighet för landstingen avseende vissa uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas, väntetidsdatabasen. Frågan är om det går att lagstifta om att uppgifter från landstingen ska lämnas till SKL.

Avseende samtlig uppföljning av primärvård krävs uppgifter från privata utförare inom såväl vårdval som upphandlade enheter för att uppgifterna ska bli nog heltäckande för att vara användbara.

Utredningens förslag: Definitionen av primärvård behöver moderniseras, ny lydelse i hälso- och sjukvårdslagen.

Förbundets ställningstagande

Definitionen av termen primärvård och författningskommentaren tar inte höjd för att kommunal hälso- och sjukvård också är primärvård. Eftersom kommunal hälso- och sjukvård är avgränsad till vård som få ges till bestämda grupper stämmer inte definitionens första mening där det anges att primärvård är öppenvård utan avgränsningar när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. SKL bedömer att definitionen inte fungerar om syftet är att beskriva alla verksamheter inom primärvården, då det förutom de kommunala verksamheterna med lagstadgade begränsningar finns en mängd verksamheter som endast möter kraven i den andra meningen, detta kan till exempel gälla, psykiatriska mottagningar för unga vuxna eller hembesöksteam för äldre. Den första meningen fungerar enkom om definitionen beskriver hela primärvården övergripande, detta bör i så fall tydliggöras.

Enligt författningskommentaren ska uttrycket grundläggande tas bort ur lagtexten men den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är just grundläggande vård och om uttrycket försvinner försvinner kopplingen till det kommunala ansvaret. Det är vår tolkning att utredningen vill inkludera kommunal hälso- och sjukvård i primärvården men SKL ser en risk att den föreslagna definitionen inte kommer att kunna tillämpas på den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag: Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas och regleras i förordning

Förbundets ställningstagande

SKL ställer sig bakom en övergripande nationell reglering av primärvårdens grunduppdrag. Primärvårdens grunduppdrag bör vara brett förankrat och hållbart över tid. För att uppnå detta bör beslutet fattas av riksdagen och regleras i lag snarare än genom förordning. Grunduppdraget är kärnan i den föreslagna reformen och bör, om det ska fylla sin funktion, påverka hur kommuner och landsting organiserar primärvården. Genom att tydliggöra primärvårdens nationella grunduppdrag kan staten tydliggöra primärvårdens inriktning för befolkningen, denna bestämmelse kommer ofelbart att innebära en inskränkning av det kommunala självstyret.

När den bedöms som nödvändig åstadkoms en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården bäst genom lag och inte förordningar eller föreskrifter där risken är att detaljeringsgraden i regleringen blir allt för stor. Nya åligganden, som detta, ska också som huvudregel regleras i lag.

Att primärvårdens grunduppdrag tydligare framgår av lagstiftning medför också att det blir tydligare för en var hur hälso- och sjukvårdens resurser förväntas disponeras. Genom att tydliggöra primärvårdens nationella grunduppdrag i en lag torde det vara lättare för staten att synliggöra primärvårdens inriktning för att möta befolkningens behov och önskemål.

Enligt författningskommentaren ska inget hindra att primärvårdens utformning anpassas efter lokala och regionala behov och det finns inget som hindrar att man på lokal eller regional nivå har tilläggsuppdrag i primärvården. Den nära vården måste kunna utvecklas utifrån lokala behov och förutsättningar vilket måste tydliggöras och understrykas. SKL anser att detta är avgörande för att kunna tillstyrka en reglering av ett nationellt grunduppdrag.

Avseende konsekvens analys se nästa stycke Utredningens förslag: Nationellt primärvårdsuppdrag

Utredningens förslag: Nationellt primärvårdsuppdrag

Förbundets ställningstagande

SKL anser att det föreslagna nationella primärvårdsuppdraget avseende innehåll har en någorlunda rimligt övergripande nivå som tydliggör behovet av bred kompetens. Att utredningen understryker det förebyggande arbetet på så väl befolknings- som individnivå är positivt och något SKL ställer sig bakom.

Det är positivt att utredningen markerar att både landsting och kommuner är ansvariga för primärvården. Hur detta delade ansvar ska fungera i praktiken är dock inte tydligt belyst och i delar av utredningen är det svårt att avgöra om det är det övergripande uppdraget för både kommuner och landsting alternativt det väsentligt mer avgränsade vårdval primärvård som avses. Denna otydlighet bidrar också till att utredningens intentioner kring det, så kallade,

vårdval primärvård samt vårdval primärvårds koppling till övrig primärvård inom så väl kommun som landsting och de eventuella kraven på ytterligare vårdval blir mycket svåra att tolka. Framför allt kommunernas roll inom primärvården blir otydlig.

Det befintliga förslaget till förordning bör kunna nyttjas som utgångspunkt till ett lagförslag vilket är den regleringsnivå SKL förespråkar för primärvårdens grunduppdrag.

Utredningen ger flera mer detaljerade synpunkter på primärvårdens innehåll och arbetssätt dessa kommer dock i form av till intet förpliktigande rekommendationer till, i första hand landstingen, risken med en så riklig mängd rekommendationer är att de ger sken av att utredningens konkreta förslag är mycket mer långtgående än de de facto är något som riskerar att undergräva förtroendet för den omställningen som ska åstadkommas.

Utredningen avstyrker flera förslag från utredningen ”Effektiv vård”, bland dem förslaget om riktad primärvård och remisstvång till akutsjukvård. I SKL:s remissvar till ”Effektiv vård” ställde sig förbundet bakom förslaget avseende en riktad primärvård, bejakandet av förslaget motiverades primärt med att SKL eftersträvar att målet uppnås utan ett egentligt ställningstagande avseende vägen dit. SKL bedömer att detta mål kan uppnås genom andra lösningar än genom en riktad primärvård varför detta förslag inte nödvändigtvis behöver utvecklas vidare, SKL ställer sig alltså bakom utredningens intention att inte gå vidare med detta specifika förslag. Utredningen avfärdar också förslaget om remisstvång till akutmottagningar, detta avstyrktes av SKL redan i remissvaret till ”Effektiv vård”.

Utredningen gör inga konsekvensanalyser av vad den förslagna förordningen skulle kräva av landstingen i förhållande till nuvarande, betydligt mindre detaljerade, reglering i HSL. Utredningen nöjer sig med att beskriva den föreslagna förordningen som ett förtydligande av nuvarande reglering. Detta är inte acceptabelt ur ett landstingsperspektiv och utredningen uppfyller heller inte de formella kraven i Förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. En konsekvensutredning ska visa ”kostnadmässiga och andra konsekvenser som regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen,”

Exempelvis föreslår utredningen att primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är ”mycket god”. Detta torde vara en ambitionsnivåhöjning i förhållande till nuvarande reglering och behöver därför konsekvensutredas.

Eftersom utredningen inte har gjort någon fullödig konsekvensutredning är det inte möjligt att bedöma i vilken omfattning finansieringsprincipen är tillämplig. En adekvat konsekvensanalys måste därför genomföras.

Utredningens förslag: Primärvårdens samordnande roll

Förbundets ställningstagande

Utredningen föreslår en samordnande rollen för primärvården. Grundintentionen är god men utredningen har lagt ansvaret att skapa förutsättningarna för denna samordning helt på

landstingen och kommunerna. Till och med den för samordningen helt avgörande möjligheten till informationsdelning beskrivs endast med ett konstaterande att detta är möjligt inom samma vårdgivare och föranleder därför inga förslag till ny reglering.

Intentionen kring den fasta läkarkontaktens funktion i denna samordning är ottydligt beskriven. Det är oklart om förväntningen är att den fasta läkarkontakten ska vara behandlande läkare eller om det är frågan om att stå för övergripande medicinsk kontinuitet eller enkom administration av kontakter med hälso- och sjukvården. Den samordnande roll som föreslås är ottydligt definierad inte minst avseende tänkt mandat i relation till andra utförare. Vården kan innebära kontakter med olika vårdgivare inom ett eller flera landsting så väl som kommunal hälso- och sjukvård om primärvården som samordnare saknar reellt mandat och det inte finns ett väl förankrat arbetssätt riskerar samordningsfunktionen att bara vara en roll på pappret utan egentlig funktion, i värsta fall med ökad administration som enda effekt. Konsekvenserna av förslaget är inte möjliga att bedöma då det är allt för ottydligt beskrivet.

Utredningens förslag: Utbildning och forskning inom primärvårdens område

Förbundets ställningstagande

SKL bejakar att forskningsuppdraget i primärvården stärks. SKL vill dock understryka att den föreslagna regleringen skulle innebära en inkongruens i relation till reglering av forskning inom övrig hälso- och sjukvård. SKL menar att det är rimligt att reglering av forskning ska "bedrivas" inom ett område inte bara gäller primärvården utan även den specialiserade vården om denna reglering ska införas. Som tidigare förespråkar SKL en lagreglering av primärvårdens grunduppdrag snarare än en reglering i förordning. SKL vill också understryka att det utökade forskningsuppdraget inte är genomlyst avseende ekonomiskt konsekvenser, huruvida finansieringsprincipen är tillämplig kan därför inte avgöras.

Förslagen avseende utbildning gäller utbildning på grundnivå och på avancerad nivå dessa begrepp syftar i allmänhet på utbildningar inom högskolans ram.

Det bör därför förtydligas att kravet bör vara att utförarna bidrar till utbildning på alla nivåer som är relevanta för primärvårdens yrkesgrupper, det vill säga utbildningar på gymnasial nivå, inom yrkeshögskolan, högskoleutbildningar samt vidareutbildningar av icke-legitimerad och legitimerad personal.

Utredningens förslag: Samverkan kring förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

Förbundets ställningstagande

Författningskommentaren beskriver indirekt hur landstingen ska organisera primärvårdens grunduppdrag och framstår som "lagstiftning via förarbeten". Av författningskommentaren framgår även att för primärvårdens grunduppdrag ska kunna fullgöras krävs därutöver flera olika legitimerade yrkesgrupper där ett stort antal yrkesgrupper listas medan andra som t.ex. logopedier lämnas därhän utan någon fördjupad analys. Enligt författningskommentaren ska landstingen genom organisatoriska åtgärder och kravställning i förfrågningsunderlag

säkerställa att alla utförare i Vårdval primärvård ensam 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. Denna författningskommentar är mycket detaljerad och styrande och inskränker det kommunala självstyret – den riskerar också att skapa en allt för långtgående praxis avseende kompetenser inom primärvården vilket riskerar att hämma utvecklingen av den nära vården.

Utredningens förslag: Vikten av kontinuitet och möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas

Förbundets ställningstagande

Det är positivt att utredningen, i syfte att öka jämlikheten i vården, förtydligar befintlig lagstiftning och det ansvar SKL:s medlemmar redan i dag har att tillhandahålla en fast läkarkontakt i primärvården. SKL anser att det är avgörande att fast läkarkontakt ses som en åtgärd bland flera för att förstärka förutsättningarna att bygga goda relationer i syfte att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet. SKL anser också att det är avgörande att patienten först väljer en helhet i form av en utförare inom primärvården därefter en läkarkontakt som ska ses som en del i denna helhet.

Listningen hos utförare i primärvård har idag inte någon formell legal betydelse den är dock avgörande för landstingens ersättningar till utförare inom vårdval. Att den fasta läkarkontakten i det föreslagna vårdval primärvård kopplas till valet av utförare i primärvården är en tydlig förändring som i viss mån begränsar patientens valfrihet men samtidigt tydliggör utförarens roll och möjliggör ett strategiskt arbete för att utveckla kontinuitet och kvalitet – detta kräver dock att hierarkin är tydlig avseende valen. SKL saknar en analys av hur detta förslag påverkar patientens möjlighet att i enlighet med patientlagen fritt söka öppen hälso- och sjukvård i Sverige.

Utredningens förslag innebär ett förtydligande av att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt och även kunna välja vilken läkare patienten har förtroende för hos den utförare patienten valt inom landstingets vårdval primärvård. Detta är en långtgående bestämmelse som kommer att öka de administrativa kraven om avsikten är att information och val ska ske samordnat för samtliga patienter.

Det framgår inte tydligt av förslaget vad rollen som fast läkarkontakt de facto förväntas innebära, något som riskerar att skapa höga förväntningar som sedan inte kan infrias fram för allt avseende samordning. Det är också oklart i vilken utsträckning fast läkarkontakt ska handla om ett lokalt arbetssätt eller vara en funktion som ska se likadan ut i hela landet. Det framgår inte heller av förslaget vad som händer om patienten inte kan erbjudas listning i enlighet med sitt val. SKL skulle önska att det förelåg en justering av de föreslagna författningsförslagen som ger landstingen en skyldighet att i möjligaste mån tillgodose patientens val av fast läkarkontakt i Vårdval primärvård en formulering som denna skulle skapa en möjlighet att prioritering de tillgängliga personalresurserna, något SKL bedömer att

det inte finns utrymme att göra med den befintliga lydelsen. SKL ser inte heller att den befintliga lydelsen gör det möjligt att sätta patienter på väntlista och inte erbjuda patienten möjlighet att lista sig.

Utredningen föreslår att valet av fast läkarkontakt ska registreras i landstingens administrativa system för val av utförare i Vårdval primärvård samt att informationen om patientens fasta läkarkontakt bör finnas tillgänglig i patientens journal samt exporteras till Nationella patientöversikten. Att uppgiften om fasta läkarkontakt primärt föreslås dokumenteras i administrativa system och sekundärt speglas i journalen indikerar ett mer formellt förhållningssätt till fast läkarkontakt. Denna inriktning innebär en tydlig risk för ökad administration och en ökad formalisering. För att SKL ska kunna bedöma konsekvenserna för landstingens IT-system; listningssystem, journalsystem och koppling till nationella e-tjänster samt för administrationen för att hantera invånarnas val av fast läkarkontakt inom vårdval primärvård krävs det en mer genomgående konsekvensanalys av, det vore också rimligt att andra alternativ övervägdes så att patientens val blir så enkelt att agera på som möjligt.

SKL:s tolkning är att taxeläkare inte kan vara fast läkarkontakt inom vårdval primärvård enligt detta förslag – utredningens tilläggsdirektiv avseende nationella taxan välkomnas därför av SKL för att denna frågeställning ska tydliggöras.

Att valet av fast läkarkontakt inte är tvingande för patienten utan utgör ett erbjudande samt att såväl ST-läkare i allmänmedicin som specialister inom andra breda generalistspecialiteter utöver specialister i allmänmedicin kan vara fasta läkarkontakter bedöms som nödvändiga förutsättningar ur personalförsörjningshänseende. Det är SKL:s tolkning att endast patienter som så önskar ska listas på läkare avsikten ter sig inte vara passiv listning ska tillämpas..

Att fullt ut kunna bedöma konsekvenserna av utredningens förslag avseende fast läkarkontakt i primärvård låter sig inte göras. Då utredningen hänskjuter viktiga frågor rörande förutsättningarna för listning till andra aktörer. Frågan om omlistning hos aktör inom vårdval primärvård föreslås utreda vidare inom Göran Stiernstedts pågående uppdrag ”Styrning för en mer jämlik vård”. Enligt förfrågan inom SKL:s vårdvalsnätverk ses inte omlistningar som ett problem, patienternas valfrihet anses viktigare. Det bedöms också innebära ett stort administrativt arbete att begränsa antal listning per patient och år.

Konsekvensanalysen är också svår att genomföra då uppdraget som fast läkarkontakt är otydligt beskrivet avseende innehåll och mandat men framför allt då utredningen föreslår att Socialstyrelsen på Socialdepartementet bemyndigande 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. Detta innebär att ytterligare regelverk för fast läkarkontakt i primärvården kommer att tas fram. En sådan reglering blir en inskränkning av det kommunala självstyret. Det är SKL:s mening att arbetsgivaren, med utgångspunkt i behoven hos de listade patienterna, läkarens förutsättningar och den reglering som föreligger för vårdval primärvård i det aktuella landstinget ska avgöra hur många patienter en enskild läkare ska ansvara för.

SKL saknar också en djupare analys av hur de goda effekterna av fast läkarkontakt i primärvården ska uppnås, att goda effekter kommer att uppnås beskrivs som givet.

Utredningens förslag: Fler ST-tjänster i allmänmedicin

Förbundets ställningstagande

Utredningen underskattar antalet ST-läkare i allmänmedicin och anger att det totalt finns ca 2000. Det är SKL bedömning att det snarare finns mellan 2500 och 2700 ST-läkare i allmänmedicin i Sverige. Bedömningen grundar sig på att det i november 2017 fanns runt 1940 ST-läkare i allmänmedicin direkt anställda av regioner och landsting. Därtill tillkommer ST-läkare anställda hos privata utförare inom vårdvalet. Tidigare undersökningar från SKL och Sveriges läkarförbund visar att andelen privatanställda ST-läkare i allmänmedicin har legat konstant runt 25 procent mellan 2012 och 2016.

SKL delar utredningens analys att antalet ST-läkare i allmänmedicin måste fortsätta att öka de kommande åren. Samtidigt måste primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården också kunna ta emot läkarstudenter, AT-läkare och så småningom BT-läkare i större utsträckning än idag. Även kapaciteten för att utbilda och handleda i andra yrkesgrupper måste öka. Att snabbt bygga upp en betydligt större utbildningskapacitet än tidigare för att kunna lösa kompetensförsörjningen när uppdraget ska växa är en stor utmaning som kommer att innebära nya kostnader.

Staten kan dock inte direkt finansiera enskilda tjänster för ST-läkare, då dessa är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för, inrättar och rekryterar till. SKL måste därför avstyrka förslaget i dess nuvarande lydelse.

Staten kan som tidigare stimulera möjligheten till vidareutbildning och stödja kompetensförsörjningen inom ett visst område genom statsbidrag. För att en satsning på ett effektivt sätt ska underlätta den nära vårdens kompetensförsörjning måste dock tillskjutna medel kunna användas bredare än det befintliga förslaget. Ett landsting som har varit framsynt och redan tagit utökat antalet ST-tjänsterna i allmänmedicin för att möta framtida behov bör ges möjlighet att använda ett eventuellt statligt tillskott till fler ST-tjänster i geriatrik eller för utbildningstjänster för andra yrkesgrupper i primärvården. Satsningar måste även kunna komma kommunerna till del.

Både landstingens primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård behöver bygga upp en större kapacitet för att utbilda och handleda samtliga yrkesgrupper genom hela utbildningskedjan. En statlig satsning bör därför kunna användas utifrån de behov och förutsättningar som finns i landstingen och kommunerna.

Utredningens förslag: Hantering av intyg

Förbundets ställningstagande

SKL har kommit fram till att det utfärdas mellan fyra och fem miljoner intyg av hälso- och sjukvården till ett uppskattat värde motsvarar ungefär 3 miljoner timmar eller 12 miljoner

standardbesök i primärvården. Omfattning av intygsskrivandet innebär att det är av yttersta vikt att behovet av varje intygsförfrågan från en aktör är ordentligt prövad innan den ställs. Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation) innebär dessutom förändringar i kraven på vilka typer av intyg som används och vilken medicinsk information som efterfrågas. SKL ställer sig bakom utredningens inriktning att ett myndighetsöverskridande arbete med syfte att samordna och begränsa kraven på intyg krävs, SKL anser dock inte att utredningens angivna bedömningar räcker till för att säkerställa att denna nödvändiga förändring kommer till stånd. SKL anser att översynen av intyg bör ske i samverkan och att staten bör ta ett samordningsansvar för myndigheterna, kommunernas och landstingens samordning kan ske via SKL men det krävs en tydlig samverkanspart från myndigheterna för att detta ska kunna genomföras på ett effektivt sätt.

En fullt ut digitaliserad och samordnad intygsprocess mellan stat, landsting och kommun, samt en reglering som tydliggör att andra legitimerade vårdprofessioner än läkare, där så är rimligt, får rätt att utfärda vissa intyg skulle ge nödvändig och positiv effektivisering.

Utredningens förslag: Signeringskrav

Förbundets ställningstagande

SKL tillstyrker den föreslagna ändringen i patientdatalagen. Ändringen innebär att utrymmet att underlåta signering utökas jämfört med tidigare reglering, avgörande för om signering 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, något som torde ge verksamhetschefen utrymme att till anpassning efter den verksamhet som bedrivs. Det kan med den beskrivning som ges i författningskommentaren ifrågasättas om elektroniska journaler över huvud taget behöver signeras. Alla uppgifter i digitala journalsystem är spårbara till den användare som antingen själv laddat upp uppgifter eller som på något annat sätt bestämt att de ska tillföras en journal. Eftersom det alltid ska finnas spårbarhet i kan det ifrågasättas om det behövs ett signeringskrav för dessa journaler eller om det är en regel som endast behövs när det är fråga om pappersjournaler.

Utredningens förslag: Konsekvensanalys

Förbundets ställningstagande

Utredningen lever enligt SKL:s bedömning inte upp till de krav som ställs i kommittéförordningen på kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar (Kommittéförordningen förordningen §14 och §15).

Avseende ekonomiskkonsekvensanalys hänvisar utredningen till en fördjupad analys i slutbetänkandet. Då det inte har gjorts en adekvat konsekvensutredning är det inte möjligt att bedöma i vilken omfattning finansieringsprincipen är tillämplig.

SKL anser framför allt att det saknas en analys av konsekvenserna för kommunerna när allt större del av vården kommer att kunna ske i hemmet. Det är t.ex. nödvändigt att

konsekvenserna av förslag som rör egenvård och kan kopplas till begreppet primärvårdsnivå analyseras grundligt.

Utredningen beskriver att det i slutbetänkandet kommer att redovisas ekonomiska konsekvenser. Att den mer genomgående ekonomiska analysen ska presenteras först i slutbetänkandet försvårar möjligheten att bedöma de ekonomiska konsekvenserna av de förslag som utredningen presenterar här och nu och gör dessa svårare att tillstyrka. SKL menar att denna analys bör utföras och presenteras så snart som möjligt. Innan dess kan ingen bedömning göras avseende finansieringsprincipens tillämpbarhet.

Sveriges Kommuner och Landsting

