

2018-10-30

VLL 1623-2018

2018-07-02

S2018/03436/FS

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## God och nära vård - En primärvårdsreform

Västerbottens läns landsting (landstinget) ställer sig överlag positiv till förslagen i delbetänkandet, men med vissa reservationer. Nedan följer generella synpunkter som gäller för ett flertal av förslagen i utredningen och därefter särskilda synpunkter på ett antal förslag.

### Generella synpunkter

Landstinget ser positivt på utredningens förslag om den övergripande målbilden för omställningen till god och nära vård. 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. Utredningen bör dock i alla delar ta hänsyn till det faktum att förutsättningarna skiljer sig kraftigt mellan olika landsting och kommuner, både vad gäller geografi, demografi och ekonomiska resurser. Omställningen till nära vård medför därför behov av en mer jämlik fördelning av hälso- och sjukvårdsresurser i landet, många mindre landsting har mindre resurser och därmed sämre förutsättningar att leverera vård i nivå med storstadsregionerna.

Kommunernas roll i den nära vården och samverkan mellan kommuner och landsting bör tydliggöras i kommande slutbetänkande. Allt för mycket i delbetänkandet fokuserar på landstingets hälso- och sjukvård, inte minst den föreslagna uppföljningen. Likaså bör fokus på ett personcentrerat arbetssätt och patientens medskapande lyftas ytterligare i kommande slutbetänkande.

### Särskilda synpunkter

8 Nationell plan för en god och nära vård

8.3 Att följa färdplanen

Utredningen föreslår ett antal storheter för att följa den föreslagna färdplanens utveckling och för att utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå:

Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården.

Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.

Medarbetare: Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.

Ekonomi: Kostnadsandel (procent) i det som definieras som landsting/regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i landsting/region.

### **Västerbottens läns landsting**

Landstingshuset, Köksvägen 11, 901 89 Umeå  
Telefon: 090-785 00 00, telefax: 090-13 68 82  
E-post: landstinget@vll.se Org.nr: 232100-0222  
VAT-nr: SE232100022201 Bankgiro 5728-3061

2018-10-30

Valet av storheter bör ske i dialog med landsting och kommuner då syftet är att följa utvecklingen av nära vård vilken innefattar både landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Landstingets bedömning är att de föreslagna storheterna i allt för hög grad fokuserar på landstingens verksamhet och inte avspeglar samverkan mellan landsting och kommuner. Vidare fångar storheterna inte heller patientens perspektiv, vilket landstinget anser är avgörande för att kunna följa att utvecklingen av att nära vård går i rätt riktning.

Medarbetarperspektivet riskerar att missa den pågående utvecklingen av "rätt använd kompetens", dvs. andelen specialister speglar inte om primärvårdens olika yrkeskategorier nyttjar sin kompetens rätt. Vidare finns en risk med att följa andelen specialister i allmänmedicin då det inte säger något om hur många specialister i allmänmedicin som arbetar i primärvården. I övrigt är det svårt att kommentera förslaget då det avses breddas inför slutbetänkandet.

Ekonomiperspektivet som avser att följa utvecklingen av kostnader för det som definieras som primärvård i relation till samtliga hälso- och sjukvårdskostnader är inte lämplig för att följa utvecklingen av nära vård utifrån att det, som utredningen påtalar, inte finns någon enhetlig definition av primärvård samt att det inte inkluderar den del av primärvården som ges med kommunen som huvudman. Vidare kommer sannolikt den nära vården att organiseras olika i landet utifrån de olika landstingens förutsättningar. Överföring av resurser medför överföring av arbetsuppgifter/verksamhet och i små landsting är det sannolikt inte det mest effektiva att överföra verksamhet till primärvården utan snarare att föra sjukhusvård närmare patienterna genom att t.ex. arbeta med ny teknik. En ökad kostnadsandel behöver heller inte betyda att primärvården tagit ett större ansvar utan det kan bero på ökade kostnader för hyrpersonal.

Angående nationella samråd kring genomförandet av färdplanen bör det övervägas att hålla dessa årligen då nära samverkan mellan parterna är av yttersta vikt för ett lyckat genomförande av färdplanen.

#### 8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Landstinget ställer sig positiv till förslaget att landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas, men vill samtidigt påtala att detta ställer krav på anpassning av system för inrapportering av data. För att följa utvecklingen av nära vård bör data från kommun och landsting sammanställas för att få uppföljning av patienternas hela vårdförlopp.

#### 8.5 Överföring av resurser

Frågan om överföring av resurser är kanske den svåraste frågan av alla! Det är riktigt att det är landsting/regioner som avgör hur budgeten fördelas, men det är befolkningen som avgör vilka politiker som hanterar budgeten. I Vårdanalys rapport "Förnuft och känsla" 2018:4 pekar man på det faktum att befolkningens förtroende för sjukhusen är större än för primärvården. Inte minst i norra Sverige har vi flera aktuella exempel på de politiska effekter som följer av att genomföra förändringar som påverkar sjukhusen. Mot bakgrund av detta så vill vi ytterligare understryka det nödvändiga i flera av utredningens ställningstagande och förslag:

- 10-årsperspektivet är nödvändigt för att det överhuvudtaget ska vara möjligt att överföra resurser på ett ordnat sätt.
- Uthållighet och uppföljning på såväl nationell som landstings/regional nivå.
- Statliga medel som kan användas som omställningspengar när landstingen/regionerna har svårt att i det kortare perspektivet prioritera detta.

2018-10-30

- Dessutom vill vi tillägga att det är viktigt hur staten utformar sina samlade styr-signalerna för hälso- och sjukvården och gör en bedömning om de är kompatibla med den nödvändiga utvecklingen av god och nära vård. T.ex. kan det finnas svårigheter för huvudmännen att samtidigt prioritera vårdköer på sjukhus och resursöverföring till primärvård.

9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas

Förslaget att reglera primärvårdens grunduppdrag är bra, men uppdraget bör regleras i lag snarare än i förordning då uppdraget måste vara brett förankrat och hållbart över tid. Risken med att reglera uppdraget i en förordning är att det blir allt för detaljerat och utvecklingen av den nära vården måste kunna ske utifrån lokala behov och förutsättningar.

9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov

Förslaget att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens är bra och landstinget instämmer i utredningens bedömning att primärvården redan i dag har ett uppdrag som kräver att den är tillgänglig i den omfattning som krävs för att kunna fullgöra uppdraget på ett fullgott sätt. Ett krav på tillgänglighet dygnet runt skulle dock vara oerhört kostnadsdrivande och sannolikt ineffektivt. Jourverksamhet bör fortsatt organiseras utifrån invånarnas behov och lokala förutsättningar och vid behov kompletteras med digitala tjänster.

9.2.5 Primärvårdens samordnande roll

Förslaget att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård kan medföra ökat behov av resurser. Begreppet "involverad" kan behöva definieras, innebär enbart en remiss till annan del av hälso- och sjukvården att primärvården är involverad och därmed ansvarig för samordning av patientens kontakter?

9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete

I förslaget om primärvården ska tillhandahållas förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser bör även kommunernas roll belysas såväl som samverkan med andra samhällsaktörer.

9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete

Förslaget att primärvården ska svara för att all rehabilitering som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens kommer sannolikt att innebära behov av omfördelning av resurser inom vården generellt. Landstinget saknar även en beskrivning av kommunernas roll när det gäller rehabilitering.

2018-10-30

#### 9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård

##### 9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende

Landstinget instämmer i bedömningen att personer som bor i särskilt boende i möjligaste mån bör ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet, men vill samtidigt påtala att det är ineffektivt med många ansvariga läkare vid ett och samma boende. Det riskerar att försämra samarbetet mellan läkare och omvårdnadspersonal.

##### 9.4.6 Digitalisering

Staten bör ta ett större ansvar i att skapa förutsättningar för att öka utvecklingstakten när det gäller digitalisering genom att tillföra resurser och samordna huvudmännens utvecklingsarbete i den mån det behövs.

##### 9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

Landstinget instämmer i att landstingen/regionerna bör samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av förfrågningsunderlagen för sina respektive Vårdval primärvård, men utifrån att förutsättningarna är så pass olika i landet bör innehållet anpassas utifrån detta.

#### 10 Kontinuitet i primärvården

##### 10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas

Landstinget anser att regleringen om fast läkarkontakt i primärvården ska tas bort och ersättas med fast vårdkontakt. Det är relationen, inte yrkeskategorin, som är det viktiga för att stärka kontinuiteten. Vården och patienten bör därför tillsammans bestämma vilken kompetens som bör vara fast vårdkontakt. Vidare bygger framtidens arbetssätt på teamarbete och kompetensväxling och att då lyfta fram fast läkarkontakt som en åtgärd för stärkt kontinuitet är direkt motsägelsefullt. Med hänsyn till rådande läkarbrist i primärvården riskerar ett förstärkt fokus på fast läkarkontakt även att bidra till ökad ojämlikhet i vården då invånare på orter där tillräckliga läkarresurser saknas inte kommer att kunna erbjudas fast vårdkontakt.

För det fall att förslaget om förtydligande att patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt genomförs bör det beskrivas vad som ska ske om patienten inte kan erbjudas den önskade läkaren som fast läkarkontakt. Hur länge är det rimligt att vänta i en kö för att få den önskade läkarkontakten? Enligt landstingets mening skulle ett erbjudande om fast vårdkontakt ge fler alternativ för patienten att välja mellan, något som skulle vara såväl tryggare för patienten som effektivare för landstinget då ett kösystem innebär att patienten kan få träffa olika läkare vid varje besök samt att ett kösystem skapar onödig administration.

Med hänsyn till rådande läkarbrist i primärvården är det bra att valet av fast läkarkontakt inte är tvingande samt att även ST-läkare i allmänmedicin och läkare med annan bred specialitet kan vara fast läkarkontakt. Vidare bör kravet på specialistkompetens inom allmänmedicin för att utses till fast läkarkontakt vara huvudregel, läkare med övriga föreslagna specialistkompetenser bör bedömas individuellt och kompetensen bedömas likvärdig med specialistkompetens inom allmänmedicin för att utses till fast läkarkontakt. Skälet för detta är att många primärvårdsenheter är för små för att kunna specialisera sig på olika ålderssegment samt att alla läkare måste ha en bred kompetens för att kunna delta i jourtjänstgöring, m.m.

2018-10-30

Om förslaget genomförs vill landstinget även påtala att bristen på läkare i primärvården medför svårigheter att erbjuda alla patienter att välja en fast läkarkontakt, därför bör information om möjligheten att få en fast vårdkontakt ingå i informationen då en sådan också kan stå för kontinuitet lika väl som läkare.

#### 10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas

Utifrån att patientsammansättning, kompetens, arbetssätt, övriga uppdrag, m.m. skiljer mellan olika läkare bör arbetsgivaren i samråd med ansvarig läkare avgöra hur många patienter läkaren kan ansvara för. I övrigt ser landstinget positivt på förslaget att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram bestämmelser för fast läkarkontakt. Detta bör dock ske i samarbete med företrädare för professionen.

#### 10.2.6 Relaterade frågor med behov av vidare utredning

En begränsning av antal listade hos utförare inom ett vårdvalssystem bör övervägas noga. Landstingets bedömning är att patientperspektivet saknas i utredningens bedömning. Införande av listningstak skulle innebära en begränsning av patientens valfrihet, om patientens fasta läkarkontakt byter arbetsplats kanske patienten inte har möjlighet att behålla denna kontakt. Vidare kan ett listningstak innebära problem på orter där det endast finns en utförare, eller på orter där befolkningen ökar i snabb takt. Vem har det slutliga ansvaret för patienter som nekas att lista sig på önskad utförare? Däremot bör en reglering av tillfälligt listningstak ses över för att upprätthålla god kvalitet och patientsäkerhet i det fall det finns andra utförare inom rimligt avstånd. I övrigt är det svårt att kommentera utredningens bedömning närmare.

#### 10.3 Steg mot säkrad bemanning

##### 10.3.2 Fler ST-tjänster i allmänmedicin

Landstinget delar bedömningen att antalet ST-tjänster behöver öka kraftigt de kommande åren, men en generell höjning av de statliga anslagen bör övervägas i stället för en kortsiktig finansiering av tillsvidareanställningar. En ökning av antalet ST-tjänster ställer höga krav på handledning och staten bör stötta landstingen i att erbjuda kvalitativ handledning.

#### 11 Ändamålsenlig administration

##### 11.1 Utfärdande av intyg

###### 11.1.1 Kompetens för att utfärda intyg

Rekommendationen om översyn om en mer professionsneutral reglering för utfärdande av intyg är bra liksom rekommendationen om att Socialstyrelsen bör förtydliga vem som får utfärda intyg.

2018-10-30

### 11.1.2 Intygshantering kräver stora arbetsinsatser

En översyn av olika myndigheters krav på intyg och deras ändamålsenlighet är bra, men ett eventuellt uppdrag bör även omfatta möjligheter till samordning av olika myndigheters krav på intyg samt övervägande om vissa intyg kan ersättas med journalutdrag. I det fall vissa intyg kan ersättas med journalutdrag bör denna utveckling stödjas nationellt. För intyg till kommunal verksamhet bör inte anges kompetenskrav utan det bör vara upp till vården att bedöma vilken kompetens som behövs för respektive intyg.

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING  
Landstingsstyrelsen

Peter Olofsson  
Ordförande

Anders Sylvan  
Landstingsdirektör