

Remissvar från Glesbygdsmedicinsk Förening på slutbetänkandet:

Digifysiskt vårdval

- Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

Svensk Förening för Glesbygdsmedicin har tagit del av slutbetänkandet av utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* och lämnar i detta remissvar några synpunkter, huvudsakligen utifrån vårt glesbygdsmedicinska perspektiv.

Detta är ett viktigt betänkande och vi inom glesbygdsmedicinsk förening känner oss hedrade att få vara remissinstans och vi ser också ett starkt behov av att föra fram åsikter och konkreta förslag på lösningar ur ett kliniskt perspektiv.

För vårdpersonal och patienterna i glesbygd är det essentiellt att utgå från ett patientcentrerat arbetssätt på hemmaplan och förutom medicinska parametrar också ta i beaktande avstånden till sjukvården och möjligheten för patienterna att söka åter till sjukvården.

Innehållsförteckning

Reform av vårdvalet i primärvården	4
Otrohetsbesök	8
	2

Listningstak	9
Omval	9
Listningsbegränsning	10
Icke-valsalternativet	10
Satsningar på primärvården	11
Utomlänsvård	11
Geografiska begränsningar	12
Underleverantörer	12
Digi-fysisk tillgänglighet och kontinuitet	13
Marknadsföring	13
Flera vårdvalssystem	14
Listningstjänsten 1177	15
Lika villkor mellan patienter utförare	15
Kostnaden för vårddygn inom primärvården	Fel! Bokmärket är inte definierat.
En avgiftsfri primärvård	15
Gemensamma ersättningsprinciper	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Utomlänsvård	18
Konkurrensneutralitet och transparens	18
Dialog mellan utförare och landsting	18
Tillståndsprövning för utförare inom primärvården	19
Upphandlingar enligt LOV, LOU	19
Utförare som genomgått en juridisk process	19
Regioners samarbete kring bemanning	20
Riktlinjer för samordnade upphandlingar av personal	20
Fortsatt transparent bevakning och utredning	21
Riktlinjer för upphandling om inhyrd personal	21
Kompetensförsörjning i glesbygd	21
Palamentariska kommitéernas uppgift	23
Behovet av ökat samhällsansvar och unison informationshantering	23

Reform av vårdvalet i primärvården

Utredningens målbild:

Valfriheten bevaras i en digifysisk vård: Valet sker genom listning på förhand. Fler kontaktvägar erbjuds där fysiska och digitala arbetssätt är lika självklara delar av vården. Fördelarna med att vara listad hos en utförare blir tydligare i form av ökad kontinuitet, enkel och god tillgänglighet och låg patientavgift.

Patientens ställning stärks: Utbudet av kontaktvägar ökar och patientens egen insats nyttiggörs i ökad utsträckning genom digitalisering av anamnesupptagning, triage och bättre stöd till egenvård.

Vården ges i ökad grad utifrån behov och mer jämlikt: Vården blir mer kontinuitetsbaserad, vilket särskilt gynnar de med störst behov. Vården blir mer gränsöverskridande och styrningen blir mer nationell och enhetlig.

Planeringsförutsättningarna för utförare stärks: Åtagandet, uppdraget och ersättningsprinciper blir tydligare, vilket skapar förutsättningar för ökad patientsäkerhet och bättre arbetssätt.

Glesbygdsmedicinsk förening ser positivt på den integrerade digifysiska vårdvalsreformen i stort. Det har länge funnits förväntningar från patienter på möjlighet till listning på namngiven läkare och inte bara på utförare/vårdcentral. Föreningen har saknat tydliga direktiv från huvudmän avseende deras ställningstagande i frågan, då huvudmännen troligen, liksom vi, heller ej sett detta som möjligt med tanke på läkarbristen i glesbygd.

Därför har man i glesbygd/landsbygd infört olika typer av kompetensväxling, listning på vårdcentral och andra insatser i försök att effektivisera arbetet, vilket är fullt möjligt och föreningen ställer sig positiv till, men också har sina gränser utifrån patientsäkerhets och arbetsmiljöaspekter. Hyrläkarsituationen bidrar också till fragmentering och därmed också ofta dubbelarbete i efterhand för fast anställda läkare vilket också minskar möjligheten till planering och effektivisering av arbetet. Det är därför viktigt framförallt i glesbygd att huvudmännen kan ställa specifika krav på kompetens (både avseende utbildning och erfarenhet) vid avrop, för att patientsäkerheten ska tryggas.

Vi ser därför inom glesbygdsmedicinsk förening fram emot förslag på hur regioner och kommuner kan samarbeta kring att förbättra samhällsservice och viktiga allmänna samhällsliga funktioner samt bostadsförmedling för att kompetensförsörjning ska kunna ske i större utsträckning. Detta då lönetillägg på många ställen redan används och många vårdcentraler, och trots detta, helt enkelt inte har tillräckligt med läkare i förhållande till befolkning för att alla ska kunna få en allmänläkare att vara listad på.

Vi ser positivt på förslag avseende avskrivning av studielån vid flytt och tjänstgöring i glesbygd och belyser även vikten att tidigt i både grundutbildning och AT inspirera blivande kollegor till arbete i glesbygd samt även om möjligt uppmuntra ST läkare i urbana miljöer att kunna göra en del av sin tjänstgöring i glesbygd. Att erbjuda variation i schemat med andra typer av arbetsuppgifter än direkt patientmottagning/drop in mottagning konstant kan också vara ett vinnande koncept för att få personal att vilja stanna. Exempel på sådana uppgifter kan vara handledning, att bedriva utbildning, hembesök, rond av särskilt boende eller vårdplatser, tid för SIP möten, teammöten, möten med försäkringskassa, social myndigheter, polis, ambulans, att möjliggöra forskning på arbetstid, att kunna arbete hemifrån med administration eller på distans med videolänk/chattplattform etc. Det är också grundläggande att fortbildningen tillmäts stor vikt, planläggs, följs upp och premieras för alla personalkategorier.

När det kommer till digitala kontaktvägar och digifysiska arbetssätt är primärvården i glesbygd ofta redan i framkant då detta har varit tvunget för att effektivisera vården, men det finns fortfarande en mycket stor potential till att utveckla dessa projekt.

Ett digitalt stöd för anamnestagning och triage kan göra mycket men det är också viktigt att belysa att patientdelen i samtalet i enlighet med den konsultationsmodell som används av de flesta i Sverige utbildade läkare är viktig även vid digital triagering. Pat tankar, oro och förväntningar innan besöket måste framkomma för att öka patientförtroende och compliance i vårdrelationen och fler vårdpersonal än bara läkare bör utbildas i samma konsultationsmodell för att få ett bättre flöde i samarbetet.

Man bör dock inte underskatta den vanliga telefontiden. De allra flesta patienter är i glesbygd välkända för läkaren/sköterskan, vi vet vilka de är och de känner oss. Vi behöver inte gå "omvägen" via videolänk/facetime etc för att få en bra konsultation. Det är viktigt att även det vanliga telefonsamtalet genererar en ersättning för arbetet, inte bara de mer högteknologiska varianterna.

Olika vårdcentraler har olika förutsättningar för kontinuitet och det går inte enkelt att säga att samma modell kommer fungera för alla sjukstugor och glesbygdsvårdcentraler, men vi är inom föreningen vida överens om att ideer och lösningar finns hos den personal som jobbar på vårdcentralen varför dessa ideer och erfarenheter bör tas upp och prioriteras av huvudmän vid planering.

I enlighet med ovanstående resonemang kring kompetensförsörjnings-problemet i glesbygd finns det för närvarande endast i få fall tillräckligt med resurser för att alla patienter ska kunna lista sig på en specifik läkare. Det är nödvändigt att

huvudmännen skaffar sig en uppfattning om hur mycket resurser som saknas. Frågan om listningstak i glesbygd måste också diskuteras.

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen ska regleras att patienten ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.

Motsvarande bestämmelser införs i patientlagen. Informationsskyldigheten gentemot patienten förstärks genom en ny bestämmelse i patientlagen som innebär att patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad.

Utredningens rekommendation: Det är viktigt att utförarna skapar förutsättningar för personlig kontinuitet genom att patienten får välja en namngiven läkare och/eller annan profession hos utföraren.

Arbetet bör organiseras så att patienter, såvida de inte aktivt väljer bort det, vet vem deras namngivna läkarkontakt och/eller vårdkontakt är.

En nationell listningstjänst är ett steg i rätt riktning mot en sammanhållen vårdkedja. En sammanhållen vårdkedja med sömlösa övergångar mellan slutenvård, korttidsplatser inom kommunen och primärvårdens ansvar är ett projekt som i glesbygd bör främjas för att få ett bättre samarbete. I glesbygden, där personal trots byråkratiska broar länge ändå varit tvungna att samarbeta, finns detta samarbete redan i stor utsträckning.

Slutenvården är fortfarande ganska frånvarande i detta samarbete framför allt för att det sedan länge där funnits en annan syn på patientcentreringen i vården. Det är förvisso sant att patientens och primärvårdens förväntningar på patienternas egenansvar inte alltid stämmer överens. Inom primärvården utförs regelbunden utbildning inom konsultationen, för att på bästa sätt kunna möta de utmaningar som finns i mötet med patienten. Övriga myndigheter såsom sociala myndigheter och försäkringskassan har sedan länge ofta varit svåra att få bra kontakt och samarbete med, men det borde i glesbygden finnas stora möjligheter till ett bra arbetssätt med närhet mellan befolkningen, myndigheter och primärvård.

Ambulanspersonal och polis har samma vårdfilosofi, men arbetssätten skiljer sig gentemot primärvården varför det är av högsta vikt med utbildning och erfarenhet av samarbete med dessa instanser för att få vårdkedjan att flyta på bra.

Otrohetsbesök

Utredningens rekommendation: Huvudmännens styrning bör inkludera incitament för att uppmuntra att patienten i första hand vänder sig till den utförare där denne är listad, även vid akuta behov som inte kräver akutsjukhusets resurser. Detta ställer nya och höga krav på utförare vad gäller tillgänglighet

I glesbygden har det länge funnits ett välutvecklat system på både vårdcentraler och sjukstugor för att ta emot mer akuta problem. Det är vanligt i glesbygd att även mer komplexa akuta besvär såsom hjärtinfarkter, benbrott och KOL-exacerationer kommer in på drop in mottagning på vårdcentralen, och många vårdcentraler har akuttider som kan bokas av ambulansen. Det är därför viktigt med en högre kompetens i akutsjukvård för personal som arbetar i glesbygd, det är av högsta vikt att ha förståelse för ambulansens arbetssätt och kunna triagera, upprätthålla livsnödvändiga funktioner samt överrapportera information på ett bra sätt som primärvårdsläkare i glesbygd. Många av sjukstugorna har också vårdplatser att kunna lägga in patienter på, och det digitala arbetssättet kan här stärkas genom att tex. bakjourer på sjukhus ges möjlighet till videokonsultation/videorond med vårdcentralen och sjukstugan.

Ett problem för mottagningar i glesbygden är det stora antalet pat som söker på drop-in/akutbokade tider med komplexa besvär. En eftermiddag med jour kan vara alltifrån väldigt lugn till helt kaotisk. I nuläget finns det heller inga begränsningar för hur många patienter som kan komma in på en drop-in/jourmottagning. I glesbygden har man svårt att hänvisa till en annan vårdinstans, man vill inte att någon ska åka många mil utan att först ha blivit bedömd. Det utgör ett arbetsmiljöproblem i sig när söktrycket är högt. Men man har i preliminära försök med hemsjukhusprojekt dock sett en gynnsam effekt med ett minskat antal kroniskt sjuka patienter söker på drop-in/akutmottagning. Detta är ett typiskt exempel på hur en god digital primärvård skulle kunna underlätta arbete på mottagningar i glesbygd men även på akuta mottagningar runt om i landet.

När det kommer till otrohetsbesöken är paradoxen dock idag är att man kan vara listad i storstaden och samtidigt söka och kräva, även mycket extensiv vård "på landet", ofta vid sitt fritidsboende utan att vårdcentralen där får någon kapitering. Frågan om en högre patientavgift för den icke listade patienten bör därför utredas.

Listningstak

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny bestämmelse som innebär att landstinget får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren

Föreningen instämmer i utredningens förslag. Dock anser vi att den styrande lagen ska utformas så att vårdkvalitet och arbetsmiljö prioriteras för att kunna behålla/locka dedikerad personal till glesbygden.

Omval

Utredningens förslag: I patientlagen införs en paragraf som innebär att omval av utförare får ske två gånger per år om det inte finns skäl för annat.

I glesbygden är det inte ett stort problem med upprepade byten av utförare pga av att det ofta inte finns många utförare att välja mellan. Ibland uppstår dock oönskade målkonflikter när man listar sig ömsom "i stan" och ömsom "på landet". Vidare kan problem uppstå när pat väljer att söka digitala vårdtjänster som sedan bekostas av glesbygdens vårdcentraler och som dessutom ofta mottar remisser från dessa digitala vårdutförare pga av att patienterna inte alltid kunde undersökas digitalt, vilket då faller på vårdcentralens lott och kostar därmed inte bara pengar utan bidrar också till dubbelarbete.

Listningsbegränsning

Utredningens rekommendation: Landstingen bör utifrån ovanstående förtydliga rätten till samråd kring listningsbegränsning. Landstingen bör också gemensamt utifrån bl.a. patientsäkerhet, arbetsmiljö och tillgänglighet, t.ex. inom ramen för kunskapsstyrningen, arbeta med rekommendationer kring en realistisk storlek på utförarnas uppdrag. För att prioritera en behovsstyrd och jämlik vård är det viktigt att bl.a. socioekonomi och ålder tas med som underlag för uppdragets omfattning.

Utifrån ett glesbygdsmedicinskt perspektiv kan detta beslut både vara en fördel och nackdel. Detta pga av att utföraren i längden kan erbjuda en mer patientsäker och kvalitativ vård, men det kan också utgöra ett problem för befolkningen, med ett minskat vårdutbud som kan generera beslut om utflytt från glesbygden som resultat. Det är därför viktigt att i samtal mellan landsting och utförare hitta en bra balans som upprätthåller vården utan för mycket nackdelar för befolkningen.

Icke-valsalternativet

Utredningens rekommendation: Nuvarande reglering i lagen om valfrihetssystem, att landsting ska tillhandahålla ett ickevalsalternativ för enskild som inte aktivt väljer utförare, bedöms tillräcklig. Detta sker i dag i de flesta landsting. Grunden för listning genom ickevalsalternativ bör vara närhetsprincipen. Landstingen bör så långt det är möjligt vidta åtgärder för att stärka information om listning och dess innebörd till en individ som har listats hos en utförare.

Då information till patienterna tidigare varit bristfällig för patienter i glesbygd pga dåligt vårdutbud eller oklara skyldigheter för landstingen är detta en viktig aspekt för att stärka patientens autonomi.

Satsningar på primärvården

Utredningens rekommendation: Regeringen och huvudmännen bör genomföra en bred satsning på primärvården. Det övergripande målet med satsningen bör vara att genom ökade resurser stärka primärvårdens funktion som första linjens vård och förutsättningarna att i primärvården ge en jämlik, kontinuitets baserad och tillgänglig nära vård.

Detta är ett mycket välkommen aspekt i glesbygd där vården ibland måste dra utvecklingen steget längre och erbjuda en sömlös verksamhet mellan alla myndigheter och vårdgivare inblandade i patientens vård. Detta innebär administrativa kostnader för ombyggnad av it-system och omorganisering, men bidrar i längden bidrar till en mer kostnadseffektiv vårdform.

Utomlänsvård

Utredningens bedömning: Utredningens förslag att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning innebär att även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) ska ske genom listning.

Den nuvarande möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad bedöms begränsas genom förslaget.

Många av patienterna som bor i glesbygden vistas inte på särskilt många andra ställen än hemma, speciellt de äldre generationerna av patienter. Detta kan dock komma att förändras i framtiden då resor inom och utanför Sverige blir allt vanligare. Det är dock ofta så att glesbygden under sommar eller vintersäsong ibland får ta emot en hel del utomlänspatienter vilket leder till en hel del otrohetsbesök som skulle kunna minska i och med att patienten enligt detta förslag ska lista om sig om hen vistas på annan ort tillfälligt, varför vi ser denna del av förslaget som positivt och något som definitivt skulle kunna bidra till en ökad kapitering för vårdcentraler i glesbygden säsongsmässigt, men också självklart en ökad belastning.

Geografiska begränsningar

Utredningens bedömning: Det finns i nuläget inte skäl att införa geografiska begränsningar av patientens valfrihet i primärvården. Genom information ska patienten göras medveten om sitt val och vad det innebär i form av t.ex. restid för ett fysiskt besök.

Att införa geografiska begränsningar för vart man kan söka vård ses inte som ett alternativ för glesbygdsmedicinsk förening då detta bara skulle begränsa rörligheten och resemöjligheten för befolkningen, vilket utifrån nuvarande förhållanden och med en ökande mängd resor både inom och utanför landet skulle vara diskriminerande.

Underleverantörer

Utredningens förslag: I patientlagen förtydligas i en ny paragraf att val genom listning endast kan ske hos utförare i landstingets egna regi, eller hos utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som är godkänd och har ett kontrakt enligt lagen om valfrihetssystem eller har motsvarande kontrakt enligt lagen om offentlig upphandling.

Utredningens rekommendation: Primärvård som erbjuds av underleverantör ska fortsatt kunna erbjudas patienter inom ramen för utförarens uppdrag.

Glesbygdsmedicinskt förening ser på detta som positivt ur valmöjlighets perspektivet. Det är viktigt att både privata vårdcentraler och offentliga ska kunna bedriva vård på lika villkor och att underleverantörer innefattas i utförarens uppdrag.

Digi-fysisk tillgänglighet och kontinuitet

Utredningens rekommendation: Landstingen bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlaget.

Landstingen bör ställa krav på att utförare ska ha tillräcklig kapacitet att utföra vården, både fysiskt och digitalt, i relation till det antal patienter som listas hos utföraren.

Landstingen bör ställa krav på att utförare ska upprätthålla kontinuitet och att patienten kan knytas till en namngiven läkare eller annan personal (vårdteam).

Föreningen upplever att dessa krav funnits länge från landstingets sida gentemot utförare, men att det möjligen varit så att utförare inte tagit kraven tillräckligt seriöst då det finns gränser för hur mycket vården kan effektiviseras med samma mängd personal eller med digifysiska verktyg.

Marknadsföring

Utredningens rekommendation: Landstingen bör enas om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel för att utföra vård. Landstingen bör i sina förfrågningsunderlag för vårdval ställa krav på att utförare följer denna. I marknadsföring som rör val av utförare genom listning är det viktigt att tydliggöra var den fysiska mottagningen är belägen.

Föreningen ser det som positivt att digitala utförare får större krav på sig att informera patienterna om var deras fysiska mottagning ligger och därmed följande begränsningarna av att enbart driva digital vårdform.

Flera vårdvalssystem

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs ett förtydligande att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

Utredningens rekommendation: Landstingen behöver utveckla och diversifiera formerna för uppdrag inom vårdval beroende på geografiska förutsättningar, i syfte att styra mot ett mer behovsbaserat och jämlikt utbud.

Landstingen bör särskilt överväga nya former för vårdvalsutförare som bedriver vård i glesbebyggda områden. Landstingen bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen med offentlig upphandling och därvid erbjuda bättre ekonomiska villkor och förutsättningar till utförare där det finns ett bristande utbud av primärvård.

Detta ser föreningen som extremt viktigt i den nya vårdvalsreformen. I glesbygden har man pga av att organisationerna är mindre och ofta lokaliserade närmare varandra fysisk ofta och länge arbetat tillsammans i teorin, men byråkrati med diversa journalsystem, olika huvudmän (kommun och landsting), upphandlingar, bestämmelser och lagar har hela tiden satt käppar i hjulen för att vårdkedjan och för att patienten ska kunna flyta genom vårdssystemet på ett funktionellt sätt.

Att också ge i uppdrag till landsting och utförare att förstå olika förhållanden i olika delar av landstinget och ge möjligheter till dessa att acceptera och ändra på förutsättningarna så att en jämlik vård kan uppnås ses som otroligt viktigt i landsting där både glesbygd/landsbygd samt storstäder med goda förutsättningar förekommer. Inom vissa landsting har delar av slutenvården också fått ta upp stora delar av ansvaret för primärvårdens patientstock och ansvar varför sådana småsjukhus bör identifieras som glesbygdssjukhus och kanske slås samman med primärvårdens organisation för att på så sätt kunna erbjuda befolkningen en god vård samt en effektiv vårdkedja. I dessa fall är det viktigt för landstingen att tänka om och förstå att vårdkedjan faktiskt är en vårdkedja och att en kraftigt underfinansierad primärvård, med dåliga förhållanden under flertalet år, ger otvetydiga konsekvenser för slutenvården, framförallt som den åldrande befolkningen blir oftast bara större.

Listningstjänsten 1177

Utredningens rekommendation: Landstingen bör gemensamt och tillsammans med staten utreda den framtida utformningen och funktionen för 1177.

Föreningen ser det som positivt med en integrerad listningstjänst på nationell nivå.

Föreningen ser även positivt på den utbildande och informerande uppgift som www.1177.se har, men vill ändå framhålla att personlig sjukvårdsrådgivning bör ske så lokalt som möjligt. Undrande och oroliga medborgare bör hellre kunna ringa till den lokala vårdcentralen/jourcentralen än till någon som inte känner till hur vården fungerar lokalt och inte har möjlighet att ge råd utifrån ett personcentrerat arbetssätt.

Lika villkor mellan patienter utförare

Utredningens bedömning: Det behövs övergripande åtgärder för att genom styrning öka jämlikheten i vården. För att nå det målet behövs en utbyggd primärvård samt en styrning mot ett primärvårdssystem som i högre grad baseras på lika villkor för patienter och utförare.

Detta är något som föreningen styrker till fullo, men det är självklart viktigt att skilja på lika stor del resurser och lika villkor för patienter och utförare. Det är därför mycket viktigt att se på resultatet av satsningarna och konstant utvärdera och följa upp.

En avgiftsfri primärvård

Utredningens rekommendation: Primärvården bör på sikt bli avgiftsfri när det gäller besök och kontakt med den utförare där patienten är listad.

Regeringen bör som en del av en nationellt reglerad patientavgift utreda och införa försökslagstiftning som ger landsting utrymme att besluta om avgiftsfri primärvård samt koppla detta till utvärdering av effekterna på vårdkonsumtion och jämlikhet i vården.

Det är i nuläget mycket oklart hur en avgiftsfri primärvård skulle förändra sökmönstret i glesbygd, troligen skulle det i glesbygd ge ökade möjligheter för de med lägst socioekonomisk standard att få vård, men det skulle också kunna bidra till ett ökat sökande för banala åkommor av patienter som inte är i lika stort behov av vård, men ändå måste handläggas vilket kan bidra till merarbete.

Gemensamma ersättningsprinciper

Utredningens rekommendation: Utredningen rekommenderar landstingen att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bör gälla för ersättningen:

1. Långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande.
2. Årlig uppräknings av ersättningen.
3. Fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning.
4. Riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov.
5. Minskad detaljstyrning men ökad styrning mot kontinuitet och tillgänglighet.
6. Medicinsk service och läkemedel i ökad utsträckning en s.k. fri nyttighet för utförare inom primärvården.
7. Ingen olikbehandling av utförare, snedvridande incitament eller särbehandling av kontaktform.

Regeringen bör följa utvecklingen på området. Om principerna inte tillämpas efter två år bör ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.

Föreningen ser positivt på detta förslag och även förslag att låta förändringar i ersättningsnivå ligga stabilt om inte särskilda skäl för förändring ses, dvs att avvikelser från ovanstående punkter görs. Föreningen skulle också se det som lämpligt att kontinuerlig uppföljning och utvärdering avseende om ersättningsnivån ges ffa på ett icke särbehandlande sätt. Detta borde följas av en icke jävig myndighet, för att på så sätt för att ytterligare stärka patienten och utförarens rättighet till att kunna erhålla och utöva god vård i sammanhanget. De är också viktigt att ersättningssystem utarbetas på nationell nivå med samverkan mellan landsting för att få en jämlik vård.

Utömlänsvård

Utredningens rekommendation: Landstingen bör ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet för utömlänsvård.

Detta ser föreningen som positivt då utömlänsbesök ur vår aspekt i stor grad bidrar till fragmentering av vården och ökade kostnader.

Konkurrensneutralitet och transparens

Utredningens bedömning: Flera av utredningens förslag och rekommendationer kan påverka konkurrensneutralitet och transparens om uppdragen positivt.

Förening för svensk glesbygdsmedicin instämmer.

Dialog mellan utförare och landsting

Utredningens rekommendation: Landstingen bör fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare samt fördjupad analys eller medicinsk revision.

Detta är något som enligt föreningen är mycket viktigt då sjukvården är en organisation som ständigt förändras och behöver uppdatera sig konstant med nya framsteg inom medicinen och medicintekniken. För att kunna följa upp behöver den svenska primärvården veta vad den har för förutsättningar varför statistik och forskning kring detta också är mycket viktigt.

Tillståndsprovning för utförare inom primärvården

Utredningens bedömning: Det finns för närvarande inte skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade.

Föreningen instämmer och detta skulle enbart begränsa möjligheterna till den ständiga utveckling av vården som ändå krävs för att möta upp mot framtidens vårdbehov.

Upphandlingar enligt LOV, LOU

Utredningens förslag: Upphandlingsmyndigheten ska få i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för provning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering. Vägledningen riktar sig till huvudmän för hälso- och sjukvård.

Detta ses som mycket positivt och ger utvidgade möjligheter att bedriva vård hos flera huvudmän, vilket är en mycket viktig del på många håll i glesbygden där samarbete bör uppmuntras för att få en effektiv vård.

Utförare som genomgått en juridisk process

Utredningens rekommendation: Regeringen bör ta initiativ till att utreda förutsättningarna för ett nationellt register över utförare som har deltagit i någon process för provning inom hälso- och sjukvård.

Föreningen ser positivt över att föra ett centralt register över utförare som genomgått en juridisk process för att på så sätt säkra kvalitén och patientsäkra vården.

Regioners samarbete kring bemanning

Utredningens rekommendation: Landstingen bör samverka bättre vad gäller frågor kring bemanning. Bland annat bör de gå samman, nationellt och/eller alternativt sjukvårdsregionsvis, för att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster. SKL bör kartlägga landstingens modeller för upphandlingar för att möjliggöra lärande.

Att kartlägga bemanningen och flödet av bemanning anses av föreningen vara av stor vikt för att kunna komma fram till gemensamma lösningar på bemanningsfrågan som skulle kunna bidra till en ökad kontinuitet.

Riktlinjer för samordnade upphandlingar av personal

Utredningens förslag: Upphandlingsmyndigheten ska få i uppdrag att ta fram specifik vägledning för bättre upphandling av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Upphandlingsmyndigheten ska också ta fram en vägledning för samordnade eller gemensamma upphandlingar inom området.

Föreningen har förstått att utförare inte idag samverkar med andra landsting i rekryterings frågan. Föreningen upplever att utförare inte heller kollat på de studier på vetenskap kring god rekrytering i glesbygds som nu beforskas mer och mer runt om i hela världen. För att få en god styrning och organisation av vården måste man utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet i frågan och inte applicera modeller av rekrytering som inte är hållbara i längden. Det är viktigt att också kolla på andra delar än bara lönesättning, fr.a. i glesbygden, för att främja rekrytering och det kan många gånger behövas samhällssatsningar inom andra delar av samhället för att locka läkare och övrig personal att bosätta sig där. Och att då, under sådana förutsättningar, gemensamt upphandla personal kan ge en mer jämlik effekt för personal och kompetensförsörjning över hela landet och inte bara i större städer och tätbefolkade områden.

Fortsatt transparent bevakning och utredning

Utredningens rekommendation: Regeringen bör fortsätta bevaka på området. Om utredningens förslag inte ger önskat resultat bör regeringen överväga andra åtgärder. Landstingen och SKL bör fortsätta arbetet med att transparent redovisa statistik kring bemanning.

Fortsatt transparent bevakning av detta ses som en förutsättning för att i längden lösa bemannings och kompetens frågorna tillsammans med rätt åtgärder för att inspirera och trygga personal i deras beslut om att söka sig ut i glesbygd.

Riktlinjer för upphandling om inhyrd personal

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom vården och omsorgen.

Upphandlingsmyndigheten ska få i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållande vid upphandling av personal och vid olika anställningsförhållanden.

Detta ses som positivt ur föreningens synvinkel då det är riktlinjer för att stärka patientsäkerheten.

Kompetensförsörjning i glesbygd

Utredningens rekommendation: Staten behöver ta ett tydligare grepp kring både kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården. Det är en förutsättning för att landsting och andra utförare inom vården ska lyckas med kompetensförsörjningen, och helt nödvändigt för att förbättra förutsättningarna för utförare i glesbygd.

Landstingen bör i sina förfrågningsunderlag ställa krav på att utförare rapporterar statistik om bemanning till Socialstyrelsen. Detta gäller samtliga utförare av vård oavsett driftsform.

Detta förslag ses positivt på från glesbygdsmedicinsk styrelse och vi ser fram emot samarbete för kompetensförsörjning i glesbygd och möjligheter till att rapportera statistik kring bemanningsläget, som ju tyvärr ofta är mycket bristfälligt i glesbygd.

Utredningens förslag: Den aviserade välfärdscommissionen ska få i uppdrag att särskilt se över kompetensförsörjning, finansiering och närvaro av välfärd i glesbygd.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att undersöka dels vilken typ av närvaro av hälso- och sjukvård som patienter och medborgare bosatta i glesbebyggda områden förväntar sig och värdesätter, dels vad som krävs för att vårdpersonal ska vilja långsiktigt arbeta i glesbygd. Myndigheten ska också kartlägga hur andra länder styr, ersätter och i övrigt stimulerar närvaro av särskilt primärvård i glesbygd. Uppdraget ska genomföras så att ovan nämnda välfärdscommission kan ta del av resultaten.

Detta ser glesbygdsmedicinsk styrelse som extremt positiv och är välvilligt inställda till att bidra med den kunskap och erfarenhet som föreningen har i frågan.

På sjukstugorna eller vårdcentralerna/hälsocentralerna som finns i glesbygd runt om i Sverige, känner man på många håll redan svaret. Vi vet att det krävs en beredskap utöver det genomsnittliga på en vårdcentral, på g a avstånd men framför allt för att befolkningen i högsta grad söker primärt där oavsett allvarlighetsgrad och vi måste kunna bedöma, omhänderta, stabilisera och avgöra transportsätt eller färdig handläggning - och följa upp - svårare tillstånd. Det kräver att en bredare kompetensen - från telefonrådgivning på HC till att man växlar från en "vanlig" mottagningsdag till att som team bemanna akutrummet - finns hos medarbetarna och tränas och upprätthålls.

Sjukstugemodellen innebär primärvård med ett bredare uppdrag, oftast med ambulans- och jourverksamhet, allmänmedicinska slutenvårdsplatser, röntgen etc. Vi tycker att det är viktigt med en integrerad larm- och ambulansverksamhet i glesbygd. På många hälsocentraler i glesbygd måste man ha den beredskapen och den kompetensen idag, utan att det i regionens primärvårdsuppdrag kanske alls har specificerats. För att kunna erbjuda en god hemsjukvård och inte minst vård i livets slut bör även de lösningar som av nödvändighet arbetats fram i glesbygd tas tillvara. Det behöver också utredas hur man långsiktigt ska kunna bemanna med specifik kompetens som t ex psykolog, kurator, barnhälsovård, barnmorska, fysioterapeut/arbetsterapeut när befolkningstalen är små och att vara den enda i sin yrkesgrupp kan leda till speciella behov av lösningar (och ersättningsnivåer), för att behålla och kompetensutveckla.

Parlamentariska kommittéernas uppgift

Utredningens bedömning: Parlamentariska kommittéer bör slå fast inriktningen på statens styrning av hälso- och sjukvården.

Målet är en ökad långsiktighet, hållbarhet och mer strategisk inriktning på statens styrning.

Föreningen anser att utredningens intention här är god men att den är för ospecificerad. Det borde klarare framgå vad som kan beslutas för hela landet/staten och vad som parlamentariker ska besluta om regionalt och även lokalt.

Behovet av ökat samhällsansvar och unison informationshantering

Utredningens förslag: En offentlig utredning ska få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar vad gäller konsumtion av vård.

En offentlig utredning ska få i uppdrag att utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras samt om det är ändamålsenlig att staten tar över ansvaret för informationsinfrastrukturen när det gäller information i hälso och sjukvård och socialtjänst.

Föreningen ser mycket positivt på att man centralt ser över hur sökbeteende och vårdkonsumtion kan styras när de digitala möjligheterna även riskerar att medföra en "övermedikalisering" av enkla åkommor med därmed ökade kostnader för dessa ur "den gemensamma kassan".

Föreningen ser även positivt på att öka informationsutbytet mellan primärvården och de sociala myndigheterna.

Vidare bejakar vi bekymret med de olika journalsystemen och även access till dessa, vilket ofta ställer till det när man söker vård "utomläns". Även hinder att utbyta information mellan olika vårdnivåer i vissa landsting behöver ses över och elimineras.

Utredningens förslag: Regeringen ska uppdra åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa den föreslagna reformen av vårdvalssystemen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.

Detta ses som positivt av glesbygdsmedicinsk förening som en del i en primärvård i fortsatt konstant utveckling.