

God och nära vård

En gemensam färdplan och målbild

*Delbetänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård*

Stockholm 2017



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:53

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige 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

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24631-3

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 sekreterare i utredningen anställdes den 3 mars kanslirådet Louise Andersson.

I enlighet med direktiven presenteras i detta första delbetänkande inriktningen för utredningens fortsatta arbete. Detta beskrivs i form av en gemensam målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården och en färdplan för arbetet att förflytta systemet i den önskade riktningen. Som en grund för denna förflyttning ges förslag på förändrade styrande principer för vårdens organisering i den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). Slutligen lämnas förslag på en förstärkt vårdgaranti inom primärvården som syftar till en utformning mer styrd av patientens behov än i dag och en förbättrad tillgänglighet.

Utredningen har vinnlagt sig om att redan från start ha ett inkluderande och utåtriktat arbetssätt. I enlighet med direktiven har vi tillsatt ett antal referensgrupper, samt fört dialog med många olika aktörer och intressenter.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53).

Stockholm i maj 2017

Anna Nergårdh

/ Louise Andersson

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Författningsförslag	15
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	15
1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	17
1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	18
2 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter	21
2.1 Utredningsuppdraget.....	21
2.2 Utredningens arbete	23
2.3 Utgångspunkter	24
2.3.1 Svensk hälso- och sjukvård: nu och då.....	24
2.3.2 Olika aktörers roll och att förändra i små steg.....	36
3 Nulägesbild: vad har hänt sedan Effektiv vård?	39
3.1 Förslag från betänkandet Effektiv vård som tagits vidare i olika processer.....	40
3.1.1 Minskad detaljstyrning.....	40
3.1.2 Arbetsätt.....	41
3.1.3 Särskilt om kontinuitet	44
3.1.4 Verksamhetsstöden	45
3.1.5 Kompetensförsörjning	47
3.2 Andra för uppdraget relevanta processer	50
3.2.1 Statliga myndigheters arbete.....	50

3.2.2	Andra utredningar, kommittéer och kommande lagstiftning	53
3.2.3	Specifikt om integritetsfrågor	58
3.2.4	Överenskommelser mellan staten och SKL	60
3.2.5	Övrigt	61
4	Utredningens fortsatta arbete	67
4.1	Styrande principer för vårdens organisering	67
4.1.1	Hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen.....	69
4.1.2	Vården ska ges som öppen vård i första hand	71
4.1.3	Sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning.....	72
4.2	Målbild för god och nära vård.....	75
4.3	Färdplan för en samordnad omställning av svensk hälso- och sjukvård.....	76
4.3.1	Så ska förslagen från Effektiv vård tas vidare	77
4.3.2	En färdplan från akutsjukhus till nära vård: omfattning och tidsintervall.....	78
4.3.3	Utredningens arbete i förhållande till färdplanen	80
4.4	Resursöverföring	81
4.4.1	På längre sikt	81
4.4.2	På kortare sikt	82
4.5	Att våga nytt	83
5	En förstärkt vårdgaranti i primärvården	87
5.1	Dagens vårdgaranti.....	87
5.1.1	Utformning av dagens vårdgaranti.....	87
5.1.2	Uppföljning av dagens vårdgaranti	90
5.1.3	Utmaningar med dagens vårdgaranti inom primärvården.....	91
5.2	Att förstärka vårdgarantin i primärvården	94
5.2.1	Förslagen i Effektiv vård.....	94

5.2.2	Utredningens fördjupade analys av förslagen i Effektiv vård	95
5.2.3	Uppföljning av en förstärkt vårdgaranti	103
5.3	Utredningens förslag till förstärkt vårdgaranti i primärvården	105
5.3.1	Vårdgarantin ska vara behovsstyrd.....	105
5.3.2	Konsekvensanalys.....	107
6	Författningskommentar	115
6.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	115
6.2	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821).....	118
6.3	Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	119
7	Ikraftträdande	121
	Referenslista	123
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2017:24	129
Bilaga 2	Upprättade referensgrupper.....	147
Bilaga 3	Personer som intervjuats för den fördjupade analysen av förslagen om vårdgarantin.....	151

Sammanfattning

Bakgrund

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 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. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i akutsjukhus och annan specialistvård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns i dag 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 den demografiska utvecklingen 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 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. Primärvården är också 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 tillgänglighet till primärvården.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i icke optimal vård för patienten, i höga kostnader och risk för vårdskador.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver 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. En förstärkning av primärvården är nödvändig. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.

Utgångspunkter

För uppdraget att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård ska utredningen i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. Betänkandets förslag tar sikte på ett antal olika aspekter och riktar sig till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården. Till sin natur är förslagen i Effektiv vård 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 allt ifrån specifika problem till övergripande styrande principer för svensk hälso- och sjukvård. Denna utredning ska 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.

Sedan Effektiv vård överlämnades till regeringen i januari 2016 har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv

vård. Delbetänkandet innehåller därför en inledande överblick av arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och utredningens uppdrag.

Hur tänker vi gå till väga?

Styrande principer

En beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet presenteras. Den utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten, och som slås fast genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). De nya principerna anger att vården ska vara lätt tillgänglig för såväl kontakt som bedömning och besök. En bestämmelse föreslås, med innebörden att hälso- och sjukvården ska organiseras nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vidare föreslås en förändring i lagen som tydliggör att öppen vård ska vara förstahandsvalet.

Målbild

Dessa förändrade principer för vårdens organisering ligger i sin tur till grund för den gemensamma målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården som redovisas i betänkandet; 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.

Färdplan

För att uppnå målbilden föreslås 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 det fortsatta tidsintervallen 2019–2022 och 2022–2027, eftersom det finns förändringar som kommer att behöva genomföras

såväl på kortare som längre sikt. En prioriterad del i omställningen bör vara utformandet av ett Nationellt Uppdrag för primärvården, Primärvård NU. Detta kommer i enlighet med utredningens direktiv att redovisas i delbetänkande två, juni 2018.

En förstärkt vårdgaranti i primärvården

I direktiven för utredningens uppdrag ingår att i samband med det första delbetänkandet lämna en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen i Effektiv vård gällande den nationella vårdgarantin. I dagens vårdgaranti berör två av fyra punkter primärvården: dels ska landstingen garantera en kontakt med primärvården samma dag som patienten söker hjälp, dels ska landstingen garantera ett läkarbesök inom primärvården inom högst sju dagar. Det finns utmaningar med dagens vårdgaranti gällande uppföljning, men även dess utformning. Frågetecken finns kring i vilken grad den understödjer starkt tillgänglighet och en god vård på lika villkor samt styr mot en resurs-effektiv verksamhet hos huvudmän och vårdgivare.

I Effektiv vård lämnas förslag på förändringar i vårdgarantin så att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning, och denna bedömning görs professionsneutral, dvs. fler professioner än läkare omfattas av garantin. Tidsfristen föreslogs till högst tre dagar om en bedömning inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården.

Efter en fördjupad analys av dessa förslag föreslår utredningen att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården ska ändras så att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning. Den medicinska bedömningen ersätter dagens garanti om besök. Detta görs med syfte att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer än den fysiska samt betona det kvalitativa innehållet i mötet. Vidare föreslås att vårdgarantin ska vara behovsstyrd, dvs. utöver läkare omfatta även andra legitimerade yrkesgrupper. Tidsfristen föreslås till högst tre dagar, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården. Förändringarna syftar sammantaget till en utformning mer styrd av patientens behov än i dag och med en ökad tillgänglighet till primärvården.

Möjligheter och utmaningar

En av hälso- och sjukvårdens styrkor, men också en av dess utmaningar, är det engagemang utformningen av hälso- och sjukvårdens organisation väcker. Alla är vi, eller kommer någon gång att vara, patienter. Alla är vi medarbetare, närstående, arbetskamrater eller grannar i vår relation till vården, vilket ger oss ett djupt engagemang i frågor som rör hälso- och sjukvårdens utformning. Det medför att när det gäller den framtida utformningen av vården måste många vara involverade och känna att de föreslagna förändringarna är angelägna att implementera. Detta ställer i sin tur krav på en transparent och iterativ process när de förslag som ska ligga till grund för framtida beslut tas fram. Det förhållningssättet påverkar såväl utredningens arbete som hela genomförandet av omställningen från den sjukhustunga vården till en ny nära vård utformad efter de behov och förväntningar som befolkningen i dag har på hälso- och sjukvården. För att uppfylla målsättningen om en inkluderande process är det nödvändigt att skapa en förståelse för att omställningen av hälso- och sjukvården från det sjukhustunga system vi i dag har till den moderna nära vården måste ske i många små steg och under en längre tid.

Redan i utredningens tidiga skede står klart att tillit till processen och de förändringar som man önskar åstadkomma är en nödvändig förutsättning för ett gott resultat. Tillit till vården är förståelse också avgörande ur ett medborgar- och patientperspektiv. För att åstadkomma den önskade förändringen är förtroendet, inte minst för primärvården, av avgörande betydelse, och de förslag som utredningen lägger måste alltid ta hänsyn till det perspektivet.

En särskild utmaning är de flertal förslag i betänkandet Effektiv vård som gäller samverkan mellan huvudmän; landsting och kommun. I vissa fall saknas en struktur för samverkan på olika beslutande nivåer för dessa frågor, och det blir en utmaning för utredningen att bidra till att etablera en sådan samverkan där den saknas. Flera områden som berör utformningen av den nya nära vården, utgående från befolkningens aktuella ohälsoproblem, involverar med nödvändighet huvudmän såväl på landstings- som kommunsidan.

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 det i lagen ska införas en ny paragraf 3 kap. 3 § av följande lydelse,

dels att 5 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att 9 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

3 §

Hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen. Om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat får vården koncentreras geografiskt. Hälso- och sjukvården ska i första hand ges som öppen vård.

5 kap.

1 §

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

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.

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 *för kontakt, bedömning och besök.*

9 kap.

1 §

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *besöka läkare* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft 1 januari 2019.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
dels att 2 kap. 1 § ska ha följande lydelse,
dels att 2 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

1 §

Hälso- och sjukvården ska vara
lätt tillgänglig.

Hälso- och sjukvården ska vara
lätt tillgänglig *för kontakt, bedömning och besök.*

3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och
sjukvårdslagen (2017:30) ska pati-
enter erbjudas en vårdgaranti.
Den ska innehålla en försäkran
om att den enskilde inom viss
tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *besöka läkare* inom primär-
vården,

3. besöka den specialiserade
vården, och

4. planerad vård.

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och
sjukvårdslagen (2017:30) ska pati-
enter erbjudas en vårdgaranti.
Den ska innehålla en försäkran
om att den enskilde inom viss
tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *en medicinsk bedömning av
läkare eller annan legitimerad
hälso- och sjukvårdspersonal* inom
primärvården,

3. besöka den specialiserade
vården, och

4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft 1 januari 2019.

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

Regeringen föreskriver i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att 6 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. besöka läkare inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården),

3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. en medicinsk bedömning, av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, inom 3 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),

3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Denna lag träder i kraft 1 januari 2019.

2 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter

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.

2.1 Utredningsuppdraget

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 allmänhetens 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. Pri-

märvården är också den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov.¹

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.

Av direktiven framgår även att kontinuerlig och nära dialog och samråd med olika berörda aktörer är centralt för uppdraget. En viktig del i detta arbete är 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.

Utredningens uppdrag sträcker sig till 31 mars 2019, med delredovisningar i juni 2017 och 2018. Till juni 2018 ska utredaren i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. I detta första delbetänkande ges först en introduktion till utredningens uppdrag och utgångspunkter. Därefter redovisas en överblick av arbeten som direkt

¹ Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, s. 7.

eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och utredningens uppdrag. Slutligen presenteras dels inriktningen och upplägget för det kommande arbete och dels en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin samt författningsförslag kopplade till dessa bägge delar.

2.2 Utredningens arbete

Utredningens sekretariat etablerades och påbörjade sitt arbete i mars 2017. Utredningen beslutade att anta namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01).

I enlighet med direktiven har referensgrupper bestående av företrädare för politiska partier, för professionerna och patienterna samt för huvudmännen etablerats (se bilaga 2 för förteckning). Vid möten med dessa grupper har synpunkter inhämtats kring inriktningen på det fortsatta arbetet samt den fördjupade analysen av förslagen om den nationella vårdgarantin. Utöver detta har utredningen under sina inledande månader bedrivit ett brett utåtriktat arbete för att samråda kring och inhämta synpunkter på inriktningen på det fortsatta arbetet samt förslagen från Effektiv vård som rör vårdgarantin. Utredningen har bl.a. träffat företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Landstingsdirektörsföreningen på SKL, Hälso- och sjukvårdsdelegationen på SKL, Socialchefs nätverket på SKL, Primärvårdsföreningen, Programrådet för primärvård, Fysioterapeuterna, Svenska Distriktsläkarföreningen, Svensk förening för allmänmedicin, Vårdförbundet, e-Hälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). Samråd med och kunskapsinhämtning från andra pågående, och avslutade, utredningar har också varit centralt redan i utredningens initiala arbete. Utredningen har bl.a. träffat Utredningen om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07), Utredningen Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07), Generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxeyesystemet (S2017/00594/FS), Kommissionen för jämlik hälsa (2015:02) samt företrädare för den avslutade Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14).

Utredningen har använt en upphandlad extern resurs för en del av analysen av förslagen om vårdgarantin i detta första delbetänkande.

2.3 Utgångspunkter

2.3.1 Svensk hälso- och sjukvård: nu och då

Hälso- och sjukvårdens mål, styrning och organisation

Övergripande lagreglerad styrning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen, (2017:30, HSL) omfattar hälso- och sjukvård såväl åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador som sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvården gäller tandvårdslagen (1985:125). I enlighet med HSL definieras vård som antingen sluten vård eller öppen vård. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Primärvård definieras i HSL som 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.²

Svensk grundlag fastslår att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa³. För att leva upp till detta åtagande krävs åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är själva hälso- och sjukvården. Av HSL framgår att målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.⁴ Det framhålls också att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Regeringen har även 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.⁵

² HSL, 2 kap. 4–6 §.

³ Regeringsformen 1 kap. 2 §.

⁴ HSL, 3 kap. 1 §.

⁵ Regeringskansliet, *Mål för jämställdhet*.

I proposition 1996/97:60 har riksdagen vidare fastslagit tre principer vilka utgör en etisk plattform som bör ligga till grund för prioriteringar inom vården:

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs-solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov,
- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de två första använts.⁶

Enligt diskrimineringslagen (2008:567) 13 § första punkten är diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet är förbjuden. Detta avser diskriminering på grundval av de diskrimineringsgrunder som fastslås i lagens 5 §, dvs. kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.⁷

Hälso- och sjukvårdslagen har specifika bestämmelser om att landstingen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingens ansvar för hälso- och sjukvården kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkar-kontakt (vårdvals-system). 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 vårdvals-system ska följa den enskildes val av utförare.⁸

Det är också lagstadgat att landstingen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar⁹. Två av vårdgarantins fyra delar avser primärvården och en försäkran om att den enskilde inom en viss tid får:

⁶ Prop. 1996/97:60, s. 18.

⁷ Diskrimineringslagen (2008:567), 5 §, 13 §.

⁸ HSL, 7 kap. 3 §.

⁹ HSL, 9 kap. 1 § och Patientlagen (2014:8) 2 kap. 3 §.

1. kontakt med primärvården
2. besöka läkare inom primärvården

Av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår att landstingen ska försäkra en kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti) samt att den enskilde får besöka läkare inom primärvården inom sju dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården)¹⁰.

Decentraliserad organisation

Ansvar för svensk hälso- och sjukvård ligger till stor del i dag på de 21 landstingen, och i vissa delar även de 290 kommunerna, vilka har ansvar för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Staten å sin sida har ett övergripande systemansvar och ansvarar för bl.a. normering, tillsyn och utjämningsystem. Inom de ramar som ges av lagar och andra nationella regelverk har landsting och kommuner en stor frihet att, utifrån lokala förhållanden, välja hur man organiserar och tillhandahåller den vård man enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvar för att erbjuda. Denna långtgående decentralisering präglar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet även vad gäller finansieringen. Landstingen och landstingsägda bolag står för 56,5 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för Sverige, kommunerna för 25,4 procent och staten för 1,5 procent. Totalt sett står offentlig sektor för cirka 84 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Resterande kostnader fördelas mellan frivilliga sjukvårdsförsäkringar (0,6 procent), hushållens ideella organisationer (0,1 procent), Företag (0,4 procent) och hushållens utgifter ur egen ficka/patientavgifter (15,2 procent).¹¹

Som också framhålls i SOU2016:2, konstaterar utredningen att samtidigt som hälso- och sjukvårdens organisation på samhällsnivå är en fråga för politisk styrning så finns det flera andra faktorer som på-

¹⁰ Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 6 kap. 1 §.

¹¹ SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–2015*, flik Tabell 2 HC-HF rad 130–137.

verkar sjukvårdssystemet. Samhällsekonomi, medicinsk vetenskap, personalens agerande och patienternas behov och förväntningar är betydande drivkrafter.

Utmaningar

Sjukvården i Sverige är i grunden god med medicinska resultat i världsklass. Men det finns också stora utmaningar. Som exempel kan nämnas en undersökning från Commonwealth Fund där patienter tillfrågades om sina upplevelser av vården. I undersökningen uppvisar Sverige sämre resultat när det gäller patienternas upplevelse av vårdens förmåga att ge information och stöd, och att göra patienten delaktig. Bland bristerna kan nämnas att patienter i låg grad får den information som krävs för att kunna fatta välgrundade beslut om sin vård och hälsa, och att många patienter vid kontakt med vården upplevde att deras läkare inte kände till deras sjukdomshistoria. Vården brister även när det gäller att involvera patienterna genom att uppmuntra dem att ställa frågor. För personer med kronisk sjukdom har Sverige genomgående relativt svaga resultat jämfört med andra länder. Till exempel saknar dessa patienter en diskussion med vården kring målsättningar och hur de själva kan ta hand om sin sjukdom. De svenska patienterna upplevde i betydligt lägre utsträckning än patienter i andra länder att ordinarie läkare eller vårdpersonal tar ett koordineringsansvar för kontakten med andra delar av vården. Sverige är betydligt sämre på att samordna informationen efter utskrivning från sjukhus jämför med de andra länderna. Endast hälften av patienterna menade att deras ordinarie läkare eller mottagning verkade informerad om den vård som hen fått på sjukhuset.¹²

Att omstrukturera vården så att den i större utsträckning bygger på delaktighet och partnerskap med patienten, och i högre grad kan anpassas till individens behov och inneboende resurser, är därmed en viktig utmaning.

Denna utredning tar, i enlighet med direktiven, sin utgångspunkt i analysen och förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). I det betänkandet gjordes en grundlig analys av olika effektivitetsproblem och utvecklingsområden för svensk hälso- och sjukvård.

¹² SOU 2016:2, s. 97–98.

Utredningen har därmed inte för avsikt att på nytt utreda detta och inte heller att här återge hela analysen från Effektiv Vård. Som en inramning till vårt uppdrag vill vi här endast kortfattat lyfta fram de ytterligare utmaningar som det betänkandet identifierat att svensk hälso- och sjukvård samordnat och strukturerat behöver ta sig an om vi framöver ska klara att tillhandahålla den vård som befolkningen har behov av, till bibehållen eller bättre kvalitet:

- *Styrningen av vården är fragmentiserad* med en rad olika aktörer, bitvis oklar rollfördelning samt bristande samordning och samverkan dem emellan. Gränsdragningen mellan öppen och slutenvård inte längre ändamålsenlig. Splittringen gör det svårt för såväl medarbetare som patienter att agera ändamålsenligt i systemet.
- Systemet är alltför *sjukbustungt* och primärvården har inte förutsättningar att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och till potential. Resurser som skulle behöva verka ”utanför sjukhusens väggar” är i dag knutna till sjukhusen.
- *Kompetensförsörjning*. Det gäller såväl strukturella problem kopplat till bristande strategisk och samordnad styrning vad gäller kompetensmixen som möjligheter att erbjuda en attraktiv och sund arbetsmiljö för dem som jobbar inom vården.
- *Föråldrade och fragmentiserade organisationer och arbetssätt*, som ofta utgår från en standardiserad logik kopplat till ett visst sjukdomstillstånd eller diagnos och inte anpassas till patientens behov. Återkommande överbeläggningar påverkar såväl kvalitén på vården som arbetsmiljön negativt.
- Svårigheten att skapa *arbetsplatskulturer* baserade på värderingar och förhållningssätt som understödjer kvalitet, effektivitet och kontinuerlig utveckling i verksamheterna.
- *Verksamhetsstöden* för personalen är otillräckliga, det gäller såväl informationssystem som kunskapsstöd.
- Den *administrativa bördan* för vårdens medarbetare.
- Att satsa mer på att främja hälsa och *förebygga ohälsa*.

- De begränsade möjligheterna att följa upp primärvården gör att det saknas central information för att få en helhetsbild av svensk hälso- och sjukvård.

Betänkandet Effektiv vård har remitterats och en stor majoritet av remissvaren uttrycker stöd för dess analys. I utredningens breda utåtriktade arbete inför detta första delbetänkande har denna bild bekräftats. Det är därmed utredningens uppfattning att det i dag finns en bred samsyn om vilka utmaningar svensk hälso- och sjukvård står inför och att dessa måste hanteras i närtid. Utredningen konstaterar också att dessa utmaningar finns inom många olika nivåer och områden, såväl inom styrning och ledning som inom verksamhet och administration. Därför krävs ett samordnat arbete i riktning mot en gemensam målbild om verkliga, hållbara förändringar ska kunna uppnås för hela befolkningen.

Hur hamnade vi här?

Den som följt svensk hälso- och sjukvård under längre tid vet att mycket av de ovan beskrivna utmaningarna inte är nya. Många minns också ett flertal tidigare avsiktförklaringar och policies – från olika decennier – om att stärka just primärvården. För att förstå sin nutid och undvika att upprepa tidigare misstag är det viktigt att också känna till sin historia. I bilaga 4 till betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) ges en hjälpsam översikt avseende utvecklingen av den svenska primärvården och samverkan mellan kommun och landsting. Det är inte vår avsikt att här återge hela översikten från Effektiv Vård, däremot vill vi som en inramning och utgångspunkt för vårt uppdrag kortfattat lyfta fram ett par viktiga aspekter avseende utvecklingen av den svenska primärvården.

Ambitioner om ett brett grunduppdrag och närhet till befolkningen alltsedan 1600-talet

Dagens primärvård har sin bas i provinsialläkarsystemet som etablerades i slutet på 1600-talet. Liksom dagens primärvård hade de statligt anställda provinsialläkarna ett brett ansvarsområde som, utöver att tillhandahålla sjukvård, omfattade uppsyn över miljö och levnads-

förhållande som kunde påverka hälsan hos befolkningen. Provinsialläkarna jobbade dock oftast ensamma eller med enstaka assisterande personal. Enligt dåtidens behov kan provinsialläkarsystemet sägas ha fungerat relativt väl fram till och med andra världskriget.

Vikten av stärkt primärvård: en ombuldad princip sedan länge men utan verkligt genomslag

Olika utredningar under 1940-, 1950- och 1960-tal identifierade problem inom den öppna vården och kom med förslag på reformer för åtgärda dessa. Flera av dessa problem klingar bekanta än i dag. Så konstaterade t.ex. Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (ÖHS-kommittén) år 1958 att *”Den öppna specialistvården vid lasaretten utnyttjas emellertid i stor utsträckning för fall som borde kunna behandlas i öppen vård utanför sjukhus – förutsatt att det fanns tillräckligt med läkare, medverkande personal och utrustning inom denna del av den öppna vården.”*¹³. Trots olika förslag kom inga större innehållsmässiga förändringar av den öppna vården att ske förrän i slutet av 1960-talet. Då presenterade Socialstyrelsen sitt principprogram om öppen vård i vilken bl.a. begreppet vårdcentral lanserades, behovet av personal med andra kompetenser än läkare lyftes fram och olika alternativ till sluten vård lyftes fram. Likaså framhölls behovet av samverkan med socialvården.

Under 1970-talet omvandlades provinsialläkartjänsterna till distriktsläkartjänster och i flertalet landsting delades primärvården in i distrikt med fasta upptagningsområden. På vårdcentralerna skapades fasta arbetslag och barn- och mödrahälsovård samt sjukhemmen inkluderades in primärvården.

I Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 1980-talet utmålades primärvården som basen för svensk hälso- och sjukvård vilken skulle omfatta all individuell hälsovård och i princip all sjukvård som kunde bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Programmet utvecklade också primärvård som både ett verksamhetsområde och en organisatorisk vårdnivå. Liksom i principprogrammet från 1968 lyftes *helhetsyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan* fram som hon-

¹³ SOU 1958:15, s. 26.

nörsord för primärvården. 1979 lämnade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) sitt slutbetänkande (SOU1979:78) vilken gav förslag om en ny ramlag för hälso- och sjukvården. I betänkandet betonades vikten av att tyngdpunkten i mottagningsverksamheten skulle finnas i verksamheter vid olika närmottagningar. Även om hälso- och sjukvårdslagen blev just en ramlag som inte kom att reglera formerna för verksamheten framhöll propositionen bl.a. att hälso- och sjukvården skulle planeras med primärvården som bas för organisationen samt att det var angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriterades¹⁴.

I principprogrammet inför 1990-talet (HS-90) framhölls återigen att huvudmännen i sin planering av hälso- och sjukvården skulle utgå från primärvården och i proposition 1984/85:181 om inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården angavs att primärvården utgjorde basen i hälso- och sjukvården och vikten av förebyggande insatser betonades.

Inför 2000-talet togs en nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård fram (prop. 1999/2000:149) med syfte att stärka primärvården i såväl landstingen som kommunerna (för de äldre) för att komma till rätta med obalansen mellan dess resurser och dess åtagande. Handlingsplanen omfattade tre centrala delar; utvecklingsavtal, finansiella resurser om cirka 9 miljarder kronor för 2001–2004; och uppföljning. Socialstyrelsens uppföljning visade dock på att handlingsplanen överlag inte fick den avsedda verkan och att landstingen inte gjort de avsedda omfördelningarna av resurser till primärvården och psykiatri¹⁵.

Fokus på sjukhusen

Slutenvården började byggas ut först under 1700-talet och växte sedan i takt med att den offentliga sjukvården utökades och landstingen etablerades och övertog ansvaret för allt större delar av hälso- och sjukvården. Under början av 1900-talet inleddes en stark expansion av "kroppssjukhusen" men fram till 1940-talet var det alltså färre läkare verksamma inom slutenvården än inom den öppna vården. En kraftig expansion av sjukhusvården skedde dock efter att lands-

¹⁴ Prop. 1981/82:97, s. 68.

¹⁵ Socialstyrelsen, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – slutrapport*.

tingen 1951 tog över huvudmannskapet för långtidsvården (kronikervården). Parallellt med detta växte sjukhusläkarkåren med olika organspecialiteter. Även då var väntetiderna långa, och läkarna hade en högt uppdriven arbetstakt, men detta till trots hyste allmänheten förtroende för vårdformen och den moderna utrustning som fanns vid sjukhusen och sökte sig i allt högre grad dit. Detta förtroende har bestått och tycks fortsatt i hög grad vara knutet till de fysiska sjukhusen.

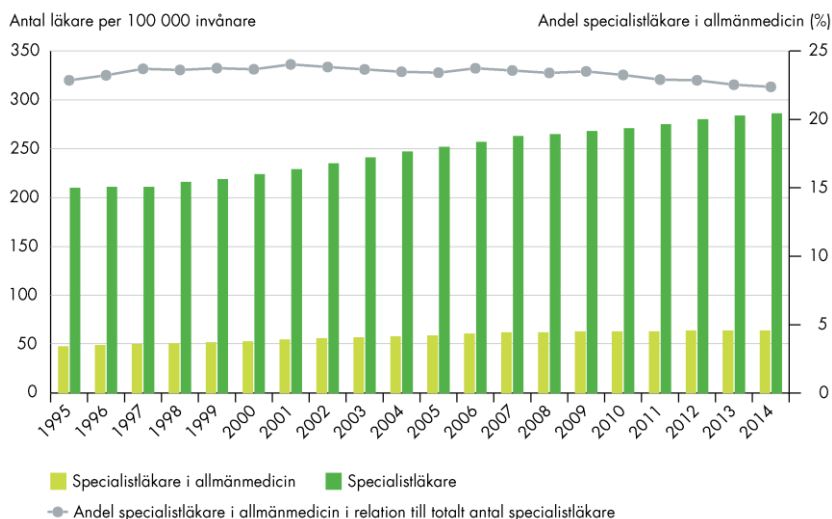
Kompetensförsörjning och köer: ständiga utmaningar

På 1950-talet kom provinsialläkarsystemet i kris, med många vakanser, bristande fortbildning och svårigheter att locka nya läkare. Detta berodde i hög grad på att arbetet var isolerat och mycket bundet då de flesta jobbade ensamma. De många vakanserna, inte minst i glesbygd, ledde till än mer arbete för befintliga läkare. P.g.a. ensamarbetet och bristen på fortbildning blev kunskaper snabbt föråldrade och medan specialistutbildningarna steg i status minskade provinsialläkaryrkets dragningskraft alltmer. Trots att allmänläkarna så småningom kom att arbeta vid större enheter och de kontinuerliga utfästelser vi ovan sett om behovet av att stärka primärvården har denna obalans i både status och faktisk kompetensförsörjning i hög grad bestått över åren. Under 1980-talet var andelen allmänläkare cirka 20 procent av samtliga läkare med specialistkompetens. Man led också av stora avhopp både under utbildning och från tjänster. Liksom tidigare var det svårt att rekrytera, inte minst i glesbygden och cirka en tredjedel av de befintliga tjänsterna var vakanta eller tillfälligt tillsatta.¹⁶ 2014 utgjorde allmänläkare 22,4 procent av samtliga läkare med specialistkompetens.¹⁷

¹⁶ SOU 2016:2.

¹⁷ Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, s. 93.

Figur 2.1 Utveckling 1995–2014 av fördelning mellan allmänläkare och övriga specialisläkare



Källa: Socialstyrelsens register för Nationella planeringsstödet (NPS) 1995–2014 (Vårdanalys 2017)

Det är dock inte bara allmänläkare som länge varit en bristkategori i vården. ÖHS-kommittén beskrev 1958 även hur bristande tillgång på sjuksköterskor (som då visserligen berodde på att många slutade arbeta efter giftemål) ledde till problem i form av ”att sjukavdelningar inte alltid kan nyttjas hela året, gör det svårt att förbättra den personliga vården av patienterna och att ge den knappa och dyra läkarkraften all den avlastning som skulle vara erforderlig”.¹⁸ Samma betänkande lyfter också bristen på psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer. Vidare konstateras att bristen på personal och andra resurser på många håll bidrar till köbildning och väntetider. Detta visade sig så småningom också i det att Socialstyrelsen under senare delen av 1960-talet började rapportera långa väntetider till vården. 1981 var långa väntetider enligt en rapport den vanligaste orsaken till klagomål. Vid samma tid började också väntetider att få ett större utrymme i den offentliga debatten.¹⁹

¹⁸ SOU 1958:15, s. 24.

¹⁹ SKL, *Väntetider och vårdgarantier* s. 6.

Gränssnitt mellan olika huvudmän

Att överbrygga gränssnitten mellan landstingens och kommunernas olika huvudmannansvar inom hälso- och sjukvården, och skapa sammanhållna vårdprocesser, är också en utmaning som såväl administrationer som medarbetare på olika sätt och olika nivåer länge försökt övervinna. I ett betänkande som låg till grund för Socialtjänstlagen (1980:620) identifierades t.ex. följande problem vad gällde samverkan: *splittrat huvudmannaskap, konflikter om kostnader, prioriteringar, brist på initiativ, ansvarsvivister, avsaknad av väl fungerande administrativa och politiska former för samordning av verksamhets- och resursplanering, olika referensramar och allmänna förutsättningar för berörda organ – organisation, lagstiftning; utbildning och arbetssätt, otillräckliga kunskaper om övriga samarbetspartners arbetsområden, orealistiska förväntningar, dubbelarbete, samt otillräckligt utvecklade arbetsformer för problembearbetning och samarbete kring enskilda individer och grupper.*²⁰

Innan och under 1970-talet låg vanligtvis hjälpbehovets omfattning och karaktär till grund för ansvarsfördelningen. Landstingens ansvar omfattade då all hjälp som gavs till långtidssjuka, även om det många gånger var primärkommunen som de facto utförde vården, hemma eller på ålderdomshem. Praktiskt fungerade det så att landstingen köpte tjänster som kommunernas personal utförde. Köpen föregicks dock inte sällan av långa diskussioner kring om individen i fråga var långtidssjuk eller inte, och vems ansvar hen därmed egentligen föll under. Behovet av samverkan förstärktes i takt med att primärvården byggdes ut och att det gavs bättre förutsättningar för sjukvård i hemmet. Flera initiativ togs för en stärkt samordning, bl.a. projektet ”primärvård-äldreomsorg-samverkan”. I dess rapporter, som 1978 publicerades gemensamt av Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, avvecklades 1990), bereddades marken för den s.k. kompetensprincipen vilken började tillämpas under 1980-talet. Principen innebar att landstingen ansvarade för de åtgärder som krävde medicinskt utbildad personal och kommunen för de åtgärder som krävde socialt utbildad personal.²¹ Genom överenskommelser

²⁰ SOU 1974:39 s. 424.

²¹ SOU 2000:114, s. 52.

övertog landstingen ansvaret för de läkare och sjuksköterskor som fram till det funnits i den kommunala äldreomsorgen. Även det gränssnittet led dock av problem vad gällde samverkan, och Äldreberedningen förslog i sitt betänkande SOU 1987:21 att kommunerna skulle ansvara för social service och omvårdnad inklusive enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär och landstingen för övriga sjukvårdande uppgifter. Genom den s.k. Ädelreformen tog kommunerna 1992 över huvudmannaskapet för somatisk långtidssjukvård liksom ansvaret för medicinska insatser i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Vidare gavs kommunerna en befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende. De fick även möjlighet att efter överenskommelse med landstinget överta huvudmannaskapet för sådan vård. Läkarinsatserna förblev dock ett ansvar för landstingen.²²

Lagmässigt finns det i förvaltningslagens (1986:223) 6 § en generell skyldighet för myndigheter att samverka med varandra. Därutöver har flera olika författningar rörande hälso- och sjukvården ytterligare specificerat denna skyldighet. Dessa har tillkommit i olika omgångar men finns i den nya hälso- och sjukvårdslagen samlade i 16 kap. Där finns bl.a. bestämmelser om att landstingen till kommunerna inom landstinget ska avsätta de läkarresurser som krävs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och dagverksamhet samt hemsjukvård (om kommunen ansvarar för vården) (1 §), att landstinget ska ingå en överenskommelse med kommun om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopingmedel, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (3 §) och att när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (4 §).²³

²² SOU 2000:114, s. 53.

²³ 2017:30, 16 kap.

En avslutande framåtblick

De ovan nämnda satsningarna på nationell nivå för att stärka primärvården kom alltså aldrig att få något större genomslag. Av förklarliga skäl kan man därför ställa sig frågan ”varför skulle det gå denna gång”? Utredningens bedömning är att bättre förutsättningar nu finns för att genomföra den nödvändiga förflyttningen från en sjukhusvård mot en nära vård. Det rör sig bl.a. om förutsättningar i form av statens tydliga vilja att ta ett starkare grepp för att stödja och säkerställa en samordnad utveckling och huvudmännens samt andras aktörers uttryckta vilja till samordning. Det handlar också om olika pågående initiativ med gemensam inriktning och inte minst om en medborgardriven förändring. Av stor betydelse är också insikten om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser. Om vi ska bibehålla och öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vården kan Sverige inte fortsätta att tillhandahålla vård och omsorg på samma sätt som i dag.

2.3.2 Olika aktörers roll och att förändra i små steg

En av hälso- och sjukvårdssektorns styrkor, men också en av dess utmaningar, är det engagemang utformningen av hälso- och sjukvårdens organisation väcker. Alla är vi, eller kommer någon gång att vara, patienter. Alla är vi medarbetare, närstående, arbetskamrater eller grannar i vår relation till vården, vilket ger oss ett djupt engagemang i frågor som rör hälso- och sjukvårdens utformning.

Det speglas i debatten kring styrningen av vården, där många aktörer, såsom stat, landsting, kommuner, andra myndigheter, patient- och brukarorganisationer, professionsföreningar deltar. Det medför att i frågor som rör den framtida utformningen av vården måste många vara involverade och känna att de föreslagna förändringarna är angelägna att implementera. Det är utredningens uppfattning att stor delaktighet från vårdens olika intressenter och aktörer är en avgörande framgångsfaktor för att åstadkomma de långtgående strukturförändringar som eftersträvas.

Detta ställer i sin tur krav på en transparent och iterativ process när de förslag som ska ligga till grund för framtida beslut tas fram. Det innebär ett bejakande av den viktiga dynamiken och dialogen

mellan vårdens kärna, nämligen mötet mellan patienten och vårdens medarbetare, och behovet av styrning och stöd reglerad i överenskommelse, lag eller förordning för att säkerställa god vård ur ett befolkningsperspektiv. Det förhållningssättet påverkar såväl utredningens arbete som hela genomförandet av omställningen från den sjukhustunga vården till en ny nära vård utformad efter de behov och förväntningar som befolkningen i dag har på hälso- och sjukvården. En vård där patienten är självklar medskapare i utformningen av sin individuella vård, men som fortfarande grundas på medicinska beslut utgående från vetenskap och beprövad erfarenhet. En vård med stöd till hälsa där helheten runt varje kvinna, man, flicka, pojke eller person med annan könsidentitet; deras livssituation, vilja till delaktighet, förväntan på och målsättning med vården, tas till vara som en resurs. Där vården möter och bidrar med sina olika kompetenser och sin professionella kunskap.

Det stora antalet intressenter och aktörer inom vården och det förankringsarbete som därmed behövs för att alla ska känna tillit till och trygghet i de förändringar som görs medför lätt långa tidsspann innan nödvändiga förändringar kan genomföras. Det i sig riskerar att urholka förtroendet för förändringsarbetet. Förståelse måste också skapas för tidsaspekten i den demokratiska beslutsprocessen och sättet på vilket utredningsarbete i enlighet med formella regelverk ska bedrivas. Det är utredningens ambition att i den utsträckning det är möjligt kombinera hög delaktighet, stor transparens och kraften i det tydligt upplevda behovet av förändring med väl genomarbetade och konsekvensanalyserade förslag till förändring.

För att uppfylla den målsättningen är det nödvändigt att skapa en förståelse för att omställningen av hälso- och sjukvården från det sjukhustunga system vi i dag har till den moderna nära vården måste ske i många små steg och under en längre tid. De stegen utgår med självklarhet från förslagen i Effektiv vård, där somliga förslag efter mindre, andra efter mer omfattande, konsekvensanalys kan genomföras.

Men även förslag och arbete från andra aktörer i systemet utgör viktiga delar av omställningsarbetet. Patientföreningar, professionsorganisationer och inte minst vårdens huvudmän arbetar alla aktivt med att ta fram förslag, ofta utgående från Effektiv vård, som går i den riktning som den av utredningen föreslagna målbilden för omställningen kräver (se avsnitt 4.2). Utredningens uppfattning är att ska denna omfattande och nödvändiga förändring kunna genomföras

är just engagemanget och uthålligheten från samtliga aktörer i systemet helt avgörande.

För att säkra denna uthållighet måste tidigt en gemensam målbild etableras, en målbild som vårdens olika intressenter och aktörer principiellt kan stå bakom. Utredningens förhoppning, och övertygelse, är att med en tydlig gemensam målbild kan de många olika agendor som finns hos alla de som är intresserade av hälso- och sjukvårdens framtida utformning något få stå tillbaka för en gemensam agenda – att tillsammans förflytta oss mot målbilden; en god och nära vård för landets alla medborgare. Detta resonemang utvecklar vi i kapitel 4.

3 Nulägesbild: vad har hänt sedan Effektiv vård?

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 i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. 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. Utredningen konstaterar i detta sammanhang att förslag som kan förefalla ta sikte på marginella frågor utifrån ett helhetsperspektiv ändå kan ha stor betydelse för den dagliga verksamheten (t.ex. rutiner för intygskrivande).

Sedan Effektiv vård överlämnades till regeringen i januari 2016 har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige också arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård. I detta kapitel vill vi därför ge en kortfattad överblick av arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och vårt uppdrag. Översikten är inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas översikten i detta skede framför allt till arbete på nationell nivå. Inför detta första betänkande har det inte varit möjligt att göra en bredare inventering av initiativ och arbete på olika nivåer i landet men vi kommer som en del av vårt arbete, och i

enlighet med våra direktiv, kontinuerligt att samla in och försöka bidra till att lyfta olika exempel på organisering som gett gott resultat.

3.1 Förslag från betänkandet Effektiv vård som tagits vidare i olika processer

3.1.1 Minskad detaljstyrning

Läkemedelshanteringen i vården

Effektiv vård föreslog att de formella möjligheterna att delegera arbetsuppgifter som avser läkemedelshantering till undersköterskor inom slutenvård behövde utvidgas och att Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedels hantering i sjukvården (SOFS 2000:1) därför borde ändras (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 11.4). Den 19 april 2017 beslutade Socialstyrelsens styrelse om en ny föreskrift om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. De nya föreskrifterna förtydligar vårdgivarens ansvar, inför gemensamma regler för öppen- och slutenvården, vilket innebär att delegation kan ske även inom slutenvården, och höjer kraven på kunskap och uppföljning. Föreskriften träder i kraft den 1 januari 2018. Då ska Socialstyrelsen också ge ut en handbok som ska vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med föreskriften. Efter ett år kommer Socialstyrelsen att följa upp efterlevnaden av de nya reglerna.²⁴

Klargörande av förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården

Effektiv vård föreslog att regeringen skulle ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med huvudmännen och andra aktörer intensifiera informations- och vägledningsinsatser när det gäller möjligheterna till ändamålsenlig arbetsfördelning (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 11.5). Regeringen gav 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera och sprida den tidigare utgivna handboken om vem som får

²⁴ Socialstyrelsen, *Tydligare regler ska ge säkrare läkemedelshantering i vården*.

göra vad.²⁵ Den 9 mars 2017 publicerades den uppdaterade och digitaliserade handboken, omgjord till en webbsida.²⁶ I Socialstyrelsens avrapportering av uppdraget klargörs att webbplatsen både ska stödja hälso- och sjukvårdspersonal i deras dagliga arbete och underlätta för tjänstemäns och beslutsfattareshet planering och fördelning av arbetsuppgifter inom verksamheter. Likaså presenteras hur myndigheten avser nå ut med informationen på alla nivåer i hälso- och sjukvården och tandvården. Målsättningen är att nå ut till målgrupperna så verksamhetsnära som möjligt, bl.a. genom lokala intranät, på sjukhus eller vårdinrättningar och genom att erbjuda verksamhetschefer och fackliga organisationer ett diskussionsunderlag kring frågorna.²⁷

3.1.2 Arbetsätt

Beläggning/bemanning vid sjukhusen

Effektiv vård rekommenderade att huvudmännen i ökad utsträckning borde planera utifrån en genomsnittlig beläggningsgrad på 85–90 procent på klinik-/enhetsnivå avseende akutsjukhusvård (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 12.2.1). En åtgärd som i betänkandet lyfts fram för att komma till rätta med överbeläggningar är samverkan i anslutning till utskrivning från slutenvård. Detta område behandlades i SOU 2015:20, Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård, vilken överlämnades till regeringen i februari 2015. Dess förslag syftade till att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och att onödigt vistelse på sjukhus därmed så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. Betänkandet har remissbehandlats och därefter har proposition 2016/17:10 lagts fram till riksdagen. I propositionen anförs att en ny lag, lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård, införs och träder i kraft 1 januari 2018. Samtidigt upphävs lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar

²⁵ Socialdepartementet, *Uppdrag till Socialstyrelsen att komplettera och sprida information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården.*

²⁶ Socialstyrelsen, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården.*

²⁷ Socialstyrelsen, *Redovisning av regeringsuppdrag Komplettera och sprida information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården.*

för viss hälso- och sjukvård. Beslut om proposition 2016/17:106 väntas i juni 2017.

Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagförslaget tydliggör att verksamheter inom socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från slutenvård 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 slutenvård. Lagen innehåller även bestämmelser om samverkan mellan landsting och kommun²⁸.

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 att samordna kunskapsstöd från olika aktörer borde utredas (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 12.2.2).

Regeringen beslutade den 3 december 2015 att en särskild utredare skulle överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män. Utredningen, som har tagit namnet Kunskapsstödutredningen (S 2015:07) lämnar sitt slutbetänkande den 1 juni 2017.²⁹

Den 12 maj 2017 beslutade SKLs förbundsstyrelse att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.³⁰ Denna omfattar den verksamhet som landstingen ansvarar för men arbetet pågår med att hitta former för kopplingen även till det gemensamma arbetet med kommunerna. Förslaget innebär:

²⁸ Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård*.

²⁹ Dir. 2015:127.

³⁰ SKL, *Bättre kunskap ska ge en mer jämlik vård*.

- att landsting och regioner i samverkan arbetar utifrån den gemensamma visionen: Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.
- att landsting och regioner samarbetar inom den gemensamma strukturen för kunskapsstyrning.
- att landsting och regioner anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen med syfte att få styrka genom hela systemet.
- att landsting och regioner långsiktigt säkrar en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.
- att landsting och regioner avsätter resurser regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i programområden och samverkansgrupper.
- att landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning genom att:
 - inrätta nationella programområden med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält. Primärvårdsperspektivet ska särskilt beaktas och patientinvolvering ska alltid övervägas i de konkreta arbeten programområdena och dess expertgrupper initierar
 - tillsätta nationella samverkansgrupper med experter inom tvärgående områden så som; uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet etc.
 - tillsätta en strategisk styrgrupp – styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS)
 - tillsätta en beredningsgrupp som bereder ärenden inför ställningstagande och beslut i SKS
 - inrätta en nationell stödfunktion, som utgår från och i första hand bemannas från SKL.

- att landsting och regioner följer och gör de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av SKS i frågor rörande den nationella strukturen.
- att landsting och regioner tar politiskt inriktningsbeslut om SKS uppdrag, mandat och den finansiella ram som SKS råder över för det gemensamma arbetet och att sjukvårdshuvudmannens politiska ledning utser landstings-/regiondirektören till ombud för hantering av frågan framåt.³¹

3.1.3 Särskilt om kontinuitet

Effektiv vård rekommenderade att kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetssätt (se vidare i SOU 2016:2, avsnitt 13.1). Betänkandet framhöll också att personlig kontinuitet är särskilt viktigt för vårdens storkonsumenter. Vidare betonades att flera av utredningens förslag i andra delar av betänkandet än just detta avsnitt också innebar stärkta förutsättningar för kontinuitet. Effektiv vård konstaterade också att trots att kontinuitet länge varit ett honnörsord för primärvården så finns det få konkreta exempel på att huvudmannens sätt att styra vården, eller sättet att organisera den, stödjer kontinuitet.

Regeringen aviserade hösten 2016 en pilotverksamhet med patientkontrakt, vilken nu kommer genomföras i tre landsting under 2017. Patientkontraktet är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser. Kontraktet ska bidra till trygghet för patienten i att veta vilka vårdinsatser som är inplanerade och att de kommer att genomföras inom rimlig tid. Hälso- och sjukvården ska bistå patienten med att samordna samtliga vårdkontakter inom primärvård och specialiserad vård och ska säkerställa att den sammanlagda tiden för vård och behandling blir så kort som möjligt samt att patienten blir delaktig i sin vård och kan vara med att utföra planeringen. Genom samverkan mellan vårdgivare och mellan landsting och kommun ska vårdens övergångar samordnas och säkras.³²

³¹ SKL, *Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård. Med sikte mot ett gemensamt nationellt system*, s. 3.

³² Regeringskansliet, *Patientkontrakt*.

3.1.4 Verksamhetsstöden

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

Socialstyrelsen har i sin instruktion (4 §, punkt 8 och 9) regeringens uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer samt en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde. I Socialstyrelsens regleringsbrev för 2016 gavs också ett specifikt uppdrag till Socialstyrelsen, om att se över formerna för de insatser som myndigheten gör inom ramen för ”gemensam informationsstruktur”³³ och att analysera ändamålsenlighet och användbarhet hos de produkter och tjänster som myndigheten tillhandahåller, inom gemensam informationsstruktur. Arbetet avrapporterades genom rapporten ”Långsiktig utveckling av strukturerad dokumentation” (S2016/05653/FS). Rapporten föreslår strategier för det fortsatta arbetet med fokus på samordning, kunskapsöverföring och utveckling. Socialstyrelsen stödjer också uttryckligen förslaget från Effektiv vård, och andra utredningar, om att införa kompetenscentra för informatikfrågor. Rapporten bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Den 10 mars 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.³⁴ Den 19 januari 2017 antogs en handlingsplan, kopplad till

³³ Gemensam informationsstruktur innefattar den nationella informationsstrukturen (NI), som är beskrivningar av vård- och omsorgsprocessen på en övergripande nivå och den information som ska hanteras i processen, samt olika delar i det nationella fackspråket; hälso-relaterade klassifikationer, Socialstyrelsens termbank och det internationella begreppssystemet Snomed CT (se vidare på: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa>).

³⁴ Överenskommelse om ”Vision e-hälsa 2025”.

visionen, för perioden 2017–19. Handlingsplanen sätter upp en struktur för en gemensam styr- och samverkansorganisation och fastslår inriktning för arbetet kopplat till de tre insatsområdena.³⁵ Under visionen för e-hälsa har åtgärder gjorts och regeringsuppdrag givits som kopplar till förslagen i Effektiv vård. Fördelat på insatsområdena kan framför allt följande noteras:

Regelverk

- Den 1 mars 2017 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården i kraft (HSLF-FS 2016:40). Föreskriften ersatte Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
- Den 23 december 2016 överlämnades Departementskrivelse om Nationell läkemedelslista (DS 2016:44). Promemorian föreslår en ny lag, lagen om nationell läkemedelslista. Den nya lagen föreslås ersätta lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Förslag lämnas också till en ny förordning om nationell läkemedelslista som ska ersätta förordningen (2009:625) om receptregister och förordningen (2009:626) om läkemedelsförteckning. Därutöver föreslås även följdändringar i andra författningar. Förslaget syftar till att tillgodose patientens och hälso- och sjukvårdspersonalens behov av information om en patients läkemedelsbehandling och samtidigt tillgodose det behov av integritetsskydd som patienten har. Det övergripande målet med den föreslagna nationella läkemedelslistan är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling, oavsett var i landet patienten har ordinerats eller hämtat ut sina läkemedel. Förslaget har remitterats och regeringen avser lämna en lagrådsremiss under innevarande år.

³⁵ Staten och SKL, *Överenskommelse om handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025*.

- Uppdrag till eHälsomyndigheten att göra en förstudie inför den nationella läkemedelslistan (2016/07779/RS). I förstudien undersöks bland annat vilka insatser som krävs för den tekniska plattformen, årliga kostnader för drift och förvaltning samt när olika insatser kan ske. Uppdraget ska redovisas 1 juli 2017.
- Den 26 april 2017 beslutade regeringen att ge eHälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar utifrån gällande lagstiftning (S2017/02466/FS). Stödet ska utgå ifrån analysen som gjordes i Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23), bilaga 4 och det ska främst rikta sig till beslutsfattare och personal med journalföringsplikt inom vård och omsorg. Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2018.

Standarder

- Den 22 juni 2016 gav regeringskansliet (Näringsdepartementet) Vinnova, i samverkan eHälsomyndigheten, i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla ramverk för öppna standarder (N2016/04455/IF). En plan för hur ramverket kan förvaltas långsiktigt ska tas fram. Arbetet ska redovisas senast den 30 mars 2018.³⁶

3.1.5 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).

Den 3 december 2015 gav regeringen Socialstyrelsen ett uppdrag om att ge stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning. Mer specifikt uppdrogs åt myndigheten att:

³⁶ eHälsomyndigheten, *Gemensamma standarder*.

- Föreslå hur det nationella planeringsstödet (NPS) kan breddas till fler yrkesgrupper samt hur stödet kan ge största möjliga nytta för huvudmän och andra vårdgivare i planeringen av sin kompetensförsörjning.
- Bedöma om informationen om tillgång och efterfrågan på legitimerade läkare som genomgår specialiseringsutbildning (ST-läkare) kan utvecklas inom ramen för NPS.
- Överväga om NPS löpande kan kompletteras med ytterligare fördjupningar kring olika yrkeskategoriers förutsättningar och stabilitet, samt genomföra en sådan fördjupning om specialistsjuksköterskor.
- Bidra till att inom ramen för NPS skapa en mötesplats för huvudmän och andra organisationer att gemensamt diskutera planering av kompetensförsörjning ur ett nationellt perspektiv (S2015/7804/FS (delvis)).³⁷

Den 28 juli 2016 gav regeringen Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) ett uppdrag att tillsammans analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Myndigheterna ska även 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. Socialstyrelsen ska samordna sin del av uppdraget med uppdraget om att ge stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning. Socialstyrelsen och UKÄ ska årligen till Regeringskansliet (Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet) redovisa vidtagna åtgärder och aktiviteter. Senast den 31 augusti 2019 ska myndigheterna rapportera sin analys av hur den nationella samverkan kan fortgå ur ett långsiktigt perspektiv.³⁸

³⁷ Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag till Socialstyrelsen om stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning*.

³⁸ Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården*.

Den 11 november 2016 överlämnade Socialstyrelsen rapporten ”Ett nationellt stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning” till Socialdepartementet i vilken de bägge ovan nämnda uppdragen avrapporterades. Socialstyrelsen föreslår att NPS ska breddas till att omfatta alla legitimerade yrkesgrupper. Vidare rapporteras att planeringsstödet för en dialog med landsting och regioner om hur stödet ska utvecklas för att bli till större nytta i planeringen av kompetensförsörjning och vissa åtgärder har redan påbörjats såsom:

- NPS tillgångsstatistik har utökats med data för farmaceuter, fysioterapeuter och psykologer.
- NPS har inlett möten och diskussioner med huvudmännen om i vilken ordning ytterligare legitimerade yrkesgrupper ska inkluderas i NPS.
- NPS för diskussioner med huvudmännen och yrkesföreträdare om vilka nationella underlag som skapar ökad nytta.

Vidare har NPS tillsammans med SKL och huvudmännen arbetat med en lösning för nationell statistik över läkare under vidareutbildning samt en lösning för ett nationellt underlag om planering av kommande ST-tjänster. Det framgår även att NPS ska kompletteras med ytterligare fördjupningar kring olika yrkeskategorier och att Socialstyrelsen och UKÄ därför gemensamt börjat ta fram information om hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper som omfattar data från både utbildnings- och arbetsmarknadssektorn. Specialistsjuksköterskornas situation utgör fokus för det första arbetet i detta avseende. Vidare rapporteras att Socialstyrelsen har bidragit till att inom ramen för NPS skapa en mötesplats för huvudmän och andra organisationer att gemensamt diskutera planering av kompetensförsörjning ur ett nationellt perspektiv.³⁹

³⁹ Socialstyrelsen, *Ett nationellt stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning – Socialstyrelsens utveckling av det nationella planeringsstödet.*

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).

Den 28 juli 2016 gav regeringen i uppdrag åt professor Jens Schollin att genomföra en översyn samt lämna förslag avseende läkares specialiseringstjänstgöring.⁴⁰ Översynen ska utgå från de förslag om en ny läkarutbildning som har lämnats i betänkandet För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning (SOU 2013:15). De förslag som lämnas ska syfta till att skapa ett sammanhållet system för läkares utbildning och specialisering. I uppdraget ingår bl.a. att analysera om det finns behov av att införa en obligatorisk introduktion inom ramen för läkares specialisering och hur den i så fall bör utformas. Uppdraget avrapporteras den 31 maj 2017.

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).

Frågan bereds för närvarande i regeringskansliet och regeringen har för avsikt att återkomma till frågan under hösten 2017.

3.2 Andra för uppdraget relevanta processer

3.2.1 Statliga myndigheters arbete

Nivåstrukturering av den högspecialiserade vården

Den 19 november 2015 överlämnades betänkandet Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) till regeringen. Betänkandet föreslog en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Förslaget syftade till att ersätta dagens rikssjukvård och den nationella nivå-

⁴⁰ Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra en översyn samt lämna förslag avseende läkares specialiseringstjänstgöring*.

struktureringen av cancervården. Betänkandet föreslog även att Socialstyrelsen skulle få ett tydligare ansvar än befintligt för att driva, samordna och besluta om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras.⁴¹

Som ett första led i en sådan omställning gav regeringen den 26 januari 2017 ett uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården uppdraget ingår att ta fram mallar för de kravbeskrivningar som ska uppfyllas av verksamheter som bedriver nationell högspecialiserad vård. I uppdraget ingår även att inventera vilka delar i befintliga strukturer för kunskapsstyrning som kan användas i nivåstruktureringen. Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2017. I beslutet aviseras också regeringens avsikt att i kommande uppdrag ge Socialstyrelsen i uppdrag att utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag till vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra högspecialiserad vård.⁴²

Analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård

I regleringsbrevet för 2016 (S2015/04519/RS, S2015/08135/RS) gavs Vårdanalys regeringens uppdrag att ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Analysen skulle utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Målsättningen var att generera lärdomar som kan ligga till grund för ömsesidigt lärande för hälso- och sjukvårdens samtliga aktörer. Uppdraget avrapporterades den 28 april 2017 genom rapport 2017:3, En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum. Vårdanalys samlade bedömning är att primärvården har en mycket viktig roll att fylla för en mer jämlik, patientcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård och att den rollen kommer att bli allt viktigare. Men primärvården behöver stärkas för att bli den tydliga bas för svensk hälso- och sjukvård som den är ämnad att vara. Vårdanalys anser därför att regeringen bör genomföra en reform med målet att tydlig-

⁴¹ SOU 2015:98.

⁴² Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården*.

göra vad primärvården ska göra, att skapa de förutsättningar som kommer att krävas samt att stärka förmågan att fortlöpande utveckla hur primärvårdens organisation, styrning och arbetssätt behöver anpassas för att på bästa sätt uppfylla dess mål. Tre utvecklingsområden rekommenderas som utgångspunkt för reformen:

- Tydliggör primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården
- Säkerställ att primärvården har ändamålsenlig kompetens och resurser
- Stärk primärvårdens utvecklingskraft och skapa förutsättningar för lärande.⁴³

Med utgångspunkt i dessa tre övergripande utvecklingsområden lämnas också specifika rekommendationer till regeringen och landstingen (se faktarutan nedan).

Specifika rekommendationer till regeringen och landstingen från Vårdanalys rapport ”En primär angelägenhet”

- Regeringen bör göra en samlad översyn i syfte att tydliggöra primärvårdens uppdrag och funktion
- Regeringen bör se över vårdgarantin och säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av väntetiderna ur patienternas perspektiv
- Regeringen bör överväga att ge primärvården det huvudsakliga ansvaret för och mandatet att säkerställa samordningen
- Regeringen bör säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning i primärvården
- Regeringen bör stärka primärvårdens förutsättningar för en långsiktigt hållbar och samordnad utveckling och lärande

⁴³ Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, s. 11–13.

- Landstingen bör stärka primärvårdens tillgänglighet och förutsättningar att vara den första kontakten med och vägen in i hälso- och sjukvården
- Landstingen bör överväga att använda sig av en kombination av en behovsjusterad rörlig och fast ersättning för att styra både mot tillgänglighet och mot andra kvalitetsmål
- Landstingen bör aktivt motverka den geografiska ojämlikheten i primärvården
- Landstingen bör se över hur personkontinuiteten i primärvård kan stärkas och utformas på ett ändamålsenligt sätt
- Landstingen bör säkerställa att primärvården har resurser som motsvarar dess uppdrag.

Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, En primär angelägenhet.

3.2.2 Andra utredningar, kommittéer och kommande lagstiftning

Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02)

Regeringen beslutade den 4 juni 2015 att tillsätta en kommission för jämlik hälsa som ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Av direktiven framgår även att kommissionen bör presentera förslag på finansieringsmodeller som kan bidra till minskad omfattning av förebyggbara hälsoproblem och som främjar ett effektivt resursutnyttjande över tid och mellan sektorer och huvudmän.⁴⁴

I sitt delbetänkande SOU 2017:4 lämnade kommissionen förslag med syfte att utveckla och förtydliga det folkhälsopolitiska ramverket för en god och jämlik hälsa. Bl.a. föreslås det att dagens elva mål-

⁴⁴ Dir. 2015:60.

områden omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa, varav ett är ”en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård”. Vidare föreslår kommissionen att det bör tillsättas en statlig utredning för att analysera om lagstödet för arbete för en god och jämlik hälsa kan utvecklas i syfte att skapa bästa möjliga förutsättningar för arbetet och att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan stat, kommuner, landsting och regioner. Betänkandet anser att en sådan utredning också bör analysera styrning med ekonomiska incitament som alternativ till ny eller existerande lagstiftning.⁴⁵ Kommissionen lämnar sitt slutbetänkande den 31 maj 2017. I enlighet med tilläggsdirektiv redovisas dock den del som rör det utåtriktade arbetet senast 31 oktober 2017.⁴⁶

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

Den 17 december 2015 beslutade regeringen att en särskild utredare i egenskap av nationell samordnare skulle stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och även verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. Samordaren ska vidare identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. I uppdraget ligger även att följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting, med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga. Resultatet av arbetet ska slutredovisas senast den 31 december 2018.⁴⁷

Tillitsdelegationen (Fi 2016:03)

Den 16 juni 2016 beslutade regeringen att inrätta en delegation som skulle arbeta för ökad tillit i styrningen av den offentliga sektorn och välfärdstjänsterna. Delegationen har till uppdrag att inom ramen för de befintliga regelverken genomföra dels projekt som främjar idé- och verksamhetsutveckling när det gäller kommunal verksamhet,

⁴⁵ SOU 2017:4.

⁴⁶ Dir. 2017:17.

⁴⁷ Dir. 2015:138.

dels projekt som omfattar hela styrkedjan dvs. styrning från den nationella nivån till genomförandet i kommuner och landsting. Delegationen ska även analysera på vilket sätt olika ersättningsmodeller har styrande effekt på kvalitetsutveckling och effektivitet samt lämna förslag på hur ersättningsmodeller kan utformas. Denna del av uppdraget ska redovisas senast den 16 juni 2017. Uppdraget i övrigt ska redovisas i en slutrapport med en sammanställning av utvärderingsrapporter och förslag till vidare åtgärder. Slutrapporten ska lämnas senast den 18 juni 2018.⁴⁸

Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet

Den 20 oktober 2016 gav Regeringskansliet (Socialdepartementet) en utredare i uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet. Utgångspunkten är att utifrån det nuvarande systemet med den nationella taxan för såväl läkare som fysioterapeuter föreslå en långsiktigt hållbar lösning som tillvaratar de fördelar som finns i dagens system samtidigt som det anpassas till hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Det står utredaren fritt att antingen se över systemet för läkarvårdsersättning respektive ersättning för fysioterapi var för sig eller samlat.⁴⁹ Utredaren förväntas överlämna sin slutrapport under hösten 2017.

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

Den 17 november 2016 beslutade regeringen att tillsätta en utredare för att genomföra en övergripande översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel. Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel. Detta ska i sin tur bidra till en modern och jämlik vård. Enligt direktiven bör ansvarsfördelningen mellan stat och landsting när det gäller finansieringen av läkemedel utredas först, och därefter bör det följa analys

⁴⁸ Dir. 2016:51.

⁴⁹ Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet*.

och förslag kring subventionering och prissättning av läkemedel.⁵⁰ I relation till finansieringen av läkemedel konstaterar direktiven också att vårdens strukturer och läkemedelsmarknaden har utvecklats på ett sådant sätt att det behöver analyseras om den nuvarande finansieringsuppdelningen och indelningen i övrigt av olika typer av läkemedel är ändamålsenlig. Rådande uppdelning i öppen- och slutenvårdsläkemedel bör därför ses över i syfte att skapa ett effektivt och förutsägbart system med en effektiv hantering och användning av läkemedel till nytta för patienten och samhället i övrigt.⁵¹

Parallellt med tillsättandet av den särskilde utredaren gavs ett uppdrag till Socialstyrelsen att beskriva och analysera hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård.⁵² I direktiven för Utredningen om finansiering, subvention och prissättning av läkemedel framgår att om analysen skulle visa på ett behov av översyn av regelverken avsåg regeringen återkomma med tilläggsdirektiv i denna del. Socialstyrelsen avrapporterade sitt uppdrag den 28 april 2017. I rapporten konstateras att det finns situationer inom hälso- och sjukvården där det kan vara svårt att upprätthålla de syften som bägge regelverken (för öppen och sluten vård) har, dvs. en rationellt bedriven läkemedelsförsörjning som tryggar behovet av säkra och effektiva läkemedel samt att vården ska vara patientcentrerad. Mot bakgrund av detta ser Socialstyrelsen ett behov att se över ändamålsenligheten av den lagstiftning som reglerar läkemedelshandlingen i hälso- och sjukvården.⁵³

Uppdrag att utreda formerna för en permanent rehabiliteringskoordinatorfunktion inom vården

Den 14 februari 2017 beslutade Regeringskansliet (Socialdepartementet) att en arbetsgrupp inom Socialdepartementet skulle utreda formerna för en obligatorisk rehabiliteringskoordinatorfunktion inom

⁵⁰ Dir. 2016:95, s. 1.

⁵¹ Dir. 2016:95, s. 14.

⁵² Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att beskriva och analysera hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård*.

⁵³ Socialstyrelsen, *Beskrivning och analys av hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård*.

hälso- och sjukvården. Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 december 2017.⁵⁴

Översyn av socialtjänstlagen (S 2017:03)

Den 7 april 2017 beslutade regeringen att en särskild utredare ska göra en översyn av socialtjänstlagen (2001:453) och vissa av socialtjänstens uppgifter. Syftet med uppdraget är att utforma en socialtjänst som bidrar till social hållbarhet med individen i fokus och som med ett förebyggande perspektiv ger människor lika möjligheter och rättigheter. Avsikten är också att socialtjänstlagen ska bli lättare att tillämpa och förstå samt att underlätta för kommuner att samarbeta och samverka med varandra och andra. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2018.⁵⁵

En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag (Prop. 2016/17:180)

Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen med förslag till ny förvaltningslag. I den nya lagen finns, liksom i nuvarande förvaltningslag, bestämmelser om tillgänglighet och service. Bestämmelserna gäller även i den faktiska vården, inte bara vid formell handläggning av ärenden inom myndigheten. Enligt 6 § ska en myndighet se till att kontakterna med enskilda blir smidiga och enkla. Myndigheten ska lämna den enskilde sådan hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål. I författningskommentaren till bestämmelsen anges att kraven på smidighet och enkelhet avser den enskildes rätt till ett positivt bemötande från myndighetens sida, vilket ger uttryck för en attitydfråga som är ett grundläggande inslag i principen om god förvaltning. Kravet på enkelhet innebär också att den enskilde inte behöver ha någon särskild sakkunskap innan han eller hon kontaktar en myndighet i en viss

⁵⁴ Regeringskansliet (Socialdepartementet), Uppdrag att utreda formerna för en permanent rehabiliteringskoordinatorfunktion inom vården.

⁵⁵ Dir. 2017:39.

fråga.⁵⁶ Enligt 7 § första stycket ska en myndighet vara tillgänglig för kontakter med enskilda och informera allmänheten om hur och när sådana kan tas. I författningskommentaren anges att bestämmelsen innebär att myndigheterna ska vara tillgängliga för allmänheten i så stor utsträckning som möjligt. Kravet på tillgänglighet är inte begränsat till enbart vissa former av kontakter. Informationskravet innebär en generell skyldighet för myndigheterna att på lämpliga sätt tydligt ange de uppgifter som behövs för att enskilda i tillräcklig utsträckning ska kunna kontakta dem.⁵⁷ Den nya förvaltningslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.⁵⁸

3.2.3 Specifikt om integritetsfrågor

Dataskyddsutredningen (Ju 2016:04)

Regeringen beslutade den 25 februari 2016 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå de anpassningar och kompletterande författningsbestämmelser på generell nivå som den nya dataskyddsförordningen ger anledning till.⁵⁹ I uppdraget har inte ingått att se över de s.k. registerförfattningarna eller annan sektorsspecifik reglering om behandling av personuppgifter. Utredningen har inte heller haft i uppdrag att analysera eller beskriva vilka förändringar som dataskyddsförordningen i sig innebär. Dataskyddsutredningen överlämnade sitt betänkande *Ny dataskyddslag – Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SOU 2017:39)* den 12 maj 2017. I betänkandet föreslås att personuppgiftslagen (1998:204) och personuppgiftsförordningen (1998:1191) ska upphävas och att de kompletterande bestämmelser som är av generell karaktär samlas i en ny övergripande lag och förordning om dataskydd.⁶⁰

Behandling av personuppgifter som utförs som ett led i en verksamhet som inte omfattas av unionsrätten, t.ex. i verksamhet som rör nationell säkerhet, omfattas inte av dataskyddsförordningen. För att säkerställa att det inom varje verksamhet finns ett fullgott skydd

⁵⁶ Prop. 2016/17:189, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 291.

⁵⁷ Prop. 2016/17:189, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 292.

⁵⁸ Prop. 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*.

⁵⁹ Dir. 2016:15.

⁶⁰ SOU 2017:39, *Ny dataskyddslag*, s. 19.

av personuppgifter föreslår utredningen dock att förordningens bestämmelser i tillämpliga delar bör gälla även i dessa fall. Förslaget om utsträckt tillämpningsområde hindrar dock inte att det för en viss sådan verksamhet införs en särskild reglering, om det skulle anses mer lämpligt. Utredningen konstaterar vidare att de bestämmelser som föreslås i betänkandet är av generell karaktär, men på vissa områden kommer det att finnas behov av lag- eller förordningsbestämmelser kring behandling av personuppgifter som avviker från dataskyddslagens reglering. Utredningen föreslår att sådana avvikande bestämmelser ska ha företräde framför dataskyddslagen. Det innebär dock inte att de därigenom också får företräde framför dataskyddsförordningen inom det aktuella området. Det förhåller sig dock annorlunda när det gäller verksamhet som inte omfattas av unionsrätten. I det fallet kan det genom ett undantag i lag eller förordning föreskrivas att dataskyddsförordningen inte ska gälla i verksamheten. Ett sådant undantag kan också ange att endast vissa delar av dataskyddsförordningen inte ska gälla.⁶¹

Betänkandet framhåller vidare att enligt dataskyddsförordningen gäller som huvudregel, liksom tidigare, ett förbud mot behandling av känsliga personuppgifter. Behandling av sådana personuppgifter får ske bara om det finns stöd i någon av förordningens undantagsbestämmelser. Vissa undantag från förbudet följer direkt av förordningen, medan andra förutsätter stöd även i nationell rätt. Data-skyddsutredningen föreslår att ett sådant stöd ska införas i dataskyddslagen när det gäller nödvändig behandling av personuppgifter på arbetsrättens område, inom hälso- och sjukvård, i social omsorg, i arkivverksamhet och i statistisk verksamhet. Stödet för behandlingen ska vara förenat med vissa restriktioner.⁶²

Integritetskommittén (Ju 2014:09)

Den 8 maj 2014 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté med uppdrag att kartlägga och analysera företeelser i samhället, inom både privat och offentlig sektor, som kan påverka den personliga integriteten.⁶³ I ett första delbetänkande 2016 presen-

⁶¹ SOU 2017:39, *Ny dataskyddslag*, s. 20.

⁶² SOU 2017:39, *Ny dataskyddslag*, s. 22.

⁶³ Dir. 2014:65.

terade kommittén en översiktlig beskrivning av faktiska och potentiella integritetsrisker som var och en utsätts för. Kommittén beskriver riskerna utifrån tre nivåer; viss risk, påtaglig risk eller allvarlig risk för den personliga integriteten. Flera företeelser – fördelat över de tre nivåerna – som berör hälso- och sjukvården antingen specifikt eller som en del av e-förvaltning bedöms utgöra risker för den personliga integriteten. Kommittén lämnade förslag om att Datainspektionens uppdrag att följa och beskriva utvecklingen på IT-området när det gäller frågor som rör personlig integritet och ny teknik, ska utvidgas till att även omfatta de legala förutsättningarna för integritetsskyddet och att myndigheten årligen ska lämna en redovisning om utvecklingen inom området till regeringen. Kommittén föreslog även att regeringen i en årlig skrivelse till riksdagen ska informera om utvecklingen och det aktuella tillståndet. Betänkandet har remitterats. Frågan bereds inom Regeringskansliet.⁶⁴ Kommitténs slutbetänkande överlämnas senast den 1 juni 2017.

3.2.4 Överenskommelser mellan staten och SKL

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna och bidra till ökad tillgänglighet och jämlikhet. Genom överenskommelser ska insatser ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå. En viktig utgångspunkt vid överenskommelser mellan regeringen och SKL är en tillitsbaserad dialog som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar. 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.

Flera av de nu gällande överenskommelserna inom hälso- och sjukvårdsområdet har bäring på denna utrednings uppdrag. Vi vill i detta skede särskilt framhålla följande överenskommelser:

⁶⁴ SOU 2016:41, *Hur står det till med den personliga integriteten? – En kartläggning av Integritetskommittén.*

- Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. (S2016/07734/FS) vilken kopplar till Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar (S2014/395/FS).
- Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2017 (S2016/07839/FS). I överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 redovisade regeringen en ny strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa under åren 2016–2020.
- Stöd till Nationella Kvalitetsregister under 2017 (S2016/07735/FS).
- Kortare väntetider i cancervården (S2016/07733/FS).
- Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017–18 (S2017/00378/FS).
- Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2017–2019 (S2017/00425/FS).

3.2.5 Övrigt

Uppföljning av primärvård

Trots att primärvården står för drygt hälften av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården saknas i nuläget lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I detta avseende skiljer sig därmed primärvården från övrig öppen vård samt slutna vård. Den 4 november 2010 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen ett uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården.⁶⁵ 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

⁶⁵ Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården*.

skulle utökas till att omfatta även primärvården samt gav förslag på utvecklingsarbete och tidsplan för hur förslaget skulle kunna realiseras.⁶⁶ Dialog förs mellan Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Socialstyrelsen kring förutsättningarna att utöka patientregistret till att omfatta även primärvården

Ett annat initiativ för att stärka möjligheten att följa upp primärvården är projektet PrimärvårdsKvalitet, som sedan hösten 2015 samordnas av SKL.⁶⁷ 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. Varje landsting/region och privat aktör bestämmer själv hur de utformar sina arbetsformer och IT-lösningar. Cirka 30 procent av alla vårdcentraler i Sverige är i dag anslutna till PrimärvårdsKvalitet. Målet för 2017 är att 70 procent av vårdcentralerna, både de privata och landstingsdrivna, använder uppföljningen och att data används i det lokala förbättringsarbetet.⁶⁸ Till skillnad från ett eventuellt inkluderande av primärvården i patientregistret syftar PrimärvårdsKvalitet främst till att just stödja förbättringsarbete hos de anslutna vårdgivarna/huvudmännen.

Sveriges Kommuner och Landstings strategi för hälsa

SKL har inlett ett arbete för att ta fram en samlad strategi för hälsa. Strategin omfattar skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst, vård och omsorg. Ett utkast till strategi tas fram och stäms av med medlemmarna. För arbetet med ta fram strategin utgår man från tre förslag till övergripande målsättningar: En god och jämlik hälsa, God kvali-

⁶⁶ Socialstyrelsen, *Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret*.

⁶⁷ Det professionella utvecklingsarbetet har pågått under flera år men projektet kan sägas ha tagit sin formella start 2012 då beslutsgruppen för kvalitetsregister avsatte medel för att arbeta med att långsiktigt utforma och utveckla verktyg för uppföljning och utveckling av primärvården.

⁶⁸ SKL, *PrimärvårdsKvalitet – Ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*.

tet i välfärdens tjänster samt Värde och hållbarhet. Beslut om strategin samt kommunikation och manifestering sker i slutet av 2017.⁶⁹

Flippen

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. Ett sådant projekt som SKL driver i samverkan med landstingen är Flippen, ett innovationsprojekt som syftar till att utveckla nya patientcentrerade arbetssätt inom primärvården. Namnet Flippen kommer från ”flipping health care”. Det handlar alltså om att vända på perspektiven och utgå från vad patienten kan och vill själv, med sjukvården som stöd, och om att utforma arbetssätt utifrån behov, snarare än att försöka möta behov med befintliga arbetssätt.

Inom ramen för Flippen har också webbplatsen ”primärvård.nu” tagits fram och testas under 2017. Där kan personer som jobbar inom primärvården dela goda exempel och bra metoder och låta andra intresserade inspireras. Ett annat arbete under ”Flippen” har undersökt olika behov och beteenden hos personer i kontakt med vården. Resultatet kan delas in i fyra tydliga grupper, vilka kan användas som inspiration när man utvecklar nya arbetssätt i vården.⁷⁰

Tillgänglighet i primärvård

SKL har under 2016 tillsammans med landstingen i ett pilotprojekt tagit fram en modell för en utökad uppföljning av primärvård för att användas såväl lokalt som nationellt: *Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård – För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling*. Projektet har gjorts som en del av överenskommelsen mellan staten och SKL om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Bakgrunden är bl.a. att den uppföljning som sker i dag inte ger tillräckligt bra kunskap om tillgänglighet inom primärvården. I synnerhet är patientens perspek-

⁶⁹ SKL, *Strategi för hälsa*.

⁷⁰ SKL, *Innovativa arbetssätt i primärvården*.

tiv ett eftersatt område och projektet har bland annat byggt kunskap om den patientupplevda tillgängligheten. Inledningsvis planerade Region Jönköping, Region Örebro och vissa verksamheter inom Stockholms läns landsting att delta i pilottesten. Av dessa har Jönköping kunnat leverera data och Örebro har testdata. Stockholm kom att avstå från deltagande pga tidsbrist. Uppföljningsmodellen är produktionssatt och Region Jönköpings län skickar månadsvis in data automatiskt till väntetidsdatabasen enligt den utökade uppföljningsmodellen. SKL för dialog med flera landsting om att införa den utökade uppföljningsmodellen också i dessa.⁷¹ Den utvidgade modellen fångar data ur följande perspektiv:

- *Remittenttyp*: Beskriver hur kontakten med vårdgivaren har tagits. Har patienten remitterats eller själv tagit kontakt? Vem har remitterat patienten?
- *Yrkeskategori*: Träffar patienten rätt kompetens direkt? Patienten ska möta den kompetens som är mest lämplig utifrån aktuellt vårdbehov.
- *Medicinskt måldatum*: Innebär enligt den medicinska bedömningen den bortre tidsgränsen för när en kontakt bör ske.
- *Bokningen*: Har patienten själv bokat besöket via webbtidbok, har enheten kontaktats för tidbokning eller är det ett oplanerat besök utan bokning?
- *Form av öppenvårdskontakt*: Vanligt besök, besök på distans, hembesök, telefon- eller brevkontakt?
- *Diagnoskoder*: Diagnoser som haft klinisk relevans och vårdinsatser som gavs vid vårdkontakten ska rapporteras. Åtgärds-koder och yttre orsak rapporteras om förekomst finns.⁷²

⁷¹ SKL, *Tillgänglighet i primärvården*.

⁷² SKL, *Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården – för ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling*.

Nationella kvalitetsregister

I september 2011 tecknade staten och SKL en överenskommelse om en gemensam satsning under 2012–2016 för att utveckla de Nationella Kvalitetsregistren. Syftet med överenskommelsen var att ytterligare utveckla kvalitetsregistren för att kunna realisera dess potential för vårdens utveckling. Satsningen medförde ett ökat finansiellt stöd till registerverksamheten. Totalt omfattade den drygt en och en halv miljard kronor och finansierades till 70 procent av statliga medel, och till 30 procent av landstingen. Utöver ökad finansiering enades parterna om en ny organisation och ansvarsfördelning för utveckling och drift av kvalitetsregistren. Den professionella förankringen på lokal nivå framhölls genom kvalitetsregisterverksamheternas ansvar för innehållet i kvalitetsregistren. Genom överenskommelsen riktades mer uppmärksamhet på registrens tekniska lösningar. Samtidigt utökades även servicen och stödet till kvalitetsregisterorganisationerna. Tre stödfunktioner upprättades: kansliet för Nationella Kvalitetsregister, sex regionala registercentrum och Registerservice på Socialstyrelsen.

Inför att den särskilda satsningen på kvalitetsregister skulle gå ut 2016 beslutade styrgruppen för Nationella Kvalitetsregister att genomföra en översyn av det befintliga kvalitetsregistersystemet. Målsättning med översynen var att kvalitetsregistren tydligare skulle vara en integrerad del i ett nationellt hållbart system för kunskapsstyrning och uppföljning av svensk hälso- och sjukvård och ett viktigt stöd för att uppnå jämlik hälsa och resurseffektiv vård och omsorg. Vidare skulle kvalitetsregister i större utsträckning jämfört med i dag ska användas i förbättringsarbete i vårdens verksamheter samt i klinisk forskning och Life Science. Översynen påbörjades under hösten 2016 då en projektgrupp gavs i uppdrag att ta fram underlag till styrgruppen avseende ett stabilt och långsiktigt hållbart kvalitetsregistersystem. I uppdraget ingick att lägga fram förslag på styrmodell, ansvarsfördelning, organisationsstruktur och finansieringsmodell för ett nytt kvalitetsregistersystem. Projektgruppen levererade sitt arbete i maj 2017.

4 Utredningens fortsatta arbete

Enligt direktiven ska utredningen i samband med det första delbetänkandet lämna en beskrivning som innehåller inriktningen för det kommande arbetet. Inriktningen på arbetet ska utgå från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten. I det följande kapitlet lämnar vi därför förslag på hur de styrande principerna för vårdens organisering bör förändras i förhållande till förslagen i Effektiv vård och den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). Dessa förändrade principer ligger i sin tur till grund för redovisningen av hur utredningen kommer att lägga upp sitt fortsatta arbete. En gemensam målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården och en färdplan för arbetet att förflytta systemet i den önskade riktningen presenteras, samt en tidsplan för detta.

4.1 Styrande principer för vårdens organisering

Förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att vården ska vara lätt tillgänglig för såväl kontakt som bedömning och besök.

Vidare införs en bestämmelse om inriktningen för organiseringen av hälso- och sjukvård med innebörden att hälso- och sjukvården ska ordnas nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

En bestämmelse införs också om att vården ska ges som öppen vård i första hand.

Ytterligare konsekvensanalys av definitionerna av öppen och sluten vård behöver göras, i syfte att säkerställa att systemets beroende av dessa definitioner inte hindrar organisering av vården utifrån patientens behov och högsta möjliga effektivitet.

En huvudslutsats i slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) är behovet av nya styrande principer för vårdens organisering. I betänkandet görs bedömningen att den inriktning för hälso- och sjukvårdens organisation som gällde i enlighet med 5 § i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) var föråldrad och bidrog till ett alltför sjukhuscentrerat hälso- och sjukvårdssystem. Effektiv vård gör bedömningen att lagstiftningen i alltför hög grad utgår från sjukhusvårdens perspektiv, och inte tillräckligt överensstämmer med medborgarnas behov och förväntningar på en ändamålsenlig struktur utgående från dagens behov. Man gör vidare bedömningen att dessa s.k. styrande principer inte överensstämmer med den inriktning av hälso- och sjukvårdssystemet som är mest effektiv ur ett resursperspektiv. I betänkandet lämnas därför förslag på förändrade styrande principer för vårdens organisering.

De i slutbetänkandet föreslagna principerna innebär att vården i första hand ska ges nära befolkningen om det inte är motiverat att koncentra vården av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vidare konstateras att vården ska ges som öppen vård i första hand. Den tredje styrande principen föreslås slå fast att sluten vård ska ges när vården inte kan ges som öppen vård, och sluten vård kan då ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Sedan slutbetänkandet Effektiv vård överlämnades har en ny hälso- och sjukvårdslag (2017:30, HSL) trätt i kraft, den 1 april 2017. Den nya lagen tillkom utifrån ett behov av att omstrukturera lagtexten utifrån de många förändringar som gjorts under senare år, och ett behov av att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt, samt för att verka i enlighet men intentionen om en målriktad ramlag. Nästan alla bestämmelser i den tidigare HSL är överförda till den nya lagen, och endast ett mindre antal förtydliganden och ändringar i sak har gjorts.

Det innebär att de förslag som fanns i slutbetänkande Effektiv vård i sak är fortsatt relevanta, även om de formuleringar i lagtexten som avses i dag kan återfinnas på andra ställen i den nya HSL än den tidigare gällande. I det följande väljer utredningen därför att diskutere-

ra förslagen som de framställs i Effektiv vård gällande förändrade styrprinciper för vårdens organisering, förslag som utredningen stöder. Utredningens faktiska förslag till förändringar i lagtexten utgår dock från den nya HSL. Utredningen bedömer att de nya principerna bör gälla hela hälso- och sjukvårdssystemet och därmed omfatta såväl staten som huvudmännen (landsting och kommuner). Lagförslagen placeras därför i avdelningen med bestämmelser för all hälso- och sjukvård.

4.1.1 Hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen

I Effektiv vård föreslås att i HSL tydligare införa en bestämmelse om inriktningen för organiseringen av hälso- och sjukvården. Innebörden skulle vara att landstingen ska ordna sin hälso- och sjukvård nära befolkningen, i alla de fall då det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

I det bakomliggande resonemanget framförs att den skrivning i HSL som innefattar vårdens tillgänglighet (5 kap. 1 §) i allt väsentligt kommit att få en tidsmässig innebörd, dvs. en koppling till väntetider. Effektiv vård bedömde därför att ett förtydligande av det som bör vara en av de styrande principerna i vårdens utformning behöver göras; att en huvudprincip för vårdens organisering ska vara att landstingen ska ordna sin hälso- och sjukvård nära invånarna. Betänkandet har i detta hämtat inspiration från andra nordiska sjukvårdssystem, och vill poängtera *även* den geografiska dimensionen. Effektiv vård påpekar också att när begreppet nära diskuteras måste man också se skillnaden mellan dagens beskrivning av "lättillgänglig" som ofta med självklarhet inneburit ett fysiskt besök, och andra sätt, i dag och i framtiden, att organisera vården så även andra säkra typer av besök kan ingå.

Huvudmännen ska kunna erbjuda samma service och jämlik vård till alla medborgare, men den kan inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt, beroende på exempelvis skiftande förutsättningar i glesbygd och storstad. Det traditionella sättet att distribuera vårdtjänster – det fysiska mötet mellan en patient och en medarbetare i vården lokaliserat till en vårdinrättning – kommer att finnas kvar i överskådlig tid, och i all tid för de situationer där det behovet är

oundgängligt, men i allt större utsträckning kommer vården att på olika sätt distribueras via olika tekniska lösningar.

Patienten kommer att, med hjälp av dator, mobiltelefon eller på annat sätt, få den önskade hjälpen var hen än befinner sig. Först då har vården på riktigt flyttat nära medborgaren, och närhetsbegreppet som vi dag känner det, har fått en förändrad innebörd. Målsättningen med denna förändring är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården. Det är därför av stor vikt att tydligt slå fast principen om nära vård som en grundbult i sjukvården utformning; geografiskt nära vård i första hand, men i allt större utsträckning närmre med hjälp av nya tekniska lösningar.

Det finns redan i dag utmärkta exempel på sådana lösningar, än så länge kanske framför allt i mer glest befolkade områden, såsom i Västerbottens läns landsting. Där finns två glesbygdsmedicinska center, i Storuman och Vilhelmina, som i stor utsträckning använder såväl moderna tekniska lösningar som ändrade arbetssätt för att möta befolkningens behov nära, även då den geografiska närheten är en utmaning.⁷³

I detta exempel, och även i flera andra nytänkande modeller ute i landet, skapas ett nytt sätt att se på hur hälso- och sjukvård kan erbjudas nära; en ny första linjens hälso- och sjukvård med primärvården som självklar bas. Där traditionell vårdkedjelogik, utgående från uppdelning mellan primärvård och sjukhusvård, successivt ersätts av en annan förmedlingslogik.

Uttrycket nära har också en dimension baserat på relationen till första linjens sjukvård. Det är viktigt för befolkningens tilltro till vården att den är lätt att nå och förstå. Det är avgörande för förtroendet, och hur man i praktiken väljer sina sökvägar, att vården uppfattas som tydlig och lätt tillgänglig. Olika vägar till vården bör eftersträvas; möten, telefon, e-post, sms, m.m. Allt utformat efter patientens behov och på det sätt som patienten önskar ha sin kontakt med vårdens olika kompetenser.

Utifrån detta resonemang är det också rimligt att slå fast ett undantag från den geografiska närhetsprincipen. Det kan finnas tillfällen när vården behöver koncentreras geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Det kan t.ex. gälla tillfällen av behov av högre specia-

⁷³ SOU 2016:2, s. 364.

lisering runt en viss patientgrupp, viss diagnos, dess utredning eller åtgärd. För ytterligare resonemang om detta hänvisas till betänkandet Träning ger färdighet, avsnitt 8⁷⁴.

Det kan också finnas ekonomiska skäl för en geografisk centralisering. Det finns en gräns för hur mycket vård som distribueras på ett visst sätt kan få kosta, jämfört med andra skattefinansierade behov. Detta är svåra prioriteringar, där målkonflikt mellan olika perspektiv uppkommer och måste hanteras. I de allra flesta fall måste den dialog som krävs i en sådan situation föras lokalt, i den kontext där frågan uppkommit, och med de som då får organiseringen av sin vård förändrad, ofta uppfattat som en försämring. Utredningens uppfattning är att dessa målkonflikter kan minimeras och hanteras just mot bakgrund av de nya möjligheter som nu finns att organisera vården utifrån patientens behov. Utan skarpa gränser mellan olika hus eller vårdformer och med hjälp av nya arbetssätt och olika tekniska lösningar. På så sätt blir resonemangen om en ny nära vård viktigt inte trots, utan just för att, kunna tillgodose befolkningens rätt till en jämlik vård även då det finns geografiska utmaningar.

4.1.2 Vården ska ges som öppen vård i första hand

Den andra styrande principen Effektiv vård föreslog var att vård som inte kan tillgodoses i öppen vård ges som sluten vård. I skälen för utredningens förslag anförs att i den nuvarande utformningen av lagen definieras öppen vård som en negation av sluten vård, och att detta är ett förlegat synsätt. I stället bör tydligt i lagtexten uttryckas att öppen vård är förstahandsvalet. Även om detta i många fall redan i dag är praxis finns ett behov av att tydliggöra detta som en del i målbilden för framtidens hälso- och sjukvårdssystem.

I dagens HSL slås fast att med primärvård avses 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 sjukhusen medicinska och tekniska resurser. I ett framtida sjukvårdssystem där närhet betonas såväl i form av tillgänglighet i tid som geografiskt,

⁷⁴ SOU 2015:98, s. 101.

behöver primärvårdens roll stärkas och förtydligas ytterligare, såväl till innehåll som till volym.

Den önskade utvecklingen ställer nya krav på primärvårdens utformning och innehåll, där dagens ohälsa-utmaningar, såsom bemötande och omhändertagande av psykisk ohälsa (inte minst hos unga), beroendeproblematik, omhändertagande av äldre med många olika sjukdomar, vård för nyanlända, den allt större andelen av befolkningen som lever allt längre med kroniska sjukdomar, måste få utrymme att tas om hand på ett annat sätt än i dag. Ett nytt sjukvårdssystem med primärvården som tydlig bas måste också vara organiserat för att möta behovet av stärkt kontinuitet, något som lyfts och är ett önskemål från de allra flest av vårdens aktörer, inte minst från patienthåll.

I och med att mer vård bedrivs utanför akutsjukhuset väggar, och inte i första hand kopplat till en viss typ av byggnad, kommer en förflyttning av kompetenser från akutsjukhusen och ut till den nya nära vården att behöva genomföras. Den förflyttningen kan ibland vara fysisk, men många gånger virtuell. Det är förstas en längre process att analysera, föreslå och genomföra, och det är en förändring som behöver göras i många mindre steg och med stor hänsyn till lokal och regional kontext. Utredningen kommer att närmare belysa dessa förändringar i arbetet med att tillsammans med vårdens olika intressenter och aktörer lämna förslag på ett nationellt utformat uppdrag för primärvården i enlighet med direktiven.

4.1.3 Slutna vård kan ges på annan plats än vårdinrättning

Den tredje förslagna principen för vårdens organisering i Effektiv vård gäller var den slutna vården ska bedrivas; slutna vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats. Förslaget grundas på den tidigare utformningen av HSL, där det i 5 § slogs fast ”att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård”.⁷⁵ Utredningen uppfattade denna lydelse föråldrad och missvisande, dels därför att rådande praxis inte talar om intagning, speglade synen på patienten som passi-

⁷⁵ Motsvarande bestämmelser finns i nu gällande HSL i 2 kap. 4–5 § samt 7 kap. 4 §.

viserat objekt för vården, utan hellre inskrivning, vilket mer speglar ett tidsförlopp mellan inskrivning och utskrivning under vilken tid vården ges och en vårdplats i sluten vård ställs till patientens förfogande (se vidare Socialstyrelsens termbank).

I slutbetänkandet Effektiv vård bedömdes också att det i lagen inte längre behövde anges i vilken typ av byggnad vården ska ges, utan att det i praktiken i dag är en fråga för huvudmannen att bedöma, liksom vilket innehåll i form av tjänster och utrustning ett sjukhus ska ha. Effektiv vård gav uttryck för uppfattningen att uppdraget för den slutna vården handlar om att patienten dels hålls under uppsikt under en sammanhängande tid, samt att det finns beredskap att agera snabbt om något tillstöter. Motivet för slutna vård handlar också om vilka åtgärder som görs. I dag kan motsvarande åtgärder ofta genomföras i öppen vård eller i mellanformer mellan slutna och öppen vård, och avgränsningen blir därmed alltmer att i stället uppfatta som ett kontinuum. Det är i större utsträckning i dag, och kanske än mer i ett framtida scenario, vårdens medarbetares kompetens, huvudmannens val av hur vården organiseras utifrån rådande kontext och inte minst patientens val; hur man vill ha sin vård, vilka mål och förutsättningar man själv har, som avgör hur den individuella vården för en enskild patient sker. I detta är det också viktigt och självklart att ta in eventuella närstående i planeringen och utformningen av vården.

Redan i dag ges dygnet runt-vård på annan plats än den traditionella sjukhusbyggnaden; på patienthotell, sjukstugor, vårdcentraler, närvårdscentraler, som avancerad sjukvård i hemmet, inom barnsjukvårdens hemanslutna verksamheter och i särskilda boenden. Många åtgärder kan utföras utan att patienten behöver övernatta på ett sjukhus, och mycket övervakning (och även diagnostik och behandling) kan genomföras närmre patienten och till och med i patientens eget hem. Det är inte helt ovanligt att patienter har en vårdplats på vårdavdelning dagtid, men får ”permission” över natten för att sova i sitt eget hem. Det pågår också på flera håll i landet utveckling av olika former av mellanvård, där kommuner och landsting samarbetar nära.

Utredningen anser, i likhet med Effektiv vård, att denna utveckling är positiv och ska uppmuntras, då den möjliggör en nära och personcentrerad vård, men också öppnar för möjligheten till innovativa och nytänkande lösningar för en resurseffektiv vård.

Det är en utveckling som bör stödjas av patientsäkerhetsskäl, där kända vårdskadeområden som vårdrelaterade infektioner, fallrisk till följd av ovan miljö och trycksår till följd av onödig immobilisering kan nämnas, liksom vårdetiska aspekter som den ökade förvirring och ångest det kan vålla en människa att behöva byta sin närmiljö när man är som mest sårbar.

Även tekniska lösningar som olika former av övervakning och monitorering på distans, liksom mobila team försedda med avancerad teknisk utrustning bör nämnas i detta sammanhang. Det finns internationella exempel på en sådan utveckling, exempelvis i form av begreppet "Hospital at home", en idé som också prövats i form av mindre pilotstudier i Sverige.

Det finns alltså många och starka skäl för att en målbild som vill ta höjd för ett modernt sätt att organisera hälso- och sjukvården bör stödjas av en organisatorisk princip som möjliggör dygnet runt-vård på annan plats än på sjukhus, och därmed slutenvård på ett mer platsoberoende sätt.

Som en konsekvens av detta synsätt förespråkas i Effektiv vård behovet av vidare utredning av begreppen sluten och öppen vård. Mot bakgrund av föreliggande utrednings direktiv, i utformningen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvårdens uppdrag blir behovet av en översyn av dessa definitioner angelägen. Kanske är det, i ett framtida sjukvårdssystem där majoriteten av all vård utförs nära patienten, ofta med mobila lösningar i direkt anslutning till patientens hemmiljö, inte ens ändamålsenligt att upprätthålla en sådan distinktion.

Men, som också påpekas i Effektiv vård, hänger mycket annan lagstiftning, inte minst på läkemedelsområdet, ihop med definitionerna öppen och sluten vård. Utredningen är därför av uppfattningen att ytterligare analys behöver göras av konsekvenserna av att förändra eller avskaffa dessa definitioner till förmån för definitioner som säkerställer att de inte hindrar organiseringen av vården utifrån patientens behov. Definitioner där vårdmötet är mindre beroende av fysisk plats såsom byggnaden där det sker, och där erbjudandet är mer i form av ett nätverk av vårdtjänster utgående från patientens individuella behov och inneboende resurser, såväl till innehåll som till utformning. Utredningen kommer i sitt fortsatta arbete vidare analysera om det finns behov av förändrade definitioner och vilka konsekvenser det kan förväntas medföra.

4.2 Målbild för god och nära vård

Förslag: Det behövs 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.

Det behövs en gemensam målbild för arbetet med omställningen från dagens sjukvårdssystem, med dess fokusering på vård given på sjukhuset, till en nära vård; en ny första linjens hälso- och sjukvård med primärvårdens olika kompetenser som bas, men i samspel med sjukhusvård och kommunala insatser i ett nätverk utgående från patientens behov, skapande en fungerande helhet. Utredningens uppfattning är att den nya vårdstrukturen i huvudsak bör baseras på de tre styrande principer för vårdens organisering som diskuterats ovan. Målbilden behöver under utredningens arbete ytterligare fördjupas i samverkan med vårdens olika intressenter och aktörer. Målbilden baseras, förutom på de tre principerna för vårdens organisering, på två centrala begrepp; god och nära vård.

God vård

God vård är en övergripande beskrivning av hur vården ska bedrivas för att uppfylla kraven i HSL.⁷⁶

Vården ska

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.

⁷⁶ HSL, 5 kap. 1 §.

Begreppet god vård, i nuvarande och tidigare form, är 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.

Nära vård

Nära vård är en term som används såväl i Effektiv vård (”närvård”) som i arbetet hos flera av vårdens huvudmän, och som beskriver hur vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer; till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstuga, tillgänglig via mobila team, digitala lösningar, till patientens hem, prehospitalt. I de tidigare resonemangen om vårdens styrande principer framgår att nära, omfattar såväl tillgänglighet som geografisk närhet; den goda vården ska finnas tillgänglig när och där patienten behöver den. En gemensam definition av begreppet nära vård, utgående från en framtida utredning av det nationella uppdraget för primärvården, kommer att behöva göras inom ramen för utredningens uppdrag i enlighet med direktiven.

4.3 Färdplan för en samordnad omställning av svensk hälso- och sjukvård

Förslag: En färdplan för den samordnade omställningen av hälso- och sjukvården till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården behöver tas fram. Färdplanen har 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 bör omfatta såväl utredningstiden som det fortsatta arbetet med omställningen utifrån utredningens kommande förslag. En prioriterad del i omställningen bör vara utformandet av ett Nationellt Uppdrag för primärvården (Primärvård NU).

4.3.1 Så ska förslagen från Effektiv vård tas vidare

Det finns en stor enighet om att genomgripande förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur är nödvändiga. Synen på vilka förändringar som är mest brådskande, eller på vilket sätt förändringar borde genomföras kan däremot variera. I slutbetänkandet Effektiv vård presenteras ett stort antal förslag till förändringar, som också omfattar olika nivåer av sjukvårdssystemet; staten, landstingen, kommunerna och inte minst samverkan dem emellan.

Positivt är att så många av remissinstanserna, och även många andra aktörer, välkomnar de flesta av förslagen i Effektiv vård. En utmaning är att många av förslagen uppfattas som brådskande, eller till och med mycket brådskande, och att det i vissa delar återstår att analysera och konsekvensanalysera dem för att de ska vara möjliga att besluta och genomföra. Att göra detta är i enlighet med direktiven utredningens huvuduppdrag.

Många av förslagen i Effektiv vård kommer alltså att analyseras vidare på det sätt som är nödvändigt för att förändringar ska kunna beslutas och komma till stånd. Ordningen i vilken förslagen ska hanteras styrs delvis av utredningens direktiv. Följande förslag ska i enlighet med direktiven prioriteras:

- 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 ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

När det gäller vilka och i vilken tidsföljd övriga förslag i slutbetänkandet Effektiv vård ska hanteras behövs samråd med vårdens aktörer på olika nivåer. Ett huvudskäl till det är att det finns ett stort antal pågående initiativ, ofta utgående från förslagen i Effektiv vård, hos huvudmännen, patientföreningar, professionsföreningar och andra aktörer, som bör beaktas och få möjlighet att påverka arbetet mot den gemensamma målbilden. Utredningen väljer därför att beskriva

sitt fortsatta arbete och den önskade omställningen av hälso- och sjukvården i form av en färdplan.

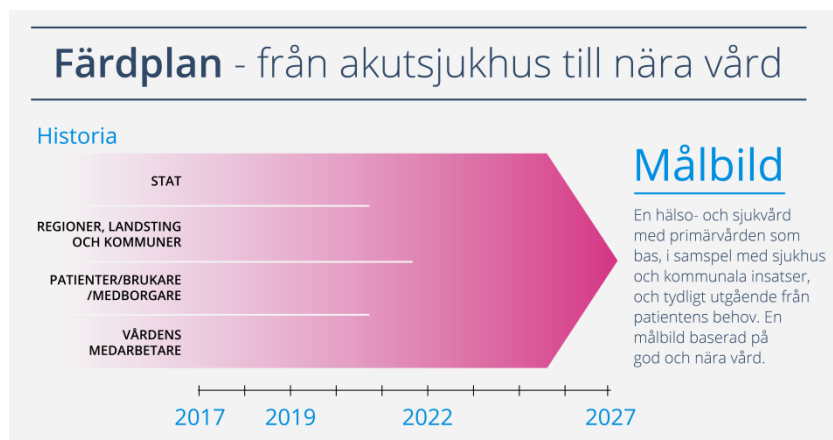
Under genomförandet av färdplanen kan de olika förslagen från slutbetänkandet Effektiv vård, men också förslag från andra aktörer i vården, analyseras och konsekvensanalyseras fram till överlämnande till formella beslutsprocesser. För vissa förslag kommer det starkaste verktyget för styrning, lagstiftning, att behöva tillämpas. Andra förslag kan och bör resultera i överenskommelser mellan olika aktörer, ibland med stöd av ett förändrat regelverk på lagstiftande nivå. Åter andra kan vara i formen av rekommendationer som vårdens aktörer själva på olika sätt införlivar i sina respektive verksamheter.

En första version av färdplan presenteras i det följande, men likaså gällande målbilden för vårdens framtida organisering behöver färdplanen i en fortsatt process och tillsammans med vårdens olika aktörer fördjupas i kommande delbetänkande och utredningens slutbetänkande. En del av färdplanen kommer att omfattas av den tid utredningen har till sitt förfogande, men det kommer också att återstå förslag, behov av vidare utredning och genomförande efter det att utredningen lämnat sitt slutbetänkande. Färdplanen sträcker sig därför över längre tid än den utredningen har till sitt förfogande.

4.3.2 En färdplan från akutsjukhus till nära vård: omfattning och tidsintervall

Färdplanen omfattar såväl tiden för utredningens uppdrag, mars 2017 till mars 2019 som det därpå följande treårsintervallet 2019–2022 för behov av ytterligare utredning, genomförande och stöd till genomförande, och ett femårsintervall 2022–2027 för förändringar som kräver än mer genomgripande och tidskrävande åtgärder. På detta sätt vill vi beskriva den strukturförändring den svenska hälso- och sjukvården behöver genomgå som omfattande en tioårsperiod, 2017–2027.

Figur 4.1 Färdplan – från akutsjukhus till nära vård



Utredningens uppfattning är att en så omfattande omställning som det här är fråga om, om den ska uppfattas och vara realistisk, kräver ett sådant tidsspänn. Utredningens uppfattning är också att, givet den stora önskan till förändring och det stora behov av förändring som såväl patienter som inte minst många av vårdens medarbetare vittnar om, är längre tid än ett tioårigt perspektiv inte rimligt att omfatta i färdplanen. Det finns ett stort behov av att se målbilden och kunna ha förtroende för att det pågår ett förändringsarbete som inom rimlig tid kommer att ge önskat resultat. Det är avgörande för att som aktör någonstans i hälso- och sjukvårdssystemet kunna motivera sig att delta i förändringsprocessen.

Exempel på frågor som ska hanteras i närtid är de i direktiven särskilt prioriterade förslagen, där ett nationellt uppdrag för primärvården är det främst prioriterade. Denna del av utredningen bör också omfatta de förslag som berör den dagliga arbetsmiljön för många av vårdens medarbetare gällande minskad administration; exempelvis förslagen i slutbetänkandet Effektiv vård gällande intygsskrivning och signeringskrav.

I valet av i vilken ordning förändringar ska analyseras, föreslås och genomföras behöver olika perspektiv värderas och ibland vägas mot varandra. Ett förenklat, men kanske belysande, sätt att illustrera detta är att utgå från begrepp ofta använda i verksamhetsstyrning för att visa på behovet av att ta hänsyn till fler dimensioner än en; patient, medarbetare, process, utveckling och forskning samt ekonomi. I arbetet med att utforma den nya vårdens organisation är patientper-

spektivet i de allra flesta fall överordnat, och därmed prioriterat även när det gäller ordningen i vilken förslagen i slutbetänkandet Effektiv vård bereds. I debatten om hälso- och sjukvården uppkommer ofta diskussioner och meningsskiljaktigheter just till följd av målkonflikter, eller förväntade målkonflikter, mellan olika perspektiv.

Genom att diskutera och analysera förslagen med medvetenhet om detta, och med målsättningen att så långt möjligt ha patientperspektivet som överordnat perspektiv, kan sannolikt större samsyn om, eller åtminstone förståelse för, valda lösningar åstadkommas. Vi måste alla som aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet alltid ställa oss frågan: På vilket sätt blir det här bättre för patienterna?

4.3.3 Utredningens arbete i förhållande till färdplanen

En första övergripande beskrivning av färdplanen och dess innehåll presenteras i det följande:

Mars 2017–juni 2017, delbetänkande 1:

- En första målbild tas fram.
- En färdplan presenteras.
- Förslag om förändring av vårdens styrande principer, och motsvarande förslag till förändring av HSL. Förslag om införande av förstärkt och behovsstyrd vårdgaranti.

Juni 2017–juni 2018, delbetänkande 2:

- Målbilden fördjupas.
- Förslag om utformning av ett nationellt uppdrag för primärvården (Primärvård NU); ett uppdrag anpassat till dagens ohälsoutmaningar, väl förankrat i en gemensam nationell kunskapsstyrning. Förtydligande av ansvarig nivå för regleringen av primärvårdsuppdraget. Minskad administration; intygsskrivning och signeringskrav. Likaså inkluderas vilka digitala tjänster och stöd, exempelvis utifrån handlingsplanen för Vision e-hälsa 2015 eller E-hälsomyndighetens instruktionsenliga uppdrag, som bör om-

fattas av primärvårdens nationella uppdrag. Primärvårdens gränssnitt mot såväl egenvård som samverkan med kommunala aktörer belyses. Forskning- och utbildningsperspektiven belyses.

- Förslag på hur överföring av olika typer av resurser (kompetens, ekonomiska etc.) från sjukhusen till primärvården ska ske tas fram i anslutning till förslaget om det nationella uppdraget, liksom också hur uppföljning av omfördelningen av ekonomiska resurser ska ske.
- En konsekvensanalys av förslaget om ändrade definitioner för öppenvård och slutenvård presenteras.

Juni 2018–mars 2019, slutbetänkande:

- Målbilden uppdateras.
- En beskrivning av det under utredningens gång genomförda arbetet.
- Kvarstående behov av genomförande och stöd till genomförande beskrivs.
- Färdplanens fortsättning; initiativ, utredningar, analyser och åtgärder som behöver genomföras i tidsspannet 2019–2022 och det längre tidsspannet 2022–2027 för att målbilden ska uppfyllas presenteras.

4.4 Resursöverföring

4.4.1 På längre sikt

Ett av de förslag från Effektiv vård som utredningen särskilt ska beakta är resursöverföring från sjukhusvård till primärvård. Detta kommer inte vara ändamålsenligt att beskriva enbart i termer av ekonomiska resurser, utan minst lika mycket i form av överföring av kompetens för verksamhet, utbildning och forskning. Det kan bl.a. omfatta förändringar i regelverk t.ex. gällande möjligheten att arbeta hos flera olika vårdgivare, digitala lösningar för kompetensöverföring, översyn av utbildningar till innehåll och volym, och hur möjligheten till forskning ska följa förändrade patientflöden. Vilka konsekvenser

en strukturförändring medför och hur en sådan överföring av resurser ska gå till kommer utredningen i ett första steg att närmare analysera i anslutning till arbetet med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det är avgörande att ett sådant nytt uppdrag, till såväl innehåll som omfattning, också medföljs av en förflyttning av resurser som ger förutsättningar att klara de olika dimensionerna i uppdraget.

4.4.2 På kortare sikt

Redan på kortare sikt kommer omställningen från dagens system till en sjukvård med primärvården som tydligare bas att innebära ”puckel-kostnader”; att utarbeta och implementera nya arbetssätt och tekniska lösningar kommer att behöva resurssättas. Hos huvudmän pågår det arbetet, och ett sätt att påskynda och ge fortsatt incitament för att stimulera förflyttningar mot den gemensamma målbilden är via statligt tillskjutna medel. Formen för detta kan vara en snar överenskommelse mellan staten och SKL.

Det finns områden som ur medborgar- och patientperspektiv är särskilt viktiga att förändra, och som utredningen därför anser att en sådan överenskommelse bör inriktas mot. Det är avgörande för det fortsatta förtroendet för primärvården att tillgängligheten kan ökas. Utredningen lägger förslag på en förstärkt behovsstyrd vårdgaranti, där fler yrkesgrupper än läkare ingår i garantin och där tidsgränsen för medicinsk bedömning sänks till tre dagar (se kapitel 5). För att förbereda ikraftträdandet av en sådan förändring behöver huvudmännen, och ytterst vårdgivarna, utifrån sina regionala och lokala förutsättningar vidta förändringar av arbetssätt och rutiner. Det finns också ett behov av att förändra rutiner och utöka systemen för datahantering till att omfatta fler variabler till följd av förslagets innehåll. I enlighet med strävan mot att effektivisera vården och minimera den administrativa bördan för vårdens medarbetare är exempelvis arbetet med att säkerställa automatisk inrapportering av data gällande vårdgarantins olika delar av största vikt för att förbereda ikraftträdandet.

I utformningen av en sådan överenskommelse är det viktigt att minnas att *vilka* förändringar som behöver göras för att stimulera omställningen från sjukhustung vård till en nära vård delvis är gemensamt för huvudmännen, men i stora delar behöver förändringarna utformas utifrån dagens situation i den regionala och lokala kontext-

ten. Det gäller även förberedelserna för ökad tillgänglighet i form av förstärkt vårdgaranti, där vissa delar är gemensamma för huvudmännen, men andra delar beror på hur man organiserat sig utifrån dagens vårdgaranti. För att ge ett stöd för förändring behöver en sådan överenskommelse därför möjliggöra för huvudmännen att utifrån egna förutsättningar och pågående förändringsarbeten använda resurser på det sätt som bäst gynnar förflyttningen mot den gemensamma målbilden.

Det finns exempel i närtid på liknande satsningar, den s.k. ”Professionsmiljarden”, som syftar till att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sina respektive kompetensbehov. Kopplat till professionsmiljarden har en överenskommelse slutits mellan staten och SKL (Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården) och inom ramen för denna får huvudmännen ett stöd för att, utifrån sin egen kontext, utveckla sin verksamhet mot nationellt satta gemensamma mål. Av Socialstyrelsens uppföljning av satsningen framgår att satsningens utformning är övervägande positiv för att arbeta mot ett bättre resursutnyttjande.⁷⁷

4.5 Att våga nytt

Att genomföra betydande förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet kommer förstås att medföra förändringar för de olika grupper som är aktörer i systemet. Samt för de enskilda kvinnor och män, flickor och pojkar eller personer med annan könsidentitet, som på olika sätt och vid olika tillfällen rör sig i systemet. För medborgarna handlar det om att sjukvårdens organiseras på ett nytt sätt, där mer vård bedrivs utanför sjukhus i stället för som traditionellt inom akutsjukhusets väggar. Den nya vården måste också hantera gränssnittet mot egenvård och förebyggande insatser på ett annat och bättre sätt än vad som i dag är fallet.

För den som är patient innebär ändrad struktur och nya arbetssätt en förflyttning från dagens system, många gånger utgående från hur

⁷⁷ Socialstyrelsen, *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården- Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.*

vården valt att organisera sig, till en vård utgående från patientens individuella behov och inneboende resurser, med patienten som en självklar aktör i utformningen av den egna vården.

För vårdens medarbetare innebär de kommande förändringarna och överföringen av kompetens från sjukhus till nära vård ändrade arbetssätt, och kanske arbete på en annan plats eller inom annan organisation än idag. Samtidigt bör framhållas att de ändrade arbets-sätten och nya digitala lösningar innebär att kompetens kan tillgäng-liggöras på så många fler sätt än tidigare.

Sammantaget betyder detta att de förändringar hälso- och sjuk-vården står inför kommer att påverka många, och även ha en påverkan på individnivå. Detta är något som kommer att behöva belysas fortlöpande under utredningens gång. Risken är annars att föreslagna förändringar kommer att ifrågasättas av olika aktörer och grupper, kanske med hänvisning till gällande lagutrymme, författning eller praxis, när det många gånger kanske handlar om en oro för förändringar som påverkar den egna situationen. Detta är naturligt i ett förändringsarbete, och något som måste tas på stort allvar. Utredningen har för avsikt, och har redan inledningsvis strävat efter, stor transparenens och nära dialog med vårdens olika intressenter och aktörer. Något som sannolikt kommer att vara en framgångsfaktor i det fortsatta arbetet.

Under den tid utredningen hittills haft till sitt förfogande är en iakttagelse att det finns en brist på tillit mellan olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet, som ibland är påtaglig. En viktig fråga för den fortsatta möjligheten att samordna en större förändring är därför hur tilltron mellan aktörer kan stärkas. Den brist på tilltro som kan observeras kan förenklat sammanfattas som en trötthet och uppgivenhet efter tidigare försök till förändringar i styrning av verksamheten eller direkt i verksamheten, som man uppfattat som kortsiktiga och inte tillräckligt verkningsfulla. Den bottenar ofta i en känsla av att inte vara lyssnad på, eller att i tillräcklig utsträckning ha fått vara delaktig i en dialog om utformning av lösningar för den egna verksamheten, egentligen oberoende av på vilken nivå i systemet man verkar. Den bristen på tilltro riskerar att påverka möjligheten till konstruktiv och förtroendefull dialog. Utredningen ser utifrån detta fram emot Tillitsdelegationens (Fi 2016:03) fortsatta arbete och den slutrapport som lämnas av delegationen i juni 2018. Tillit till vården bör förstås också belysas ur medborgar- och patientperspektiv. Utredningen väl-

komnar det initiativ som tas av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som planerar en fördjupad studie om förtroendet för hälso- och sjukvården. De preliminära frågeställningarna för projektet är följande:

- Vad innebär medborgerligt förtroende för hälso- och sjukvården och varför är det viktigt med ett högt förtroende?
- Hur har förtroendet för hälso- och sjukvården utvecklats över tid och hur varierar förtroendet mellan olika grupper, regioner och sektorer?
- Hur kan man på policynivå arbeta för ett hållbart förtroende för hälso- och sjukvården?

En särskild utmaning i utredningens arbete är de (flertal) förslag i betänkandet Effektiv vård som gäller samverkan mellan huvudmän; landsting och kommun. I vissa fall saknas en struktur för samverkan på olika beslutande nivåer för dessa frågor, och det blir en utmaning för utredningen att bidra till att etablera en sådan samverkan där den saknas. Flera områden som berör utformningen av den nya nära vården, utgående från befolkningens aktuella ohälsoproblem, involverar med nödvändighet huvudmän såväl på landstings- som kommunsidan; det självklara exemplet är äldre med omfattande behov, men det gäller även psykisk ohälsa, särskilt psykisk ohälsa hos barn och unga, delar av beroendevården, mödrahälsovården. Samtliga dessa frågor accentuerar behovet av möjlighet till nära och strukturerad samverkan redan i beredningen av utredningens kommande förslag.

Till sist några ord om det som ofta, och med rätta, framhålls som den största utmaningen i det framtida sjukvårdssystemet; bemanning och kompetensförsörjning. Många av de förslag som finns i Effektiv vård och som vidare ska analyseras i utredningens arbete kommer att leda fram till omfattande förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur; förändringar som är förutsättningar för att kunna upprätthålla en god arbetsmiljö. Enskilda medarbetare i vården kan inte i stunden förväntas lösa strukturella problem som till exempel omfattande behov hos en äldre människa där insatser från både landsting och kommun behöver samordnas strukturellt och hållbart över tid, eller brist på vårdplatser till följd av otillräcklig samverkan mellan huvudmän. Därför är många av de förändringar som presenteras i Effektiv vård, och som nu tas vidare av denna utredning, nödvändiga för att ge för-

utsättningar för en god arbetsmiljö och för att även i framtiden kunna rekrytera och behålla medarbetare i vården. Detta synsätt utesluter förstås inte vikten av fortsatt intensiva specifika åtgärder hos stat och huvudmän med sikte på att säkerställa framtida bemanning och kompetensförsörjning.

5 En förstärkt vårdgaranti i primärvården

Enligt direktiven ska utredningen i samband med det första delbetänkandet lämna en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen i Effektiv vård om den nationella vårdgarantin. Detta kapitel inleds med en genomgång av dagens vårdgaranti, därefter följer en fördjupad analys av förslagen från Effektiv vård. Avslutningsvis lämnas förslag på utformning av en förstärkt vårdgaranti, som syftar till en utformning mer styrd av patientens behov än i dag och en ökad tillgänglighet till primärvården.

5.1 Dagens vårdgaranti

5.1.1 Utformning av dagens vårdgaranti

Väntetider i vården har diskuterats under en längre tid (se t.ex. avsnitt 2.3.1). Vårdgarantin infördes 1992 genom en överenskommelse mellan staten och dåvarande landstingsförbundet. Innehållet har varierat över tid och den nuvarande utformningen har funnits sedan 2005. För att ytterligare stimulera landstingens arbete med ökad tillgänglighet beslutade staten om en särskild satsning, den s.k. ”kömiljarden” i slutet av 2008. Via en överenskommelse med SKL gavs prestationsbaserad ersättning till landsting som mötte de tidsgränser som satts upp för planerad specialiserad vård. Kömiljarden var alltså inte kopplad till primärvården. Den sista kömiljarden avsåg 2014.

Den 1 juli 2010 fördes vårdgarantin in i lag. Dessa regleringar återfinns i dag i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) 9 kap. 1 § samt patientlagen 2 kap. 3 §. Bestämmelsen anger att landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt

8 kap. 1 eller 2 § HSL och att den garantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Två av vårdgarantins fyra områden riktar sig alltså mot primärvården. *Dels* ska landstingen garantera en kontakt med primärvården. Samma dag som patienten söker hjälp ska hen få kontakt med primärvården, den s.k. 0:an. Det kan ske via telefon eller genom besök. *Dels* ska landstingen garantera ett läkarbesök inom primärvården. Om vårdpersonalen bedömer att patienten behöver träffa en läkare vid den första kontakten ska hen få tid inom högst sju dagar, till exempel på vårdcentralen eller hos familjeläkaren, den s.k. 7:an. Det finns också vissa situationer där vårdgarantin inte gäller:

- Om patienten tackar nej till ett erbjudande om vård hos en annan vårdenhet (om man senare ändrar sig kan man tacka ja till erbjudandet)
- om patienten av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- medicinsk service såsom laboratorie- och röntgenundersökning
- utredningar och undersökningar
- hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparat
- återbesök.⁷⁸

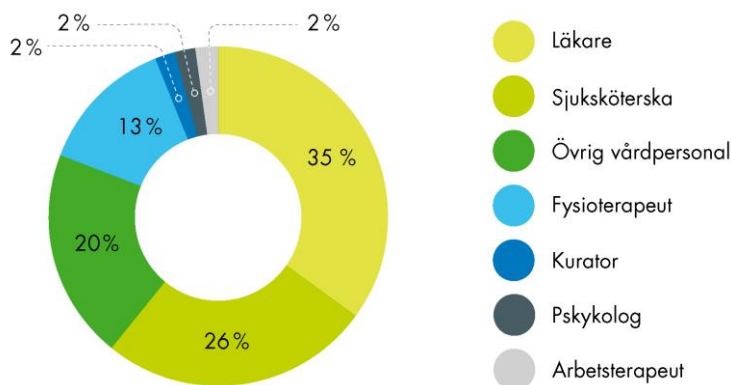
Det är viktigt att påpeka att vårdgarantin reglerar väntetider. I förarbetena framgår tydligt att vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. I stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som man längst ska behöva

⁷⁸ SKL, Vårdgarantin, Väntetider i vården.

vänta för att få kontakt, besök eller behandling. Vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen.⁷⁹

Dagens vårdgaranti utesluter inte att man träffar annan yrkesgrupp än läkare när man söker primärvården. Vem man får träffa avgörs i dag vid den första kontakten. Om man efter en första kontakt med primärvården bokas in hos annan yrkesgrupp än läkare så är dock inte vårdgarantins tidsgräns tillämplig, och besöket kommer inte heller synas i den nationella statistiken hos väntetidsdatabasen. Det är därför svårt att säga något om hur tillgängligheten till dessa yrkesgrupper är och hur stor andel av nybesöken som sker hos dem. Däremot finns nationell statistik som visar på hur det totala antalet besök i primärvården fördelar sig mellan olika yrkesgrupper. Av den framgår t.ex. att av drygt 41 miljoner besök i primärvården under 2015 var en dryg tredjedel läkarbesök. Cirka hälften av de 26,9 miljoner besöken hos andra professionsgrupper än läkare sker hos en sjuksköterska (13,6 miljoner).⁸⁰ Data från Region Jönköping visar bl.a. på att 2015 skedde cirka en tredjedel av besöken i primärvården i Jönköping hos läkare, 13 procent hos fysioterapeuter och endast 2 procent hos psykologer (se figur 5.1).

Figur 5.1 Besök hos olika yrkesgrupper som andel av totalt antal besök i primärvården i Jönköping 2015



Källa: Jönköping, 2015 (Vårdanalys 2017)

⁷⁹ Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 39–40.

⁸⁰ SKL, *statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015*, Tabellbilaga, tabell 17.1.

5.1.2 Uppföljning av dagens vårdgaranti

Av HSL framgår att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Denna rapporteringsskyldighet ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 6 kap. 3 § fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKL (www.vantetider.se).

Varje landsting ansvarar för att uppgifter lämnas enligt de instruktioner och fastställda definitioner som tillhandahålls av SKL och är ansvarigt för att uppgifter som lämnas till databasen är aktuella, tillförlitliga och kvalitetssäkrade. Landstinget utser ansvarig väntetids-samordnare som är kontaktperson i landstinget.

I väntetidsdatabasen finns information om andel patienter som fick ett besök hos allmänläkare på vårdcentraler inom sju dagar. Väntetiden presenteras i form av måluppfyllelse i procent uppdelat på tidsintervall och kan också sorteras utifrån kön, vårdcentralens driftsform (offentlig eller privat), antal läkare och bokningssystem (hur långt framåt i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök).

Mätningen omfattar patienter som bedömts vara i behov av ett första besök för ett nytt hälsoproblem eller för en kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som själva valt att vänta längre än sju dagar ingår inte i redovisningen.

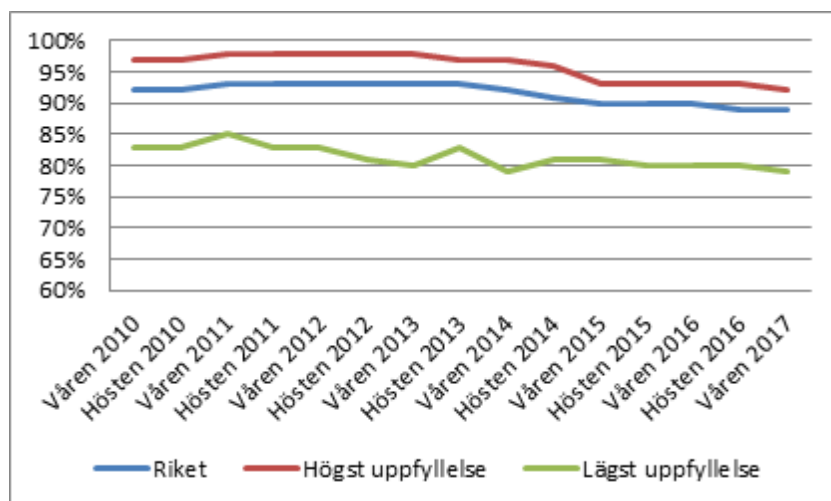
Mätningen genomförs varje år under två veckor på våren respektive hösten. Det har tidigare riktats kritik mot den metod som använts för inrapportering av väntetider. Kritiken har framför allt gällt tillförlitligheten och hur representativ mätningen är mot bakgrund att det varit känt när i tiden mätningarna skulle ske. På så sätt har vårdcentralerna haft möjlighet att planera sin verksamhet för att öka tillgängligheten under de specifika mätperioderna.

Under senare år har det skett en utveckling och i dagsläget bedöms tillförlitligheten vara högre än tidigare. I dag redovisar 16 landsting tillgängligheten månatligen via automatiserade överföringar. SKL gör därefter uttagen av resultaten för de två veckor som SKL beslutat att mätningarna ska gälla. Fem landsting: Skåne, Stockholm, Värmland, Västerbotten och Västra Götaland rapporterar fortfarande in data för de aktuella veckorna ”manuellt”. Information om vilka veckor som är aktuella lämnas så sent som möjligt för att undvika att vårdcentralerna planerar verksamheten på ett sätt som påverkar resultaten.

Målet är att samtliga landsting i framtiden ska redovisa tillgängligheten till allmänläkarbesök varje månad via automatiserade överföringar.

Av de cirka 14,6 miljoner läkarbesök som genomförs i primärvården är det utifrån beräkningar på data som rapporterats till väntetidsdatabasen cirka 6 miljoner som faller inom ramen för vårdgarantin. Uppföljningen av dagens vårdgaranti visar att 89 procent av patienterna fick träffa en läkare inom sju dagar vid vårmätningen 2017 (se figur 5.2) I de landsting som presterar sämst får 79 procent träffa en läkare inom den garanterade tiden och i de som presterar bäst är måluppfyllelsen 92 procent.

Figur 5.2 Andel patienter som får besöka läkare inom primärvården inom 7 dagar



Källa: Väntetidsdatabasen 2017

5.1.3 Utmaningar med dagens vårdgaranti inom primärvården

Uppföljningen

Det har framförts synpunkter på att uppföljningen av dagens vårdgaranti inte är utformad på sådant sätt att det går att dra några säkra slutsatser kring tillgängligheten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i studier t.ex. visat på att den patientupplevda tillgängligheten är sämre än vad inrapporteringen till väntetidsdata-

basen visar. Ett sätt att mäta den patientupplevda tillgängligheten är genom Nationell Patientenkät. I enkäten för 2015 uppgav 81 procent att de fått besöka en vårdcentral inom rimlig tid (att jämföra med de 90 procent som enligt väntetidsdatabasen fick träffa en läkare inom sju dagar år 2015)⁸¹. Möjliga förklaringar till att resultaten skiljer sig kan t.ex. vara att patienternas uppfattning om vad som är en rimlig väntetid inte stämmer överens med den lagstadgade vårdgarantin. Som Vårdanalys konstaterar kan det också finnas svårigheter att i efterhand minnas väntetider och svar kan även påverkas av det allmänna förtroendet för och förväntningarna på hälso- och sjukvården.⁸² Skillnaden visar oavsett på behovet av att utveckla uppföljningen och få en bättre bild av tillgängligheten. Samt att förstå vilka dimensioner av tillgänglighet som är viktiga för olika patienter. Behoven kan se olika ut för olika personer. Att få ändamålsenlig och individanpassad information, få träffa rätt kompetens eller ha tillgång till flexibel tidsbokning kan beroende på situation och person vara lika viktigt som själva tidsgränserna.

En annan svårighet vad gäller uppföljningen rör den s.k. patientvalda väntan. Dvs. patienter som frivilligt avstår från vård inom den garanterade tidsramen. Här har frågor rests om på vilka grunder patienten har valt att vänta. Riksrevisionen har t.ex. pekat på att besök registrerades som patientvald väntan när man inte kunde erbjuda tider. Vårdanalys noterar de betydande skillnader av hantering och rapportering som föreligger mellan olika landsting.⁸³

Problem finns även vad gäller uppföljningen av den s.k. 0:an, dvs. startpunkten för vårdgarantitiden, när patienten tar kontakt första gången. Här görs en bedömning om patienten behöver träffa en läkare. Det finns dock patienter som aldrig kommer fram till denna startpunkt. Det kan t.ex. bero på att man inte kommer fram på telefon. Enligt tillgänglighetsgarantin ska alla som ringer få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Hösten 2016 var måloppfyllelsen enligt väntetidsdatabasen 89 procent. Dessa uppgifter hämtas dock endast från vårdcentraler med återuppringnings- eller datoriserade telefonsystem.

⁸¹ Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, s. 122.

⁸² Vårdanalys, *Varierande väntan på vård*, s. 64–65.

⁸³ Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning- efter behov eller efterfrågan* s. 32, Vårdanalys *Varierande väntan på vård*, s. 36–37.

Uppföljningsstatistiken visar även att cirka 10 procent av patienterna som omfattas av garantin inte får möjlighet att träffa en läkare inom sju dagar. Det saknas kunskap om vilka dessa patienter är. Det kan därför inte uteslutas att de utgörs av en grupp patienter med en specifik problematik vars behov i lägre utsträckning tillgodoses.

Hemsjukvård

Under de intervjuer som genomförts för den fördjupade analysen (se bilaga 3) samt från utredningens referensgrupper har också frågan om vårdgarantins tillämplighet inom hemsjukvården lyfts fram. Patienter inskrivna i hemsjukvården omfattas rimligen av dagens garanti om läkarbesök inom primärvården. Många patienter som har hemsjukvård har komplexa vårdbehov. Läkarbesök har sannolikt ofta karaktären av återbesök men dessa patienter har troligen också behov av läkarbesök som täcks av vårdgarantin såsom för nya hälsoproblem eller oväntade eller kraftiga förändringar av tidigare kända hälsoproblem. Av statistik från SKL framgår att hemsjukvårdsbesök som genomförs av läkare utgör cirka 2 procent av det totala antalet läkarbesök i primärvården⁸⁴. Det förefaller alltså som om denna grupp i relativt liten utsträckning kan nyttja vårdgarantin. Detta är en fråga som utredningen avser analysera närmare i samband med arbetet att ta fram ett nationellt uppdrag för primärvården.

Skyldighetslagstiftning

HSL är en skyldighetslagstiftning, till skillnad från en rättighetslagstiftning. Detta innebär att det inte riktas några sanktioner till landstingen om vårdgarantin inte uppfylls. I dag kan ett landsting avstå från att vidta åtgärder även om den garanterade maximala väntetiden inte hålls. Den enskilda patienten har möjlighet att vända sig till patientnämnden om man är missnöjd.

⁸⁴ SKL, *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015*, tabell 21.

5.2 Att förstärka vårdgarantin i primärvården

5.2.1 Förslagen i Effektiv vård

Effektiv vård föreslog att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti skulle ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården. Tidsfristen föreslogs till tre dagar om en bedömning inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården (se SOU 2016:2 avsnitt 11.2).

Förslaget kan delas upp i tre olika beståndsdelar:

Vem: Betänkandet föreslår att lagstiftningen ändras så att vårdgarantin inte längre omfattar enbart en profession inom primärvården, läkare. I stället ska garantin omfatta även andra yrkesgrupper inom primärvården så att patienten redan vid första kontakten kan styras mot den kompetens som är bäst lämpad utifrån patientens behov. Det kan vara exempelvis en sjuksköterska eller fysioterapeut. Garantin blir således, med formuleringen i förslaget från Effektiv vård, ”professionsneutral”.

Hur: Betänkandet föreslår vidare att lagstiftningen inte ska styra mot besök utan menar att teknikutvecklingen gör att konsultationer både kan och bör ske även på andra sätt, exempelvis via videomöten eller andra digitala lösningar. Garantin bör därför tillförsäkra patienten en medicinsk bedömning, inte ett (fysiskt) besök. Garantin ska på så sätt förändras från en besöksgaranti till en bedömningsgaranti.

När: Slutligen föreslår Effektiv vård att en bedömning ska erbjudas snabbare än vad som krävs enligt dagens vårdgaranti. Garantin om en medicinsk bedömning ska avse tre dagar, att jämföras med dagens sju dagar. Den nuvarande tidsramen anses i betänkandet vara onödigt lång och är längre än t.ex. i våra grannländer. Betänkandet pekar på att det redan i dag är 82 procent som får ett besök hos läkare inom tre dagar och att man med förslaget kommer att nyttja fler kompetenser och professioner för att uppfylla vårdgarantin.

5.2.2 Utredningens fördjupade analys av förslagen i Effektiv vård

Vem?

Varför omfatta även andra yrkesgrupper inom primärvården än läkare?

Den mest genomgripande förändringen i förslaget från Effektiv vård är just att garantin ska bli ”professionsneutral” och inkludera även andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården än läkare. Vid dialog med denna utrednings referensgrupper har det lyfts fram att begreppet professionsneutral vårdgaranti kan leda tanken till att det är neutralt vilken profession som möter patientens behov. Så är inte fallet. Patienten ska möta den hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens för dennes behov i varje enskilt fall. Utredningen väljer därför att i det fortsatta arbetet använda begreppet ”behovsstyrd”, vilket föreslagits av en av våra referensgrupper.

Inom primärvården finns det ett antal yrkesgrupper med annan specifik yrkeskompetens, till exempel sjuksköterskor, fysioterapeuter eller psykologer. I dagens system träffar patienten ofta dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. Patienter med behov som passar dessa kompetenser kan snabbare få hjälp om de får möta dem direkt. Det finns också flera exempel på verksamheter som jobbar enligt denna logik runtom i landet i dag, med positiva resultat. Ett exempel som ofta lyfts fram är Brahemodellen, vilken innebär att första besök vid besvär från rörelse/stödjeorganen styrs till fysioterapeut. Detta har inneburit att patienter fått möjlighet till snabbare hjälp och därmed även snabbare positiva effekter och minskade sjukskrivningstider. Det framhålls också att arbetssättet har fördjupat samarbetet mellan läkare sjuksköterskor och fysioterapeuter. Dessutom har det lett till ett minskat antal onödiga besök och även att trycket på vårdcentralens läkartider har sjunkit.⁸⁵

⁸⁵ SOU 2016:2, s. 503

Utvecklingsarbete i Värmland

Landstinget i Värmland bedriver ett omfattande förändringsarbete i primärvården utifrån principen om bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON). Bakgrunden är en situation där det råder brist på läkarresurser som gör att kostnader för hyrläkare ökar, där landstinget gör bedömningen att många patienter får bättre vård om de träffar andra yrkesgrupper än läkare, där det finns en insikt i att det krävs reellt förändrade arbetsätt snarare än justeringar på marginalen och där det är angeläget att lyfta fram också andra yrkesprofessioner – inte minst för att förbli en attraktiv arbetsgivare och säkra kompetensförsörjning framåt.

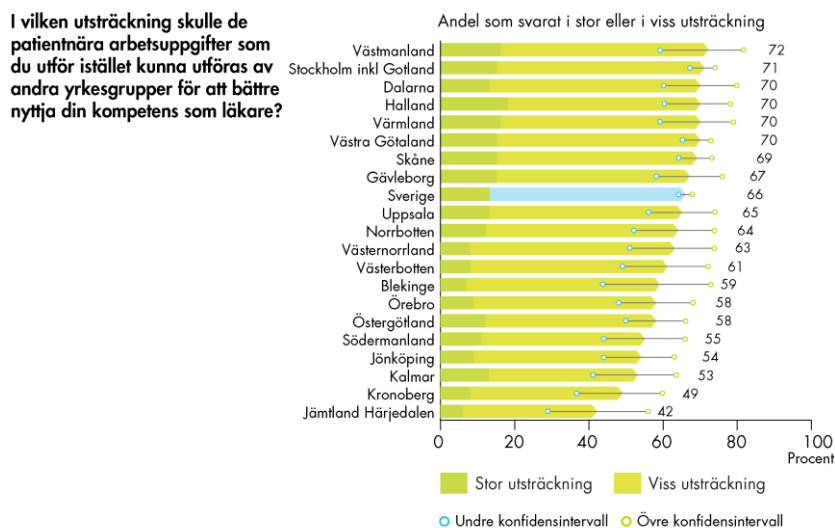
Det övergripande syftet med BEON är att:

- uppnå bättre medicinsk kvalitet
- skapa en bättre arbetsmiljö
- minska hyrläkarkostnaderna

Målet är att skapa förutsättningar för ett jämlikt, behovsstyrt och kostnadseffektivt arbetsätt ur interprofessionellt teamarbete. Man understryker vidare att det krävs ett övergripande kulturarbete som omfattar ett sömlöst tänkande utan revirgränser för att uppnå detta.

Efter en förstudie identifierades sju områden där landstinget såg stora möjligheter att överföra en del av dagens läkarbesök till andra yrkeskategorier vid differentierade mottagningar: Astma/Kol, Diabetes, Hjärtsvikt, Infektion, Muskuloskeletal, Psykisk ohälsa samt Högt blodtryck. Under våren 2017 har uppdrag getts till sju arbetsgrupper att skapa såväl styrdokument som triageringsinstrument för specialiserade mottagningar. I instruktionerna framgår att vid framtagande av riktlinjer ska hänsyn tas till såväl de aktuella behoven som de framåtsyftande så att landstinget kan stå bättre rustade inför framtida utmaningar.

Figur 5.3 Andel läkare som anser att de i stor utsträckning skulle kunna överlåta vissa arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper 2015



Källa: IHP 2015 (Vårdanalys 2017)

Syftet med den behovsstyrda garantin är således inte enbart att använda alla tillgängliga kompetenser på vårdcentralen för att säkerställa ett optimalt resursutnyttjande. Det handlar främst om att öka kvaliteten i vården genom att styra kompetensutnyttjandet efter den enskilda patientens vårdbehov. Fördelarna med att styra patientens tidiga bedömning till den kompetens som har bäst förutsättningar att bedöma patientens tillstånd och vårdbehov är uppenbara. Detta uttrycks också i de huvudsakligen positiva remissvaren till förslaget om professionsneutral vårdgaranti i Effektiv vård. Utredningens kontakter med våra referensgrupper, särskilt från patienthåll men också företrädare för olika yrkesgrupper, pekar också på att patienten har mycket att vinna på att så snabbt som möjligt få kontakt med den mest lämpade kompetensen.

Samtidigt finns det även utmaningar för ett införande av en behovsstyrd vårdgaranti som bör uppmärksammas. En sådan är behovet av att säkerställa en lokal struktur för hur patientens behov styrs till rätt vårdkompetens. För att det ska ske rätt koppling mellan patientens vårdbehov och den mest relevanta professionen behöver den funktion som sköter den s.k. triageringen ha ett tillräckligt besluts-

stöd. Det kan innebära, att en erfaren sjuksköterska eller distriktssköterska sköter triageringen, något som sker på många håll redan i dag. Eller att den som sköter inkommande ärenden har goda möjligheter att samråda med olika kompetenser på plats vid behov.

En annan risk är det faktum att tillgängliga resurser ibland är mindre än efterfrågan på en specifik kompetens och enskilda patienters behov måste då vägas mot varandra. I en sådan situation måste man vara uppmärksam på risken att den enskilda patientens behov i praktiken styrs mot en tillgänglig profession snarare än mot den optimala kompetensen för patientens behov.

En tredje riskfaktor rör medborgarnas förtroende för primärvårdens tjänster. Som bland annat Vårdanalys pekar på i sitt remissvar till Effektiv vård kan garanti om besök hos just läkare ha en betydelse för förtroendet för primärvården, kanske särskilt hos dem som inte så ofta har behov av sjukvård och därmed begränsad kunskap om olika yrkesgruppers kompetens. Även Socialstyrelsen diskuterar i sitt remissvar betydelsen av garanti just till läkare. Man tillstyrker en vårdgaranti med en medicinsk bedömning inom tre dagar förutsatt att möjligheten till att träffa en läkare inom sju dagar kvarstår om bedömningen är att det finns ett sådant behov.

I detta sammanhang uppkommer även frågan om en behovsstyrd vårdgaranti, som omfattar fler yrkesgrupper än läkare, även skulle vara tillämplig i den kommunalt finansierade hemsjukvården. Givet att vårdgarantin i HSL återfinns i det avsnitt som rör landstingens ansvar som huvudman, och att motsvarande bestämmelse inte finns för kommunerna som huvudman, så kommer en förändrad lydelse i denna del i nuläget inte att lägga något ytterligare ansvar på kommunerna jämfört med i dag.

Vilka yrkesgrupper bör omfattas?

Det finns en rad yrkeskompetenser inom primärvården. Av de för närvarande 21 legitimationsyrkena inom vården återfinns ungefär hälften inom den första linjens vård. Det finns å andra sidan flera yrkesgrupper verksamma inom primärvård som inte omfattas av legitimering, så som t ex undersköterska. Det finns tillfällen när en patients behov väl kan mötas av en undersköterskas kompetens,

samtidigt som dessa behov kanske oftare innefattar en åtgärd snarare än en bedömning.

I våra intervjuer, och även i referensgrupper, har flera framhållit att i en första förändring till breddad vårdgaranti är det rimligt att omfatta legitimationsyrkena. Det har bl.a. lyfts att detta kan vara av betydelse för förtroendet för vården, genom att de har ett yrkesansvar som prövas på ett annat sätt än för dem som inte är legitimerade. Utredningen bedömer att i ett senare steg, och då kopplat till förslag om primärvårdens nationella uppdrag, kan en ytterligare behovsanpassning av primärvårdens utbud i förhållande till patienternas behov göra att även andra yrkesgrupper bör omfattas.

Tillgång till olika kompetenser

Syftet med en behovsstyrd vårdgaranti är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården, för att på bästa sätt kunna svara mot patienternas behov. I praktiken finns dock faktorer som kan försvåra införandet av en utökad vårdgaranti. En sådan är att vårdcentralerna runt om i landet är utformade på olika sätt utifrån varje huvudmans uppdragsbeskrivning, men också andra lokala faktorer. Detta innebär att, liksom i dag, kommer triageringsfunktionen på respektive vårdcentral att vara begränsad till att erbjuda patienter de kompetenser man har inom den egna verksamheten. Ett av utredningens kommande uppdrag är att analysera möjligheten till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Innan ett sådant nationellt uppdrag är utrett och infört kommer en behovsstyrd vårdgaranti därför att omfatta olika erbjudande till patienten beroende på hur primärvårdsuppdraget är beskrivet regionalt och lokalt.

Värt att lyfta är också tillgången till olika yrkesgrupper inom primärvården. I övergången till en behovsstyrd vårdgaranti ligger en förväntan om att en större andel patienter än i dag kommer att hänvisas till andra kompetenser än läkare. Fördelen med detta är dels att patienten snabbare får träffa den kompetens man har störst behov av, men också att frigöra läkartid för de patienter som har just det specifika behovet. När en sådan förändring genomförs är det dock viktigt att minnas att tillgången på olika yrkesgrupper varierar över landet, och i intervjuer har framkommit att det i dagsläget regionalt

finns svårigheter att säkerställa bemanningen gällande till exempel arbetsterapeuter, psykologer och fysioterapeuter.

Hur?

En medicinsk bedömning

Den andra föreslagna förändringen av vårdgarantin innebär bland annat att tydligare öppna upp för andra förmedlingslogiker än det fysiska besöket, något som i Effektiv vård uttrycks som en garanti om medicinsk bedömning. Effektiv vård lyfter fram denna förändring utifrån en syn på att primärvården ska kunna ha en mer teknikneutral ansats i sin kommunikation med patienterna. I de intervjuer och diskussioner som förts inom ramen för denna utrednings analys har många dock tolkat förändringen gällande begreppet (medicinsk) bedömning vidare och mer betydelsebärande än så, vad gäller att betona det kvalitativa innehållet i mötet.

Begreppet ”medicinsk bedömning” återfinns i 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821), och tidigare fanns samma skrivning i HSL. Av förarbetena till patientlagen framgår uppfattningen att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet samt att den första bedömningen bör göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens.⁸⁶ Utredningen vill i detta sammanhang framhålla att en medicinsk bedömning inte är något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkeskategori patienten träffar. Går man tillbaka i förarbetena till 1981 års hälso- och sjukvårdslag så framgår det även att det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen. Likaså förs ett resonemang kring att *”Hälso- och sjukvårdens vårdansvar bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avser jag även personal,*

⁸⁶ prop. 1996/97:60, s. 40.

vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering (utredningens kommentar: med ”jag” avses ansvarigt statsråd).⁸⁷

Det bör noteras att en patient redan i dag får flera bedömningar i samband med kontakten med vårdcentralen. En typ av bedömning sker i samband med den första kontakten, den s.k. 0:an i vårdgarantin. Där sker bedömningen av om patientens tillstånd är sådant att vidare kontakt med vårdcentralen är befogad, dvs. att garantin till besök i primärvården aktiveras. Den medicinska bedömning som avses i förslaget i Effektiv vård syftar dock inte på denna första kontakt utan på den medicinska bedömning som görs av den yrkesgrupp man därefter möter inom ramen för vårdgarantin.

Det ligger i yrkesutövningen hos varje vårdprofession att vid kontakt med en patient meddela en slutsats i form av bedömning; en diagnos, ett vårdbehov eller annan konkret åtgärd. Genom att betona den medicinska bedömningen poängteras dock det kvalitetsmässiga innehållet ur patientperspektiv jämfört med det mer passiva begreppet besök.

Förmedlingsformen

Genom att gå från en besöks- till en bedömningsgaranti görs vårdgarantin behovsstyrd även till sin förmedlingsform. Precis som när det gäller vilken yrkeskategori patienten träffar är det inte likgiltigt vilken förmedlingsform vårdcentralen använder. Beroende på den enskildes situation, behov och inneboende resurser, kan det spela stor roll hur bedömningen kommuniceras. På samma sätt som den förändrade vårdgarantin syftar till att låta patienten träffa den profession som är mest relevant utifrån patientens vårdbehov, ska bedömningen ges via den förmedlingsform som ger patienten störst värde. Om det är ändamålsenligt kan inhämtande av information och i vissa fall t.o.m. undersökning ske på distans genom någon form av teknisk lösning och bedömningen om diagnos och/eller vårdbehov kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I de flesta fall får man dock räkna med att det är det fysiska besöket som i närtid kommer att vara det vanligaste valet och även den form av kontakt som många patienter föredrar.

⁸⁷ prop. 1981/82:97, s. 44.

Det avgörande är en strävan till att kommunikationen sker alltmer på patientens villkor och inte bara utifrån vad som av tradition varit mest praktiskt eller effektivt för vårdinrättningen.

När?

Den tredje föreslagna förändringen gäller vilken tidsgräns garantin ska omfatta. Dagens sju dagar ses i Effektiv vård som för lång tid, en bild som bekräftas av i princip samtliga aktörer i vår analys. Det finns en stor samstämmighet om att den bortre tidsgränsen i vårdgarantin måste kortas, och att detta är avgörande för medborgarnas förtroende för primärvården och därmed för viljan att vända sig till dit, och inte till en sjukhusansluten akutmottagning, med sina besvär. Förslaget i Effektiv vård är att minska denna bortre gräns till tre dagar. Som ett alternativ har vi tittat på ett mellanalternativ motsvarande fem dagar.

Som framgår av avsnitt 5.1.2 går det att utifrån dagens uppföljning av vårdgarantin avläsa hur många patienter som i dag får träffa en läkare inom fem respektive tre dagar. Resultaten 85 procent för fem dagar och 81 procent för tre dagar kan vid en första anblick betraktas som relativt goda värden, vilket borgar för att en vårdgaranti som omfattar fler kompetenser inom primärvården har goda förutsättningar att i än högre grad nå måluppfyllelse. Det finns i dag inte motsvarande statistik för övriga yrkesgrupper vilket gör det svårt att uttala sig om vilka förutsättningar som skulle finnas för andra kategorier än läkare att leva upp till olika tidsgränser.

Under arbetet med analysen har vi mött olika uppfattningar om vad kortare tidsgräns skulle innebära. Ett resonemang utgår från det faktum att en stor andel av patienterna redan i dag får träffa läkare inom tre dagar. Att korta den bortre tidsgränsen för bedömning till fem, eller tre, dagar borde därför inte medföra alltför stor ökad resursåtgång, särskilt inte om även andra yrkesgrupper omfattas av garantin. Andra framhåller i stället en oro för att det just gällande tillkommande yrkesgrupper kommer att vara svårt att leva upp till tidsgränserna, oavsett fem eller tre dagar. Att säkerställa dagens behov av att få en bedömning av till exempel fysioterapeuter, psykologer och arbetsterapeuter bedöms som problematisk. Skulle efterfrågan på dessa kompetenser dessutom öka, vilket är ett rimligt an-

tagande, framstår redan dagens sjudagarsgräns som svår. På längre sikt finns naturligtvis möjligheter – genom öknings- och utbildningsplatser m.m. – att balansera antalet yrkesutövare inom de olika professionerna så att de bättre motsvarar behoven från patienterna. I det korta perspektivet bedöms dock tillgängligheten till flera av de ”tillkommande” yrkesgrupperna som en reell utmaning för vissa verksamheter.

5.2.3 Uppföljning av en förstärkt vårdgaranti

Tillkommande datainsamling

I förhållande till dagens uppföljning skulle en förändring enligt Effektiv vårds och denna utrednings förslag (se avsnitt 5.3) innebära att det främst är två uppgifter som behöver kompletteras. För det första handlar det om vem patienten möter. I dagsläget är det endast läkare som omfattas av vårdgarantin inom primärvården. Med den förstärkta vårdgarantin behövs det information om ett större antal professioner. För det andra behövs information om att det skett en medicinsk bedömning, i stället för som i dagsläget då det endast handlar om ett fysiskt besök. På samma sätt som tidigare krävs information om datum och klockslag för startpunkten (”0:an”) och datum och klockslag för när en bedömning har skett samt information om det är ett nybesök eller ett återbesök. Vår bedömning är att det skulle vara möjligt att följa upp en förändrad vårdgaranti enligt utredningens förslag. Utgångspunkten bör vara följande:

- *Tidpunkt för kontakt och för bedömning.* Denna uppgift rapporteras redan i dagsläget.
- *Nybesök eller återbesök.* Denna uppgift rapporteras redan i dagsläget för läkarbesök.
- *Yrkesgrupp.* Yrkeskategorier finns generellt i verksamhetssystemen, exempelvis genom att uppgifter hämtas i katalogtjänsten HSA vilken exempelvis styr behörigheter. I samband med en initial kontakt där bedömning görs om vilken yrkesgrupp som patienten bör träffa, upprättas någon form av bokningsunderlag. Här framgår vilken person/resurs som patienten kommer att träffa och vilken yrkesgrupp som är aktuell.

- *Bedömning.* Uppgift om att en bedömning har skett rapporteras genom journalanteckning om diagnos och/eller åtgärd.

Vissa av dessa frågor behöver utvecklas vidare i samband med genomförandet. Att det skett en bedömning föreslås följas upp genom uppgiften att det i journalen finns en åtgärd- eller diagnoskod. Bestämmelser om journalföring finns i Patientdatalagen (SFS 2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Den som för patientjournal ansvarar för de uppgifter hen har fört in i journalen. Skyldigheten att föra journal gäller alla som har legitimation eller särskilt förordnande och den som jobbar som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården. Även den som inom den enskilda hälso- och sjukvården biträder en legitimerad yrkesutövare har denna skyldighet. Enligt 6 § tredje punkten i Patientdatalagen ska journalen bl.a. innehålla uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder.

Ytterligare utvecklingsområden för uppföljning

I samband med utvecklandet av ett nationellt uppdrag och en vårdgaranti som matchar den kan det också finnas anledning att överväga att se över möjligheten att följa upp ytterligare aspekter. Till dem hör möjligheten att kunna följa upp:

- Vilka grupper av patienter (ålder, kön, utbildningsgrad, födelse-land, och kontaktorsak/vårdbehov, etc.) som inte får vård inom angiven tidsgräns. Detta är viktigt ur jämlikhets- och jämställdhetssynpunkt. I dagsläget kan patientdata i väntetidsdataasen enbart sorteras på kön och ålder.
- Om patientens vårdbehov bedömts av lämplig kompetens.
- Patientgrupper som riskerar undanträngningseffekter. Det gäller de besök som ligger utanför vårdgarantin som t.ex. återbesöken och i dagsläget besök hos andra personalkategorier än läkare.
- Fördelningen mellan medicinska bedömningar som ges vid fysiska möten och medicinska bedömningar som ges via annan förmedlingslogik.

5.3 Utredningens förslag till förstärkt vårdgaranti i primärvården

Förslag: Landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården ska ändras så att den enskilde inom en viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården. Vårdgarantin inom primärvården ska utöver läkare omfatta även andra legitimerade yrkesgrupper. Tidsfristen ska anges till tre dagar, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården

5.3.1 Vårdgarantin ska vara behovsstyrd

Utgångspunkter för utredningens förslag

Som föregående avsnitt har visat så leder analysen av förslagen från Effektiv vård snabbt in på angränsande aspekter av dagens vårdgaranti och pekar på de oklarheter som finns kring såväl dess utformning som dess uppföljning i de delar som avser primärvården. Det är frågor som i mångt och mycket sammanfaller med generella utmaningar för primärvården och den svenska hälso- och sjukvården i stort. Utredningen konstaterar samtidigt att vårt uppdrag för detta betänkande varit att göra en analys av förslagen i Effektiv vård om den nationella vårdgarantin, inte att i nuläget utreda hela konstruktionen av vårdgarantin inom primärvården. Våra förslag i detta betänkande utgår därför från dagens konstruktion av vårdgarantin, samtidigt som de innebär att vi tar principiellt viktiga steg i riktning mot vår målbild av god och nära vård.

I samband med utredningens fortsatta arbete kring utformandet av ett nationellt uppdrag för primärvården ser vi dock ett fortsatt behov av att vidare analysera utformningen och uppföljningen av vårdgarantin. Vid behov kan vi därmed i senare betänkande komma att lägga ytterligare förslag i syfte att säkerställa att vårdgarantin understödjer det nationella primärvårduppdraget.

En förstärkt vårdgaranti i primärvården

Som ett led i arbetet med att utforma vårdprocessen utifrån patientens behov förstärks vårdgarantin genom att göra den behovsstyrd. Detta görs i två avseenden:

1. Vårdgarantin inom primärvården utökas till att – utöver läkare – även omfatta annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.
2. Besöksgarantin ersätts av en bedömningsgaranti. Härigenom förtydligas möjligheten att använda andra förmedlingslogiker än det fysiska besöket och det kvalitativa innehållet i mötet betonas.

Utredningen delar bedömningen från Effektiv vård att det är ologiskt att läkarkompetensen specifikt har knutits till vårdgarantin när den svenska primärvården i internationell jämförelse är bred och multiprofessionell. Många gånger kan det vara mer motiverat för patienten att träffa t.ex. en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkeskategori patienten träffar. Liksom för dagens vårdgaranti reglerar inte den föreslagna ändringen av vårdgarantin *om* vård ska ges eller *vilken* vård som kan komma i fråga. De besluten vilar på avgöranden av de medicinska professionerna. Avgörandet *vem* patienten bör träffa bör ligga på verksamhetsnivå eftersom bedömningen i första hand måste bero på patientens aktuella behov. Dessutom måste man ta hänsyn till vilken kompetens som de facto finns att tillgå och hur arbetssätten är utformade i den aktuella verksamheten. Detta ger triageringsfunktionen en central roll och ställer krav på fungerande beslutsstöd, samråd och handledning.

Den medicinska bedömning som avses i förslaget ska göras av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Till skillnad från Effektiv vård har utredningen gjort bedömningen att möjligheten att ge en medicinsk bedömning under vårdgarantin bör avgränsas till läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta baserats på behovet av att skapa tydlighet kring erbjudandet till medborgarna samt att understödja förtroendet för primärvården.

Den medicinska bedömningen kommer även fortsatt att ofta göras av läkare men kan många gånger göras av annan hälso- och sjukvårdspersonal, oftast en sjuksköterska. För det mesta görs en medi-

cinsk bedömning vid ett fysiskt möte men en sådan kan också göras via annan säker förmedlingsform, t.ex. med hjälp av olika tekniska lösningar. Både vad gäller vilken yrkeskategori och förmedlingslogik är det omständigheterna såsom frågans komplexitet, patientens behov och inneboende resurser, frågan om patienten tidigare är känd eller inte etc. som avgör vad som i varje enskilt fall är lämpligt och förenligt med kraven på en god vård enligt 5 kap. 1 § denna lag. En medicinsk bedömning ska alltid journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 6 § Patientdatalagen (2008:355).

I samband med införandet av den behovsstyrda vårdgarantin kortas också tiden inom vilken den medicinska bedömningen ska tillhandahållas från 7 dagar till 3 dagar. Det saknas data för att med säkerhet kunna säga hur tillgången till andra legitimerade yrkesgrupper än läkare i primärvården ser ut och därmed också dra säkra slutsatser kring hur de föreslagna ändringarna kan förväntas påverka patientflödena eller möjligheterna för de ”nya” yrkesgrupperna att leva upp till olika tidsgränser. Antagandet är dock att detta ska vara en rimlig målsättning, utifrån *dels* avgränsningen att ansvaret gäller att erbjuda patienter de kompetenser respektive vårdgivare har inom den egna verksamheten, *dels* den majoritet av läkarbesök som redan i dag uppnås inom denna tidsgräns och *dels* en tydligare styrning mot att fullt ut nyttja den breda kompetensen inom primärvården.

Utredningen vill också framhålla vikten av att vårdgarantin kontinuerligt följs upp och utvärderas för att sedan, på basis av bättre kunskap, kunna ta nya steg för att ytterligare stärka tillgängligheten och förbättra uppföljningen. Den utökade omfattningen av vårdgarantin kommer att ge förbättrade möjligheter till detta genom att även tillgången av övriga legitimerade yrkesgrupper inom primärvården rapporteras kontinuerligt, då uppföljningen via väntetidsdatabasen också kommer att inkludera dem.

5.3.2 Konsekvensanalys

Ekonomiska konsekvenser för vårdgivare, huvudmän och samhället

Att införa en förstärkt vårdgaranti enligt förslag ovan bör enligt simuleringar kunna medföra en effektiviseringspotential för hälso- och sjukvårdens huvudmän och vårdgivare. För att uppnå den potentialen

bedöms det dock finnas ett behov av initial resurstillförsel. Detta beskrivs vidare i det följande:

Bemanning

Triageringen av patienterna till rätt profession begränsas till de kompetenser respektive verksamhet har tillgång till. De simuleringar Landstinget i Värmland gjort inom ramen för sitt utvecklingsarbete i primärvården (se faktaruta på s. 96) visar också på möjligheter till mer effektivt resursutnyttjande. Resultat från en förstudie som genomfördes på fem vårdcentraler indikerar att ett stort antal läkarbesök kan ersättas av besök hos exempelvis fysioterapeut, psykolog/ kurator eller sjuksköterska. Totalt skulle 225 läkarveckor per kalenderår kunna frigöras (en besparing på cirka 14 miljoner kronor) genom detta. Kostnaderna för besöken hos fysioterapeuter m.fl. uppgår uppskattningsvis till cirka 7 miljoner kronor vilket ger en nettobesparing på cirka 7 miljoner kronor per kalenderår. Om man ser till samtliga offentligt drivna vårdcentraler i Värmland är motsvarande besparingspotential cirka 40 miljoner kronor per kalenderår.⁸⁸

Å andra sidan skulle en möjlig effekt av behovsstyrd vårdgaranti vara att arbetsväxlingen kan leda till nya bristsituationer för vissa professionsgrupper. Det är mot bakgrund av ovanstående resonemang om såväl möjlighet till effektivisering som risk för brist på vissa yrkesgrupper i dag inte möjligt att uppskatta eventuellt tillkommande kostnader gällande bemanning.

Ändrade arbetssätt

Initialt kan behovet av ändrade arbetssätt som förberedelse för införandet av en förstärkt vårdgaranti utgöra en pucketkostnad. Det kan handla såväl om att få digitala lösningar på plats som exempelvis ändrade arbetssätt för att åstadkomma en ändamålsenlig triagering vid första kontakt med verksamheten. Även andra interna arbetssätt och flöden inom verksamheten kan behöva förändras för att möta den förstärkta vårdgarantin.

⁸⁸ Landstinget i Värmland.

Hantering av data

Genomförandet av förslaget ställer krav på vissa förändringar vad gäller inrapportering av data och utveckling av väntetidsdatabasen i förhållande till de föreslagna förändringarna. Även här kan initiala kostnader förekomma, särskilt med tanke på behovet av att i största möjliga utsträckning genomföra automatisk och inte manuell inrapportering av data (se även under administrativa konsekvenser).

Samhällsekonomiska konsekvenser

Så långt ekonomisk konsekvensanalys utifrån begränsade data är möjlig bedöms förändringen således inte medföra någon omfattande belastning på samhällets resurser, även om det på kort sikt finns kostnader förknippade med införandet (ändrade arbetsätt och hantering av data), och på längre sikt förknippade med förändrat behov av specifika yrkeskompetenser (bemanning).

Konsekvenser för en jämlik vård

Utifrån befintlig besöksstatistik kan inga undanträngningseffekter av svagare grupper påvisas i primärvården. Generellt sett har personer med lägre inkomst eller utbildning större sannolikhet att ha gjort minst ett besök i primärvården det senaste året, än de som har högre inkomst och utbildning. När det gäller väntetider så har väntetidsdatabasen enbart uppgifter om kön och ålder, vilket begränsar möjligheterna att undersöka eventuella skillnader mellan olika grupper. Det kan dock konstateras att barn är den grupp som i störst utsträckning får vård både samma dag och inom 7-dagarsgränsen för läkarbesök inom primärvården. Patienter mellan 60 och 79 år är de som i lägst utsträckning får besök både samma dag och inom 7-dagarsgränsen.⁸⁹ Det finns inget som tyder på att en förstärkt vårdgaranti enligt ovan förslag får konsekvenser som skulle innebära ökade skillnader i väntetider och tillgänglighet till primärvården mellan olika grupper.

Förslaget till förstärkt vårdgaranti utgår från dagens modell där landstingen har en stor frihet när det gäller utformningen av sina res-

⁸⁹ Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, s. 124.

pektive vårdvalssystem för primärvården. Detta innebär att uppsättningen av olika kompetenser kommer att variera över landet. I vissa landsting kan man därmed komma att garanteras en bedömning av t.ex. en psykolog inom tre dagar, medan psykologkompetensen inte nödvändigtvis ingår i vårdgarantin i andra landsting. Denna fråga uppmärksammades även i Effektiv vård där man dock menade att man behöver ta hänsyn till vilken kompetens som de facto finns tillgänglig. Som anförts i inledningen till detta kapitel utgår våra förslag i detta betänkande från dagens konstruktion av vårdgarantin. Vi sällar oss därför till bedömningen från Effektiv vård i detta avseende.

Som också aviserats kommer vi dock som ett nästa led i vårt arbete att utforma ett nationellt uppdrag för primärvården. I detta ingår att analysera om vissa yrkesgrupper specifikt bör knytas till ett sådant uppdrag.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget till förstärkt vårdgaranti utgår från dagens modell där landstingen har en stor frihet när det gäller utformningen av sina respektive vårdvalssystem för primärvården. Förslaget bedöms därmed inte leda till några inskränkningar i det kommunala självstyret.

Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Tidigare uppföljningar av vårdgarantin har inte visat på några större skillnader i väntetider mellan kvinnor och män. Enligt den senaste mätningen fanns på nationell nivå inga skillnader mellan män och kvinnor vad gäller tillgänglighet till läkarbesök inom primärvården inom sju dagar. I Vårdanalys uppföljning av utfall 2009–2014 framgår att män i genomsnitt får sitt läkarbesök i primärvården inom sju dagar något oftare än kvinnor men att skillnaderna är små. De stora skillnaderna är inte mellan kön utan mellan landsting. Dock noterar Vårdanalys att det inom vissa landsting förefaller finnas något större skillnader mellan män och kvinnor.⁹⁰

Det finns inget som tyder på att en förstärkt vårdgaranti enligt ovan förslag får konsekvenser som skulle innebära ökade skillnaderna i väntetider och tillgänglighet till primärvården mellan män och kvinnor respektive flickor och pojkar.

I sammanhanget bör också framhållas att en majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor⁹¹ och förslagen kan även få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på deras arbetsmiljö. Under senare tid har det t.ex. rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare⁹² och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken.⁹³ Som utvecklingsprojektet i Värmland (se faktaruta s. 96) ger uttryck för ses förändrade arbetsätt, inklusive att lyfta fram även andra yrkesgrupper än läkare och att arbeta interprofessionellt, som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö, och därmed kunna säkra kompetensförsörjning framåt. Den omläggning av primärvården som den be-

⁹⁰ Vårdanalys, *Varierande väntan på vård*, s 41-42.

⁹¹ Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet*.

⁹² Dagens medicin, *Fler unga kvinnliga läkare utmattade*.

⁹³ Försäkringskassan, *Fortfarande störst antal sjukfall inom vård- och omsorg*.

hovsstyrda vårdgarantin utgör ett första steg i bedöms vara centralt för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården, och därmed säkra framtidens kompetensförsörjning. Givet det höga tryck som primärvårdens medarbetare redan i dag jobbar under är det dock centralt att det ges möjligheter till ett ändamålsenligt planerat och resurssatt förberedelsearbete för införandet av den förstärkta vårdgarantin i primärvården.

Administrativa konsekvenser

Det kommer att krävas ett arbete för att definiera vilka data som ska hämtas och hur dessa ska levereras till Väntetidsdatabasen. Detta är dock ett arbete av engångskaraktär. Bedömningen är att det är möjligt att hämta relevanta data från landstingens olika journalsystem, men det kan på olika håll krävas ett tillkommande arbete av engångskaraktär för att hämtningar ska kunna göras automatiskt. Vi menar att målsättningen måste vara att den administrativa bördan för att följa upp en förändrad vårdgaranti inte ska öka. Vår bedömning utifrån den genomförda analysen är att konsekvenserna av en utökad rapportering är möjliga att hantera på ett sådant sätt.

Det utvecklingsarbete av uppföljningsinformation som SKL bedrivit är av särskilt intresse (se även avsnitt 3.2.4.)⁹⁴ Denna modell är produktionssatt och redan i dag följs bland annat data som skulle behöva fångas om vårdgarantin förändras (än så länge är det bara region Jönköping som levererar data automatiskt månadsvis men flera landsting förbereder sig för att kunna använda modellen). Modellen har prövats i Region Jönköping där det finns data från 2016 och framåt gällande:

- *Besökstyp*. Redovisning sker av om det är nybesök eller återbesök.
- *Yrkeskategori anges för varje kontakt*. Här sker redovisningen med koder som baseras på klassifikation av vårdåtgärder, s.k. KVÅ-koder.

⁹⁴ SKL, *Slutrapport: Tillgänglighet i primärvård – för ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling*.

- *Tidpunkt*: datum och klockslag för de aktiviteter som startar respektive avslutar uppföljningen.
- *Diagnos anges med diagnoskod (ICD-10-SE eller KSH97)*. Samtliga diagnoser som haft klinisk relevant för kontakten.
- *Åtgärd anges med åtgärds kod (KVA)*. Speglar vilka vårdinsatser som gavs vid besöket eller kontakten.

En preliminär slutsats är att nämnda klassifikationskoder skulle kunna användas för att följa upp en förändrad vårdgaranti. För att kunna bekräfta detta behövs en samlad bild skapas över användningen av dessa klassifikationskoder för diagnos och åtgärd i landstingen i dag. Det har inte funnit utrymme inom ramen för uppdraget att göra en sådan kartläggning. Socialstyrelsen berörde emellertid frågan i en utredning rörande nationell datainsamling i primärvården som redovisades 2012. I en enkätundersökning genomförde man då en kartläggning av bland annat möjligheterna att rapportera in data rörande diagnos och åtgärd. Kartläggningen visade att samtliga landsting använde antingen en diagnos- eller en åtgärds kod. Resultatet tyder på att ett uppföljningssystem baserat på bägge kodsystemen skulle kunna fungera som utgångspunkt för att följa om en bedömning inom vårdgarantin har skett.⁹⁵

⁹⁵ Socialstyrelsen, *Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret*, s. 18–19.

6 Författningskommentar

6.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

3 kap. 3 §

Hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen. Om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat får vården koncentreras geografiskt. Hälso- och sjukvården ska i första hand ges som öppen vård.

Paragrafen är ny, och föreslås omfatta all hälso- och sjukvård och placeras därför under 3 kap. Allmänt. Ändringen behandlas i avsnitt 4.1.

Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen. För att understryka den öppna vårdens, och framför allt primärvårdens, roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet behöver begreppet tillgänglighet, inte bara i form av den tidsmässiga aspekten, tydligare framhållas i lagtext. Begreppet ”nära” innehåller en geografisk dimension; huvudmannen ska ordna sin hälso- och sjukvård nära befolkningen, ofta inom ramen för primärvården, men också sträva efter att öka användningen av möjligheten till nya nära lösningar inom alla vårdformer; den allra närmaste vården är den som bedrivs i patientens hem eller via till exempel en mobil lösning. I detta förtydligande av tillgänglighetsbegreppet ges huvudmännen större utrymme att utifrån olika regionala förutsättningar utforma vården efter patienternas behov.

Samtidigt finns det, i enlighet med slutbetänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:8), tillfällen när huvudmannen, eller flera huvudmän i samverkan, har behov av att koncentrera insatserna för att kunna erbjuda effektiv vård med hög kvalitet, varför även detta undantag från huvudregeln om geografiskt nära vård behöver slås fast.

För att åstadkomma den önskade strukturförändringen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård behöver det bli tydligt att öppen

vård, och inte sluten vård, är den vårdform som i första hand ska tillämpas. Redan i dag strävar många huvudmän och vårdgivare i denna riktning. Av olika skäl; tradition, förväntningar, ekonomiska styrmodeller eller otillräcklig samverkan mellan utförare är det en utveckling som dock går långsammare önskat. Ur patientens synvinkel finns flera skäl till att vård i öppna vårdsformer är att föredra framför sluten vård. Tillägget blir därmed principiellt viktigt för att ytterligare stärka en sådan fortsatt utveckling.

5 kap. 1 §

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

- 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 för kontakt, bedömning och besök.*

Paragrafen innehåller en definition av begreppet god vård. Den föreslagna ändringen innebär att den femte punkten kompletteras med ett nytt tillägg och därmed får lydelsen ”vara lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök.” Ändringen behandlas i avsnitt 4.1.

I dag har begreppet ”lätt tillgänglig” i hög grad kommit att bli synonymt med tidsaspekten (väntetider) och i mindre utsträckning med andra aspekter på tillgänglighet. Syftet med ändringen är att förtydliga olika dimensioner av tillgänglighet och dess betydelse för en jämlik vård. Inte minst utbudet av moderna tekniska lösningar möjliggör att erbjuda en hög tillgänglighet till vårdens olika kompetenser på annat sätt än via ett fysiskt besök. I och med detta finns också bättre förutsättningar att tillgodose behovet av snabb kontakt med hälso- och sjukvårdens utförare. Att kunna erbjuda vård på många olika sätt ökar möjligheten till individuell utformning efter varje patients behov och förutsättningar. Det stärker därmed förutsättningarna för en jämlik vård.

9 kap. 1 §

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

- 1. kontakt med primärvården,*
- 2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,*
- 3. besöka den specialiserade vården, och*
- 4. planerad vård.*

Paragrafen innehåller bestämmelser om landstingens ansvar att erbjuda vårdgaranti. Den föreslagna ändringen avser besöksgarantin i primärvården enligt 9 kap 1 § andra punkten. Den nuvarande lydelsen ”besöka läkare inom primärvården” ändras till ”en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården”. Ändringen behandlas i avsnitt 5.3.

Med uttrycket ”medicinsk bedömning” avses att det ska vara en bedömning som görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Denne kan vara läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Begreppet läkare omfattar, liksom tidigare, även läkare under allmän-tjänstgöring.

Det är patientens behov som ska styra vilken yrkeskategori patienten träffar. Liksom tidigare reglerar inte den föreslagna ändringen av vårdgarantin om vård ska ges eller *vilken* vård som kan komma i fråga. De besluten vilar på beslut av den medicinska professionen. I stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som man längst ska behöva vänta för att få kontakt, bedömning eller behandling.

Oftast görs en medicinsk bedömning vid ett fysiskt möte men en sådan kan också göras via annan säker förmedlingsform, t.ex. med hjälp av olika tekniska lösningar. Både vad gäller vilken yrkeskategori som bör göra den medicinska bedömningen och vilken förmedlingslogik som bör användas är det omständigheterna såsom frågans komplexitet, patientens behov och inneboende resurser, frågan om patienten tidigare är känd eller inte etc. som avgör vad som i varje enskilt fall är lämpligt och förenligt med kraven på en god vård enligt 5 kap.

1 § denna lag. En medicinsk bedömning ska alltid journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355).

Uttrycket ”medicinsk bedömning” används även i patientlagens (2014:821) 2 kap. 2 § som anger att ”Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd”. I förarbeten framhålls att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet samt vikten av att den första bedömningen görs av väl kvalificerad personal med hög kompetens. Utan en bra första bedömning kan det vara svårt att tillämpa de etiska principerna vid prioriteringar.⁹⁶

Regeringen kan enligt 6 kap. 1 § i denna lag meddela föreskrifter om bl.a. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld. Utredningen föreslår att tidsramen för vårdgarantin i denna del ändras genom en ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), se vidare kommentaren till det förslaget.

6.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

2 kap. 1 §

Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 4.1, är en följdändring till ändringen i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), se kommentar till den paragrafen.

2 kap. 3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

- 1. kontakt med primärvården,*
- 2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,*

⁹⁶ Prop. 1996/97:69 s. 40 f.

3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Ändringen, som behandlas i avsnitt 5.3, är en följdändring till ändringen i 9 kap. 1 § andra punkten i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), se kommentar till den paragrafen.

6.3 Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

6 kap. 1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. en medicinsk bedömning, av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, inom 3 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),

3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Ändringen, som behandlas i avsnitt 5.3, gäller förändringar av vårdgarantin vad avser besöksgarantin inom primärvården. I andra punkten föreslås en följdändring utifrån förslaget till ändring av 9 kap. 1 § andra punkten i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), dvs. att besöksgarantin i primärvården ändras till en ”bedömningsgaranti”. Tidsfristen för att uppfylla vårdgarantin i denna del minskas från 7 dagar till 3 dagar. Enligt den nuvarande lydelsen gäller vårdgarantin i denna del ”om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare”. Denna kvalifikation av vårdgarantin förändras för att reflektera ändringen till en bedömningsgaranti, där det inte längre är ett besök

till läkare, utan en ”medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården” som garanteras. Bedömningsgarantin ska i stället gälla ”om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården”. Enligt första punkten i vårdgarantin (tillgänglighetsgarantin inom primärvården) ska den enskilde få kontakt med primärvården samma dag som han eller hon söker den. Om den enskilde ges en medicinsk bedömning redan vid denna första kontakt är således bedömningsgarantin enligt andra punkten uppfylld. En medicinsk bedömning ska alltid journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355).

7 Ikraftträdande

Förslag: Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och hälso- och sjukvårdsförordningen förslås träda i kraft den 1 januari 2019.

De föreslagna ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) hänger på olika sätt samman med varandra och utgör tillsammans de första stegen i förflyttningen i riktning mot målbilden av god och nära vård. För att ge utrymme för förberedelser hos huvudmännen förslås ändringarna träda i kraft den 1 januari 2019.

Referenslista

Utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena – Betänkande med förslag från kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket*
- SOU 1974:39, *Socialvården mål och medel – principbetänkande*
- SOU 1987:21, *Äldreomsorg i utveckling – slutbetänkande*
- SOU 2000:114, *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*
- SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*
- SOU 2015:98, *Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa*
- SOU 2016:2, *Effektiv vård*
- SOU 2016:41, *Hur står det till med den personliga integriteten? – En kartläggning av Integritetskommittén*
- SOU 2017:4, *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*
- SOU 2017:39, *Ny dataskyddslag – Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*

Direktiv

- Dir. 2014:65, *Den personliga integriteten*
- Dir. 2015:60, *En kommission för jämlik hälsa*
- Dir. 2015:138, *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*
- Dir. 2016:15, *Dataskyddsförordningen*

Dir. 2016:51, *Tillit i styrningen*

Dir. 2106:95, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel*

Dir. 2017: 39 *Översyn av socialtjänstlagen*

Departementsserien

Ds 2016:44, *Nationell Läkemedelslista*

Lagar, förordningar och propositioner

SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag*

SFS 2008:567, *Diskrimineringslagen*

SFS 2014:821, *Patientlag*

SFS 2017:30, *Hälso- och sjukvårdslag*

SFS 2017:80, *Hälso- och sjukvårdsförordning*

HSLF-FS 2016:40, *Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*

Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*

Prop. 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*

Rapporter

Persson, Berlith, *Väntetider och vårdgarantier*, Rapport/SKL, 2016

Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?*, RIR 2014:22, Stockholm: Riksrevisionen, 2014

SKL, *Slutrapport: Tillgänglighet i primärvård – för ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling*, Stockholm: SKL, 2016

SKL, *Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården – för ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling*, Stockholm: SKL, 2016

- Socialstyrelsen, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – slutrapport*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2005
- Socialstyrelsen, *Nationell datainsamling i primärvården – förslag till utökning av patientregistret (2012-3-36)*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2012
- Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard, uppföljning 2013 (2014-5-5)*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2014
- Socialstyrelsen, *Långsiktig utveckling av strukturerad dokumentation (2016-8-25)*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2016
- Socialstyrelsen, *Ett nationellt stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning – Socialstyrelsens utveckling av det nationella planeringsstödet (2016-11-11)*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2016
- Socialstyrelsen, *Redovisning av regeringsuppdrag Komplettera och sprida information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2017
- Socialstyrelsen, *Beskrivning och analys av hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård – Redovisning av regeringsuppdrag*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2017
- Socialstyrelsen, *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2017
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Variert väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, Stockholm: Vårdanalys, 2015
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*, Stockholm: Vårdanalys, 2017

Övrigt

Dagens medicin, Fler unga kvinnliga läkare utmattade, tillgänglig via: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/02/24/fler-unga-kvinnliga-lakare-utmattade/> (hämtad 2017-05-19)

eHälsomyndigheten, Gemensamma standarder, tillgänglig via: <https://www.ehalsomyndigheten.se/satsningar/gemensamma-standarder/> (hämtad 2017-05-20)

Försäkringskassan, Fortfarande störst antal sjukfall inom vård- och omsorg, tillgänglig via: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/6cdd8399-0226-43d5-81c9-fb6b48f5f6a4/pm_yrken.pdf?MOD=AJPERES&CVID=&CACHE=NONE&CONTENTCACHE=NONE (hämtad 2017-05-21)

Regeringskansliet, Mål för jämställdhet, tillgängliga via: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhet/mal-for-jamstalldhet/> (hämtad 2017-05-26)

Regeringskansliet, Patientkontrakt, tillgänglig via: <http://www.regeringen.se/artiklar/2017/05/patientkontrakt/> (hämtad 2017-05-20)

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården* (S2010/07914/FS)

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning* (S2015/07804/FS (delvis))

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att komplettera och sprida information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården* (S2016/01026/FS)

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra en översyn samt lämna förslag avseende läkares specialiseringstjänstgöring*, (S2016/04980/FS)

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om samverkning kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården* (S2016/04992/FS (delvis))

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att beskriva och analysera hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård* (S2016/07172/FS)

- Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården* (S2017/00506/FS (delvis))
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet* (S2017/00594/FS)
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att utreda formerna för en permanent rehabiliteringskoordinatorfunktion inom vården* (S2017/ 00946/SF)
- SCB, Hälsoräkenskaper, Hälsoräkenskaper 2001–2015, tillgänglig via: <http://www.scb.se/nr0109> (hämtad 2017-05-20)
- SKL, Bättre kunskap ska ge en mer jämlik vård, tillgänglig via: <https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/battrekunskapskageenmerjamlikvard.12435.html> (hämtad 2017-05-20)
- SKL, Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård, Med sikte mot ett gemensamt nationellt system, tillgänglig via: https://skl.se/download/18.21b4e0115bf09bdc02ba191/1495017669282/Beslutsunderlag_Etablering+av+en+sammanh%C3%A5llen+struktur+f%C3%B6r+kunskapsstyrning+2017_2017-03-23_slutgiltig.pdf (hämtad 2017-05-20)
- SKL, Innovativa arbetssätt i primärvården, tillgänglig via: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/primarvardeninnovativaarbetsatt.8801.html> (hämtad 2017-05-20)
- SKL, PrimärvårdsKvalitet – Ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården, tillgänglig via: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> (hämtad 2017-05-20)
- SKL, Strategi för hälsa, tillgänglig via: <https://skl.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html> (hämtad 2017-05-20)
- SKL, Tillgänglighet i primärvården, tillgänglig via: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/tillganglighet.10238.html> (hämtad 2017-05-20)
- SKL, Vårdgarantin, Väntetider i vården, tillgänglig via: <http://www.vantetider.se/veta-mer/vardgaranti/> (hämtad 2017-05-20)

- Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet, tillgänglig via:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/nationellplaneringsstodet> (hämtad 2017-05-21)
- Socialstyrelsen, Tydligare regler ska ge säkrare läkemedelshantering i vården, tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/tydligarereglerkagesakrarelakemedelshanteringivarden> (hämtad 2017-05-20)
- Socialstyrelsen, Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården, tillgänglig via:
<https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se> (hämtad 2017-05-20)
- Staten och SKL, *Överenskommelse om "Vision e-hälsa 2025"* (S2016/01874/FS)
- Staten och SKL, *Överenskommelse om handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025* (S2017/00379/FS (delvis))

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 utgångspunkten 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 be-

drivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som slutenvård. För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det sjukhus och den vården kallas för slutenvård. 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, lagregleringen 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 slutna vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekquireras 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 högkostnads-skyddet 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 stuktornivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturereform 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 slutna 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 slutna 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 slutna vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och slutna 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 pri-

märvården, 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 lätt-tillgänglig 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 spridningen 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 öppenvårds-läkemedel respektive slutenvårds-läkemedel 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 förhållnings-

sätt 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 jämnt 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.

Ojämlighet 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 kvalitet 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 utgångspunkten 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 förslagets 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 taxsystemet (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 utgångspunkten 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)

Upprättade referensgrupper

Referensgrupp med patientföreträdare: *Patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*

Hans Andersson, Grundare av den nationella stiftelsen Cesam.

Cesam bistår personer i en utsatt situation i att organisera sig, och stödjer brukarorganisationer i att samverka.

Ingela Ekholm, Vice ordförande i Pensionärernas Riksorganisation (PRO) Göteborg. Är även ledamot i riksorganisationens styrelse. Arbetade tidigare som sjuksköterska.

Inger Forsgren, Förbundsordförande i Riksförbundet för rättigheter, frigörelse, hälsa och likabehandling, RFHL. Var tidigare ordförande i organisationen Hiv-Sverige.

Angelica Frithiof, Konsult som med patientfokus utbildar vårdpersonal i patientbemötande och värdegrund. Har tidigare erfarenheter från funktionshinderrörelsen.

Andreas Hager, Grundare av Genia, ett patientsupportsystem där unga kroniskt sjuka och vårdens medarbetare tillsammans förbättrar kvaliteten i vården.

Stina-Clara Hjulström, Medlem i Demensförbundet. Har tidigare bland annat erfarenheter från hemsjukvården, utvecklingsarbete i primärvården samt som sjukhemschef.

Mårten Jansson, Samordnare på Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH. Stödjer bland annat brukarföreningar att utveckla former för meningsfullt inflytande inom PRIO-satsningen.

Lise Lidbäck, Förbundsordförande för Neuroförbundet. Har tidigare haft förtroendeuppdrag som rör sjukvårds- och funktionshinderfrågor i Stockholms läns landsting.

Tove Lindabl Greve, Verksamhetschef för organisationen Ung Cancer. Har tidigare suttit i Barncancerfondens styrelse.

Veronica Lindberg, Intressepolitisk ombudsman på Psoriasisförbundet. Är bland annat ansvarig för Psoriasisförbundets Medicinska och Vetenskapliga råd.

Fredrik Löndahl, Ordförande i Svenska Diabetesförbundet. Sitter även med som ledamot i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets insynsråd.

Barni Noor, Folkhälsovetare med mångårig erfarenhet från internationellt utvecklingsarbete. Har tidigare erfarenhet som utredare på Folkhälsoinstitutet.

Marcus Philipson, Chef för patientnämndens kansli i Region Örebro län. Har tidigare erfarenhet av arbete inom överförmyndarnämnd samt som socialsekreterare.

Lukas Romson, Erfarenhet från många års arbete med HBTQ-frågor och särskilt transpersoners rättigheter och ställning inom vården.

Barbro Sjölander, Ordförande i Nätverket mot Gynekologisk cancer samt ordförande i Patient och närstående rådet vid RCC Stockholm Gotland. Sitter även som styrelsemedlem i Folk-tandvården i Stockholms län AB.

Marie Steen, Ledamot i Handikappförbundets styrelse samt vice ordförande i ILCO Tarm-, uro- och stomiförbundet. Engagerad i patient- och närstående rådet i RCC Sydöst.

Elin Wernquist, Generalsekreterare och grundare för barnrättsorganisationen Barnrättsbyrån som arbetar med enskilda barns och ungas rättigheter.

Meta Wiborgh, Ordförande i Hjärnförbundet Hjärnkraft som arbetar för personer med förvärvad hjärnskada. Har tidigare arbetat som distriktsläkare.

Anna Wångmar, Enhetschef på patientnämnden i Landstinget Sörmland. Har tidigare erfarenhet som socialkonsulent på Länsstyrelsen samt som enhetschef inom demensvården.

Referensgrupp med företrädare för politiska partier

Linda Fleetwood, Vänsterpartiet
Emma Henriksson, Kristdemokraterna
Christer Jonsson, Centerpartiet
Thomas Nihlén, Miljöpartiet
Per Ramborn, Sverigedemokraterna
Anna-Lena Sörenson, Socialdemokraterna
Barbro Westerholm, Liberalerna
Cecilia Widegren, Moderaterna

Referensgrupp med företrädare för professionerna

Caroline Agrell, Fysioterapeuterna
Ove Andersson, Läkarförbundet
Karolina Behrnsten, Sveriges Arbetsterapeuter
Karin Båtelson, Läkarförbundet
Ann Johansson, Vårdförbundet
Stefan Jutterdal, Fysioterapeuterna
Christina Lundqvist, Sveriges Arbetsterapeuter
Elinor Odeberg, Kommunal
Sineva Ribeiro, Vårdförbundet
Emma Ölmebäck, Kommunal

Referensgrupp med företrädare för huvudmän: **Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket vid SKL**

Göran Angergård, Region Gävleborg
Mats Bojestig, Region Jönköpings län
Johan Bratt, Stockholms läns landsting
Anna-Greta Brodin, Sveriges Kommuner och Landsting
Maria Dalemar, Region Gotland
Elisabet Franson, Landstinget Dalarna

Lisbet Gibson, Region Jämtland Härjedalen
Åsa Himmelsköld, Landstinget i Uppsala län
Rita Jedlert, Region Skåne
Tobias Kjellberg, Landstinget i Värmland
Kitty Kook Wennberg, Stockholms läns landsting
Lars Kristensson, Region Skåne
Haleh Lindqvist, Region Halland
Lars Lundgren, Region Örebro län
Lena Lundgren, Region Östergötland
Peter Löthman, Landstinget Västernorrland
Per-Henrik Nilsson, Region Kronoberg
Johan Rosenqvist, Landstinget i Kalmar län
Gunilla Skoog, Landstinget Blekinge
Jörgen Striem, Landstinget Sörmland
Ann-Christin Sundberg, Västerbottens läns landsting
Anne-Marie Svensson, Region Västmanland
Ann Söderström, Västra Götalandsregionen
Jonas Thörnqvist, Norrbottens läns landsting

Personer som intervjuats för den fördjupade analysen av förslagen om vårdgaranti⁹⁷

Namn	Roll	Organisation
Ove Andersson	Andre vice ordförande	Sveriges läkarförbud
Johan Assarsson	Konsult vård och omsorg	SKL
Sevim Barbasso-Helmers	Utredare	Socialstyrelsen
Karolina Behrnsten	Andre vice ordförande	Sveriges arbetsterapeuter
Martin Björklind	Professionsansvarig	Sveriges psykologförbund
Karin Båtelson	Förste vice ordförande	Sveriges Läkarförbund
Lennart Christiansson	Medicinalråd	Socialstyrelsen
Mats Granberg	Utredare	Socialstyrelsen
Harald Grönkvist	Samordnare	SKL
Anna Ingmansson	Tidigare sekreterare i utredningen En nationell samordnare för Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården	Nu: Stockholms läns landsting

⁹⁷ Dessa intervjuer utfördes av Governo, vilka efter upphandling anlitas av utredningen för att utföra en del av den fördjupade analysen gällande förslagen om vårdgaranti.

Lisbeth Isaksson	Projektledare	SKL
Eva Jaktlund	Verksamhetschef	Sidsjö och Fränsta vårdcentral
Nils Janlöv	Projektdirektör	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Ann-Sofie Jansson	Verksamhetschef	Tybble vårdcentral, Region Örebro
Ann Johansson	Vice förbundsordförande	Vårdförbundet
Pontus Johansson	Senior ekonom	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Stefan Jutterdal	Ordförande	Fysioterapeuterna
Tomas Kärrholt	Inspektör Malmö, Nationell ämnes-samordnare för primärvården	Inspektionen för vård och omsorg
Marianne Lidbrink	Projektledare	Socialstyrelsen
Anna Mattsson	Projektledare	Socialstyrelsen
Iréne Nilsson Carlsson	Projektledare/Folkhälsoråd	Socialstyrelsen
Elinor Odeberg	Utredare	Kommunal
Michaela Prochazka	Samordnare äldrefrågor	Socialstyrelsen
Sineva Ribeiro	Förbundsordförande	Vårdförbundet
Carola Schäfer	Verksamhetschef	Tensta vårdcentral, SLL
Marianne Svensson	Projektdirektör	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare. Fi.
4. För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständigt förändring. M.
9. Det handlar om oss. – unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägs katt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med privat kapital? Fi.
14. Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag; Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. S.
22. Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. M.
23. digitalforvaltning.nu. Fi.
24. Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? A.
25. Samlad kunskap – stärkt handläggning. S.
26. Delningsekonomi. På användarnas villkor. Fi.
27. Vissa frågor inom fastighets- och stämpelskatteområdet. Fi.
28. Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. A.
29. Brottssdatalag. Ju.
30. En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. Fi.
31. Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. Ju.
32. Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. M.
33. Stärkt ställning för hyresgäster. Ju.
34. Ekologisk compensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. M.
35. Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. U.
36. Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Ju.
37. Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. Ju.

38. Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. Fi.
39. Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Ju.
40. För dig och för alla. S.
41. Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. Ju.
42. Vem har ansvaret? M.
43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. S.
44. Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. U.
45. Ny lag om företagshemligheter. Ju.
46. Stärkt ordning och säkerhet i domstol. Ju.
47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. S.
48. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. S.
49. EU:s dataskyddsförordning och utbildningsområdet. U.
50. Personuppgiftsbehandling för forskningsändamål. U.
51. Utbildning, undervisning och ledning – reformvård till stöd för en bättre skola. U.
52. Så stärker vi den personliga integriteten. Ju.
53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. S.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]
- Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? [24]
- Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. [28]

Finansdepartementet

- Karens för statsråd och statssekreterare. [3]
- Vägs katt. Volym 1 och 2. [11]
- Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]
- digitalforvaltning.nu. [23]
- Delningsekonomi. På användarnas villkor. [26]
- Vissa frågor inom fastighets- och stämpel-skatteområdet. [27]
- En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. [30]
- Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. [38]

Justitiedepartementet

- Se barnet! [6]
- Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. [7]
- Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. [12]
- Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. [14]
- Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]
- Brottsdatalog. [29]
- Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. [31]
- Stärkt ställning för hyresgäster. [33]

Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. [36]

Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. [37]

Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. [39]

Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. [41]

Ny lag om företagshemligheter. [45]

Stärkt ordning och säkerhet i domstol. [46]

Så stärker vi den personliga integriteten. [52]

Miljö- och energidepartementet

- Kraftsamling för framtidens energi. [2]
- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]
- Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. [22]
- Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. [32]
- Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. [34]
- Vem har ansvaret? [42]

Näringsdepartementet

- För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Socialdepartementet

- För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. [4]

Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. [5]

Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. [15]

Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. [21]

Samlad kunskap – stärkt handläggning. [25]

För dig och för alla. [40]

På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. [43]

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. [47]

Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. [48]

God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. [53]

Utbildningsdepartementet

Det handlar om oss.
– unga som varken arbetar eller studerar. [9]

Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. [10]

En nationell strategi för validering [18]

Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. [20]

Samling för skolan.
Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. [35]

Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. [44]

EU:s dataskyddsförordning och utbildningsområdet. [49]

Personuppgiftsbehandling för forskningsändamål. [50]

Utbildning, undervisning och ledning – reformvård till stöd för en bättre skola. [51]

Utrikesdepartementet

Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]