

**Hälso- och sjukvårdsgemensamma resurser stab**

Handläggare Peo Hermansson Chefläkare

Regeringskansliet

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

Externt Dnr S2022/02635

**Yttrande över remiss - Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)****Sammanfattning**

Region Gävleborg tackar för möjligheten att inkomma med synpunkter på tillgänglighetsdelegationens slutbetänkande.

Under denna rubrik delges först några övergripande synpunkter och vidare under *Kommentarer* mer specifika sådana mot respektive avsnitt i betänkandet.

Region Gävleborg finner att slutbetänkandet generellt ger uttryck för höga ambitioner och målsättningar med en tydlig personcentrering. Betänkandet berör större delen av hälso- och sjukvården och dess förslag påverkar följaktligen i någon mån hela vården. Ett antal av de lagda förslagen anser regionen genomtänkta och genomförbara, medan andra ser vi som tveksamma eller direkt kontraproduktiva till målbilden för hur vården ska fortsätta att bedrivas och utvecklas så effektivt som möjligt, inte minst mot bakgrund av de fortsatta demografiska och resursmässiga utmaningar som förutspås.

Mot bakgrund av detta så ser Region Gävleborg inte att slutbetänkandet bör tas vidare i den politiska processen i sin helhet.

Vissa av förslagen och bedömningarna menar vi behöver processas och konsekvens utredas vidare för att bättre kunna avgöra om förslagen verkligen medför bästa möjliga resursutnyttjande och därmed i förlängningen skapar ett reellt mervärde för patienterna, eller inte.

Att i läget, när så tydligt konstateras, att tidigare åtgärder och den befintliga lagstadgade vårdgarantin inte gett resultat, lägga förslag om en *utvidgad* vårdgaranti ger intryck av en misstro mot regionernas vilja och kompetens att hantera dagens situation och riskerar att bli verkanslösa. Att nuvarande vårdgaranti inte varit framgångsrik borde i stället peka på behovet av en djupare analys av orsakerna till den brist på effektivitet man talar om liksom ett nytänkande gällande alternativa handlingsförslag.

I sammanfattningen beskrivs inledningsvis Sveriges jämförelsevis få vård- och IVA-platser, att vårdbehovet ökar och att väntetiderna varit ett problem sedan 1960-talet. Utredningen belyser dock inte tillräckligt det faktum att en stor del av dagens vårdplatser per se, finns i kommunal regi och även i den enskildes hem i form av hemsjukvård.

Regionen delar uppfattningen att en god produktionsplanering och schemaläggning är nödvändiga och att dessa områden kan och bör förbättras. Flera av förslagen förefaller emellertid baseras på slutsatsen att det enkom är ineffektiva flöden i vården som skapar köer, utan att slutbetänkandet i någon större utsträckning berör de demografiska förutsättningarna med färre i yrkesverksam ålder och den kompetensbrist vården har som största utmaning.

Region Gävleborg önskar att slutbetänkandet i än större utsträckning än vad som är fallet hade beaktat den nuvarande, och utbredda, minskande tillgången på kompetens, hur den prognosticeras fram till 2040 då kurvorna förhoppningsvis jämnas ut och lämnat förslag på åtgärder för att uppväga detta. Åtgärdsförslagen hade då i än större utsträckning behövt fokusera på lärande, utveckling, nya arbetssätt, samverkan regionalt och nationellt, användandet av ny teknik inklusive digitala verktyg och patientmedverkan. Regionens uppfattning är att sådana förslag skulle ha större förutsättningar att uppnå målet om en tillgängligare vård.

Gävleborg arbetar intensivt med att minska köerna och har såväl under 2021 som till dags datum 2022 målutfall i rikets topp i de så kallade "kömiljarderna". Kösituationen och tillgängligheten till vård löses enligt vår uppfattning inte genom de förslag om nya krav och garantier som läggs. Risken finns att det snarare förvärrar problematiken då potentiellt nya medarbetare (inte minst i primärvården) ser arbete inom hälso- sjukvården förenat med orimliga krav.

I stycket "*Utredaren har ordet*" ges en övergripande beskrivning av läget i vården med delvis kloka resonemang men även en del partier som upplevs sämre underbyggda. Region Gävleborg delar helt synen på att icke-värdeskapande moment i vården ska minimeras och följer debatten kring den "växande administrationen" i vården. Regionen konstaterar samtidigt att en generell konsekvens av flera av slutbetänkandets förslag blir en ansenligt ökad administration, för bland annat insamling, rapportering och koordinering av patientens vård inom regionen och nationellt. Förslagen om informationskrav inom 14 dagar och uppfyllandekravet av vård utanför den egna enheten lär t ex var för sig innebära en avsevärd tidsåtgång, i synnerhet om en viss typ av vård utförs på flera enheter i en region genom en regionsgemensam väntelista.

Hälso- och sjukvårdens huvuduppdrag omfattar klinisk vård, utveckling och utbildning. Innan dess "kärnverksamhet" och "onödig administration" definieras på en nationell nivå och man når en samsyn kring vilken administration som på riktigt anses "nödvändig" i vården, riskerar begreppen att fortsätta vara olyckligt vaga med olika innebörd och de administrativa delarna av vården att fortsätta att växa i takt med att mer ska mätas, utvärderas och rapporteras. Region Gävleborg förstår att den nya administration som utredningens förslag medför anses utgöra en del av "vårdens kärnuppdrag", men hade gärna sett ett mer utvecklat resonemang i slutbetänkandet kring förslagets administrativa konsekvenser och hur dessa ska vägas mot andra administrativa åtaganden som vården redan har.

Små och medelstora regioner har svårigheter att bygga upp system för att följa alla dessa separata indikatorbaserade uppföljningar, vilket i sig är mycket resursdrivande och frågan om jämförbarheten mellan regionernas olika system är också något som bör tas i beaktande.

Flertalet av dessa görs ju också i syfte att underlätta för vården och patienterna.

Ett tydligare uppdrag till myndigheterna och en närmare samverkan med regionerna välkomnas. Region Gävleborg är dock tveksam till om en skarpare tillsyn, likt den som exempelvis föreslås för IVO, verkligen förbättrar vården för patienterna. Förslaget till IVO om att ”nyttja samtliga åtgärder som är möjliga att använda” andas ånyo en misstro mot regionernas vilja och kompetens, en underskattning av de utmaningar regionerna har att hantera och övertro på att exempelvis viten leder till kortare köer, fler vårdplatser eller fler medarbetare med efterfrågad kompetens. Det blir problematiskt när man i omställningen till Nära vård beskriver tillitsbaserad styrning som en väg att hitta nya arbetsätt och samtidigt så tydligt i denna utredning mer talar om krav och kontroll.

Även om behovet av en fortsatt utveckling i linje med Nära vård glädjande nog betonas i slutbetänkandet, så upplever regionen att utredningen fastnat i vårdens nuvarande och ibland föråldrade arbetsformer. Ett större fokus på samverkan i patientens vårdkedja är önskvärt, även i hur vårdgarantimått presenteras, för att tydliggöra en personcentrerad vård. Att så tydligt särskilja specialistvård, primärvård och tidsätta väntetiden till varje enskild insats kan också det riskera att befästa delvis föråldrade uppdelningar i en omställning till nära vård. Vårdgarantin kan mao riskera att påverka sjukvårdens prioriteringsmöjligheter utifrån den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagen.

Även om flera av förslagen trots dessa invändningar är genomförbara bedömer Region Gävleborg sammanfattningsvis att de i delar är felriktade och att de kommer att kräva stora insatser av regionerna i framförallt i att fortsätta försöka rekrytera kompetens men också utnyttja digitaliseringens möjligheter, schemaplanera och produktionsplanera, samordna sjukvårdsregionalt och nationellt. Ett arbete som pågår och har pågått en längre tid.

## **Kommentarer**

### **4 EN UTÖKAD VÅRDGARANTI**

Region Gävleborg saknar som framgått ovan en djupare och bredare analys och förslag kring orsakerna till köerna, omfattande även parametrar som tillgång på kompetens.

Beslutas trots allt om en utökad vårdgaranti enligt utredningens förslag, så anser Region Gävleborg att den behöver omfatta fler delar av hälso- och sjukvården än vad som är fallet idag. Här saknas också helt diskussion kring den kommunalt drivna hälso- sjukvården.

Regionen ser vidare risker med att den nuvarande tydliga uppdelningen mellan primärvård och sjukhusvård befäster en föråldrad organisation av vården och skulle välkomna en indelning som tydligare utgår från patientens flöde.

Vi befarar att den föreslagna uppdelningen hämmar utvecklandet av nya arbetssätt med ökad patientdelaktighet och skapar problem för hur olika insatser ska registreras, inte minst sett till den digitala utvecklingen och de ofta mer agila vårdinsatser dessa möjliggör. I Region Gävleborg har till exempel patienten själv idag möjlighet att boka sina återbesök via digitala ”biljetter” framåt i tiden. Samma typ av biljetter kan också komma användas för att själv välja tid för undersökning eller behandling, utifrån det egna behovet. Det ställer väldigt stora krav på regionerna i sitt utvecklingsarbete att få till automatiserade sätt att plocka ut statistik.

De förslag som ligger i betänkandet tar mao i för begränsad omfattning hänsyn till den snabba digitala utvecklingen som pågår i regionerna.

Inte heller belyser utredningen de stora problem som förelegat i redan befintlig vårdgaranti att få enhetlighet i definitioner av indikatorer och termer där samsyn än idag inte råder mellan regionerna. Detta torde bli än mer vanskligt i en utökad vårdgaranti och gör jämförelser mellan regioner tveksamma.

#### *4.4.2 Garantin om en medicinsk bedömning inom primärvården ska breddas*

Region Gävleborg tillstyrker förslaget.

#### *4.4.3 Medicinska bedömningar inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin*

Region Gävleborg tillstyrker förslaget men vill understryka vikten av det kommunala självstyret och den medicinska professionens rätt att själv avgöra hur den medicinska bedömningen görs och av vilken profession. Regionerna måste således även fortsättningsvis äga rätten att bedöma när ett besök till specialistvården kan ske till icke legitimerad personal.

#### *4.4.4 Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin och*

#### *4.4.5 Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin*

Region Gävleborg tillstyrker förslaget om att medicinska bedömningen i primärvård ändras till att ske inom 7 dagar. Däremot avstyrker regionen förslagen om undersökning inom 60 dagar och behandling inom 90 dagar i primärvård i den nuvarande utformningen. Utredningens resonemang går inte att förstå för den enskilde vårdgivaren i primärvård vad det är som avses. Arbetssätten i primärvård går inte att inlemma i denna uppdelning, då undersökning och behandling oftast följer parallellt med bedömningen. Dessutom sker behandling och undersökning så gott som alltid redan idag mycket tidigare än så. Om man med ”undersökning” också menar till exempel röntgen och fysiologiska undersökningar så sker ju dessa oftast på sjukhus och ligger inte ens inom primärvården. De liggande förslagen riskerar således att skapa oklarheter kring ansvar och gränsdragning.

Remittenten i primärvård kan inte påverka tiden till undersökning på sjukhus. Förslaget kommer enbart vålla mer administration och frustration i verksamheterna, olika tolkningar kommer att försvåra nationella jämförelser och statistiken riskerar att bli missvisande. Förslagen, om de genomförs, kommer som redan nämnts dessutom att innebära en betydande ökad administrativ börda i primärvården, inte minst i att sätta KVÅ koder.

Däremot tillstyrker Region Gävleborg förslaget om undersökningar inom den specialiserade vården, där den föreslagna uppdelningen bättre motsvarar rådande arbetssätt.

Det är slutligen beklagligt att utredningen inte alls diskuterar kring en vårdgaranti i kommunernas primärvård, eftersom en betydande del av primärvården har kommunerna som huvudman. Erfarenheter från pandemin visar tydligt på brister i tillgänglighet för den stora gruppen sköra äldre.

#### *4.4.6 Termen behandling ska användas i vårdgarantin även när det gäller specialiserad vård*

I betänkandet föreslås att termen *planerad vård* byts ut mot termen *behandling* som därmed ska ingå i vårdgarantin. Även om regionen tillstyrker förslaget som sådant kommer det krävas ett inte ringa arbete i information, utbildning och inte minst administrativa insatser för att etablera strukturen för denna ändring.

#### *4.4.7 Planerade uppföljningar bör fortsatt inte omfattas av vårdgarantin*

Region Gävleborg tillstyrker förslaget.

#### *4.4.8 Information om tidpunkten för viss vård ska omfattas av vårdgarantin*

Förslaget uppfattas inte helt tydligt. Förutsatt att förslaget avser information till patienten om vård som ges inom den egna enheten/verksamheten, likt Norge, så tillstyrker Region Gävleborg förslaget. Förslaget motiveras ur ett patientperspektiv, som regionen delar. Enligt ovan vill vi dock påtala att förslaget lär medföra en betydande ny administrativ insats, i synnerhet i de fall där flera enheter samverkar inom regionen genom en regionsgemensam kö. I det fall informationskravet även omfattar insatser som planeras utanför den egna verksamheten (av en annan vårdgivare) avstyrker regionen förslaget, då tidsåtgången för ett sådant samordnande och administrativt åtagande inte bedöms stå i proportion till vinsterna för den enskilde patienten.

#### *4.4.9 Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård ska utökas till fler personer*

Region Gävleborg tillstyrker förslaget och samstämmer i de argument som framförs.

#### *4.4.10 Differentierade vårdgarantier bör inte införas*

Region Gävleborg instämmer i bedömningen. Redan den differentiering som föreslås i betänkandet kommer vara behäftad med stora utmaningar och arbetsinsatser hos regionerna.

#### *4.4.11 Vårdförlopp bör ses som komplement till vårdgarantin.*

Region Gävleborg instämmer i bedömningen.

#### *4.4.12 Målsättningen om förstärkt vårdgaranti inom BUP bör inte lagstodgas.*

Region Gävleborg instämmer i bedömningen.

#### *4.4.13 Bestämmelsen om att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas*

Region Gävleborg avstyrker förslaget i dess nuvarande form.

Även detta förslag är tydligt och lovvärt patientcentrerat, men innebär stora både administrativa men även ekonomiska konsekvenser för regionerna, framförallt de små regionerna. Informationskravet mot patient ställer sig Region Gävleborg bakom men att etablera en struktur med helt nya administrativa funktioner för att i alla tänkbara fall hjälpa patienten vidare till annan vårdgivare där vi inte kan uppfylla vårdgarantin – och det med skyndsamhet – innebär en betydande utmaning ur många aspekter. För primärvårdens del så anser regionen att detta förslag överhuvudtaget inte motsvarar behovet med argument enligt ovan. Under denna punkt behöver också tydliggöras att det *inte* åligger den som remitterar till specialiserad vård som har ansvaret att hjälpa patienten vidare till annan vårdgivare om den specialiserade vården inte kan leva upp till vårdgarantin. Det ansvaret måste ligga på den vårdnivå som inte klarar vårdgarantin.

Vidare förutsätter förslaget att det finns en överkapacitet i det nationella systemet, vilket inte är vår uppfattning. Vems är ansvaret om det inte finns andra tillgängliga vårdgivare som kan ta över? Förslaget innebär dessutom att regionerna behöver hålla en kontinuerlig och minutiös koll på landets samtliga vårdgivare för att uppnå den nytta för patienten som eftersträvas. Konsekvenserna av den resursomfördelning som ett sådant system skulle kräva är inte rimlig och riskerar att i sig innebära att resurser skulle behöva prioriteras om från att utföra vård inom den egna regionen till att hålla koll på landets övriga samlade vårdgivare.

#### *4.4.14 Vissa förändringar ska göras av hur startpunkterna för vårdgarantins tidsgränser ska räknas*

Här diskuterar utredningen inte kring definitioner av ”utfärdande av remiss” – menar man när remissen dikteras eller skrivs ut och skickas? Många regioner har långa ledtider för utskrift av remisser och journaler. Alla har heller inte digitaliserade remisser. Man tar heller inte upp problematiken kring vem som äger mandatet att bestämma att en bedömning skall ske på specialistnivå. Det förekommer idag, och problemet riskerar öka att mottagande enheter sätter i

system att skicka tillbaka remisser till remittenten för att hålla nere sina ledtider och uppfylla vårdgarantikraven. Här är önskvärt ett tydligare mandat till framförallt primärvården.

#### *4.4.15 Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras*

Se regionens synpunkter under 4.4.4 och 4.4.5.

Region Gävleborg tillstyrker vidare inte den förhållandevis korta tidsgräns om 14 dagar om att patienten ska få information om tidpunkt för viss vård. Sett i relation till ledtider för utskrift av pappersremisser, postgång, krav på administrativa resurser och dessutom kravet att planera för annan vårdgivare i de fall regionen ser att vi inte kan uppfylla vårdgarantin, upplevs den tidsramen mycket svår att hålla.

Region Gävleborg anser att förslaget kring informationsplikten måste tydliggöras var ansvaret ligger i att ge informationen till patienten. Hos remitterande enhet (vilket inte är möjligt) eller mottagare av remissen?

## **5 EN NÄRA OCH TILLGÄNGLIG VÅRD MED FOKUS PÅ PRIMÄRVÅRDEN**

Utredningen beskriver i omställningen till Nära vård en tillitsbaserad styrning som en väg att hitta nya arbetssätt men samtidigt förespråkar man krav och kontroll enligt modellen för NPM (New public management). Tillitsbaserad styrning borde i stället, enligt Region Gävleborgs mening, minska kraven på administration och frigöra resurser till förmån för vård och behandling.

En annan viktig övergripande brist och kommentar i detta avsnitt rör avsaknaden av en internationell jämförelse av primärvårdens förutsättningar, i likhet med den utredningen redovisar i 3.2.1 om specialistvården. Inte heller omnämns Socialstyrelsens *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården* och det bakgrundsmaterial och nulägesbild som ligger till grund för detta riktvärde.

Region Gävleborg instämmer också i konstaterandet:

*Bilden är att vårdens kärnverksamhet inte märkt av några effekter av omställningsarbetet. Bristen på specialister i allmänmedicin är tydlig och medarbetarna i primärvårdsverksamheterna märker inte av de medel som går till omställningen eller att primärvården på något sätt stärkts.*

Region Gävleborg har tidigare i våra remissvar kring alla delbetänkanden kring God och nära vård framfört en tveksamhet kring förutsättningarna att nå målbilden med de förslag som lagts. Bakgrunden till den tveksamheten är regionernas svårigheter att få till den resursöverföring och förstärkning av primärvården, såväl som i kompetensförsörjning som i ekonomiska termer som krävs givet såväl befintliga resurser som prognosticerad tillgänglig kompetens kommande år.



Regionen delar uppfattningen att ett närmare samarbete mellan primärvården och sjukhusvården är viktiga och till gagn för såväl patient, som vården i sin helhet, men reagerar på genomgående och olyckliga formuleringar i kapitel 5 kring ”specialister” och ”konsultationer i primärvården” såsom ”med specialistkonsultationer kommer den specialiserade vården nära patienten och stärker primärvården.” Såväl myndigheter, som vårdgivare och övriga intressenter behöver aktivt undvika formuleringar som dels ger bilden av att allmänmedicin inte är en specialitet, utan en form av grundutbildning, till skillnad från sjukhusläkarna och dels att primärvården är en enklare form av bedömningsenhet för vidare slussning till ”den specialiserade vården”. Formuleringar likt de som angivits förstärker detta felaktiga synsätt och bidrar varken till ett starkt förtroende för vår primärvård eller dess roll som navet i vården.

Det exempel kring samverkan som lyfts från Region Kalmar, med möjlighet till digitalt trepartssamtal mellan patient, allmänläkarspecialist och ortoped är emellertid ett gott exempel på hur befintliga strukturer överkoms genom nya (digitala) arbetssätt till nytta för patienten och resursutnyttjandet. Region Gävleborg vill i detta sammanhang understryka att det digitala verktyg som lanserats i vår region i maj 2022 möjliggör precis detta slags flerpartssamtal mellan flera vårdgivare och patient inom regionens samlade hälso- och sjukvård och inte endast mellan ortopedier och allmänläkarspecialister.

#### *5.5.1 Informationskravet ska utökas och tillgången till samlad och digital information ska stärkas*

Region Gävleborg tillstyrker förslagen om att det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen med krav på att patienten ska informeras om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt med kontaktuppgifter och att patienten ska få information samlad och digitalt i den mån det är relevant.

#### *5.5.2 Tidpunkten för vården ska så långt som möjligt väljas i samråd med patienten*

Region Gävleborg tillstyrker förslaget om att det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten. I den digitala utveckling som pågår och är etablerad finns redan på många håll möjligheten för patienten att boka sina egna tider. Och den utvecklingen går snabbt framåt. I andra scenarier där digitala lösningar inte kan bidra skulle ett krav på *ständig* dialog med patienten kring tider dock kräva stora resurser. Men regionen tolkar förslaget att regionerna ändå så långt möjligt bör eftersträva dialog vilket vi tillstyrker

#### *5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare*

Region Gävleborg instämmer i utredningens bedömningar men med övergripande kommentarer enligt ovan. I Region Gävleborg har som angivits ovan redan flera av de föreslagna utvecklingsområdena redan börjat implementeras, såsom interprofessionella digitala konsultationer genom det regionsövergripande digitala verktyget Min vård Gävleborg. Regionerna kommer fortsatt ha stora svårigheter



att ensamma prioritera omställningsarbetet – omfördelningen av resurser från specialistvård på sjukhusen mot en ny öppenvård-/primärvård. Regionen ser också att andra signaler behöver komma nationellt hur man tänker kring God och nära vård, sjukhusspecialiteternas engagemang i den utvecklingen och en närmare samverkan mellan dagens primärvård, sjukhusvård och kommunal vård. Det uppföljningsansvar som föreslås läggs på Socialstyrelsen och Myndigheten för omsorgs- och vårdanalys ser regionen positivt på, men med samma medskick som ovan att indikatorerna behöver tas fram med hänsyn tagen till enkelhet och automatisering och i beaktande av all annan administration som åläggs regionerna.

Slutligen anser region Gävleborg att för att kunna mäta effekter gällande delaktighet och tillit ur patientperspektivet måste nya metoder för patientutvärderingar bli en större och mer prioriterad del av uppföljningen.

#### *5.5.4 Fortsätt att stödja, följa upp och utvärdera omställningen till nära vård*

Region Gävleborg står bakom bedömningarna men vill trycka på vikten av att uppföljningen måste göras utan att det blir krav på ännu mer registreringar/administration.

## **6 GOD OCH NÄRA VÅRD MED FORSKNING, UTBILDNING OCH UTVECKLING**

Region Gävleborg anser precis som utredningen att kombinationen forskning, utbildning och utveckling i primärvården på ett positivt sätt kommer att bidra till en effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Dock tenderar, liksom på andra håll i betänkandet, helhetsperspektivet att glömmas bort. Inte heller här understryks värdet av interprofessionellt lärande och utveckling mellan olika delar av samhällets samlade hälso- och sjukvård samt omsorg.

### ***6.2 Bättre kompetensförsörjning med regionaliserad läkarutbildning och ökad VFU-samverkan mellan lärosäten och kommuner***

#### *6.2.3 Behov av ökad utbildning inom primärvården*

Region Gävleborg ställer sig helt bakom beskrivningen gällande ett generellt behov av att mera utbildning förläggs till första linjens sjukvård. Regionen vill dock understryka att vi här menar den samlande hälso- och sjukvården (även den sjukhusspecialiserade vårdens kompetensutveckling i ett öppenvårds-/ God och nära vårdperspektiv) och omsorgen oavsett huvudman.

Regionen stödjer också analysen att tidsperspektiv och sammanhållna placeringar är viktiga för att uppnå en ändamålsenlig kunskapsprogression och en känsla av sammanhang. Det är dock enligt vår mening angeläget att bevaka att kvantitet inte riskerar kvalitet.

Vidare vill regionen också understryka att, precis som skrivs, kräver utbildning såväl tid som personella resurser och adekvat finansiering. Den stora utmaningen kring detta är enligt vår mening tillgång till handledarresurser och strukturer som både möjliggör, stimulerar och premierar denna nödvändiga uppgift.

#### *6.2.4 Få avtal mellan lärosäten och kommuner*

Region Gävleborg hade önskat att utredningen tagit fasta på de exempel som finns gällande gemensamma avtal mellan kommun, region och lärosäten för verksamhetsförlags utbildning (VFU). Det är olyckligt när lärosäten väljer att teckna separata samverkansavtal, istället för att främja samverkan och helhetssyn även inom detta område. Att kommuner och regioner står som gemensamt part, stärker enligt vår mening den kliniska utbildningsdelen och ökar förutsättningarna att påverka utbildningsanordnare till att anpassa och utveckla sina program i takt med en förändrad hälso-och sjukvårdsstruktur.

#### *6.2.5 Fast läkarkontakt särskilt viktigt för personer med kommunal hälso-och sjukvård*

Precis som utredningen slår fast bidrar kontinuitet mellan fast vårdkontakt i kommunen och fast läkarkontakt i primärvård till ett interprofessionellt teamarbete. Men regionen saknar ånyo helhetsperspektivet, fast vårdkontakt behöver även finnas inom sjukhusets specialiteter. Likaså behöver kontinuitetsaspekten på läkarsidan stärkas även inom den specialiserade sjukhusvården med möjlighet till fast läkarkontakt även där. Många patienter har hela sitt vårdbehov inom specialiserad vård (och inte alltför sällan) ingen pågående kontakt i primärvård.

#### *6.2.7 Reglering av utbildningsuppdraget i hälso-och sjukvårdslagen har föreslagits*

Att reglera huvudmännens ansvar att medverka i utbildning samt att tillgodose så att behovet av VFU platser tillgodoses anser regionen vara en självklarhet.

#### *6.2.9 Rekommendationer och statliga medel för hantering av allmäntjänstgöring*

Att två modeller av läkarutbildningen sker parallellt, liksom det faktum att även krav på ökning av antal AT, BT, ST platser finns är en utmaning för regionerna. Svårigheten att med bibehållen kvalitet tillgodose behovet av en god klinisk utbildningsmiljö och bra förutsättningar för handledning, kommer att kräva nytänkande och att regionerna i vissa delar utmanar konservativa modeller. Här ser Region Gävleborg det angeläget med olika typer av statligt stöd, vägledning och goda exempel.

Dock bör understrykas att oavsett statliga medel till fler AT tjänster, är det avgörande med tillgång på handledare och närvaro av specialister, för att säkerställa möjlighet att nå lärandemål och en god kvalitet.

#### *6.2.10 -6.2.11 Satsning på decentraliserad vårdutbildning-Satsning på sjuksköterskeutbildning*

Utifrån Region Gävleborgs perspektiv är frågan om en utökning av VFU och att brist på dessa skulle vara en ”flaskhals” inte relevant. De antal VFU platser som fastställts i gällande samverkansavtal med Högskolan i Gävle har aldrig nyttjats till fullo. Regionen bedömer en av de största riskerna med statens ambition att öka

antalet platser på vissa utbildningar, i stället är en ökning av antalet studenter som av olika anledningar har svårigheter att nå lärandemålen och binder resurser. Här vore önskvärt, som alternativ, en statlig styrning till att lärosätten i större grad än nu erbjuder någon typ av ”basår”, i likhet med det tekniska basår som var en introduktion till kommande ingenjörsprogram.

Att satsa på decentraliserad vårdutbildning bör kombineras med att i mycket större grad tänka renodlade distansutbildningar, samt möjlighet att bygga sin utbildning med fristående obligatoriska kurser.

Regionen vill också här understryka värdet av att till exempel distrikts-sköterskeutbildningen kan ges i olika kurser som även andra professioner kan ansöka.

En mycket angelägen komponent i utvecklingen mot god och nära vård är samverkan mellan kommuner och regioner. Det är därför mycket angeläget att utbildningsanordnare i dialog med regioner och kommuner utvecklar och anpassar lärandemål och VFU strukturer, så att de harmoniserar med hur faktiska vårdprocesser sker. En stor del av hälso- och sjukvården bedrivs med kommunen som huvudman. Trots detta är det en mindre del av sjuksköterskeutbildningens VFU som sker inom kommunal verksamhet.

Såväl kvalitet som effektivitet och helhetsperspektiv skulle främjas av att till exempel funktioner som huvudhandledare, VFU samordnare, kliniska adjunkter/lektorer etc samordnas mellan kommun och region.

#### *6.2.13 Läkarutbildningens finansiering diskuteras*

Region Gävleborg har en god och konstruktiv dialog med Uppsala universitet gällande ersättning för VFU läkarstudenter. Regionen stödjer universitets krav på höjd ersättningsnivå. Men än en gång vill vi understryka vikten av att ersättningsnivå för VFU måste harmonisera med det stora behov av handledarkompetens och utvecklingsmöjligheter för handledare som krävs.

#### *6.2.15 Avtal med andra regioner om regionalisering av läkarutbildning*

Region Gävleborg ser att det på nationell nivå och utifrån regional geografisk struktur med långa avstånd och glesbygd, kan finnas stora värden med en regionalisering av läkarutbildningen. Det kan också underlätta önskvärda processer och funktioner, som bidrar till att akademisk och klinisk kompetens knyts närmare varandra och på detta sätt ökar kvalitén på såväl teori som VFU.

Region Gävleborg har dock i nuläget inte identifierat något direkt behov av en regionalisering av läkarutbildningen. Närheten till Uppsala Universitet gör att vi ser vissa risker att det byggs parallella strukturer med en sådan modell och dessa skulle behöva belysas ytterligare i en kommande process.

#### *6.3 Långsiktigt program för stöd till tvärvetenskaplig primärvårdsforskning*

Det är positivt att betänkandet valt lyfta fram att primärvårdens organisatoriska struktur är annorlunda än de mera traditionella forskningsmiljöerna. Denna insikt ökar väsentligt förutsättningarna till stöd för nya forskningsmiljöer och processer.

Nödvändigheten av att tydliggöra det tvärprofessionella är också något regionen ser positivt.

#### *6.3.5 Nationella forskarskolor*

Beskriven modell för nationella forskarskolor ser Region Gävleborg som något mycket positivt. Men även här gäller det att förutsättningar och incitament i den kliniska vardagen strävar åt samma håll.

## **7 BARN OCH UNGAS PSYKISKA HÄLSA**

Region Gävleborg ställer sig bakom utredningens bedömningar kring att:

- Regeringen bör tillse att en konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram
- Rekommendationen om och stödjandet av en gemensam väg in
- Den förstärkta vårdgarantin inom BUP bör kvarstå oförändrad

Flera utredningar beskriver värdet av tidiga förebyggande insatser för barn och unga. Här behöver arbetet tas som ett samlat grepp istället för att komma i flera olika kanaler från nationellt håll. Samla ihop både uppdrag och olika statsbidrag för att förenkla. Arbetet behöver ske över huvudmannagränser och samverka med andra huvudmän och civilsamhället blir ett stort och viktigt uppdrag för hälso- och sjukvården.

#### *7.9.3 Nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan samt kunskapsstöd utgående från symtomkomplex.*

Region Gävleborg ställer sig däremot inte bakom denna bedömning med argument i att kunskapsstyrningsorganisationen ägs av regionerna som leds av den medicinska professionen och utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är viktigt att det fortsatt får vara så. Utredningen väljer att peka ut ett särskilt kunskapsstöd och adressera vilken instans i huvudmännens organisation som bör ansvara för att producera kunskapsstödet, vilket inte bör vara fallet. Om staten ser och därmed påtalar behovet och bör staten också bidra.

Utredningen motsäger här sig själv i aspekten att peka ut ett område:

*Vårdgarantin reglerar idag inom vilka yttersta tidsgränser den enskilde ska erbjudas vård. Vårdgarantin reglerar inte om vård alls ska ges, vilken vård som ska ges eller kvaliteten på vården som ska ges. Utredningen har stått fast vid detta syfte. Prioriteringar utifrån medicinska behov ska göras inom tidsgränserna.*

## **8 REGIONALA HANDLINGSPLANER FÖR ÖKAD TILLGÄNGLIGHET**

Region Gävleborg ber att få hänvisa till vårt yttrande gällande delbetänkandet då inga nya förslag eller bedömningar lämnas i detta avsnitt.

## **9 ANDRA ÖVERVÄGANDEN**

Region Gävleborg uppskattar att området kring dagens omfattande och resurskrävande intygsskrivning särskilt uppmärksammas, men konstaterar att inte

heller detta betänkande kommer med några konkreta förslag på annat än bedömningen att regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har gjorts av statliga myndigheter i fråga om intygshantering.

Regionen delar helt utredningens bedömning om att det inte skall föreslås några ändringar gällande förskrivning av ADHD-läkemedel.

### *9.3 Överväganden avseende valfrihet i slutenvård*

Region Gävleborg styrker utredningens bedömning att inte föreslå utökningar av valfrihetsreglerna för slutenvård.

Gällande vårdgarantiremittering ber vi att få hänvisa till 4.4.13 ovan.

## **10 KONSEKVENSBESKRIVNINGAR**

Sammantaget konstaterar Region Gävleborg att utredningens förslag är både många och omfattande. Stort ansvar läggs på de enskilda regionerna i utvecklingsarbete, nya funktioner, ytterligare dokumentations- och administrationskrav för den enskilde medarbetaren kommer att följa. Detta tillsammans med utbildnings- och informationskrav både mot medarbetare och patient (med mera) gör att regionen ställer sig frågande till om utredningen bidrar till målet om en ökad tillgänglighet om förslagen omsätts i praktiken. Eller i värsta fall lägger ytterligare sten på bördan?

Den bild konsekvensbeskrivningen ger delas inte fullt ut av Region Gävleborg. Analysen av konsekvenser för regionerna och dess medarbetare och i slutändan patienten tar inte höjd för de utmaningar och den komplexitet som hälso-sjukvården har. I vilket fall ser Region Gävleborg ett behov av stor försiktighet i införande och en djupare analys av konsekvenserna av vart och ett av förslagen innan de beslutas.

En bärande princip är att nya direktiv ska återföljas av finansiering. Det är därför viktigt med en tydligare analys av vilka merkostnader förslagen skulle få. Och samtidigt en konsekvensbeskrivning av om dessa kostnader står i proportion till förväntad effekt.

## **11 IKRAFTTRÄDANDE OCH ÖVERGÅNGSBESTÄMMELSER**

Region Gävleborgs samlade bedömning är att tidsramarna för införande är för korta sett till ovanstående resonemang kring behov av fortsatt revidering av många av förslagen.

Region Gävleborg

Jan Lahenkorva (S)  
Ordförande Hälso-och sjukvårdsnämnden