



Ort och datum
Stockholm 2020-01-13
Vår referens
30601-2019/1567

Handläggare
Carita Fallström
Er referens
S2019/04058/FS

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar – slutbetänkandet Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)

För att kunna möta de utmaningar som finns idag och i framtiden i hälso- och sjukvården krävs nytänkande som leder till en personcentrerad och sammanhållen nära vård. Istället för nytänkande anser Vårdförbundet att förslagen i betänkandet befäster den nuvarande strukturen där primärvården i princip jämföras med vårdcentraler. Förslagen synes utgå från ett organisations- och systemperspektiv istället för det personperspektiv som borde vara i fokus. I utredningen saknas också helt den kommunala primärvården.

Vårdförbundet är ett yrkes- och fackförbund för legitimerade barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor. Förbundet har drygt 115 000 medlemmar, varav drygt 90 000 är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård. Vårdförbundet arbetar för en personcentrerad, säker och nära vård samt en jämlik hälsa.

Vårdförbundets allmänna synpunkter

En av Vårdförbundets viktigaste vårdpolitiska frågor är att den vård som bedrivs närmast befolkningen ska kunna utvecklas och förstärkas mot en **personcentrerad och sammanhållen nära vård som bidrar till jämlik hälsa**. Primärvården som begrepp borde ersättas av en nära vård som omfattar mer än dagens primärvård i regioner och kommuner. Den nya nära vården ska innehålla även den vård som idag ges som öppen vård, som exempelvis viss specialistvård, psykiatri och elevhälsa. Den nära vården ska samverka med skola, socialtjänst, hemtjänst, socialpsykiatri och civilsamhällets resurser. Den personcentrerade nära vården ska utgå ett befolknings- och personperspektiv, istället för det organisationsperspektiv som är rådande idag. Hälsa och helhet är värderingar som ska bära den nya nära vården.

Förslagen utgår i betänkandet utgår dock tyvärr från ett system- och organisationsperspektiv och att den primärvård som finansieras av regionerna kommer att fortsätta ha den roll den har idag. De befäster en gammal struktur som vi måste lämna för att kunna få en reell omställning till en personcentrerad nära vård. Istället för att utveckla primärvården konserveras den organisatoriska struktur vi har idag i form av fysiska vårdcentraler, även om det finns rekommendationer om digifysisk tillgänglighet.

Att i princip alltid styra personen till en viss vårdcentral och en destinerad läkare kan möjligen vara lösningen om man söker en grindvaktsfunktion. Vill vi istället öka tillgängligheten, ta vara på alla resurser i den nära vården och minska flaskhalsarna som idag begränsar människors möjlighet till en skyndsam vårdkontakt bör lösningen snarare finnas genom flera likvärdiga ingångar till olika professionella yrkesgrupper inom vården. Att skapa den typen av ingångar är samtidigt vad dagens teknik kan erbjuda genom en fortsatt digitalisering. Att bara bygga vidare på den primärvård vi har idag är inte lösningen på dagens problem och än mindre på framtidens utmaningar. Det krävs innovation och nytänkande för att ta hälso- och sjukvården in i det nya decenniet.

Även om utredningens uppdrag begränsats till vårdvalet i regionerna går det inte att bortse från kommunala perspektivet. Den kommunalt finansierade primärvården, som idag utgör en betydande del av den samlade primärvården, borde ha uppmärksamats mer. Detta gäller till exempel den regionfinansierade primärvårdens ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården och hur samverkan och en sammanhållen vård för individen ska kunna skapas mellan huvudmännen och olika utförare i vårdvalssystemen. Detta är särskilt angeläget för att förebygga organisatoriska mellanrum. Behoven av samverkan är särskilt stora för personer med komplexa vårdbehov. Där behövs en ny vårdlogik med en särskilt samordnad och sammanhållen vård och omsorg som utförs i samarbete med exempelvis distriktssköterskan i hemsjukvården, distriktssköterskan i regionens primärvård, specialistsjukvården och social omsorg utifrån behov, förmågor och önskemål hos personen och närstående. Motsvarande behov finns för barn och unga med psykisk ohälsa som har behov av flera olika insatser för ett fungerande liv och för möjlighet till förbättrad hälsa.

Ytterligare en allmän synpunkt handlar om att alla legitimerade yrkesgrupper i vården och personen själv, behövs för att vi ska få en optimal resursanvändning i primärvården. Detta borde ha framgått mer av betänkandet, som istället är väldigt fokuserat på en profession, läkare. Andra yrkesgrupper och team nämns visserligen, men inte alls med samma vikt och betydelse. Bland de yrkesgrupper som särskilt bör uppmärksammas som viktiga i primärvården och i vårdvalssystemen är de yrkesgrupper som Vårdförbundet organiserar. Sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker har en given plats i primärvården och detta bör framgå tydligare. Är det några kompetenser som är särskilt viktiga för tillgänglighet och kontinuitet i den nära vård som Vårdförbundet förespråkar är det barnmorskor, distriktssköterskor och andra specialistutbildade sjuksköterskor. Dessa ska kunna arbeta mer självständigt än idag och ha egna mottagningar med egna uppdrag som är frikopplade från läkaren i den regionalt finansierade primärvården. Det finns en stor potential i att öka tillgänglighet och kontinuitet om man ökar antalet sjuksköterske- och barnmorskeledda mottagningar som ett led i utvecklingen av den nära vården. Framförallt bör distriktssköterskan ha ett tydligare uppdrag att arbeta förebyggande tillsammans med andra aktörer i lokalsamhället. Distriktssköterskans socialmedicinska arbete bör inte ingå i ett listningsförfarande utan kopplas geografiskt till lokalsamhället.

Synpunkter på delar av betänkandet

Avsnitt 5.1 Kort historik om primärvård och valfrihet

I avsnittet presenteras en kort historik om primärvård och valfrihet. Överlag är det ett stort fokus på läkarprofessionens roll. Vårdförbundet saknar en tydligare beskrivning av den viktiga roll och betydelse som distriktssköterskor och barnmorskor haft för hemsjukvård, mödra- och barnhälsovård och förebyggande hälsoarbete.

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

Inledningsvis avstyrker förbundet användningen av begreppet listning. Att använda sig av ordet listning leder tanken vidare till husläkarreformen som inte visade sig fungera när den genomfördes. Användande av gamla begrepp motverkar nytänkande när man vill skapa något nytt baserat på personcentrerad vård med kontinuitet och tillgänglighet.

Frågan om att alla ska välja utförare i den regionalt finansierade primärvården är inte helt självklar. Om detta kan leda till ökad kontinuitet utifrån patientens behov och önskemål, kan Vårdförbundet se fördelar med det. Vårdförbundet vill dock samtidigt lyfta risker för att detta inte kommer att fungera för alla, särskilt inte om listningstak också införs. Vi har, antagligen under överskådlig tid, en underkapacitet i primärvården, som kan försvåra genomförandet. Fråga är hur de personer med det största behovet, och som inte alltid kan göra sin röst hörd, ska kunna konkurrera med de som har förmåga att ta plats? Risken är att detta förslag leder till en ännu mer ojämlik vård om det inte finns ett tillräckligt stort antal utförare att välja mellan. En annan fråga som behöver ställas är hur och om listningskrav påverkar den kommunala hälso- och sjukvården och samarbetet mellan den regionala och kommunala primärvården.

Fråga är också hur befolkningen i framtiden ser på att vara tvungen att vara knuten till en utförare på en vårdcentral för att kunna få vård. Utvecklingen verkar redan idag vara på väg i en annan riktning. Behovet av kontinuitet skattas inte lika högt som tillgänglighet. Framför allt verkar det som efterfrågas, framför allt av personer med enkla eller akuta åkommor och personer med kroniska sjukdomar, vara tillgänglighet/funktion snarare än kontinuitet/relation. Tillgänglighet kan man få också på andra platser som uppfattas som mer "nära" än traditionella vårdcentraler, som t.ex. köpcentrum, apotek och liknande.

I avsnittet rekommenderas också att patienten ska få välja en namngiven läkare och/eller annan profession hos utföraren. Listning på läkare föreslås trots att utredaren själv anger att dagens styrkor i primärvården är multiprofessionalitet och teamarbete. Fast läkarkontakt är inte lösningen vare sig för tillgänglighet eller kontinuitet. Kontinuitet till yrkesutövare är något som ska bedömas utifrån patientens behov och önskemål. Kontinuitet handlar om upplevelse av trygghet och tillit. Det behöver inte vara kopplat till enskild person. Relationen blir oftast viktig i samband med återkommande och långvariga kontakter. Man kan inte utgå från att kontinuitet hela tiden ska handla om kontinuitet till läkare. I praktiken idag är det ofta yrkesgrupperna i Vårdförbundet som står för kontinuiteten när läkartjänster är obesatta och bemannas av hyrläkare.

Fast läkarkontakt passar inte för alla och är inte heller motiverad för alla. Omställningen till en personcentrerad nära vård kommer att vara krävande för hälso- och sjukvården. Att samtidigt införa krav på att varje person ska ha en fast läkarkontakt tror vi blir en administrativt kostsam och ineffektiv reform som tar resurser och tid från omställningsarbetet. De personer som önskar eller är i behov av fast läkarkontakt ska dock ha möjlighet att välja det.

Man bör istället lyfta fast vårdkontakt som mycket väl kan fylla behoven av kontinuitet. Den fasta vårdkontakten kan stå för en mer långsiktig och kontinuerlig relation än läkare. I personcentrerad vård är det viktigaste momentet mötet med patienten. En kontinuerlig relation är särskilt viktig för personer som har större behov under längre tid. För dessa ska vården erbjuda en fast vårdkontakt som bör kunna väljas av patienten själv. Utifrån personens behov och önskemål blir någon ur det interprofessionella teamet den fasta vårdkontakten t.ex. en distriktsköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller beteendevetare. Den fasta vårdkontakten har också till uppgift att koordinera samverkan inom det interprofessionella vårdteamet. En fast vårdkontakt kan även fungera som "hälsocoach" för personer som visar tecken på sviktande hälsa.

Avsnitt 17.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal

Det kan vara bra att införa information om vilka utförare man kan välja mellan i vårdvalet. Information bör även innehålla uppgifter om verksamhetens kvalitet inkluderande resultat av patientenkäter, verksamhetens patientsäkerhetsberättelser m.m. Annan information som bör vara med är om utföraren har kollektivavtal. Samtidigt måste man noga överväga om fördelarna med tjänsten överväger de kostnader och den administration som är förknippade med den.

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

När det blir möjligt att nå vårdgivare på flera olika sätt genom digifysisk vård borde behoven av omlistning minska. Detta eftersom nuvarande orsaker till omlistning i många fall är bristande tillgänglighet. Enligt uppgifter i betänkandet (s. 216) verkar omlistningar vara en marginell företeelse. Det anges också att data tyder på att åtminstone 10 procent av befolkningen listar om sig 1–2 gånger per år. Hur många som listar om sig fler än två gånger per år framgår inte. Vårdförbundet är därför tveksamt till behovet av en lagändring som begränsar patienterna möjlighet att byta utförare.

Avsnitt 17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna

Det kan finnas fördelar med att ha begränsningar av hur många patienter en utförare ska ha utifrån patientsäkerhet, arbetsmiljö och tillgänglighet. Men det kan också finnas nackdelar. Dels handlar det om svårigheter att bedöma hur många patienter en utförare kan ta ansvar för. Ansvaret kan se olika ut beroende på sammansättning av patienterna. Om flertalet av dem i huvudsak är friska och sällan vänder sig till primärvården kan utföraren ta ansvar för fler patienter än de utförare som har fler med många och omfattande vårdbehov. Nackdelarna handlar också om primärvårdens underkapacitet. Om man inför begränsningar måste man kunna besvara frågan om vad ska man göra

med alla de som inte kommer att kunna välja utförare om alla utförare har uppnått listningsgränsen. Även här måste man ställa frågan om det detta leder till mer jämlik vård eller tvärtom, begränsar möjligheterna för de som har störst vårdbehov.

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

Vårdförbundet håller helt med om detta. De problem som finns idag kan inte lösas av regionerna och kommunerna själva. Primärvården är redan idag underfinansierad och det kommer att krävas statliga insatser. Genom överenskommelsen 2019 om stöd till omställningen tillförs medel till regionerna. Det måste dock säkerställas att även kommunerna kan ta del av dessa medel. Ytterligare medel kommer behövas och det krävs att det tas fram en långsiktig plan för detta med bred parlamentarisk förankring.

Avsnitt 17.3.2 Landstingen bör ställa tydligare krav på utförare i primärvården

Utredaren anser att vårdvalet behöver reformeras mot ett digifysiskt vårdval och att regionerna bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet. Vårdförbundet är positivt till att den nära vården ska erbjuda såväl fysisk som digital tillgänglighet. Det är bra att en utveckling mot detta påbörjats och att första linjens digitala vård genom 1177 är på gång att utvecklas och moderniseras. Förbundet anser ändå att enbart rekommendationer till regionerna inte är tillräckliga för att digifysiskt vårdval ska kunna bli verklighet. Det krävs även konkreta författningsförslag som säkerställer denna utveckling. Utöver det föreslagna grunduppdraget i God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39) bör alla utförare kunna erbjuda möjlighet till digital tillgänglighet. Dessa krav bör ställas för att det ska kunna bli tal om lika villkor för befolkningen.

Denna fråga hänger ihop med förslagen om s.k. nätläkare i avsnitt 9 och 10 om digitala vårdtjänster i primärvården. Vårdförbundet instämmer i att nätläkarna bidragit till att digitaliseringen i vården tagit ett stort kliv framåt. De har också, så som utredningen anger, stor potential att göra vården mer effektiv och tillgänglig. Så som förslagen beträffande nätläkare kan tolkas innebär de att nätläkares möjligheter att verka så som idag begränsas betydligt. De ska inte längre kunna erbjuda besök nationellt utan ansöka om etablering som vårdvalsutförare eller verka som underleverantörer till utförare i vårdvalssystem. Vårdförbundet håller med om att de s.k. nätläkarna kan behöva integreras i primärvårdens vårdvalssystem. De erbjuder en helt annan tillgänglighet än vad dagens primärvård gör. Intressant är att Vårdanalys i rapporten Internationell jämförelse av primärvården (2019) särskilt lyfter att Sverige är ett av de länder med lägst tillgänglighet till vård på de ordinarie vårdcentralerna utanför kontorstid och på helger. Om nätläkarnas möjligheter försämras innan motsvarande digitala lösningar och digital tillgänglighet finns hos alla vårdvalsutförare eller någon annanstans, riskerar tillgängligheten till vården minska drastiskt. Det kan därför finnas anledning att avvakta med ändringar rörande nätläkare till dess att tillgängligheten ökat hos andra vårdutförare. Om man anser att de s.k. nätläkarbolagen fått orimliga gynnsamma ekonomiska förutsättningar kan det finnas andra lösningar än den som föreslås av utredningen, t.ex. i form av helt reviderade riksavtal för utomlänsvård.

Avsnitt 17.3.4 Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem

Det är bra att utredningen tydliggör att regionerna kan dela upp sina geografiska områden i flera vårdvalssystem. Det finns flera fördelar med detta. Det är intressant och positivt att utredningen tar upp att en uppdelning också skulle kunna handla om uppdelning av olika typer av tjänster. En uppdelning av olika typer av tjänster skulle exempelvis kunna möjliggöra upphandling enligt LOV eller LOU av förebyggande insatser i lokalsamhället. Dessa tjänster skulle med fördel kunna utföras på distriktssköterskemottagningar som står utanför det övriga vårdvalssystemet.

Avsnitt 17.4.2 En nationellt reglerad patientavgift i primärvården

Förslagen om nationellt reglerad patientavgift kan leda till en mer jämlik vård. På sikt bör patientavgiften avskaffas helt. Det kan vara bra för kontinuiteten om det blir dyrare att vända sig till en annan utförare än den man valt. Samtidigt måste man kunna ta hänsyn till orsaken till att man valt en annan utförare. Om det handlar om att den valda utföraren inte är tillgänglig inom rimlig tid bör det inte kosta mer att gå till någon annan. Detta gäller även med beaktande av vårdgarantin. Förutom patientavgifter bör man av jämlikhetsskäl även se över vad som ska gälla beträffande kostnader för att ta sig till och från vårdgivare i primärvården. Detta gäller särskilt i glesbygd med långa avstånd eller områden där alla kompetenser inte finns tillgängliga.

Avsnitt 17.6.1 Bättre upphandling och marknadskontroll

En grundläggande förutsättning för att minska behovet av inhyrd personal är att huvudmännen tar ansvar för orsakerna till dagens kompetensförsörjningsproblematik. Med goda anställningsvillkor, bättre arbetstider och en hälsosam arbetsmiljö för alla yrkesgrupper i vården kan man komma långt med att minska behovet av inhyrd personal. Lösningen på kompetensförsörjningsproblematiken kan därför inte vara fokuserad på hur man kan förbättra upphandlingen av bemanningstjänster. Det är bara en liten del av det som behöver göras.

När det gäller upphandling anser Vårdförbundet att det är angeläget att de karenstider på upp till tolv månader som många regioner idag infört i sina upphandlingar omedelbart måste upphöra. Karens i dessa fall innebär att leverantören inte kan anställa personer som under den under avtalade karenstiden, exempelvis tolv månader, varit anställda hos den upphandlande myndigheten/regionen. Syftet med karenslagarna är att förhindra att anställda hos de upphandlande myndigheterna säger upp sig och också att hålla ner lönenivåerna. Karenstiderna leder således till att de som arbetar i exempelvis regionerna inte kan byta arbete och börja arbeta hos privata vårdgivare. När det gäller upphandlingar har Vårdförbundet också i övrigt uppmärksammat tendenser att man i upphandlingar försämrar kraven på arbetsvillkor för de inhyrda, t.ex. genom regler om att inhyrda ska bytas ut utan dröjsmål när upphandlande myndighet anser att det föreligger samarbetsvårigheter samt att myndigheten har tolkningsföreträde om dessa förhållanden. Ytterligare ett exempel är att inhyrd personal inte får framställa reservationer kring arbetsuppgifter. Detta kan också påverka patientsäkerheten negativt.

Övriga avsnitt i kap. 17

Vårdförbundet är positivt till förslagen och bedömningarna om:

- nationella ersättningsprinciper,
- tillståndsprovning,
- vägledning för regionernas provning av utförare,
- nationellt register över prövade utförare,
- ökad patientsäkerhet,
- nationellt arbete med planering och dimensionering av kompetensförsörjning,
- ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd och
- ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården

VÅRDFÖRBUNDET



Sineva Ribeiro
Förbundsordförande