

# Lagrådsremiss

## Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform

---

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 16 april 2020

*Lena Hallengren*

*Lars Hedengran*  
(Socialdepartementet)

## Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

För närvarande behöver allt fokus i hälso- och sjukvården vara på att hantera spridningen av det virus som orsakar covid-19. Regeringen bedömer dock att det är viktigt att planera för framtidens hälso- och sjukvård då det även efter utbrottet av covid-19 kommer vara angeläget att stärka primärvården.

Hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt.

En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Regeringen föreslår att definitionen av primärvård ska ändras på så sätt att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vidare föreslås en bestämelse om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.

Regeringen föreslår också att signeringskravet ska ändras på så sätt att journalanteckningar, förutom då det finns något synnerligt hinder, inte

heller måste signeras om det är obehövt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreslås få meddela föreskrifter om signeringskravet.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2021.

Lagrådsremissen bygger delvis på en överenskommelse mellan regeringen, Centerpartiet och Liberalerna.

# Innehållsförteckning

1	Beslut .....	5
2	Lagtext .....	6
2.1	Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) .....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	7
3	Ärendet och dess beredning .....	9
4	Regeringens inriktning för en nära och tillgänglig vård.....	9
4.1	Mål för reformen .....	17
4.1.1	Mål 1: Tillgängligheten till primärvården ska öka .....	17
4.1.2	Mål 2: En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.....	21
4.1.3	Mål 3: Kontinuiteten i primärvården ska öka .....	27
4.2	En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården.....	32
5	Centrala förutsättningar för reformeringen av primärvården .....	40
5.1	Omställningen ska inte ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården.....	40
5.2	Utvecklingen behöver följas och stödjas .....	43
5.2.1	Omställningen behöver följas och uppföljningen av primärvården behöver utvecklas.....	43
5.3	Samverkan mellan huvudmännen och en samordnad vård.....	50
5.4	En ändamålsenlig kompetensförsörjning.....	55
5.4.1	Statlig finansiering av specialiseringstjänster i allmänmedicin .....	58
5.5	Utvecklad digitalisering.....	60
5.6	En kunskapsbaserad vård .....	64
6	Förslag för en stärkt primärvård.....	67
6.1	Definitionen av primärvård moderniseras .....	67
6.2	Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas .....	74
6.3	Förslaget om hur Vårdval primärvård ska organiseras bör inte genomföras.....	89
6.4	Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården .....	93
6.5	Signering av journalanteckningar .....	96
7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	100
8	Konsekvenser .....	100
8.1	Övergripande konsekvenser .....	100
8.2	Ekonomiska konsekvenser på samhällsnivå .....	101
8.3	Ekonomiska konsekvenser för regionerna.....	105
8.4	Ekonomiska konsekvenser för kommunerna.....	107

8.5	Ekonomiska konsekvenser för staten .....	108
8.6	Konsekvenser för en jämlik vård.....	109
8.7	Konsekvenser för jämställdheten mellan könen .....	109
8.8	Konsekvenser för patientsäkerheten.....	110
8.9	Konsekvenser för de medicinska resultaten i primärvården .....	111
8.10	Konsekvenser för akutsjukvården .....	112
8.11	Konsekvenser för patienternas upplevelse av vården.....	113
8.12	Konsekvenser för medarbetarna.....	114
8.13	Konsekvenser för företag och privata utförare .....	114
8.14	Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens beredskap .....	115
8.15	Övriga konsekvenser .....	116
9	Författningskommentar.....	116
9.1	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) .....	116
9.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	117
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).....	121
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag .....	130
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna .....	135

# 1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i patientdatalagen (2008:355),
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

## 2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 10 och 12 §§ patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **3 kap.**

##### **10 §**

En journalanteckning ska, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som *ansvarar* för uppgiften.

En journalanteckning ska, om det inte är *obehövt* eller finns något synnerligt hinder *mot det*, signeras av den som är *ansvarig* för uppgiften.

##### **12 §**

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från 6 § andra stycket 1 när det gäller provtagning för viss sjukdom *och från 10 § om signeringskrav*.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. undantag från 6 § andra stycket 1 när det gäller provtagning för viss sjukdom,
2. *signeringskravet enligt 10 § och om undantag från det, och*
3. *journalhandlingars innehåll och utformning.*

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om en journalhandlings innehåll och utformning.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.

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

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

*dels* att 1 kap. 1 § och 2 kap. 6 § ska ha följande lydelse,

*dels* att det närmast efter rubriken "AVDELNING V. ÖVRIGA BESTÄMMELSER FÖR HUVUDMÄNNEN" ska införas ett nytt kapitel, 13 a kap., av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### **1 kap.**

#### **1 §<sup>1</sup>**

Denna lag innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivs. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.

Lagen består av fem avdelningar:

Avdelning I innehåller inledande bestämmelser (1 och 2 kap.).

Avdelning II innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård (3–6 kap.).

Avdelning III innehåller bestämmelser om regionens ansvar som huvudman (7–10 kap.).

Avdelning IV innehåller bestämmelser om kommunens ansvar som huvudman (11–13 kap.).

Avdelning V innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen (14–18 kap.).

Avdelning V innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen (13 a–18 kap.).

### **2 kap.**

#### **6 §**

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

Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av *sådana åtgärder i form av* medicinsk *bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver *särskilda* medicinska *eller* tekniska resurser eller *någon* annan särskild kompetens.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2019:973.

## **13 a kap. Primärvårdens grunduppdrag**

### **1 §**

*Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt*

*1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,*

*2. se till att vården är lätt tillgänglig,*

*3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,*

*4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och*

*5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.



### 3 Ärendet och dess beredning

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 bland annat belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhåller utredningen att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

På grund av remissinstansernas synpunkter gav regeringen den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen (numera regionerna), 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). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Regeringen har beslutat om tre tilläggsdirektiv och förlängt utredningstiden till den 15 januari 2021.

Utredningens första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) innehåller förslag till nya styrande principer för hälso- och sjukvården samt en första version av målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården. I delbetänkandet föreslås även att landstingens (numera regionernas) skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården ändras. Den 25 januari 2018 beslutade regeringen propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83). I propositionen behandlades förslagen i det första delbetänkandet. Förslagen har antagits av riksdagen (bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294) och lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2019.

I denna lagrådsremiss behandlas förslagen i utredningens andra delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), dock med undantag för de förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. Dessa förslag kommer att behandlas i ett senare sammanhang (se avsnitt 4.1.3).

En sammanfattning av delbetänkandet finns i *bilaga 1*. Delbetänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Delbetänkandet har remitterats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2018/03436/FS).

Lagrådsremissen bygger delvis på en överenskommelse mellan regeringen, Centerpartiet och Liberalerna.

### 4 Regeringens inriktning för en nära och tillgänglig vård

Den övergripande organisationen av dagens hälso- och sjukvårdssystem i Sverige fungerar inte fullt ut för att hantera befolkningens totala behov

av hälso- och sjukvård. Detta problematiseras både av den tidigare utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården och av den pågående utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Framför allt handlar det om att svensk hälso- och sjukvård kom till i en annan tid och med andra utmaningar än vad systemet ska kunna hantera i dag. En liknande situation ses i många andra länders hälso- och sjukvårdssystem.

Från början var de flesta utmaningar i sjukvården av akut karaktär, såsom olycksfall och infektioner, medan det i dag i större omfattning handlar om kroniska och långvariga tillstånd, ofta med hög komplexitet. Den medicinska utvecklingen har över tid avsevärt förbättrat möjligheterna att behandla och bota många medicinska tillstånd och därmed förändrat människors behov av hälso- och sjukvård.

Inom t.ex. cancervården har alltmer avancerade behandlingsmetoder inneburit att flera av de cancerdiagnoser som tidigare hade ett snabbt och dödligt förlopp i dag snarare är att betrakta som kroniska tillstånd. Det innebär att allt fler människor lever med kroniska sjukdomar och således har behov av ett omhändertagande som sträcker sig över lång tid och med stöd av många olika kompetenser inom hälso- och sjukvården. Patienterna kan behöva hjälp med efterverkningar av behandlingar eller med psykosociala konsekvenser av sin cancersjukdom. Rehabilitering och habilitering, som tidigare rörde mindre grupper, är i dag en del av många patienters vårdprocesser. Det kan därmed krävas ett omhändertagande i vardagen under en längre tid och det kan behöva ges olika typer av vårdinsatser närmare patienten. En väl utvecklad samverkan med andra och mer specialiserade delar av sjukvården kommer att krävas, såväl periodvis som kontinuerligt.

En annan patientgrupp är äldre personer som har många sjukdomar och behov av insatser under lång tid. Ofta ges dessa patienter insatser från flera huvudmän vilket kräver strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande mellan såväl olika insatser som olika aktörer.

Förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen och även andra områden, såsom långvariga smärttillstånd eller missbruksproblematik, är också exempel på stora utmaningar för både patienterna, samhället och sjukvården, men som när sjukvårdssystemen utformades inte var lika vanligt beskrivna eller förekommande.

Uppföljningar av hälso- och sjukvården från exempelvis Folkhälsomyndigheten visar att svensk hälso- och sjukvård inte är jämlik och att hälsan inte är jämlikt fördelad i befolkningen. Generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser når inte alla grupper i befolkningen i lika stor omfattning. Utvecklingen inom hälsa skiljer sig också åt mellan kvinnor och män.

Målet med hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Hälso- och sjukvården ska också, enligt 3 kap 2 § HSL, arbeta för att förebygga ohälsa. Ett hälsofrämjande och preventivt fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen

och samtidigt minska belastningen på hälso- och sjukvårdssystemet. Sveriges befolkning lever allt längre samtidigt som många i slutet av sitt liv har stora vårdbehov på grund av olika former av multisjuklighet. Om hälsoförebyggande insatser kan bidra till att fler lever både längre och friskare liv, skulle vinsterna för samhället bli stora. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt för att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. En mycket stor del av befolkningen har regelbundet en kontakt med primärvården. Regeringen ser därför att en stärkt primärvård är av grundläggande betydelse för såväl enskilda patienter som befolkningen i stort. För att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna krävs förändringar av strukturen och sättet att organisera vården. En utvecklad nära vård med en stärkt primärvård kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt.

### *Systemet motsvarar inte fullt ut invånarnas förväntningar*

Det är ett välkänt faktum att svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda medicinska resultat i internationella jämförelser, vilket är mycket positivt och behöver värnas även i fortsättningen. Samtidigt visar jämförelserna att dagens hälso- och sjukvårdssystem i vissa delar inte motsvarar invånarnas förväntningar, trots de goda medicinska resultaten. Framför allt infrias befolkningens förväntningar på vårdens tillgänglighet och kontinuitet i lägre utsträckning än i många andra länder. Detta har lyfts i många sammanhang och under en längre tid.

Även olika nationella uppföljningar visar att det förekommer brister i tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Antalet patienter som väntar på specialiserad vård har exempelvis ökat sedan 2014. Antalet patienter som väntat väsentligt längre än vårdgarantins tidsgränser ökar också. En stor andel av patienterna vänder sig till andra vårdnivåer än primärvården, t.ex. akutmottagningar, bland annat på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans, se betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2).

Att kunna erbjuda patienter kontinuitet i deras relationer till hälso- och sjukvården är en stor utmaning för vårdgivarna. En central förutsättning för detta är att kunna bemanna verksamheten med rätt kompetenser.

Sveriges befolkning är heller inte delaktig i den egna hälso- och sjukvården i den omfattning man önskar. I jämförelse med andra OECD-länder är det t.ex. en relativt sett låg andel läkare i Sverige som involverar patienter i beslut om vård och behandling (OECD, The future of primary care, Interim report and next steps, 2017, s. 31).

### *Primärvården har en alltför undanskymd roll i dagens hälso- och sjukvård*

Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller i vissa fall remiss eller hänvisning till specialistsjukvården. Med primärvård avses enligt Socialstyrelsens termbank hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av

grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Exempel på verksamhet som bedrivs i primärvård är mödravård, barnhälsovård, hemsjukvård och sådan vård som ges på vårdcentraler och i kommunernas särskilda boenden.

Hälso- och sjukvården i Sverige är fortfarande i hög utsträckning organiserad utifrån ett slutenvårds- och sjukhusfokus. Primärvården har en alltför undanskymd roll. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) poängteras att det blir alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård och att Sverige därför får anses vara sämre rustat än många andra länder att möta demografiska utmaningar i form av ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. Den nuvarande strukturen och uppdragsfördelningen mellan primärvård och sjukhusvård är en bidragande orsak till ineffektivitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Även i betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) framhålls att primärvården i dag inte har den roll i hälso- och sjukvårdssystemet som den borde ha. Framtidens hälsosystem måste ha en stark primärvård som bas för att klara de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Regeringens uppfattning är därför att en förstärkning och utveckling av primärvården är nödvändig.

#### *En modern, effektiv, tillgänglig och nära hälso- och sjukvård*

Om Sverige ska kunna bibehålla eller öka den medicinska kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna för det gemensamma åtagandet, behöver hälso- och sjukvården anpassas efter de behov befolkningen har i dag. En modern hälso- och sjukvård måste kännetecknas av ett effektivare resursutnyttjande samt utvecklas utifrån möjligheten att bistå och stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. Vårdens struktur måste underlätta koordinering av olika vårdinstanser och aktörer, utifrån varje patients individuella behov.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver också reformeras så att de delar i systemet som har bäst förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd stärks och utvecklas.

Regeringen bedömer att det är av avgörande betydelse att hälso- och sjukvårdssystemet erbjuder en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet som motsvarar befolkningens behov och förväntningar. Det är viktigt inte minst för att samhället fortsatt ska upprätthålla viljan att solidariskt finansiera sjukvårdssystemet, och därmed också för att individer i befolkningen inte ska behöva avstå från den hälso- och sjukvård som man har behov av på grund av ekonomiska skäl.

Hälso- och sjukvården ska enligt 5 kap. 1 § 5 HSL vara lätt tillgänglig. Att primärvården upplevs som tillgänglig kan betyda olika saker för olika patienter. Det kan innebära tillgänglighet till exempelvis rådgivning, tidsbokning, bedömning och behandling. Det kan också handla om geografisk tillgänglighet, informationstillgänglighet och anpassning utifrån patientens särskilda förutsättningar.

En tillgänglig vård behöver samtidigt inte innebära kortare väntetider för alla i alla sammanhang och för alla åkommor. Begreppet tillgänglighet behöver fortsatt ställas mot de tidigare nämnda prioriteringsprinciperna för jämlik vård som gäller enligt HSL. Det innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

För att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa är det avgörande att ge bättre förutsättningar för människor att vara delaktiga i sin egen vård och hälsa. Enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) förekommer det fortfarande att hög patientdelaktighet betraktas som en "service- och trevlighetsaspekt" och därför skulle vara lägre prioriterad än regelrätta medicinska insatser. En patient som utifrån sina förutsättningar varit delaktig i de beslut som fattats och är väl införstådd med och informerad om den vårdprocess som är överenskommen är dock en förutsättning för att de resultat som båda parter förväntar sig ska kunna uppnås. Delaktighet leder således till en effektivare vård med högre kvalitet och bättre följsamhet.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framgår det att kontinuitet är en av de viktigaste faktorerna för en effektivare vård och att kontinuitet behöver genomsyra organisation och arbetsätt. Personlig kontinuitet är särskilt viktig för vårdens storkonsumenter enligt Effektiv vård. Kontinuiteten i relationerna mellan patienter och vårdens medarbetare, samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter, har stor betydelse för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

### *Primärvården bör vara navet i hälso- och sjukvården*

Investeringar i primärvården kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Regeringen anser att primärvården bör vara navet i framtidens hälso- och sjukvård och samspela med övrig hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Det gäller inte minst som en förutsättning för att uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser och utvecklade förutsättningar för en samhälls-ekonomiskt effektivare hälso- och sjukvård.

Regeringen överlämnade i april 2018 en proposition till riksdagen med förslag på en utvecklad folkhälsopolitik, med ett tydligt fokus på jämlik hälsa (prop. 2017/18:249). Det nya målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

En god tillgänglighet till primärvården avgör i praktiken om primärvården blir den första vårdnivån för patienten. Detta lyfts av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård och regeringen delar den bedömningen. Tillgängligheten till primärvården påverkar patientens upplevelse av vården och i förlängningen även förtroendet. Om tillgängligheten till primärvården ökar och patienten där möts av rätt kompetens för sina behov, så ökar sannolikheten att patienterna i första hand söker sig dit. På så vis kan sjukhusens akutmottagningar avlastas.

En vidareutvecklad primärvård kan också i ökad grad omhänderta äldre patienter med komplexa vårdbehov och på så sätt undvika att de i onödan behöver söka vård på akutmottagningar.

Omställningen till en nära vård med fokus på primärvården förutsätter en kultur som uppmuntrar till förändring i hela systemet, oavsett vilken vårdgren eller vårdform man talar om. Förändringen av primärvården till det självklara förstahandsvalet för invånarna är inte möjlig om den inte åtföljs av en förändring i synsättet på primärvården hos övriga delar av hälso- och sjukvården.

### *Primärvård i gles- och landsbygd*

En särskild utmaning ligger i att göra primärvården tillgänglig i alla delar av landet, även de mest glest befolkade. Inom ramen för det nordiska samarbetet pågår just nu ett treårigt projekt (2018–2020) som bland annat syftar till att kartlägga hur de olika länderna i Norden arbetar med frågan och skapa bättre möjligheter att arbeta på nya sätt för att möta befolkningens behov av en nära och tillgänglig vård. De nordiska länderna står inför gemensamma utmaningar i form av en åldrande befolkning och en alltmer glest befolkad landsbygd som gör att behovet av distanslösningar för vård och omsorg sannolikt kommer att öka framöver. Det behövs bland annat innovativa servicelösningar och modeller för att hantera demografiska utmaningar utifrån regioners och samhällens olika förutsättningar och då särskilt på landsbygden. Nya sätt att leverera välfärdstjänster är en möjlighet. Distanslösningar för vård och omsorg måste dock ses som ett komplement till och inte som en ersättning för fysisk kontakt med dessa tjänster.

Det är viktigt att kunna stödja omställningen i de delar av landet som på grund av bland annat långa avstånd har särskilt svårt att bemanna enheter och organisera vården så att den kommer närmare befolkningen. Regeringen anser att det behöver vara möjligt för utförare av olika storlek och med olika bemanning etc. att gemensamt ingå avtal med regionen och att gemensamt uppfylla åtagandet att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen (se även avsnitt 6.3). Det är av stor vikt att gällande regelverk tillämpas så att möjligheten att bidra till en utveckling av den nära vården i mer glest befolkade områden ökar.

Det kommunala utjämningsystemet har en viktig roll för att utjämna skillnader i skatteunderlag, befolkningsstruktur m.m. I kommunkategorin mycket avlägsna landsbygdskommuner beräknas andelen äldre öka mest relativt sett, med 17 procentenheter mellan 1974 och 2040. Det är också i den kommunkategorin som andelen av befolkningen i arbetsför ålder, 20–64 år, beräknas minska mest, med 10 procentenheter (SOU 2020:8 s. 156).

Detta förhållande skulle enligt regeringen kunna innebära ett ökat behov av välfärdstjänster i vård och omsorg samtidigt som det fattas personer som kan arbeta i välfärden. I syfte att stödja utvecklingen i glesbygd har regeringen också beslutat att avsätta medel 2019 och 2020 till Norra sjukvårdsregionförbundet (vilket inkluderar Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland) för insatser som rör samordnad utveckling för god och nära vård i glesbygdsperspektiv i de fyra regionerna. Regeringen

beräknar enligt beslutet att avsätta ytterligare medel under 2021. Regeringen har inom ramen för en överenskommelse om god och nära vård för 2020 även tillfört regionerna medel för att hantera utmaningar som finns i glesbefolkade områden med stora geografiska avstånd och utveckla de möjligheter som digitalisering bär med sig i form av t.ex. digitala vårdgivare.

#### *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som en del av primärvården*

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – dvs. bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Om inget annat anges i denna lagrådsremiss inkluderas hädanefter kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i begreppet primärvård. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner.

Bestämmelser om hemsjukvård finns i 8 kap. 8 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1 och 2 §§ och 16 kap. 1 § HSL. Av bestämmelserna framgår bland annat att kommunen får erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende efter att ha träffat avtal om att överta regionens skyldighet att erbjuda sådan vård. I alla regioner utom en har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtit till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat. Enligt Socialstyrelsen var nästan 400 000 personer någon gång under 2016 mottagare av kommunal hälso- och sjukvård.

Kommunen ska kompenseras ekonomiskt av regionen. Överenskommelsen får inte avse läkarinsatser utan det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs. I annat fall kan kommunen själv anlita läkare på regionens bekostnad. Regionerna får ge dessa patienter kostnadsfria läkemedel.

Utöver hemsjukvård i patientens ordinära bostad ansvarar kommunen för hälso- och sjukvård åt den som bor i en särskild boendeform och, i samband med dagverksamhet, åt den som vistas i dagverksamheten (12 kap. 1 § HSL).

Reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger samtidigt utrymme för lokala anpassningar. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet framgår inte av lag utan i det avtal som har ingåtts mellan huvudmännen. Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Det har ansetts lämpligt att regionen fortsatt ansvarar för avancerad sjukvård i hemmet. Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar då gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med bland annat den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler kvinnor och män med sammansatta vårdbehov att få vård i hemmet.

Enligt regeringens bedömning har den kommunala hälso- och sjukvården, som står för cirka en fjärdedel av kostnaderna för hälso- och sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och

kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård.

### *En reformering av primärvården inleds*

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, ska en primärvårdsreform genomföras under mandatperioden.

För närvarande behöver allt fokus i hälso- och sjukvården vara på att hantera spridningen av det virus som orsakar covid-19. Regeringen bedömer dock att det är viktigt att planera för framtidens hälso- och sjukvård då det även efter utbrottet av covid-19 kommer vara angeläget att stärka primärvården.

Ett omställningsarbete har påbörjats i regioner och kommuner (se SOU 2019:29 s. 59 f.). Det finns runt om i landet en rad goda exempel på nya arbetssätt för att öka såväl effektiviteten som patientdelaktigheten, kontinuiteten, tillgängligheten och samverkansformerna mellan olika vårdinstanser.

Efter förslag i det första delbetänkandet från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:53) trädde den 1 januari 2019 lagändringar i kraft som innebär att vården ska ges nära befolkningen men att vården i vissa fall får koncentreras geografiskt. Lagändringarna medför också en stärkt och mer professionsneutral vårdgaranti, dvs. vårdgarantin har utvidgats på så sätt att den inte längre omfattar endast läkarbesök utan att den enskilde i stället garanteras att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Regeringen fattade i december 2019 och i januari 2020 beslut om omfattande satsningar på hälso- och sjukvården. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tecknat en rad överenskommelser för 2020 som tydligt stöder utvecklingen mot en mer nära och tillgänglig vård:

- En samlad satsning på drygt 6,2 miljarder kronor för arbete inom fyra olika utvecklingsområden som alla syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården: Utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården, Ökad tillgänglighet i barnhälsovården, Goda förutsättningar för vårdens medarbetare och Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.
- Totalt avsätts cirka 2,9 miljarder kronor för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- En satsning på cirka 1,7 miljarder kronor för att stimulera utvecklingen inom området psykisk hälsa. Medlen avsätts till både regioner och kommuner.
- Omkring 450 miljoner kronor avsätts för insatser som syftar till att förbättra jämlikhet, effektivitet, tillgänglighet och omhändertagande inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna.
- En överenskommelse om 188,5 miljoner kronor för fortsatt utveckling av nationella kvalitetsregister, varav staten bidrar med 88,5 miljoner kronor.



- 290 miljoner kronor satsas på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Områden som kan komma att bli aktuella är bland andra hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, reumatiska sjukdomar samt astma och kol.

Dessa viktiga ekonomiska satsningar ska också ses som en del i omställningsarbetet och reformeringen av primärvården.

## 4.1 Mål för reformen

Inom ramen för den övergripande inriktningen för en nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården har regeringen även formulerat mål för de tre grundläggande delar som inriktningen bygger på och som en stärkt primärvård bör kunna bidra till – tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. För att reformeringen av primärvården ska bli möjlig krävs emellertid att vissa centrala förutsättningar är uppfyllda. Det handlar om kompetensförsörjning, digitalisering, samverkan mellan huvudmännen, en ändamålsenlig uppföljning av omställningen samt att denna inte ska ske på bekostnad av akutsjukvården (se vidare nedan i avsnitt 5). Regeringen lämnar i avsnitt 6 förslag på lagändringar som lägger grunden för en stärkt primärvård.

### 4.1.1 Mål 1: Tillgängligheten till primärvården ska öka

Som tidigare beskrivits har svensk vård i internationella jämförelser goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller exempelvis upplevd tillgänglighet. Som exempel kan nämnas den internationella undersökning som genomförs årligen bland olika målgrupper – International Health Policy Survey. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys sammanställer de svenska resultaten i undersökningen. I 2016 års studie, som genomfördes bland befolkningen (18 år och äldre) i 11 länder, ställdes bland annat frågan ”Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning? Bland svenska respondenter svarade 24 procent ”mycket lätt” eller ”ganska lätt”. Motsvarande andel var 72 procent i Nederländerna och 49 procent i Norge (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016:5, Vården ur befolkningens perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och 10 andra länder).

En god tillgänglighet till primärvården stöder ett effektivt resursutnyttjande. Med tanke på de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför – med framför allt en ökad andel äldre och multisjuka – är det centralt att de gemensamma resurserna används på ett klokt sätt. Att kunna tillgodose de behov som inte kräver annan kompetens etc. än vad som finns i primärvården på den vårdnivån är därför både klokt och strategiskt.

God tillgänglighet till primärvården avgör om primärvården i praktiken kommer att utgöra den första vårdnivån för patienten. Detta lyfts av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård och regeringen delar den bedömningen. Tillgängligheten till primärvården påverkar

patientens upplevelse av vården och i förlängningen även förtroendet. Om tillgängligheten till primärvården är god och patienter där möts av rätt kompetens för att ta hand om deras behov, kommer förutsättningarna att patienterna i första hand söker sig till primärvården att öka. Möjligheterna att avlasta övrig specialiserad vård ökar också som en följd av detta.

Regioner och kommuner ansvarar för att planera och organisera sin hälso- och sjukvård. Tillgängligheten i primärvården varierar över landet om man t.ex. ser till väntetiderna för kontakt i enlighet med vårdgarantin. Tillgänglighet till primärvård i gleset befolkade områden är en särskild utmaning som kräver nya lösningar. Möjligheten för primärvården att erbjuda en hög tillgänglighet är också avhängig av bland annat kompetensförsörjningen. För att uppnå en bättre tillgänglighet behöver regioner och kommuner arbeta med olika insatser utifrån de förutsättningar som finns i den lokala kontexten.

Primärvården har en avgörande roll i det förebyggande arbetet för att möta en ökad ojämlikhet i hälsa. För att kunna axla den rollen behöver primärvården också ha en god tillgänglighet.

Att korta väntetiderna till vården är centralt för att god tillgänglighet ska kunna uppnås. En tillgänglig vård innebär samtidigt inte kortare väntetider för samtliga medborgare i alla sammanhang. Begreppet tillgänglighet behöver fortsatt ställas mot de prioriteringsprinciper för jämlik vård som gäller enligt HSL. Den som har det största behovet ska ges företräde till vården.

#### *Vad är en tillgänglig vård?*

Att primärvården upplevs som tillgänglig för patienten kan betyda olika saker för olika patienter. En form av tillgänglighet handlar om tillgång till rådgivning och tidsbokning samt möjlighet att inom rimlig tid få bedömning och behandling av den yrkeskategori som bäst kan möta patientens behov. Här spelar även öppettider roll och vilken typ av vård som finns tillgänglig kvällar, helger och nätter.

I tidigare förarbeten har regeringen framfört att vården i första hand ska finnas fysiskt nära patienten, men att vården framöver i allt större utsträckning kommer att distribueras via olika tekniska lösningar (jfr prop. 2017/18:83 s. 23).

Enligt 5 kap. 1 § HSL och 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig. Av förarbetena till motsvarande bestämmelse i 1982 års HSL framgår att med lätt tillgänglig främst avses de geografiska förhållandena, men att denna närhet måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses främst vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården (prop. 1981/82:97 s. 117).

Geografisk tillgänglighet betyder olika saker i olika delar av landet, beroende på vilket avstånd man är van att ha till olika serviceinrättningar. Till viss del kan ett längre geografiskt avstånd kompenseras med tekniska lösningar, som t.ex. möjliggör vissa konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans. Regioner i norra Sverige ligger i framkant vad gäller att tillhandahålla sådana möjligheter. Motsvarande

lösningar skulle dock med fördel även kunna tillämpas i mer tätbefolkade områden.

Informationstillgänglighet är en annan form av tillgänglighet, som bland annat innebär att alla relevanta aktörer i vården vid behov och efter patientens samtycke har tillgång till relevant medicinsk information om patienten, inklusive ordinerade läkemedel och hjälpmedel samt i förekommande fall samordnad individuell plan (SIP).

Tillgänglighet kan också handla om anpassning utifrån de olika förutsättningar som patienter med olika typer av funktionsnedsättning har. Det kan röra sig om fysisk tillgänglighet eller anpassad information och/eller kommunikation. Det kan också handla om möjlighet att välja kommunikationskanaler, exempelvis per telefon eller digitalt för patienter med begränsad förmåga till muntlig kommunikation eller som av andra skäl föredrar dessa sätt att kommunicera.

### *Vårdgarantin*

Den nationella vårdgarantin regleras i 9 kap. HSL och i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och anger tidsgränser för hur länge någon som längst ska behöva vänta på vård.

Vårdgarantin reglerar inte huruvida 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 en patient längst ska behöva vänta för att få kontakt, tid för besök eller behandling. Vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen.

Som tidigare nämnts ändrades vårdgarantin för primärvården den 1 januari 2019 så att den enskilde inom en viss tid, i stället för att få besöka en läkare, ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Samtidigt kortades den tidsperiod inom vilken garantin ska vara uppfylld jämfört med tidigare. Syftet med ändringen var att öka tillgängligheten till primärvården ur ett tidsmässigt perspektiv och skapa utrymme för ett effektivare resursutnyttjande genom att fler kompetenser inom primärvården nyttjas utifrån patientens behov. Regionerna har tilldelats medel för att förbättra tillgängligheten inom primärvården i enlighet med den nya lagändringen genom överenskommelsen om god och nära vård.

De tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld, övriga detaljer om garantins innehåll samt regionernas rapporteringsskyldighet regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Där anges bland annat att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde får kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården (bedömningsgaranti inom primärvården), får 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) samt får planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

### *Insatser i riktning mot en ökad tillgänglighet*

Patienter ska ges vård efter behov och i rätt tid. För att det ska vara möjligt behöver tillgängligheten i vården öka och väntetiderna kortas. Ökad tillgänglighet till vård behöver genomsyra alla de reformer på hälso- och sjukvårdsområdet som regeringen prioriterar under mandatperioden.

Regeringens samlade tillgänglighetsarbete omfattar flera delar och omställningen till den nära vården är en del i detta arbete.

Regeringen har för 2020, som tidigare nämnts, beslutat om flera överenskommelser med SKR, både för en ökad tillgänglighet i primärvården och för en ökad tillgänglighet i den specialiserade vården, samt genomfört stora satsningar på kompetensförsörjning. Vad gäller kompetensförsörjning se vidare avsnitt 5.4.

Överenskommelsen God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården för 2020 innehåller exempelvis insatser som stärker tillgängligheten i primärvården bland annat genom ett fortsatt arbete med den förstärkta vårdgarantin inom primärvården. För att få ta del av medlen för detta utvecklingsområde under 2020 ska regionerna fortsätta att genomföra insatser som stöder omställningen till en god och nära vård med fokus på primärvården. Regionerna ska särskilt genomföra insatser som handlar om samverkan mellan regioner och kommuner, att undvika slutenvård genom proaktiva arbetssätt, ett ändamålsenligt resursutnyttjande för omställningen, att säkerställa privata aktörers medverkan i omställningen samt hälsofrämjande arbetssätt. Medlen kan även användas för generella insatser kring exempelvis tillgänglighet och kontinuitet och relationsbyggande.

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 bygger på en prestationsbaserad modell, som ger incitament till regionerna att korta väntetiderna i primärvården och till den specialiserade vården. För att den nya överenskommelsen på sikt ska kunna omfatta hela vårdkedjan krävs ett bredare synsätt och att fler målsättningar inkluderas än vårdgarantins fyra tidsgränser. En central del av överenskommelsen utgörs av utvecklad uppföljning och förbättrad rapportering av data om väntetider. Till skillnad från den tidigare kömiljarden utgår prestationskraven för kortare väntetider i den nya överenskommelsen för 2020 i första hand från relativa mått, dvs. för att få del av medlen ska regionerna förbättra sig jämfört med sina egna resultat föregående år. Syftet är att jämna ut de skilda förutsättningarna mellan regionerna och därmed öka incitamenten för samtliga regioner att korta väntetiderna och få del av medlen.

I överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2020 ingår ett fortsatt arbete med standardiserade vårdförlopp i cancervården samt en rad andra insatser, inklusive insatser inom barn-cancervården. Syftet är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. På så sätt skapas en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet.

I överenskommelsen inom området psykisk hälsa 2020 har regeringen beslutat om medel för att kommuner och regioner, enskilt eller i samverkan, ska ha möjlighet att fortsätta ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. Det ingår även insatser för ökad till-

gänglighet i primärvården. I överenskommelsen ingår insatser för att köerna i barn- och ungdomspsykiatri ska kortas, för en ökad tillgänglighet till ungdomsmottagningarna och för förbättrad tillgång till psykiatriska traumavårdsinsatser för personer med behov av detta.

#### *Akutuppdrag för primärvården*

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) lämnas förslag om att regionernas primärvård ska vara tillgänglig under dygnets alla timmar. I betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39) anger utredningen att utgångspunkten ska vara att tillgängligheten till primärvården framför allt är god under den tid på dygnet då befolkningen är som mest aktiv, eftersom vårdbehov som bör hanteras i primärvården uppstår eller upptäcks under den tiden. Primärvården har enligt utredningen redan i dag vissa uppdrag även nattetid, såsom bedömningar i särskilda boenden, konstaterande av dödsfall och utfärdande av vårdintyg.

Utredningen lämnar i betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform ett förslag till grunduppdrag i primärvården. Som en del i grunduppdraget föreslår utredningen att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Utredningen föreslår också att primärvården ska organiseras så att tillgängligheten när det gäller de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

I avsnitt 6.2 i denna lagrådsremiss behandlas ett förslag från regeringen om ett grunduppdrag för primärvården som baseras på delar av utredningens förslag.

Sammantaget ser regeringen att förbättrad tillgänglighet är en nödvändig del i en stärkt reformerad primärvård.

### **4.1.2 Mål 2: En mer delaktig patient och en personcentrerad vård**

Enligt 5 kap. 1 § 3 HSL ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (5 kap. 1 och 2 §§ patientlagen).

Att stärka patientens ställning och förbättra möjligheterna till delaktighet är viktigt för att kunna uppnå en god och jämlik vård. Det är viktigt i all hälso- och sjukvård men har en särskilt stor betydelse när det gäller den vårdnivå som varje år möter en stor del av befolkningen – primärvården. För att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa är det avgörande att lyckas skapa bättre förutsättningar för människor att vara medskapande i sin egen vård och hälsa. Ökad patientdelaktighet är därmed en förutsättning för att kunna klara hälso- och sjukvårdens utmaningar på sikt. Hur man kan stärka patientens ställning och öka möjligheten till delaktighet har diskuterats under en längre tid och ett antal initiativ har tagits på området.

En insats för att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet var införandet av patientlagen, som trädde i kraft den 1 januari 2015. Lagen bygger huvudsakligen på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har. Den innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning.

Flera studier och enkätundersökningar visar att det finns områden där patienter systematiskt har en alltför svag och ibland, åtminstone upplevd, underordnad ställning (jfr SOU 2013:2, s. 63 f.). Socialstyrelsen har också i flera rapporter pekat på vissa brister, t.ex. när det gäller att informera patienter och ge dem möjligheter att diskutera behandlingsalternativ, och på att mycket tyder på att vården fortfarande domineras av ett verksamhets- och yrkesperspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys presenterade i juli 2012 en rapport där graden av patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård bedöms utifrån fem olika dimensioner. Rapporten visar bland annat att det har gjorts vissa framsteg i Sverige för att stärka patientens ställning, bland annat har flera steg tagits för att utveckla och förbättra informations- och utbildningsinsatser riktade till patienterna. Myndigheten påpekar dock att det finns vissa uppenbara brister. Hälso- och sjukvården brister t.ex. ofta i att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser. En annan svaghet är bristande samordning och samverkan mellan vårdgivare. Rapporten innehåller flera centrala rekommendationer för att öka patientcentreringen i svensk hälso- och sjukvård, t.ex. att säkerställa att lagstiftningen för att stärka patientens ställning efterföljs, möjliggöra för patienten att vara medaktör i sin egen vård och engagera och involvera patienter och patientföreträdare i beslut om hälso- och sjukvårdens utveckling.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har därefter haft regeringens uppdrag att utifrån ett medborgar- och patientperspektiv följa upp om lagstiftningen får avsedd effekt. Myndigheten redovisade i sin rapport Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017 hur patientens ställning i hälso- och sjukvården har påverkats sedan patientlagen infördes. Sammantaget visar rapporten att inget pekar på att patientens ställning har förbättrats sedan patientlagen infördes. Syftet med lagen har därför ännu inte uppnåtts, enligt myndigheten.

Det kan tyckas att det inte är rimligt att förvänta sig resultat efter bara knappt två år från det att lagen trädde i kraft. De flesta av skyldigheterna har dock funnits under en betydligt längre tid vilket indikerar att bristande efterlevnad har förekommit tidigare. Enligt Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019 – Öppna Jämförelser, som publiceras av SKR, har dock bedömningen i Nationell patientenkät avseende delaktighet och involvering stigit från 74 till 78,9 procent av de tillfrågade i undersökningen för 2018 jämfört med året innan, vilket är positivt.

### *En personcentrerad vård*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade 2018 rapporten Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. I rapporten presenterar myndig-

heten hur en mer personcentrerad vård och omsorg kan utvecklas i den svenska hälso- och sjukvårdskontexten. Myndigheten poängterar att aktiviteter måste göras på alla nivåer i systemet för att uppnå målet, och man beskriver vilka förändringsåtgärder som måste vidtas för att nå dit.

En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från patientens behov, preferenser och resurser. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys innebär personcentrering att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – före, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården. En personcentrerad hälso- och sjukvård ska ges inom ramen för de krav som ställs i lagstiftningen. Det innebär bland annat att vården ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och att prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov av hälso- och sjukvård. En personcentrerad hälso- och sjukvård tar också hänsyn till olika individers varierande förutsättningar och önskemål om att vara delaktiga.

En personcentrerad hälso- och sjukvård är även ett medel för att uppnå andra värden. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter exempelvis att patienter som är involverade i sin egen vård i större utsträckning följer behandlingsråd, vilket bidrar till en mer effektiv hälso- och sjukvård.

### *Ett paradigmskifte mot ökad delaktighet*

Regeringen inser att det är svårt att åstadkomma patientdelaktighet i tillräcklig omfattning. Det kan finnas många skäl till det, såsom tidsbrist, organisatoriska och tekniska hinder, den historik som tidigare beskrivits med en sjukhusfokuserad vård för akuta tillstånd, de tillgänglighetsproblem som finns i dag etc.

I ett samhälle med utmaningar framför allt av kronisk och långvarig karaktär blir det dock viktigare än förr att tillgodose behovet av delaktighet i beslut om den långsiktiga målsättningen med givna insatser och behandling. Även tillgänglighet till planerade åtgärder och personkontinuitet i kontakten med vården är centrala faktorer.

En ökad patientdelaktighet är också viktigt för en god patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i flera år haft regeringens uppdrag att utveckla ett samlat stöd för hälso- och sjukvården på patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen anger i sitt samlade webbaserade stöd att brister i bemötandet kan leda till patientsäkerhetsrisker. Det kan t.ex. handla om att patienten inte följer ordinationer och behandlingsrekommendationer, inte återkommer trots att hans eller hennes tillstånd kräver det eller att patienten eller personalen inte uppfattar väsentlig information.

Vårdskador, dvs. skador i samband med hälso- och sjukvård som skulle ha kunnat undvikas, är vanligt förekommande. Enligt Socialstyrelsen var 2015 andelen vårdtillfällen med skador inom somatisk slutenvård 10,9 procent medan den var 12,3 procent 2017. Av skadorna bedömdes 61 procent vara undvikbara (Socialstyrelsen 2018, Tillståndet

och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2018). Som exempel kan anges att andelen patienter med vårdrelaterade infektioner var 9 procent 2017. Vanligast är att patienterna har en lunginflammation eller en urinvägsinfektion. Könsskillnaderna är små, men andelen män med vårdrelaterad infektion är något högre än andelen kvinnor. Av männen hade 10,3 procent en vårdrelaterad infektion, jämfört med 8,2 procent för kvinnor. Vårdskador orsakar lidande för de drabbade patienterna och höga kostnader för samhället. Enbart kostnaden för extra vård dygn på grund av inträffade vårdskador har av SKR beräknats till omkring 8 miljarder kronor för 2018. Detta är således vård dygn som hade kunnat användas till andra patienter om dessa undvikbara skador hade förebyggts. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvården dessutom arbeta för att förebygga vårdskador.

Ytterligare en aspekt på hög delaktighet är att de patienter som önskar ta ett större eget ansvar för sin hälso- och sjukvård ska beredas en självklar möjlighet att göra det. Det medför också att mer av de stödjande insatserna kan läggas på dem som behöver det. Patientdelaktighet underlättas om det dessutom finns en kontinuerlig relation mellan patienten och vårdens medarbetare.

Regeringen vill också understryka skillnaden mellan begreppen hög patientdelaktighet och efterfrågestyrd vård. I den etiska plattformen för prioriteringar (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, prop. 1996/97:60) som ligger till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL betonas att vården ska vara behovsbaserad och därmed inte styrd av efterfrågan. Inget hälso- och sjukvårdssystem kan oprioriterat tillgodose alla invånares önskan om vilka medicinska insatser som helst när som helst. Det är heller inte önskvärt. Sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och det finns en rad exempel på insatser och åtgärder som vid fel tillfälle och på fel indikation är direkt skadliga, såsom användning av antibiotika där det inte är befogat eller de risker med strålning som kan uppstå vid onödiga röntgenundersökningar.

Patientens ökade delaktighet innebär ett paradigmskifte i vården, ett skifte som ställer krav på ökad lyhörddhet från vårdens professioner för patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det avser såväl utredning och behandling som val av kontaktvägar, närståendes involvering samt hur patientens egna resurser kan tas tillvara. Professionen kan behöva stöd och lätt tillgängliga verktyg, t.ex. SBAR ("Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation") som används inom hälso- och sjukvården för att strukturera information och för att presentera viktiga fakta på ett snabbt och effektivt sätt.

Slutligen behöver vården skapa förutsättningar för att tolka symptom i ett vidare perspektiv än det strikt medicinska, detta gäller inte minst patienter med medicinskt oförklarliga symptom (Ekman et al, Personcenterering inom hälso- och sjukvård, 2013, s. 147).

Vissa patienter vill själva ta ansvar för en större del av besluten om sin vård, medan andra känner sig tryggare om hälso- och sjukvårdspersonal fattar besluten. Oavsett vilket har vården ansvar för att patienten blir informerad om olika alternativ för utredning och behandling så att han eller hon kan fatta väl avvägda beslut. Avancerad egenvård som en



patient utför i hemmet blir ofta en angelägenhet även för dem som patienten lever tillsammans med.

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

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

Inom EU ser man också tydligt en stark rörelse mot ökad patientdelaktighet. Patienten ses mer och mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet och evidensen pekar på att det också ger bättre utfall. Till exempel leder investeringar i patientcentrerad kommunikation till att substantiellt fler patienter följer behandlingsrekommendationer samt ger större nöjdhet hos såväl patienter som vårdens medarbetare.

### *Ett nationellt patientråd*

Regeringen beslutade i april 2018 att inrätta ett dialogforum kring angelägna hälso- och sjukvårdsfrågor, ett patientråd. Syftet med Patientrådet är att fördjupa och bredda regeringens kunskap och perspektiv i olika frågor som rör patienternas intressen. Dialogen ska underlätta och effektivisera kunskapsinhämtning och kommunikation mellan regeringen och patientorganisationer samt bidra till en mer effektiv samordning av kontakterna mellan regeringen och dessa organisationer. Rådet, som leds av socialministern, tillsattes våren 2019 och sammanträdde för första gången den 28 juni 2019.

### *Patientkontrakt*

Patientkontrakt innebär en sammanhållen planering av patientens samtliga vård- och omsorgskontakter som bland annat ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. I överenskommelsen om god och nära vård 2020 anges att regionerna ska fortsätta utveckla arbetet med patientkontrakt. Inriktningen är att patientkontrakt ska leda till utvecklade arbetssätt som underlättar för vårdens medarbetare och inte leder till administrativt merarbete. Det är både en överenskommelse mellan vården och patienten och en teknisk lösning som ska underlätta samordningen av patientens vårdinsatser. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Patientkontraktet ska innehålla de vårdinsatser som vårdgivare och vårdtagare har kommit överens om, inklusive de insatser som patienten själv ansvarar för. I detta ingår även hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det framgår att systemet med patientkontrakt ska utvecklas.

Patientkontrakt ska fungera som stöd för samordning och vårdplanering i vård och omsorg oavsett huvudman. Med hjälp av patientkontrakt ska det vara möjligt att hålla ihop och koordinera informationsflöden och de vårdinsatser som vårdgivare och vårdtagare har kommit överens om. Hälso- och sjukvården ska ansvara för samordning och koordinering av vårdinsatserna genom en fast vårdkontakt. Patientkontrakt ska också underlätta delaktighet för patienter och närstående i planeringen av

vårdinsatserna. Genom planen ska patienten kunna följa inplanerade vårdinsatser och rapportera hur väl de fungerar.

Arbetet med patientkontrakt är starkt kopplat till värderingar, attityder och kultur i hälso- och sjukvården. Det kräver ett strukturerat och långsiktigt arbete som utmärks av helhetssyn och individanpassning av patientens vårdinsatser utifrån lokala och regionala förutsättningar. Patientkontrakt är ett verktyg som bidrar till delaktighet och till utvecklingen av personcentrerad vård.

Det handlar bland annat om att en vårdgivare och en patient tillsammans kommer överens om planerade vårdinsatser och tar ett gemensamt ansvar för att de genomförs i enlighet med överenskommelsen. Patientens egna resurser ska tas tillvara och stärkas. För att detta ska fungera behöver det skapas tillitsfulla och goda relationer mellan patient och vårdgivare, som värnar människors tid och ökar tryggheten hos patienterna. Gemensam överblick, samverkan och samordning kring planer och insatser ska utgå från patientens berättelse och vad som är viktigt för patienten.

En central utgångspunkt för omställningen till en god och nära vård är utvecklingen av en personcentrerad hälso- och sjukvård. Det är också en indikator i god vård som förekommer i regionernas och SKR:s gemensamma arbete med kunskapsstyrning, se vidare om kunskapsstyrning i avsnitt 5.6.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har haft i uppdrag att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Uppdraget innebar även att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP. Utredningen redovisade uppdraget i dessa delar i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

#### *Patientkontrakt och arbetet med Min vårdplan cancer ska integreras*

Inom ramen för en nationell satsning på cancervården har Min vårdplan cancer utvecklats. Den innebär att vården tillsammans med de patienter som utreds och behandlas för cancer upprättar en vårdplan med hjälp av ett digitalt verktyg.

Arbetet med patientkontrakt och Min vårdplan cancer ska integreras, vilket kommer att utgöra ett första steg mot en digitaliserad vy som spänner över patientens samtliga vårdkontakter. Detta framgår av överenskommelsen om god och nära vård 2020. I detta ingår att fler personer med kronisk sjukdom ska erbjudas patientkontrakt och att insatser som rör den kommunala hälso- och sjukvården samt hälsofrämjande och förebyggande insatser ingår som en naturlig del i patientkontrakten. På så sätt ska patientkontrakt kunna utvecklas vidare. Utvecklingen och införandet av patientkontrakt kommer att behöva ske stegvis, först som en integrering av arbetet med Min vårdplan cancer, därefter utvidgas till personer med kroniska och andra komplexa behov. I ett tredje steg behöver den kommunala hälso- och sjukvården anslutas och i ett fjärde steg även den kommunala äldreomsorgen.

I en överenskommelse som tecknades våren 2020 mellan regeringen och SKR tydliggörs bland annat inriktningen att utöka satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården till att omfatta fler sjukdomsområden. Standardiserade vårdförlopp för nya sjukdomsområden ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive uppföljning och rehabilitering.

Patientkontraktet kommer att utgöra en central del i arbetet med standardiserade vårdförlopp på nya områden.

#### *Information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata*

Genom överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården tilldelas SKR medel för att genomföra en förstudie under 2020 när det gäller vilken information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata som skulle kunna tillgängliggöras på 1177.se. Inom ramen för förstudien ingår det även att redogöra för hur denna information skulle kunna presenteras på 1177.se i syfte att allmänheten och patienter ska kunna jämföra kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet mellan olika vårdgivare. Förstudien ska även redogöra för förutsättningar avseende långsiktig förvaltning, datakvalitet och ekonomiska förutsättningar att utveckla den beskrivna tjänsten. Förstudien ska redovisas senast den 30 september 2020.

### **4.1.3 Mål 3: Kontinuiteten i primärvården ska öka**

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med det avses bland annat att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Kontinuitet har därmed lyfts fram som en avgörande aspekt för god vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) betonas att för vårdens storconsument är personlig kontinuitet efterfrågat och önskvärt och skapar ökad trygghet hos patienten. Kontinuitet kan också innebära stora effektivitetsvinster i form av effektivare arbetssätt och en bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. I betänkandet rekommenderas att kontinuitet som bärande princip ska genomsyra styrning, organisation och arbetssätt i vården. Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rekommenderar i rapporten En primär angelägenhet, 2017, att regionerna ska se över hur personkontinuiteten i primärvården kan stärkas och utformas på ett ändamålsenligt sätt. Detta ska göras mot bakgrund av att det finns en positiv samvariation mellan personkontinuitet till läkare och till såväl patientrapporterad kvalitet som produktivitet. Samma resonemang torde gälla även andra yrkeskategorier.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lyfter i sitt andra delbetänkande (SOU 2018:39) att kontinuitet främjar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet i befolkningen. Effektiviteten ökar om patienten och vårdpersonalen redan känner varandra. På så sätt kan onödiga utredningar undvikas. Den tillit som kan skapas i längre relationer underlättar för patienten att lyfta känsliga frågor, såsom begynnande psykisk ohälsa, missbruksproblematik eller våld i nära relationer. Möjligheten att samordna vården

för personer med komplexa vårdbehov ökar väsentligt. Hur information lämnas och uppfattas i möten mellan patient och vårdpersonal kan också påverkas av i vilken utsträckning det finns en etablerad kontakt. Även utredningen Styrning för en mer jämlik vård anger i betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) att det finns stark evidens för att personlig kontinuitet i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården, har en positiv effekt på hälsa, patientnöjdhet, medicinska utfallsmått, ökad följsamhet till behandling samt minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader.

Kärnan i kontinuiteten ska utgå från en fast läkarkontakt för alla patienter som vill det. Därutöver kan kontinuitet för de patienter som önskar, eller som i övrigt har behov av det, även bygga på en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser kring den enskilde. Samtidigt behöver vården respektera att inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare. Graden av kontinuitet bör därför, såsom allt annat i vården, anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser.

Regeringen ser att det finns ett behov av att regionerna särskilt arbetar med utvecklingen av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar. Regionerna bör också säkerställa att patienter får information om och bereds tillgång till en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

Även för relationerna mellan vårdens medarbetare är personkontinuitet en viktig förutsättning – inte minst för ett interprofessionellt teamarbete i syfte att samverkan kring patienterna ska kunna ske så smidigt och effektivt som möjligt. Väl fungerande interna relationer är också av stor vikt vid samverkan och kontakter såväl mellan olika enheter inom primärvården som mellan primärvård och annan hälso- och sjukvård.

Samverkan underlättas också om samma personer är involverade runt en patient. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, då patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer kan bli involverade. En samordnad individuell plan (SIP) som utgår från den individuella patientens behov, förutsättningar och preferenser blir här nyckeln till en sammanhållen vård. Det är viktigt att det är tydligt för patienten vem som är fast vårdkontakt (oftast distriktssköterskan i kommunen) och fast läkarkontakt i primärvården. Kontinuitet mellan t.ex. läkare och distriktssköterska bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten. Övriga kompetenser såsom exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och psykologer kompletterar vård och behandling utifrån patientens behov.

Kontinuitet i vården har också betydelse för möjligheten att som patient kunna vara delaktig i beslut som rör ens vård och behandling, se ovan.

### **Fast läkarkontakt i primärvården**

Enligt bestämmelserna i 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § patientlagen ska alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård få tillgång till och välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkar-

kontakten ska tillgodose patientens behov av kontinuitet i primärvården. Regionerna ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar både får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården och att det finns en möjlighet att byta till en annan än den som först utses om relationen inte fungerar. Det kan noteras att regleringen om fast läkarkontakt, till skillnad mot fast vårdkontakt, bara gäller för primärvård som bedrivs med en region som huvudman. Regionen är huvudman för offentligt finansierad primärvård även om driften har överlåtits till en privat utförare. Privata vårdgivare utan offentlig finansiering faller däremot utanför regleringen.

Enligt en undersökning utförd av Novus våren 2018 vill åtta av tio patienter ha en fast läkarkontakt i primärvården. I dag säger sig emellertid relativt få patienter ha tillgång till en fast läkarkontakt. I Nationell Patientenkät 2017 svarade 51 procent av de tillfrågade positivt på frågan ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på vårdcentralen?”, en andel som sjunkit från 54 procent år 2015. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Vården ur befolkningens perspektiv, 2016, uppgav endast 42 procent av de tillfrågade patienterna att man hade en fast läkarkontakt i primärvården. Resultatet bekräftades i undersökningar genomförda av Sveriges Läkarförbund och Novus 2018.

En orsak till resultaten kan vara att det inte finns tillräckligt många läkare tillgängliga i primärvården för att kontinuitet i form av en fast läkarkontakt ska kunna erbjudas. Andra bidragande orsaker skulle kunna vara att den skyldighet som finns för regionen att möjliggöra för befolkningen att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvård inte lyfts tillräckligt i regionens förfrågningsunderlag i vårdvalssystemet för primärvården och därför inte är tillräckligt känd hos patienter och vårdpersonal.

Regeringen vill betona vikten av att huvudmannen organiserar primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan. Samma krav måste ställas både på primärvårdsverksamhet som bedrivs i egen regi och i andra driftsformer. För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. Regeringen förutsätter att den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får en sådan. Samtidigt uppfattar regeringen att bristen på specialister i allmänmedicin gjort det svårt för regionerna att säkra bemanningen. I dag räcker sannolikt inte antalet läkare i primärvården till för att alla som vill ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt, se avsnitt 5.4. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Allmän tillgång, 2018, framgår att det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning i primärvården. Omkring hälften av vårdcentralerna har vakanser enligt rapporten och var femte läkare är hyrläkare eller vikarie. Vårdcentraler i glesbygd har lägre andel fast anställda och uppvisar ett större behov av hyrläkare och vikarier.

Tillgången till andra vårdprofessioner än läkare är också avgörande för att skapa god primärvård och kompetensväxling och teambaserade arbetsformer behöver lyftas fram. Även åtgärder för att förbättra arbetsmiljön är centrala för att göra det mer attraktivt att arbeta i primärvården.

Regeringen har för 2020 beslutat om flera satsningar med bäring på kompetensförsörjning och arbetsförhållanden inom hälso- och sjukvården, i form av överenskommelser med SKR. Det gäller framför allt överenskommelsen om en god och nära vård. Den omfattar insatser för goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Det handlar om en ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård, om att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen och om att utbilda vårdens framtida medarbetare. Därutöver avsätts medel särskilt för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor och för att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor med fördjupad kompetens inom centrala områden.

Regeringens ambition med en reformerad primärvård är bland annat att den andel av befolkningen som har en fast läkarkontakt i primärvården ska öka, och regeringen avser att låta en myndighet noga följa utvecklingen.

För att patienten ska kunna ta tillvara sin möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården är det också nödvändigt att patienten får information om att en sådan möjlighet finns och på vilket sätt detta kan främja hans eller hennes hälsa och vård.

För de patienter som huvudsakligen får hälso- och sjukvårdsinsatser i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården är det viktigt att de läkarresurser som regionen enligt 16 kap. 1 § HSL ska avsätta för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende, i dagverksamhet och i hemsjukvård i ordinärt boende om kommunen ansvarar för vården kan säkerställa kontinuitet på samma sätt som för andra patienter.

#### *Patientens behov av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt*

Som framgår ovan är det endast knappt hälften av patienterna som enligt flera undersökningar i dag anger att de har en fast läkarkontakt i primärvården, trots att undersökningar visar att en stor majoritet av patienterna önskar en sådan kontakt. En tillitsfull patient-läkarrelation kan minska patientens behov att söka vård vid vissa tillfällen eller vid platser där adekvat vård för patientens aktuella tillstånd inte kan ges, t.ex. nattetid på akutmottagningen. Dessutom ger en tillitsfull relation bättre förutsättningar för patienten att ta upp potentiellt känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan samt främjar ökad delaktighet.

Avsaknad av en fast läkarkontakt i primärvården gör å andra sidan att patienter riskerar att gå miste om både informations- och relationskontinuitet i vården. Detta är viktigt för många patienter, inte minst de med kroniska sjukdomar och/eller komplexa vårdbehov. Patienten får upprepa sin sjukdomshistoria flera gånger vilket kan försvåra både kommande utredning och behandling. Det försämrar även förutsättningarna för en god samverkan mellan olika professioner inom primärvården och med andra delar av hälso- och sjukvården.

Det är sannolikt viktigare för personer med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov att bygga en långsiktig relation med en namngiven läkare i primärvården. Det kan även finnas patienter eller patientgrupper som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Även vid mer sporadiska kontakter kan förebyggande åtgärder, t.ex. avseende livsstilsförändringar,

underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande få träffa samma läkare.

### *Läkarens behov av kontinuitet*

Även för läkaren innebär en kontinuerlig patient-läkarrelation fördelar. Av betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framgår bland annat att kontinuitet skapar bättre arbetsmiljö och bidrar till att professionerna kan arbeta effektivare. Inläsningstiden minskar om man känner patienten och risken minskar också för att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger. Att en patient erbjuds en fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar i sig risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren får dessutom en bättre överblick över pågående aktiviteter vilket underlättar arbetet. Att läkaren ges möjlighet att följa en enskild patient och ta del av resultat från de olika undersökningar, behandlingar och förlopp som planeras och genomförs bidrar till en känsla av sammanhang – inte bara för patienten utan även för läkaren.

### **Samlad hantering av författningsförslag som rör fast läkarkontakt i primärvården**

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslår att det ska förtydligas att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos den utförare i vad som utredningen benämner "Vårdval primärvård" som patienten har valt. Vidare föreslår utredningen att det tydligare ska regleras vem som kan vara fast läkarkontakt i primärvården. Utredningen föreslår tillägg såväl i 7 kap. 3 § HSL som i 3 kap. 2 § och 6 kap. 3 § patientlagen.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har haft regeringens uppdrag (dir. 2017:128, dir. 2018:14, dir. 2018:40, dir. 2019:28) att bland annat se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas. Utredningen överlämnade slutbetänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) till regeringen den 1 oktober 2019. Bland annat föreslår utredningen att man ska kunna välja utförare genom att lista sig hos utföraren och hos denne få tillgång till en fast läkarkontakt. Utredningen föreslår, liksom utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, ändringar i 7 kap. 3 § HSL som gäller fast läkarkontakt.

Regeringen kan konstatera att det både i betänkandet SOU 2018:39 och i betänkandet SOU 2019:42 lämnas förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. Regeringen avser att lägga förslag som förstärker skyldigheten för regionerna att informera om och erbjuda en fast läkarkontakt, samt patientens möjlighet att få en sådan. Regeringen bedömer att dessa förslag bör hanteras samlat inom ramen för beredningen av det sistnämnda betänkandet, som för närvarande pågår i Regeringskansliet. Redan i denna lagrådsremiss behandlas emellertid förslaget i betänkandet SOU 2018:39 om en begränsning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården, se avsnitt 6.4.

### Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska enligt 6 kap. 2 § patientlagen utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Patienten ska enligt 3 kap. 2 § samma lag få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa detta behov och att en sådan utses. Funktionen kan finnas i alla hälso- och sjukvårdsverksamheter. Vem som bör utgöra patientens fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet. Så långt möjligt bör även patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Beroende på vilket behov patienten har i det enskilda fallet kan det finnas en eller flera fasta vårdkontakter. Dessa ska då tillsammans skapa ett samordnat vårdflöde för patienten.

### Fast omsorgskontakt

Regeringen beslutade i augusti 2019 att tillsätta en särskild utredare för att se över och lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och i offentlig regi (dir. 2019:52). Syftet med att införa en fast omsorgskontakt är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst och att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga. Utredaren ska även bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till att förbättra personalkontinuiteten i hemtjänsten så att en äldre person i största möjliga mån får omsorg av samma personal som hon eller han har förtroende för och om en fast omsorgskontakt kan bidra till att insatserna utförs på liknande sätt, oavsett vem i personalgruppen som utför dem. En fast omsorgskontakt kan även bidra till att koordinera insatserna kring en enskild omsorgstagare som är i behov av både hälso- och sjukvård och omsorg och verka för att samordningen mellan olika aktörer och huvudmän fungerar. Det kan t.ex. handla om kontakter med olika yrkesgrupper såsom sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2020.

## 4.2 En utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården

**Regeringens bedömning:** Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.



**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att den gemensamma målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvården fördjupas. Målet är enligt utredningen att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården ska vara navet i vården och omsorgen och samspela både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Utredningen presenterar även en fördjupad färdplan för omstruktureringen.

**Remissinstanserna:** Av de remissinstanser som lämnat synpunkter på utredningens förslag om målbild och färdplan uttrycker majoriteten att de tillstyrker, i stort tillstyrker, delar utredningens bild eller inte har något att invända. Den sammantagna bilden är att förslaget stöds av remissinstanserna. Ingen instans uttrycker att man avstyrker förslaget.

Samtidigt framkommer synpunkter på målbilden och färdplanen, även från de remissinstanser som tillstyrker förslaget. *Socialstyrelsen* föreslår att målbilden formuleras om eftersom primärvården inte kan vara navet i all omsorg enligt socialtjänstlagen. *E-hälsomyndigheten* anser att målbilden skulle kunna utvecklas ytterligare och tydligare sammanfatta utredningens samtliga förslag till en strukturell förflyttning mot en ny primärvård. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Region Halland* och *Vårdförbundet* framhåller att organisationsperspektivet fortsatt har en alltför framskjuten plats i målbilden. Bland andra *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Sjuksköterskor i cancervård* och *SKR* anser att det är positivt att målbilden tydligare lyfter fram patientperspektivet. *Region Halland* och *Region Jönköpings län* anser att målbilden behöver fördjupas ytterligare med fokus på patientens delaktighet och behov. *Prioriteringscentrum Linköpings universitet* lyfter att en personcentrerad vård med dess inslag av delaktighet och delat beslutsfattande kan riskera att komma i konflikt med jämlika och rättvisa prioriteringar, professionellt ansvar och en evidensbaserad vård. *Region Kronoberg* uttrycker att det skulle vara av värde att i målbilden förtydliga vikten av ett hälsofrämjande och förebyggande ansvar hos hela hälso- och sjukvården. *Region Norrbotten* hade gärna sett ett mer djärvt och framåtblickande perspektiv givet de stora utmaningar som hälso- och sjukvården står inför.

*Lunds universitet* tillägger att kanske inte främst kostnads- och effektivitetsskäl talar för en utbyggd primärvård, utan framför allt omsorg om patienter och befolkning. Det finns i dagsläget en stark tendens till överutredning och behandling, där en befolkningsnära och relevant primärvård kan bidra med en mer adekvat och nära insats, såväl i kommun som i närområde. *Folkhälsomyndigheten* betonar vikten av att tydliggöra primärvårdens preventiva och hälsofrämjande roll för att kunna bidra till ett skifte i dagens hälsosystem. Det bör också säkerställas och tydliggöras hur grupper som har större risk för ohälsa får del av de insatser som görs inom primärvården, för att jämlik vård ska uppnås och därigenom bidra till jämlik hälsa, menar myndigheten.

Flera instanser, bland andra *Region Blekinge*, *Region Gävleborg*, *Region Kronoberg*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Region Sörmland* och *Region Örebro län* påpekar att det utredningen föreslår

inte bara är en primärvårdsreform utan en strukturomvandling av hela sjukvården. Det är viktigt att ta höjd för detta och att bredda synsättet fortsättningsvis.

Flera kommuner och regioner, såsom Region Blekinge, Region Jönköpings län, Region Norrbotten och *Region Skåne* och *Danderyds, Nyköpings*, och *Sollefteå kommuner* uppfattar att kommunernas roll behöver tydliggöras och synliggöras. *Finspångs kommun* menar att det finns stora risker att huvudmän försöker flytta ansvaret mellan varandra, då det är ett stort gap mellan behov och resurser utifrån befolkningsprognoser. *Jönköpings kommun* menar att det i utredningen ofta är oklart vilken eller vilka huvudmän som avses när det gäller primärvårdsbegreppet.

*Malmö stad* anser att en utvidgad primärvård som innebär att allt sjukare patienter behandlas i hemmet och inom primärvården riskerar att resultera i ett utökat ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården. *Distriktsköterskeföreningen Sverige, Sjukhusläkarna, Region Skåne, Svensk sjukköterskeförening, Svenska Distriktsläkarföreningen, Sveriges Farmaceuter, Vårdförbundet* och *Region Västmanland* anser att det inte i tillräcklig omfattning beskrivs hur förändringen eller förflyttningen till en mer nära vård ska ske. *Funktionsrätt Sverige* och *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* uttrycker farhågor när det gäller genomförandet av planen. Lunds universitet och Sjukhusläkarna anser att det behövs mer insatser än vad utredningen föreslår om primärvården ska vara navet i vården och omsorgen. *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)* bedömer att en nationell primärvårdsreform och resursförstärkning till primärvården inte kan vänta utan är nödvändig inom en nära framtid för att sjukvården som helhet ska kunna tillgodose befolkningens behov. SFAM vill samtidigt lyfta vikten av att resurser i form av bemanning och kompetens säkras innan uppdraget utökas och inte tvärtom, särskilt i ljuset av den underkapacitet och underfinansiering som föreligger redan med nuvarande uppdragsbeskrivning. *Gotlands kommun* anser att det är svårt att bedöma konsekvenserna mot bakgrund av att utredaren lämnar åt huvudmännen att konkretisera omställningen utifrån lokala förhållanden. Flera instanser, bland andra *Region Kalmar län* och *Stockholms kommun*, framhåller att det är viktigt att tydliga ekonomiska beräkningar och konsekvensanalyser av föreslagna förändringar kommer till stånd.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Regeringen bedömde i prop. 2017/18:83 att en förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. I propositionen presenterades också en första målbild för omställningen av svensk hälso- och sjukvård, där en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov skulle utgöra grunden. Målbilden utgick från utredningens förslag i betänkandet *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53).

Ett förslag till en fördjupad målbild för omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården redovisas av utredningen i betänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Regeringen delar utredningens bedömning att det finns behov av att presentera en

utvecklad målbild för den påbörjade omställningen. Utredningen presenterar även en fördjupad färdplan för omstruktureringen som sträcker sig över tio år. Att förändra ett komplext system på ett hållbart sätt med bibehållen kvalitet behöver få ta tid. Många olika typer av förändringar behöver göras i många steg och i olika skeden. Det är avgörande att alla berörda aktörer förmår att samverka och att hålla engagemanget levande både på kort och lång sikt. Utredningen uttrycker i betänkandet *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29 s. 90) att man inte avser att ytterligare förändra målbilden eller färdplanen i utredningens kommande betänkande.

Regeringen konstaterar att utredningens förslag till fördjupad målbild har stöd hos de flesta av remissinstanserna, samtidigt som det finns en del synpunkter på olika delar av målbilden. Regeringen delar exempelvis *Socialstyrelsens* bedömning att primärvården inte kan vara navet i all omsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453) och bedömer därför att målbilden bör formuleras något annorlunda jämfört med utredningens förslag och inte innefatta begreppet omsorg.

Målet med regeringens hälso- och sjukvårdspolitik är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Enligt regeringens uppfattning stöder målbilden för omställningen av hälso- och sjukvården detta mål.

Flera remissinstanser lyfter att den kommunala hälso- och sjukvården är central för utvecklingen av en mer nära vård, en uppfattning som regeringen delar. Både regionerna och kommunerna är huvudmän för hälso- och sjukvård sedan kommunerna övertog en viss typ av vård från regionerna (dåvarande landstingen) 1992 (den s.k. Ädelreformen). Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och – i de fall man har avtal med regionen – även hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla regioner utom en har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (*Socialstyrelsen, Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, 2017-05-18*) var nästan 400 000 personer någon gång under 2016 mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Enligt Socialstyrelsens rapport *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie, 2018* är de flesta patienter som i dag omfattas av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård äldre och en majoritet är kvinnor. I slutenvården är det också en övervikt av äldre patienter, vilket avspeglar ett ökat vårdbehov med stigande ålder. Det är dock en betydligt större andel äldre patienter i den kommunala hälso- och sjukvården än i slutenvården.

Bland annat framhåller flera kommuner att det finns ett gap mellan behov och resurser när en utvidgad primärvård som innebär att allt sjukare patienter behandlas i hemmet och inom övrig primärvård riskerar

att resultera i ett utökat ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt regeringens bedömning är detta framför allt ett resultat av den medicinska och demografiska utvecklingen. Varken utredningens förslag eller regeringens bedömning medför i sig att fler personer kommer att behandlas inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är dock ett faktum att den demografiska utvecklingen med en allt större andel äldre innebär att allt fler i denna målgrupp kommer att ställa krav på en nära och tillgänglig vård. Äldre kvinnor och män med sammansatta vårdbehov får redan i dag en stor del av sitt vårdbehov tillgodosett genom vård i det egna hemmet. I och med den medicinska utvecklingen finns det mycket som talar för att den kommunala hälso- och sjukvården kommer att få ta sig an allt fler äldre med komplexa vårdbehov.

Som nämnts ovan får kommunen erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende efter att ha träffat avtal om att överta regionens skyldighet att erbjuda sådan vård. Kommunen ska kompenseras ekonomiskt av regionen. Överenskommelsen mellan huvudmännen får inte avse läkarinsatser. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs. I annat fall kan kommunen själv anlita läkare på regionens bekostnad. Eventuella ökade kostnader för kommunerna i samband med en utvidgad primärvård kan således regleras genom den redan befintliga avtalsamverkan mellan huvudmännen.

Regeringen delar även den bedömning som bland andra flera regioner gör om att det utredningen föreslår inte bara är en primärvårdsreform utan en strukturomvandling av hela sjukvården och att detta är viktigt att ta höjd för. Denna fråga diskuteras ytterligare i avsnitt 5.1.

Regeringen har beslutat om riktade medel genom flera överenskommelser med SKR, se avsnitt 4. Regeringen har uttryckt avsikten att avsätta medel till stöd för omställningen även kommande år.

Flera instanser, exempelvis *Region Kronoberg* och *Folkhälsomyndigheten*, lyfter betydelsen av förebyggande och hälsofrämjande insatser. Enligt regeringens bedömning bör det hälsofrämjande perspektivet ingå i målbilden.

Regeringen bedömer sammantaget att den utvecklade målbilden i omställningen till en mer nära vård bör formuleras så att patienten, utöver att få en god och nära vård även ska få en samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också en ökad patientdelaktighet. Målbilden innefattar även att primärvården bör utgöra navet i vården och samspele med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Regeringen vill med den utvecklade målbilden understryka betydelsen av den omställning som påbörjats och som hälso- och sjukvården bör sträva mot, samt som en del i detta stärka primärvårdens roll. Att utveckla primärvården till ett nav i hälso- och sjukvården görs i omsorg om patienter och befolkning och är ett steg mot att Sverige, med bibehållen eller ökad kvalitet i hälso- och sjukvården, ska kunna möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna för hälso- och sjukvården.

Att uppnå en jämlik och resurseffektiv hälso- och sjukvård är centralt och ett av huvudskälen till att stärka primärvårdens roll. Samtidigt ansvarar regioner och kommuner för organiseringen av sina invånares hälso- och sjukvård. Det är enligt regeringens bedömning av avgörande

betydelse för utvecklingen att målbilden förankras i den regionala och lokala kontexten.

### *God vård*

God vård är en övergripande beskrivning av hur vården ska bedrivas för att uppfylla kraven i HSL. Vården ska enligt 5 kap. 1 § HSL särskilt:

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

Begreppet god vård, i nuvarande och tidigare form, är inarbetat i sjukvårdens ledningssystem för kvalitet. Det regleras i dag i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och ligger till grund för Socialstyrelsens arbete med bland annat nationella indikatorer för god vård.

### *Nära vård*

Nära vård är en term som används såväl i betänkandet Effektiv vård ("närsvård") som i arbetet hos flera av vårdens huvudmän. Begreppet beskriver hur vården i allt större utsträckning bedrivs inom vårdformer såsom vårdcentraler, hälsocentraler, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstugor, mobila team, digitala lösningar eller i patientens hem. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära, ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska och digitala lösningar.

Regeringen bedömde i den proposition där förslaget till den nya bestämmelsen i 7 kap. 2 a § HSL presenterades (prop. 2017/18:83) att det i lagstiftningen behövs en bestämmelse om att vården ska ges nära invånarna. Det fysiska besöket i hälso- och sjukvården har tidigare varit det självklara. Även i fortsättningen ska vården i första hand finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock viss vård framöver att ske via olika tekniska lösningar. Om patienten med hjälp av dator, mobiltelefon eller på annat sätt kan få den önskade hjälpen där han eller hon befinner sig har vården på riktigt flyttat nära medborgaren, och begreppet närhet har fått en förändrad innebörd. Regeringen anförde vidare att målsättningen med denna förändring är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov av större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården.

Huvudmännen ska kunna erbjuda samma service och en jämlik vård till alla medborgare, men vården kan inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt. Till exempel är förutsättningarna olika i glesbygden jämfört med i storstadsregionerna. Det finns tillfällen när vården av olika skäl behöver koncentreras geografiskt. Av kvalitets- eller effektivitets-skäl kan vården t.ex. behöva koncentreras vid behov av högre specialisering runt en viss patientgrupp, diagnos eller åtgärd. Den 1 juli 2018 ersatte en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården (prop. 2017/18:40).

Det kan också finnas t.ex. budgetmässiga eller samhällsekonomiska 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 målkonflikter mellan olika perspektiv kan uppkomma och måste hanteras.

Regeringen gjorde bedömningen att en bestämmelse om nära vård inte behöver gälla exempelvis den kommunala hälso- och sjukvården, elevhälsovården eller den hälso- och sjukvård som ges med staten som huvudman eftersom den redan ges nära människor (prop. 2017/18:83 s. 23).

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård anger i sitt första delbetänkande, God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53), att man avser att formulera en gemensam definition av begreppet nära vård i samband med att utredningen presenterar förslag till ett nationellt uppdrag för primärvården. I utredningens andra delbetänkande, God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), framgår att utredningen diskuterat denna fråga med bland annat sina referensgrupper och att utredningen – baserat på dessa dialoger – nu gör bedömningen att det inte finns behov av att kodifiera en gemensam definition i författningstext, termbank eller liknande. Denna bedömning grundar sig på att nära vård inte är en ny organisationsnivå eller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela individens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer enligt utredningen också med det arbete som pågår inom SKR med att, tillsammans med huvudmännen, beskriva begreppet nära vård. Den slutliga utformningen av den nära vården måste varje region och kommun göra i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov.

### *Samordnad vård*

Regionerna och kommunerna ansvarar för att planera och organisera sin hälso- och sjukvård. I det ansvaret ingår enligt regeringens bedömning att skapa förutsättningar för samordning av vården så att patientens vårdbehov kan tillgodoses på ett sammanhängande sätt. I dag är bristen på samordning ett av hälso- och sjukvårdens stora problem (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, 2016). Många patienter och närstående vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukhistoria.

Regeringen anser att det är angeläget att huvudmännen skapar förutsättningar för samverkan och för att samordna olika delar av hälso- och sjukvården så att patientens hela hälsotillstånd kan bedömas och behandlas. I detta ligger både att skapa en ändamålsenlig organisation och att vårdens utförare har det verksamhetsstöd, ändamålsenliga it-stöd samt de ekonomiska resurser och kompetenser inom t.ex. diagnostik,

behandling och rehabilitering som behövs för att samordning ska vara möjlig på ett resurseffektivt sätt. Regeringen återkommer till frågan om samverkan mellan huvudmännen i avsnitt 5.3.

I en framtida primärvård bör annan specialistkompetens än allmänmedicin kunna involveras genom konsultation via primärvården både med och utan patienten i rummet. Regionerna behöver därför organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att kompetensen kommer fler till del, även de som bor långt ifrån ett sjukhus. På så sätt kan även övrig vård ges nära patienten.

För att möta personens hela behov krävs inte bara en samverkan mellan olika huvudmän och organisationer, det behövs också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet. De interprofessionella arbetssätten grundas redan under utbildningstiden, och behovet av att stärka såväl interprofessionellt lärande som arbetssätt behöver betonas ytterligare. Om hälso- och sjukvården ska uppfattas som en attraktiv och intressant arbetsgivare för framtida generationer krävs det i dag självrannsakan och mod av vårdens ledare och medarbetare att utmana traditionella strukturer och arbetssätt.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har haft i uppdrag att analysera och lämna förslag på hur samverkan mellan regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Utredningen har också haft i uppdrag att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras samt att se över befintlig lagstiftning avseende krav på vårdplaner och överväga om s.k. patientkontrakt bör författningsregleras. Utredningen redovisade uppdraget i dessa delar i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Förslaget bereds inom Regeringskansliet.

### *En vård som stärker hälsan*

En god hälsa är central för den enskilda individen och för välbefinnandet. En befolkning som är frisk och mår bra skapar också bättre förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg.

Fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande kan man undvika mänskligt lidande och samtidigt använda begränsade gemensamma resurser mer effektivt. I propositionen En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) framgår att en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av åtta särskilda målområden. Där lyfts också behovet av en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande insatser för patienter och befolkning.

Av HSL framgår att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att förebyggande arbete ingår i primärvårdens ansvar. 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 också angelägna utvecklingsområden för primärvården.

En väl fungerande primärvård möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling och en jämlik hälsa.

*Patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser*

I ett modernt hälso- och sjukvårdssystem behöver patienterna få större möjligheter att vara delaktiga i utformningen av sin vård och behandling. Patientdelaktighet behandlas ovan i avsnitt 4.1.2.

## 5 Centrala förutsättningar för reformeringen av primärvården

Enligt regeringens bedömning är det nödvändigt att vissa centrala förutsättningar finns på plats för att en utveckling av den nära vården och en reformering av primärvården ska kunna genomföras och för att de viktiga samhällsvinster som en stärkt primärvård kan generera också ska kunna skapas. Det är angeläget att huvudmännen inom ramen för sin respektive regionala eller lokala kontext håller fokus på målbilden och övriga mål för reformen, dvs. tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, samtidigt som de arbetar strategiskt med att åstadkomma förutsättningar för reformen.

### 5.1 Omställningen ska inte ske på bekostnad av kvaliteten i akutsjukvården

*Hur påverkas dagens akutsjukvård av omställningen till en mer nära vård?*

De föreslagna förändringarna kommer i likhet med den beslutade koncentrationen av den högspecialiserade vården att på olika sätt påverka den regionala akutsjukvården.

Vid flera tillfällen i processen gällande utformningen av den framtida högspecialiserade vården har frågan om konsekvenser för den regionala akutsjukvården lyfts. I det påbörjade arbetet på Socialstyrelsen som gäller den högspecialiserade vården finns i arbetsprocessen för sakkunniggrupperna ett uppdrag att i samband med de förslag till koncentration som föreslås inom respektive område också värdera konsekvenserna för den akuta regionala vården (Socialstyrelsen, Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess, 2017). Frågan adresseras också i Socialstyrelsens rapport Traumavård vid allvarlig händelse (2015), där även krisberedskap och



det katastrofmedicinska perspektivet tas upp. Det har från professionernas sida vid flera tillfällen lyfts farhågor om att när vård flyttas från de traditionella sjukhusmiljöerna görs detta utan hänsyn till behovet av tillräckliga patientvolymen för att upprätthålla god kvalitet, utbildning och forskning och att den medicinska kvaliteten som svensk hälso- och sjukvård uppvisar därmed kan hotas av olika initiativ till utflytt av vård.

Det är en ofta refererad uppgift att svensk hälso- och sjukvård har få vårdplatser i sjukhusmiljö i jämförelse med andra hälso- och sjukvårdssystem och att det påverkar såväl kvalitet och patientsäkerhet som arbetsmiljö på ett negativt sätt, till följd av överbeläggningar och utlokaliserade patienter (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], Ingen på sjukhus i onödan, 2016). Farhågor har lyfts om att en satsning på primärvården ytterligare skulle påverka vårdplatsantalet på ett negativt sätt till följd av omfördelade resurser. Det har till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framförts att just den traditionella fokuseringen på akutsjukhusen delvis skulle kunna ligga bakom de svenska framgångarna i fråga om till exempel förhållandevis låg antibiotikaanvändning, gott genomslag för ordnat införande av vissa nya metoder och behandlingar samt hanteringen av strålsäkerhet i samband med röntgen.

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport En akut bild av Sverige (s. 13) framgår att situationen på akutsjukhusens akutmottagningar i stor utsträckning påverkas av hur övriga delar av hälso- och sjukvården samt omsorgen fungerar. Utan en tillgänglig och väl utbyggd primärvård upplever flera verksamhetsrepresentanter att vårdsökande som egentligen skulle kunna omhändertas inom primärvården i stället söker sig till akutsjukhusens akutmottagningar. Samtidigt blir många akut sjuka patienter kvar på akutmottagningen på grund av brist på vårdplatser. Vårdplatsbristen kan i sin tur till viss del bero på bristande samordning eller tillgänglighet i öppenvård eller kommunal omsorg. Generella brister i vård- och omsorgssystemet framträder enligt myndigheten ofta på akutsjukhusens akutmottagningar. Detta riskerar att bidra till långa väntetider och orsaka patientsäkerhetsbrister på akutmottagningarna, exempelvis till följd av en stressig arbetsmiljö för personalen.

Regeringens uppfattning är att den omställning av sjukvårdssystemet till en hälso- och sjukvård där första linjens sjukvård har en starkare roll än i dag inte får ske på bekostnad av kvaliteten inom den akuta sjukvården. När omställningen genomförs måste konsekvensanalyser göras av hur akutsjukvården påverkas. Det är också av väsentlig betydelse att noga följa utvecklingen över tid. Bättre system kan behöva utvecklas för att beskriva rätt kompetensförsörjda vårdplatser i rätt del av systemet. En förändrad vårdplatsstruktur, där fler individer vårdas på annan plats än akutsjukhuset, är möjlig och många gånger önskvärd, men förändringen måste göras strukturerat, med god planering och rimligt tidssatt, till en väl informerad befolkning – inte ske till följd av brist på vissa personalgrupper eller huvudsakligen utifrån ekonomiska perspektiv.

Exempel på sådana förändringar finns i olika delar av världen, där det ”Hospital-at-home”-koncept som utvecklats vid Johns Hopkins School of Medicine and Public Health är ett av de mer omtalade. Ett svenskt exempel på hur dygnet-runt-vård kan bedrivas framgångsrikt i större

utsträckning utanför akutsjukhuset eller till och med i hemmet om goda förutsättningar skapas för det är hemsjukhuset i Borgholm.

Ett nationellt grunduppdrag för primärvården (se avsnitt 6.2) och en koncentration av den högspecialiserade vården leder till att svensk hälso- och sjukvård får en tydligare nivåstrukturering. Regeringens bedömning är att en sådan utveckling ligger väl i linje med de förändringar som genomförs i övriga nordiska länder och även flertalet andra sjukvårdssystem.

Regeringen bedömer att nya sätt att organisera sammanhållna vårdssystem kommer att växa fram utifrån olika regionala och lokala behov och förutsättningar. I detta kommer samverkan och samarbete mellan det som traditionellt är olika vårdformer och vårdgrenar att behöva utvecklas. Respekt, kunskap och förtroende för varandras olika kompetenser kommer att behöva stärkas. Akutsjukhusens roll kommer att finnas kvar, inte minst när det gäller akuta kirurgiska insatser, intensivvård, traumakirurgi och katastrofmedicinskt omhändertagande. Sjukhusens roll kommer dock att förändras i enlighet med behoven i befolkningen och utvecklingen av övrig hälso- och sjukvård, allt utifrån målsättningen att säkerställa förutsättningar att ge rätt vård vid rätt tidpunkt och på rätt plats i ett tydligt nivåstrukturerat system, och alltid utifrån medicinskt prioriterade behov.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa primärvården och omställningen till en mer nära vård (se även avsnitt 5.2). Inom ramen för det uppdraget framgår särskilt att myndigheten bland annat ska beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården samt övrig specialiserad vård.

#### *Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap*

Den 9 augusti 2018 beslutade regeringen att tillsätta en utredning med uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77). Utredningen har även i uppdrag att lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. I uppdraget ingår att analysera i vad mån den pågående strukturreformen av hälso- och sjukvården får konsekvenser för hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga kriser i fredstid och vid höjd beredskap. Utredningen ska samråda med Utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 september 2021.

#### *Omfördelning av resurser*

I direktiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård står det att ett av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) som utredningen särskilt ska beakta är överföring av resurser från sjukhusvård till primärvård. Den överföring av resurser som måste ske enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård handlar främst om olika kompetenser för att bedriva vårdverksamhet, utbildning och forskning. Resurserna skulle kunna användas mer optimalt genom t.ex. utvecklade it-stöd, tjänstgöring hos flera olika huvudmän, vårdgivare eller utförare och översyn av vårdens och omsorgens

utbildningar till såväl innehåll som volym. Utredningen framhåller också det mer generella behovet av överföring av olika slags resurser i form av t.ex. personal från den traditionella sjukhusvården till primärvården och den nära vården (se SOU 2018:39 s. 302 f. och SOU 2019:29 s. 255 f.).

Regeringen har som tidigare nämnts beslutat om en riktad satsning på primärvården i form av en överenskommelse med SKR för att stödja utvecklingen till en god och nära vård. Flera andra överenskommelser som delvis adresserar primärvården har också tecknats mellan regeringen och SKR, se avsnitt 4.

Utredningen redovisar i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) de ekonomiska konsekvenserna av omställningen till en god och nära vård. Utredningen anför bland annat att en resursöverföring från sjukhusvård till primärvård inte enbart kan beskrivas i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning och ibland om att tillgängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och nya tekniska lösningar (a.a. s. 387).

## 5.2 Utvecklingen behöver följas och stödjas

Det är centralt för omställningen till en mer nära vård att utvecklingen kan följas upp. Det är viktigt för att på sikt kunna se effekterna av omställningen för patienterna, för tillgängligheten, delaktigheten, kontinuiteten och hälso- och sjukvårdens resursanvändning. Regeringen behöver bland annat kunna följa kvalitet, kostnader och resultat av omstruktureringar och andra reformer på nationell nivå och vårdgivare och huvudmän har behov av stärkta förutsättningar att driva verksamhets- och kvalitetsutveckling med stöd av uppföljning. Dessutom behöver man kunna följa de övergripande medicinska resultaten, säkerställa ett effektivare resursutnyttjande och att utvecklingen går åt rätt håll samt följa konsekvenserna såväl för primärvården som för den akuta sjukvården och övrig vård på nationell nivå.

### 5.2.1 Omställningen behöver följas och uppföljningen av primärvården behöver utvecklas

**Regeringens bedömning:** En ändamålsenlig uppföljning av omställningen till en god och nära vård är ett viktigt verktyg för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Förslaget att regionerna ska rapportera in uppgifter från utförare i primärvård till en nationell databas bör inte genomföras. Inte heller förslaget om att hålla nationella samråd kring genomförandet av färdplanen bör genomföras.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att fyra storheter (indikatorer) årligen följs för att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa

förändringen utifrån färdplanen. Vidare föreslår utredningen att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls vid tre tillfällen fram t.o.m. 2027 och att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får uppdraget att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård.

Utredningen föreslår även att regionerna ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas. Utredningen föreslår att denna skyldighet regleras i en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, ska också, enligt utredningens förslag, få meddela föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet. Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) regleras att rapporteringsskyldigheten ska fullgöras genom att regionen lämnar uppgifter om kontakttyp, yrkeskategori och i förekommande fall om diagnos och åtgärds-koder till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKR.

**Remissinstanserna:** Ett flertal remissinstanser berör uppföljningen i sina remissvar, varav många, t.ex. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *Svenska läkaresällskapet*, uttrycker stöd för att utvecklingen av omställningen systematiskt och kontinuerligt ska följas upp. *Region Skåne* anser bland annat att kunskap om primärvårdens resultat och effekter ger ett bättre underlag för att fatta beslut om att öka primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Samtidigt uttrycker många av remissinstanserna att formerna och innehållet i uppföljningen kan behöva utvecklas. *Socialstyrelsen* anser att de nyckeltal som beskrivs är viktiga men att det behövs en fördjupad uppföljning och fler nyckeltal. De storheter som utredningen föreslår behöver också utredas närmare, anser *Socialstyrelsen*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att det är viktigt att uppföljningen lämnar utrymme för justeringar efter hand. Myndigheten anser också att det i nuläget är svårt att slå fast vilka indikatorer som ger bäst förutsättningar för att följa utvecklingen och både perspektiven och de tillhörande indikatorerna behöver utvecklas och kompletteras.

Ett antal instanser, däribland *Lunds universitet*, *Region Norrbotten*, *Region Skåne*, *Svensk förening för glesbygdsmicin*, *Svenska läkaresällskapet*, *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* och *Region Västerbotten* uttrycker att storheterna eller måtten kan behöva modifieras, utökas eller fördjupas, helt eller delvis. *Region Västerbotten* uttrycker bland annat att storheterna inte tillräckligt väl fångar patientens perspektiv. Flera remissinstanser, däribland *Lunds universitet*, *Region Norrbotten* och *Region Skåne*, saknar det kommunala perspektivet i de valda indikatorerna.

SKR anser att ett gemensamt strategiskt arbete bör genomföras innan indikatorerna slås fast och att det krävs en närmare samverkan mellan stat, regioner och kommuner avseende såväl utvecklingen av målbilden som uppföljningen av omställningen till nära vård. För att ambitionerna med omställningen ska kunna realiseras bedömer *Statskontoret* att det kommer att krävas en mer kraftfull statlig styrning än vad utredningen föreslår.

Remissinstanserna *Attention*, *Funktionsrätt Sverige*, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, *Härryda kommun*, *Myndigheten för vård- och*

omsorgsanalys och *Region Kronoberg* tillstyrker förslaget om nationella samråd. *Region Gävleborg*, *Region Sörmland* och *Region Västmanland* välkomnar förslaget om samråd, men anser att syfte och deltagare är ottydligt beskrivna.

*Region Blekinge*, Funktionsrätt Sverige och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tillstyrker att ett uppdrag ges till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för att följa omställningen. Socialstyrelsen tillstyrker också men anser att även de bör bidra med analyser utifrån sitt uppdrag och sina lägesrapporter och övergripande uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.

Många remissinstanser berör frågan om insamling av primärvårdsdata till en nationell databas. De flesta av dem uttrycker att det finns ett behov av systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå. Omkring en tredjedel av dessa, däribland Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen, SKR och *Vetenskapsrådet*, uttrycker att det vore lämpligt att detta i första hand sker genom att patientregistret utökas till att även omfatta primärvårdsdata.

Flera instanser, t.ex. Socialstyrelsen och *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, påpekar att om primärvårdens roll stärks och det blir vanligare att diagnos och behandling görs i primärvården blir konsekvensen att en större andel av svensk hälso- och sjukvård inte kommer att kunna följas upp, eftersom primärvården är undantagen i patientregistret.

*Datainspektionen* avstyrker författningsförslagen och efterlyser grundliga dataskyddsrättsliga analyser. Bland annat anser myndigheten att begreppet personuppgifter, som är centralt i sammanhanget, inte har analyserats i betänkandet. Även Socialstyrelsen framhåller att den typ av uppgifter utredningen föreslår att utvidgningen ska omfatta skulle kunna utgöra personuppgifter.

Flera instanser, däribland *Svenska Barnmorskeförbundet*, *Region Blekinge*, *Region Gävleborg* och *Region Västmanland*, betonar att den utökade uppföljningen inte får medföra ökad administration och att data därför bör kunna hämtas från befintliga system.

Socialstyrelsen och Svenska läkaresällskapet anser att användningsområdet för väntetidsdatabasen är väsentligt begränsat i jämförelse med användningsområdet för patientregistret.

Enligt Socialstyrelsen kräver en ny skyldighet för regionerna lagstöd, men att placera en sådan bestämmelse i HSL är mindre lämpligt eftersom reglering av det här slaget brukar finnas i andra författningar, exempelvis i så kallade registerförfattningar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att det finns flera problem kopplade till utredningens förslag om en utökad rapportering till väntetidsdatabasen, såsom statistikens tillförlitlighet och kvalitetskriterier.

Några remissinstanser, t.ex. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och *Region Västra Götaland*, lyfter att Primärvårdskvalitet bör vara en del i uppföljningen.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Utredningen föreslår att fyra storheter årligen följs för att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen utifrån färd-

planen. Dessa är befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården, oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis samt kostnadsandel (procent) i det som definieras som regionernas primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i regionen.

Omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården är en fråga som kräver långsiktighet och därför behöver även uppföljningen ske långsiktigt, i flera steg, i samverkan mellan olika aktörer och med möjlighet till justeringar över tid. Regeringen bedömer i likhet med flera remissinstanser att uppföljningen behöver utvecklas. Regeringen anser därför att Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, i nära samverkan med SKR, regioner och kommuner, bör följa utvecklingen av omställningen och att utveckla denna uppföljning över tid. Regeringen gav därför i juli 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att påbörja och utveckla uppföljningsarbetet i enlighet med utredningens förslag till målbild och färdplan (dnr S2019/03056/FS).

Regeringen har också för avsikt att ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa utvecklingen ur ett system- och patientperspektiv. Regeringen avser även att löpande samverka och samråda med olika aktörer och vid behov ta initiativ till justering av målbild och färdplan. Liksom bland andra *Region Gävleborg* och *Region Västmanland* är regeringen tveksam till förslaget om att hålla särskilda nationella samråd för att följa färdplanen. Det är viktigt att de myndigheter som får regeringens uppdrag att följa genomförandet utför sitt uppdrag på ett utåtriktat sätt så att berörda aktörer får goda möjligheter att redogöra för utmaningar och framgångsfaktorer. Något ytterligare samråd bedömer inte regeringen är nödvändigt.

### *Dagens uppföljning av hälso- och sjukvården*

#### Patientregistret

I dag sker uppföljning av öppen- och slutenvård genom patientregistret, som förs av Socialstyrelsen. Vårdgivare inom både den öppna och den slutna vården är skyldiga att lämna vissa uppgifter till patientregistret – primärvården undantagen. Detta gäller både privat och offentlig vård. För patientregistret gäller bland annat lagen (1998:543) om hälsodataregister, offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning.

I patientregistret behandlas uppgifter som rör patienter som vårdats inom slutenvården, behandlats av läkare i den del av den öppna vården som inte är primärvård eller behandlats av annan hälso- och sjukpersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården. Registret innehåller bland annat uppgifter om patienter och vårdenheter samt medicinska data.

I dagsläget finns det inte författningsstöd för att personuppgifter från primärvården ska få behandlas i patientregistret. Regeringen gav i november 2010 Socialstyrelsen ett uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete om datainsamling inom primärvården. Socialstyrelsen föreslog i

sin rapportering av uppdraget att patientregistret skulle utökas till att omfatta även primärvården. Socialstyrelsen fick i uppdrag att komplettera vissa uppgifter som redovisats i rapporteringen, och myndigheten överlämnade i november 2017 promemorian Kompletterande underlag om nationell datainsamling avseende primärvården.

Socialstyrelsen bedömer i sin redovisning att behovet av ett nationellt hälsodataregister inom primärvården är stort. Förutom att man kan följa hela befolkningen vad gäller vårdkonsumtion och medicinsk praxis så kan ett sådant register tillsammans med data från övriga hälsodataregister, kvalitetsregister och socialtjänstregister användas till kvalitetsuppföljning (inklusive patientens väg genom vården), jämförelser, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Enligt Socialstyrelsen kan patientregistret i sin nuvarande form inte användas exempelvis för att följa patientens väg genom vården. Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att patientregistret kan utvidgas till att omfatta även primärvården givet att man bedömer att behandlingen är proportionell mot de legitima mål som eftersträvas.

Frågan om att följa patientens väg genom vården är även av största intresse för att kunna följa tillgänglighet och väntetider. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider (S2018/03237/FS).

#### Väntetidsdatabasen

SKR förvaltar den nationella väntetidsdatabasen dit regionerna rapporterar väntetider inom primärvården och den specialiserade vården. Som en del av den tidigare överenskommelsen om den s.k. patientmiljarden mellan SKR och regeringen 2018 har SKR tillsammans med regionerna tagit fram en modell för uppföljning av primärvården genom datainsamling till väntetidsdatabasen. Införandet av modellen har pågått sedan 2017. Uppföljningen ska ge underlag för verksamhetsutveckling och möjligheter till jämförelser inom och mellan regioner. Som en följd av att vårdgarantin inom primärvården har förstärkts från den 1 januari 2019 har en utvecklad modell för primärvårdsuppföljning tagits fram av SKR tillsammans med regionerna.

Modellen stöder färdplanen mot en god och nära vård bland annat genom uppföljningen av en förstärkt vårdgaranti. Syftet med uppföljningen i väntetidsdatabasen är att ge underlag till verksamhetsutveckling och möjlighet till jämförelser både inom och mellan regioner. Det möjliggör i sin tur utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Resultaten presenteras publikt för medborgarna via [vantetider.se](http://vantetider.se) och 1177.se.

En databas som väntetidsdatabasen kan dock inte i samma utsträckning som patientregistret ge underlag till ändamål såsom kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning. Indikatorerna kan inte heller kopplas till data i andra register och datakällor.

#### Primärvårdskvalitet

Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det samordnas av SKR och har som främsta syfte att bidra till att

stödja förbättringsarbete, främst på regional och lokal nivå, hos anslutna vårdgivare och huvudmän. 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 för jämförelse med de egna resultaten, antingen aggregerat eller i förhållande till enskilda patienter.

Genom att ansluta sig till Primärvårdskvalitet åtar sig regionerna att rapportera, återkoppla och använda data. Varje region eller privat aktör bestämmer själv hur de utformar sina arbetsformer och it-lösningar. I juni 2018 var 599 vårdcentraler i Sverige anslutna till Primärvårdskvalitet. Eftersom potentiellt integritetskänsliga uppgifter endast hanteras inom den egna vårdcentralen bedömer SKR att systemet inte innebär ökade risker för patienternas integritet. Detta innebär således att uppgifterna i Primärvårdskvalitet inte går att samköra med uppgifter från andra delar av hälso- och sjukvården eller för jämförelser på nationell nivå tillsammans med uppgifter i de register som förvaltas av Socialstyrelsen och där vården har lagstadgad uppgiftsskyldighet.

### Nationella kvalitetsregister

Flera nationella kvalitetsregister samlar in relevant data med betydelse för primärvården från kommuner och regioner. Bland andra kan nämnas Nationella Diabetesregistret, Nationellt hjärtsviktsregister, Luftvägsregistret, Svenska demensregistret och Senior Alert – Nationellt Kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg.

### *Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården till en nationell databas*

För att omställningen av svensk hälso- och sjukvård ska komma till stånd bedömer regeringen i likhet med utredningen det som avgörande att det börjar byggas upp en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder och indikatorer m.m. Det finns ett behov av underlag med uppgifter som beskriver olika förhållanden inom primärvården. Det saknas i dag solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra primärvården. Utan sådana underlag saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen till en god och nära vård. Regeringen delar utredningens bedömning att detta arbete bör påbörjas skyndsamt.

Ett flertal remissinstanser stöder också utredningens bedömning att uppföljningen av primärvården på aggregerad nivå behöver utvecklas och flera, t.ex. *Socialstyrelsen*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *SKR*, ställer sig positiva till att Socialstyrelsen ska beredas möjlighet att utöka patientregistret till att omfatta uppgifter från primärvården.

I dag finns såväl internationellt som i Sverige stor samsyn om behovet av att bygga hälsosystem som har en stark primärvård som sin bas. Skälet till detta är att det även utifrån dagens begränsade data och uppföljning finns en ökande evidens för att en välfungerande primärvård är associerad med lägre nivåer av undvikbar sluten vård, färre besök på akutmottagningar, bättre hälsoutfall, mer jämlikhet samt långsammare



ökningar i kostnaderna för hälso- och sjukvården. För att vi i Sverige ska kunna använda våra begränsade gemensamma resurser på bästa sätt i den omställning som nu påbörjats, är det avgörande att Sverige får en bättre kunskap om den vård som ges inom primärvården, hur den samspelar med övriga delar av hälso- och sjukvården och hur den upplevs av dem som den är till för.

Utredningen föreslår en bestämmelse om att regionerna ska rapportera in vissa uppgifter från utförare inom primärvård till den nationella väntetidsdatabasen. Regeringen anser i likhet med bland andra *Datainspektionen* och Socialstyrelsen att förslaget kräver en djupare analys för att kunna genomföras, framför allt ur ett dataskydd- och integritetsperspektiv. En sådan analys är inte möjlig att göra i detta lagstiftningsärende. Regeringen bedömer vidare att system likt Primärvårdskvalitet och väntetidsdatabasen kan vara värdefulla (till viss del kan dessa system även ge användbar information på nationell nivå) för att bidra till verksamhetsdriven kvalitetsuppföljning och utveckling. Dessa lösningar tillgodoser dock inte det nationella behovet av uppföljning som förutsätter samkörning med uppgifter i de register som förvaltas av Socialstyrelsen och där vården har lagstadgad uppgiftsskyldighet. För att en nationell uppföljning av primärvården ska bidra till en bättre vård för befolkningen och för att allmänhet och patienter ska få en god bild av kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården är det viktigt att kunna följa medicinska resultat såväl som exempelvis förekomst av väntetider. Utredningen föreslår att det av hälso- och sjukvårdsförordningen ska framgå att regionerna ska rapportera uppgifter om kontakttyp, yrkeskategori och i förekommande fall diagnos och åtgärds-koder till den nationella väntetidsdatabasen. Så som Datainspektionen påpekar framgår det inte vilket rättsligt stöd som är tillämpligt för en nationell uppföljningsdatabas som kan komma att innehålla personuppgifter, varvid det bör vägas in att uppföljning är ett av de befintliga ändamålen enligt lagen om hälsodataregister (1998:543) som anger att det är centrala förvaltningsmyndigheter som kan vara personuppgiftsansvariga.

Regeringen har mot bakgrund av ovanstående – i stället för att gå vidare med den föreslagna lagändringen – gett Socialstyrelsen ett brett uppdrag om uppföljningen av primärvården. Uppdraget till Socialstyrelsen består av tre delar, varav en del rör nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, och beskrivs nedan.

SKR genomför en förstudie om vilken information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata som skulle kunna tillgängliggöras på 1177.se. Inom ramen för förstudien ingår det även att redogöra för hur denna information skulle kunna presenteras på 1177.se i syfte att allmänheten och patienter ska kunna jämföra kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet mellan olika vårdgivare. Det kan inte uteslutas att delar av de data som Socialstyrelsen kommer att samla in för uppföljning av kvalitet och jämlikhet inom primärvården – om så bedöms möjligt ur ett dataskydd- och sekretessperspektiv – även kan användas för information till befolkningen om hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. och därmed tillgängliggöras på exempelvis 1177.se.

## Uppdrag till Socialstyrelsen

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården och omställningen till den nära vården. Uppdraget består av tre delar och ska slutredovisas i sin helhet senast den 1 juni 2022.

Deluppdrag I rör möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen ska ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän med utgångspunkt i omställningen till en god och nära vård. Detta ska göras utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet mellan integritetsintrånget och det allmännas intresse av att följa upp primärvården avseende vårdens kvalitet och jämlikhet och som möjliggör djupare analyser på nationell nivå. I arbetet behöver Socialstyrelsen beakta regleringar av sekretess och dataskydd, att uppgifterna finns att tillgå och att uppgiftslämnarbördan inte blir alltför omfattande samt redovisa hur förslaget förhåller sig till befintlig reglering såsom EU:s dataskyddsförordning. Socialstyrelsen får i redovisningen av uppdraget ge nödvändiga författningsförslag. Deluppdraget ska slutredovisas senast den 30 september 2020.

Deluppdrag II syftar till att åstadkomma en nationell redovisning av omställningen som inte utgör personuppgifter. Socialstyrelsen ska därför analysera möjligheterna för regioner och kommuner att rapportera resultat på aggregerad nivå i syfte att följa omställningsarbetet. Socialstyrelsen ska ge förslag på resultatindikatorer anpassade för att kunna följa omställningen och belysa de rättsliga förutsättningarna, exempelvis vad gäller rättsligt stöd, för de behandlingar av personuppgifter som föregår en framställning av aggregerade data. I uppdraget ingår också att analysera hur flexibelt huvudmännen kan anpassa sin rapportering vid en eventuell justering av indikatorerna. Med start den 30 augusti 2020 ska Socialstyrelsen lämna årliga rapporter om det pågående arbetet med deluppdraget.

Deluppdrag III innebär att Socialstyrelsen årligen ska följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. I detta ingår även att följa upp effekterna av de stödjande insatser som myndigheten genomför inom ramen för uppdraget och att analysera hur myndigheten kan stödja regionerna och kommunerna i omställningen. Vidare ska myndigheten inom ramen för deluppdraget beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården samt övrig specialiserad vård.

### 5.3 Samverkan mellan huvudmännen och en samordnad vård

#### *Vad är samordnad vård?*

Det finns grundläggande utgångspunkter för samverkan mellan huvudmännen. I sin rapport Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv 2017 fastslår Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att det saknas en

vedertagen definition av vad det innebär att vården och omsorgen är samordnad på ett ändamålsenligt sätt. Myndigheten konstaterar att begreppet ”samordning” används på olika sätt och med olika innebörd, ofta utifrån ett organisatoriskt eller professionellt perspektiv. I dessa fall är ”samordning” främst att förstå som organisationers eller professioners gemensamma arbetssätt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys väljer i stället att betrakta samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienten/brukaren. Utifrån detta synsätt definierar myndigheten vården och omsorgen som samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Detta kan t.ex. ta sig uttryck som att patienter slipper upprepa information i onödan, att man får hjälp att ta nästa steg i vård- och omsorgsprocesserna och att patienten/brukaren så långt det är möjligt erbjuds kontinuitet inom vården och omsorgen. Som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller är samordning med detta synsätt en ren kvalitetsaspekt. Den måste sedan i analyser vägas mot andra kvalitetsaspekter samt kostnaderna för detta.

#### *Huvudmännens ansvarsområden, krav på samordning samt samordnings- och samverkansformer*

Ädelreformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från regionerna (dåvarande landstingen). Både regioner och kommuner är därmed numera huvudmän för hälso- och sjukvård.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och regionerna skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. I 16 kap. HSL regleras specifikt samverkan mellan huvudmännen och fastslås bland annat att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunerna inom regionen för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 § (16 kap. 1 § HSL).

Regionen ska enligt 16 kap. 3 § HSL ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. I 16 kap. 4 § HSL anges att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det

framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § SoL).

Ett annat exempel på samordningskrav finns i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I 4 kap. 1 § fastslås att om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.

### *Utmaningar med bristande samordning*

Samordning och samverkan mellan huvudmännen och mellan olika enheter hos huvudmännen utgör, trots befintliga författningskrav, fortsatt stora utmaningar i hälso- och sjukvården och omsorgen. Detta tenderar att drabba de mest utsatta samt dem med komplexa vårdbehov och samtidigt sämst förutsättningar att samordna sin egen vård och föra sin egen talan i vården. Exempelvis kan bristande samordning mellan vården och omsorgen resultera i att äldre får för många olika läkemedel – många är direkt olämpliga att kombinera – eller får en ökad risk för fallskador. Dessutom kan det medföra att det förebyggande och rehabiliterande arbetet brister (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, 2016, och Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, 2017).

En grupp som också i hög grad drabbas av bristande samordning är personer med funktionsnedsättning. Det finns få studier gjorda på hur samordningen för denna grupp fungerar men Riksrevisionen lyfter i en granskningsrapport att samordningen ofta brister och att ansvaret för samordningen då ofta läggs på närstående (Riksrevisionen, Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning, RiR 2011:17). Av såväl utvärderingen som intervjuer genomförda av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framgår även att det verkar finnas problem vad gäller den samlade ansvarsfördelningen av insatserna. Det finns inte någon aktör som anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen som ser sig som huvudansvarig för samordning av insatser.

Av Riksrevisionens rapport framgår det att föräldrar fortfarande bär ett tungt samordningsansvar när det gäller barn med funktionsnedsättning. Både föräldrar och berörda aktörer vittnar om att offentliga aktörer inte samordnar stödinsatserna till barn med funktionsnedsättning på ett sätt som underlättar för berörda familjer. Samverkan upplevs av föräldrarna dessutom ha blivit sämre under de senaste åren. Om den fungerar beror det i hög grad på enskilda handläggares engagemang. Följden blir att samordningsansvaret fortfarande ligger hos föräldrarna, vilket är en belastning som kan vara en bidragande orsak till att de är sjukskrivna i

större utsträckning och har svårare att hävda sig på arbetsmarknaden än andra föräldrar. Riksrevisionen gör bedömningen att hittills genomförda åtgärder haft en begränsad effekt. Föräldrarnas och även aktörernas upplevelse av bristande samverkan talar för att lösningarna inte fungerat som det varit tänkt. Riksrevisionen bedömer att stödet till barn och unga med funktionsnedsättning inte är organiserat så att samordningsproblem undviks. Regeringens intentioner om att familjer med barn med funktionsnedsättning ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt är inte uppfyllt.

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys intervjuer, liksom i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds egna dialoger med företrädare för här aktuella verksamheter och patientföreträdare, lyfts också att barnhabiliteringen och barnsjukvården ofta tar en stor roll i att samordna insatser. Det stödet försvinner dock i och med övergången till vuxenhabiliteringen och den ordinarie vårdcentralen, vilket gör att övergången ofta blir problematisk (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, 2017).

Utmaningen med att samordna vård och omsorg är inte unik för Sverige utan är – utifrån ökad specialisering och fragmentisering – högaktuella frågor i de flesta hälsosystem. Samtidigt kan det konstateras att Sveriges resultat är ganska låga i många internationella undersökningar och jämförelser när det gäller hur patienter i hälso- och sjukvården uppfattar samordningen (det saknas i dagsläget undersökningar som på motsvarande sätt belyser brukares erfarenheter av socialtjänsten). Som exempel kan nämnas att OECD 2013 identifierade den bristande samordningen mellan svenska sjukhus, primärvård och socialtjänst som den största utmaningen för vår förhållandevis goda vård och omsorg (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, Stockholm 2017). Även resultaten från de årliga IHP-undersökningarna pekar mot detta (International Health Policy survey). Undersökningarna baseras på enkäter som utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA.

IHP-undersökningen för 2016 visade t.ex. att andelen patienter som upplever att man får hjälp att planera och koordinera sin vård var lägst i Sverige av de 11 medverkande länderna. Positivt är att det går att se en ökande trend där andelen som uppfattar att de får hjälp i denna del ökat från 38 procent 2010 till 56 procent 2016. Sverige är också ett av de länder i studien där störst andel patienter (24 procent) 2016 angav att deras ordinarie läkare inte verkar vara uppdaterad om den vård patienten fått från annan specialistläkare. På den positiva sidan har det dock även här skett en förbättring sedan föregående mättillfälle.

### *En stärkt kommunal hälso- och sjukvård*

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie (Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie, 2019) för att analysera hur myndigheten kan stärka stödet till hälso- och sjukvården med utgångspunkt från behoven i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den närliggande omsorgen. Socialstyrelsen har det fortsatta uppdraget att

stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i den förstudie som redovisats.

I förstudien ingår en åtgärdsplan för att genom målgruppsanpassade stöd ge förutsättningar för en mer jämlik kommunal vård och omsorg av god kvalitet. Stöden ska omfatta både den kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå och den kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i möten med patienten. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 mars 2021.

Socialstyrelsen vill ge förutsättningar för en mer jämlik kommunal vård och omsorg av god kvalitet. För att stärka den kommunala hälso- och sjukvården behövs enligt Socialstyrelsen ett paket av insatser under en längre period. Det som presenteras i förstudien syftar till att underlätta för kommunerna inom ramen för befintlig lagstiftning. Socialstyrelsen kommer vid behov att uppdatera sitt arbete utifrån de förslag som kan komma från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård

I förstudien redovisas en flerårig åtgärdsplan med en årlig uppföljning som omfattar följande delar:

- 1) Beskrivning av de regler som styr kommunal hälso- och sjukvård: Beskriva gällande regler för att ge kommunerna bättre överblick av regelverket som styr hur de kan bedriva sin verksamhet.
- 2) Stöd till samverkan: Samla och sprida information om olika modeller för samverkan, överenskommelser som träffas och organisatoriska lösningar.
- 3) Synliggöra kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården: Systematiskt inkludera kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården.
- 4) Stöd till att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård: Utveckla nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för mål, uppföljning och jämförelser.
- 5) Stöd för kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering, habilitering m.m.: Utveckla kunskapsbaserade stöd som är anpassade till kommunernas behov och förutsättningar.
- 6) Stöd till vård vid särskilda diagnoser: Med stöd av nationella riktlinjer, vägledningar och andra kunskapsstöd ta fram kunskapsbaserade stöd som anpassas till kommunernas behov och förutsättningar.
- 7) Stöd till kompetensutveckling: Ta fram utbildningar, utbildningsmaterial och guidematerial för att stödja kommunernas arbete med kompetensutveckling av sin personal.

#### *Det fortsatta arbetet*

Utöver Socialstyrelsens uppdrag som beskrivits ovan har utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård haft i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan regionernas primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Uppdraget i denna del redovisades i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

Regeringen har även gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp införandet av lagstiftningen. En delredovisning av uppdraget lämnades till regeringen i december 2018 och uppdraget slutredovisades den 1 april 2020 i rapporten Laga efter läge (rapport 2020:4).

## 5.4 En ändamålsenlig kompetensförsörjning

Om primärvården ska kunna vara navet i hälso- och sjukvården, är kompetensförsörjningen en central del. Det innebär att vårdpersonalens kompetenser behöver användas mer ändamålsenligt än vad som görs i dag. Det innebär också att huvudmännen bör förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkoren för vårdens medarbetare.

På senare år har primärvården tagit ett allt större ansvar för personer med en eller flera kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa och för äldre och andra med komplexa vårdbehov. Företagshälsovården har sedan 1990-talet både minskat i omfattning och ändrat karaktär, vilket i sig bidragit till ett ökat uppdrag för primärvården, inte minst kring sjukskrivning och rehabilitering. Samtidigt har primärvården under samma period förstärkts med flera kompetenser utöver allmänläkare och distriktssköterskor. Sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor med utbildning inom områden som diabetes, hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och demens ger i dag hälso- och sjukvård till patienter med kroniska sjukdomar, i samråd med patienten och dennes läkare samt med övrig personal i teamet. Teamarbete har på många ställen utvecklats. Distriktssköterskor har fått forskrivningsrätt för vissa läkemedel. Fysioterapeuter som första instans för patienter med problem från rörelseorganen blir allt vanligare, liksom psykologer som första instans för patienter som söker för psykisk ohälsa. Andra professioner som patienter i dag kan möta i primärvården är exempelvis arbetsterapeuter, dietister och hälso- och sjukvårdskuratorer. Farmaceuter finns också i allt större utsträckning tillgängliga för t.ex. läkemedelsgenomgångar.

För att hälso- och sjukvården ska vara patientsäker och tillgodose patientens vårdbehov är det avgörande att det både finns tillgång till personal med kunskap och kompetens i enlighet med den vård som bedrivs och att personalen arbetar tillsammans på ett fungerande sätt. Det senare är av stor betydelse för vårdens medarbetare – för en fungerande arbetsmiljö och för att personalen ska kunna utföra sitt arbete på ett patientsäkert sätt. Ytterligare en central aspekt är utvecklingen för respektive yrkesroll. En viktig utgångspunkt för hälso- och sjukvården är att personalen har den kunskap och kompetens som behövs för att en hög vårdkvalitet ska kunna upprätthållas.

Mot bakgrund av bland annat vårdens snabba medicinska utveckling och en allt högre andel äldre med sammansatta vårdbehov i befolkningen är kompetensförsörjningen inte sällan en stor utmaning för regioner och kommuner. Därtill har nya sätt att organisera hälso- och sjukvården tillkommit och kommer att behövas i än högre utsträckning framöver för att på bästa sätt ta vara på den kunskap och kompetens som personalen besitter. Inom vissa områden, exempelvis psykisk ohälsa och före-

byggande vårdinsatser, kommer yrkesgrupper med specifik kompetens i framtiden att behövas i större omfattning än i dag och potentiellt även på nya platser i hälso- och sjukvårdssystemet.

En nyckel till en hållbar kompetensförsörjning av framtidens hälso- och sjukvård är att använda vårdens samtliga yrkeskategorier och deras kunskap och kompetenser på ett klokt sätt, där interprofessionella förhållningssätt, arbetssätt och lärandemiljöer tas tillvara i utvecklingsarbetet. Att använda personalens kompetenser effektivt kräver inte bara god kännedom om den egna yrkesgruppen och yrkesrollen utan också kunskap och förståelse för vad andra yrkesgrupper har för uppdrag och kompetenser.

Regeringen har tagit flera steg för att stödja utvecklingen mot en bättre kompetensförsörjning. Socialstyrelsen fick i september 2019 uppdraget att förbereda inrättandet av ett nationellt råd som långsiktigt ska samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården. En viktig del av det nationella rådets uppdrag är att bedöma framtidens vårdkompetens. Frågor om t.ex. kompetensväxling och nya kompetenser, liksom frågor om fort- och vidareutbildning samt det livslånga lärandet, kan komma att hanteras i det fortsatta arbetet. Rådet inrättades den 1 januari 2020.

Från och med den 1 januari 2019 är vårdgarantin mer professionsneutral eftersom den enskilde – i stället för att få träffa en läkare i primärvården inom en viss tid – ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp i vården som hon eller han får träffa. Syftet med reformen är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. När fler yrkeskategorier kan involveras i vården av patienten innebär det att denne snabbare kan få träffa personal med rätt kunskap och kompetens samtidigt som t.ex. läkarnas arbetstid kan frigöras för de patienter som har behov av att träffa en läkare.

Socialstyrelsen har tagit fram ett webbstöd om fördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper (Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?). Socialstyrelsen beskriver att det finns få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. Oftast är det enligt myndigheten verksamhetschefen som ansvarar för att fördela arbetsuppgifter baserat på den enskildes kompetens. En förutsättning för en patientsäker vård är att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt utbildning eller på annat sätt har förvärvat kompetens. Regelverket ställer främst krav på hur arbetsuppgifter ska utföras, inte på vem som utför dem, enligt Socialstyrelsen.

I överenskommelsen God och nära vård – en omställning med fokus på primärvården, som tecknats mellan regeringen och SKR för åren 2019 och 2020, beskrivs att en central förutsättning för omställningen till en nära vård är en ändamålsenlig kompetensförsörjning. Det är avgörande att det finns medarbetare med kompetens för den vård som bedrivs samt att medarbetarna arbetar tillsammans på ett optimalt sätt. Överenskommelsen syftar bland annat till att medarbetarnas kompetens ska användas smartare. Regionerna får del av medlen för insatser inom områden såsom ledarskap och arbetsmiljö. I överenskommelsen konsta-



teras att arbetsmiljön spelar en viktig roll för att säkra kompetensförsörjningen.

De senaste åren har regeringen även säkerställt att universitet och högskolor har tillförts medel för utbyggnad av utbildningarna till sjuksköterska, barnmorska och specialistsjuksköterska. Utöver detta har vissa universitet sedan 2018 tillförts medel för en utbyggnad av läkarutbildningen.

#### *Specialistsjuksköterskor och undersköterskor*

Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar överlämnade den 1 november 2018 betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll nya möjligheter (SOU 2018:77) till regeringen. Syftet med utredningens uppdrag var att den framtida utbildningen skulle möta hälso- och sjukvårdens förändrade behov och ge studenterna den kunskap och förmåga som krävs för att självständigt arbeta som specialistsjuksköterska. Betänkandet har remissbehandlats och beredning pågår i Regeringskansliet.

Vidare lämnade utredningen Reglering av yrket undersköterska i april 2019 betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20). I betänkandet lämnas bland annat förslag om att införa en skyddad yrkestitel för undersköterskor. Betänkandet har remissbehandlats och bereds fortsatt inom Regeringskansliet.

#### *Specialistläkare i allmänmedicin*

Enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård råder i dag brist på specialistläkare i allmänmedicin. Som en följd av detta görs exempelvis bedömningen att det redan i dag krävs ett tillskott om minst 800 heltidsarbetande läkare för att kunna erbjuda hela befolkningen en fast läkarkontakt i primärvården, förutsett att en andel av dem som i dag arbetar som hyrläkare kan rekryteras till en fast tjänst. Fram till 2027 behövs ett tillskott av totalt minst 1 400 heltidsarbetande läkare i primärvården, enligt utredningens bedömning. Regeringens bedömningar vad gäller fast läkarkontakt redogörs för i avsnitt 4.1.3.

Regionerna har ansvaret för dimensionering och finansiering av specialiseringstjänster för läkare (ST). Regeringen gav dock den 1 mars 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att, utöver den rapportering de årligen gör om tillgången och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. I uppdraget ingår att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensionering av ST-tjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt, i syfte att minska bristen på olika sorters specialistläkare och uppnå målsättningen om en jämlik vård i hela landet. Fokus ska läggas på de specialiteter där det finns en tydlig brist. De brist-specialiteter som Socialstyrelsen tidigare lyft fram är allmänmedicin och psykiatri. I myndighetens rapport Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård (Nationella planeringsstödet 2019) redovisas de uppgifter som har sammanställts från regionerna. För specialiteten allmänmedicin anges att det 2016 fanns knappt 65 specialister per 100 000 invånare. Totalt 414 specialistbevis

meddelades 2017 och under hösten 2018 fanns det knappt 2 800 verk-samma ST-läkare. Samtliga regioner uppgav en brist på specialister i allmänmedicin. Socialstyrelsen har i fortsatt uppdrag att särskilt redovisa tillgång på och behov av specialistläkare.

Socialstyrelsen fick samtidigt i uppdrag att upphandla fler specialistkompetenskurser så att läkare ska kunna fullgöra sin specialiserings-tjänstgöring. I uppdraget ingår också att göra en studie om hur tillgången på kursgivare bäst ska kunna säkras framöver för att svara mot det behov som finns av specialistkompetenskurser.

Den 1 juli 2020 träder nya bestämmelser i kraft som avses leda till ett sammanhållet utbildningssystem för läkare, från student till specialist. I propositionen Bastjänstgöring för läkare (prop. 2017/18:274) anføres att förslagen bedöms bidra till att utforma en utbildningsstruktur för läkare som leder till specialister med högre kompetens och bättre förutsättningar att tillgodose befolkningens behov av god kunskapsbaserad vård. Kravet på praktisk tjänstgöring för att få läkarlegitimation tas bort. Samtidigt finns det ett behov av en strukturerad introduktion till hälso- och sjukvården som ett led mellan läkarexamen, legitimation och nuvarande specialiseringstjänstgöring. Läkarnas specialiseringstjänstgöring ska därför inledas med en fristående första introduktionsdel, benämnd bas-tjänstgöring.

#### 5.4.1 Statlig finansiering av specialiseringstjänster i allmänmedicin

**Regeringens bedömning:** Staten bör på ett ändamålsenligt sätt stödja att fler läkare kan specialisera sig i allmänmedicin.

Utredningens förslag om att staten under perioden 2019–2027 ska finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin bör däremot inte genomföras.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer inte med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att staten under perioden 2019–2027 ska finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin. Kostnaden beräknas av utredningen till totalt 6,25 miljarder kronor 2019–2027.

**Remissinstanserna:** Remissutfallet är blandat. Flera instanser lyfter att ytterligare analys behövs av konsekvenserna. Bland andra *Föreningen Sveriges Socialchefer*, *Region Gotland*, *Region Gävleborg* och *Lunds universitet* är positiva till förslaget om statlig finansiering av specialiseringstjänster i allmänmedicin. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* avstyrker förslaget av det skälet att staten inte kan direktfinansiera enskilda tjänster för ST-läkare, då dessa är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för. Ett mer generellt stöd till kompetensförsörjning och utveckling av utbildningsmiljöerna inom den nära vården bedömer SKR vore mer lämpligt. *Region Jämtland Härjedalen* tror inte att statligt finansierade ST-tjänster i primärvård är en bra lösning och finner det svårt att argumentera för varför staten ska finansiera specifika tjänster hos sjukvårdshuvudmännen. En sådan satsning bör hellre riktas till att stärka regionernas hela utbildnings-

kapacitet. Även *Region Jönköpings län* tar avstånd från förslaget. Det är enligt regionen att föredra att statliga satsningar är mer generella. *Socialstyrelsen* är positiv till att specialister i allmänmedicin blir fler, men saknar en tydlig konsekvensanalys av förslaget, bland annat när det gäller finansieringen. *Socialstyrelsen* efterfrågar en analys av hur statens tillfälliga finansiering ska hanteras efter 2027. *Statskontoret* påpekar att utredningen inte har redovisat hur förslaget ska finansieras och bara gjort en grund analys av hur det ska genomföras. För att en statlig satsning av denna omfattning ska ha avsedd effekt krävs också att regionerna på frivillig väg fortsätter att finansiera ST i nuvarande omfattning. *Statskontoret* anser att utredningen inte heller har redovisat om regionerna vill eller kan åta sig ett så omfattande utbildningsuppdrag.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Utredningen föreslår att staten 2019–2027 ska finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin. Utredningens beräkningar utgår ifrån att regionerna fortsätter att finansiera utbildningen av specialister i allmänmedicin i minst samma omfattning som under 2018.

Enligt regeringens bedömning är kompetensförsörjningsfrågan i primärvården helt central för utvecklingen till en mer nära vård. Många kompetenser måste samverka för att uppnå en god och nära vård, men att det finns tillräckligt med specialistläkare i allmänmedicin kontinuerligt verksamma i primärvården är avgörande för utvecklingen där primärvården är navet i hälso- och sjukvården. Regeringen instämmer dock i det som *SKR* framför i sitt remissvar om att staten inte kan direktfinansiera enskilda tjänster för ST-läkare då dessa är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för. Förslaget innebär att staten endast under en begränsad tidsperiod skulle finansiera tjänsterna. Det är oklart hur redan tillsatta tjänster skulle komma att hanteras när det statliga stödet efter 2027 skulle utebli. Regeringen instämmer vidare med de remissinstanser, bland andra *Region Jönköpings län* och *Region Jämtland Härjedalen*, som påpekar att ett generellt stöd till huvudmännen är att föredra.

Staten bidrar redan i dag till hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Förutom till högskoleutbildning – utbildningar till bland annat samtliga legitimationsyrken med undantag för kiropraktorer och naprapater – bidrar staten med riktade medel för en bättre kompetensförsörjning. Som tidigare nämnts har regeringen för 2020 tecknat överenskommelsen om god och nära vård i vilken det särskilt ingår att utveckla goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Utöver de åtgärder som regionerna ska vidta för 2020 framgår det av överenskommelsen att medlen kan användas för att utveckla förutsättningarna för primärvårdens medarbetare genom utvecklings-, utbildnings- eller forskningsaktiviteter som stöder omställningen till en nära vård. Vidare beslutade regeringen i september 2019 att inrätta ett nationellt vårdkompetensråd för personal inom hälso- och sjukvården. Det nationella rådet med ett tillhörande kansli inrättades den 1 januari 2020. Det är placerat på *Socialstyrelsen* och ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården. Det nationella rådets uppdrag ska

inriktas på de professioner eller kompetenser som kräver högskoleutbildning. Uppdraget ska genomföras i samråd med Universitetskanslersämbetet.

Regeringen bedömer att staten på ett ändamålsenligt sätt fortsatt bör stödja kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården och därmed bland annat specialiseringstjänstgöring.

Mot ovan angivna bakgrund bedömer regeringen därmed att det aktuella förslaget om att på det sätt som föreslås finansiera specialiseringstjänster inte bör genomföras.

#### *Åtgärder för att minska beroendet av inhyrd vårdpersonal*

Regeringen bedömer också att regionerna behöver vara uthålliga i det fortsatta arbetet med att minska beroendet av inhyrd vårdpersonal i primärvården. Detta måste ske på ett sätt så att inte patientsäkerheten hotas och så att arbetsmiljön inte försämras för anställda medarbetare. SKR tog tillsammans med samtliga regioner hösten 2016 fram en gemensam strategi för att senast den 1 januari 2019 vara oberoende av inhyrd vårdpersonal. Strategin är utformad som en 60-punktslista med åtgärder inom arbetsmiljö, dimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor och nya arbetssätt. Regionerna har också kunnat använda medel genom överenskommelsen om en god och nära vård, se även avsnitt 4.

I betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) lämnar utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård författningsförslag om regioners och kommuners ansvar för utbildning inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

I betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), som presenterades för regeringen i oktober 2019, görs bland annat bedömningen att regionerna behöver samverka bättre kring frågor som gäller bemanning samt att de bör gå samman för att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster.

## 5.5 Utvecklad digitalisering

För att kunna uppnå den utvecklade målbilden i avsnitt 4.2 om att primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten är verksamhetsutveckling genom digitalisering nödvändig. Pågående insatser kopplade till bland annat arbetet med Vision e-hälsa 2025 kan skapa nödvändiga förutsättningar för detta arbete.

Sverige har goda förutsättningar att tillgodogöra sig digitaliseringens möjligheter. Invånarna är bland de mest digitalt mogna i världen och näringsliv och offentlig sektor har i stor utsträckning digitaliserat sin verksamhet. Sverige har också världsledande företag inom informations- och kommunikationsområdet som drivit utvecklingen framåt internationellt.

Det pågår en digitalisering inom samtliga samhällssektorer och tillämpning av nya tekniker som både ökar tillgänglighet och kvalitet och effektiviserar offentliga samhällsuppgifter. Myndigheten för digital

förvaltning inrättades 2018 med uppdraget att samordna och stödja den förvaltningens gemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig. Myndigheten ska stötta andra myndigheter, kommuner och regioner i digitaliseringsarbetet.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är välfärdsområden där digitaliseringen bär med sig stora möjligheter. Dessa sektorer står för en stor del av de offentliga utgifterna och är också sektorer som de flesta invånare någon gång kommer i kontakt med. För socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens målgrupper innebär digitala stöd och tjänster helt nya möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande. De allra flesta människor vill vara oberoende och delaktiga samt ha inflytande och kontroll över frågor och beslut som rör hälsan och den sociala livssituationen. För att kunna möta dessa behov behövs verktyg för kommunikation inom och mellan verksamheterna samt mellan verksamheterna och patienterna.

Genom digitalisering ges goda möjligheter att förbättra insatser som rör barn, unga, äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Digitala lösningar ger nya möjligheter till kommunikation, t.ex. digitala dokument som kan ge mottagaren flera möjligheter att ta del av innehållet beroende på mottagarens behov. Det i sin tur kan stärka delaktighet och självbestämmande då beslut i högre utsträckning kan fattas i samråd med den berörda personen. Det är viktigt att digitalisering och utveckling av it-stöd är inkluderande och sker utifrån olika grupperns behov och förutsättningar, genom principen om universell utformning. I grunden handlar det om att stödja ett individanpassat arbets sätt där verksamheterna tar tillvara och utgår från individens resurser vilket kan leda till såväl bättre hälsoresultat som ökad delaktighet och en mer effektiv verksamhet.

År 2016 ingick regeringen och SKR en överenskommelse om "Vision e-hälsa 2025". Den övergripande visionen är att Sverige 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. Verksamhetsutveckling genom digitalisering ska stödja brukarnas, klienternas och patienternas situation samt ge mer ändamålsenliga stöd för medarbetarna. Visionen kompletterades i februari 2020 med en strategi för genomförande. Syftet med strategin är dels att fastställa hur det gemensamma arbetet mellan staten och SKR ska utformas, dels att peka ut ett antal prioriterade områden inom vilka insatser ska göras för att uppnå visionen. Strategin ska vara vägledande för det gemensamma arbetet och för de insatser parterna gör var för sig, samt i övrigt ge vägledning till det digitaliseringsarbete som bedrivs i kommuner och regioner och av andra aktörer. Regeringen har vidtagit en rad åtgärder med kopplingar till visionen. Bland annat har Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten haft uppdraget att tillsammans utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd kring informationshantering och dokumentation utifrån gällande rätt. Det digitala stödet lanserades i januari 2018 och riktar sig bland annat till personal med journalföringsplikt inom vård och omsorg. Det digitala stödet vidareutvecklas nu med fokus på nytta och användbarhet för målgrupperna. Under 2019 fick E-hälsomyndigheten i uppdrag

att sammanställa och tillgängliggöra gemensamma nationella specifikationer och tillsammans med Folkhälsomyndigheten göra en förstudie om hur personer kan få samlad information om sina vaccinationer digitalt och lättillgängligt.

Regeringen beslutade under sommaren 2019 om direktiv till en utredning med uppdrag att göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37). Utredaren ska bland annat se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård samt utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bland annat vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder. Utredningen ska slutrapportera sitt arbete under 2021.

### *Digital och virtuell vård*

Vård på distans förekommer exempelvis i fråga om kognitiv beteendeterapi, handrehabilitering efter skador eller kirurgiska ingrepp, logopedi-behandling för patienter med röst- och talstörningar samt smärtrehabilitering. Andra exempel som kan nämnas är hjärtundersökningar med ultraljudsrobot, dermatologiska undersökningar och justering av hörselhjälpmedel. Kroniskt sjuka patienter kan med mätinstrument själva i hemmet sköta rutinkontroll av t.ex. blodtryck, blodvärde och blodsocker. Mätresultaten kan då skickas till en databas där läkare tar del av dem.

En snabb tillämpning av digitala tekniker börjar nu ske inom hälso- och sjukvården. I dag kan alla vårdgivare erbjuda digitala tjänster. Utveckling sker t.ex. av videofunktioner, appar och digitala vårdplaner. Sedan 2016 är alla regioner anslutna till den nationella tjänsten Stöd och behandling via 1177 Vårdguiden. Tjänsten kan erbjudas av alla vårdgivare i regionernas regi samt av privata vårdgivare. Arbetet pågår med att utveckla tjänsten på 1177 Vårdguiden. Regionerna har kommit olika långt i sina satsningar med att erbjuda digital vård som ersättning för och komplement till fysiska vårdkontakter. Vissa regioner erbjuder läkarbesök med video eller chatt för förstagångsbesök, andra erbjuder digitala besök vid återbesök. Olika appar gör det möjligt för patienter att snabbt träffa läkare via videomöten och få hjälp med besvär som varken kräver fysisk undersökning eller provtagning för att diagnostisera och därför går bra att behandla på distans. Flera typer av planerad behandling kan utföras på distans direkt mot patienten i hemmet, ofta via video.

Utvecklingen påverkas i och med etableringen av nya privata utförare och tjänster av digital vård. År 2016 etablerades de första utförare som endast erbjuder digitala vårdtjänster med chatt och video. Utredningen Styrning för en jämlik vård (S 2017:08) fick i mars 2018 ett tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nät-doktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård. Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande till regeringen den 1 oktober 2019 (SOU 2019:42), i vilket det lämnas förslag som tydliggör på vilket sätt patienter ska välja utförare i primärvården och där behovet av såväl digital som fysisk tillgänglighet till all primärvård understryks. Utredningens förslag bereds vidare i Regeringskansliet.

### *Digitalisering i primärvården*

Digitala lösningar kan användas för att stödja reformarbetet och omställningen till en nära vård, eftersom vården med digitaliseringens hjälp inte alltid behöver ges geografiskt nära. Digitalisering skapar möjligheter för primärvården att utveckla tjänster som skapar högre tillgänglighet för patienter, möjliggör monitorering på distans och övervakning i hemmet, effektivisering av arbetssätt och processer samt informationsdelning mellan vårdgivare. Till viss del kan ett längre geografiskt avstånd kompenseras med tekniska lösningar som t.ex. möjliggör vissa konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans. Regionerna i norra Sverige ligger i framkant vad gäller att tillhandahålla sådana möjligheter. Motsvarande lösningar skulle med fördel också kunna tillämpas i mer tätbefolkade områden.

Den fortsatta verksamhetsutvecklingen genom digitalisering av hälso- och sjukvården förväntas också få betydelse för produktivitet och effektivitet i primärvården och för samordningen med övriga delar av hälso- och sjukvården. Den fortsatta utvecklingen kan innebära effektivitetsvinster för patienter och vårdens professioner, men i vilken utsträckning och hur snabbt är fortfarande för tidigt att säga.

Regeringens bedömning är att regionerna bör öka sin utvecklingstakt för att kunna erbjuda de vårdtjänster som är lämpliga för digital utförande utifrån invånarnas olika behov – en första linjens digitala vård. Några exempel på detta är triagering, stöd till egenvård, monitorering, uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar, flerpartersmöten för samordning av komplexa behov samt möjligheter för självbetjäning för patienter. Det handlar även om att stödja regionerna i arbetet med att hantera olika typer av patientströmmar och se till att dessa hamnar på rätt vårdnivå med hjälp av digitala stöd. Arbetet med digitalisering behöver utvecklas som en integrerad del av den löpande verksamhetsutvecklingen i primärvården, så att digitaliseringslösningar blir ett svar mot verkliga behov och tar hänsyn till att patienter med störst medicinskt behov ska prioriteras först. På så sätt kan principen om vård efter behov tryggas. Det handlar även om att förbättra informationsflödet mellan vårdens olika delar. Att utveckla digitala tjänster där information kan tillgängliggöras för personalen eller individen genom hela vårdförloppet, oavsett verksamhet och vilket vårdssystem som en vårdgivare använder, kan både stärka patientens ställning och göra vården mer samordnad. Regeringen beslutade i oktober 2019 att bevilja SKR medel för insatser under 2019 som syftar till att utveckla första linjens digitala vård. Regeringen har beslutat om medel även för 2020. Totalt har SKR fått drygt 160 miljoner kronor för detta syfte.

Av de överenskommelser som regeringen tecknat med SKR framgår att en ökad digitaliseringstakt samt säkra och ändamålsenliga it-system är centrala faktorer för den önskade utvecklingen i hälso- och sjukvården och för att personalen i vården ska få bättre förutsättningar att tillhandahålla god och nära vård med hög tillgänglighet och god kontinuitet.

Digitalisering skapar även förutsättningar för effektivare arbetssätt och processer, något som kan innebära kortare väntetider i vården och avlastning för personalen.

### *It-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare*

It-stöd är en nödvändighet i dagens hälso- och sjukvård. Snabb och relevant information om tidigare eller pågående vårdprocesser och de insatser som genomförts inom dessa är, liksom tillgång till bästa tillgängliga kunskap, grundläggande för att personalen ska kunna ge en effektiv och säker vård. De krav som finns på t.ex. journaldokumentation, mätning, redovisning och uppföljning har också medfört att vi vet mer om hälso- och sjukvården i termer av t.ex. resultat, kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet än tidigare. Samtidigt finns det mycket som pekar på att de administrativa system och regler vi har i dag inte är ändamålsenliga. Exempel på administrativt betungande uppgifter kan vara dokumentation vid remittering, in- och utskrivningar och undersökningar av platstillgång. Ofta nämns också kraven på rapportering, främst till sjukvårdshuvudmännen men också till kvalitetsregister och hälsodataregister. Andra områden som berörs är it-systemens bristande funktionalitet och behovet av en förbättrad journalstruktur där kunskapsstöd är integrerade med strukturerad information om patienten, samt omfattningen av dagens krav på dokumentation och signering.

Administrationns omfattning bidrar till negativa upplevelser av arbetsmiljön och till att förtroendet för hälso- och sjukvårdens styrning och ledning minskar hos dess personal. En del av registreringsarbetet skulle förmodligen kunna hanteras av andra yrkesgrupper med annan formell kompetens. Det är också viktigt att representanter för medarbetare som berörs av aktuella arbetsuppgifter involveras i utvecklingen av e-tjänsterna och att berörda medarbetare har nödvändiga kunskaper för att kunna hantera de stöd som finns på ett så effektivt sätt som möjligt.

Som nämnts ovan har regeringen och SKR ställt sig bakom en gemensam vision för e-hälsoarbetet fram till 2025. Avsikten är att visionen ska följas av en eller flera handlingsplaner som förtydligar insatser som kan bidra till att uppnå visionen.

Flera insatser som genomförs i syfte att uppnå den gemensamma visionen kan även stödja mål och utvecklingsområden i överenskommen om god och nära vård, se avsnitt 4. Bland annat avsätts medel för insatser inom områdena gemensam tillämpning av standarder och informationssäkerhet.

## 5.6 En kunskapsbaserad vård

Att varje patientmöte baseras på bästa kunskap är en förutsättning för en jämlik primärvård. Målet är därför att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. För att uppnå detta behöver bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklas, spridas och användas i verksamheterna.

Primärvården omfattar ett mycket brett kunskapsområde, vilket gör att behovet av kunskapsstöd är särskilt stort i primärvårdens verksamheter. För att kunskap ska tillämpas och utvecklas så att det ger bästa möjliga nytta för patienterna krävs att nationella kunskaps- och beslutsstöd finns



tillgängliga i den digitala miljön på ett smidigt sätt och att kommunikationen med målgrupperna är samordnad.

Det framgår av HSL att kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheterna systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL). Enligt 18 kap. 2 § samma lag ska regioner och kommuner medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete inom hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) följer att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att patienterna ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Enligt 6 kap. 4 § samma lag är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anger att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns mot denna bakgrund uttalade krav på utveckling av kvalitet i hälso- och sjukvården i dag. Verksamheternas förbättringsarbete på den lokala nivån är viktigt i strävan att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik vård. Det krävs en kombination av professionell kunskap och förbättringskunskap för att förbättringar ska ske i hälso- och sjukvården.

Den kommunala hälso- och sjukvården växer i betydelse och kraven på att den ska vara kunskapsbaserad är lika stora som för den hälso- och sjukvård där regionen är huvudman. Det är därför angeläget att den kommunala hälso- och sjukvården inkluderas i det nationella sammanhållna systemet för en kunskapsbaserad vård.

### *Regionernas kunskapsstyrningssystem*

Regionerna har etablerat ett nationellt system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Bland annat ska behov identifieras och kunskapsstöd tas fram och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna de kunskapsstöd som används i hälso- och sjukvården. Förutom kunskapsstöd ingår stöd till uppföljning och analys, stöd till verksamhetsutveckling och stöd till ledarskapet. Kunskapsstyrningssystemet leds av Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).

I dagsläget omfattar kunskapsstyrningssystemet regionerna, med målsättningen att hitta samarbetsformer tillsammans med kommunerna.

Tillsammans med SKR tar regionerna också fram ett gemensamt kunskapsstöd för vårdpersonal i primärvården, Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården. Kunskapsstödet består av nationella rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning och innehåller nationella rekommendationer anpassade för patientmötet i primärvård.

### *Partnerskap mellan myndigheter och regionernas kunskapsstyrningssystem*

Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och närmast berörda myndigheter i Rådet för styrning med kunskap tecknade under våren 2018 en överenskommelse om att ingå ett partnerskap. Myndigheterna och SKS ska tillsammans utveckla och pröva en modell för en långsiktig samverkan på nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning på hälso- och sjukvårdsområdet. Partnerskapet ska bland annat bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till en behovsanpassad kunskapsutveckling. Huvudsyftet är att bidra till att resurserna i vården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient för att uppnå en effektiv och jämlik vård med hög kvalitet.

### *Partnerskap mellan SKR, Socialstyrelsen och regionala samverkans- och stödstrukturer*

SKR, Socialstyrelsen och regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) har sedan 2016 en modell för långsiktig samverkan mellan regional och nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning av socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård. Det långsiktiga målet för partnerskapet är att brukare som är i behov av insatser inom socialtjänstens verksamhetsområde ska erbjudas vård, service och omsorg där forskning och bästa tillgängliga kunskap används medvetet och systematiskt tillsammans med de professionellas expertis. Till uppgifterna hör att se över om befintlig kunskap behöver spridas och målgruppsanpassas och analysera hur kunskapsbehov på andra sätt kan mötas. En av de frågor som har uppmärksammas i partnerskapet är behovet av stöd till kommunerna i deras arbete med hälso- och sjukvård.

### *Rådet för styrning med kunskap*

En grundförutsättning för en hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen, oavsett huvudman, är att hälso- och sjukvården är baserad på den bästa tillgängliga kunskapen. Flera statliga myndigheter såsom Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket utvecklar kunskapsstöd och underlag till kunskapsstöd för hälso- och sjukvården och till socialtjänsten.

Förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst trädde i kraft den 1 juli 2015. Förordningen tydliggör att syftet med den statliga styrningen med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är att utgöra ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet och bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska även bidra till en ökad jämställdhet. Nio myndigheter samverkar i Rådet för styrning med kunskap för att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad och till stöd för huvudmän och professionen.

Rådet verkar också för att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter tas om hand, samverkar med myndigheter som inte ingår i

rådet och med andra offentliga och privata aktörer och är ett forum för frågor om kunskapsutveckling, forskning och innovationer. Rådet bidrar även till att myndigheterna kan koordinera relevanta delar av sina respektive verksamheter med andra myndigheter i syfte att uppnå en bättre effekt och en mer samordnad kommunikation med målgrupperna.

Parallellt med Rådet för styrning med kunskap finns en huvudmannagrupp som ska informera rådet om områden där huvudmännen har behov av kunskap.

Statskontoret har haft regeringens uppdrag att utvärdera om syftet med förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst uppnås. I en delrapport från den 2 maj 2016 konstaterade Statskontoret att rådet har integrerat sitt arbete om hälso- och sjukvården och socialtjänsten och uppmärksammat sambanden mellan dessa områden. Statskontoret bedömer i sin slutrapport från den 1 november 2018 att samverkan mellan myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap och mellan rådet och huvudmännen i kommuner och regioner har fördjupats sedan starten. Det återstår dock utmaningar innan kunskapsstyrningen är tillräckligt samordnad, effektiv och behovsanpassad. Statskontoret bedömer att rådet även i fortsättningen bör uppmärksamma att sambanden mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas i frågor där de båda områdena har med varandra att göra.

## 6 Förslag för en stärkt primärvård

### 6.1 Definitionen av primärvård moderniseras

<p><b>Regeringens förslag:</b> Definitionen av primärvård ska ändras på så sätt att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.</p>
---

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår att definitionen ändras på så sätt att primärvården svarar för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

**Remissinstanserna:** Majoriteten av de remissinstanser som yttrar sig specifikt över förslaget tillstyrker det. Bland dem som tillstyrker finns *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Dietisternas riksförbund*, *Fysioterapeuterna*, *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)*, *Smer*, *Arjeplogs kommun*, *Region Dalarna*, *Svensk förening för akutsjukvård* och *Socialstyrelsen*. Socialstyrelsen anser dock att det behövs ett fördjupande avseende kommunal hälso- och sjukvård.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer att en definition i lagstiftningen är ett viktigt verktyg för att bidra till en mer likvärdig och stärkt primärvård i landet. Det är enligt myndigheten viktigt att tydliggöra att primärvården inte enbart ska svara för enkla åtgärder och att gränsdragningen mellan primärvård och övrig vård inte bör kopplas till sjukhusbyggnaden. RSMH stöder tankegången att också kvalificerad vård kan ingå i primärvårdsbegreppet och att det alltså inte enbart är de ”enklaste ingreppen” som ska kunna utföras i primärvården.

Samtidigt finns vissa kritiska synpunkter på delar av förslaget. Flera remissinstanser, däribland *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Gotlands kommun*, *Region Gävleborg*, *Region Halland*, *Region Jönköpings län* och *Region Blekinge* anser att den föreslagna definitionen inte tar höjd för, belyser eller inrymmer den kommunala hälso- och sjukvården. Eftersom kommunal hälso- och sjukvård är avgränsad till vård som får ges till bestämda grupper stämmer enligt flera av de nämnda instanserna inte definitionens första mening, där det anges att primärvård är öppenvård utan avgränsningar när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. SKR bedömer att definitionen inte fungerar om syftet är att beskriva alla verksamheter inom primärvården, då det förutom de kommunala verksamheterna med lagstadgade begränsningar finns en mängd verksamheter inom primärvård som endast möter kraven i den andra meningen. Det kan t.ex. gälla psykiatriska mottagningar för unga vuxna eller hembesöksteam för äldre. Den första meningen fungerar endast om definitionen beskriver hela primärvården övergripande och om det är så den ska läsas bör detta tydliggöras.

*Region Stockholm* anser att regionens primärvård och kommunal hälso- och sjukvård inte bör sammanblandas begreppsmässigt. Regionen menar att begreppsförvirringen gör att det är svårt att se om något förslag berör kommunerna. *Region Jönköpings län* och *Uppsala kommun* uttrycker att det är viktigt att det i de specifika förslagen tydliggörs om det är den ena eller båda huvudmännen som avses, medan *Region Jämtland Härjedalen* och *Åre kommun* önskar en tydligare beskrivning av gränsdragningen mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar.

SKR menar att då den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvarsområde är just grundläggande vård försvinner kopplingen till det kommunala ansvaret om begreppet tas bort. *Vårdförbundet* anser att begreppet grundläggande behov bör vara kvar eller ersättas av ”de allra flesta vårdbehoven”. *Vårdförbundet* invänder även mot användandet av ordet ”medicinsk” när primärvården ska omfatta flera olika professioner och kunskapsområden, exempelvis omvårdnad och rehabilitering.

*Nyköpings kommun* anser att definitionen av primärvård ytterligare bör preciseras och bedömer att det finns risk för otydlighet vid gränsdragning avseende formuleringen ”... som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. *Svenska läkaresällskapet* saknar en djupare analys av det dynamiska förhållandet mellan vilka vårdbehov som av kvalitets- och effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser än de som primärvården kan tillgodose. *Svensk förening för glesbygdsmedicin* menar att ”effektivitetsskäl” bör utgå då det kan uppfattas så att man lätt kan lägga ner beredskapen på glesbygdsvårdcentraler då politiker eller administratörer bedömer att ”effektivitetsskäl”

gör att ”annan specialistkompetens” krävs – dvs. handläggning på sjukhus av olika organspecialister och inte av generalistens personcentrerade arbetsätt. Man får fragmentering i stället för helhetsbedömning, kontinuitet och närhet i vården. Detta är särskilt riskabelt i glesbygden där avstånden till de alternativa organspecialisterna är stora. Smer bedömer att ett ytterligare skäl för att koncentrera resurser, utöver kvalitet och effektivitet, kan vara att den aktuella patientgruppen är för svag för att kunna förflytta sig mellan olika vårdgivare.

Region Jämtland Härjedalen anser att det är svårt att knyta definitionen till begrepp som ”särskilda tekniska resurser” eller ”särskild kompetens”. *Funktionsrätt Sverige* anser det vara oklart vad begreppen ”andra resurser” och ”annan kompetens” innebär när de frikopplas från begreppet ”sjukhus”. Även Vårdförbundet anser att vad som menas med ”andra” är oklart. Svensk förening för glesbygdsmedicin anser att ordet ”öppenvård” förmodligen bör strykas i lagtexten med hänsyn till den glesbygdsmedicinska modellen som baseras på dels primärvård i öppenvård, dels primärvård i slutenvård i form av allmänmedicinska slutenvårdsplatser.

**Skälen för regeringens förslag:** I 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, definieras begreppet primärvård. Med primärvård avses enligt bestämmelsen 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.

Uttrycket primärvård används i HSL i bestämmelserna om fast läkarkontakt och vårdvalssystem (7 kap. 3 §) och om vårdgaranti (9 kap.).

Enligt regeringen bör definitionen moderniseras och anpassas till de strukturella förändringar som skett på hälso- och sjukvårdsområdet. Definitionen bör vara så tydlig som möjligt men samtidigt allmänt hållen för att inte hindra en fortsatt dynamisk utveckling och ett flexibelt arbetsätt.

Utredningen föreslår för det första att begreppet ”grundläggande” tas bort ur definitionen. Omfattningen av primärvårdens uppdrag har enligt utredningen behandlats av utredningar och regeringar i decennier. Uppdraget har aldrig beskrivits på ett sådant sätt att det ger stöd för att gränsen för primärvårdens uppdrag ska dras mellan enkla, okomplicerade insatser å ena sidan och kvalificerad vård å andra sidan. Definitionen har dock av en del tolkats på detta begränsande sätt. Utredningens uppfattning är i stället att nuvarande uttryck snarare tar sikte på vanligt förekommande vårdbehov, såväl enkla som komplexa. Mot bakgrund av att begreppet grundläggande kan uppfattas som vilseledande och primärvårdens ansvarsområde avgränsas i tillräcklig mån genom definitionens lydelse i övrigt föreslår regeringen att ordet tas bort utan att ersättas av något annat uttryck.

Enligt bland andra *SKR* försvinner kopplingen till det kommunala ansvaret om begreppet grundläggande tas bort. Även *Vårdförbundet* anser att begreppet grundläggande behov bör vara kvar eller ersättas av ”de allra flesta vårdbehoven”. Regeringen kan dock konstatera att det

även inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården vidtas åtgärder av annat än enbart enkelt och okomplicerat slag och att ordet grundläggande därför kan vara missvisande också för avgränsningen mellan den del av primärvården som har en kommun som huvudman och övrig hälso- och sjukvård.

Regeringen föreslår vidare att primärvårdsdefinitionen ändras för att tydligare återspegla den omstrukturering av vården som redan pågår. Primärvårdens uppdrag omfattar enligt nu gällande definition åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Bestämmelsens sjukhusperspektiv ligger inte i linje med den inriktning som hälso- och sjukvårdssystemet successivt är på väg mot. I praktiken har sjukhusbyggnaden ofta kommit att avgöra var gränsen går mellan primärvården och annan specialiserad vård. En del av den vård som inte behöver utföras på ett sjukhus flyttar emellertid nu ut och utförs på andra platser. Det förekommer också att primärvårdsmottagningar lokaliseras i sjukhusbyggnader eller i nära anslutning till ett sjukhus, om en region väljer att organisera sin hälso- och sjukvård på det sättet. För att stödja den pågående omstruktureringen bör gränsdragningen inte längre kopplas till sjukhusbyggnaden. En mer ändamålsenlig gränsdragning mellan primärvård och annan specialiserad vård bör enbart ta utgångspunkt i om vården kräver generalist- eller annan specialistkompetens inom olika professioner, oavsett vilken huvudman som ska utföra vården.

Både regionerna och kommunerna är huvudmän för primärvården. Enligt regeringen ska primärvården även i fortsättningen stå för en bred kompetens som kan tillgodose den enskilda individens allra flesta vårdbehov. Primärvård kännetecknas av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser som samverkar kring patienten och bör därför definieras utifrån generalistens breda kompetens. Det är naturligt att den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården. Samtidigt krävs det en mängd andra generalistkompetenser för att klara ett omfattande uppdrag. Andra yrkesgrupper med bred kompetens som kan vara nödvändiga för att fullgöra primärvårdens uppdrag är t.ex. arbetsterapeuter, barnmorskor, biomedicinska analytiker, dietister, farmaceuter, fysioterapeuter, kuratorer, medicinska sekreterare, psykologer, sjuksköterskor och undersköterskor.

Regeringen delar utredningens bedömning att definitionen av primärvård bör göras mer modern och ändamålsenlig genom att kopplingen till sjukhus tas bort. En sådan justering ligger i linje med den utveckling på hälso- och sjukvårdsområdet som redan pågår och stöds av samtliga remissinstanser som har yttrat sig i frågan. I förarbetena till HSL anförs att primärvården ska svara för befolkningens behov av grundläggande vård och behandling m.m. Detta ska ske utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. I primärvården ska det således inte finnas särskilda specialiteter för olika sjukdomar eller kroppsdelar. Ansvarsområdet gäller sådana åtgärder där det inte finns behov av sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I detta ligger bland annat patienternas behov av undersökningar och vård hos läkarspecialiteter och andra yrkesgrupper inom vården. Avgränsningen innebär inte att patienten måste bli inlagd på sjukhuset (prop. 1994/95:195 s. 80 f.). Övrig öppenvård har sin grund i

den specialiserade sjukvården med insatser av läkare med andra specialistkompetenser än de i allmänmedicin (a. prop. s. 47).

Utredningen föreslår att definitionens uttryck ”som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens” ersätts med ”som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. Avsikten är enligt utredningen att tydliggöra att det avgörande för gränsdragningen är om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl finns behov av annan medicinsk kompetens än den allmänmedicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Vissa remissinstanser, bland andra *Svensk förening för glesbygdsmedicin*, ifrågasätter förslaget att införa begreppet kvalitets- eller effektivitetsskäl i definitionen. Enligt 7 kap. 2 a § HSL ska regionen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. Såsom utredningen påpekar kan det således av kvalitets- eller effektivitetsskäl finnas behov av att samla viss specialistkompetens eller teknisk utrustning till andra delar av hälso- och sjukvården än primärvården. Gränsen för primärvårdens ansvar bör emellertid enligt regeringens mening inte påverkas av vilka orsakerna är till att vissa resurser koncentreras till exempelvis sjukhus eller öppen specialistvård. Utredningens förslag kan också tolkas som att det är kvalitets- eller effektivitetsskäl, inte patienternas tillstånd och behov av vård, som ska avgöra om det krävs andra resurser än exempelvis allmänläarkompetens och därmed var gränsen för primärvårdens ansvarsområde går. Någon koppling till kvalitets- eller effektivitetsskäl finns inte i definitionen i dag och bör enligt regeringen inte heller finnas i bestämmelsens nya lydelse. Regeringen instämmer vidare med de remissinstanser som menar att utredningens förslag att ersätta ”sjukhusens” resurser med ”andra” resurser innebär att bestämmelsen i denna del blir otydlig. Den föreslagna lydelsen speglar inte den betydelse som bestämmelsen är avsedd att ha.

Regeringen anser mot ovan angivna bakgrund att den nuvarande definitionens uttryck ”sjukhusens medicinska och tekniska resurser” bör ersättas med ”särskilda medicinska eller tekniska resurser”. Enligt regeringen bör särskilda medicinska resurser kunna avse annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller likvärdig specialitet, såsom geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Med särskilda tekniska resurser avses exempelvis särskilt avancerad eller kostsam utrustning som brukar koncentreras till exempelvis sjukhusen. Genom den föreslagna ändringen hamnar exempelvis den öppna specialistvård som bedrivs utanför sjukhusen normalt sett utanför vad som är att anse som primärvård.

Inom primärvårdens ansvarsområde ligger även insatser som inte kräver annan särskild kompetens. Någon ändring föreslås inte av denna del av definitionen. Vad som avses med uttrycket annan särskild kompetens anges inte i förarbetena till bestämmelsen, men utredningen uppfattar att det tar sikte på t.ex. om viss teknisk utrustning kräver särskild kompetens som inte finns i primärvården eller om det krävs ett sådant sammansatt kompetensteam av yrkeskategorier som inte finns tillgängliga i primärvården.

Den 1 januari 2019 trädde nya bestämmelser om en förstärkt vårdgaranti i kraft (9 kap. 1 2 § HSL). Tidigare var det första steget i vårdgarantin utformat på så sätt att den enskilde inom viss tid skulle få besöka läkare inom primärvården. Numera ska den enskilde i stället inom viss tid få en medicinsk bedömning inom primärvården. Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att anpassa definitionen av primärvården till den ändring som gjorts i fråga om vårdgarantin genom att ”bedömning” läggs till i uppräkningslistan av de olika slags insatser som primärvården ska utföra.

Svensk förening för glesbygdsmedicin anser att ordet ”öppenvård” förmodligen bör strykas i lagtexten med hänsyn till den glesbygdsmedicinska modellen som baseras på dels primärvård i öppenvård, dels primärvård i slutenvård i form av allmänmedicinska slutenvårdsplatser. Regeringen konstaterar att primärvårdens ansvarsområde även i fortsättningen enbart omfattar öppen vård. Detta hindrar dock inte regionerna från att bedriva allmänmedicinsk slutenvård. Till följd av definitionens utformning omfattas den formen av vård dock inte av bestämmelserna i HSL om vårdgaranti och vårdvals-system.

Flera remissinstanser, bland andra SKR, anser att den föreslagna definitionen inte tar höjd för, belyser eller inrymmer den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår inte någon ändring av den första meningen i definitionen, i vilken det anges att primärvården inte ska vara avgränsad när det gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp. Bland andra SKR påpekar att den kommunala hälso- och sjukvården också anses som primärvård men att avgränsningen av dess ansvar till bland andra äldre och personer med funktionsnedsättning står i strid med den första delen av definitionen. Regeringen konstaterar att det redan när motsvarigheten till definitionen infördes i tidigare lagstiftning påpekades att den omständigheten att primärvårdens ansvar gäller utan avgränsning i fråga om sjukdomar, ålder, patientgrupper, kön eller organsystem självfallet inte utesluter att vissa av dess åtgärder vänder sig till speciella grupper, t.ex. barnhälsovård och mödravård (prop. 1994/95:195 s. 46 f.). Enligt regeringen får således definitionen anses beskriva hela primärvårdens övergripande uppdrag – oavsett huvudman. Hemsjukvård i ordinärt boende som kommunen kan erbjuda enligt 14 kap. 1 § HSL är inte heller begränsad till någon specifik grupp.

Redan i dag är den kommunala hälso- och sjukvården en del av primärvården. Den föreslagna definitionen avser naturligtvis inte att ändra på detta förhållande. Regeringen ser dock ett behov av att stärka förutsättningarna för samordning i hälso- och sjukvården. Både regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad.

I alla regioner utom en har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat. Att regioner och kommuner samverkar inom ramen för sina respektive



uppdrag är väsentligt för att patienter ska kunna uppleva att det samlade omhändertagandet är tryggt och utan märkbara skarvar. Även för patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare inom regionens primärvård det medicinska ansvaret. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att samverka mellan de båda huvudmännen fungerar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft den 1 januari 2018.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har haft i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan huvudmännen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Utredningen har också haft i uppdrag att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. I uppdraget har ingått att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner, överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett huvudman samt att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till en samordnad individuell plan. Utredningen redovisade uppdraget i dessa delar i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

#### *Förslaget innebär inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen*

Förslaget till ändrad definition av primärvården innebär enligt regeringens bedömning inga nya åtaganden för regioner och kommuner. Regeringen bedömer därmed att förslaget till ändrad definition inte leder till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Begreppet grundläggande har tolkats på olika sätt och innebär därmed en otydlighet. Regeringen bedömer inte att begreppet grundläggande är nödvändigt för att avgränsa primärvården. Omfattningen av primärvårdens uppdrag har diskuterats under lång tid och det finns inget stöd för att gränsen för primärvårdens uppdrag ska dras mellan enkla, okomplicerade insatser å ena sidan och kvalificerad vård å andra sidan, en tolkning som begreppet grundläggande ibland har medfört.

För att stödja den pågående omställningen bör gränstragningen mellan primärvård och annan specialiserad vård inte heller kopplas till sjukhusbyggnaden. Primärvård kan vara lokaliserad på eller i nära anslutning till sjukhus, och vård som inte behöver utföras på sjukhus utförs i dag på andra platser. Detta är i linje med både den medicinska utvecklingen och effektivitetsskäl eller andra organisatoriska skäl och i linje med hur hälso- och sjukvården är organiserad redan i dag, i olika utsträckning över landet och utifrån lokala förhållanden.

Den 1 januari 2019 trädde nya bestämmelser om en förstärkt vårdgaranti i 9 kap. HSL i kraft. Numera ska den enskilde inom viss tid få en medicinsk bedömning inom primärvården, tidigare var det första steget i vårdgarantin utformat så att den enskilde skulle få besöka en läkare i primärvården inom en viss tid. Förslaget till ändrad definition av

primärvården anpassar definitionen till den ändring som gjorts i fråga om vårdgarantin genom att ordet bedömning läggs till i uppräkningsdelen av de olika slags insatser som primärvården ska utföra. Regeringen bedömer att primärvården redan i dag svarar för både medicinsk bedömning och behandling, även om detta inte uttryckts explicit i definitionen tidigare.

## 6.2 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas

**Regeringens förslag:** Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården samt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens. Utredningens förslag har i stort sett samma beståndsdelar som regeringens, men innehåller dessutom bestämmelser om brådskande hälso- och sjukvård, sakkunnig information, rådgivning och stöd samt rehabilitering. Utredningen föreslår vidare att grunduppdraget ska regleras i förordning.

**Remissinstanserna:** Majoriteten av de remissinstanser som berör denna fråga uttrycker stöd för att primärvårdens grunduppdrag behöver regleras på nationell nivå. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* menar bland annat att en övergripande nationell reglering av primärvårdens grunduppdrag är nödvändig och att den kommer att inskränka den kommunala självstyrelsen. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* anser att det är angeläget att primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården tydliggörs. Enligt *Sjukhusläkarna* är en författningsreglering av grunduppdraget den enda framkomliga vägen för att primärvården ska kunna erbjuda befolkningen en jämlik vård oavsett bostadsort.

Flera instanser tillstyrker att primärvårdens grunduppdrag regleras på förordningsnivå, bland andra *Socialstyrelsen*, *Apotekarsocieteten*, *Distriktsköterskeföreningen*, *Funktionsrätt Sverige*, *SPF Seniorerna*, *Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM)*, *Svensk sjuksköterskeförening*, *Region Värmland* och *Vårdförbundet*.

Andra remissinstanser, bland andra SKR, *Sveriges läkarförbund*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Kalmar*, *Region Kronoberg*, *Region Norrbotten*, *Region Skåne*, *Region Stockholm*, *Region Västernorrland*, *Region Örebro län* och *Region Östergötland* uttrycker att primärvårdens grunduppdrag i stället för i förordning ska eller kan behöva regleras i lag. Skälen som lyfts är att det behöver finnas möjlighet till lokal anpassning och att grunduppdraget därför inte bör detaljstyras i en förordning, att en lagreglering ger en annan möjlighet till långsiktighet och stabilitet samt att nya åligganden normalt ska regleras i lag. SKR

anser dessutom att grunduppdraget bör fokusera på vad primärvården ska åstadkomma snarare än hur detta ska uppnås. Region Västernorrland ifrågasätter vilken betydelse en icke ambitionshöjande förordningsändring kommer att få för ett system som måste utvecklas i grunden.

Flera regioner, t.ex. *Region Västmanland*, lyfter också att ett reglerat grunduppdrag kan påverka huvudmännens möjligheter att utforma sina vårdvalsuppdrag. *Region Uppsala* anser att en förordningsstyrd reglering ger utrymme för att organisera delar av primärvårdsuppdraget utanför det obligatoriska vårdvalet, vilket är en förutsättning för utvecklingen av en viss koncentration av den nära vården och en mer nära vård i samverkan med länets kommuner.

*Region Blekinge* instämmer i att tillgängligheten till primärvården behöver förbättras. Ett sätt att göra detta är att utöka öppettiderna, det kan även handla om andra kanaler för kontakt som t.ex. digitala besök. *Region Halland* anser att det är tillräckligt med uttrycket god tillgänglighet i stället för mycket god tillgänglighet för att inte förringa uttrycket god i andra styrande texter. Även Socialstyrelsen ifrågasätter införandet av ett nytt värderande uttryck. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påpekar att exakt hur tillgången och tillgängligheten till primärvården ska utformas behöver anpassas efter invånarnas behov och önskemål samt lokala och regionala förutsättningar.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser också att det är särskilt positivt att utredningen föreslår att primärvårdens samordnande roll ska tydliggöras. Även Region Norrbotten ser det som naturligt att primärvården har en samordnande roll för patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården och påpekar bland annat att det är särskilt viktigt att beakta patientgrupper med komplexa vårdbehov eller nedsatt autonomi. Region Stockholm ser positivt på förslaget om samordning men anser, liksom SKR, att informationsdelningsfrågan är avgörande för att möjliggöra samordning. Så länge det inte är möjligt att dela information mellan aktörer är det svårt att utveckla samverkan.

Flertalet remissinstanser, bland andra SKR, ser mycket positivt på att utredningen understryker det förebyggande arbetet på såväl befolknings- som individnivå och ställer sig bakom förslaget.

*Vetenskapsrådet* anser att det är bra att forskning inkluderas i primärvårdens grunduppdrag. Funktionsrätt Sverige ställer sig också bakom förslaget. I och med primärvårdens roll som nav i vården så blir inte bara diagnosspecifik forskning relevant, utan även sådan som rör samsjuklighet och funktionsnedsättning kopplat till hälsa. *Lif – de forskande läkemedelsföretagen* vill understryka nödvändigheten av att klinisk forskning ses som ett komplement till vårdproduktion. Socialstyrelsen och SKR menar att utredningens författningsförslag bör ses över och korrespondera med lydelsen i 18 kap. 2 § HSL.

## **Skälen för regeringens förslag**

### *Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården*

Målet med hälso- och sjukvården är enligt HSL en god hälsa och en vård på lika villkor. Det innebär att hela befolkningen vid behov och på lika

villkor ska få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Vården ska därmed vara jämlik och vilken vård man får ska inte bero på var man bor i landet.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslår att ett nationellt grunduppdrag för primärvården ska regleras i förordning. Utredningen lämnar också ett förslag till förordningsändring som innebär en reglering av vad som minst ska erbjudas inom primärvården i samtliga regioner och kommuner. Utredningens avsikt med förslaget är inte att föreslå några nya skyldigheter för kommuner och regioner utan endast att förtydliga vad som redan i dag får anses vara skyldigheter för huvudmännen (SOU 2018:39 s. 319).

Ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården är framför allt att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag. Förslaget skapar också en överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå.

Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan även bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förutom bestämmelsen i HSL om definitionen av primärvård finns det i dag inte någon reglering av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av regionernas bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den kommunala självstyrelsen innebär dessutom att regionerna har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. Vissa hälso- och sjukvårdstjänster kan ingå i uppdraget till primärvården i en region men utföras på en annan vårdnivå i en annan.

Det har tidigare framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. I samband med att det infördes krav på vårdvalssystem inom primärvården avstod regeringen ifrån att fastslå ett nationellt uppdrag för primärvården men anförde samtidigt att regionerna, utifrån behovet av likvärdig behandling i hela landet, borde samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen framhöll även att den fortsatt skulle överväga behovet av att i författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Om det skulle visa sig att de krav som regionerna ställer i vårdvalssystemen motverkar etablering eller leder till allt för stora skillnader i villkoren för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare, avsåg regeringen att ta initiativ till att i författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården, se propositionen Vårdval i primärvården (prop. 2008/98:74 s. 33).

Riksrevisionen har granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti har påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I granskningsrapporten Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22) rekommenderade Riksrevisionen att regeringen skulle ta initiativ till att bland annat formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Skillnaderna i primärvårdens innehåll bedömdes medföra att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård för alla och prioritering av de svårast sjuka inte har uppfyllts.

Primärvårdens kostnader hade enligt rapporten ökat, utan att kostnaderna för den specialiserade vården hade minskat.

Regeringen konstaterade i skrivelsen Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning (skr. 2014/15:72) att det finns fördelar med ett tydligare formulerat grunduppdrag för primärvården. Ett sådant uppdrag borde enligt vad som uttrycks i skrivelsen ta hänsyn till och respektera den kommunala självstyrelsen och behovet av regionala skillnader samt vara flexibelt i förhållande till den medicinska utvecklingen som innebär att vad som kan utföras i öppen respektive sluten vård kan variera över tid. Som nämns i avsnitt 4 sker den medicinska utvecklingen i snabb takt. Det innebär bland annat att behandlingar som tidigare behövde sjukhusets resurser och som endast var aktuella för patienter som var inlagda på sjukhus nu kan utföras med t.ex. titthålskirurgi i öppen specialistvård eller kanske till och med behandlas i primärvård. Detta gör att all form av reglering av området – oavsett om det handlar om sjukhusvård eller primärvård – behöver ske med försiktighet och med hänsyn till att den snabba utvecklingen riskerar att göra reglerna inaktuella.

Regeringen gav därefter Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur regionerna formulerar sina primärvårdsuppdrag. I kartläggningen Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade (2016) konstaterade myndigheten att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande var relativt överensstämmande mellan regionerna. Samtidigt hade myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och då observerat en variation mellan regionerna i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömde att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan regionerna.

Synen på primärvårdens uppdrag i kommuner och regioner verkar därmed fortsatt variera. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) föreslås att primärvårdens uppdrag ska regleras i författning eftersom andra styrmedel som används för att skapa en mer jämlik primärvård inte har fungerat. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård uttrycker att de under dialoger och möten runt om i Sverige fått en i stort sett samstämmig bild av att samtliga berörda aktörer, även huvudmän, nu ser ett mervärde i och ställer sig bakom att staten formulerar ett nationellt primärvårdsuppdrag. Att primärvårdens grunduppdrag tydligare framgår av en nationell reglering kan medföra att det blir tydligare hur hälso- och sjukvårdens resurser bör disponeras. En reglering kan också bidra till ett tydligare gränssnitt i förhållande till andra delar av hälso- och sjukvården.

Enligt regeringens bedömning är det rimligt att utgå ifrån att alla har samma behov av hälso- och sjukvård oavsett var de bor i landet. Varje enskild individ behöver inte använda alla delar av hälso- och sjukvården under sin livstid men överallt i landet finns ett samlat behov av alla hälso- och sjukvårdens delar. Det finns därför ingen anledning för primärvårdens grundläggande utbud att variera.

Den 1 januari 2019 trädde lagändringar i kraft om att hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen. Regeringen bedömer att primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvårdssystemet. Ett nationellt utformat

grunduppdrag underlättar för invånarna att veta vad de kan förvänta sig av primärvården oavsett i vilken region eller vilken kommun de befinner sig. Hur vården sedan utformas behöver anpassas till regionala och lokala förhållanden, såsom avstånd, demografi och epidemiologi. En nära vård kan t.ex. ges i form av mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell hälso- eller vårdcentral – allt utifrån patientens behov. Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården utgör ett viktigt steg i omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården.

#### *En reglering bör göras på lagnivå*

Enligt regeringens mening är primärvårdens roll som första linjens vårdnivå så central i hälso- och sjukvårdssystemet att dess närmare uppgifter bör anges på en hög normnivå, dvs. i lag eller förordning. Föreskrifter som gäller regioners och kommuners åligganden ska som huvudregel meddelas genom lag (8 kap. 2 § första stycket 3 regeringsformen). Det finns däremot inga hinder för lagstiftaren att delegera föreskrifträtten till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (8 kap. 3 § första stycket och 10 § regeringsformen). Vanligtvis anses det också mindre lämpligt att tynga en lag med mer detaljerade bestämmelser. Ett antal remissinstanser, bland andra flera regioner och SKR, är däremot av uppfattningen att primärvårdens grunduppdrag bör regleras i lag. Regeringen instämmer i remissinstansernas synpunkter. En lagreglering innebär en högre grad av långsiktighet och stabilitet. Dessutom får eventuella förändringar i grunduppdraget en bredare och starkare förankring bland huvudmännen, vilket innebär större möjligheter för dem att anpassa sig till ändringarna. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att primärvårdens grunduppdrag ska regleras genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelsen ska gälla primärvård med region eller kommun som huvudman och bör därför placeras i ett nytt kapitel under lagens avdelning V.

Med utgångspunkt i utredningens bedömning av vad som bör ingå i grunduppdraget och det lämnade förslaget till en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdsförordningen redovisas nedan regeringens ställningstaganden i frågan.

#### *Ett nationellt grunduppdrag för primärvården*

Utredningen formulerar primärvårdens grunduppdrag på så sätt att regionerna och kommunerna inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar ska säkerställa att primärvården särskilt utför vissa uppgifter, angivna i åtta olika punkter.

Regeringen föreslår en bestämmelse om att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska utföra vissa uppgifter. På så sätt avgränsas grunduppdraget på ett tydligare sätt till att endast avse sådan verksamhet som omfattas av definitionen av primärvård, dvs. öppen hälso- och sjukvård, i form av olika slags insatser som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov

Den första punkten i utredningens förslag till grunduppdrag innebär att primärvården ska tillhandahålla kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Förslaget avser enligt utredningen att omfatta alla de generalistkompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att kunna ta hand om alla vanliga men inte nödvändigtvis enkla hälso- och sjukvårdsbehov. Regeringen instämmer i att beskrivningen av primärvårdens grunduppdrag bör inledas med en allmänt hållen bestämmelse om vilka hälso- och sjukvårdstjänster som ska tillhandahållas. Bestämmelsen bör däremot ha en tydlig koppling till vilka behov av hälso- och sjukvård som primärvården ska tillgodose, dvs. vanligt förekommande vårdbehov. Utredningens förslag bör även justeras dels med hänsyn till den ändring i primärvårdsdefinitionen som regeringen föreslår (se avsnitt 6.1), dels i syfte att i möjligaste mån undvika dubbelreglering. I 5 kap. 2 § HSL anges att det inom hälso- och sjukvårdsverksamhet bland annat ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. I förarbeten till den bestämmelsen anges att kraven på bland annat vårdgivarens personal är av avgörande betydelse för vårdens kvalitet och patientsäkerhet samt att personalens antal eller kompetens inte kan anges generellt utan vad som är behövligt får avgöras från fall till fall (prop. 1995/96:176 s. 52 f. och s. 103). Vidare följer det av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL att det inom den typen av verksamhet måste finnas personal med bred generalistkompetens. Regeringen föreslår mot denna bakgrund en inledande bestämmelse om att primärvården ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

Lätt tillgänglig hälso- och sjukvård

För att klara av att möta framtidens behov och vara det naturliga förstahandsvalet för befolkningen är det centralt att primärvården har en god tillgänglighet till de insatser som omfattas av dess ansvarsområde. Den omständigheten att kravet på hälso- och sjukvården att vara tillgänglig redan på olika sätt finns reglerat på flera ställen i lagstiftningen bör mot denna bakgrund inte hindra att frågan om tillgänglighet även tas upp som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Enligt 5 kap. 1 § 5 HSL och 2 kap. 1 § patientlagen ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig. Utredningen föreslår i stället en bestämmelse om att primärvården ska ha en mycket god tillgänglighet. Avsikten med bestämmelsen tycks dock inte vara att ställa andra krav på tillgänglighet för primärvården än för övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vidare ifrågasätter flera remissinstanser, bland andra *Socialstyrelsen*, det i sammanhanget nya begreppet mycket god tillgänglighet. Regeringen anser mot denna bakgrund att uttrycket lätt tillgänglig bör användas även i beskrivningen av grunduppdraget. Med lätt tillgänglig avses främst de geografiska förhållandena men denna närhet måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses främst öppethållandetider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer

inom hälso- och sjukvården (jfr. prop. 1981/82:97 s. 117). Enligt 7 kap. 2 a § HSL ska regionen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära. Ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av digitala och andra tekniska lösningar. Regeringen anser att bestämmelsen om att regionerna ska organisera vården så att den kan ges nära befolkningen i sig breddar tillgänglighetsbegreppet (jfr. prop. 2017/18:83 s. 19 f. och s. 46). Regeringen bedömer därmed att hälso- och sjukvården kan vara lätt tillgänglig även genom att den möjliggör digitala möten eller andra icke-fysiska sätt för patienten att kommunicera med och möta vården. Även *Region Blekinge* pekar på att ett sätt att förbättra tillgängligheten kan handla om andra kanaler för kontakt, som t.ex. digitala besök. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* påpekar att exakt hur tillgången och tillgängligheten till primärvården ska utformas behöver anpassas efter invånarnas behov och önskemål samt lokala och regionala förutsättningar.

Den del av primärvården som är kommunalt finansierad är enligt regeringens mening lätt tillgänglig redan på grund av sin konstruktion. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård ges enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL huvudsakligen i patientens hem, antingen i ordinärt boende i form av hemsjukvård eller i sådana särskilda boendeformer som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453).

Regeringen delar *Smers* åsikt att hög tillgänglighet inte får innebära att behovsprincipen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL åsidosätts, men anser inte att detta behöver framgå särskilt av grunduppdraget.

I utredningens förslag anges vidare att primärvården särskilt ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Enligt regeringen bör primärvården ta ett ansvar för att fullgöra även brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser som kan hanteras på primärvårdsnivå. Detta ansvar får dock anses ingå i kravet på att primärvården ska vara lätt tillgänglig och behöver inte anges särskilt i bestämmelsen om grunduppdraget.

Regeringen konstaterar att den gemensamma kärna som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner bland annat omfattar mottagningsverksamhet även för oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter (Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, Socialstyrelsen 2016). Regeringen ser positivt på en fortsatt utveckling mot en starkare roll för primärvården, även vad gäller primärvårdens akutuppdrag.

#### Förebyggande insatser

Enligt ett av de s.k. målsättningsstadgandena i regeringsformen ska det allmänna särskilt verka för goda förutsättningar för hälsa (1 kap. 2 § andra stycket andra meningen regeringsformen). För att kunna förverkliga detta krävs åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är hälso- och sjukvården. Med hälso- och sjukvård



avses bland annat enligt definitionen i 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Enligt förarbetena till bestämmelsen bör förebyggande åtgärder vara både miljöinriktade och individinriktade (prop. 1981/82:97 s. 110 f.). Enligt 3 kap. 2 § HSL ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL framgår att förebyggande arbete ingår i primärvårdens ansvarsområde.

Det förebyggande arbetet är såväl individ- som samhällsinriktat. Utgångspunkter bör vara å ena sidan olika befolkningsgruppers livsvillkor och livsstil och å andra sidan deras hälsotillstånd. Det ankommer på de verksamma inom hälso- och sjukvården att bland annat aktivt medverka till att spåra upp hälsorisker samt att informera såväl patienter, allmänhet som ansvariga inom andra samhällssektorer om de samhälls- och miljöförhållanden som orsakar hälsoproblem (prop. 1984/85:181 s. 29).

Enligt de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186) delas vården in i fyra prioriteringsgrupper. I prioriteringsgrupp I ingår insatser av karaktären vård av livshotande akuta sjukdomar och svåra kroniska sjukdomar och i prioriteringsgrupp II ingår prevention och habilitering/rehabilitering. Prevention ska därmed prioriteras före t.ex. vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Förebyggande arbete är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara framtidens vårdbehov. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande kan såväl mänskligt lidande undvikas som de begränsade gemensamma resurserna användas mer effektivt. Förebyggande arbete sker såväl på befolknings- som på individnivå. Primärvården har en särskilt viktig roll i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå, givet närheten till människors vardag. En stor del av det arbetet sker utanför hälso- och sjukvården, men primärvården ska vara delaktig i samarbete med skola, civilsamhälle, företagshälsovård m.m. När det gäller förebyggande insatser på individnivå fungerar vissa delar av det preventiva arbetet väl, till exempel det allmänna vaccinationsprogrammet och andra delar av barnhälsovården, mödrahälsovården och de olika nationella screeningprogrammen, t.ex. mammografi. Den första upplagan av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kom 2011. Riktlinjerna omfattar levnadsvanorna matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. Vid en utvärdering 2014 konstaterades det att regionerna kommit olika långt i genomförandet av riktlinjerna och att det utifrån vad som dokumenterats endast var en liten andel av patienterna som fått åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor. Det individpreventiva arbetet för den listade befolkningen finns beskrivet i samtliga regioners förfrågningsunderlag för primärvården, ofta med hänvisning till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. År 2018 publicerade Socialstyrelsen nya nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Mot bakgrund av att det förebyggande arbetet ska vara högt prioriterat, men trots detta ofta hamnar i skymundan av arbetet med mer synliga behov, anser regeringen att prevention ska anges som en del av primärvårdens grunduppdrag. Utredningen föreslår en bestämmelse om att

primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser. I likhet med flertalet remissinstanser, däribland SKR, ser regeringen positivt på att betona såväl det befolkningsinriktade som det individinriktade arbetet och ställer sig därför i huvudsak bakom utredningens förslag. Utredningen har föreslagit att förebyggande insatser bland annat ska ges utifrån patientens individuella preferenser. Regeringen konstaterar att hälso- och sjukvården ska respektera patientens självbestämmande och integritet och att den så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (4 kap. 1 § och 5 kap. 1 § patientlagen). Det betyder emellertid inte att patienten själv ska få bestämma vilken vård eller vilka insatser som ska ges. Den vård och behandling som ges ska alltid ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och patientens medverkan får inte innebära att dessa krav eftersätts (prop. 1981/82:97 s. 50). Eftersom begreppen behov och preferenser därmed kan riskera att tolkas såsom motstridiga föreslår regeringen att det av bestämmelsen ska framgå att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.

### Samordning

Som ytterligare en del av grunduppdraget föreslår utredningen en bestämmelse om att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård.

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I 2 § samma kapitel anges att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Av förarbetena framgår att en tydligt utpekad person ska bistå patienten med att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för övriga delar av hälso- och sjukvården och för andra myndigheter (prop. 2009/10:67 s. 61 f.). En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Beroende på vilket behov patienten har i det enskilda fallet kan det finnas en eller flera fasta vårdkontakter. Enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska en fast vårdkontakt utses i samband med att en patient skrivs ut från slutna vård, om patienten bedöms ha behov av insatser från socialtjänsten, den regionfinansierade öppna vården eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Den fasta läkarkontakt som ska finnas i primärvården enligt 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § patientlagen har också ett samordningsansvar. I uppdraget ingår att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de

undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas (prop. 1994/95:195 s. 41 f.).

Trots att det redan i dag finns såväl lagstiftning om samordning av insatser som flera utpekade funktioner i bland annat primärvården med uppdrag att samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas är bristen på samordning ett av hälso- och sjukvårdens stora problem. Många patienter och närstående vittnar om att de får lägga mycket tid och kraft på att koordinera vårdens olika insatser och att vårdens aktörer påfallande ofta är okunniga om patientens sjukdomshistoria. Sverige kommer dåligt ut i många internationella undersökningar och jämförelser när det gäller hur patienter uppfattar samordningen. Som exempel kan nämnas att OECD 2013 identifierade den bristande samordningen mellan svenska sjukhus, primärvård och socialtjänst som den största utmaningen för vår förhållandevis goda vård och omsorg. Även den nationella patientenkäten pekar på behov av samordning som inte möts. Till exempel visar den att cirka 30 procent av de patienter som besökt primärvården under 2015 och 2016 inte anser att personalen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning som behövs. För män var andelen cirka 25 procent och för kvinnor var den 31 procent.

Utredningen anför att för patienter med behov av vård från flera delar av hälso- och sjukvården behöver vården samordnas på ett bättre sätt än i dag. Utgångspunkten bör vara att en patients fasta läkarkontakt i primärvården ansvarar för samordning av de medicinska åtgärderna. Här kan det även ingå att samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården. I vissa fall kan det dock vara lämpligare att samordningsansvaret fullgörs av en fast vårdkontakt, i primärvården eller någon annanstans inom hälso- och sjukvården. För t.ex. äldre multisjuka patienter, patienter med en svår kronisk sjukdom eller personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan det däremot finnas behov av en fast vårdkontakt av mer stödjande eller administrativ karaktär. I dessa fall är ofta många aktörer involverade, t.ex. inom primärvård eller övrig öppen vård, kommunens hemsjukvård och rehabilitering, LSS-handläggare osv. I de fall primärvården är involverad i patientens vård är det enligt utredningen naturligt att det är primärvården som på ett övergripande plan svarar för att samordning kommer till stånd. Det gäller även för patienter som inte har valt en fast läkarkontakt eller som inte behöver eller vill ha en fast läkarkontakt i lagens bemärkelse. Det samordnande uppdraget får i dessa fall fullgöras av den profession som bäst kan möta den enskildes behov. Var i primärvården samordningsfunktionen ska finnas bör anpassas till patientens behov, förutsättningar och preferenser. Att primärvården särskilt ska svara för samordningen av vården runt patienten bör enligt utredningen uttryckligen framgå av regleringen av primärvårdens grunduppdrag.

Mot bakgrund av att bristen på samordning fortfarande är ett stort problem inom hälso- och sjukvården delar regeringen, liksom ett stort antal remissinstanser, utredningens bedömning att även samordning bör ingå som en del av primärvårdens grunduppdrag. Bland andra *Region Norrbotten* ser det som naturligt att primärvården har en samordnande roll. Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att det är särskilt positivt att utredningen föreslår att primärvårdens samordnande roll ska tydliggöras. Utformningen av utredningens förslag innebär dock att det

alltid är primärvården som ska svara för samordningen, så fort den är involverad i patientens vård. Regeringen instämmer i att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård. Det kan också vara så att en patient har flera vårdkontakter som tillsammans får ta ansvar för att vården samordnas på bästa sätt. Såsom Socialstyrelsen har påpekat är det särskilt viktigt att beakta patientgrupper med komplexa vårdbehov eller nedsatt autonomi. Enligt regeringen medger utredningens förslag inte denna flexibilitet. Dessa grupper har ofta insatser från flera olika vårdgivare och -nivåer och därmed särskilt stort behov av samordning.

Som nämnts ovan ska enligt 6 kap. 1 § patientlagen olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Vad som är ett ändamålsenligt sätt att samordna insatserna på, dvs. bland annat på vilken vårdnivå detta bör ske, får avgöras i varje enskilt fall. För vissa patienter kan det anses lämpligare att samordningen sker på någon annan vårdnivå än inom primärvården. Enligt regeringens mening bör det därför av bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag framgå att primärvården ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker där. Denna bedömning bör göras utifrån patientens behov och önskemål.

Några remissinstanser påpekar att det finns hinder för att kunna dela information mellan olika aktörer vid samordning. För att kunna svara för en samordnande roll är det nödvändigt att primärvården har tillgång till personuppgifter och annan information om den aktuella patienten. Det kan exempelvis bli aktuellt att få tillgång till uppgifter om vård som getts hos andra vårdenheter.

Regeringen konstaterar att det redan i dag finns möjligheter att dela information mellan vårdgivare med stöd av sammanhållen journalföring. Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårdokumentation (se 6 kap. patientdatalagen). Detta gäller såväl mellan offentliga vårdgivare som mellan offentliga och enskilda vårdgivare. Det finns vidare i dagsläget en nationell lösning för utbyte av information inom ramen för en sammanhållen journalföring, Nationell patientöversikt (NPÖ). Samtliga regioner använder NPÖ i dagsläget. På kommunsidan är det ungefär 250 kommuner som tar del av informationen i NPÖ. Regeringen ser därmed inte att regelverket skulle uppstå hinder för en ändamålsenlig samordning av patientens insatser.

Regeringen beslutade vidare den 27 juni 2019 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshandling inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. I direktiven (dir. 2019:37) anges bland annat att det i dag finns flera olika vårdgivare och utförare i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En patient kan under en enskild vårdprocess möta många olika offentliga och privata vårdgivare. Patienter med kroniska eller

långvariga sjukdomstillstånd kan också behöva hjälp av flera olika vårdgivare parallellt. Behovet av att kunna utbyta information mellan vårdgivare eller utförare i syfte att ge en god och säker vård och omsorg, med bibehållen integritet och säkerhet, har således ökat under senare år. Utredaren ska därför bland annat se över möjligheterna att införa direktåtkomst, i likhet med den möjlighet som i dag ges genom sammanhållen journalföring, genom en s.k. sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation mellan verksamheter som avser äldre personer och personer med funktionsnedsättning samt mellan sådana verksamheter och hälso- och sjukvården. Utredaren ska även undersöka om det är möjligt eller lämpligt att, med bibehållen integritet och säkerhet, tillåta ytterligare uppgiftslämnande mellan myndigheter inom hälso- och sjukvård och enskilda vårdgivare. Uppdraget ska delredovisas i januari 2021 och slutredovisas i maj 2021.

## Forskning

Utredningen föreslår vidare att det ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag att bedriva forskning.

Utredningen anför att det behöver skapas förutsättningar för primärvårdens medarbetare att bedriva och delta i forskningsprojekt såväl inom som utom primärvårdens särskilda kompetensområden. Primärvården ska även aktivt kunna delta i kliniska prövningar, epidemiologisk forskning samt vid utvärderingar av medicinska eller tekniska insatser. I dag uppfattas forskningskulturen av många som svag och alltför koncentrerad till enstaka enheter inom primärvården. Utredningen bedömer att detta beror på att allmänmedicin är ett relativt nytt akademiskt område som ännu inte hunnit bygga upp en stark forskningskultur, något som också försvåras av att primärvårdens enheter är små och geografiskt spridda. Forskning i primärvården har heller inte premierats av forskningsfinansiärer trots att primärvården som vårdnivå dels diagnostiserar och behandlar stora folksjukdomar såsom diabetes, astma och KOL samt hjärtkärlsjukdomar, dels årligen möter en mycket stor del av befolkningen. *Funktionsrätt Sverige* ställer sig bakom förslaget att det ska bedrivas forskning inom primärvården. I och med primärvårdens roll som nav i vården så blir inte bara diagnosspecifik forskning relevant, utan även sådan som rör sam sjuklighet och funktionsnedsättning kopplat till hälsa. Även *Vetenskapsrådet* ställer sig positivt till att forskning inkluderas i grunduppdraget.

Regeringen delar utredningens bedömning att det finns ett behov av att lyfta forskning som en del av primärvårdens grunduppdrag. Primärvårdens ansvar på området bör framhållas som en följd av primärvårdens starkare roll som första vårdnivå. Klinisk och patientnära forskning är av avgörande betydelse för den nuvarande och framtida utvecklingen av en god och hållbar hälso- och sjukvård. Såsom *Lif – de forskande läkemedelsföretagen* påpekar är det nödvändigt att klinisk forskning ses som ett komplement till vårdproduktionen. Enligt 18 kap. 2 § HSL ska regioner och kommuner medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regeringen instämmer med Socialstyrelsen och SKR i att bestämmelsen om forskning som en del av primärvårdens grunduppdrag bör korrespondera

med 18 kap. 2 § HSL. Samtidigt bör bestämmelsen anpassas efter den vårdnivå som den ska gälla för. Regeringen föreslår därför att det i primärvårdens grunduppdrag ska ingå att möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Det innebär inte att mängden forskningsprojekt etc. som en region finansierar, planerar och genomför behöver öka utan att primärvården på ett konstruktivt sätt ska ges möjlighet att medverka – exempelvis i sådan forskning som bedrivs i akutsjukvården eller i mer primärvårdsnära forskningsprojekt.

#### Information, rådgivning och stöd

Som ytterligare en del i primärvårdens grunduppdrag föreslår utredningen att primärvården särskilt ska ge sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själva eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder. Bestämmelsen handlar om att ge sjukvårdsrådgivning till patienter och deras närstående vid olika ohälsa- och sjukdomstillstånd. Enklare förkyllning, influensa eller användning av receptfria läkemedel och liknande kan patienten ofta ta om hand på egen hand utan några vårdinsatser från hälso- och sjukvården. Redan i dag framgår det av samtliga regioners förfrågningsunderlag för vårdval i primärvården att det ingår i utförarnas uppdrag att ge rådgivning till patienter med upplevda hälsoproblem. Utredningen menar att om primärvården svarar för sjukvårdsrådgivningen skapas förutsättningar för en kostnadseffektiv användning av samhällets resurser. Ett nationellt reglerat uppdrag tydliggör även enligt utredningen behovet av en god tillgänglighet för rådgivning när vårdcentralen eller motsvarande normalt är stängd. 1177 via webb, telefon eller e-tjänst kan fylla en del av denna funktion.

Regeringen instämmer med utredningen i att det är naturligt att primärvården, som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, fullgör vissa rådgivande och stödjande uppgifter. Oaktat det faktum att samtliga regioner enligt utredningen redan i dag anger att detta är en del av primärvårdsuppdraget, anser regeringen inte att allmän sjukvårdsrådgivning är en sådan uppgift som uttryckligen bör ingå i grunduppdraget. Att ge rådgivning och information som specifikt rör en patients hälsotillstånd kan utgöra en sådan hälso- och sjukvårdstjänst som ovan föreslås ingå i grunduppdraget och behöver inte regleras särskilt. Det kan t.ex. handla om att ge diabetespatienter råd om hur de som egenvård ska utföra mätning av blodsocker och hur de ska gå till väga vid administrering av läkemedel.

#### Rehabilitering

Enligt 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL ska de patienter som regionen respektive kommunen har ansvar för erbjudas rehabilitering. Av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL framgår att rehabilitering ingår i primärvårdens ansvarsområde.

Rehabilitering är enligt Socialstyrelsens termbank insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Enligt en kartläggning av Socialstyrelsen (Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur regionernas uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) ingår rehabilitering i de flesta regioner i vårdcentralernas grunduppdrag. I två regioner är rehabilitering ett eget vårdval. Olika lokala överenskommelser finns också när det gäller vem som gör vad kring äldre patienter, där rehabilitering kan ske antingen från regionens primärvård eller kommunen. Utöver grunduppdraget finns i några regioner särskilda vårdval för mer specialiserad rehabilitering medan det i ett par regioner drivs viss specialiserad rehabilitering på enheter i egen regi, utanför vårdvalet. Utöver detta bedrivs rehabilitering på sjukhus och det saknas ofta tydliga riktlinjer om vilken typ av rehabilitering som ska bedrivas i de olika delarna av hälso- och sjukvården.

Utredningen föreslår en bestämmelse om att primärvården ska tillhandahålla rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser. Eftersom rehabilitering sker både i primärvård, med såväl region som kommun som huvudman, och i den övriga vården anser utredningen att det finns ett behov av att tydliggöra att samma principer gäller rehabilitering som övrig hälso- och sjukvård, dvs. att primärvården svarar för all rehabilitering som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Enligt regeringen framgår gränsen för vilket slags rehabilitering som primärvården ansvarar för redan tillräckligt tydligt av definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL. Något annat skäl för att särskilt reglera rehabilitering som en del av primärvårdens grunduppdrag har inte framkommit. Utredningens förslag i denna del bör därför inte genomföras.

#### *Förslaget innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen*

Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund (14 kap. 2 § regeringsformen). Grunduppdraget för primärvården innebär att regioner och kommuner ska säkerställa att primärvården särskilt utför vissa uppgifter som huvudmännen enligt författning redan i dag är skyldiga att göra. I dag står det emellertid regionerna fritt att själva avgöra på vilken nivå vissa insatser i hälso- och sjukvården ska utföras. Förslaget om att reglera ett grunduppdrag för primärvården i HSL innebär därmed, såsom även SKR anför, en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Den kommunala hälso- och sjukvården anses redan i dag vara på primärvårdsnivå, varför en reglering inte på något påtagligt sätt påverkar kommunernas möjlighet att organisera sin hälso- och sjukvård.

En övervägande majoritet av remissinstanserna instämmer i behovet att nationellt reglera ett grunduppdrag för primärvården, enligt SKR är en sådan övergripande styrning nödvändig. Så som framgår av avsnitt 4 krävs förändringar av strukturen och sättet att organisera vården för att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. En stärkt primärvård kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga

resurser används på bästa sätt. Vidare har WHO:s medlemsstater i en deklARATION från 2018 gemensamt konstaterat att en förstärkning av primärvård är den mest inkluderande och effektiva strategin för att förbättra människors fysiska och mentala hälsa, såväl som sociala välbefinnande, och att primärvård är en hörnsten i ett hållbart hälsosystem för universell hälsa och för hållbar utveckling (WHO 2018, Declaration of Astana). Regeringens förslag till lagändring är övergripande och omfattar de insatser som typiskt sett, såväl nationellt som internationellt, anses utgöra kärnan i första linjens hälso- och sjukvård.

Flera regioner, t.ex. *Region Västmanland*, lyfter också att ett reglerat grunduppdrag kan påverka huvudmännens möjligheter att utforma sina vårdvalsuppdrag. *Region Uppsala* anser vidare att en förordningsstyrd reglering ger utrymme för att organisera delar av primärvårdsuppdraget utanför det obligatoriska vårdvalet, vilket är en förutsättning för utvecklingen av en viss koncentration av den nära vården och en mer nära vård i samverkan med länets kommuner.

Regeringens förslag reglerar inte hur grunduppdraget ska utföras utan lämnar utrymme för anpassning till regionala och lokala förhållanden såsom avstånd, demografi och epidemiologi. Grunduppdraget kan även i fortsättningen fullgöras genom mobila team, genom vård i hemmet, digitalt eller på en traditionell vårdcentral eller motsvarande.

Alternativet att inte reglera primärvårdens uppdrag innebär att det inte blir någon förändring jämfört med i dag, vilket inte styr mot målet i 3 kap. 1 § HSL om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Omställningen av sjukvårdens struktur från sjukhusvård till mer öppen vård har redan pågått under lång tid med följderna att mycket av vården i dag sker utanför sjukhusen. Resurserna har emellertid i allt väsentligt fortsatt att koncentreras till sjukhusen, och den önskade förstärkningen av primärvården har uteblivit trots många reformer och trots att många styrmedel tillämpats. Det senaste större och mer genomgripande försöket att ställa om hälso- och sjukvårdsstrukturen genomfördes i samband med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Den önskade effekten uteblev dock. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) gjordes i princip samma bedömning som i den nationella handlingsplanen – att Sveriges ”sjukhustunga” struktur inte är optimal ur perspektivet effektivt resursutnyttjande. Även utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* gör samma bedömning.

Sammantaget anser regeringen att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget om ett reglerat grunduppdrag för primärvården innebär är proportionerlig.



## 6.3 Förslaget om hur Vårdval primärvård ska organiseras bör inte genomföras

**Regeringens bedömning:** Utredningens förslag om att regionen ska organisera Vårdval primärvård så att en utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras bör inte genomföras.

En översyn bör genomföras bland annat av möjligheten för olika utförare att tillsammans delta i ett vårdvalssystem och av förutsättningarna för mindre utförare att etablera sig i primärvården.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer inte med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att det ska införas bestämmelser som innebär att regionen ska organisera Vårdval primärvård så att en utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

**Remissinstanserna:** Remissutfallet är blandat. *Akademikerförbundet SSR, Attention, Dietisternas riksförbund, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Region Jönköpings län, Nyköpings kommun, SPF Seniorerna, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Sveriges Arbetares-terapeuter, Sveriges läkarförbund, Region Sörmland, Region Väster-norrland* och *Västra Götalandsregionen* tillstyrker förslaget.

*Region Skåne* anser att den reglering som utredningen föreslår gällande en viss standardisering av grunduppdrag Vårdval skulle kunna öka tydligheten i vad som förväntas av en utförare. Regionen anser vidare att "Vårdval primärvård" bör stå för ett tydligt innehåll inom hälso- och sjukvården så att det är tydligt vad en vårdcentral förväntas klara av både när det gäller att utreda vissa sjukdomar och i efterförloppet, till exempel efter en sjukhusvistelse. Region Västernorrland anser att förslaget medger att primärvårdens vårdval kan organiseras på olika vis, utifrån lokala förutsättningar. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) anser att avgränsningen av Vårdval primärvård till en miniminivå, med flexibilitet i möjligheterna att knyta till sig övriga nödvändiga kompetenser, bör bidra till sänkt etableringsströskel i exempelvis glesbygd.

*Svenska läkaresällskapet* uttrycker att det är svårt att bedöma hur detta förslag skiljer sig mot hur sjukvårdshuvudmännen i dag kan utforma vårdvalet i primärvården och vad det egentligen innebär. *Vårdförbundet* ifrågasätter varför utredningen föreslår att det ska införas ett "Vårdval primärvård". Det anförs att det finns ett behov av att tydliggöra särställningen hos Vårdval primärvård, men det behovet har inte motiverats tillräckligt, menar förbundet.

Västra Götalandsregionen anser att vilket begrepp som ska användas som nationell benämning av ett vårdval för primärvården ytterligare behöver utredas och belysas. Som utredningen tydliggör bedrivs primärvård både med regionerna och primärkommunerna som huvudman. Ett begrepp som Vårdval primärvård avser emellertid endast den regionalt finansierade verksamheten, menar regionen. *Personskadeförbundet RTP*

ställer sig tveksamt till benämningen Vårdval primärvård då det framför allt är storstadsregionerna som använder benämningen och det finns olika ideologiska åsikter om det.

*Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje* tar upp att det i betänkandet anges att det kan underlätta för patienten om utföraren informerar om att man har ett särskilt samarbete med en annan utförare och att vården kan samordnas. Betänkandet svarar dock inte på hur detta kan göras utan att bryta mot kraven på konkurrensneutralitet. *Regelrådet* anser sammantaget att beskrivningen av påverkan på konkurrensförhållandena inte är tillräcklig.

*SKR* anser att författningskommentaren om grunduppdraget indirekt beskriver hur regionerna ska organisera primärvårdens grunduppdrag och uppfattas som ”lagstiftning via förarbeten”. *SKR* uttrycker vidare att det av författningskommentaren framgår att för att primärvårdens grunduppdrag ska kunna fullgöras krävs flera olika legitimerade yrkesgrupper där ett stort antal yrkesgrupper listas medan andra som t.ex. logopedier lämnas därhän utan vidare analys. Enligt författningskommentaren ska regionerna genom organisatoriska åtgärder och kravställning i förfrågningsunderlag säkerställa att alla utförare i Vårdval primärvård ensamma eller i samverkan med andra utförare, regiondriven verksamhet eller annan upphandlad verksamhet tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att utföraren ska fullgöra uppdraget. Denna författningskommentar är mycket detaljerad och riskerar att skapa en alltför långtgående praxis avseende kompetenser inom primärvården vilket i sin tur riskerar att hämma utvecklingen av nära vård, anser *SKR*.

*Region Stockholm* avstyrker förslaget till ett nationellt vårdval primärvård. Regionerna behöver kunna lösa uppdraget med de vårdval som passar bäst utifrån regionala behov och förutsättningar.

*Malmö stad* anser att utredningens förslag utan krav på att tillhandahålla samtliga kompetenser i Vårdval primärvård kan riskera fragmentisering och försämring när det gäller såväl teamarbete som tillgänglighet.

**Skälen för regeringens bedömning:** Som föreslås i avsnitt 6.1 ska det av definitionen av primärvård framgå att primärvården ska svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Enligt förslaget om primärvårdens grunduppdrag i avsnitt 6.2 ska primärvården bland annat tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

Primärvård kännetecknas av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser som samverkar kring patienten och den bör därför definieras utifrån generalistens breda kompetens. Det område som primärvården ska svara för framgår på en övergripande nivå av definitionen i HSL och av regeringens förslag till grunduppdrag. Primärvården ska kunna möta en stor mängd patienter med skiftande behov, preferenser och förutsättningar. Att primärvården ska tillhandahålla de kompetenser och tjänster som behövs för att uppdraget ska kunna fullgöras blir en naturlig följd.

Den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården. Regeringen delar *Region Gävleborgs* och *Region Västmanlands*

bedömning om att kärnkompetensen i primärvården även fortsättningsvis ska vara specialister med generalistkompetens, framför allt allmänläkare och distriktssköterskor. Samtidigt krävs det en mängd andra generalistkompetenser för att klara ett omfattande uppdrag och för att primärvården ska kunna vara navet i vården.

I denna lagrådsremiss föreslår regeringen ett grunduppdrag för primärvården (se avsnitt 6.2). Ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag är framför allt att uppnå en likvärdig vård i alla delar av landet samt förtydliga vad som på övergripande nivå förväntas av primärvården. Enligt förslaget är det regioner och kommuner som inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska uppfylla grunduppdraget. Ansvar läggs därmed på huvudmannen och inte den enskilda enheten eller utföraren – som i vissa fall har begränsade resurser i form av kompetens och förmåga att uppfylla alla delar i uppdraget.

Regionerna är enligt 7 kap. 3 § HSL skyldiga att organisera sin primärvård så att alla som omfattas av regionens ansvar kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom s.k. vårdvalssystem. Med utförare avses vårdenhet eller mottagning. Dessa kan drivas av regionen i egen regi eller av privata utförare med avtal med regionen. Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får regionerna bestämma själva utifrån lokala förutsättningar men med beaktande av bestämmelserna i HSL, upphandlingslagstiftning samt grundläggande EU-rättsliga principer om bland annat proportionalitet, öppenhet, icke-diskriminering och likabehandling.

Utförare har redan i dag goda möjligheter att samverka vid utförandet av tjänster i primärvård. Rätten att få delta i ett valfrihetssystem regleras i 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, där det framgår att fysiska eller juridiska personer, antingen var för sig eller tillsammans med andra leverantörer, kan lämna in en ansökan. Denna bestämmelse möjliggör således redan i dag samarbete med andra leverantörer för utförande av de avtalade tjänsterna. Motsvarande bestämmelser vad gäller samarbete mellan leverantörer finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU. I 4 kap. 5 § LOU anges att en grupp av leverantörer får delta i en upphandling. I samma paragraf i LOU finns även bestämmelser om att den upphandlande myndigheten i upphandlingsdokumenten får ange hur en grupp av leverantörer ska uppfylla kraven på ekonomisk och finansiell ställning eller på teknisk kunskap och yrkeskunskap, om objektiva skäl berättigar detta. Även särskilda villkor om hur en grupp leverantörer ska fullgöra kontraktet får ställas, om det är berättigat av objektiva skäl.

Regionerna kan inrätta olika vårdvalssystem för olika slags tjänster. Ett fåtal regioner har valt att införa flera vårdvalssystem (till exempel separata vårdval för rehabilitering eller barnhälsovård). Samtliga regioner har dock etablerat ett mer omfattande vårdvalssystem som utgår från generalistkompetensen hos bland annat specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor. Dessa kompetenser kan ses som navet i den primärvård som bedrivs med regionen som huvudman. Detta vårdval motsvarar de hälso- och sjukvårdstjänster som vanligen tillhandahålls via det som brukar kallas hälsocentral, vårdcentral eller husläkarmottagning. Det är inom detta vårdvalssystem som patienten ska få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt. Likaså är det den utförare som patienten

väljer inom detta vårdval som blir mottagare av den fasta ersättning från regionen som följer med patientens val. Utredningen ser ett behov av att tydliggöra särställningen hos detta vårdval och urskilja det från eventuella övriga vårdvalssystem inom primärvården genom att i bland annat lagtexten benämna det Vårdval primärvård.

Utredningens förslag i denna del innebär att regionerna ska se till att de hälso- och sjukvårdstjänster och kompetenser som krävs för att fullgöra primärvårdens grunduppdrag blir tillgängliga för den enskilde oavsett vilken utförare inom det som betecknas Vårdval primärvård som denne väljer. Varje enskild utförare inom Vårdval primärvård (dvs. varje vårdcentral eller motsvarande) behöver inte själv kunna erbjuda det breda utbud som krävs för att fullgöra primärvårdsuppdraget utan kan samverka med andra utförare för att fullgöra uppdraget. Avsikten är att patienten ska kunna informeras om att utföraren har ett särskilt samarbete med vissa andra utförare men ska vara fri att anlita någon annan. Enligt utredningen innebär förslaget ett förtydligande av att regionerna är skyldiga att organisera sin primärvård på ett sammanhängande sätt.

Som utredningen påpekar är det redan i dag regionens ansvar som huvudman att säkerställa att hela regionens primärvårdsutbud kan tillhandahållas de personer som omfattas av dess ansvar, oavsett vilken utförare den enskilde väljer. Flera remissinstanser har uttryckt tveksamhet i fråga om såväl behovet av den föreslagna bestämmelsen som dess påverkan på utvecklingen av den nära vården och på konkurrensförhållandena inom området. Regeringen instämmer i stort i dessa synpunkter. Utförare av till exempel olika storlek och med olika bemanning ska enligt nuvarande lagstiftning gemensamt kunna ingå avtal med regionen och därmed gemensamt uppfylla åtagandet att tillhandahålla vårdtjänster till befolkningen. Att gällande regelverk tillämpas så att fler utförare får möjlighet att verka ger en större mångfald av aktörer och kan till exempel bidra till en mer tillgänglig nära vård i glest befolkade områden eller andra områden inom vilka det är särskilt svårt att attrahera vårdgivare. Regeringen menar att den möjlighet som i dag finns enligt LOV och LOU att samarbeta med andra leverantörer för utförande av de avtalade tjänsterna är ett mer transparent och konkurrensneutralt förfarande än om utförare på egen hand ska avtala om ett samarbete, utan insyn för regionen eller befolkningen. En mindre utförare bestående av exempelvis en specialist i allmänmedicin och en distriktssköterska kan utgöra den minsta enhet från vilken vårdvalet kan erbjudas och göra stor skillnad för tillgängligheten till vård samtidigt som det redan i avtalet med regionen står klart att enheten samarbetar med en större utförare, eller ett nätverk av utförare, om det samlade åtagandet gentemot regionen och befolkningen.

Det ska vara möjligt även för mindre utförare att bidra med sina tjänster i primärvården utan att på egen hand förväntas ansvara för samtliga delar i grunduppdraget. Samverkan mellan olika enheter i primärvården är viktigt för att säkerställa att den samlade primärvårdens utbud uppfattas som sammanhängande för patienten. Som anges ovan medger regelverket redan i dag möjligheter för utförare att samverka om till exempel öppettider och olika specifika hälso- och sjukvårdstjänster och det skulle därför vara positivt om regionerna är lyhörda för olika utförares villkor och förutsättningar att kunna verka. Som anges ovan är

tillgänglighet ett viktigt mål med reformen. Att vården ska vara lätt tillgänglig är även en del av primärvårdens grunduppdrag enligt förslaget i avsnitt 6.2. Samtidigt kan krav i förfrågningsunderlag och regelböcker försvåra för mindre utförare att etablera sig i primärvården.

Mot bakgrund av resonemangen ovan ser regeringen inte att det finns något behov av att genomföra lagförslaget. Det kan vidare konstateras att "Vårdval primärvård" inte är något vedertaget begrepp och därför inte bör användas i lagtext utan att kopplas till någon definition. Regeringen bedömer också att den föreslagna regleringen inte omfattar utövare som arbetar mot den s.k. nationella taxan, dvs. enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning. Som tidigare nämnts ska utredningen inom ramen för sitt fortsatta arbete se över hur dessa utövare kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem. Även av de skälen väljer regeringen att inte gå vidare med det aktuella förslaget.

Regeringen avser däremot att besluta ett myndighetsuppdrag om att bland annat genomföra en översyn av hur bestämmelserna i LOV och LOU tillämpas när det gäller möjligheten för utförare att tillsammans med andra leverantörer lämna in en ansökan och delta i ett vårdvalssystem, hur förutsättningarna för mindre utförare att etablera sig i primärvården ser ut i praktiken samt, om det inte är uppenbart obehövt, lämna förslag till reglering. Kännedomen hos vårdgivare och huvudmän om vilka möjligheter till samverkan som regelverket medger är enligt regeringens bedömning alltför låg och behöver öka. Även den frågan bör ingå i uppdraget.

## 6.4 Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården

**Regeringens bedömning:** Råd eller riktlinjer som stöder verksamheter och vårdgivare i hur patientansvar lämpligast kan fördelas på funktionen fast läkarkontakt i primärvården bör tas fram.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens bedömning. Utredningen föreslår ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården som behövs för att garantera en god och säker vård.

**Remissinstanserna:** Remissutfallet är blandat. *Region Blekinge* och *Region Västerbotten* ser positivt på förslaget att begränsa antalet listade patienter per läkare. *Svenska läkaresällskapet* har ingen invändning mot att Socialstyrelsen bemyndigas att meddela föreskrifter enligt förslaget. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* framhåller att den enskilda läkarens åtagande bör kunna begränsas för att förväntningar, krav och kvalitet ska kunna hanteras. Detta bör dock ske i en lokal kontext med utgångspunkt i den individuella läkarens förutsättningar och verksamhetens behov, inte genom myndighetsreglering. *Region Dalarna*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Kronoberg*, *Region Skåne* och *Region Västerbotten* anser att det bör vara vårdgivaren, arbetsgivaren eller huvudmannen som avgör hur många patienter en verksamhet och särskild

läkare kan ansvara för med utgångspunkt från behoven hos listade patienter och verksamhetens samt läkarens förutsättningar. *Sveriges läkarförbund* anser att ett listningstak behövs på enskild ansvarig läkare och att ansvaret för detta bör ligga på sjukvårdshuvudmännen. *Socialstyrelsen* delar utredningens uppfattning om att uppdraget som fast läkarkontakt bör kunna avgränsas och att det inte är lämpligt att i författning ange exakt antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för.

*Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)*, *Sveriges yngre läkares förening (SYLF)* och *Sjukhusläkarna* lyfter att en fungerande primärvård kräver en balans mellan arbetsuppgifter och förutsättningar att utföra dem. Med utökat ansvar för bland annat samordning bedömer SFAM att ett betydligt lägre genomsnittligt antal listade patienter per heltidsläkare är nödvändigt om primärvårdsreformen ska uppfylla sina mål. Även *Region Skåne* menar att antalet personer en läkare ansvarar för kommer att påverkas av den samordnande rollen för den fasta läkarkontakten. *Svensk förening för glesbygdsmedicin* anser att det i glesbygden finns många äldre multisjuka och en större bredd och djup av sjukdomspanoramata vid både planerade och akuta besök vilket behöver innebära färre än 1 500 patienter per allmänläkare.

*Sjukhusläkarna* anser att begränsningen av antalet listade patienter bör definieras i ett intervall utifrån behov, vårdtyngd och lokala förutsättningar.

*Region Värmland* avstyrker förslaget och anser att det inte bör finnas en begränsning eller rekommendation kring antal patienter per fast läkarkontakt. Behovsprincipen, där den multisjuka äldre patientens tillgång till fast läkarkontakt går före, bör vara vägledande. *Region Örebro län* anser att vårdgivaren redan i dag är ansvarig för att arbetet är patientsäkert och att det i den bedömningen ingår att ta hänsyn till antalet patienter. *Region Skåne* och *Region Örebro län* understryker att man i utformningen av regleringen behöver ta hänsyn till patienternas möjlighet till valfrihet i enlighet med bestämmelserna om vårdvalssystem och patientlagen om man överväger en begränsning.

SFAM önskar ett tydligare ställningstagande om listbegränsning än att lämna till Socialstyrelsen att avgöra genom föreskrifter.

*Region Uppsala* och *Region Västernorrland* anser att det krävs vidare konsekvensanalys och utredning av vad det skulle innebära att sätta ett tak för listning. *Region Östergötland* anser att det är av största vikt att frågan om listningstak hanteras i samklang med slutbetänkandet för denna utredning.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Av 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § patientlagen följer att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska tillgodose patientens behov av kontinuitet. Till skillnad från *Region Värmland* anser regeringen att antalet patienter som en fast läkarkontakt i primärvården ansvarar för bör kunna avgränsas för att möjliggöra en god och patientsäker vård. En rimlig begränsning av antalet patienter per fast läkarkontakt kan t.ex. ge bättre förutsättningar

för den enskilda läkaren att vara tillgänglig för sina patienter och erbjuda en god och säker vård.

När det gäller hur många patienter som det är rimligt att vara fast läkarkontakt för beskriver utredningen bland annat att 1 500 genomsnittliga patienter per fast läkarkontakt ofta har använts vid beräkningar av behov på aggregerad nivå (se SOU 2018:39 s. 384). Siffran bygger på tidigare utredningar kring primärvårdens dimensionering. Under husläkarreformen i mitten på 1990-talet var riktvärdet 1 500–2 500 listade patienter per heltidsarbetande husläkare. I det norska fastlegesystemet kan en fastlege ha mellan 500 och 2 500 personer på sin lista och i Danmark är heltidsarbetande läkare i primärvården skyldiga att lista upp till 1 600 individer. Därutöver kan läkare själva välja listningstak. För att få lista fler än 2 700 individer behövs särskilt tillstånd. I Nederländerna är normen mellan 800 och 2 750 invånare per läkare.

Utredningen har föreslagit att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården som behövs för att garantera en god och säker vård. I det ligger att reglera hur många patienter som en fast läkarkontakt kan ansvara för. Utredningen anser att det inte är lämpligt att i författning ange ett exakt antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för eftersom det bör kunna variera beroende på flera olika kriterier. En sådan numerär reglering kan vara svår att anpassa till hälso- och sjukvårdens utveckling och framtida vårdbehov. Antalet patienter bör även påverkas av t.ex. hur erfaren läkaren är, vilka andra uppdrag han eller hon har samt vilken typ av patienter som läkaren ansvarar för eller som generellt är listade på enheten eller annars söker vård där. Det kan också påverkas av hur ansvars- och arbetsfördelningen är mellan läkare och andra professioner.

Som tidigare nämnts råder i dag brist på specialister i allmänmedicin i primärvården och det kan ifrågasättas om antalet läkare räcker till för att alla som vill ska kunna få en fast läkarkontakt i primärvården, i synnerhet om antalet patienter en läkare kan vara fast läkarkontakt för begränsas. Enligt regeringens bedömning är det emellertid av stor vikt för primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet att personalen ges möjlighet att ha kontroll över sin arbetssituation. En god arbetsmiljö för medarbetare i primärvården är även en grundläggande förutsättning för att primärvården ska ses som en attraktiv arbetsplats där fler vill arbeta. *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)*, *Sveriges yngre läkares förening (SYLF)* och *Sjukhusläkarna* lyfter också att en fungerande primärvård kräver en balans mellan arbetsuppgifter och förutsättningar att utföra dem. Som angetts ovan (avsnitt 4.1.3) har regeringen och SKR ingått en överenskommelse om en god och nära vård som inkluderar insatser för en bättre arbetsmiljö och en förstärkt kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. I överenskommelsen om en god och nära vård för 2020 fördelas knappt 2,9 miljarder kronor för arbete med att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare.

Enligt regeringens mening kan det finnas behov av ett nationellt stöd för verksamhetschefer och vårdgivare – men även för läkarprofessionen – i hur patienter lämpligast kan fördelas på funktionen fast läkarkontakt i primärvården. Det som utredningen beskriver innebär att olika överväganden behöver göras utifrån exempelvis vårdtyngd och läkarens

erfarenhet. Regeringen anser att den typen av överväganden lämpar sig bäst att formuleras i råd eller riktlinjer och föreslår således inte någon författningsreglering. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att formulera ett sådant nationellt stöd.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har i sitt slutbetänkande lämnat förslag om att regionen ska få begränsa antalet listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem och att en patient som mest ska få göra ett omval av utförare i primärvård två gånger per år, om det inte finns skäl för annat (SOU 2019:42). Utredningen redovisade sina förslag i oktober 2019 och förslagen bereds inom Regeringskansliet, se även avsnitt 4.1.3.

#### *Bedömningen innebär inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen*

Regeringens bedömning att råd eller riktlinjer som stöder verksamheter och vårdgivare i hur patienter bäst kan fördelas på funktionen fast läkar-kontakt i primärvården bör tas fram innebär inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det kan vara en utmaning att följa gällande lagstiftning som innebär att en region ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården, samtidigt som de läkare som arbetar inom primärvården behöver goda förhållanden på sin arbetsplats. Det stöd som regeringen menar behöver tas fram kan således underlätta dessa överväganden och bidra till bättre planering och god arbetsmiljö.

## 6.5 Signering av journalanteckningar

**Regeringens förslag:** Signeringskravet ska ändras på så sätt att journalanteckningar, förutom då det finns något synnerligt hinder, inte heller måste signeras om det är obehövt. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om signeringskravet.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår inte något ändrat normgivningsbemyndigande.

**Remissinstanserna:** *Region Blekinge, Region Gävleborg, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Region Jönköping, Region Kronoberg, Region Skåne, Region Sörmland, Region Västernorrland, Region Västmanland, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* tillstyrker förslaget.

*Förvaltningsrätten i Umeå* har ingen invändning mot förslaget. Utifrån domstolens perspektiv bör ett signeringskrav upprätthållas, bland annat utifrån att vissa anteckningar är beslut när vården använder lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, vilka ska läsas och tolkas i domstol.

Socialstyrelsen stöder att den nuvarande regleringen av signeringskravet förtydligas, under förutsättning att det grundläggande innehållet i sak bevaras. Myndigheten anser dock att utredningens förslag är otydligt.



Vårdgivaren har redan i dag en möjlighet att besluta om undantag från kravet på signering med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter. Av rätts-säkerhetsskäl är det att föredra att de grundläggande reglerna framgår av lag, och Socialstyrelsen tillstyrker därför förslaget. Utredningen anser även att Socialstyrelsen på liknande sätt som i dag bör få meddela föreskrifter om när signering inte behövs. Något författningsförslag finns dock inte framtaget. Socialstyrelsen menar att det under den fortsatta beredningen bör övervägas hur ett sådant bemyndigande bör utformas. Enligt myndigheten kan det till exempel handla om att – som i dag – ange vilka anteckningar som alltid måste signeras.

IVO menar att förslaget innebär ett fortsatt skydd för journalförande personal mot att felaktigt pekats ut som ansvariga för anteckningar som ännu inte justerats samtidigt som den totala tiden för administration minskar. SKR anser att det med den beskrivning som ges i författningskommentaren kan ifrågasättas om elektroniska journaler över huvud taget behöver signeras då alla uppgifter i digitala journalsystem är spårbara till den användare som antingen själv lagt in uppgifter eller bestämt att de ska tillföras en journal. Ett tydliggörande av denna tolkning skulle enligt SKR underlätta tillämpningen av den föreslagna lagändringen.

*Smer* avstyrker förslaget. Även exempelvis negativa provsvar kan utgöra viktig information som förklarar varför viss diagnos eller behandling har valts bort och som bör säkerställas genom signering.

*Nyköpings kommun* anser att det inte finns anledning att ändra signeringskravet och uttrycker att behov av spårbarhet och säkerhet måste överordnas resurseffektivitet. *Västra Götalandsregionen* påpekar att kravet på att minska den administrativa bördan vid signering aldrig får överställas patientsäkerheten. *Vårdförbundet* anser det vara oklart vad utredningen menar med ”obehövt”. Om man ska införa en möjlighet att inte signera när det är ”obehövt” bör tydliga kriterier för det tas fram, menar förbundet. *Apotekarsocieteten* menar att det måste vara synnerligen väl definierat i vilka fall en journalanteckning inte behöver signeras. *Svensk förening för glesbygdsmedicin* föreslår att signeringskravet inte ska beröra löpande brödtext i journalanteckningen utan enbart den avslutande för patienten och säkerheten viktiga delen, nämligen Bedömning, Åtgärd, Diagnos. Denna förändring skulle bespara läkarna åtskilligt med tid men med bibehållen säkerhet.

Region Blekinge anser att en översyn av signeringskraven är positivt och att det är viktigt att skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder, provsvar m.m. *Region Norrbotten* anser att det finns behov av gemensamma tolkningar nationellt och mer enhetliga rutiner kring tillämpningen av signeringskrav. Flera instanser, däribland Västra Götalandsregionen och *Uppsala kommun*, lyfter att det också är angeläget att it-stöden ger förutsättningar att minska dubbelsigneringar.

**Skälen för regeringens förslag:** Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. Syftet är i första hand att bidra till en god och säker vård men journalen används även som informationskälla för patienten, vid uppföljning och utveckling av verksamheten samt vid tillsyn och forskning m.m.

Av 3 kap. 4 § patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, framgår att den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen. Enligt 10 § samma kapitel ska en journalanteckning signeras av den som ansvarar för uppgiften, om det inte finns något synnerligt hinder. Av 12 § samma kapitel framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen om signeringskrav. Sådana bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Enligt 6 kap. 5 § får vårdgivaren besluta om undantag från kravet på signering i lagen. Sådana undantag ska framgå av de rutiner för signering av journalanteckningar som ska finnas. Undantag får dock inte avse signering av väsentliga ställningstaganden om vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen eller slutanteckningar eller andra sammanfattningar av genomförd vård.

Det framgår inte direkt av lagen vad signeringskravet innebär och hur det i praktiken ska uppfyllas. Kravet på att signera får dock anses innebära att den som ansvarar för en journalanteckning ska kontrollera att den är korrekt och sedan bekräfta kontrollen med en signering.

Utredningen har noterat att kritik som tidigare förts fram om onödig administration i samband med signering inte i första hand har sitt ursprung i signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL (SOU 2018:39 s. 416). De administrativa krav som upplevs som tungrodda har främst sin grund i icke användarvänliga it-system och otydliga rutiner och riktlinjer om signering av journalanteckningar. Regeringen, liksom utredningen, bedömer att signeringskravet i 3 kap. 10 § PDL fyller en viktig kontrollfunktion för patientsäkerheten som är svår att ersätta. Viss information i journalanteckningar behöver kontrolleras av den medicinskt ansvarige oavsett om noteringen sker direkt eller först efter diktamen. För såväl den ansvarige som för vårdutövare senare i vårdkedjan är det av stor vikt att det tydligt framgår om innehållet i vissa journalanteckningar är godkänt av den som är medicinskt ansvarig för innehållet. Enligt regeringens mening kan den funktionen i dag inte ersättas med någonting annat än någon form av signering. En signering i sig bör i dessa fall inte heller medföra någon omfattande extra administration. *Förvaltningsrätten i Umeå* anser också att ett signeringskrav bör upprätthållas, bland annat utifrån att vissa anteckningar utgör beslut.

Behovet av signering av journalanteckningar kan variera mellan olika verksamheter och för olika typer av uppgifter. I dag tillämpas signeringskravet för i stort sett alla uppgifter i journalen. Få vårdgivare har beslutat om undantag från signeringskravet och det finns sällan tydliga rutiner för journalhanteringen. Det står även klart att det av olika anledningar förs in noteringar i patientjournalen som inte behöver kontrolleras för att patienten ska garanteras en god och säker vård. Samtidigt finns det anteckningar som behöver kontrolleras av den som kan ta ansvar för att innehållet är korrekt.

Till skillnad från bl.a. *Smer* delar regeringen mot denna bakgrund utredningens bedömning att skyldigheten att signera journalanteckningar i 3 kap. 10 § PDL inte bör tas bort men att det finns skäl att mildra kravet

på så sätt att signering, förutom när det finns något synnerligt hinder, inte måste göras om det är obehövt.

Att en uppgift inte behöver signeras hindrar inte att den som skriver in uppgiften måste kontrollera att inskriften blivit korrekt. Däremot behövs ingen ytterligare synlig signering i dessa fall. Det kan röra sig om exempelvis information som inte har betydelse för en god och säker vård eller som inte kan kontrolleras materiellt av den som är ansvarig för att informationen förs in i journalen.

Risken för felskrivning i samband med standardiserade delar, t.ex. om patientens vikt och ålder, är mindre än i anteckningar som skrivs i fritext. Den typen av standardiserad information finns det sällan behov att kontrollera. Patienten bidrar även själv med viss information om sitt hälsotillstånd, t.ex. genom att inför besök fylla i hälsodeklarationer eller beskriva sitt upplevda hälsotillstånd. Den vårdpersonal som för in sådana uppgifter ansvarar för att inga felskrivningar görs men bör i dessa fall kunna utgå ifrån att informationen som sådan är korrekt. Med väl fungerande röststyrd diktering kan en genomläsning på sikt visa sig obehövt även för anteckningar i fritext. Det avgörande för om signeringskravet ska gälla bör alltså vara om informationen bör och kan kontrolleras för att säkerställa en god och säker vård. Att vårdpersonal senare i vårdkedjan vet att uppgifter i journalen är korrekta och kontrollerade är det mest centrala skälet till att det finns behov av att behålla ett signeringskrav för vissa uppgifter.

Signering bör även fortsättningsvis kunna underlåtas om det inte är praktiskt möjligt eller det finns annat synnerligt hinder.

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) och verksamhetschefen ett ansvar enligt HSL och hälso- och sjukvårdsförordningen för att verksamheten bedrivs så att en god och säker vård säkerställs. Ett sådant ansvar kräver enligt regeringens mening att verksamhetschefen säkerställer att det finns tydliga rutiner och vägledning för journalföring och signering för den egna verksamheten.

Enligt utredningen bör lämpligen Socialstyrelsen på liknande sätt som i dag få meddela föreskrifter om när signering inte behövs. Flera remissinstanser betonar också vikten av att tydliggöra de nya signeringskraven. SKR ifrågasätter om elektroniska journaler ska behöva signeras då alla uppgifter där är spårbara till användaren och önskar ett förtydligande på denna punkt. Enligt *Socialstyrelsen* kan det exempelvis finnas behov av föreskrifter om vilka anteckningar som alltid måste signeras. Nu gällande normgivningsbemyndigande i 3 kap. 12 § PDL innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen om signeringskrav. För att göra det möjligt att ta fram föreskrifter om annat än undantag från kravet på att signera om det inte är obehövt föreslår regeringen en utvidgning av det nämnda bemyndigandet till att även omfatta föreskrifter om vad signeringskravet faktiskt innebär.

*Förslaget innebär inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen*

Förslaget innebär att kravet att signera patientjournaler lättas upp. Regeringen bedömer därmed inte att det medför någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

## 7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

**Regeringens förslag:** Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2021.

**Regeringens bedömning:** Det finns inget behov av några övergångsbestämmelser eller särskilda informationsinsatser.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer inte med regeringens. Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2020.

**Remissinstanserna:** Mycket få remissinstanser lämnar några synpunkter på förslaget ikraftträdandedatum. *Region Västmanland* anser att det pågår en rad andra strukturella förändringar som komplicerar takten igenomförandet, såsom digitalisering, kompetens- och resursbrist inom flera viktiga områden och ett omfattande behov av ändamålsenliga lokaler. *Regelrådet* finner att redovisningen av särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser är bristfällig.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen bedömer att såväl Socialstyrelsen som huvudmän och enskilda verksamheter behöver få tid för att förbereda inför ikraftträdandet och föreslår därför att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2021. Enligt regeringens mening föranleder förslagen inte några särskilda informationsinsatser. Det finns inte heller behov av några övergångsbestämmelser.

## 8 Konsekvenser

### 8.1 Övergripande konsekvenser

Omställningen till en mer nära vård har inletts i regioner och kommuner och förslagen i föreliggande lagrådsremiss syftar till att stödja den utvecklingen. En omställning till en mer nära vård med fokus på primärvården syftar till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och använda de gemensamma resurserna mer effektivt. Förslagen syftar även till att förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och delaktigheten för patienterna, områden som i Sverige traditionellt varit svagare än de medicinska resultaten.

Regeringen kan stödja utvecklingen genom att visa på en statlig ambition och riktning, att följa upp och justera riktningen över tid, att genomföra författningsändringar, avsätta medel och ge uppdrag till myndigheter. Regeringen har beslutat om flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för 2020 med bäring på omställningen till en mer nära och tillgänglig vård (se avsnitt 4). Totalt omfattar dessa överenskommelser cirka 11,6 miljarder kronor 2020. Medel har även aviserats för kommande år.

Samtidigt ansvarar regioner och kommuner för hälso- och sjukvården till sina invånare. Omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården behöver genomföras utifrån regionala nulägesanalyser och handlingsplaner och är beroende av beslut som stöder omställningen i den lokala kontexten. Omställningen är också beroende av att samverkan sker på alla nivåer och att alla aktörer fungerar tillfredsställande. Detta är något samtliga aktörer behöver lägga energi och kraft på och gemensamt sträva mot.

### *Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen*

Regeringen har i avsnitt 6.1, 6.2, 6.4 och 6.5 beskrivit i vad mån respektive förslag innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen och om inskränkning i så fall är proportionerlig.

## 8.2 Ekonomiska konsekvenser på samhällsnivå

Regeringens förslag syftar till att de gemensamma resurserna ska användas mer effektivt och bedöms inte medföra några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället. Omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården är ett sätt att bättre möta dagens ohälsoutmaningar, däribland att allt fler lever allt längre med kroniska sjukdomar. Det är en bild som även delas av bland andra WHO. Regeringen bedömer att åtgärder för en mer jämlik primärvård över landet leder till ökade möjligheter till förebyggande arbete för att stärka hälsan.

### **Kroniska sjukdomar**

Kroniska sjukdomar genererar i dag, utöver lidande för den enskilde, även stora samhällskostnader. Ett förändrat hälso- och sjukvårdssystem förväntas kunna hantera dessa bättre och därigenom minska kostnaderna för samhället. Utöver direkta kostnader för vård och läkemedel är kroniska sjukdomar förknippade med betydande samhällskostnader i form av till exempel indirekta kostnader såsom produktionsbortfall på grund av sjukskrivning eller anhörigvård. En studie från Linköpings universitet från 2006 uppskattar att indirekta kostnader utgör två tredjedelar av de totala samhällskostnaderna för kroniska sjukdomar. Dessa konsekvenser kan för vissa sjukdomar vara den största bördan i samband med sjukdomen. Värdeskapande för en multisjuk, kanske äldre, patient kan handla om att uppnå en hög livskvalitet i hemmet och undvika vårdprocesserna på sjukhus.

## **Förebyggande – att stärka hälsan**

Ohälsa resulterar varje år i stora kostnader för samhället. Samhällets kostnader för ohälsa utgörs främst av direkta kostnader inom hälso- och sjukvården samt indirekta kostnader i form av produktionsförluster. Det är omöjligt att helt eliminera ohälsa och på så sätt förebygga alla dess samhällskostnader. Förebyggande insatser som syftar till att minska förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor som i sin tur kan leda till ohälsa, kan dock minska samhällets kostnader. Globalt står icke-smittsamma sjukdomar för cirka 70 procent av alla dödsfall och inom den gruppen står de fyra stora sjukdomsgrupperna hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, lungsjukdomar och diabetes för 80 procent av alla dödsfall (WHO, Non Communicable diseases, 2017-06-21). Levnadsvanor, såsom tobaksbruk, fysisk inaktivitet, ohälsosam kost och skadligt bruk av alkohol, ökar risken för samtliga dessa sjukdomar. Regeringens förslag bedöms leda till bättre förutsättningar för förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården, framför allt primärvården, och därigenom på sikt bidra till minskad ohälsa och därav följande samhällsekonomiska vinster. De exakta vinsterna är dock svåra att beräkna, givet de många olika faktorer som samspelar. Nedan redogörs för några exempel som visar på vilka ungefärliga samhällsekonomiska vinster som ett stärkt förebyggande arbete kan förväntas ge.

### *De mest sjuka äldre*

Inom ramen för satsningen De mest sjuka äldre genomförde SKR tillsammans med 12 regioner och 29 kommuner 2012 en kvalitativ uppföljning av vården av multisjuka äldre. Sammanlagt intervjuades cirka 300 sjuka äldre personer samt deras närstående. Journaler och registerdata studerades, läkemedelsbehandlingen undersöktes och de totala kostnaderna för vård och omsorg för varje intervjuad person beräknades. I denna studie utgjorde primärvård endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. I genomsnitt hade de tillfrågade fyra läkarbesök inom primärvården och lika många sjukhusinläggningar under den studerade perioden av 18 månader. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktssköterska (SKL, Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, 2012). Dessa resultat ger uttryck för att samhällets insatser för de mest sjuka äldre fortfarande präglas av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Stora och kostsamma insatser sätts in sent i sjukdomsförloppet, när de är oundvikliga, i stället för att satsa på tidiga riskförebyggande insatser. Förebyggande insatser kan ges till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper.

### *Levnadsvanor*

Nedan redogörs för några av de försök som har gjorts för att uppskatta de samhälleliga kostnaderna för levnadsvanor som kan leda till ohälsa. Uppskattningarna skiljer sig ofta markant från varandra i metod och även

i uppskattning av kostnaderna. Kostnaderna uttrycks som merkostnader för ohälsa och det är viktigt att poängtera att kostnaderna inte inkluderar alla dimensioner av den ohälsa som levnadsvanorna kan leda till samt att det kan finnas överlapp mellan många av de levnadsvanor som leder till ohälsa, vilket kan medföra dubbelräkning. Både de direkta och de indirekta kostnaderna uppstår främst på grund av de följsjukdomar som de ohälsosamma levnadsvanorna leder till. Sammantaget visar dock exemplen att ohälsa innebär stora samhällskostnader och att det skulle leda till besparingar för samhället om de minskade, både inom hälso- och sjukvården och på grund av minskade produktionsförluster.

## Fetma

Fetma har stora negativa konsekvenser, både för individen i form av lägre hälsorelaterad livskvalitet och lägre inkomster och för samhället i form av högre kostnader inom hälso- och sjukvården samt förlorad produktion. Det står således klart att en minskad prevalens av fetma skulle leda till kostnadsbesparingar, för både individ och samhälle. De skattningar som nedan lyfts fram skiljer sig åt vad gäller inkluderade sjukdomar och tillstånd. De kan inte heller ses som att omfatta alla tillstånd relaterade till övervikt och fetma, eftersom de exempelvis inte alltid inkluderar cancersjukdomar relaterade till övervikt och fetma, varför de kan anses vara en lägsta skattning av samhällets kostnader. I en litteraturöversikt från Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) från 2002 antas vårdkostnaderna för övervikt och fetma (definierat som BMI>30) uppgå till ungefär två procent av de totala vårdkostnaderna under 2003 (SBU, Fetma – Problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt, Stockholm 2002). Detta skulle motsvara ett värde om ungefär tre miljarder kronor och innefattar all sjukhusvård, primärvård och läkemedel. Uppräknat till 2018 års penningvärde motsvarar det ungefär 3,6 miljarder kronor (SCB, Prisomräknaren 2018). I den beräkningen inkluderas dock inte kostnader för flera sjukdomar som är förknippade med hög vikt, såsom cancer, värk från leder och muskulatur, artros och ryggsmärtor, depression och ångest eller sömnapné, vilket kan innebära att det är en underskattning av kostnaderna. Exempelvis uppger Cancerfonden i en rapport från 2016 att övervikt och fetma är en bidragande faktor till ungefär fyra procent av alla cancerfall i Sverige (Cancerfonden, Cancerprevention – Vad säger forskningen? 2016), vilket innebär att estimat som inte inkluderar liknande kostnader är en underskattning.

En studie från 2005 uppskattar att de totala direkta sjukvårdskostnaderna inklusive all sjukhusvård, öppenvård och läkemedel till följd av övervikt och fetma var 3,6 miljarder kronor 2003, vilket motsvarar ungefär 4,2 miljarder kronor i 2018 års värde (Persson U, Svensson M, Ödegaard K, Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma, 2005). Studien inkluderar endast personer i åldern 16 år och äldre. I studien gjordes även prognoser av framtida kostnader beroende på hur andelen personer med övervikt eller fetma utvecklades över tid. Givet att prevalensen av övervikt och fetma ökar i samma takt som den gjorde under åren 1980/1981 till 1997/1998 skulle merkostnaden för övervikt och fetma ha ökat till 4,6 miljarder kronor 2030,

uttryckt i 2003 års priser. Detta motsvarar en kostnad om ungefär 5,4 miljarder kronor i 2018 års penningvärde (Persson U, Svensson M, Ödegaard K, Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma, 2005). Författarna understryker att osäkerheten i skattningen är stor, beroende på osäkerheten i parametervärden för den relativa risken för de inkluderade sjukdomarna.

I en ytterligare studie uppskattas de indirekta kostnaderna av övervikt och fetma i form av produktionsförluster till ungefär 12,4 miljarder kronor i 2003 års priser (Persson U, Ödegaard K, Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma, 2005), vilket motsvarar ungefär 14,5 miljarder kronor i 2018 års värde. Sammanlagt skulle alltså kostnaderna för fetma, direkta och indirekta, uppgå till ungefär 18,5 miljarder kronor i 2018 års penningvärde, givet att andelen med övervikt eller fetma skulle vara oförändrade. I en rapport från 2011 har Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) försökt uppskatta samhällets kostnader för fetma i form av ökade vårdkostnader och förlorad produktion (ESO, Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt, 2011:3, 2011). De uppger att en lägsta skattning av den offentliga sektorns kostnader för övervikt och fetma år 2003 var strax under 15 miljarder kronor och hänvisar till tidigare redovisad studie (Persson U, Ödegaard K. 2005). Det motsvarar ungefär 17,5 miljarder kronor i dagens penningvärde.

### Alkohol

Risikkonsumtion av alkohol utgör en stor kostnad för samhället, både inom hälso- och sjukvården och inom andra områden. Det är svårt att uppges exakta siffror, men de beräkningar som finns talar för att det handlar om tiotals miljarder kronor årligen. Missbruksutredningen från 2011 kom fram till att alkohol kostade samhället cirka 49 eller 66 miljarder kronor 2008 (SOU 2011:6, Missbruket, Kunskapen, Vården), vilket motsvarar ungefär 51 eller 69 miljarder kronor i dagens penningvärde. Skillnaden beror på att två olika beräkningsmetoder användes (top-down eller bottom-up). Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD, kom 2006 fram till cirka 20 eller 29 miljarder kronor för 2002, beroende på vad som togs med i uträkningen vad gäller negativa och positiva aspekter av alkoholbruk (Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, et al, The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002.) Det motsvarar ungefär 23 eller 33 miljarder kronor i dagens penningvärde. Beräkningarna skiljer sig åt beroende på vilken data som används för att uppskatta de relativa sjukdomsriskena vid riskbruk av alkohol, samt vilka kostnader som inkluderas i beräkningarna. De skiljer sig även åt avseende hur många som kan klassas som risikkonsumenter av alkohol. Sammantaget är risikkonsumtion av alkohol en av de levnadsvanor som bidrar till höga samhällskostnader årligen.



## 8.3 Ekonomiska konsekvenser för regionerna

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Regeringen föreslår i avsnitt 6.1 vissa ändringar i definitionen av primärvård. Det förslaget bedöms inte medföra några ekonomiska konsekvenser.

Regeringen föreslår vidare i avsnitt 6.2 ett nytt grunduppdrag för primärvården. Samtliga punkter i det grunduppdraget är redan i dag huvudmännen skyldiga att uppfylla. I fråga om vissa av punkterna är det emellertid inte särskilt angivet att insatserna behöver utföras i just primärvården. Det gäller punkterna 4 och 5 i lagförslaget, dvs. de punkter som handlar om samordning och forskning. För regionerna innebär det i dessa fall att vissa insatser behöver styras om så att de kan utföras i primärvården. Att styra om insatserna till primärvården skulle därmed kunna innebära vissa omställningskostnader av engångskaraktär för organisering, framtagande av nya rutiner etc. Om sådana kostnader uppstår ska staten ersätta dem. Emellertid konstaterar regeringen att funktionen fast läkarkontakt i primärvård redan i dag innebär att läkaren ska vägleda patienten och samordna olika insatser, se avsnitt 6.2. Några större åtgärder för att särskilt lägga ett ansvar på primärvården att se till att olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt bör därmed inte föranledas av förslaget. Det framgår vidare av avsnitt 6.2 att förslaget inte innebär att det i varje enskilt fall måste vara just primärvården som faktiskt samordnar vården – om inte det anses vara det mest ändamålsenliga.

Beträffande den del av grunduppdraget som avser forskning uppfattar regeringen att det redan förekommer att primärvården ges möjlighet att medverka i forskning, dock inte i all primärvård. Det framgår vidare av avsnitt 6.2 att regeringens avsikt inte är att mängden forskningsprojekt etc. som en region finansierar, planerar och genomför behöver öka som en konsekvens av grunduppdraget utan att primärvården på ett konstruktivt sätt ska ges möjlighet att medverka – exempelvis i sådan forskning som bedrivs i akutsjukvården eller i mer primärvårdsnära forskningsprojekt.

Givet att primärvården som vårdnivå både diagnostiserar och behandlar folksjukdomar såsom diabetes, astma och kol samt hjärt-kärlsjukdomar och årligen möter en mycket stor del av befolkningen, bör det finnas ett stort intresse av att öka kunskapen och förståelsen för primärvårdens metoder och resultat och därmed ägna forskningsinsatser åt området.

Ur ett längre perspektiv vill regeringen framhålla att tidigare utredningar särskilt har pekat på att det är mer kostnadseffektivt att utföra vårdinsatser på primärvårdsnivå (se bland annat SOU 2016:2 s. 376 f. och SOU 2018:39 s. 365 f.) än på andra sjukvårdsnivåer. Att kunna tillgodose de behov som inte kräver annan kompetens etc. än vad som finns i primärvården på den vårdnivån är därför både klokt och strategiskt. Flera internationella studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för både kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården (Anell, Anders, Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturoversikt – rapport till utredningen En

nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården [S 2013:4], 2015).

En stärkt primärvård kan således anses ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Med dagens demografiska utveckling och den ekonomiska situation som flera huvudmän befinner sig i är den omställning och inriktning som beskrivs i lagrådsremissen nödvändig, vilket bland annat SKR påpekar i sitt remissvar.

Avsikten är inte att ge regionerna något utökat ansvar eller utökade uppgifter. Det handlar således inte om någon förändring i det samlade ansvaret för huvudmännen. Regeringen bedömer därmed att den kommunala finansieringsprincipen inte blir tillämplig. Enskilda regioner måste själva analysera och besluta om fördelningen av ekonomiska resurser i den egna verksamheten. Skälet till detta är att förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika regioner, såväl när det gäller nuvarande uppdrag som bemanningssituation och hälso- och sjukvårdssystemet i övrigt. Det pågår i många regioner redan ett arbete med utredning och analyser för hur en omställning till en mer nära vård ska genomföras i just den egna regionen.

Omställningen till nära vård och personcentrerade arbetssätt, med primärvården som nav, bedöms leda till en större kostnadseffektivitet på sikt.

Internationellt sett står primärvården i Sverige för en relativt liten del av hälso- och sjukvårdens kostnader jämfört med specialiserad öppenvård och slutenvård. Den regionfinansierade primärvården stod 2016 för 17 procent av samtliga nettokostnader för hälso- och sjukvård medan den specialiserade vårdens andel av samtliga nettokostnader var drygt 60 procent, att jämföra med den kommunala hälso- och sjukvården inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning som 2017 stod för 26 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader.

De totala nettokostnaderna för specialiserad vård var 158 miljarder kronor och av dessa var 54 procent (85 miljarder) kostnader för slutenvård. Sjukhusbunden slutenvård är en betydligt dyrare vårdform än öppenvård och behöver reserveras för de patienter och de åkommor som kräver sjukhusens specialiserade vård och teknik. Vidare kan det anges att kostnaden per kontakt inom somatisk slutenvård var 57 000 kronor 2016 medan motsvarande kostnad var 3 300 kronor inom den öppna vården. Inom slutenvården psykiatrisk vård är kostnaden per patient igenomsnitt ungefär fem gånger så hög som inom öppen psykiatrisk vård.

Som tidigare nämnts avser regeringen att 2020 generellt avsätta tre miljarder kronor för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Från och med 2021 beräknas tre miljarder kronor per år avsättas för ändamålet (budgetpropositionen för 2020, utg.omr. 9 s. 53 och 64 f.).

#### *Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården*

Regeringens bedömning om råd eller riktlinjer som stöder verksamheter och vårdgivare i hur patientansvar lämpligast kan fördelas på funktionen fast läkarkontakt i primärvården bör inte medföra några ökade kostnader. Ett nationellt stöd för verksamhetschefer och vårdgivare – men även för

läkarprofessionen – syftar bland annat till att åstadkomma en bättre arbetsmiljö för läkare i primärvården. På så sätt förväntas möjligheten för regionerna att rekrytera och behålla personal öka och därmed möjligheten att erbjuda de patienter som så önskar en fast läkarkontakt i primärvården. I dag råder brist på läkare i primärvården och omkring en femtedel av läkarna i primärvården är hyrläkare eller vikarier (se även avsnitt 5.4 samt SOU 2018:39 s. 390).

Åtgärder för en bättre arbetsmiljö i primärvården bedöms kunna öka möjligheterna att rekrytera och på så sätt stärka kontinuiteten och därmed effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet.

#### *Signeringskravet i patientjournaler*

Förslaget innebär att färre journalanteckningar behöver signeras än vad som följer av nuvarande reglering. Nuvarande formulering har enligt utredningen tolkats mycket restriktivt och förslaget bedöms bidra till en effektivare resursanvändning inom vården genom att möjligheten att underlåta signering av journalanteckningar utvidgas.

På så sätt behöver inte värdefull arbetstid ägnas åt onödig signering av laboratoriedata, hälsodeklarationer och liknande externa fakta vilket bör innebära en besparing för regionerna. Förslaget förutsätter att det finns ändamålsenliga it-system med funktioner som gör det möjligt att skilja på olika typer av anteckningar och att signeringsfunktionen anpassas efter det. En sådan anpassning beräknas tas om hand i samband med att äldre och mindre ändamålsenliga it-system uppdateras eller ersätts med nya. Förslagen förutsätter även att verksamhetschefen tar fram tydliga verksamhetsanpassade rutiner för signering. En sådan skyldighet finns dock redan i dag. Förslagen kommer enligt regeringens bedömning därmed inte i sig att innebära några nya ytterligare kostnader för regionerna.

## 8.4 Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Regeringen föreslår i avsnitt 6.1 vissa ändringar i definitionen av primärvård och i avsnitt 6.2 att ett nationellt grunduppdrag för primärvården ska regleras i HSL. Kommunerna får enligt förslagen inget utökad ansvar eller utökade uppgifter. Det handlar således inte om någon förändring i det samlade ansvaret för huvudmännen. Regeringen bedömer därmed att den kommunala finansieringsprincipen inte är tillämplig. Den demografiska utvecklingen med en allt större andel äldre innebär emellertid att allt fler i denna målgrupp kommer att ställa krav på en nära och tillgänglig vård. Äldre kvinnor och män med sammansatta vårdbehov får redan i dag en stor del av sitt vårdbehov tillgodosett genom vård i det egna hemmet. I och med den medicinska utvecklingen finns det mycket som talar för att den kommunala hälso- och sjukvården kommer att få ta sig an fler äldre med komplexa vårdbehov.

Enskilda kommuner måste själva analysera och besluta om fördelningen av ekonomiska resurser i den egna verksamheten. Detta då förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika kommuner, såväl när det gäller

nuvarande uppdrag som bemanningssituation och hälso- och sjukvårdssystemet i övrigt. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård inom omsorgen om äldre och för personer med funktionsnedsättning stod 2017 för 26 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader (SCB 2019, hälsoräkenskaper 2017).

Förslagen i lagrådsremissen innebär inte i sig någon förskjutning av gränssnittet mellan region och kommun avseende vem som utför hälso- och sjukvårdsinsatser och bör därmed inte medföra några ekonomiska konsekvenser. Samtidigt kan en omställning till en mer nära vård över tid även komma att förändra de kommunala insatserna inom särskilda boendeformer och hemsjukvård. Som tidigare nämnts regleras detta inom ramen för befintlig avtalssamverkan mellan huvudmännen.

Reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger utrymme för lokala anpassningar. Exakt vilka insatser som kan ges inom särskilda boendeformer generellt eller genom hemsjukvård framgår inte av lag. Samtidigt kan en omställning till en mer nära vård över tid även komma att förändra de kommunala insatserna inom särskilda boendeformer och hemsjukvård.

#### *Signeringskravet i patientjournaler*

Förslaget innebär att färre journalanteckningar behöver signeras än vad som följer av nuvarande reglering. Nuvarande formulering har enligt utredningen tolkats mycket restriktivt och förslaget bedöms bidra till en effektivare resursanvändning inom vården genom att möjligheten att underlåta signering av journalanteckningar utvidgas. Förslaget förutsätter att det finns ändamålsenliga it-system med funktioner som gör det möjligt att skilja på olika typer av anteckningar och att signeringsfunktionen anpassas efter det. En sådan anpassning beräknas tas om hand i samband med att äldre och mindre ändamålsenliga it-system uppdateras eller ersätts med nya. Förslagen förutsätter även att verksamhetschefen tar fram tydliga verksamhetsanpassade rutiner för signering. En sådan skyldighet finns dock redan i dag. Förslagen kommer enligt regeringens bedömning därmed inte i sig att innebära några nya ytterligare kostnader för kommunerna.

## 8.5 Ekonomiska konsekvenser för staten

#### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Förslagen om ändrad definition och ett nationellt grunduppdrag för primärvården medför inga nämnvärda ekonomiska konsekvenser för staten. Förslagen förändrar inte ansvarsfördelningen mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården. För att stimulera den önskade omställningen har staten tillfört riktade medel i form av överenskommelser med SKR för 2020 (se bland annat avsnitt 4).

De senaste åren har antalet besök i hälso- och sjukvården ökat. Ökningen består mestadels av besök som inte är läkar- eller sjuksköterskebesök utan i stället besök till kuratorer, psykologer, undersköterskor, fotvård etc. Den senaste femårsperioden har det genomsnittliga antalet

läkarbesök och sjuksköterskebesök per individ stadigt minskat till förmån för besök hos andra yrkeskategorier.

I dag överstiger efterfrågan tillgången på sjuksköterskor, specialist-sjuksköterskor och på läkare inom allmänmedicin, geriatrik och psykiatri vilket kan komma att påverka genomförandet av förslaget. Regeringen gör flera olika satsningar för att ytterligare förbättra möjligheterna till utbildning. Bland annat har medel tillförts för att stimulera fler sjuksköterskor att vidareutbilda sig inom områden där de nationella behoven är stora.

Dessutom har medel tillförts för validering av utländska hälso- och sjukvårdsutbildningar liksom för utbyggnad av platser inom sjuksköterske-, barnmorske-, läkar- och specialistsjuksköterskeutbildningarna. Det handlar emellertid inte bara om att utbilda fler utan också om att öka andelen utbildade som väljer att faktiskt arbeta inom hälso- och sjukvården. Att göra primärvården till en attraktiv arbetsplats kan göra det lättare att behålla personal och få en positiv inverkan på rekryteringen och viljan att specialisera sig inom bristspecialiteterna. Det handlar också om att använda de olika kompetenserna på ett klokt sätt och se över arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper och vårdnivåer.

## 8.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Det finns ett stort antal empiriska studier som visar en samvariation mellan en stark primärvård och en jämlik hälsa i befolkningen (Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, vol. 83. nr 3, 2005). En väl utbyggd primärvård anses också förbättra tillgängligheten till vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården rent allmänt bättre kunna möta individens samlade behov.

Regeringens förslag syftar alla till en förstärkt och mer tillgänglig primärvård med större kontinuitet, något som förväntas bidra till en mer jämlik hälsa mellan olika befolkningsgrupper och mellan olika delar av landet.

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården förväntas ge en mer jämlik tillgång till en likvärdig primärvård över hela landet eftersom det innebär en miniminivå av vad som ska erbjudas inom primärvården i samtliga regioner och kommuner.

## 8.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Regeringens förslag syftar till en förstärkt och mer tillgänglig primärvård med större kontinuitet, något som förväntas bidra till bättre förutsätt-

ningar för vården att tillhandahålla ett samlat omhändertagande utifrån de behov som individuella kvinnor, män, flickor, pojkar och personer med annan könsidentitet har, vilket kan förväntas bidra till en stärkt jämställdhet.

#### *Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården*

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på arbetsmiljön. Under senare tid har det t.ex. rapporterats om ökande sjukskrivningar på grund av utmattningsyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyрки (Försäkringskassan, Sjukfrånvaro per bransch och sektor, 2016). Generellt gäller också att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män. Detta gäller också anställda inom regioner och kommuner. Sjukfrånvaron ökade under första kvartalet 2018 jämfört med samma period 2017, för regionanställda såväl kvinnor som män (SCB, Konjunkturstatistik över sjuklöner, 2018).

En förbättrad arbetsmiljö förväntas leda till ökade möjligheter att rekrytera och behålla personal och därmed ökade möjlighet till kontinuitet, både när det gäller samverkan mellan olika professioner och för patienterna.

Genom en stärkt kontinuitet i relationen mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen finns bättre förutsättningar att skapa goda relationer och tillit vilket i sin tur underlättar för patienten att lyfta känsliga frågor såsom våld i nära relationer och begynnande psykisk ohälsa. Våld i nära relationer drabbar både kvinnor och män, men kvinnor drabbas oftare av upprepat och mer allvarligt våld, (Socialstyrelsen, Våld i nära relationer). I dagsläget är det fler kvinnor än män som lider av psykisk ohälsa men samtidigt fler män som tar sitt liv (Folkhälsomyndigheten, Suicidprevention 2017, 2018). Genom förbättrad kontinuitet ges bättre förutsättningar att bygga tillitsfulla relationer och möta behoven hos varje enskild kvinna, man, flicka, pojke eller person med annan könsidentitet. Detta förväntas i förlängningen bidra till en stärkt jämställdhet.

## 8.8 Konsekvenser för patientsäkerheten

#### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vårdnivå de har behov av och de erbjuds vård i rätt tid. En grundläggande förutsättning är ett systematiskt arbete och en organisering som möjliggör att akutsjukvård och slutna vård förebyggs i den mån det går. Sjukhusvård som hade kunnat undvikas resulterar förutom i en icke optimal vård för patienten även i onödigt höga kostnader – medel som potentiellt hade kunnat användas mer ändamålsenligt om andra prioriteringar gjordes.

Förslagen i lagrådsremissen syftar till att stärka primärvården och tydliggöra dess uppdrag i hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet är att primärvården ska kunna omhänderta de flesta vårdbehov och att sjukhusvård inte ska behöva ske i onödan.

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Om människor söker akutsjukvård och blir inlagda för en åkomma som hade kunnat hanteras inom primärvården, finns också en risk för överbeläggningar och utlokaliseringar och att andra patienter drabbas negativt. Överbeläggningar och utlokaliseringar ökar risken för vårdskador. Vårdskador leder till förlängd vårdtid, lidande och högre kostnader. SKR har i sin rapport *Ingen på sjukhus i onödan, 2017*, visat att överbeläggningar och utlokaliseringar inte främst verkar vara en kapacitetsfråga inom slutenvård, utan måste ses som ett resultat av vad som händer i hela vårdkedjan och hur ansvars- och resursfördelning mellan alla vård- och omsorgsaktörer ser ut.

Regeringen följer noga utvecklingen på patientsäkerhetsområdet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fick våren 2019 i uppdrag att överväga hur myndighetens nationellt samordnade tillsyn inom den nära vården kan förstärkas under perioden 2020–2022 och hur resultatet av denna förstärkta tillsyn kan utgöra underlag för dialog mellan hälso- och sjukvårdssystemets olika aktörer när det gäller omställningen till en god och nära vård. IVO skulle även utifrån ett patientperspektiv identifiera vilka riskområden inom den nära vården som en förstärkt tillsyn borde inriktas mot. IVO redovisade uppdraget den 2 december 2019.

#### *Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården*

Syftet med regeringens bedömning är, som tidigare nämnts, förbättrade arbetsförhållanden för läkare i primärvården och i förlängningen större möjlighet för regionerna att rekrytera och behålla sin personal. Socialstyrelsen har i sin rapport *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* konstaterat att det finns ett samband mellan kompetensförsörjning och patientsäkerhet. När sjuksköterskor och läkare får fler patienter att ansvara för ökar riskerna och fler vårdskador inträffar. En större kontinuitet i primärvården och en förbättrad kompetensförsörjning bedömer regeringen kan bidra positivt till patientsäkerheten.

#### *Signeringskravet i patientjournaler*

De uppgifter som bedöms ha betydelse för patientsäkerheten eller för kvaliteten på vården kommer även fortsättningsvis att behöva signeras. Dessa uppgifter kommer därmed att prioriteras när personal läser igenom och kontrollerar journalanteckningar. Andra vårdutförare senare i vårdkedjan kan även förlita sig på att viktiga uppgifter har kontrollerats och godkänts av den som är ansvarig för dem. Förslaget bedöms därför inte påverka patientsäkerheten.

## 8.9 Konsekvenser för de medicinska resultaten i primärvården

De medicinska resultaten i primärvården på regional och nationell nivå mäts inte i dag på ett systematiskt sätt och det är därför svårt att följa de medicinska resultaten i primärvården över tid. För att bättre kunna mäta medicinsk kvalitet i primärvården krävs också att medicinska data registreras och följs upp på ett systematiskt vis. Detta gäller såväl natio-

neilt och regionalt som på den enskilda vårdcentralen och för den enskilde medarbetaren. Regeringen bedömer att uppföljning av primärvården är centralt för utvecklingen av omställningen och att det uppdrag Socialstyrelsen har fått om uppföljning (se avsnitt 5.2) kommer att ge förbättrade möjligheter att följa utvecklingen. Socialstyrelsen har också fått i uppgift att följa resultaten inom akutsjukvården i sitt uppföljningsuppdrag. Regioner och kommuner är ansvariga för organisationen av hälso- och sjukvården för sina invånare. Det är av central betydelse att i synnerhet regionerna genomför konsekvensanalyser av hur akutsjukvården i respektive region påverkas när omställningen fortlöper.

## 8.10 Konsekvenser för akutsjukvården

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Som tidigare nämnts (avsnitt 5.1) bedömer regeringen att den omställning av sjukvårdssystemet till en hälso- och sjukvård där första linjens sjukvård har en starkare roll än i dag inte ska ske på bekostnad av kvaliteten inom den akuta sjukvården. Omställningen behöver ske kontrollerat och i enlighet med vad som är ändamålsenligt i den lokala organisationen av hälso- och sjukvården. Samtidigt framgår av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport En akut bild av Sverige att situationen på akutsjukhusens akutmottagningar i stor utsträckning påverkas av hur övriga delar av hälso- och sjukvården samt omsorgen fungerar. Utan en tillgänglig och väl utbyggd primärvård upplever flera verksamhetsrepresentanter att vårdsökande som egentligen skulle kunna omhändertas inom primärvården i stället söker sig till akutsjukhusens akutmottagningar, enligt rapporten.

Regeringen bedömer att det är centralt att kunna följa utvecklingen av omställningen och vid behov justera inriktningen över tid på olika nivåer och har därför, som tidigare nämnts, gett Socialstyrelsen i uppdrag att i utveckla uppföljningen (se avsnitt 5.2) av omställningen till en mer nära vård.

Regeringen föreslår ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården. Ett tydligare uppdrag för primärvården förväntas kunna skapa en överblick i primärvården över patientens hela vårdbehov och borgen för en kontinuitet och förbättrad hälsa för patienterna.

Undersökningar har visat att det, bland annat på grund av bristande tillgänglighet i primärvården, förekommer vårdtillfällen vid landets akutmottagningar som hade kunnat genomföras inom primärvården, och då till en lägre kostnad. Att skatta denna andel av vårdtillfällen är inte okomplicerat, men Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en enkätundersökning, Vården ur patienternas perspektiv, fått uppgifter från patienterna själva som indikerar att cirka en femtedel av vårdbesöken vid akutmottagningarna troligtvis hade kunnat göras i primärvården. En undersökning i Region Skåne, som publicerades av Sveriges Radio 2018, visar på cirka en sjättedel och i sitt remissvar till betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) hänvisade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys till cirka en tredjedel. Samtidigt anför *SWEMEM* i sitt remissvar till



betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39) att föreställningen att en stor andel av patienterna skulle ha kunnat söka primärvården inte har bekräftats av några vetenskapliga studier.

Ann-Sofie Backman visade 2010 i sin avhandling *Emergency care seeking behaviour: in relation to patients' and providers' perceptions and attitudes*, att de flesta patienter på akutmottagningen sökte på rätt nivå och att de ofta varit i kontakt med sjukvården innan de sökte. Det senare bekräftades i en studie från Örebro som publicerades i *Läkartidningen* (Helmrot och Ziegler, 2016). Där inkom 80 procent av patienterna till akutmottagningen efter någon typ av kontakt med vården. SWESEM anser att om en större andel av patienter med akuta symtom ska kunna tas omhand i primärvården, fordras en kompetenshöjning bland läkare och sjuksköterskor för att kunna hantera de patienter som är mer kritiskt sjuka än man först trott och de som försämras under tiden på vårdcentralen. Det krävs också regelbunden utbildning och träning för att kompetensen ska upprätthållas och utvecklas.

För att skatta vilka typer av vårdbehov som har potential att flyttas från akutmottagningar till primärvård finns det uppgifter i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *En akut bild av Sverige*, om att den genomsnittliga DRG-kostnaden för de akutbesök som inte skrivs in i slutenvården (dvs den andel av vårdbesöken som troligtvis kan genomföras i primärvård) är cirka 0,08, dvs det motsvarar en kostnad på cirka 4 200 kronor. Detta ska jämföras med ett genomsnittligt primärvårdsbesök som kostar cirka 1 700 kronor. Antalet vårdbesök till akutmottagningar är cirka 2 miljoner om året.

Om man antar att andelen antagna onödiga akutbesök uppgår till 20 procent och antar full förflyttning av sådana akutbesök till primärvården ges en maximal besparingspotential på:

$$(4\ 200\ kr - 1\ 700\ kr) * 0,2 * 2\ 000\ 000 = 1\ \text{miljard kronor}$$

Detta ska ses endast som ett räkneexempel men indikerar att en stärkt primärvård kan medföra relativt stora kostnadseffektiviseringar för hälso- och sjukvården. De antaganden som gäller är dock osäkra, framför allt andelen ”onödiga” akutbesök (0,2 i ekvationen).

I förflyttningen från akutbesök till primärvård är den antagna andelen ”onödiga” akutvårdsbesök mycket osäker och vilar på patienters uppfattningar och siffror som kan gälla för avgränsade patientgrupper.

## 8.11 Konsekvenser för patienternas upplevelse av vården

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Ett förtydligt uppdrag för primärvården förväntas leda till att man lättare vet vart man i första hand ska vända sig i vården samt vilken typ av vårdinsatser man kan förväntas få hjälp med i primärvården. Regeringen bedömer att detta kan leda till en förbättrad upplevelse av vården. Regeringen har för avsikt att följa utvecklingen ur ett patientperspektiv (se avsnitt 5.2).

### *Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården*

Regeringens bedömning syftar till förbättrade arbetsförhållanden för läkare i primärvården. I förlängningen förväntas förslaget bidra till en ökad kontinuitet i primärvården. En bättre kontinuitet medför förbättrade möjligheter som patient att få sina behov tillgodosedda och vara aktivt delaktig i sin vård.

## 8.12 Konsekvenser för medarbetarna

### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Genom att ändra definitionen av primärvård vill utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård åstadkomma ett skifte i synsätt. När primärvården får ett tydligare uppdrag och befolkningens förtroende för den stärks bedömer utredningen att personer kommer att söka sig dit för en första vårdkontakt. Det skapar förutsättningar för primärvården att i samråd med den övriga vården avgöra var patientens vårdbehov tillgodoses på bästa sätt. Regeringen delar utredningens bedömning och menar också att förslaget till ändrad definition medför att hälso- och sjukvården på ett tydligare sätt utgår från primärvården, i stället för som tidigare från sjukhusen. På så sätt bör primärvårdens roll kunna stärkas och tydliggöras och leda till en bättre fungerande primärvård med ökad attraktivitet för vårdens medarbetare. Ett reglerat grunduppdrag för primärvården skapar även en tydlig bild av de värden och uppgifter som primärvården särskilt ska leverera, vilket regeringen bedömer är positivt för vårdens medarbetare.

### *Fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården*

Syftet med bedömningen är, som tidigare nämnts, förbättrade arbetsförhållanden för läkare i primärvården, på så sätt att omfattningen av uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården begränsas. Detta bör vara positivt för arbetssituationen för läkare i primärvården.

### *Signeringskravet i patientjournaler*

Förslaget bedöms bidra till en effektivare resursanvändning inom vården genom att möjligheten att underlåta signering av journalanteckningar utvidgas. På så sätt behöver inte värdefull arbetstid ägnas åt signering av laboratoriedata, hälsodeklarationer och liknande externa faktauppgifter om det är obehövt. Det bedöms leda till mindre upplevd stress bland vårdpersonalen och därmed en bättre arbetsmiljö.

## 8.13 Konsekvenser för företag och privata utförare

År 2017 var det 225 privata vårdgivare som drev vårdcentraler. Av dessa drev 171 en enda vårdcentral (Almega 2019 Privat vårdfakta). I SCB:s utförarregister fanns 2018 totalt 2 342 privata utförare av regionfinansierad primärvård. När det gäller kommunalt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet fanns det enligt SCB:s utförarregister endast 36

utförare som specifikt drev sådan verksamhet under 2018. Den äldre får ofta insatser från äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen kombinerat med hälso- och sjukvårdsverksamhet. Antalet kommunalt finansierade utförare inom äldreomsorg under 2018 var 2 211.

#### *Definition av primärvården och primärvårdens grunduppdrag*

Regeringens förslag om vissa ändringar i definitionen av primärvård bör inte medföra några konsekvenser för företag eller privata utförare av primärvård. Regeringen föreslår även ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Avsikten med det förslaget är inte att föreslå några nya skyldigheter för kommuner och regioner utan endast att förtydliga vad som redan i dag får anses ankomma på huvudmännen.

Ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården är framför allt att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag. Detta kan ha en viss begränsad påverkan på berörda företag. Regeringen bedömer dock att förslaget inte inverkar på mångfalden och etableringsfriheten.

#### *Signeringskravet i patientjournaler*

Förslaget bedöms bidra till en effektivare resursanvändning inom vården. Ändringarna i bestämmelser om signeringskraven bör därmed även innebära en positiv effekt för de privata utförarna i primärvården, på grund av minskade administrativa kostnader. *Regelrådet* påpekar att utredningens redovisning så vitt gäller förslaget om signeringskrav i patientjournaler ger ett något motstridigt intryck. *Regelrådet* menar att det inte är möjligt att utifrån den information som ges få någon uppfattning om hur stor en minskning av administrativa kostnader skulle kunna bli för företagen, vare sig per företag eller totalt för alla företag inom primärvården och finner därmed att redovisningen av påverkan på företagens administrativa kostnader är bristfällig.

Enligt regeringens bedömning är det inte möjligt att säga hur stor en minskning av de administrativa kostnaderna kan komma att bli. Förslaget – och effekterna av förslaget – förutsätter att det finns ändamålsenliga it-system med funktioner som möjliggör att skilja på olika typer av anteckningar och att signeringsfunktionen anpassas efter det. En sådan anpassning bedöms kunna tas om hand i samband med att äldre och mindre ändamålsenliga it-system uppdateras eller ersätts med nya. Enligt regeringens bedömning kommer förslaget därmed inte i sig innebära nya ytterligare kostnader för de privata vårdföretagen.

## 8.14 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens beredskap

Ett syfte med att stärka och utveckla den nära vården med fokus på primärvården är att ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Arbetet med det svenska totalförsvaret och

samhällets krisberedskap utgår från ansvarsprincipen som innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under kris- och krigssituationer. En god krisberedskapsförmåga baseras på en väl fungerande ordinarie verksamhet som kan ta höjd för extra belastning. Primärvården, som tar ett stort ansvar för t.ex. riskgrupper som äldre och personer med kroniska sjukdomar, är en viktig del i hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. En stärkt primärvård i både kommuner och regioner ger därför bättre förutsättningar för att hela hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna användas vid olika kriser och katastrofer.

## 8.15 Övriga konsekvenser

Regeringen bedömer att förslagen inte medför några särskilda konsekvenser för miljön, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen, det brottsförebyggande arbetet eller EU-rätten.

# 9 Författningskommentar

## 9.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

### 3 kap. 10 §

En journalanteckning ska, om det inte är *obehövt* eller finns något synnerligt hinder *mot det*, signeras av den som är *ansvarig* för uppgiften.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om signering av journalanteckningar.

Paragrafen har ändrats på så sätt att skyldigheten att signera journalanteckningar, förutom när det finns något synnerligt hinder, inte heller gäller om det är obehövt. Utrymmet att underlåta signering har således utökats.

Avgörande för om en signering ska anses obehövt bör vara uppgiftens betydelse för en god och säker vård. Om uppgiftens innehåll inte har någon märkbar inverkan på patientsäkerheten eller vårdens kvalitet bör det kunna anses obehövt att bekräfta dess riktighet. Även om någon formell signering inte behövs måste den som ansvarar för en anteckning alltid kontrollera att uppgifterna förs in korrekt så att skrivfel undviks. Även fortsättningsvis kan signering underlåtas om det finns synnerliga hinder. I 3 kap. 12 § finns ett bemyndigande att meddela föreskrifter som anknyter till den aktuella paragrafen.

Övriga ändringar i paragrafen är endast språkliga.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.

### 3 kap. 12 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. undantag från 6 § andra stycket 1 när det gäller provtagning för viss sjukdom,

2. signeringskravet enligt 10 § och om undantag från det, och

3. journalhandlingars innehåll och utformning.

I paragrafen finns ett bemyndigande att meddela föreskrifter.

Ett tillägg har gjorts till den del av bemyndigandet som anknyter till 3 kap 10 § om signering av journalanteckningar. Tillägget innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har rätt att meddela föreskrifter inte enbart om undantag från signeringskravet utan även om vad själva signeringskravet innebär. Bemyndigandet gör det möjligt att exempelvis föreskriva i vilka fall signering inte är obehövlig.

Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella. Bland annat har en punktlista, där förutvarande andra stycket utgör punkt 3, införts.

Övervägandena finns i avsnitt 6.5.

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

### 1 kap. 1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivs. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.

Lagen består av fem avdelningar:

Avdelning I innehåller inledande bestämmelser (1 och 2 kap.).

Avdelning II innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård (3–6 kap.).

Avdelning III innehåller bestämmelser om regionens ansvar som huvudman (7–10 kap.).

Avdelning IV innehåller bestämmelser om kommunens ansvar som huvudman (11–13 kap.).

Avdelning V innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen (13 a–18 kap.).

Paragrafen beskriver lagens innehåll och tillämpningsområde.

Paragrafens *sista stycke* har ändrats som en följd av att ett nytt kapitel, 13 a kap., har förts in i avdelning V.

### 2 kap. 6 §

Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av *sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering* som inte kräver *särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens*.

Paragrafen innehåller en definition av primärvård.

Andra meningen i definitionen har för det första ändrats på så sätt att det lagts till att primärvården även svarar för behovet av medicinsk bedömning. Genom detta tillägg anpassas definitionen till bestämmelserna om vårdgaranti inom primärvården som ändrades på motsvarande sätt den 1 januari 2019. Med medicinsk bedömning avses samma sak som i 9 kap. 1 § (jfr. prop. 2017/18:83 s. 47 f.).

För det andra anges det inte längre att primärvården enbart ansvarar för sådan vård och behandling som är av grundläggande karaktär. Genom att ordet ”grundläggande” tas bort tydliggörs att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård.

Den tredje materiella ändringen innebär att gränsen mellan primärvårdens och den övriga hälso- och sjukvårdens ansvarsområden inte längre bestäms av huruvida behovet av vårdinsatser kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens utan i stället av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Med särskilda medicinska resurser avses annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller annan likvärdig generalistkompetens, såsom geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Med särskilda tekniska resurser avses exempelvis särskilt avancerad eller kostsam utrustning som brukar koncentreras till exempelvis sjukhusen. Genom att kopplingen till sjukhus har tagits bort blir det tydligt att även verksamhet där öppen vård bedrivs inom ett sjukhus kan definieras som primärvård. Den nya lydelsen innebär också att den specialistvård som bedrivs utanför sjukhusen normalt sett inte är att anse som primärvård.

Primärvården svarar även för behovet av sådana insatser som inte kräver någon annan särskild kompetens. Denna del av definitionen har inte ändrats.

Ändringarna i paragrafen innebär inte att gränsdragningen mellan primärvård och övrig hälso- och sjukvård förändras i praktiken då gränsen även enligt tidigare reglering avgjordes av huruvida vårdbehovet krävde insatser av specialist i allmänmedicin eller motsvarande eller av annan specialistläkare (jfr. prop. 1994/95:195 s. 46 och s. 80).

Övriga ändringar är endast språkliga.

Övervägandena finns i avsnitt 6.1.

### **13 a kap. 1 §**

*Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt*

- 1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,*
- 2. se till att vården är lätt tillgänglig,*
- 3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,*
- 4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och*
- 5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.*

Paragrafen, som är ny, innehåller en beskrivning av primärvårdens grunduppdrag.

Genom bestämmelsen fastställs en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Med primärvård avses det slags hälso- och sjukvårdsverksamhet som definieras i 2 kap. 6 §. Regioner och kommuner ska i sin egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt utföra vissa i bestämmelsen uppräknade uppgifter.

Grunduppdraget begränsas av vad som följer av definitionen av primärvård, dvs ansvaret omfattar endast insatser inom öppen vård vilka inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (se kommentaren till 2 kap. 6 § ovan).

Enligt *punkt 1* ska regioner och kommuner inom ramen för primärvården tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Det kan vara fråga om såväl enkla som mer kvalificerade hälso- och sjukvårdstjänster. Vad som närmare avses med vanligt förekommande vårdbehov får avgöras av respektive huvudman.

Av *punkt 2* framgår att primärvården ska vara lätt tillgänglig. Motsvarande krav ställs på hälso- och sjukvården i stort, se 5 kap. 1 § 5 denna lag och 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821), och avser såväl geografisk närhet som tillgänglighet när det gäller öppethållande, jourtjänstgöring och kötider (jfr. prop. 1981/82:97 s. 117). Genom olika digitala och andra tekniska lösningar kan primärvården uppfylla kraven på att vara nära patienten och därmed lätt tillgänglig (jfr. prop. 2017/18:83 s. 23).

Av *punkt 3* följer att det även ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. Det befolkningsinriktade arbetet kan exempelvis handla om att fastställa hur olika faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd, liksom hur levnadsvanorna påverkar hälsotillståndet. Med sina kunskaper om olika miljöfaktors betydelse för människors hälsa och välbefinnande kan primärvården bidra med underlag för planeringen inom andra samhällssektorer. Till individinriktade förebyggande insatser räknas bland annat verksamhet som har till syfte att spåra hälsoproblem av olika slag, exempelvis allmänna eller riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård (jfr. prop. 1981/82:97 s. 110 f.).

Att olika insatser för en patient ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt följer redan i dag av 6 kap. 1 § patientlagen (se prop. 2005/06:115 s. 46 f.). Bestämmelsen i *punkt 4* i den nu aktuella paragrafen innebär att det ingår i primärvårdens ansvar att sköta denna samordning för verksamhetens patienter i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker där. På vilket sätt och på vilken vårdnivå som samordningen lämpligen bör ske får avgöras i varje enskilt fall utifrån patientens behov och önskemål.

Enligt 18 kap. 2 § ska regioner och kommuner medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete (se prop. 1996/97:5 s. 171 f. och s. 175). Att huvudmännen ska ge

primärvården möjlighet att medverka vid genomförande av forsknings-  
arbete framgår av *punkt 5*.

Övervägandena finns i avsnitt 6.2.



# Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Bilaga 1

## Bakgrund

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landsting, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Utifrån förslagen i delbetänkandet förväntas riksdagen i slutet av maj 2018 fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av satsningar på akutsjukhus och annan specialiserad vård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk vård goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns en insikt om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser. Om vi ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande.

Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

En central strategi för att uppnå Agenda 2030 och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO fastslår att om det målet ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Med utgångspunkt i detta förespråkar WHO en integrerad och personcentrerad ansats när våra hälsotjänster och system utvecklas. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför. Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet.

Om Sverige ska leva upp till Agenda 2030:s mål vad gäller såväl hälsa som den övergripande målsättningen om hållbar utveckling så krävs insatser på alla nivåer i samhället för att skapa ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem. För att klara att möta de nya behov

som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste ett sådant hälsosystem ha en stark första linje/primärvård som bas. Utredningen bedömer därmed att vårt uppdrag även är att se som en central del av arbetet med att skapa förutsättningar för att uppnå målen i Agenda 2030 i Sverige.

Primärvården är även i Sverige den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför dit patienterna i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av bristande möjlighet att tillräckligt snabbt få en tid i primärvården. Bristen på kontinuitet och avsaknad av långvariga väl fungerande relationer gör också att det inte är självklart, så som i många andra länder och sjukvårdssystem, att vända sig dit med sina vardagliga hälso- och sjukvårdsbehov. Utifrån detta blir också det förebyggande arbetet, som har bäst förutsättningar att äga rum nära befolkningen och i samspel med civilsamhället, lidande. Vård på sjukhus, eller inom akutsjukvården, som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i icke optimal vård för patienten, i höga kostnader och risk för vårdskador.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet måste därför reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd och förebyggande arbete. En förstärkning av primärvården, såväl den del som har region/landsting som huvudman som den del som har kommunen som huvudman, är nödvändig. Särskilt viktigt är det att förbättra vården och omsorgen för dem med större behov.

## Utgångspunkter

Utredningen ska i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. Utredningen har också valt att särskilt vinnlägga sig om omställningen till den personcentrerade vården och omsorgen. Förslagen i Effektiv vård tog sikte på ett antal olika aspekter och riktade sig till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården. Denna utredning ska enligt direktiven särskilt beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisation
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård

I enlighet med tilläggsdirektiv ska utredningen också

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få samt

- utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Sedan Effektiv vård överlämnades i januari 2016, och sedan utredningens första delbetänkande lämnades till regeringen i juni 2017, har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård samt vår utrednings första betänkande God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild. Andra beslut, som också påverkar strukturen i svensk hälso- och sjukvård i grunden, har också fattats, såsom beslutet om den högspecialiserade vårdens organisering och huvudmännens sammanhållna struktur för kunskapsstyrning.

Såväl i analys som förslag fokuserar detta delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehåller såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för huvudmännen. En omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet har tagit sin början. Tillsammans utgör utredningens förslag i föreliggande betänkande grunden för en primärvårdsreform.

## Betänkandets inledande kapitel

Detta delbetänkande inleds med utredningens uppdrag och arbetsätt, utredningens syn på behovet av förändring och internationella utgångspunkter. Behovet av omställning sätts i ett sammanhang av pågående förändringar och åtagandet i Agenda 2030. Vi ger en demografisk beskrivning av de svenska förhållanden som ligger bakom behovet av en större förändring av hälso- och sjukvårdssystemet.

Härefter följer ett avsnitt som ur omvärldsperspektiv beskriver såväl begreppet primärvård som ger exempel på ett antal hälso- och sjukvårdssystem som ofta framhålls som intressanta ur svensk synvinkel, med exempel inte minst från våra nordiska grannländer.

Efter detta följer, på liknande sätt som i utredningens första delbetänkandet, en översikt över nationella arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och/eller vårt utredningsuppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande.

Härefter följer beskrivande texter och analyser av nuvarande situation som bakgrund till utredningens förslag. Vi beskriver aktuell situation vad gäller reglering och organisering av svensk hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården. Vi belyser den förvirring som i dag finns kring begreppet svensk primärvård, som i många sammanhang har kommit att bli synonymt med den verksamhet som traditionellt bedrivs vid en vård- eller hälsocentral. Primärvård är i lagstiftarens mening bredare än så, och omfattar hälso- och sjukvård och omsorg som har såväl landsting/region som kommun som huvudman.

I därpå följande avsnitt beskrivs på motsvarande sätt aktuell situation vad gäller reglering och hantering av vissa frågor kopplade till ändamålsenlig administration.

Den avslutande delen i bakgrundskapitlen ger en kort introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen och den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

## **Utredningens förslag i sammanfattning**

### **Målbild och färdplan**

Utredningen föreslår att den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemet fördjupas. Detta sker genom ett tydliggörande avseende ett personcentrerat arbetssätt, och tydligare inkludering av den kommunala verksamheten. Patientens delaktighet betonas. Det görs tydligare att primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar med övriga insatser från annan specialistvård på och utanför sjukhuset samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Även i färdplanen tydliggörs det personcenterade arbetssättet och medarbetarperspektivet lyfts. Kompetensförsörjning betonas liksom digitalisering, kopplat till Vision e-hälsa 2025. Regionala och lokala analyser och beslut hos landsting/regioner och kommuner lyfts fram som förutsättningar för att omställningen ska kunna genomföras.

För att följa omställningen i enlighet med den föreslagna färdplanen föreslår utredningen att fyra storheter följs med bestämda tidsintervall. Dessa storheter är avsedda att utgöra underlag för diskussion och dialog mellan och tillsammans med systemets olika berörda aktörer.

Utredningen föreslår också nationella samråd om genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. år 2027. Dessa bör samla representanter för såväl lokal som regional och statlig nivå för att gemensamt stämma av status för omställningen och vid behov föreslå justeringar i inriktningen av färdplanen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås följa omställningen mot en god och nära vård på övergripande nivå och bistå med underlag för sådana gemensamma dialoger.

### **Behovet av ökade möjligheter till uppföljning på aggregerad nivå**

Utredningen föreslår att landsting/regioner ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården till en nationell databas.

Utredningens bedömning är att det i dagsläget i Sverige, liksom i många andra länder, saknas en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Därmed saknas i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning inom området, samt för att systematiskt följa upp, utvärdera, och på aggregerad nivå kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Den typen av aggregerade data är nödvändiga för att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.

En modernisering av primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen föreslås. Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med denna ändring är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån, och att det är dit befolkningen i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Vidare läggs förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Utredningen föreslår att primärvårdens grunduppdrag regleras i förordning. Skälen för utredningens förslag till att reglera uppdraget i förordning, och inte i lag, redovisas. Utredningen lämnar också förslag på utformningen av en sådan förordning. Vi föreslår att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska regleras att det i primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för primärvårdens grunduppdrag. De erforderliga kompetenserna kan finnas inom ramen för ett eller flera vårdval inom landsting/regioners vårdvalssystem. En utmaning för dagens primärvård är tillgängligheten. Vi tydliggör i förslag att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som ligger inom primärvårdens uppdrag. Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

I förslaget synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. För en god och hållbar hälso- och sjukvård är utbildning och forskning av avgörande betydelse. Vi förslår därför att det förtydligas att det ska bedrivas forskning i primärvården. Vår bedömning är också att landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå. En nyckel till framtidens hälso- och sjukvård är förebyggande insatser. Vårt förslag är att det av primärvårdens grunduppdrag ska framgå att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov. I primärvården ska också tillhandahållas rehabiliterande åtgärder.

Utredningen ser behov av att tydliggöra särställningen hos det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Det bör benämnas Vårdval primärvård. Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Utifrån utredningens många dialoger runt om i landet presenteras också ett antal goda exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka

primärvården, ämnade som inspiration för hur man som huvudman kan organisera primärvård.

## **Kontinuitet i primärvården**

Utredningen bedömer att frågan om betydelsen av väl fungerande hållbara relationer i svensk hälso- och sjukvård under lång tid varit underskattad. Kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är central för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utredningen belyser att det inte finns någon motsättning mellan funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningen föreslår ett förtydligande av patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Utredningen ser det som avgörande för det fortsatta förtroendet i befolkningen för primärvårdens insatser att verksamheten bedrivs med minst lika höga kvalitetskrav som i dag. Ett så brett uppdrag som primärvården har ställer särskilda krav på kompetens hos de som verkar där. Utredningen föreslår därför att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringsjämnstgöring i allmänmedicin.

En hög patientsäkerhet förutsätter en god arbetsmiljö. Det är därför av betydelse att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Utredningen bedömer också att det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Det finns även behov av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård. Detta bör ske inom ramen för den pågående utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård”, som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

För att säkra den tillgång på specialister i allmänmedicin som behövs för att tillgodose målet om en fast läkarkontakt i primärvården till hela befolkningen föreslås att staten under en omställningsperiod ska stimulera adekvat tillgång till allmänläkare i primärvården genom finansiering av 1250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027.

## **Ändamålsenlig administration**

### **Om intyg**

Utredningen bedömer att det kan finnas anledning att se över om förutsättningar för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall. Kommuner bör se över i vilken utsträckning kompetens-

krav vid utfärdande av intyg i lokala tillämpningsföreskrifter kan göras mer professionsneutrala. Bilaga 1

Utredningen bedömer också att verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg. Kommunerna bör se över sitt behov av intyg från vården.

Slutligen bedömer utredningen att landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte att skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

## **Om signeringskrav**

Utredningen föreslår att en journalanteckning ska signeras av den som är ansvarig för uppgiften, om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer – lämpligen Socialstyrelsen – bör likt i dag få meddela föreskrift om när signering inte behövs.

Utredningen bedömer att signeringskravet som helhet inte orsakar någon onödig administrativ börda, men att vårdgivare bör besluta om när signering inte behövs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det ingår i verksamhetschefens ansvar att säkerställa att det finns tydliga rutiner för signering, anpassade efter den egna verksamheten. Socialstyrelsen bör i sina föreskrifter och vägledning tydligare skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder.

## **Ikraftträdande**

Utredningen föreslår att samtliga föreslagna lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

## **Utredningens fortsatta arbete**

Utredningen vill uppmärksamma att även om detta delbetänkande i mycket fokuserar på utformningen av en primärvårdsreform är utredningens hela uppdrag mer omfattande än primärvården. Det återspeglas delvis i detta delbetänkande, och understryks särskilt i de delar som behandlar den fortsatta vägen framåt och de frågeställningar som kommer att hanteras i utredningens slutbetänkande.

Omfattningen på utredningens uppdrag är en särskild utmaning, i det att alla frågeområden inte är möjliga att beskriva vid samma tillfälle. Därför kommer ofrånkomligen vissa aktörer och intressenter att känna att deras fråga eller område inte är tillräckligt belyst i detta delbetänkande. Utredningen har full förståelse för det. Det betyder på inget sätt att de frågor som utredningen avser återkomma till i slutbetänkandet är av mindre betydelse. Ett urval av dessa frågeområden är samverkan mellan kommun och landsting, mer om hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet, forskning, utveckling och utbildning (FoUU) samt ytterligare omfördelning av resurser, inte minst i förhållande till utred-

ningens uppdrag att analysera ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård. Samtliga dessa har förstås mycket stor betydelse för det framtida systemets utformning. Dessa områden hanteras i utredningens arbete parallellt med arbetet med föreliggande delbetänkande vad gäller insamling av material, analyser och i pågående dialog med alla de olika aktörer utredningen löpande träffar.

Utredningen kommer också fortsatt följa utvecklingen inom några särskilt för utredningens uppdrag intressanta processer och projekt, såsom den fortsatta utvecklingen av den högspecialiserade vården, utvecklingen av den prehospitala vården, olika aktörers uppdrag och initiativ gällande bemanning och kompetensförsörjning gällande vårdens olika professioner, arbetet med Vision e-Hälsa 2025, det intensiva och pågående arbetet med omställningen till nära vård hos landets alla huvudmän och det fortsatta arbetet med avgiftsfri primärvård i Sörmland.

## **Förtroende och tillit**

Framtidens hälso- och sjukvård ligger sannolikt i möjligheten till väl fungerande samverkan mellan olika inblandade aktörer. Framgångsfaktorer synes vara arbete i nätverk, mer än i traditionella linjestrukturer. Arbete i partnerskap med de vården är till för, mer än i hierarkiskt utformade system. En förändring till en personcentrerad vård. En god och jämlik hälso- och sjukvård, grundad i den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar.

Vi återknyter till resonemang i utredningens första delbetänkande om tillitens betydelse. Det är i våra dialoger fortsatt tydligt att svensk hälso- och sjukvård till dels präglas av en brist på tillit mellan olika aktörer och organisatoriska nivåer, och att det riskerar att påverka ett förändringsarbete negativt. Vår förhoppning är att den dialog som utredningen fått vara en del av att initiera och driva, tillsammans med andra pågående initiativ såsom Tillitsdelegationens arbete, gemensamma projekt mellan landstingen, den ökade samverkan mellan regioner/landsting och kommuner i olika landsdelar, ska bidra till ett mer förtroendefullt klimat mellan olika aktörer.

Glädjande nog urskiljer utredningen en i vissa delar större samstämmighet än i utredningens initiala skede. Att stärka primärvården, och skälen till varför det måste göras, lyfts av alltfler aktörer. Behovet av en ökad kontinuitet och betydelsen av väl fungerande relationer för en god och säker vård betonas av allt fler. Förståelsen för att det inte finns något motsatsförhållande mellan personcentrerad vård och strukturerade kunskapsbaserade arbetssätt, att det ena tvärtom är en förutsättning för det andra synes öka. Förståelsen för att vården och omsorgens medarbetare måste involveras i förändringsarbetet för att något ska hända på riktigt lyfts oftare än tidigare. Insikten om behovet av att använda alla vårdens och omsorgens kompetenser på ett klokt sätt med hjälp av interprofessionellt lärande och arbetssätt, och förståelsen för behovet av träning i dessa arbetssätt verkar få spridning.

Utredningen ser förtroendefulla dialoger, med utrymme för dynamiska åsiktsutbyten, och uthållighet på alla nivåer i systemet som en nödvändighet för en konstruktiv utveckling av den svenska hälso- och sjuk-



vården. En utveckling till en personcentrerad god och nära vård, en hög- Bilaga 1  
kvalitativ och kostnadseffektiv vård och omsorg och också en vård och  
omsorg som har förutsättningar att vara en attraktiv arbetsgivare nu och i  
framtiden.

# Betänkandets lagförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 2 kap. 6 §, 6 kap. 1–2 § och 7 kap. 3 § ska ha följande lydelse dels att det ska införas två nya paragrafer 7 kap. 3 a § och 3 b § av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 kap.

#### 6 §

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

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

### 6 kap.

#### 1 §

Regeringen får meddela föreskrifter om

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

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

3. *bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt.*

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

3. *primärvårdens grunduppdrag, och*

4. *bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt*

#### 2 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

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

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

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

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

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

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

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

## 7 kap.

### 3 §

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

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

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

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

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

### 3 a §

*Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.*

### 3 b §

*Landstinget ska rapportera in uppgifter från utförare i primär-*

*vård till en nationell databas.*

*Regeringen, eller den myndighet  
som regeringen bestämmer, får  
meddela föreskrifter om lands-  
tingets rapporteringsskyldighet.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

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

Bilaga 2

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### **3 kap.**

#### **2 §**

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, *fast läkarkontakt* samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård

2. möjligheten att få en ny *medicinsk bedömning* och en fast *vårdkontakt*

3. vårdgarantin, och

4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. möjligheten att få *tillgång till* och *välja* en *fast läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård*,

3. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

4. vårdgarantin, och

5. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

### **6 kap.**

#### **3 §**

Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

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

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**3 kap.**

10 §

En journalanteckning ska, *om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar för uppgiften.*

En journalanteckning ska signeras av den som är ansvarig för uppgiften, *om det inte är obehövt eller finns något synnerligt hinder.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

Akademikerförbundet SSR, Apotekarsocieteten, Arbetsmiljöverket, Arjeplog kommun, Barnombudsmannen, Blekinge läns landsting, Dalarnas läns landsting, Danderyd kommun, Datainspektionen, Dietisternas riksförbund, Distriktsköterskeföreningen, E-hälsomyndigheten, FAMNA, Finspång kommun, Folkhälsomyndigheten, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förvaltningsrätten i Umeå, Gotlands kommun, Grums kommun, Gävle kommun, Gävleborgs läns landsting, Hallands läns landsting, Halmstad kommun, Hjo kommun, Huddinge kommun, Häbo kommun, Härryda kommun, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Justitiekanslern (JK), Jämtlands läns landsting, Jönköping kommun, Jönköpings läns landsting, Kalmar läns landsting, Karlstad kommun, Karolinska Institutet, Kommunal, Kronobergs läns landsting, Kungsbacka kommun, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR), LIF – de forskande läkemedelsföretagen, Lika unika, Lunds universitet, Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF), Läkemedelsverket (LV), Malmö kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mölndal kommun, Nora kommun, Nordmaling kommun, Norrbottens läns landsting, Norrtälje kommun, Nyköping kommun, Orust kommun, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Regelrådet, Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL), Rättvik kommun, Sjukhusläkarna, Skåne läns landsting, Skövde kommun, Socialstyrelsen, Sollefteå kommun, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Statskontoret, Stockholm kommun, Stockholms läns landsting, Svedala kommun, Swedish medtech, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk Kuratorsförening, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Logopedförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Svenska naprapatförbundet, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Säffle kommun, Södermanlands läns landsting, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA), Umeå universitet, Uppsala kommun, Uppsala läns landsting, Vetenskapsrådet, VISION, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Värmlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Åre kommun, Älvkarleby kommun, Örebro läns landsting, Örkelljunga kommun, 2018-11-29 Östergötlands läns landsting,