



2020-01-22

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar Digifysiskt vårdval SOU 2019:42 (S2019/04058/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Svaret nedan avgränsas till de skarpa förslagen, med något undantag. I beredningen av SLS svar har vi fått in synpunkter från SLS sektioner för *akutsjukvård, allmänmedicin, hypertoni, stroke och vaskulär medicin, infektionssjukdomar, internmedicin, neurokirurgi, njurmedicin, psykiatri, urologi* och *SLS delegation för medicinsk etik* samt *SLS kommitté för eHälsa*. Då dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter, inte minst specialiteternas perspektiv, bifogas de i sin helhet.

Allmänt om utredningen

SLS är positivt till flera av förslagen i utredningen. Det är positivt att utredningens förslag utgår från att öka kontinuiteten i vården då förslag om förändringar av vårdvalssystemet läggs. Det är också rätt väg att gå att integrera digital och fysisk vård. Men SLS menar att det breda införande av digital vård som utredningen rekommenderar landstingen bör ske på längre sikt och genom ett ordnat införande (se vidare under 17.3.2.). Det behövs också mer konsekvensanalyser av vad det innebär för kostnader, hur läkares arbetssätt påverkas och därmed krav på utbildning, fortbildning m.m.

Det är förståeligt att omfattande utredningsuppdrag behöver delas upp på flera utredningar, men det gör det också svårt att bedöma förslagen, då en helhet saknas. Det saknas t.ex. förslag på hur den grundläggande problematiken, med att dimensioneringen av specialister i allmänmedicin är för låg, ska lösas. Men vi uppfattar att det uppdraget ligger på utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*. Eftersom dimensionering finns i bakgrunden utan att bli löst i "Digifysiskt vårdval" leder detta till att andra åtgärder som användning av digitala vårdtekniker kan få en mera framskjuten roll i utredningen än om så varit fallet. Också med tillräckligt antal specialister i allmänmedicin måste ny och oprövad teknik utvärderas systematiskt så att man kan bedöma om tekniken har resultat, säkerhet och kostnader som är rimliga i den offentligt finansierade vården. Kliniskt verksamma läkare måste vara involverade i forskning om digitala lösningar på kliniska problem. SLS saknar också förslag om långsiktig och stabil finansiering av en omställning. En utbyggnad av primärvården kräver ett tillskott av resurser, men resurser behövs till hela hälso- och sjukvården för att klara förändringen.

SLS sektioner har också påtalat att det saknas analys av samverkan mellan vårdnivåer dvs. mellan sjukhusen och primärvården samt kommunerna, även det uppdraget ligger på utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*. **Sektionen för akutsjukvård** nämner särskilt samverkan mellan kommuner, primärvård och akutmottagning rörande multisjuka äldre, och vikten av att patienter inte hänvisas fram och tillbaka. Se även svar från **SLS sektion för urologi** samt **Delegationen för medicinsk etik!**

17.1.2 Listning på utförare ska bli grunden för valfrihet i ett system baserat på kontinuitet

Utredningen förslår att HSL ska reglera att patienten ska kunna välja utförare genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Motsvarande bestämmelser

ADRESS Svenska Läkaresällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm BESÖKSADRESS Klara Östra Kyrkogata 10

VXL 08-440 88 60 FAX 08-440 88 99 INTERNET WWW.SLS.SE

införs i patientlagen. Informationsskyldigheten förstärks genom bestämmelse i patientlagen om att patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad.

SLS har ingen invändning mot att begreppet listning införs i lag, men är tveksamt till att det löser problemen med bristande kontinuitet och tillgänglighet då det enbart är en kodifiering av hur man gör redan i dag, vilket även utredningen beskriver. SLS har inte heller någon invändning mot att det tydliggörs i lag att det är hos den utförare man är listad som den fasta läkarkontakten kan väljas. SLS har inte uppfattat att det är otydligheter i lagstiftningen som bidragit till att andelen som har en fast läkarkontakt är förhållandevis låg i Sverige, men det är positivt med tydlig lagstiftning.

SLS menar att fokus måste vara att stärka allmänmedicinen så att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta huvudansvaret i den nära vården, även andra specialister kan vara en resurs i den nära vården. Det handlar om att det måste finnas tillräckligt många specialister i allmänmedicin och om en rad åtgärder för att göra allmänmedicinen till ett attraktivt karriärval. Förutom arbetsförhållanden och arbetsmiljö behövs förutsättningar för fortbildning och utvecklingsarbete. Även forskningsförutsättningarna i primärvården måste stärkas. Vi saknar förslag i dessa delar.

SLS anser att listning ska ske på läkare. Hög kontinuitet i vården innebär högre vårdkvalitet och minskad total resursförbrukning. Listning på läkare skapar personlig kännedom mellan läkare och patienter och bidrar till ökat ansvarstagande från läkaren samt ökad tillit hos patienten.¹ Trots god grund för personlig kontinuitet väljer utredningen att föreslå listning på utförare, med motiveringen att det är det enda genomförbara och realistiska alternativet. Det skulle emellertid finnas möjlighet att med stimulansåtgärder för vårdcentralerna att åstadkomma realism i att lista på läkare! Utredningen anser också att listning på utförare tar fasta på primärvårdens styrkor; bredd och multiprofessionalitet och nämner listning på annan profession än läkare. SLS anser att ett införande av listning på andra personalkategorier än läkare i dagens bemanningsläge riskerar att försätta patienten i ett oklart läge, och att bidra till att skyla över den reella läkarbrist som råder inom primärvården. SLS ser inte heller någon motsättning mellan listning på läkare och att tillvarata primärvårdens breda multiprofessionella kompetens. Vården ska anpassas efter patientens vårdbehov och läkarbesök ska inte ske i onödan utan när det är befogat.

SLS anser att till dess primärvården är fullt utbyggd bör fast läkarkontakt prioriteras till dem som har störst vårdbehov. Samtidigt är det viktigt att framhålla betydelsen av kontinuitet också för barn och yngre vuxna. Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård är förenad med lägre antal läkarbesök på akutmottagningar. Sambandet mellan hög personlig läkarkontinuitet och lägre antal läkarbesök på akutmottagning var enligt en nyligen publicerad artikel i Läkartidningen störst för gruppen yngre vuxna.²

Se närmare remissvaren från *SLS sektion för allmänmedicin* och *SLS delegation för medicinsk etik!*

17.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal

Utredningen förslår att det i HSL införs skyldighet för landstingen att tillhandahålla en listningstjänst. I patientlagen införs en bestämmelse med informationsskyldighet gentemot patienten om listningstjänsten.

SLS är positivt till en listningstjänst. SLS vill dock understryka vikten av att värna alla invånarens möjligheter att välja, även de som inte själva kan göra val eller har svårt att tillgodogöra sig digitala informationstjänster.

¹ Borgquist, L. och Engström, S. *Läkares personkännedom sparade liv och resurser. Personlig kontinuitet viktig i ett nytt svenskt vårdssystem*. Läkartidningen. 2019;116:FDZA

² Engström, s., Borgquist, L. et al. Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning. En populationsbaserad studie i Jönköpings sjukvårdsregion. Läkartidningen. 2019;116:FTPW.

17.1.5 Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år

Utredningen förslår att det i patientlagen införs bestämmelse om att omval av utförare får ske två gånger per år om det inte finns skäl för annat.

SLS delar uppfattningen om att det är rimligt att det finns någon form av tröghet för att underlätta kontinuitet. En sådan åtgärd underlättar möjligheten för patienterna att erfara kontinuitet i vården liksom möjliga stimulansåtgärder för att utveckla möjlighet för listning läkare, tidigare nämnt i stycke 17.1.2. Dock är det lite svårt att bedöma konsekvenserna av förslaget, då bristen på specialister i allmänmedicin kan innebära att den valda vårdcentralen har svårt att leva upp till rimliga krav och förväntningar på kontinuitet och tillgänglighet. Därför kan det behövas någon form av klausul för patienten.

17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna

Utredningen förslår att det i HSL införs bestämmelse om 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. Utredningen rekommenderar att landstingen förtydligar rätten till samråd kring listningsbegränsning och att de gemensamt, t.ex. inom ramen för kunskapsstyrningen, arbetar 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.

SLS är positivt till förslag om att det ska vara möjligt att begränsa antal listade hos utföraren. **SLS anser dock** att listning ska ske på läkare och att kraven på god läkarkontinuitet och en rimlig arbetsmiljö innebär att det bör finnas en högsta nivå för antalet listade per *läkare*. Införande av listningstak utan tillräckligt många specialister i allmänmedicin innebär att fast läkarkontakt måste prioriteras till dem som har störst vårdbehov. I övrigt måste arbetet organiseras så att så god kontinuitet som möjligt kan ges för dem som inte kan lista sig hos en läkare. Målet ska vara att samtliga invånare får möjlighet att lista sig hos en läkare.

SLS var positivt till förslaget i *En god och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018: 39)* att Socialstyrelsen skulle ges i uppdrag att utreda frågan om listningstak ur ett patientsäkerhetsperspektiv (per fast läkarkontakt), vilket innebär ett etablerat förfarande för samråd och remissförfarande innan beslut tas. Föreliggande utredning föreslår ett listningstak på utförarnivå, och att rekommendationer för listningstak bereds av regionerna gemensamt t ex i kunskapsstyrningsorganisationen som leds av SKR. **SLS anser fortsatt** att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag utreda frågan om listningstak för läkare, i nära samråd med professionen och regionerna.

17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad

Utredningen förslår en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdsförordningen om att vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad.

SLS anser att det är svårt att bedöma konsekvenserna av förslaget. Å ena sidan ställer det tydligare krav på den valda utföraren. Å andra sidan vad gäller om utföraren inte kan leva upp till kraven i vårdgarantin? I dag är det huvudmannen som garanterar vård inom angiven tid, och patienten ska hänvisas till annan utförare om den valda utföraren inte klarar av att ge vård inom garantin. Om garantin nu avgränsas till den valda utföraren, i kombinationen med att patientens möjligheter att välja ny utförare begränsas, kan förslaget få negativa konsekvenser för den enskilde och idén med vårdval urholkas. En förändring av ansvar för vårdgarantin behöver kompletteras med en tydlig beskrivning av hur vårdgivare som ej kan möta vårdgarantin löser situationen och vilket ansvar huvudmannen har i en sån situation.

SLS konstaterar att utredningen föreslår att vårdgarantin ska gälla hos den utförare där patienten är listad, dock ej om utförare väljs i annat landsting, dvs. utredningen föreslår inte någon ändring av nuvarande bestämmelse om att vårdgarantin inte gäller vid utomlänsvård. För patient som väljer vård i annat landsting gäller således inte vårdgarantin, varken för tillfälliga besök eller mer långsiktiga relationer som vid listning. **SLS anser** att det är viktigt att detta framgår av den sk listningstjänsten

som föreslås (17.1.3). Det måste vara tydligt för dem som väljer att lista sig hos utförare i annat landsting eller vårdgivare som profilerat sig mot digital vård, att vårdgarantin inte gäller för utomlänsvård. Även den s.k. nationella marknadsförings- och informationspolicy som utredningen rekommenderar att landstingen enas om (17.3.3) bör omfatta upplysningar om vad som gäller för vårdgarantin.

17.1.8 Patienter som inte gör ett aktivt val tilldelas en utförare nära bostaden

Utredningen bedömer att nuvarande reglering i LOV, att landsting ska tillhandahålla ett ickevalsalternativ för enskild som inte aktivt väljer utförare, är tillräcklig och att grunden för listning genom ickevalsalternativ bör vara närhetsprincipen.

SLS anser att det är rimligt.

17.1.9 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård

Utredningen rekommenderar att regeringen och huvudmännen genomför 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, kontinuitetsbaserad och tillgänglig nära vård.

SLS delar utredningens bedömning om gemensam satsning av regeringen och huvudmännen genom ökade resurser. Långsiktiga och stabila resursförstärkningar från både stat och landsting är en viktig förutsättning för omställningen och även för digitalisering.

SLS saknar förslag om långsiktig och stabil finansiering av en utbyggd primärvård. Förslaget lyfter i nuläge enbart omställningskostnader. En utbyggnad av primärvården kräver ett tillskott av resurser, men resurser behövs till hela hälso- och sjukvården för att klara förändringen och för fortsatt utveckling av arbetssätt under en lång tid. Det finns en oro såväl bland läkare i primärvården som sjukhusläkare för hur omstruktureringen ska lösas: Sjukhusvården dras med stora resursbrister. SLS vill understryka det utredningen framhåller (17.1.4), nämligen att en viktig del för att nå ökad fysisk och digital tillgänglighet kommer att vara att stärka primärvårdens resurser. Det gäller även kapaciteten för en omställning. Utredningen rekommenderar en gemensam satsning av stat och landsting/regioner, dock utgår rekommendationen från regeringens och SKL:s överenskommelse *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, som det råder oklarhet om hur länge den kommer att gälla. Tillfälliga satsningar för omställningen behövs, men långsiktig och stabil finansiering är mycket viktig. Se även remissvar från **SLS sektion för urologi!**

17.2.1 Val i primärvården ska ske genom listning oavsett var patient och utförare befinner sig

Utredningen bedömer att förslaget om 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.

SLS har inte någon invändning. SLS konstaterar att vårdgarantin inte kommer gälla för dem som listar sig hos utförare i annat landsting, och att detta är viktig information till den som ska göra ett val.

17.3.1 Tydligare reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig

Utredningen förslår att det i patientlagen förtydligas 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 LOV eller har motsvarande kontrakt enligt LOU. Vidare rekommenderar utredningen att primärvård som erbjuds av underleverantör ska fortsatt kunna erbjudas patienter inom ramen för utförarens uppdrag.

SLS är positivt till utredningens förslag om vilka utförare som ska vara listningsbara.

17.3.2 Landstingen bör ställa tydligare krav på utförare i primärvården

Utredningen rekommenderar att landstingen bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlaget. Vidare att 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).

I betänkandet framgår att utredningen har bedömt att ett sk. nollalternativ, att inte vidta några åtgärder när det gäller utvecklingen av digitala vårdtjänster (sk. nätläkare), inte är ett alternativ. Utredningen har prövat tre olika modeller, och ser att vägen framåt är att integrera digitala verktyg i den traditionella vården och att alla vårdvalsutförare förväntas erbjuda både digital och fysisk tillgänglighet. Av utredningen framgår att utförarna kan lösa det på olika sätt, de kan själva bygga upp digitala tjänster eller upphandla underleverantör. Utredningen beskriver utvecklingen i ett antal regioner och olika plattformar som byggs upp.

SLS är positivt till att integrera digitala verktyg i den traditionella vården, och att detta kan ske genom krav i förfrågningsunderlagen. Det kräver dock att systemen är på plats och integrerade i verksamheten. **SLS anser** att digitaliseringens eventuella förmåga att lindra resursbristen bör undersökas systematiskt via ett gradvis och ordnat införande, dvs. en systematisk genomgång och värdering av kunskapsläget. Digitaliseringen behöver ses som ett verktyg som regleras och prövas lika strikt som införandet av nya läkemedel, behandlingar, vårdmetoder. Konsekvenserna ur vårdetiskt och ekonomiskt perspektiv, samt en utvärdering i olika vårdmiljöer med olika förutsättningar, i form av producentoberoende vetenskapliga studier behöver komma till innan en storskalig digitalisering av primärvården genomförs. Sättet att arbeta som läkare kan påtagligt förändras av ett sådant genomförande. Även läkares utbildning, fortbildning och forskningsmöjligheter påverkas av utredningens vision om den digifysiska vårdformen. Det finns ingen tydlig konsekvensbeskrivning av vad som händer när digitala vårdformer ska integreras.

Potentialen möjliggörs enbart om professionen engageras i att utveckla nya arbetssätt och investeringar görs i väl designade lösningar som fungerar och utvärderas och beforskas löpande. Professionen måste ha utrymme för detta i sina uppdrag.

Se närmare remissvaren från ***SLS delegation för medicinsk etik och sektionen för hypertoni, stroke och vaskulär medicin.***

SLS saknar en närmare analys av vilka möjligheter vårdvalsutförare har att erbjuda digitala tjänster mot bakgrund av personal- och resursbrist, det gäller även kostnader för digitala plattformar samt underhåll och utveckling av dessa, som kan vara svårt särskilt för små vårdgivare. Även om utredningen lyfter fram landstingens utveckling av gemensamma plattformar, bör möjligheterna utredas ytterligare att först införa en oberoende och nationell offentlig plattform som alla vårdgivare kan ansluta sig till. Se närmare remissvar från ***SLS delegation för medicinsk etik.***

Utredningen rekommenderar att 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. **SLS anser** att det avgörande är att uppdrag och resurser är i balans. Beroende på utgångsläget kan detta kräva en omställningstid. SLS menar att hälso- och sjukvården behöver ökade resurser och att finansieringen måste vara långsiktig och stabil, se ovan 17.1.9!

SLS är positivt till utredningens rekommendation att landstingen bör ställa krav på att utförare ska upprätthålla kontinuitet och att patienten kan knytas till en namngiven läkare. SLS anser att listning på läkare hade varit att föredra för att bidra till kontinuitet i patient-läkarrelationen. När det gäller annan personal (vårdteam) utgår vi från att utredningen syftar på fast vårdkontakt. SLS förespråkar enbart listning på läkare. Att organisera vården så att det är möjligt att välja fast läkarkontakt är en lagreglerad skyldighet för landstingen.

17.3.3 Landstingen bör enas om en nationell policy för marknadsföring

Utredningen rekommenderar att 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.

SLS är positivt till en nationell policy för marknadsföring, den bör även omfatta information om vad som gäller för att vårdgarantin, som blir särskilt viktig vid val av vårdgivare i annat landsting och vårdgivare med digital profil.

17.3.4 Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem

Utredningen förslår att i HSL införs ett förtydligande att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

SLS har ingen invändning.

17.3.5 Den framtida funktionen för 1177

Utredningen rekommenderar att landstingen bör gemensamt och tillsammans med staten utreda den framtida utformningen och funktionen för 1177.

SLS sektion för akutsjukvård önskar bli involverade i denna process – se sektionens bifogade remissvar!

17.4.2 En nationellt reglerad patientavgift i primärvården

Utredningen föreslår att det i HSL införs en ny paragraf som innebär att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Utredningen rekommenderar också att primärvården på sikt bör 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.

SLS är tveksamt till förslaget att reglera patientavgiften i primärvården i HSL – och att samma (årligen indexuppräknad) avgift därmed kommer att gälla över hela landet vid besök i primärvården inom vårdvalssystemet. Vi är också tveksamma till att patientavgiften för besök i primärvården ska vara betydligt lägre än vad majoriteten regioner har i dag eller tas bort helt. Det kan leda till mer efterfrågestyrd vård, särskilt i regioner med en jämförelsevis frisk befolkning, och snedvridna prioriteringar. SLS anser att fler kontextanpassade studier bör göras rörande avgiftens betydelse som grindvakt i ett behovsprövat och offentligt finansierad sjukvård innan man inför nationella regleringar och gör kraftiga justeringar uppåt eller nedåt.

17.4.3 Nationella ersättningsprinciper för primärvården

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 uppräknad 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.

SLS är positivt till att gemensamma nationella ersättningsprinciper tillämpas i primärvården och ser fördelar med vart och ett av de sju föreslagna principerna. Särskilt viktiga är justering av kapiteringen för att styra mot patienter med de största behoven samt minskad detaljstyrning och tillit till professionerna i primärvården. Det man kan sakna är en åttonde princip om att ersättningen i vårdvalet ska utformas i dialog med professionerna för att säkerställa maximal patientnytta. Vi är också positiva till att regeringen följer utvecklingen på området och överväger reglering av de nationella ersättningsprinciperna om de inte tillämpas efter två år.

Införande av digifysiskt vårdal med listning till vårdcentral som erbjuder både fysisk och distansvård behöver en förutsättningslös analys av dagens system för kapitationsersättning med särskilt fokus på hur vårdtyngd ersätts och nya selektionsmekanismer som kan uppstå. Vid listning av patienter till vårdcentral för ersättning som till del eller huvudsakligen utgörs av kapitationsersättning är det viktigt att ersättningen speglar de listade patienternas individuella vårdtyngd så nära som möjligt. Annars kan en vårdcentral få en i förhållande till uppdraget för hög eller för låg ersättning.

I en rapport från SNS 2019 framgår att vårdtyngd påverkar kapitationsersättning i varierande omfattning mellan regioner.³ En patient som inte prioriterar närhet till fysisk vårdcentral kan på goda grunder antas i genomsnitt vara friskare, dvs. ha ett lägre behov av vård, än en patient i samma ålder och kön och med samma bakomliggande diagnoser (t ex. diabetes). Med andra ord så kan en vårdcentral med utbyggd och väl marknadsförd vård på distans därför i varje fall i teorin kunna få patienter listade till sig med lägre förväntat vårdbehov än anpassad kapitationsersättning bygger på och alltså få en högre ersättning än motiverat. Problemet kan uppstå redan inom en region och bli ytterligare större vid möjlighet till listning i hela landet. En närhetsprincip för listning kan motverka problemet men går inte att kombinera med dagens fria vårdval.

17.4.6 En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården

Utredningen rekommenderar landstingen att fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare samt fördjupad analys eller medicinsk revision.

SLS är positivt till att regionerna ska använda mer dialogbaserad uppföljning och medicinsk revision för att bedöma hur väl utföraren når resultat som är centrala för primärvården. SLS har tagit fram en egen modell för professionsbaserad klinisk kvalitetsrevision i precis detta syfte.

SLS revisionsmodell är ett system där professionella grupper med utgångspunkt SLS sektioner/specialitetsföreningar regelbundet granskar hälso- och sjukvårdens verksamheter på plats runt om i landet. Modellen ska tillgodose professionernas krav på intern kvalitetsutveckling liksom huvudmannens behov av att kunna uppvisa effektivt kvalitetsarbete. Dessutom ska SLS revisionsmodell ge patienter, anhöriga och skattebetalare underlag för att ställa krav på och välja vårdgivare.

Det som är unikt med SLS revisionsmodell är att granskningarna inte enbart är inriktade på medicinska resultat utan även omfattar efterlevnad av etiska principer, professionella värden, forskning och fortbildning – där särskilt fokus läggs på handläggning av relevant samsjuklighet. Inom SLS kallar vi därför modellen även för ”Hippokratesrevision”. Ett annat unikt moment är att granskningarna inte enbart avser utfallsmått i kvalitetsregister m.m. utan i stor utsträckning speglar förutsättningar för patientsäkerhetsarbete, tillgång till läkare med forskarutbildning, möjligheter till fortbildning och utrymme för att diskutera svåra etiska dilemman. Revisionen sker i dialog med professionerna på vårdheten som revideras. Hippokratesrevisionen kan därför på ett fruktbart sätt belysa en enhets styrkor och svagheter med utgångspunkt i medicinsk kvalitet, vetenskap och etik – och samtidigt stimulera utveckling och kvalitetsförbättringar.

³ Lindgren P. Ersättningen och e-hälsan. SNS Förslag. Stockholm 2019. Tabell 7 sida 48-49.

17.6.2 Ökad patientsäkerhet

Utredningen föreslår att 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.

SLS tillstyrker utredningens förslag om att ge uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom hälso- och sjukvården. Checklistor och rekommendationer för användandet av tillfällig personal kan säkert bidra till en ökad patientsäkerhet. Likaså tillstyrker SLS att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållandena vid upphandling av personal.

17.6.3 Nationellt arbete med planering och dimensionering av kompetensförsörjning

Utredningen rekommenderar att staten tar 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.

SLS är positivt till att staten generellt tar ett tydligare ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Ett led i detta är det nyligen inrättade Nationella vårdkompetensrådet, som långsiktigt ska samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Enligt SLS är det också utmärkt att det ställs krav på utförare att regelbundet rapportera in statistik om bemanning och hyrpersonal till Socialstyrelsen.

17.6.4 Ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd

Utredningen föreslår att den aviserade välfärdskommissionen 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 välfärdskommission kan ta del av resultaten.

SLS tillstyrker att Välfärdskommissionen som del i sitt uppdrag ska se över kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården i glesbygd samt att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska bistå kommissionen med utredningar och kunskapsunderlag. Enligt SLS är det dock viktigt om resultat ska åstadkommas att den utökade statliga insatsen kring kompetensförsörjningen hålls ihop och att samtliga råd och myndigheter som nu får ett uppdrag samverkar, och samverkar med t ex SLS.

17.7.1 Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen föreslår att 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.

Utredningen föreslår vidare att 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 ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för informationsinfrastrukturen när det gäller information i hälsooch sjukvård och socialtjänst.

SLS anser att det är angeläget att utreda och förtydliga tillämpningen av den gällande prioriteringsplattformen, men anser *inte* att uppdraget ska vara att ompröva de beslutade och lagfästa tre grundläggande hierarkiskt ordnade principerna för prioritering i svensk hälso- och sjukvård. Frågor att utreda - lämpligen inom ramen för en bred parlamentariskt sammansatt utredning - är t ex

principerna för gränssättning för vad som ska ingå i det offentliga vårderbjudandet, principerna för att göra horisontella prioriteringar och hur förebyggande insatser ska prioriteras i relation till kurativa och rehabiliterande insatser inom vården.

Här vill vi även hänvisa till remissvaret från **SLS sektion för urologi** om omställning från sjukhusvård till nära vård och vikten av att säkra resurser!

SLS anser att nationell it-infrastruktur i vården med detaljerade och enhetligt strukturerade data som är tillgängligt för analys har potential att förbättra förutsättningar för styrning, underlag för ersättningssystem, samt öka systemeffektivitet på såväl nationell som regional nivå. Vi vill dock uppmärksamma, som rapporten också nämner, att vårdens organisation och till viss mån även praxis och arbetssätt kan skilja sig stort mellan landet samt över tid. Patientnära it-system som är välanpassade till lokala omständigheter har potentialen att drastiskt öka produktiviteten på flera plan, men det finns samtidigt en risk att dåligt anpassade it-system skapar det omvända resultatet. En eventuell nationell it-infrastruktur i vården behöver därför vara tillräckligt flexibel för att kunna anpassas till lokala omständigheter, samtidigt som den måste vara tillräckligt enhetlig i avseendet att interoperabilitet samt möjligheter till att analysera data i hög detaljgrad säkerställs.

Mot bakgrund av detta, anser vi att det är viktigt att säkerställa att det finns kompetens inom hälsoinformatik och klinisk informatik på såväl nationell som regional nivå, och på såväl utvecklarsidan som på användarsidan. Vi vill även uppmärksamma att det i flera länder finns tydliga karriärvägar för vårdpersonal att vidareutbilda sig inom hälsoinformatik och klinisk informatik, där till exempel läkare kan specialisera eller subspecialisera sig inom klinisk informatik. I samband med den föreslagna utredningen bör man överväga huruvida staten bör ta över den del av huvudmannskapet som rör it-infrastrukturen i vården, samt i en separat utredning även utreda kompetensförsörjning inom hälsoinformatik samt klinisk informatik på nationell och regional nivå.

17.7.2 Uppföljning av den föreslagna reformen av vårdvalet i primärvården

Utredningen förslår att regeringen ska uppdraga åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa den föreslagna reformen av vårdvalssystemen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.

SLS är positivt. Även tillgången på fast läkare bör följas upp. Uppdraget till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör kompletteras med följeforskning från universitet.

För Svenska Läkaresällskapet

Britt Skogseid
Ordförande

Karin Pukk Härenstam
Ordf. Kavlitetsdelegationen

Ingmarie Skoglund
SLS nämndledamot

Bilagor:

SLS sektioner för
akutsjukvård,
allmänmedicin,
hypertoni, stroke och vaskulär medicin
infektionssjukdomar,
internmedicin,
neurokirurgi,
njurmedicin,
psykiatri,
urologi och
SLS delegation för medicinsk etik samt
SLS kommitté för eHälsa



SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Specialistföreningen för ST-läkare och specialister i akutsjukvård.

2019-12-08

Mottagare: Läkarförbundet **Gem 2019/0204** och Svenska läkaresällskapet

SVAR PÅ REMISS: *Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)*

Bakgrund:

Utredningens förslag syftar till att skapa ett integrerat digifysiskt vårdval i primärvården, där patienten vänder sig till samma aktör oavsett om det görs via digital väg eller via besök. Detta kommer att få konsekvenser för aktörer som i dag verkar inom framförallt utomlänsvården och enbart främst erbjuder vård i digitala former.

- SWESEM välkomnar utredningens förslag.

Sammanfattning av SWESEMs synpunkter avseende socialstyrelsens remiss:

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

- **SWESEM stödjer detta förslag.**

“Fyra breda prioriteringsgrupper för vården:

Prioriteringsgrupperna är inte styrande. De ska istället ses som rekommenderade prioriteringar för vården vilket innebär att det inte finns något lagligt hinder för att det kan skilja sig åt mellan landsting beträffande vilka sjukdomar eller vilka tillstånd som behandlas och vilka metoder som står till buds om behandlingen väl ska ges. “

- **SWESEM finner utredningens förslag rimligt men anser att prioriteringsgrupperna bör vara styrande.**

“När patienter tillfrågas om erfarenheter av tillgänglighet är bilden mer negativ

Troligen överskattas tillgängligheten till primärvården i den redovisade statistiken. Det beror bl.a. på att vissa patienter inte syns i statistiken:

– Patienter som kommer på drop-in men inte får något besök. ”

- **SWESEM saknar kommentar om de patienter som hänvisas till akutmottagningen från vårdcentralen pga brist på tider.**

”I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) gjordes bedömningen att primärvården är underdimensionerad i förhållande till förväntningar och potential. Tillgängligheten i akuta fall är låg och många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå.”

- **SWESEM anser att det är av stor vikt att patienter med lindriga besvär styrs av 1177 och av primärvården att söka dagtid. Detta kan genomföras genom fler resurser till primärvården för att öka tillgängligheten. Och ett bättre beslutsstöd för 1177.**

”Systemeffektiviteten för hela den offentligt finansierade hälso och sjukvården behöver öka. En central del är kontinuitet inom alla delar av hälso- och sjukvården, inkl. kommunernas hälso- och sjukvård. Kontinuitet är den enskilt mest effektivitetsbefrämjande faktorn. Kontinuitet ökar patientsäkerheten, minskar dödligheten och minskar behovet av akutbesök och sjukhusvård.

- **SWESEM tycker det är en mycket viktig fråga då de är visat i tidigare forskning att en god kontinuitet minskar behovet av akutsjukvård.**

”En betydande andel av de multisjuka äldre har enligt SKL:s kartläggning inom projektet ”de mest sjuka äldre” förvånansvärt lite kontakt med primärvården. I stället bOLLAS man mellan olika sjukhusanknutna specialistmottagningar och söker vård på akutmottagning när läget blivit akut eller allvarligt.”

- **SWESEM instämmer i att de multisjuka äldre i många fall skickas till akutmottagningen för att få en ingång till specialistsjukvården. Vi föreslår en utbyggnad av den specialiserade öppenvården, för att vårdcentralen skall ha en annan väg till specialistsjukvården.**

”Arbetsätten spelar stor roll för effektiviteten. Traditionellt har vården arbetat reaktivt – man agerar när ett problem uppstått. Genom att arbeta mer proaktivt kan vården uppnå avsevärda förbättringar för patienterna. Detta gäller inte minst vården av multisjuka.

Framgångsrik proaktiv vård ställer krav på patientcentrering. För multisjuka ställer proaktivitet krav på fungerande samverkan mellan bl.a. kommun och landsting.”

- **SWESEM instämmer i analysen men när det gäller multisjuka äldre innefattar det också ett proaktivt arbetssätt i samarbete med andra kommunala aktörer. Detta då vi ser att patienter kommer till akutmottagningarna på grund av att de saknar tillräckligt med kommunala insatser för att klara sig hemma eller en vårdplan för när patienten närmar sig livets slutskede.**

“I delbetänkandet av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39) bedöms att primärvården behöver ta ett större ansvar för att fullgöra även brådskande hälso- och sjuk- vårdsinsatser som kan hanteras på primärvårdsnivå.”

- **SWESEM instämmer i att primärvården ska ha ett ansvar vid brådskande hälso- och sjukvård. Det får dock inte leda till att patienter med potentiellt behov av akutsjukvård hänvisas till vårdinstanser som inte har kapacitet eller förutsättningar att ta hand om akut sjuka patienter. Patienter bör inte heller hänvisas fram och tillbaka mellan olika vårdnivåer.**

“Den framtida funktionen för 1177

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

- **SWESEM instämmer i analysen. Då det har visat sig svårt att finna evidens för triage vid ett fysiskt möte är det inte förvånande att telefontrriage har än sämre evidens. 1177 är i nuvarande form dock ett starkt ”varumärke” där många patienter numera vänder sig till 1177 innan de tar kontakt med en fysisk vårdgivare. I nuläget får akutmottagningarna de patienter där 1177 har rekommenderat att de söker akutmottagningen och om man ska utforma 1177 vidare önskar SWESEM att bli involverade i denna process.**

I övrigt anser SWESEM att digitala vårdgivare skall ha en kopplad vc som kan ta emot patienten på en fysisk vårdcentral.

För Svensk förening för akutsjukvård:

Angela Falk och Emil Eriksson
Ledamöter SWESEM:s styrelse

www.swesem.org
info@swesem.org

REMISSVAR
2019-12-06

Svenska Läkaresällskapet
Susann.asplund@sls.se

Remissvar från Svensk förening för allmänmedicin Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU2019:42)

Sammanfattning

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har tagit del av slutbetänkandet i utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Vi uppskattar och delar utredningens slutsats, att relationell kontinuitet av tillits-, effektivitets- och kvalitets-skäl behöver genomsyra styrning och organisering av sjukvården. En implementering av detta synsätt torde bland annat innebära att kontinuitetsperspektivet framöver lyfts in i alla konsekvensanalyser som görs vid beslut om styråtgärder inklusive ersättningsystem för sjukvården.

Vi ställer oss även bakom utredningens principiella synpunkter kring

- behov av gemensamma, nationella styrprinciper för sjukvården
- en integrerande strategi för digital teknik snarare än fragmentering med särlösningar/stuprör
- tanken att genom rimliga modifieringar av valfrihetssystemen främja kontinuitetsskapande arbetssätt och öka möjligheten till planering och långsiktighet inom primärvården.

SFAM ser liksom utredaren behovet av en primärvårdsreform och ställer oss bakom majoriteten av de förslag som framförs, men vill särskilt framhålla vår bedömning att utredningens målbild har små möjligheter att uppnås utan att de föreslagna förändringarna kompletteras med ett nationellt fastläkarsystem baserat på personlig listning och med begränsningar av respektive personlig listas storlek.

På följande sidor vill vi lämna mer specifika kommentarer till de olika konkreta förslagen som tas upp i kapitel 17 i slutbetänkandet.

Stockholm 2019-12-06

För Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Magnus Isacson
Ordförande

Kommentarer till utredningens rekommendationer och förslag

17.1 Reform av vårdvalet i primärvården

17.1.1. 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 arbetsmiljö

– Huvudmännens möjligheter att styra mot jämlik och behovsbaserad etablering stärks.

SFAM instämmer i utredningens målbild. Särskilt viktigt är att utredningen återkommande lyfter fram att vården ska vara behovsstyrd och att åtgärder behövs för att bryta den glidning mot en mer konsumtions- och efterfrågebaserad vård som skett de senaste åren.

17.1.2 Listning på utförare ska bli grunden för valfrihet i ett system baserat på kontinuitet

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.

SFAM instämmer i utredningens bedömning att kontinuitet är grunden för en ökad effektivitet, förbättrad patientsäkerhet samt ökat förtroende för vården. Utredningen gör bedömningen att ”det finns synnerligen starka skäl att vidta kraftfulla åtgärder för att förbättra kontinuiteten i vården ” (s 444). Denna bedömning delar vi till fullo, och därför anser vi att utredningens förslag om listning på utförare inte är tillräckligt kraftfullt.

I återkommande skrivningar lyfter utredningen fram betydelsen av relationell kontinuitet och fördelarna med en fast läkarkontakt och att patienten ska få möjlighet att välja en fast, namngiven läkarkontakt. Ändå väljer utredningen att förorda listning på utförare istället för

person, trots att det ju är en strategi som under många år misslyckats med att främja kontinuitet i svensk primärvård. En utförare, dvs en vårdcentral, bygger inga relationer.

De argument som anförs för listning på utförare är svaga i förhållande till de som talar för personlig listning, vare sig det handlar om listning på enskild yrkesutövare/läkare eller läkare i fast kombination med en eller flera andra professioner (teamlistning). Vi ser inte frågan om juridisk avtalspart som omöjlig att hantera. Vi håller inte heller med om att det skulle finnas en motsättning mellan personlig listning och möjligheten att fullt ut tillvarata svensk primärvårds breda multiprofessionella kompetens. Alla invånare har förstås inte behov av alla kompetenser i teamet vid varje givet tillfälle, men alla team har behov av en fast läkare med det yttersta medicinska ansvaret. Utredningen anger att "allmänmedicin är en bred kompetens väl lämpad att medicinskt leda primärvården" (s 448), något som vi till fullo instämmer i.

SFAM:s hållning är att listning på person (läkare) är en förutsättning för att utredningens målbild om att ökad personkontinuitet och ökat personligt ansvar skall kunna uppnås.

17.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen ska införas en ny skyldighet för landstingen att tillhandahålla en listningstjänst. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska få meddela närmare föreskrifter om listningstjänstens innehåll. I patientlagen införs en ny bestämmelse med informationsskyldighet gentemot patienten om den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten. I hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny paragraf med närmare bestämmelser om listningstjänsten, som ska utgöra en tjänst som för patienten möjliggör genomförande av listning samt som informerar patienten om samtliga listningsbara utförare och om deras tillgänglighet för listning.

Utredningens rekommendation: Landstingen bör gemensamt ansvara för att, via en nationell aktör, tillhandahålla en nationell listningstjänst som för hela landet samlat administrerar listning, omlistning och kösystem vid begränsning av lista. I dagsläget kan 1177 efter beslut av landstingen gemensamt vara denna nationella aktör. Landstingen bör gemensamt ansvara för att tillhandahålla en nationell portal med vårdvalsinformation riktad till patienter. Huvudmän bör ställa krav på utförare att tillhandahålla relevant information samt att rikta särskild information till den listade populationen.

Vi instämmer i behovet av en gemensam nationell listningsfunktion där man på ett transparent sätt kan se tillgång till vårdgivare och eventuella köer. Möjligheten till begränsning av utförarens lista är en väsentlig förbättring. Vi förväntar oss också en skrivning angående möjlighet till begränsning för den enskilda läkaren! De skrivningar som finns angående vilket innehåll som bör ingå i den gemensamma portalen med vårdvalsinformation (s 455) instämmer vi i.

17.1.4 Utföraren där patienten är listad bör ha hög tillgänglighet och vara patientens första kontakt med primärvården

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.

Vi delar utredningens bedömning att primärvårdens resurser bör förstärkas för att en hög tillgänglighet ska vara möjlig och att främjande av kontinuitet förutsätter balansering av det fria vårdvalet.

17.1.5 Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år

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

Vi delar bedömningen att möjligheten till omlistning 2 gånger per år är tillräcklig. Med skrivningen "om det inte finns skäl för annat" anser vi att möjligheten till omlistning skulle kunna begränsas ytterligare till max 1 gång årligen. Detta skulle ytterligare öka långsiktighet och stabilitet för vårdgivaren och minska ett konsumtionsdrivet vårdsökande.

17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna

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.

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.

Möjligheten för regionen/landstinget att begränsa antalet listade är en förbättring jämfört med nu rådande regelverk, men även utförarna behöver ges ökade möjligheter att göra detsamma utifrån sina förutsättningar. Med det aktuella förslaget kvarstår risk såväl för ensidiga beslut om begränsning även när så inte är motiverat, som att regionen/landstinget avstå från beslut om begränsning även när det vore motiverat av patientsäkerhets-, arbetsmiljö- eller tillgänglighetsskäl. Vi ser således risker för både alltför höga (vid bristsituationer) och alltför låga (i konkurrensutsatta områden) gränser.

Utifrån från SFAM:s förespråkande av personlig listning på fast läkare, och inte enbart på utförare, föreligger behov av motsvarande rätt till begränsning av listans storlek för den enskilde läkaren.

Vi delar utredningens bedömning att möjligheten till listningsbegränsningar kan synliggöra den kraftiga underdimensionering av primärvården som finns i dag, och ser detta som något mycket välkommet. Det medför ett återbördande av ansvar för primärvårdens dimensionering från de enskilda utförarna till regionerna/landstingen.

17.1.8 Patienter som inte gör ett aktivt val tilldelas en utförare nära bostaden

Utredningens rekommendation: Nuvarande reglering i lagen om valfrihetsystem, 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.

Vi instämmer i att detta är en rimlig begränsning.

17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdsförordningen ska införas en ny bestämmelse om att vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare i primärvården där patienten är listad.

Utredningens bedömning: Vårdgarantin bör fortsatt endast gälla den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL.

Vi instämmer i detta. Att merparten av utförarens listade personer bor i närområdet underlättar hembesök/hemsjukvård och samarbete med andra samhällsinstanser/organisationer i området samt ökar förståelsen för befolkningens livsvillkor.

17.1.9 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård

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, kontinuitetsbaserad och tillgänglig nära vård.

Vi gläder oss åt detta och instämmer i utredningens rekommendation att landstingen också bör åta sig att utöka finansieringen av primärvården med åtminstone samma belopp som statens bidrag.

17.2 Patientens val av utförare i annat landsting

17.2.1 Val i primärvården ska ske genom listning oavsett var patient och utförare befinner sig

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.

Vi uppfattar detta vara ett rimligt förslag som bidrar till att minska den oskäliga användningen av utomlänsdebitering som förekommit de senaste åren.

17.2.2 Ingen geografisk avgränsning vid val av utförare i primärvården

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.

Vi delar utredningens bedömning.

17.3 Tydligare styrning av utförare i primärvården

17.3.1 Tydligare reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig

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.

Vi tolkar skrivningarna i detta avsnitt som att syftet framför allt är att de rent digitala vårdgivarna knyts till fysisk vård genom listning, vilket vi i så fall ser som en rimlig lösning.

17.3.2 Landstingen bör ställa tydligare krav på utförare i primärvården

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).

Utredningen framhåller vikten av att matcha kapacitet och åtagande och att ersättningen bör stimulera detta. Man lyfter också fram vikten av att kontinuitet bör vara den bärande principen. I allt detta instämmer vi men vi vill återigen framhålla att strategin att låta landstingen ställa krav på kontinuitet hos de enskilda utförarna har misslyckats under lång tid, att vi ser listning på läkare som det självklara utvecklingssteget, samt att detta inte på något sätt motsäger organiserande av vårdteam.

17.3.3 Landstingen bör enas om en nationell policy för 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.

Vi instämmer i behovet av policy.

17.3.4 Landstingets geografiska område ska få delas upp i 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.

Vi delar utredningens bedömning att särskilda överväganden behövs för att tillgodose behovet av vård i glesbygd.

17.3.5 Den framtida funktionen för 1177

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

Det förefaller rimligt.

17.4 Ett mer nationellt primärvårdssystem

17.4.1 Det behövs övergripande åtgärder för att genom styrning öka jämlikheten i vården

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.

Vi instämmer i behovet av ökad samsyn och mindre variation mellan olika regioner i primärvården.

17.4.2 En nationellt reglerad patientavgift i primärvården

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny paragraf som innebär att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

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.

Vi instämmer i att samma avgift bör gälla i primärvården oavsett region vid besök på den enhet där man är listad. En högre avgift vid besök på annan enhet är också rimlig. Effekten av en avgiftsfri primärvård bör dock studeras innan detta kan anses vara eftersträvänt.

17.4.3 Nationella ersättningsprinciper för primärvården

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 uppräknig 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 nytthet 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.

Vi ställer oss positiva till nationella ersättningsprinciper för en ökad jämlikhet och ser fördelar med många av ovanstående principer.

17.4.4 Behov av översyn av riksavtalet och ersättningsnivåer i vissa fall

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

Merparten av utomlänsvård kommer att försvinna om utredningens förslag om krav på listning verkställs. Det som avses i denna punkt är dock undantag som t ex gäller primärvården på utpräglade turistorter. Vi ställer oss bakom behovet av översyn.

17.4.5 Konkurrensneutralitet

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

Vi har ingen avvikande åsikt.

17.4.6 En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården

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

Vi instämmer i det önskvärda att styrningen av primärvården blir mer tillitsbaserad och mindre detaljstyrande, och att detta kräver en annan typ av uppföljning än den som i dag används.

17.5 Nationell tillståndsprovning och förutsättningar för provning av utförare

17.5.1 Nationell tillståndsprovning inom hälso- och sjukvården bör inte införas

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.

Vi har inga synpunkter på detta.

17.5.2 Vägledning för landstingens provning av utförare

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.

Vi har inga synpunkter på detta.

17.5.3 Nationellt register över prövade utförare

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.

Vi är eniga i att ett sådant register skulle gynna både (skötsamma) utförare och regioner och är eftersträvansvärt.

17.6 Minskat beroende av inhyrd personal

17.6.1 Bättre upphandling och marknadskontroll

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.

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.

Utredningens rekommendation: Regeringen bör fortsätta bevaka utvecklingen 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.

Vi är eniga om att inhyrd personal kommer att fortsätta behövas även om målet bör vara att minska andelen inhyrd personal till förmån för fast anställda. Att på bästa möjliga sätt minska kostnaden och öka leveranssäkerheten och kvalitén är eftersträvansvärt.

17.6.2 Ökad patientsäkerhet

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.

Utredningen pekar här på behovet av checklistor att använda inför, under och efter anlita av hyrpersonal då man ser att detta skulle kunna öka patientsäkerheten, vilket vi tillstyrker.

17.6.3 Nationellt arbete med planering och dimensionering av kompetensförsörjning

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.

Vi instämmer i detta och ser också positivt på att utredningen särskilt lyfter fram behovet av statliga satsningar för att öka möjligheten att klara kompetensförsörjningen i glesbygd.

17.6.4 Ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd

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

Vi instämmer i utredningens syn på att frågan bör behandlas inom ramen för övergripande frågor om samhällsservice i glesbygd, inte enbart sjukvård.

17.7 Övriga förslag

17.7.1 Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården

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.

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.

Vi delar utredningens syn på vikten av att aktualisera prioriteringsfrågan och anser de frågor kring detta som lyfts fram i punktform på sida 517-518 vara mycket relevanta. Att kartlägga ändamålsenligheten med ett eventuellt statligt ansvar för IT-infrastrukturen bedömer vi vara rimligt.

17.7.2 Uppföljning av den föreslagna reformen av vårdvalet i primärvården

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.

Vi instämmer i uppföljningsbehovet. Utöver de förslag på aspekter på uppföljning som utredningen lyfter fram anser vi det också viktigt att följa hur reformen påverkar tillgången till fast läkare i de olika regionerna.

Synpunkter från Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin (SVM) på remissen "Digifysiskt vårdval" (SOU 2019:42)

Övergripande

Styrelsen instämmer stort sett i problembeskrivningen som ges i rapporten. Vi uppfattar förslaget att vårdgivare skall vara tvungna att registrera sig regionalt, samt erbjuda både digitala och fysiska vårdformer, med syfte att öka kraven på vårdgivare som idag endast verkar digitalt, som positivt.

Vi vill särskilt poängtera att vi uppfattar det huvudsakliga bakomliggande problemet som bristen på personal och övriga resurser i svensk primärvård. Detta konstateras i rapporten men inga konkreta förslag finns på hur det ska bli bättre. Om inte primärvården kan klara sitt uppdrag är denna ambitiösa rapport tandlös.

Det framkommer ingenting om fortbildning av utförarna eller forskning i vårdvalsmodellen. Vi anser detta vara en essentiell del av primärvårdens uppdrag och att det bör ingå då forskning och fortbildning ofta ställs emot produktion när resurserna fördelas.

Tillgänglighet

Vi ställer oss mycket tveksamma till hur utbyggnaden av digital vård kommer att avlasta den fysiska vården generellt, samt huruvida digital vård kan öka tillgängligheten om den erbjuds brett, så som formuleras i rapporten. Det är vår uppfattning att endast en liten del av alla de bedömningar som görs lämpar sig för digital bedömning, och telefonbesök görs sedan länge för just denna typ av bedömningar. Digitala bedömningar kräver fortfarande att en läkare gör bedömningen vare sig patienten sitter i rummet eller ej; tidsbesparingen ligger i att bara enklare besök kan göras på detta sätt. Fler enkla besök innebär färre komplicerade. Vi ser därför en risk i att mer utbyggd digital vård bidrar till en snedfördelning av resurser, där mer tid ges till förhållandevis friska individer samtidigt som uttalade brister i omhändertagandet av utsatta patientgrupper med kronisk sjukdom, äldre, och resurssvaga består.

Vi befarar också att en lagtext som tvingar vårdgivaren att erbjuda en medicinsk bedömning inom tre dagar (2017:80; 6 kap. 1 §) ytterligare bidrar till den snedfördelning som beskrivs ovan. Det viktiga är inte tid till bedömning överlag utan att de som verkligen behöver det får en snabb bedömning. Mindre akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste kunna nedprioriteras.

I kapitlet om tillgänglighet framkommer också att det behövs fler kvällsöppna mottagningar. Vi ställer oss tveksamma till detta då det kräver ännu mer resurser samtidigt som primärvårdens uppdrag sträcker sig längre än akuta besvär. Primärvården är en vårdform där det sker utredningsarbete och uppföljning av kroniska folksjukdomar. Detta är kärnan i den allmänmedicinska kompetensen och det understryks inte alls i denna rapport.

Ytterligare synpunkter på lagförslag

I förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821), 9 kap, 3 § anges:

Omval av utförare får ske två gånger under ett år, om det inte finns skäl för annat.

Hur ska detta gå till? Vi ställer oss tveksamma till om denna lagtext får någon reell betydelse.

I förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 17 kap, 1a § anges:

Avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp.

Vi anser det problematiskt att lagstifta om patientavgiften i primärvården men inte inom specialiserad vård, om så är fallet.

Övriga kommentarer

Vad innebär det att den digitala revolutionen behöver få mer genomslag i vården? Och hur motiveras detta? Finns det vetenskapligt stöd för nätläkarbesök? I så fall bör detta beskrivas, annars bör man var mer försiktig i sitt framhållande av dessa.

Listningsbegränsning är ett måste initialt för att garantera en god vård och en god arbetsmiljö. Det är för vagt beskrivet på sidorna 462–463.

Sid 24: Omigen lyfts att patienten ska ha en namngiven läkare som vårdkontakt. För många patienter är det minst lika viktigt att ha en namngiven sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Vill man prioritera kontinuitet och tillgänglighet är detta centralt för patienten. Det framkommer i förslaget sid 482 under 17.3.2.

Sid 27: Styrelsen tillstyrker vikten av mindre detaljstyrning och istället belöna och prioritera tillgänglighet och kontinuitet. Det senare vet vi också ökar patientsäkerheten. Alltså inga "snedvridande incitament", som ger extra medel till enheten. Anges under 17.4.3 sid 493.

Styrning för att säkerställa att det blir lika attraktivt att etablera en enhet i glesbygd tillstyrks.

För styrelsen,

Mattias Brunström

Vetenskaplig sekreterare,

Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin (SVM)

SILFs synpunkter på slutbetänkandet *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)*

Svenska infektionsläkarföreningen(SILF)s styrelse har tagit del av *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)* och här följer våra kommentarer.

Avseende utredningens förslag till ändring i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen (1.1 och 1.2) avseende bland annat listning har SILF inga synpunkter. Utredningens förslag om att medicinsk service och läkemedel i större utsträckning ska utgöra en så kallad "fri nytthet" för primärvården (17.4.3) ser vi särskilt positivt på eftersom det bör främja effektivitet och onödiga remitteringar av ekonomiska skäl för att exempelvis undvika att bekosta dyra undersökningar. Vidare välkomnar vi förslag som leder till ökad tillgänglighet för patienterna i den nära vården även för enklare akuta åkommor (17.1.4) för att akutmottagningarna ska ha möjlighet till adekvat omhändertagande av de svårast sjuka. Dock ser vi stora utmaningar med detta i och med den nu underdimensionerade primärvården. Därför välkomnar vi vidare diskussionen enligt 16.4.1. och Socialstyrelsens kommande rapport kring framtida bemanning i primärvården, framför allt i glesbygd, med bland annat möjlighet till centralt styrd dimensionering av ST-tjänster. Vi tror att detta långsiktiga arbete med kompetensförsörjning inom vården samt fokus på arbetsmiljö och villkor för anställda är nödvändigt för att minska beroendet av inhyrd personal, snarare än statlig reglering av marknaden (i enlighet med utredningens kommentarer 16.7.1).

Utredningen kring den digitala vården ser vi som mycket viktig. Eftersom de flesta besöken hos "nätdoktorer" i dagsläget gäller enklare infektioner (tabell 9.1.) är vi oroliga för att förskrivning av antibiotika kan ske på bristande grunder, till exempel utan föregående fysisk undersökning av patienten och adekvata provtagningar såsom odlingar. Vi känner även en viss oro för att man vid digitala besök skulle kunna missbedöma en allvarligt sjuk patient, till exempel en begynnande sepsis, då den "kliniska blicken" begränsas hos sjukvårdspersonalen. Möjligheten till fysiska besök ser vi som central för framtidens digitala vård, vilket ju är en av kärnpunkterna i utredningen. Även med utredningens förslag om att kräva av de digitala vårdgivarna att de ska erbjuda möjlighet till fysisk vård, tror vi att det finns risk för att tröskeln att hänvisa patienter till fysiska besök kan bli för hög; dels på grund av geografiska avstånd till den fysiska vårdinrättningen och dels på grund av att det kan finnas ett motstånd från patienterna som hade hoppats på att få en enklare lösning såsom ett antibiotikarecept direkt efter det digitala besöket. Vi hoppas på ännu tydligare krav på att de digitala vårdgivarna ska kunna tillhandahålla fysisk vård (till exempel via samverkansavtal) på flera orter inom en region för ökad tillgänglighet. Vi önskar också att man i uppföljande utvärderingar av den "digifysiska" vården analyserar antibiotikaförskrivningen och ställer krav på rationell sådan.

Generellt välkomnar vi nya digitala lösningar i vården. Utredningen fokuserar mycket på användarvänlighet och tillgänglighet för patienterna i kontakt med vården (10.2.2) vilket är en välkomnad utveckling. Vi vill påminna om att de digitala IT-system som professionen använder som arbetsverktyg också behöver hänga med i den utvecklingen inte minst i form av ett nationellt välfungerande journalsystem.

För SILFs styrelse,

Lena-Maria Söder
ledamot

Remissvar från SIM - Svensk Internmedicinsk Förening (SIM)

Remiss: Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.

Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. SOU 2019:42

Styrelsen i SIM har inga synpunkter kring förskrifterna från Socialstyrelsen.

191209

Anna-Clara Collén
Vetenskaplig sekreterare, SIM

Från: [Emma Svensdotter](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)
Datum: den 28 oktober 2019 20:38:25

Hej,

styrelsen för Svensk Neurokirurgisk Förening (SNF) har tagit del av ovanstående remiss och har inget ytterligare att tillägga.

MVH Emma Svensdotter
ordf SNF

YTTRANDE
19-12-11

Svensk Njurmedicinsk Förening
Njurmedicinska kliniken
Danderyds sjukhus
18288 Stockholm

**Digifysiskt vårdval, Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet
SOU 2019:42**

Utredningen är omfattande och vi har valt att hålla vårt remissvar kort då vi i stora delar stödjer de förslag som där framförs.

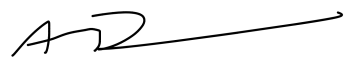
Vad gäller de delar som handlar om förändringar i vårdval, digital vård och ersättningsprinciper i primärvården (kapitel 17.1, 17.2, 17.3 samt 17.4) ställer vi oss positiva till de framlagda förslagen.

I förslaget föreslås listning på vårdenhet och ej enskild läkare. Vi har diskuterat detta, väl medvetna om att det senare alternativet skulle ha föredragits av flera inom vår profession. Vi väljer dock att inte direkt kommentera denna del av utredningen utan tänker oss att andra sektioner inom Läkarsällskapet, fr.a. Svensk Förening för Allmänmedicin, bättre kan göra detta.

När det gäller förslaget att inte förändra systemet för tillståndsprovning (kapitel 17.5) har vi inga invändningar.

Slutligen har vi inte heller några invändningar mot de förslag som presenteras för hur vi kan minska vårdens beroende av inhyrd personal, även om vi finner dessa förslag ganska vaga och allmängiltiga. Att de förslag som här presenteras på något avgörande sätt skulle minska behovet av inhyrd personal har vi svårt att se.

För styrelsen för Svensk Njurmedicinsk förening



Anders Persson

2019-12-04

Remissvar: SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval

Svenska Psykiatriska Föreningen tackar för möjlighet att yttra sig över rubricerade remiss. Vi ställer oss positiva till utredningens förslag. Vi uppskattar att utredningen lyfter vikten av kontinuitet, tydlig information till patienterna, ökad kvalitet i upphandlingar samt flexibla lösningar för att stötta glesbygdslandsting/region. Vi håller med om att det är angeläget med integrering av digitala tjänster i den ordinarie primärvården.

Vi hade välkomnat mer konkreta förslag kring hur man kan utveckla arbetsmiljön för att göra bemanningen mer stabil. Det skulle också vara fördelaktigt med listning på läkare istället för vårdenhet.

Svenska Psykiatriska Föreningen

Alessandra Hedlund
ordförande

Synpunkter från Svensk Urologisk Förening på SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval

I stort anser Svensk Urologisk Förening att Socialdepartementets utredning är bra med exempelvis ökad kontinuitet och likformighet samt behov av långsiktig planering.

Det vi saknar i utredningen är ett kapitel om primärvårdens relation till sjukhusvården. Då allt mer vård ska flyttas från sjukhusens specialistmottagningar till primärvården behöver de vara rustade för att följa och ta hand om dessa patienter. Exempelvis:

- Hur ska ersättning regleras när primärvården beställer utredningar som specialisten behöver och som ställs som krav för accepterande av remiss, ex MR ländrygg inför ortopedbesök, CT inför makrohematuriutredning mm.
- Hur ska ersättning regleras när specialistvården remitterar ut patienter som behöver följas exempelvis med kostsamma radiologiska undersökningar?
- Hur regleras ersättningen till primärvården vid överföringen av exempelvis hjälpmedelsförskrivning till primärvården? Idag är det inte ovanligt att vi vid utremittering av dessa patienter får till svar att de inte har kostnadstäckning för detta och därmed inte kan överta behandlingar och förskrivning.
- Hur ska rutiner för utremittering av färdigbehandlade patienter vara formulerad visavi en listning på en enhet istället för en namngiven läkare?

Vidare diskuteras hur horisontella prioriteringar ska göras när sjukhusvården ska bantas till förmån för nära vård? Här föreslås en djupare utredning. Svensk Urologisk Förening är av den ståndpunkten att utbyggnaden av primärvården ska ske *först* och bantningen av sjukhusvården komma stegvis släpande som en konsekvens av primärvårdens ökade styrka. Exempelvis borde fortsatt utbyggnad av "namngiven-diagnos-sjuksköterskesystemet" (diabetes-sjuksköterska, hjärtsviktssjuksköterska etc) kunna drivas vidare mot exempelvis fler uroterapeuter i primärvården som tar hand om stora delar av LUTS-, inkontinens- och impotensvården vilket skulle kunna avlasta urologin på ett påtagligt sätt. Självklart kräver sådana satsningar att tanken om kontinuitet och långsiktighet först kan realiseras.

2019-12-17, DME's remissvar

Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

SOU 2019:42

Delegationen för Medicinsk Etik (DME) tackar för möjligheten att via Svenska Läkaresällskapet beredas tillfälle att kommentera förslagen i ovanstående offentliga utredning, och då främst ur medicinskt etiska aspekter.

Allmänt - positivt

DME delar i allt väsentligt utredningens problemanalys: ersättningssystemen styr, och styr fel, och primärvården är underdimensionerad och fragmenterad. DME delar även den målbild som utredningen beskriver. Det är välkommet att utredningen föreslår förändringar i dagens vårdvalsmodeller vilka medfört nackdelen att främja efterfrågestyrd vård med undanträngningseffekter av svagare och sjukare patientgrupper som resultat. Detta bryter mot prioriteringsplattformens grundprincip att vården ska vara behovsstyrd. Vårdvalens detaljstyrning har gett sämre förutsättningar för kontinuitet, effektivitet och även för en god arbetsmiljö för läkare och andra anställda. Istället för att ta till vara personalens kompetens och ge dem flexibilitet att anpassa vårdverksamheten efter befolkningens faktiska vårdbehov i olika områden har vårdvalen missgynnat de patientgrupper som har de största vårdbehoven och mest komplexa besvären i form av multisjukdom. Utredningen visar också att informationen till invånarna om vårdvalens effekter är bristfällig, till exempel när det gäller tillgänglighet och kontinuitet.

De delar i utredningen som behandlar avtalen mellan regionerna och nätläkarna, och frågan om definitionen av vad en underleverantör är, är bra. DME ställer sig bakom utredningens tolkning att nätläkarbolag som ingår avtal med en vårdgivare automatiskt ska vara valbara i hela landet är alltför långtgående. Denna långtgående tolkning – eller detta kryphål – har bidragit till den nuvarande olyckliga situationen. Att man i Riksavtalet eller de separata avtalen med nätläkarna inte uttryckligen förankrat att prioriteringsplattformen gäller, är uppseendeväckande och orimligt.

Ökad transparens

Utredningen önskar en ökad transparens och långsiktighet i systemet med ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig av vården och vad utförarens åtagande är, vilket är välkommet och stöds av DME.

Allmänt - negativt

Samtidigt som DME delar utredningens problembeskrivning och analys av bakgrunden till dagens bristfälliga situation, ser vi avsevärda problem med att implementera reformen i närtid eftersom dagens primärvård präglas av en långvarig och svårartad brist på kompetent personal och resurser. Den personal som idag finns i primärvården upplever dessutom en bristfällig och belastande arbetsmiljö. Alla förslag med möjligheter att kunna förverkligas måste utformas med respekt för att primärvården i landet – trots årtal av politiska viljeyttringar om prioritering och förstärkning – befinner sig i ett resurs- och personalknappt läge.

Utredningen betonar ambitionen att minska vårdvalens detaljstyrande negativa effekter, vilka innebär bristande tillit till professionens kunnande och medför bristande möjligheter till planering av verksamheten. Samtidigt föreslås lagstiftning och detaljstyrning på ett sätt som det är svårt se ska kunna fungera i dagens kontext, vilken kännetecknas av resurs- och personalbrist.

Utredningen ger dessutom sparsamt med analyser om konsekvenserna för den kommunala hälso- och sjukvården och för dem som arbetar där. Att samverka med kommunerna fungerar på ett sömlöst sätt är helt avgörande inte minst för den stora gruppen äldre, funktionsnedsatta och multisjuka. Detta gäller såväl vården som informationsöverföringen. I dessa avseenden är utredningens analyser otillräckliga och det behövs ytterligare översyn.

Listning

Utredningen betonar starkt kontinuitet som ledord för att styra och organisera vården, samt kontinuitet mellan vårdgivare och patient för bättre patientsäkerhet, trygghet och effektivitet. DME delar dessa värderingar. Förslaget är att i lag reglera att patienten listar sig på fast vårdgivare som kan vara en vårdcentral. Man skriver: ”För att kunna erbjuda personlig kontinuitet behöver vården i ökad utsträckning använda arbetssättet att lista patienten hos en läkare eller annan profession vid utföraren. Detta ger i sin tur utförarna bättre förutsättningar för att leva upp till lagstiftningens krav på fast läkar- och vårdkontakt i primärvården”.

DME ser det som en svaghet i utredningens förslag att man inte väljer *listning på fast läkare* för att tydliggöra vikten av läkarens medicinska roll i teamet i primärvården, där läkaren samarbetar med många personalkategorier, och i slutändan har högsta medicinska ansvaret. Det är även läkaren som har ansvar för majoriteten av de beslut som innebär prioritering (t ex remisser till nästa vårdnivå, remisser till undersökningar, medicinering, sjukskrivning). Patienten ska enligt förslaget knytas till namngiven läkare eller annan personal. Detta skulle förmodligen fungera i vissa fall i ett fullt utbyggt och välbemannat primärvårdssystem med fullständiga vårdteam av sjuksköterska, psykolog,

fysioterapeut, socionom osv. Ett införande av listning på andra personalkategorier än läkare i dagens bemanningsläge riskerar däremot att försätta patienten i ett oklart läge, och skylta över den reella läkarbrist som råder inom primärvården. *Listning på läkare* skulle tydliggöra den påtagliga bristen på specialister i allmänmedicin i primärvården, och skulle i så fall behöva genomföras stegvis, och regleras så att patienter med de största vårdbehoven skulle ges förtur till att lista sig.

Listningstak

Någon mekanism behövs för att kunna ge specialistläkarna en rimlig arbetsbörda. Arbetsmiljöverket har genom en dom i Förvaltningsrätten visat att ett maxtak på 1500 personer/läkare för en heltidsarbetande allmänläkare är rimligt (<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2014/12/10/dom-stoder-krav-om-en-lakare-pa-1-500/>). Bara i Region Stockholm går det idag ca 2700 personer/allmänläkare samtidigt som omställningen av vård tidigare utförd på sjukhusen till primärvården pågår för fullt medan primärvården inte tillförs ökade resurser, vilket illustrerar den ökande och orimliga arbetsbördan som drabbar allmänläkarna (<https://www.svd.se/varcentralerna-far-mindre--trots-loften>). Ett listningstak skulle kräva ett väsentligt större antal allmänläkare i Sverige jämfört med dagens situation, och på sikt skulle primärvården kunna bli realistiskt fungerande med en hållbar arbetsmiljö. Införandet av listningstak utan tillgång till tillräckligt antal allmänspecialister riskerar dock under en övergångsperiod att medföra att personer med stora vårdbehov inte ges möjlighet att lista sig i närheten av sin bostad, eftersom det kan antas att relativt friska personer kan vara snabbare på att ta sig fram i systemet. Därför måste en mekanism skapas så att de med störst vårdbehov ges förtur till listningen så länge som en bristsituation råder i stora delar av landet.

Omlistningsbegränsningar

Utredningen föreslår att patienterna enbart ska kunna lista om sig två gånger per år samtidigt som man vill att tillgänglighetsgarantin och bedömningsgarantin i primärvården ska avse den utförare i primärvården där patienten är listad. Detta innebär krav på att utförarna uppfyller tydliga krav på bland annat tillgänglighet, vilket landstingen bör vara skyldiga att följa upp. Samtidigt som en sådan kontroll kan motiveras, riskeras en ökad administrativ börda och omfattande hantering av klagomål från patienter (främst i storstäder med många vårdval). Det kommer behövas en viss flexibilitet i omvandlingen av systemet. När antalet allmänläkare är tillräckligt i landet är det genomförbart med ett omlistningstak för att kunna främja kontinuitet, men det är inte rimligt att genomföra detta som ett första steg.

Det vore bättre att först börja med listningstak per läkare på varje vårdenhets och successivt bygga upp en attraktiv arbetsmiljö som lyckas rekrytera allmänläkare som stannar kvar inom primärvården. Detta är av största vikt för att patienterna ska ha en chans att få en primärvård som är fungerande och som prioriterar de med högst vårdbehov.

Digifysiskt vårdval

Utredningens förslag att skapa en integrerad digifysisk vårdvalsreform, där alla vårdgivare har digitala vårdformer som en del av den fysiska vården där kontinuitet med samma vårdgivare och personal kan bibehållas, är principiellt bra och stöds av DME. Detta är framförallt bättre än dagens situation med nätläkarbolagen som uppstått som en parallell marknad ofta mest till för dem med lägst vårdbehov boende i våra storstäder. En nyligen publicerad studie från Skåne visar också att nätläkarbolagen inte avlastar den fysiska primärvården till skillnad från vad bolagen påstår (<https://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2019/10/Natvardsanvandare-i-Skane-kontaktade-oftare-varldcentral/>). Finansieringen och organiseringen av nätläkarbolagen strider mot den prioriteringsetiska plattformen och det är av största vikt att digitala vårdformer integreras inom den fysiska primärvården.

”På samma sätt som alla vårdcentraler bör erbjuda digital vård, bör digitala vårdgivare ta emot fysiska besök i alla regioner.” säger utredningen. I nuläget med personal- och resursbrist är dock detta inte genomförbart om inte mer resurser och allmänläkare tillförs. Vilka insatser eller vilka patienter ska i så fall prioriteras bort? DME saknar utredningens analys på denna punkt.

Utredningens vision: ”Digital revolution”

Utredningen anser att den digitala revolutionen behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård. DME undrar om digitala vårdformer är ett mål i sig enligt utredaren? Man skriver ”Det är oundvikligt att helt suddas ut riskerna med ändringar i systemet och eventuella negativa konsekvenser. Dessa måste dock vägas mot förslagets potential till att förbättra systemet, samt mot att låta dagens system pågå oförändrat” (*Digifysiskt Vårdval* s.531). Det är inte så lätt att förstå innebörden i denna skrivning, men en möjlig tolkning är att man måste acceptera vissa risker i samband med att den ”digitala revolutionen” genomförs, men att de förväntade vinsterna uppväger detta. DME vill i detta sammanhang framhålla att *förhoppningarna* om digitaliseringens förmåga att lösa vårdens problem idag är väsentligt större än *kunskapen* om storleken av dessa eftersträvade positiva effekter.

Det finns ingen evidens för att det blir bättre med digitala läkare-patient-möten i form av chatt och videomöten, då särskilt för akuta nybesök där patienten är

okänd sedan tidigare (*Medicinsk bedömning och diagnostik av nytillkomna symtom via digitala vårdbesök, Örebro, HTA-enheten CAMTÖ, Rapport 2018:13*). Digitaliseringens eventuella förmåga att lindra resursbristen och pressen på kompetenta allmänläkare bör undersökas systematiskt via ett gradvis och ordnat införande. Digitaliseringen behöver ses som ett verktyg som regleras och prövas lika strikt som införandet av nya läkemedel, behandlingar, vårdmetoder. Konsekvenserna ur vårdetiskt och ekonomiskt perspektiv, samt en utvärdering i olika kontexter med olika förutsättningar, i form av producentoberoende vetenskapliga studier behöver komma till innan en storskalig digitalisering av primärvården genomförs. Sättet att arbeta som läkare kan påtagligt förändras av ett sådant genomförande. Även läkares utbildning, fortbildning och forskningsmöjligheter påverkas av utredningens vision om den digifysiska vårdformen, och det finns ingen tydlig konsekvensbeskrivning av vad som händer när olika utförare inom vårdvalen ska tvingas integrera digitala vårdformer.

En nationell digital plattform

En aspekt som direkt påverkar små vårdgivare som har avtal med regionerna är att det är dyrt med digitala plattformar. Förutom 1177s tjänster är de flesta andra plattformar privata och har utvecklats av nätläkarbolagen eller de stora aktörerna med stöd av riskkapital. Många små privata vårdcentraler som ägs av professionen kommer att drabbas av ett tvingande digifysiskt vårdval genom att behöva köpa in dyra plattformar med kostnader för underhåll och utveckling. Detta riskerar att snabbt slå ut deras verksamhet om lagförslagen blir tvingande för regionerna. Därför bör möjligheterna utredas ytterligare att först införa en oberoende och nationell offentlig plattform som alla vårdgivare kan ansluta sig till, och som skulle underlätta överföring av information för både patienter och personal, samt inte riskera att drabba välfungerande professionsägda mindre utförare, som redan har byggt upp kontinuitet med sina patienter sedan många år. En nationell digital plattform borde också vara i linje med en nationell primärvårdsreform där man dels undviker många olika parallella digitala system som ökar administrativ börda, fragmentiserar information om patientens hälsotillstånd och i längden riskerar patientsäkerheten. En nationell digital infrastruktur kan också öka jämlikheten i landet och inom regioner och skapa förutsättningar för en mer jämlik fördelning av digifysiska vårdgivare och var digifysiska vårdgivare etablerar sig rent geografiskt. Den ytterligare analys som bör göras på denna punkt avser om utredningens mål att digitala vårdgivare måste knytas till fysisk vård, vilket DME ser som viktigt, inom rimlig tid kan nås inom ramen för en nationell digital plattform som också följer Patientdatalagens krav på hög säkerhet och sekretess och där hälsodata om patienter inte ska kunna säljas vidare till tredje part utan rigorösa etikprövningar och juridisk översyn (<https://www.dn.se/sthlm/oklart-om-behandling-av-patientdata-foljer-lagen/>).

Patientavgiften

Utredningen föreslår en nationellt enhetlig avgift på 100 kr för alla digifysiska besök. Man skriver att ”I beräkningarna ovan har ingen hänsyn tagits till dynamiska effekter, t.ex. om efterfrågan på vård ökar om avgiften sänks.” Detta är problematiskt eftersom det kan öka efterfrågestyrd vård i landsting där man har haft högre avgift, t ex 200 kr i Region Stockholm som har hög andel efterfrågestyrd vård och en jämförelsevis frisk befolkning. Mer kontextanpassade studier bör göras rörande avgiftens betydelse som grindvakt i ett behovsprövat och offentligt finansierad sjukvård (vars finansiering inte tenderar att anpassas till varken befolkningsökningen, den ökande mängden åldrande befolkning eller de ökande förväntningarna och kraven på sjukvårdens tillgänglighet). DME finner sammanfattningsvis att förslaget rörande patientavgiftens storlek är ofullständigt, och dessutom kan rimligen regionerna erbjuda ett varierande stort innehåll i vad som innefattas i ett digifysiskt besök (utöver det nationella grunduppdraget: om t ex sjukhusbesök efter remiss och röntgenundersökningar ingår eller ska betalas separat) varför det bör vara rimligt att avgiftens storlek har någon form av relation till vad ”patienten får för pengarna”. Dessutom är sannolikt nivån på högkostnadsskyddet av större betydelse för de patientgrupper som har en pressad ekonomi, än taxan per besök.

Ny prio-utredning?

Utredningen föreslår att en offentlig utredning ska få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om bl a grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården. DME anser att det är angeläget att utreda och förtydliga tillämpningen av den gällande prioriteringsplattformen, men DME anser *inte* att uppdraget ska vara att ompröva de beslutade och lagfästa tre grundläggande hierarkiskt ordnade principerna för prioritering i svensk hälso- och sjukvård. Frågor att utreda - lämpligen inom ramen för en bred parlamentariskt sammansatt utredning - är t ex principerna för gränssättning för vad som ska ingå i det offentliga vårderbjudandet, och hur förebyggande insatser ska prioriteras i relation till kurativa och rehabiliterande insatser inom vården.

För Delegationen för Medicinsk Etik inom Svenska Läkaresällskapet

/Leila Tamaddon, Lotta Wendel, Mikael Sandlund

Remiss av SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval

Svenska läkaresällskapet har fått rubricerat betänkande på remiss från Sveriges Läkarförbund.

Synpunkter på sammanfattningen:

Vi är överens med utredningens resultat som visar att ett grundläggande problem är primärvårdens underkapacitet och välkomnar förslaget att det behövs en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård (s.20). Vi är också överens om behovet för utförare att begränsa antalet patienter per utförare eller per profession och att det behövs en reglering av antalet omlistningar, eftersom kombinationen med primärvårdens resursbrist och andra inslag i styrningen ger till effekt att utförarna har svårt att planera verksamheten, vilket i sin tur kan medföra risker för patientsäkerheten, dålig tillgänglighet och en ohållbar arbetsmiljö.

Särskilt om så kallade nätläkare (s.22): De s.k. nätläkarnas utveckling av digitala verktyg och arbetsätt är ett värdefullt komplement men ersättningssystemen behöver ändras, och vi ser fram emot en fungerande samverkan och koordinering enligt utredningens förslag.

Det är också, som framhålls i utredningen, viktigt att särskilt ta hänsyn till att förutsättningarna för att bedriva vård är sämre i glesbygd.

Som utredningens författare framhåller så är hela primärvården underfinansierad, vilket för närvarande gör det svårt att åtgärda problemen.

Formuleringarna angående listning är otydligt formulerade, enligt utredningen ska listningen ske på utförarnivå. Men längre ned skriver man att det är viktigt att skapa personlig kontinuitet genom att patienten knyts till en namngiven läkare. Här behövs ett förtydligande. Vi är också överens om texten: "Utredningen föreslår att landstinget ska få besluta om att begränsa det antal patienter som får lista sig hos en utförare, efter samråd mellan landstinget och utföraren. En utförare ska ha rimliga planeringsförutsättningar för att bedriva en verksamhet med god kvalitet och patientsäkerhet och som ett led i detta kan listans storlek behöva begränsas (s. 26)".

Det är även nödvändigt att landstinget utifrån sitt övergripande planeringsansvar, har skyldighet att se till att primärvården är tillräckligt dimensionerad för att kunna erbjuda plats på utförares lista åt befolkningen. Däremot skrivs inget konkret om hur det är tänkt att detta ska gå till.

Utredningens analys visar också på brister i kompetensförsörjningen, arbetsmiljön, patientsäkerheten och samordningen av upphandlingar, med bl.a. en uttalad brist på allmänläkare och sjuksköterskor. Vi välkomnar en satsning för att motverka detta, utan att arbetsmiljön och ansvarsförhållandena påverkas, liksom att statens styrning blir mer långsiktig och strategisk.

I utredningen skriver man (s.200): "Den digitala revolutionen behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård." samt att det ska vara självklart att vården är digital när det är möjligt och fysisk när det behövs.

Angående förslaget 17.7.1 – delförslag "Utred ett omtag när det gäller infrastruktur för och hantering av information i vården" anser vi följande:

Nationell it-infrastruktur i vården med detaljerade och enhetligt strukturerade data som är tillgängligt för analys har potential att förbättra förutsättningar för styrning, underlag för ersättningssystem, samt öka systemeffektivitet på såväl nationell som regional nivå.

Vi vill dock uppmärksamma, som rapporten också nämner, att vårdens organisation och till viss mån även praxis och arbetsätt kan skilja sig stort mellan landet samt över tid. Patientnära it-system som

är välanpassade till lokala omständigheter har potentialen att drastiskt öka produktiviteten på flera plan, men det finns samtidigt en risk att dåligt anpassade it-system skapar det omvända resultatet. En eventuell nationell it-infrastruktur i vården behöver därför vara tillräckligt flexibel för att kunna anpassas till lokala omständigheter, samtidigt som den måste vara tillräckligt enhetlig i avseendet att interoperabilitet samt möjligheter till att analysera data i hög detaljgrad säkerställs.

Med bakgrund av detta, anser vi att det är viktigt att säkerställa att det finns kompetens inom hälsoinformatik och klinisk informatik på såväl nationell som regional nivå, och på såväl utvecklarsidan som på användarsidan. Vi vill även uppmärksamma att det i flera länder finns tydliga karriärvägar för vårdpersonal att vidareutbilda sig inom hälsoinformatik och klinisk informatik, där till exempel läkare kan specialisera eller subspecialisera sig inom klinisk informatik.

I samband med den föreslagna utredningen bör man överväga huruvida staten bör ta över den del av huvudmannskapet som rör it-infrastrukturen i vården samt i en separat utredning även:

- Utreder kompetensförsörjning inom hälsoinformatik samt klinisk informatik på nationell och regional nivå
- Utreder om Sverige bör instifta en läkarspecialitet i klinisk informatik